

RHK-10

Rahvusvaheline
haiguste ja nendega
seotud terviseprobleemide
statistiline
klassifikatsioon

Kümnes väljaanne

2. köide
Instruktsioonide käsiraamat

Tõlkinud A. Küng
Toimetanud P. Bogovski

Eesti Sotsiaalministeerium

Tallinn 1996

INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES
AND RELATED HEALTH PROBLEMS Tenth Revision

Volume 2
Instruction manual

© Copyright World Health Organization, Geneva 1992 – ISBN 92 4 154420 1

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni peadirektor on andnud tõlkimise õigused eesti keelde Eesti Sotsiaalministeeriumi Meditsiiniterminoloogia Komisjonile, kes on ainsana tõlke eest vastutav. Teos tõlgitud inglise keelest

**Rahvusvaheline haiguste ja tervisega seotud probleemide
statistiline klassifikatsioon**

Kümnes väljaanne
2. köide
Instruktsioonide käsiraamat

© Eesti Sotsiaalministeerium, 1996 [Meditsiiniterminoloogia Komisjon,
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Tallinn Hiiu tn 42 EE0016]

© Tõlkinud eesti keelde Aino Küng
toimetanud Pavel Bogovski 1996

ISBN 9985-60-186-6

Trükitud Tallinna Raamatutrükikojas

Sisukord

Eessõna	7
1. Sissejuhatus	9
2. Rahvusvahelise haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kirjeldus	10
2.1 Eesmärk ja rakendatavus	10
2.2 Haiguse ja terviseiga seotud klassifikatsioonide „pere“ mõiste	10
2.2.1 Diagnoosiga seotud klassifikatsioonid	12
2.2.2 Mittediagnostilised klassifikatsioonid	14
2.2.3 Teabetoetus esmasele tervisehooldusele	16
2.2.4 Rahvusvaheline Haiguste Nomenklatuur	16
2.2.5 MTO osa	17
2.3 Haiguste klassifitseerimise üldpõhimõtted	17
2.4 ICD põhistruktuur ja klassifitseerimise põhimõtted	18
2.4.1 Köited (MTO originaalväljaandes)	19
2.4.2 Peatükid	20
2.4.3 Jaotisrühmad	20
2.4.4 Kolmekohaliste koodidega jaotised	20
2.4.5 Neljakohaliste koodidega alajaotised	21
2.4.6 Lisa-alajaotised kasutamiseks viienda või järgneva koodikoha tasemel	21
2.4.7 Kasutamata „U“ koodid	21
3. Kuidas kasutada ICD-d	22
3.1 Kuidas kasutada I köidet (ICD-10 I)	22
3.1.1 Sissejuhatus	22
3.1.2 Kaasaarvatavate terminite tabelnimistu ja neljakohalise koodiga alajaotiste kasutamine	22
3.1.3 Kaks koodi mõne seisundi jaoks	23
3.1.4 Klassifikatsioonis kasutatud leppetähistused	25
3.1.5 Ühiste iseloomustavate tunnustega jaotised	28
3.2 Kuidas kasutada ICD-10 III köidet	29
3.2.1 Tähestikulise aineloendi korraldus	29
3.2.2 Struktuur	29
3.2.3 Koodinumbrid	29
3.2.4 Leppetähistused	30
3.3 Põhilised kodeerimisjuhendid	30
4. Suremuse ja haigestumuse kodeerimise reeglid ja juhendid	32
4.1 Suremus: tõendamisjuhendid ja kodeerimisreeglid	32
4.1.1 Surmapõhjused	32
4.1.2 Surma algpõhjused	32
4.1.3 Surmapõhjuse arstliku tõendi rahvusvaheline vorm	32
4.1.4 Surma algpõhjuse valimise meetodid suremuse tabeldamiseks	34

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

4.1.5	Reeglid eelneva tekkepõhjuse valimiseks	34
4.1.6	Mõningaid kaalutlusi valikureeglite suhtes	35
4.1.7	Näiteid üldpõhimõtte ja valikureeglite rakendamise kohta	36
4.1.8	Valitud põhjuse modifitseerimine	41
4.1.9	Modifitseerimisreeglid	41
4.1.10	Näiteid modifitseerimisreeglite kasutamise kohta	42
4.1.11	Märkused surma algpõhjuse kodeerimisel kasutamiseks	47
4.1.12	Koodinumbriga järgi tehtud seostamiste kokkuvõte	57
4.2	Märkused surmapõhjuste sissekannete interpreteerimiseks	61
4.2.1	Sekkuva põhjuse eeldus	61
4.2.2	Mõiste „väga ebatõenäone“ interpreteerimine	61
4.2.3	Haiguse kestuse mõju klassifitseerimisele	63
4.2.4	Jääk- või hilisnähtud	64
4.2.5	Patsiendi soo ja diagnoosi vaheline kokkusobivus	65
4.2.6	Operatsioonid	65
4.2.7	Pahaloomulised kasvajad	65
4.2.8	Südamekahjustusega reuma	76
4.2.9	Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad	76
4.2.10	Vigastuse loomus	77
4.2.11	Mürgistused uimastite, ravimite ja bioloogiliste ainete	78
4.2.12	Välispõhjused	78
4.2.13	Kahtlasele diagnoosile osutavad väljendid	78
4.3	Perinataalsuremus: tõendamisjuhendid ja kodeerimisreeglid	78
4.3.1	Perinataalsurma tõendamine	78
4.3.2	Surmapõhjuste kujundamine	79
4.3.3	Perinataalsurma tabeldamine põhjuste järgi	82
4.3.4	Surmapõhjuste kodeerimine	82
4.3.5	Kodeerimisreeglid	82
4.4	Haigestumus	84
4.4.1	Juhendid diagnostilise informatsiooni registreerimiseks haigestumusandmete üksikseisundianalüüsi jaoks	85
4.4.2	Juhendid „peamise seisundi“ ja „muude seisundite“ kodeerimiseks	87
4.4.3	Ümbervalikureeglid juhuks, kui peamine seisund on ebaõigesti kirja pandud	92
4.4.4	Peatükke puudutavad märkused	97
5. Statistiline esitus		106
5.1	Sissejuhatus	106
5.2	Andmete allikas	106
5.3	Tabeldamisteks vajalik põhjuste üksikasjade tase	106
5.4	Soovitavad tabelijaotiste eriloetelud suremuse kohta	107
5.4.1	Koondloetelud (lühiloetelud)	107
5.4.2	Valikloetelud	107
5.4.3	Eesliidete kasutus suremuse tabeliloetelude määratlemiseks	107
5.4.4	Kohapeal kavandatud loetelud	107
5.5	Haigestumuse tabelijaotiste eriloetelu	108
5.5.1	Kirjeldus	108
5.5.2	Haigestumuse tabelijaotiste eriloetelu modifitseerimine vastavalt riigi nõuetele	108

5.6	Soovitused rahvusvahelisteks võrdlusteks ette nähtud statistiliste tabelite suhtes	108
5.6.1	Statistilised tabelid	108
5.6.2	Surmapõhjuste tabeldamine	109
5.7	Loote-, perinataal-, neonataal- ja imikusuremust puudutavad normatiivid ja esitamisnõuded	109
5.7.1	Määratlused	109
5.7.2	Esitamiskriteeriumid	111
5.7.3	Statistika rahvusvaheliste võrdluste jaoks	111
5.7.4	Perinataalsuremuse põhjuste esitamine	113
5.8	Emasuremust puudutavad normatiivid ja esitamisnõuded	114
5.8.1	Määratlused	114
5.8.2	Rahvusvaheline aruandlus	114
5.8.3	Avaldatud emasuremuskordajad	114
5.8.4	Nimetajad emasuremuse jaoks	115
5.9	Täpsustamata põhjuste alla kuuluvate surmajuhtude osatähtsus	115
5.10	Haigestumus	115
5.11	Vajalikud ettevaatusabinõud juhuks, kui tabeliloetelud sisaldavad vahekoondeid	116
5.12	Väikese rahvaarvuga seotud probleemid	116
5.13	„Tühjad lahtrid“ ja madala esinemissagedusega lahtrid	116
<hr/>		
6.	ICD kujunemislugu	117
<hr/>		
6.1	Varasem ajalugu	117
6.2	Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu vastuvõtmine	118
6.3	Viies kümne aasta järgne taastöötlemisskonverents	119
6.4	Eelnevad haiguste klassifikatsioonid haigestumusstatistika jaoks	120
6.5	Surma ühispõhjuste alal tegutsev Ühendriikide komitee	121
6.6	Rahvusvaheliste loetelude kuues taastöötlus	122
6.7	Seitsmes ja kaheksas taastöötlus	123
6.8	Üheksas taastöötlus	123
6.9	Ettevalmistused kümnendaks väljaandeks	124
6.10	Lisa. Nomenklatuuri määrused haiguste ja surmapõhjuste kohta (kaasa arvatud statistika koostamine ja publitseerimine)	125
<hr/>		
Kirjandus		127



EESSÕNA

Käesolev raamat on Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. väljaande teise köite (ICD-10,II) tõlge eesti keelde. Pärast sissejuhatavat osa, milles tutvustatakse teisi haiguse ja terviseiga seotud klassifikatsioone, selgitatakse haiguste klassifitseerimise üldpõhimõtteid ja ICD-10 kolme originaalköite struktuuri. Mahukaima osa käesolevast, RHK-10 2. köitest moodustab peatükk, mis käsitleb suremuse ja haigestumuse kodeerimise reegleid ja juhendeid. Need on MTO poolt vastu võetud käsitlemaks surmatõenditelt ja haigusdokumentidelt üheainsa põhjuse või seisundi väljavalimist tavatabeldamise jaoks. Vaadeldakse surmapõhjuste registreerimist, seletatakse surma algpõhjuse mõistet, esitatakse surmapõhjuste arstliku tõendi rahvusvaheline vorm, suremuse tabeldamiseks surma algpõhjuse valimise üldpõhimõtte, valimis- ja modifitseerimisreeglid. Arvukad asjakohased näited selgitavad ülpõhimõtet kui ka esitatud reegleid. Omaette on käsitletud märkusi, mida tuleb surma algpõhjuse kodeerimisel arvestada sel juhul, kui esialgselt valitud kood esineb koos mõne muu teatud haigusseisundiga ja märkusi, mis lubavad surmapõhjuste sissekandeid paremini interpreteerida. Omaette vaatluse all on perinataalsuremus, selle tõendamisjuhendid ja kodeerimisreeglid. Ka haigestumisandmete registreerimiseks ja haigestumiste korral „peamise seisundi“ ning „muude seisundite“ kodeerimiseks on käesolevas köites antud juhendid. Selgitatakse samuti, kuidas haigestumus- ja suremusandmeid statistiliselt esitada, kujuures tutvustatakse lähemalt vastavate statistiliste tabelijaotiste eriloetelude olemust ning struktuuri. Köites leiduvad ka definitsioonid (5.8), mis on avaldatud ICD-10 I köites lk 1235 - 1238 ja lisana (6.10) nomenklatuuri määratlused tõlgituna ICD-10 I köite lk 1241 - 1243-lt.

Et eestindatud RHK-10 ilmub originaaliga võrreldes erinevate köidetena, vajavad erinevused siinkohal märkimist. RHK-10 1. köide ei vasta originaalsele ICD-10 I köitele, sisaldades kolmekohaliste koodidega klassifikatsiooni (ICD-10, I, lk 29 - 104), kuhu on lisatud „kaasa arvatud“ ja „välja arvatud“ märkused, et oleks kergem koodi määrata. Rahvusvaheliseks aruandluseks ja võrdlemiseks on see kolmekohaliste koodidega põhiklassifikatsioon kohustuslik. Et esialgu oli kavandatud hakata selle alusel aruandeid esitama 1994. a, eestindati ja avaldati samal aastal trükkis RHK-10 1. köite lühivariant (468 lk). Diagnooside valiku kergendamiseks on lisatud ladinakeelsed vasted ja säilitatud originaali ingliskeelsed terminid. Selles köites on veel kasvajate morfoloogia osa, mille koodi võib lisada kasvajate topograafilise klassifikatsiooni (II ptk) koodidele. Peale selle sisaldab köide viis spetsiaalset tabeldusloetelu suremuse ja haigestumuse esitamiseks lühendatud kujul.

Klassifikatsiooni põhiosa, originaali kohaselt tabelnimistu, mis ICD-10 I köites leidub lk 105 - 1175, sisaldades 21-ks peatükiks jaotatud kõigi haiguste neljakohaliste koodidega nimetusi, on eestindatud mitte ühe, vaid mitme köitena, mis peaks hõlbustama klassifikatsiooni kasutamist erinevalt spetsialiseerunud raviasutustes. Arvestades vajadust asuda Eestis kiiresti sageneva traumatismi analüüsimisele, ilmus 1995. a XIX ja XX ptk köide. Järgmistena ilmuvad sotsiaalsete olude uurimist hõlbustav XVIII ja XXI ptk köide ning enamlevinud haigusi ja surmapõhjusti hõlmav IX-XIII ptk köide.

Erinevusena originaalist ei ole eesti keeles ka üheks kõiteks koondatud mahuka aineloendi avaldamist ette nähtud. Igas seni ilmunud kõites on aineloend koostatud omaette, kusjuures tehnilistel põhjustel on selle esitusviis siiani olnud erinev. Kuna 1994.a ilmunud kolmekohaliste koodidega RHK-10 1. kõite aineloend oli koostatud lühendatuna peamiselt aja ning ruumi kokkuhoiu eesmärgil, on vältimatu, et lugeja peab otsima vajalikku terminit pahatihti naaberterminite seast ja kaudu. Aineloendi märksõnad on sealjuures varustatud kahesuguste viitadega, ühed lehekülje numbrile, teised kolmekohalisele koodile. Järgmine, 1995.a. ilmunud XIX ja XX ptk köide, on varustatud üsna üksikasjalise aineloendiga, milles on viidatud ainult lehekülje numbrile, selles leiduvad ka ravimid ja keemilised ühendid. Ka see esitusviis, ehkki seda oli hõlpsam koostada arvutil, ei ole rahuldav, sest vajalikku terminit tuleb otsida tervel leheküljel mitme naaberjaotise seast. Järgmine, XVIII ja XXI ptk köide erineb oluliselt eelmistest eestindatud RHK-10 köidetest aineloendi esituse poolest. Selles on kasutusele võetud aineloendi märksõnade viitamist ainult koodinumbrile, mis võimaldab terminit kiiresti leida. Niisugune aineloendi esitusviis tuleb kasutusele ka järgnevates köidetes.

Käesolevat köidet retsenseerisid ja aitasid keeleliselt toimetada M. Leinsalu Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biostatistika ja epidemioloogia osakonnast ning M. Moosar Eesti Meditsiinistatistika Büroost. Meditsiiniterminoloogia Komisjon arutas rida termineid oma koosolekuil. Korrektoori tegi I. Laan.

Märkus: Leppeliselt on kõikjal, kus viidatakse originaalväljaande köidetele, kasutatud lühendit ICD-10 ja märgitud vst kõite number (I, II, III) ning vajadusel lk number. Viite puhul eestindatud klassifikatsiooni kõitele on kasutatud lühendit RHK-10 ja kõite numbrit (1., 2.) või nimetust (nt RHK-10, XIX ja XX ptk köide).

P. Bogovski
A. Küng

1. Sissejuhatus

Rahvusvahelise Haiguste ja Terviseega Seotud Probleemide Statistilise Klassifikatsiooni 10. väljaande (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems /ICD-10/) eestikeelse tõlke käesolev (2.) köide sisaldab registreerimis- ja kodeerimisjuhendeid koos rohke uue ainesega klassifikatsiooni kasutamise praktiliste aspektide kohta; samuti ülevaate klassifikatsiooni ajaloolisest taustast. See materjal on esitatud eraldi köitena hõlbustamaks käsitlemist, kui samaaegselt on vaja kasutada klassifikatsiooni ja selle kasutamise instruksioone. Tähestikulise aineleendi üksikasjalikud kasutamishendid on paigutatud ICD-10 III köite sissejuhatusse.

Käesolev raamat annab RHK põhikirjelduse koos praktiliste juhenditega suremuse ja haigestumuse kodeerijaile ning andmete esitamise- ning interpreteerimishised. Eesmärgiks ei ole esitada üksikasjalikku õppematerjali RHK kasutamise kohta. Raamatus toodud juhendite paremaks omandamiseks on vaja korraldada asjakohaseid instrueerimiskursusi, et võimaldada näidisjuhtude registreerimiskäitikat ja probleemide arutlust.

Kui RHK kasutamisel esilekerkivaid probleeme ei ole võimalik kohapeal või oma statistikaametite abiga lahendada, võib nõuannet saada lähimast MTO Haiguste Klassifikatsiooni Koostöökeskusest, mis asub Uppsalas.

2. Rahvusvahelise haiguste ja tervisega seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kirjeldus

2.1 Eesmärk ja rakendatavus

Haiguste klassifikatsiooni võib defineerida kui jaotiste süsteemi, millesse haigused [haiguste nimetused] on määratud vastavalt kehtestatud kriteeriumidele. RHK eesmärgiks on võimaldada eri riikides eri aegadel kogutud suremuse ja haigestumuse andmete süstemaatilist registreerimist, analüüsimist, interpreteerimist ja võrdlemist. RHK kasutatakse haiguste diagnooside ja muude terviseprobleemide ülekandmiseks sõnadest tärkoodi, mis võimaldab andmete hõlpsat säilitamist, otsingut ja analüüsi.

Praktikas on RHK kujunenud rahvusvaheliseks standardseks diagnostiliseks klassifikatsiooniks kõikidel üldepidemioloogilistel ja mitmel tervishoiu juhtimisel otstarbel. Nende hulka kuulub rahvastikurühmade üldise tervisliku olukorra analüüs ja haiguste ning muude terviseprobleemide esinemissageduse ning levimuse seire haigestunud isikuid iseloomustavate muude tunnuste ja olukordade suhtes. RHK ei ole kavandatud ega sobiv täpsete kliiniliste mõistete kodeerimiseks. Teatud piiranguid on ka RHK kasutamisel finantsaspektide, nagu arvete koostamise ja ressursside paigutamise uurimises.

RHK-d võib kasutada mitut tüüpi tervist ja demograafilisi sündmusi kajastavates dokumentides registreeritud haiguste ja muude terviseprobleemide klassifitseerimiseks. Algselt kasutati RHK-d surmapõhjuste klassifitseerimiseks surma registreerimisel tehtud sissekande alusel. Hiljem laiendati kasutusala haiguste diagnooside klassifitseerimisele. Oluline on märkida, et kuigi RHK on esmaselt kavandatud haiguste ja vigastuste olemasolevate diagnooside klassifitseerimiseks, ei saa igat tervisteenistuse poole pöördumise põhjust või probleemi sel viisil liigitada. Seetõttu pakub RHK laia valiku tunnuste, sümptomite, hälbeliste leidude, kaebuste ja sotsiaalsete olukordade nimetusi, mis võivad esineda diagnoosi asemel tervisega seotud kannetes (vt XVIII ja XXI ptk). Seega saab RHK-d kasutada nende andmete klassifitseerimiseks, mis mitmesugustel tervist kajastavatel dokumentidel leiduvad sääraste pealdiste all nagu „diagnoos“, „suunamispõhjus“, „ravitud seisundid“ ja „konsultatsiooni põhjus“ ja mis on statistika ja muu tervislikku olukorda puudutava teabe aluseks.

2.2 Haiguse ja tervisega seotud klassifikatsioonide „pere” mõiste

Kuigi RHK on sobiv paljudeks eri rakendusteks, ei võimalda ta mõne eriala osas alati piisavalt üksikasju kaasata ja vahel võib vaja olla informatsiooni klassifitseeritud seisundite eri tunnuste kohta. Samuti on soovitatud, et RHK sisaldaks tervise-seisundiga ja/või -hooldusega seonduva lisainformatsiooni klassifikatsioone.

Jõuti arusaamisele, et RHK põhiväljaanne (kolme- ja neljakohaliste koodidega klassifikatsioon), mis sisaldub ICD-10 kolmes köites, ei saa mahutada kogu seda lisainformatsiooni ja jääda samas kättesaadavaks ning kohaseks traditsioonilisele kasutajale; nii tekkis mõte luua haiguse ja tervisega seonduvate klassifikatsioonide

„pere”, kuhu kuuluksid ka RHK põhiväljaandest eraldi avaldatavad köited, et neid vajadusel kasutada.

RHK-10 „tuumik”-klassifikatsioon on kolmekohaline kood, mis on kohustuslik kodeerimistase rahvusvaheliseks aruandluseks MTO suremuse andmebaasile ja üldisteks rahvusvahelisteks võrdlusteks. Neljakohalisi alajaotisi, kuigi nad pole rahvusvahelisel tasemel aruandluses kohustuslikud, soovitatakse kasutada mitmel eesmärgil ja nad moodustavad RHK lahutamatu osa, nagu ka tabelijaotiste erilooetelud.

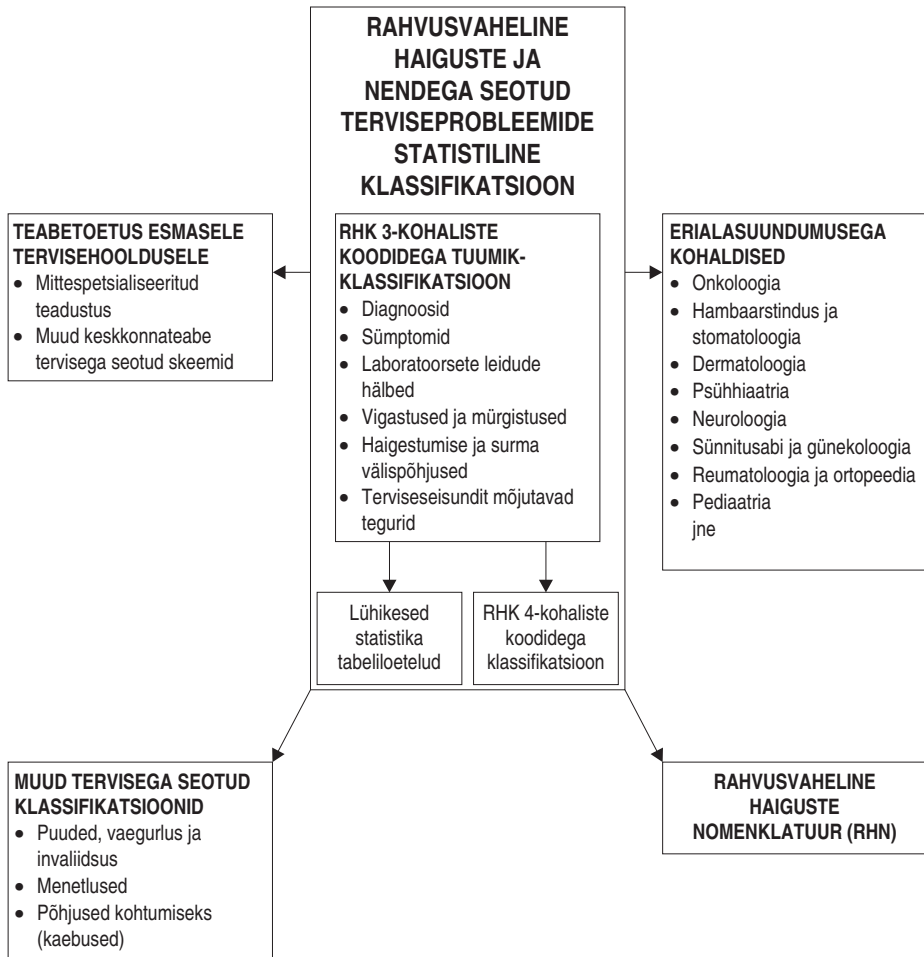
Eristatakse kahte peamist klassifikatsioonitüüpi. Esimese rühma klassifikatsioonid sisaldavad diagnoosidega ja terviseseisundiga seonduvaid andmeid ning nad on otseselt tuletatud RHK-st kas tabelnimistu koondamise või laiendamise teel. Koondnimistuid võib kasutada mitut laadi andmeesituses, statistilistes koondtabelites ja potentsiaalselt esmase tervisehoolduse arendamisel vajalikuks toetusteabeks (vt 2.2.3). Laiendatud nimistuid kasutatakse saamaks rohkem kliinilisi üksikasju, nagu näiteks erialasuundumusega kohaldistes (vt 2.2.1). See rühm sisaldab samuti tabelnimistu täiendklassifikatsioone, mis võimaldavad omistada diagnoose, kasutades eri klassifikatsioonitelge, näiteks kasvajate morfoloogiat.

Teine rühm klassifikatsioone katab terviseprobleemidega seotud neid aspekte, mis tavaliselt jäävad väljaspoole kõnesoleva seisundi formaalset diagnoosi, sinna kuuluvad ka teised tervisehooldusega seotud klassifikatsioonid. Sellesse rühma kuuluvad veel vaegurluse, meditsiiniliste ja kirurgiliste menetluste ning terviseteenistusega kontaktide põhjuste klassifikatsioonid.

RHK pere annab samuti mõistelise raamistiku definitsioonide, standardite ja meetodite kohta, mis ei ole iseendast klassifikatsioonid, kuid on pikka aega olnud RHK-ga tihedalt seotud. Üks neist üldmõistetest on meetodite arendamine, toetamiseks teabe kohalikku kogumist ja kasutamist esmase tervisehoolduse tarbeks.

Teine publikatsioon, mis on RHK-ga seotud, kuid ei tulene sellest, on Rahvusvaheline Haiguste Nomenklatuur (International Nomenclature of Diseases /IND/). Klassifikatsiooni ja nomenklatuuri vahelisi erinevusi arutatakse leheküljel 18. Järgmine joonis näitab klassifikatsioonipere erinevate liikmete sisu ja omavahelisi seoseid.

Haiguse ja tervisega seotud klassifikatsioonide pere



Joonis 1

2.2.1 Diagnoosiga seotud klassifikatsioonid

Tabelijaotiste eriloetelud

Tabelijaotiste eriloetelud on tuletatud vahetult RHK tuumikklassifikatsioonist kasutamiseks andmete esitamisel ja hõlbustamiseks terviseseisundi ja trendide analüüsi rahvusvahelisel, riigi- ja riigisisel tasandil. Rahvusvaheliste võrdluste ja publikatsioonide jaoks soovitatud tabelijaotiste eriloetelud sisaldavad RHK-10 1. köites (lk 435-451). Seal on viis sellist loetelu, neist neli on suuremuse ja üks haigestumuse jaoks (edasisi üksikasju vt lõikudes 5.4 ja 5.5).

Erialasuundumusega kohaldised

Erialasuundumusega kohaldised koondavad tavaliselt mingit kindlat eriala puudutavad RHK lõigud või jaotised ühte kompaktsesse köitesse. Säilitatud on RHK neljakohalised alajaotised, kuid sageli on lisatud 5. või ka 6. koha alajaotiste abil

rohkem üksikasju ning on olemas asjakohaste terminite tähestikuline aineleend. Mõned kohaldised võivad anda sõnaseletuslikke definitsioone eriala jaotiste ja alajaotiste ulatuses.

Kohaldisi on sageli koostanud spetsialistide rahvusvahelised töörühmad, mõnikord on ka ühe riigi töörühmad teinud kohaldisi, mida hiljem on hakatud kasutama teistes riikides. Järgnev loetelu sisaldab mõned praegustest tähtsamatest erialakohaldistest.

Onkoloogia

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni Onkoloogia osa (International Classification of Diseases for Oncology /ICD-O/) teine väljaanne, mille MTO avaldas trükkis 1990. aastal, on ette nähtud kasutamiseks vähiregistris, samuti patoloogia- ning teistes vähile spetsialiseerunud osakondades (1).

ICD-O on kaheteljeline klassifikatsioon kodeerimissüsteemidega nii topograafia kui ka morfoloogia kohta. Topograafiakood kasutab enamiku kasvajate suhtes samu kolme- ja neljakohalisi jaotisi, mida ICD-10-s on kasutatud pahaloolumuliste kasvajate kohta (jaotised C00-C80). Nii võimaldab ICD-O mittepahaloolumuliste kasvajate osas suuremat paikmespetsiifilisust, kui on võimalik ICD-10-s.

Kasvajate morfoloogiakood on identne samale koodile *Süsteematiseeritud meditsiininenomenklatuuris (Systematized nomenclature of medicine /SNOMED/)* (2), mis oli tuletatud *Kasvajate nomenklatuuri ja kodeerimiskäsiraamatu (Manual of tumor nomenclature and coding /MOTNAC/)* 1968. a. väljaande (3) ja *Patoloogia süstematiseeritud nomenklatuuri (Systematized nomenclature of pathology /SNOP/)* (4) põhjal. Morfoloogiakoodil on viis numbrikohta, milles neli esimest kohta identifitseerivad kasvaja histoloogilist tüüpi, viies kasvaja loomust (pahaloolumuline, kartsinoom *in situ*, healoomuline jne). ICD-O morfoloogiakoodid leiduvad ka ICD-10 I ja III köites, tähestikulise aineleendi vastavate sissekannete juures ja eestindatud RHK-10 1. köites (lk 363 - 434). On olemas tabelid ICD-O 2. väljaande koodide teisendamiseks ICD-10 koodideks.

Dermatoloogia

Briti Dermatoloogide Assotsiatsioon avaldas 1978.aastal *Dermatoloogia Kodeerimise Rahvusvahelise Aineleendi (International Coding Index for Dermatology)*, mis oli ühildatav RHK üheksanda parandatud väljaandega. Kui käesolev köide trükki läks, tegeles Assotsiatsioon Dermatoloogide Seltside Rahvusvahelise Liiga juhatusel RHK-10 kohaldamisega dermatoloogiale.

Hambaarstindus ja stomatoloogia

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni Rakendus Hambaarstinduses ja Stomatoloogias (Application of the International Classification of Diseases of Dentistry and Stomatology /ICD-DA/) 3. väljaanne, mis põhineb RHK-10-l, on MTO poolt avaldamiseks ettevalmistamisel. Ta on koostatud koondamaks RHK jaotisi haiguste või seisundite kohta, mis esinevad suuõõnes või naaberstruktuurides, seal avalduvad või on nendega seoses. Koodinumbriviienda koha abil võimaldatakse rohkem üksikasju kui RHK-10-s, kuid numbrisüsteem on nii korraldatud, et suhe ICD-DA koodi ja selle lähtealuseks olnud ICD-10 koodi vahel on otseselt nähtav ja andmeid ICD-DA jaotistest võib hõlpsasti kaasata ICD jaotistesse.

Neuroloogia

MTO katseb välja anda ICD-10 neuroloogia-alase kohaldise, mis säilitab ICD-10 klassifikatsiooni ja kodeerimissüsteemid, kuid on edasi alajaotatud koodinumbri viienda koha tasemel ja sellest edasi, võimaldamaks neurooloogilisi haigusi suurema täpsusega klassifitseerida.

Reumatoloogia ja ortopeedia

Rahvusvaheline Reumavastane Liiga valmistab ette taastöötlust *Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni Rakendusest Reumatoloogias ja Ortopeedias (Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics [ICD-R&O]*, mis sisaldaks ka *Lihaskonna Haiguste Rahvusvahelise Klassifikatsiooni (International Classification of Musculoskeletal Disorders /ICMSD/)*, ja oleks ühildatav ICD-10-ga. ICD-R&O võimaldab seisundite üksikasjalikku kirjeldamist, kasutades lisakoodinumbreid, mis lubades lisada üksikasju, jäävad samas ühildatavaks ICD-10-ga. Lihaskonna Haiguste Rahvusvaheline Klassifikatsioon on kavandatud terminite kasutuse selgitamiseks ja standardiseerimiseks ning teda toetab üldiste deskriptorite sõnastik seisundirühmade kohta (näiteks põletikulised polüartropaatiad).

Pediaatria

Rahvusvahelise Pediaatria Assotsiatsiooni juhtimisel töötab Briti Pediaatrite Assotsiatsioon (BPA) ICD-10 rakendamise alal pediaatrias, kusjuures hakatakse kasutama viendat koodikohta, võimaldamaks suuremat spetsiifilisust. See töö on BPA poolt ette valmistatud ICD-8 ja ICD-9 samalaadsete rakenduste järg.

Psüühikahäired

ICD-10 *Psüühika- ja Käitumishäirete Klassifikatsioon: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhendid (ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines)*. See 1992. aastal avaldatud köide annab ICD-10 V peatüki (Psüühika- ja käitumishäired) igale jaotisele üldkirjelduse ja diagnoosi puudutavad juhendid, samuti kommentaare diferentsiaaldiagnoosi suhtes ja sünonüümide ning väljaarvatavate terminite loetelu (5). Kui vajatakse rohkem üksikasju, annavad juhendid lisaks alajaotisi 5. ja 6. koodikoha tasemel. Avaldamisel on veel teinegi V peatükki puudutav üllitis – *Diagnostilised kriteeriumid uurimistöös*.

On ka kavandatud katsetada klassifikatsiooni versiooni esmases tervisehoolduses kasutamiseks ja veel teist, milles kasutatakse lapseõlve psüühikahäirete jaotiste ümberkorraldust mitmeteljelises süsteemis, võimaldamaks kliinilise seisundi, asjakohaste keskkonnategurite ja haigusega seotud vaegurluse astme üheaegset hinnangut.

2.2.2 Mittediagnostilised klassifikatsioonid

Meditsiinimenetlused

Rahvusvaheline Meditsiinimenetluste Klassifikatsioon (International Classification of Procedures in Medicine /ICPM/) avaldati MTO poolt kahes köites 1978. aastal (6). See sisaldab meditsiinilise diagnoosi, haiguste vältimise, ravi-, radioloogia, ravimitega seotud, kirurgilisi ja laboratoorseid menetlusi. Mõned riigid on selle klassifikatsiooni omaks võtnud, teised on kasutanud seda kirurgiliste operatsioonide riiklike klassifikatsioonide arendamise alusena.

MTO Haiguste Klassifikatsiooni Koostöökeskuste juhatajad sedastasid, et konsultatsiooniprotsess, millest enne lõplikku viimistlust ja publitseerimist pidanuks kinni pidama, oli nii ulatuslikus ja kiirelt arenevas valdkonnas ebakohane. Sellepärast soovitati seoses ICD-10 taastöötlusega ICPM töötlust mitte teha.

1987. aastal taotles Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni Ekspertide Komitee MTO-lt vähemalt ICPM kirurgiliste menetluste ülevaate (5. ptk) ajakohastamist ICD kümnenda väljaande jaoks. Vastusena sellele taotlusele ja arvesse võttes mitmes riigis väljendatud vajadust, valmistas sekretariaat ette menetluste tabeliloetelu.

Oma koosolekul 1989. aastal nõustusid koostöökeskuste juhatajad, et loetelu võiks olla kirurgiliste menetluste statistiliste publikatsioonide juhendiks riigi tasandil ja võiks hõlbustada ka riikidevahelisi võrdlusi. Loetelu võiks samuti kasutada kirurgiliste menetluste võrreldavate riiklike klassifikatsioonide väljatöötamise alusena.

Töö tabeliloeteluga jätkub, kuid mistahes publikatsioon peab järgima ICD-10 väljaannet. Vahepeal otsitakse sellele teemale muid lähenemisviise. Neist mõnel on ühiseid omadusi, näiteks teatud nimetuste puhul (elund, tehnika, lähenemine jne) kindel tegevusväli, võimalus automaatseks ajakohastamiseks ja paindlikkus, mis lubaks kasutamist enam kui üheks otstarbeks.

Rahvusvaheline Puuete, Vaegurluse ja Invaliidsuse Klassifikatsioon (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps /ICIDH/)

See klassifikatsiooniraamat, mis käsitleb haiguse (kaasa arvatud vigastused ja haigusseisundid) tagajärgi, avaldas MTO inglise keeles 1980. aastal (7). Hiljem tõlgiti ta enam kui tosinasse keelde.

ICIDH sisaldab kolme omaette klassifikatsiooni, millest igauks on seoses haiguse eri tagajärgega.

Puuded (impairments - I-kood) tegeleb psühholoogilise, füsioloogilise või anatoomilise struktuuri või funktsiooni kahjustuse või hälbega. Põhimõtteliselt kujutavad puuded endast häireid elundi tasandil. I-koodi põhistruktuuriks on kaks koodinumbrit enne ja üks pärast kümnendpunkti. Mõnes osas kasutatakse koodinumbri neljandat kohta. Selle klassifikatsiooni juures on tähestikuline aineleend.

Vaegurlus (disabilities - D-kood) peegeldab puude tagajärgi, tähistades mistahes piiratud või puuduvat suutlikkust tegutseda inimesele normaalseks peetaval viisil või ulatuses; seega peegeldab vaegurlus häireid isiku tasandil.

Vaegurluse koodi põhistruktuur koosneb kahest numbrist ja soovi korral täiendavast numbrist kümnendpunkti järel. Selle klassifikatsiooni juures ei ole tähestikulist aineleendit.

Invaliidsus (handicaps - H-kood) on antud isiku puudest või vaegurlusest tulenevad ebasoodsused, mis piiravad või takistavad sellel isikul täita tema jaoks normaalset rolli (sõltuvalt east, soost ja sotsiaalsetest ning kultuurilistest teguritest); seega peegeldab invaliidsus lahkeli isiku saavutuste ja ta enda või selle rühma, mille liige ta on, ootuste vahel.

Invaliidsuse klassifikatsioonil on seitse mõõdet: kuus neist on võtmemõõdet, mida nimetatakse „elulemusrollideks“ ja üks on „muu invaliidsuse“ mõõde, katmaks neid probleeme, mida elulemusrollides pole hõlmatud. Iga mõõtme suhtes rakendatakse üht koodinumbri kohta. See klassifikatsioon pole isikute

klassifikatsioon. Ta on nende asjaolude klassifikatsioon, mis paneb vaegurlusega inimest ühiskonnainormide seisukohalt vaadatuna temaga samaväärsete kaasisikute suhtes halvemasse olukorda. Selle klassifikatsiooni juures ei ole tähestikulist aineloendit.

Töö ICIDH kasutamise alal jätkub eri riikides ja seda on viimastel aastatel arutatud mitmel rahvusvahelisel koosolekul. On rajatud MTO koostöökeskusi ICIDH arendamiseks ning kasutamiseks ja need hakkavad osalema ICIDH taastöölusel.

2.2.3 Teabetoetus esmasele tervisehooldusele

„Tervis kõigile aastaks 2000 - globaalse strateegia“ (Global Strategy for Health for All by the Year 2000) üks üleskutsetest on esmase tervisehoolduse varustamine teabetoetusega. Riikides, kus täielik info puudub või kus andmed on halva kvaliteediga, tuleb RHK tavapärase kasutamise täiendamiseks või asendamiseks rakendada mitmesuguseid lähenemisviise.

1970. aastate lõpust alates on mitmed riigid katsetanud infot koguda mittespetsialistidest kaadri abil. Hiljem avarus mittespetsialiseeritud teadustus laiemaks mõisteks, mida nimetatakse „mittetavapärasteks meetoditeks“. Mitmesuguseid lähenemisviise kasutades on need meetodid eri riikides arenenud terviseisundi kohta teabe hankimise vahendiks, kui tavapärased meetodid (rahvaloendused, uuringud, jooksev rahvastikustatistika või asutuste haigestumusstatistika) on osutunud ebapiisavaks.

Üks lähenemisviise, „kooskonnateave“ („community-based information“) kaasab kooskonda osalemaks terviseiga seotud andmete määratlemises, kogumises ja kasutamises. Mitmes riigis saadud kogemus on näidanud, et selline lähenemine on rohkem kui teoreetiline raamistik. Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. väljaande koostamiseks peetud rahvusvaheline konverents märkis oma aruandes:

„Konverentsi informeeriti riikide kogemusest arendada ja rakendada kooskonnal põhinevat terviseteadet, mis katab terviseprobleeme ja vajadusi, terviseiga seoses olevaid riskitegureid ja ressursse. Konverents toetas mittetavapäraste meetodite kooskonna tasandil arendamise kontseptsiooni kui eri riikides teabelünkade täitmise ja nende infosüsteemide tugevdamise meetodit. Rõhutati, et nii arenenud kui ka arengumaades tuleb selliseid meetodeid või süsteeme paiksest arendada ning pole vaja üritada neid üle kanda teistesse piirkondadesse või riikidesse selliste tegurite tõttu, nagu haigestumuse iseärasused, keele- ja kultuuri erinevused“.

Olles saanud sellise lähenemisega paljudes riikides julgustavaid tulemusi, nõustus konverents, et MTO toetaks edaspidigi kohalike tegevusplaanide arendamise juhendamist ja metodoloogiat edendamist.

2.2.4 Rahvusvaheline Haiguste Nomenklatuur

1970. aastal alustas Meditsiiniteaduste Rahvusvaheliste Organisatsioonide Nõukogu (MTRON) (Council for International Organizations of Medical Sciences /CIOMS/) oma liikmesorganisatsioonide kaasabil Rahvusvahelise Haiguste Nomenklatuuri (International Nomenclature of Diseases /IND/) ettevalmistamist ning aastatel 1972-1974 anti välja esialgse nomenklatuuri viis köidet. Varsti tõdeti siiski, et sellise nomenklatuuri koostamine, mis oleks tõepoolest rahvusvaheline, vajaks palju avaramat konsulteerimist kui see oli võimalik ainuüksi MTRON liikmete kaasamisega.

1975. aastal muutus IND MTRON'i ja MTO ühisprojektiks, mida juhtis tehniline korralduskomitee, kus oli mõlema organisatsiooni esindajaid.

IND põhieesmärgiks on anda igale haigusele üksainus soovituslik nimetus. Sellise nime valikul on põhikriteeriumideks, et see oleks spetsiifiline (kohaldatav ühele ja ainult ühele haigusele), kahemõttelisuseta, nii ennastkirjeldav kui võimalik, nii lihtne kui võimalik ja (kus see iganes teostatav) põhjusest tulenev. Siiski on sünonüümidega säilitatud paljud laialt kasutatavad nimetused, mis eeltoodud kriteeriumidele täiel määral ei vasta, eeldusel, et nad pole sobimatud, või spetsialistide rahvusvaheliste organisatsioonide soovitustega vastuolus. Eponüümseid termineid on välditud, kuna nad pole ennastkirjeldavad; kuid nendest nimetustest on paljud sedavõrd laialt kasutusel (näit. Hodgkini tõbi, Parkinsoni tõbi ja Addisoni tõbi), et neid tuleb säilitada.

Igat haigust või sündroomi, millele nime soovitatakse, määratletakse nii ühemõtteliselt ja lühidalt kui võimalik. Igale määratlusele järgneb sünonüümide loetelu. Neid kõikehõlmavaid loetelusi täiendatakse vajadusel selgitustega, miks teatud sünonüümid on tagasi lükatud või miks mõni väidetav sünonüüm polegi tõeline sünonüüm.

IND on kavandatud RHK-le täienduseks. Nomenklatuuri ja klassifikatsiooni vaheliste erinevuste üle diskuteeritakse lk 18. Sedavõrd kui võimalik, on ICD-s eelistatud IND terminoloogiat.

IND köidetest on 1992. aastani (8) avaldatud järgmised: Nakkushaigused (bakterihaigused /1985/, mükoosid /1982/, viirushaigused /1983/, parasiithaigused /1987/); Alumiste hingamisteede haigused (1979); Seedeelundite haigused (1990); Südame- ja veresoonte haigused (1989); Ainevahetus-, toitumis- ja sisesekretsioonihaigused (1991); Neeru-, alumiste kuseteede ja meessuguelundite haigused (1992) ning Naissuguelundite haigused (1992).

2.2.5 MTO osa

Eespool kirjeldatud klassifikatsioonid on enamikus valitsusväliste organisatsioonide, muude asutuste ning MTO osakondade ja üksuste vahelise väga tiheda koostöö tulemus, kusjuures koordineeriv roll oli ICD eest vastutaval üksusel, mis tagas juhendamise ja nõuanded.

MTO edendab kohaldiste avaldamist, mis suurendab nii RHK kasulikkust kui ka tervisestatistika võrreldavust. Uute klassifikatsioonide, kohaldiste ja seletussõnastike arendamisel on MTO osaks tagada kooperatiivne juhtimine ja toimida infokeskusena, andes vajadusel tehnilisi nõuandeid, juhendust ja toetust. Igaüks, kes huvitub RHK-10 kohaldiste ettevalmistamisest, peaks MTO-ga konsulteerima kohe, kui on välja töötatud kohaldise eesmärkide selge sõnastus. Niiviisi koordineeritud lähenemisega välditakse tarbetut dubleerimist pere eri komponentide arendamisel.

2.3 Haiguste klassifitseerimise üldpõhimõtted

Nagu William Farr 1856. aastal sõnastas (9):

Klassifitseerimine on üldistamismeetod. Järelikult võib edukalt kasutada eri klassifikatsioone; ja arst, patoloog või jurist võib õigustatult, igaüks oma seisukohalt, klassifitseerida haigusi ja surmapõhjusi tema arvates kohaseimal viisil, et oma päringuid hõlbustada ja üldtulemusi saavutada.

Haiguste statistiline klassifikatsioon peab piirduma kindla hulga üksteist vastastikku välistavate (eksklusiivsete) jaotistega, mis võimaldavad haigusseisundite kogu ulatust hõlmata. Jaotised valitagu hõlbustamaks haigusilmingute statistilist uurimist. Igal spetsiifilisel haigusel, mis rahva tervise seisukohalt on eriti tähtis või mida esineb sageli, olgu klassifikatsioonis oma jaotis. Muidu omistatagu jaotisi omaette esinevate, kuid omavahel seotud seisundite rühmadele. Igal haigusel või haigusseisundil peab jaotiste loetelus olema hästi piiritletud koht. Järelikult leidub klassifikatsiooni kõikides osades lisajaotisi mitmesuguste seisundite jaoks, mida spetsiifilisematesse jaotistesse paigutada ei saa. Taolistesse lisajaotistesse klassifitseeritagu nii vähe seisundeid kui võimalik.

Rühmitamiselement on see, mis eristab statistilist klassifikatsiooni nomenklatuurist, millel iga tuntud haigusseisundi jaoks peab olema eraldi nimetus. Klassifikatsiooni ja nomenklatuuri mõisted on siiski tihedalt seotud, sest nomenklatuur on sageli süstemaatiliselt korraldatud.

Statistiline klassifikatsioon võib võimaldada üksikasjade erinevaid tasandeid, kui tal on hierarhiline struktuur alajaotistega. Haiguste statistiline klassifikatsioon peab säilitama võime identifitseerida eri haigusi ja võimaldama andmete statistilist esitamist ulatuslikumate haigusrühmade kohta kasuliku ja arusaadava teabe saamiseks.

Samu üldprintsippe võib rakendada muude terviseprobleemide ja tervisehoolduse teenistustega kontaktide põhjuste klassifitseerimisel, mis on samuti lülitatud RHK-sse.

RHK on välja arenenud pigem praktilise kui puhtteoreetilise klassifikatsioonina, milles on arvukalt kompromisse etioloogial, anatoomilisel paikmel, haiguse tekketingimusil jne põhineva klassifikatsiooniga. On tehtud ka kohandamisi, et rahuldada mitmesuguseid statistilisi rakendusi, nagu suremus, haigestumus, sotsiaalne turvalisus ja muud liiki tervisestatistika ning -uuringud, mille jaoks RHK ongi kavandatud.

2.4 ICD põhistruktuur ja klassifitseerimise põhimõtted

RHK on muutuva telje klassifikatsioon. Selle struktuur on välja arendatud varastel rahvusvahelistel klassifikatsioonistruktuuri diskussioonidel William Farri poolt soovitatust lähtudes. Tema kava järgi tulnuks, eelkõige praktilistel ja epidemioloogilistel kaalutlustel, statistilisi andmeid haiguste kohta rühmitada järgmiselt:

- epideemilised haigused
- konstitutsionaalsed või üldhaigused
- paikmeti korrastatud paiksed haigused
- arenguhäired
- vigastused.

Seda skeemi võib RHK-10 peatükkides ära tunda. See on vastu pidanud aja proovile ja, kuigi olles mõnel viisil meelevaldne, tuleb teda ikkagi pidada üldepidemioloogilistel eesmärkidel kasulikumaks struktuuriks kui ühtki teist katsetatud alternatiivstruktuuri.

Eespool loetletud rühmadest kaks esimest ja kaks viimast moodustavad „erirühmad“, koondamaks kokku seisundeid, mida hajutatud kujul oleks epidemioloogiliseks uuringuks ebamugav korraldada, nagu näiteks esmaselt anatoomilise paik-

me järgi korrastatud klassifikatsioonis. Ülejäänud rühm, „paikmeti korrastatud paiksed haigused“, sisaldab RHK peatükke iga peamise kehasüsteemi kohta.

„Erirühmade“ peatükkide eristamisel „kehasüsteemide“ peatükkidest on praktiline tähendus klassifitseerimisstruktuuri mõistmiseks, selle järgi kodeerimiseks ja sellel põhineva statistika interpreteerimiseks. Tuleb meeles pidada, et *üldiselt* klassifitseeritakse seisundid esmaselt ühte nendest „erirühmade“ peatükkidest. Kui mingi seisundi kuuluvuse suhtes tekib kahtlus, eelistatagu „erirühmade“ peatükke.

Põhi-RHK on kolmekohaliste koodidega üksijaotiste loetelu, millest iga jaotist võib edasi jaotada kuni kümnesse neljakohalise koodiga alajaotisesse. Varasemate väljaannete puhtnumbrilise kodeerimissüsteemi asemel kasutab kümnes väljaanne tärgkoodi, kus esimesel kohal on täht ja teisel, kolmandal ning neljandal kohal on number. Neljas koodikoht järgneb kümnendpunktile. Võimalikud kooditähised ulatuvad järelikult A00.0-st kuni Z99.9-ni. U-tähte ei kasutata (vt lk 21).

2.4.1 Kõited (MTO originaalväljaandes)

ICD-10 koosneb kolmest kõitest: I kõide sisaldab põhiklassifikatsioone, II kõide annab RHK kasutajatele juhendeid ja III kõide on klassifikatsiooni tähestikuline aineoloend.

Suurema osa I kõitest võtab enda alla põhiklassifikatsioon, mis koosneb kolmekohaliste koodidega jaotiste loetelust, kaasaarvamiste tabelnimistust ja neljakohaliste koodidega alajaotistest. „Tuumik“-klassifikatsioon - kolmekohaliste koodidega jaotiste loetelu on kohustuslik tasand aruandluseks MTO suremusandmebaasile ja üldisteks rahvusvahelisteks võrdlusteks. See tuumikklassifikatsioon loetleb ka peatükkide ja jaotisrühmade pealkirjad. Tabelnimistu, mis annab kõik üksikasjad neljakohaliste koodide tasemel, on jaotatud 21 peatükiks, mis eestindatult avaldatakse kaheksa kõitena, kaasa arvatud Tartu Ülikooli poolt 1993. a. eraldi välja antud V ptk.

ICD-10 I kõites leidub veel järgmist:

- *Kasvajate morfoloogia*. Kasvajate morfoloogiaklassifikatsiooni võib soovi korral kasutada lisakoodina, et klassifitseerida kasvajate morfoloogilisi tüüpe, mida, väheste eranditega, on II peatükis klassifitseeritud vaid vastavalt loomusele ja paikmele (topograafiale). Morfoloogiakoodid on samad, mida on kasutatud RHK spetsiaalses kohaldises onkoloogia jaoks (ICD-O) (1).
- *Tabelijaotiste eriloetelud*. Et RHK täielikud neljakohaliste koodidega ja isegi kolmekohaliste koodidega jaotiste loetelud on liiga pikad selleks, et neid saaks igas statistilises tabelis esitada, kasutab tavastatistika enamasti tabelnimistuid, mis rõhutavad teatud üksikseisundeid ja rühmitavad teisi. Neli suremuse tabelijaotiste eriloetelu on RHK lahutamatud osad. Loetelud nr 1 ja 2 on üldsuremuse jaoks ja loetelud 3 ja 4 on imiku- ja laste- (0 - 4-aastaste) suremuse jaoks. On veel tabelijaotiste eriloetelu haigestumuse tarvis. Need loetelud on ära toodud RHK-10 1. kõites lehekülgedel 435-451. Juhendid klassifikatsiooni ja eri tasandite tabelnimistute kasutamiseks on antud käesoleva kõite 5. osas.
- *Definitsioonid* (määratlused). ICD-10 I kõites olevad definitsioonid on Maailma Tervishoiuassamblee poolt vastu võetud ja nad on kaasatud selleks, et

hõlbustada andmete rahvusvahelist võrreldavust. Eestindatud RHK-s leiduvad definitsioonid käesolevas köites (RHK-10, 2.köide, 5.7.1 ja 5.8.1).

- *Nomenklatuuri määrused.* Maailma Tervishoiuassamblee poolt vastu võetud määrused käsitlevad MTO liikmesriikide ametlikku vastutust haiguste ja surmapõhjuste klassifitseerimise ja statistiliste andmete kogumise ning trükis avaldamise eest. Need leiduvad käesoleva RHK-10 2. köite lisas (6.10).

2.4.2 Peatükid

Klassifikatsioon on jaotatud 21 peatükiks. RHK koodi esimene koht on täht ja iga täht kuulub kindla peatüki juurde, välja arvatud täht D, mida kasutatakse nii II peatükis - „Kasvajad“ kui ka III peatükis - „Vere- ja vereloomeelundite haigused ja immuunmehhanismidega seotud haigusseisundid“ ning täht H, mida kasutatakse nii VII peatükis - „Silma- ja silmamanuste haigused“ kui ka VIII peatükis - „Kõrva- ja nibujätkehaigused“. Neli peatükki (I, II, XIX ja XX peatükk) kasutavad oma koodide esimesel kohal rohkem kui üht tähte.

Iga peatükk sisaldab oma sisu hõlmamiseks küllaldase hulga kolmekohalisi jaotisi; mitte kõiki võimalikke koodi pole kasutusele võetud, jätmaks ruumi tulevasteks muudatusteks ja laiendusteks.

I - XVII peatükk käsitleb haigusi ja muid haigusseisundeid ning XIX peatükk vigastuste, mürgistuste ja teatavate muude välispõhjuste toime tagajärgi. Ülejäänud peatükid hõlmavad tänapäeval diagnostilistes andmetes sisalduvat ainekku. XVIII peatükk sisaldab mujal klassifitseerimata sümptomeid, tunnuseid ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbeid. XX peatükk, „Haigestumise ja surma välispõhjused“, tavatses traditsiooniliselt klassifitseerida vigastuste ja mürgistuste põhjusi, kuid 9. väljaandest peale on ta ette nähtud ka haiguste ja muude haigusseisundite iga kirja pandud välispõhjuse jaoks. Lõpuks, XXI peatükk, „Tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega“, on ette nähtud nende andmete klassifitseerimiseks, mis selgitavad tervisehoolduse teenistusega kontakti loomise põhjusi isikul, kes pole momendil haige, või tingimusi, millistes patsient saab hooldust või millel on mingil muul viisil seos selle isiku hooldusega.

2.4.3 Jaotisrühmad

Peatükid on alajaotatud homogeenseteks kolmekohalisteks koodidega jaotisrühmadeks. I peatükis peegeldavad jaotisrühmade pealkirjad kaht klassifitseerimistelge - nakkuslaadi ja nakatavate organismide laia rühma. II peatükis on esmaseks teljeks kasvaja loomus; loomuse piires on telg peamiselt paikme järgi, kuigi üksikud kolmekohalised jaotised on ette nähtud olulistele morfoloogilistele tüüpidele (näiteks leukeemiad, lümfoomid, melanoomid, mesotelioomid, Kaposi sarkoom). Jaotiste ulatus on antud iga jaotisrühma pealkirja järel ümarsulgudes.

2.4.4 Kolmekohaliste koodidega jaotised

Igas jaotisrühmas on mõned kolmekohalised koodidega jaotised üksikute seisundite jaoks, mis on välja valitud tulenevalt nende sagedusest, tõsidusest või tervisetee- nistuse sekkumise võimalikkusest; muud jaotised on mõne ühise tunnusega haiguste rühmade jaoks. Tavaliselt on võimaldatud klassifitseerida vajalikke „muid“ seisundeid, mis lubab kaasata mitut erinevat, kuid harvemini esinevat seisundit, samuti „täpsustamata seisundeid“.

2.4.5 Neljakohaliste koodidega alajaotised

Kuigi see ei ole rahvusvahelisel tasemel aruandluseks kohustuslik, on enamik kolmekohaliste koodidega jaotisi alajaotatud neljanda, numbrilise tärgi varal pärast kümnendpunkti, mis võimaldab kuni kümnet alajaotist. Kui kolmekohalise koodiga jaotist pole alajaotatud, soovitatakse neljanda koha täiteks tähte „X”, nii et koodidel oleks andmetöötluise hõlbustamiseks standardne pikkus.

Neljakohaliste koodidega alajaotisi kasutatakse mistahes kohaseimal viisil, identifitseerides, näiteks, erinevaid paikmeid või variante juhul, kui kolmekohalise koodiga jaotis tähistab ainsat haigust, või üksikuid haigusi, kui kolmekohalise koodiga jaotis on seisundite rühma jaoks.

Neljandat täarki .8 kasutatakse tavaliselt kolmekohalise koodiga jaotiste juurde kuuluvate „muude” seisundite jaoks ja täarki .9 peamiselt selleks, et edasi anda sama tähendust, mis on kolmekohalise koodiga jaotise nimetusel, ilma täiendavat teavet lisamata.

Kui samu neljakohalise koodiga alajaotisi rakendatakse rea kolmekohaliste koodidega jaotiste ulatuses, siis on need loetletud ainult ühel korral, jaotiste rea alguses. Märkus iga vastava jaotise juures viitab, kust saab leida üksikasju. Näiteks jaotistel O03-O06 - abordi eri tüüpide kohta, on ühised neljandad tärgid, mis puudutavad lisandunud tüsistusi (vt O03-O06).

2.4.6 Lisa-alajaotised kasutamiseks viienda või järgneva koodikoha tasemel

Viienda ja järgneva tärgi tasemel on tavaliselt neljanda tärgi alaklassifikatsioonid erineva telje suunas. Neid võib leida:

- XIII peatükis – alajaotised anatoomilise paikme järgi;
- XIX peatükis – alajaotised, viitamaks lahtistele ja kinnistele murdudele, samuti kolju-, rindkere- ja kõhusisestele vigastustele koos lahtise haavaga või ilma selleta;
- XX peatükis – alajaotised, viitamaks tegevuse liigile, mis toimus sündmuse ajal.

2.4.7 Kasutamata „U” koodid

Koode U00-U49 tuleks kasutada ebaselge etioloogiaga uute haiguste ajutiseks märkimiseks. Koode U50-U99 võib kasutada uuringutes, näiteks, kui testitakse alternatiivset alaliigitamist mingi eriprojekti jaoks.

3. Kuidas kasutada ICD-d

See osa sisaldab praktilist informatsiooni, mida kõik kasutajad peavad teadma selleks, et osata klassifikatsiooni täiel määral ära kasutada. ICD eesmärgi ja struktuuri teadmine ning mõistmine on statistikutele ja terviseinformatsiooni analüüsijatele, samuti kodeerijatele esmajärgulise tähtsusega. ICD täpne ja järjekindel kasutus sõltub kõigi kolme kõite korrektsest rakendamisest.

3.1 Kuidas kasutada I köidet (ICD-10 I)

3.1.1 Sissejuhatus

ICD I köide sisaldab klassifikatsiooni ennast. Ta näitab jaotisi, kuhu diagnoosid tuleb paigutada, hõlbustamaks nende liigitamist ning loendamist statistika otstarbeks. Samal ajal varustab ta statistikakasutajaid statistilistes tabelites sisalduvate jaotiste, alajaotiste ja tabeliloetelu punktide sisu määratlusega.

Kuigi teoreetiliselt on kodeerijal võimalik õige koodini jõuda ainuüksi I köidet kasutades, on see aeganõudev ja võib põhjustada viga koodi omistamisel. Tähestikuline aineloend klassifikatsiooni juhendina leidub ICD-10 III köites. Sissejuhatus aineloendile pakub olulist teavet seotuse kohta I köitega.

RHK kõige tavapärasemad statistilised kasutused on seotud üheainsa seisundi valimisega tõendilt või dokumendilt, kuhu on sisse kantud rohkem kui üks seisund. Reeglid sellise valiku tegemiseks suremuse ja haigestumuse suhtes leiduvad käesoleva kõite 4. osas.

Tabelnimistu üksikasjalik kirjeldus on antud 2.4 osas.

3.1.2 Kaasaarvatavate terminite tabelnimistu ja neljakohalise koodiga alajaotiste kasutamine

Kaasaarvatavad terminid (k.a märkused)

Kolme- ja neljakohaliste koodidega rubriikide¹ sees on tavaliselt loetletud rida muid diagnostilisi termineid. Neid teatakse kui „kaasaarvatavaid termineid“ (k.a) ja nad antakse, lisaks jaotise nimetusele, näidetena diagnostilistest otsustest, mida tuleb sellesse rubriiki klassifitseerida. Nad võivad osutada eri seisunditele või olla sünonüümid. Nad ei ole rubriigi alaklassifikatsioon.

Kaasaarvatavaid termineid loetletakse esmajoones juhendina rubriigi sisu kohta. Paljud loetletud nimetustest on seotud rubriiki kuuluvate tähtsate või harilike terminitega. Teised on piirseisundid või -paikmed, mida loetletakse selleks, et eristada alajaotiste vahelist piiri. Kaasaarvatavate terminite loetelud pole mingil juhul ammendavad ning diagnostiliste ühikute alternatiivsed nimetused on loetletud tähestikulises aineloendis, mille poole tuleks esmajärjekorras pöörduda, kui mingit diagnostilist otsust kodeeritakse.

1 RHK käsitluses tähistab „rubriik“ kas kolmekohalise koodiga jaotist või neljakohalise koodiga alajaotist

Vahel on vaja kaasaarvatavaid termineid lugeda ühenduses nimetustega. Seda juhtub siis, kui kaasaarvatavate terminitega kujundatakse paikmete või farmatseutiliste toodete loetelusid, kus nimetusele omased sõnad (näiteks „... pahaloomuline kasvaja“, „...vigastus“, „mürgistus ...ga“) vajavad selgitust.

Üldisi diagnostilisi kirjeldusi, mis on ühised jaotiste reale või kolmekohalise koodiga jaotise kõikidele alajaotistele, on leida märkustes pealkirjaga „k.a“, mis vahetult järgnevad peatüki, jaotisrühma või jaotise nimetusele.

Väljaarvatavad terminid

Teatud rubriigid sisaldavad loetelusid seisunditest, millele eelneb lühend „v.a“ (välja arvatud). Need on terminid, mis on tegelikult klassifitseeritud kuskil mujal, kuigi rubriigi nimetus võiks vihjata, et neid tuleks klassifitseerida sellesse. Näitena on jaotises A46 „Erysipelas“, kus sünnitusjärgne erüsiipel on välja arvatud. Iga väljaarvatava termini järel on ümarsulgudes klassifikatsioonis kuskil mujal leiduva jaotise või alajaotise kood, mille alla väljaarvatav termin tuleb paigutada.

Jaotiste rea või kolmekohase koodiga jaotise kõigi alajaotiste väljaarvamist leiab v.a märkustes, mis vahetult järgnevad peatüki, jaotisrühma või jaotise nimetusele.

Seletussõnastik kirjeldused

Lisaks kaasaarvatavatele ja väljaarvatavatele terminitele kasutab V peatükk „Psüühika- ja käitumishäired“, rubriigi sisule viitamiseks seletussõnastik kirjeldusi. Seda võtet kasutatakse seepärast, et psüühikahäirete terminoloogia varieerub suurel määral, iseäranis eri riikides ja sama nime võidakse kasutada üsna erisuguste seisundite kirjeldamiseks. Seletussõnastik ei ole mõeldud kodeerivale personalile kasutuseks.

Märkus: selle peatüki koos seletussõnastiku kirjeldustega on eestindanud TÜ omaette raamatuna.

Sama tüüpi määratlusi on RHK-s antud ka mujal, näiteks XX ja XXI peatükis, selgitamaks rubriigi kavatsetud sisu.

3.1.3. Kaks koodi mõne seisundi jaoks

Risti ja täрни süsteem

ICD-9 võttis tarvitusele ja ICD-10 jätkas süsteemi kasutamist, millega diagnostiliste otsustuste jaoks on olemas kaks koodi, mis sisaldavad teavet nii üldise põhihaiguse kui ka teatud elundi või paikme ilmingu kohta, mis moodustab omaette kliinilise probleemi.

Esmane kood on põhihaiguse jaoks ja seda märgitakse ristiga (†), mittekohustuslik lisakood on ilmingu jaoks ja märgitakse tärniga (*). Sellisele leppetele jõuti seetõttu, et sageli ei piisanud ainuüksi põhihaiguse kodeerimisest teatud erialasid puudutava statistika koostamisel, kui taheti näha seisundit klassifitseerituna ilmingut hõlmavasse peatükki, kui see oli meditsiinilise hoolduse põhjus.

Kuigi risti ja täрни süsteem võimaldab statistika esitamiseks alternatiivseid klassifikatsioone, on RHK põhimõtteks, et ristiga kood on esmane kood ja seda peab alati kasutama. Tärniga koodi võib kasutada *lisaks* juhul kui nõutakse ka alternatiivset esitamismeetodit. Kodeerimisel ei tohi tärniga koodi kunagi üksi kasutada. Ristiga kood sisaldav statistika on kooskõlas traditsioonilise klassifitseerimisega

suremus- ning haigestumusandmete ja meditsiinilise hoolduse muude aspektide kohta andmete esitamisel.

Tärniga koodid esinevad kolmekohaliste koodidega jaotistena. Samade seisundite jaoks võib olla eraldi jaotisi, kui mingit teatud haigust pole täpsustatud kui algpõhjust. Näiteks, jaotised G20 ja G21 on parkinsonismi selliste vormide jaoks, mis pole mujal mingile muule haigusele omistatud ilmingud, sellal kui jaotis G22* tähistab „parkinsonismi mujal klassifitseeritud haiguste korral“. Vastavaid ristiga koode antakse seisunditele, mida on märgitud tärniga jaotistes; näiteks, süfiliitilisele parkinsonismile G22*-s on ristiga kood A52.1†

Mõned ristiga koodid esinevad spetsiaalsetes ristiga jaotistes. Sagedamini aga võivad samast jaotisest või alajaotisest pärineda nii ristiga kood kaksikelemendiga diagnooside jaoks kui ka tähistamata koodid üheainsa elemendiga seisundite jaoks. Klassifitseerimisalad, kus risti ja täрни süsteem toimib, on piiratud; kogu klassifikatsioonis leidub 83 spetsiaalset tärniga jaotist, mis on loetletud asjakohaste peatükki- de alguses.

Rubriigid, milles esinevad ristiga tähistatud terminid, võivad omandada ühe kolmest erinevast vormist:

- 1) Kui leppemärk (†) ja alternatiivne tärniga kood esinevad mõlemad rubriigi pealkirjas, siis kuuluvad kõik selles rubriigis klassifitseeritavad terminid kaksikklassifitseerimisele ja neil kõigil on sama alternatiivne kood, näiteks

A17.0† Tuberkuloosne meningiit (G01*)
Ajukelmete (peaaju-; seljaaju-) tuberkuloos
Tuberkuloosne leptomeningiit

- 2) Kui leppemärk (†) on rubriigi pealkirjas, aga alternatiivset tärniga koodi seal ei leidu, siis kuuluvad kõik selles rubriigis klassifitseeritavad terminid kaksikklassifitseerimisele, kuid igal neist on erinev alternatiivne kood (mis on iga termini juures märgitud), näiteks

A18.1† Kuse-suguelundite tuberkuloos
kusepõietuberkuloos (N33.0*)
emakakaelatuberkuloos (N74.0*)
neerutuberkuloos (29.1*)
meessuguelundite tuberkuloos (N51.-*)
ureeterituberkuloos (N29.1*)
Naise vaagnapiirkonna tuberkuloosne põletikuline
haigusseisund (N74.1*)

- 3) Kui rubriigi nimetuses leppemärki (†) ega ka alternatiivset tärniga koodi ei leidu, siis rubriik tervikuna kaksikklassifitseerimisele ei kuulu, kuid üksikute kaasaarvatavate terminite suhtes võib see toimuda; kui nii, siis tähistatakse need terminid nii leppemärgiga kui ka vastava alternatiivse koodiga, näiteks

A54.8 Muud gonokokknakkused

Gonokokk-:

...

- peritoniit (K67.1*)
- pneumooniat (J17.0*)
- septitseemia
- nahakahjustused

Muu mittekohustuslik kaksikkodeerimine

Esineb teatud olukordi, lisaks risti ja täрни süsteemile, mis lubavad kasutada kaht RHK koodi, et kirjeldada isiku seisundit täielikult. Tabelnimistus leiduv märkus „Soovi korral võib kasutada lisakoodi” osutab mitmele taolisele olukorrale. Lisakoode kasutatagu vaid eritabelloetelude puhul.

Need on ette nähtud järgmistel puhkudel:

- 1) paiksetele nakkustele, mis on klassifitseeritavad „kehasüsteemide” peatükides, võib lisada koodid I peatükist, identifitseerimaks nakkusetekitajat seal, kus seda teavet rubriigi nimetuses ei leidu. Selleks otstarbeks on I peatüki lõpus ette nähtud jaotisrühm B95-B97.
- 2) funktsionaalse aktiivsusega kasvajate puhul võib II peatüki koodile lisada sobiva koodi IV peatükist, viitamaks funktsioonitüübile.
- 3) identifitseerimaks kasvajate morfoloogiat võib kasvajate korral II peatüki koodile lisada morfoloogiakoodi RHK-10, 1. köide, lk 363-434, kuigi see kasvajate morfoloogiat puudutav osa pole RHK põhiosa.
- 4) V peatüki jaotisrühmas F00-F09 (Orgaanilised - k.a sümptomaatilised - psüühikahäired) klassifitseeritud seisunditele võib lisada koodi mõnest muust peatükist, viitamaks põhjusele, s.o põhihaigusele, vigastusele või muule ajukahjustusele.
- 5) juhud, kus mingi seisund on põhjustatud toksilisest tegurist, võib selle teguri identifitseerimiseks lisada koodi XX peatükist.
- 6) juhud, kus võib kasutada kaht koodi, et kirjeldada vigastust, mürgistust või muud kahjulikku toimet: üks kood XIX peatükist, kirjeldamaks vigastuse loomust ja teine XX peatükist, kirjeldamaks põhjust. Valik, kumb neist koodidest peaks olema lisakood, oleneb otstarbest, milleks andmeid kogutakse (vt sissejuhatus XX peatükile, RHK-10 1. köide, lk 291).

3.1.4 Klassifikatsioonis kasutatud leppetähistused

Kaasa- ja väljaarvatavate terminite loetlemisel tabelnimistus rakendab RHK mõnesugust erilepet ümarsulgude, nurksulgude, koolonite, looksulgude, lühendi „TTta”, väljendi „mujal klassifitseerimata” (MKta) ja terminite nimetustes sõna „ja” kasutuse suhtes. Neid on vaja selgesti mõista nii kodeerijail kui ka igäühel, kes RHK-l põhinevat statistikat interpreteerida soovib.

Ümarsulud ()

Ümarsulgusid kasutatakse köidetes neljas olulises olukorras.

- a) Ümarsulgusid kasutatakse diagnostilisele terminile järgneda võivate lisa-sõnade sulustamiseks ilma, et muutuks koodinumber, mis kehtib väljaspool ümarsulgusid olevate sõnade suhtes. Näiteks, I10-s, kus kaasaarvatav termin „Hüpertooniatõbi e (healoomuline) e (essentsiaalne) e (pahaloomuline) e (primaarne) e (süsteemne) arteriaalne hüpertensioon e kõrgvererõhktõbi“ tähendab, et I10 on koodinumbriks nii ainuüksi sõnale „hüpertooniatõbi“ kui ka siis, kui seda terminit täpsustatakse ühega neist lisaõnadest või lisaõnade mingi kombinatsiooniga ümarsulgudes.
- b) Ümarsulgusid kasutatakse ka selleks, et sulustada koodinumbrit, millele viitab väljaarvatav termin. Näiteks, H01.1, Blefariit, v.a blefarokonjunktiviit (H10.5).
- c) Ümarsulgusid kasutatakse veel jaotisrühmade pealkirjades, ümbritsemaks sellesse rühma kuuluvate jaotiste kolmekohalisi koodinumbreid.
- d) Ümarsulgude viimane rakendusala oli sisse toodud ICD 9. väljaandes seoses risti ja täрни süsteemiga. Ümarsulgusid kasutatakse selleks, et sulustada ristiga koodi tärniga jaotises või ristiga terminile järgnevat tärniga koodi.

Nurksulud []

Nurksulgusid kasutatakse:

- a) sulustamaks sünonüüme, alternatiivseid sõnu või selgitavaid sõnaühendeid; näiteks
A30 Leepra e pidalitõbi [Hanseni tõbi];
- b) viitamaks varasematele märkustele, näiteks
C00.8 Üleulatuv huulekahjustus [vt RHK-10, märkus 5, lk 24];
- c) viitamaks neljakohaliste koodidega alajaotiste varemsõnastatud rühmale, mis mitmele jaotisele on ühine; näiteks
K27 Täpsustamata paikmega peptiline e seedehaavand [alajaotiste suhtes vt K25-K28].

Koolon :

Koolonit kasutatakse kaasaarvatavate ja väljaarvatavate terminite loeteludes, kui koolonile eelnevad sõnad ei ole täielikud terminid sellesse rubriiki määramiseks. Enne kui sellist terminit saab rubriiki määrata, nõuab ta üht või mitut modifitseerivat või täpsustavat sõna termini all taandreas. Näiteks K36 „Muu ussripikupõletik“ puhul tuleb diagnoos „ussripikupõletik“ klassifitseerida selle koodi alla vaid siis, kui ta on täpsustatud sõnadega „krooniline“ või „taastuv“.

Looksulg }

Looksulgu kasutatakse kaasaarvatavate ja väljaarvatavate terminite loeteludes viitamaks, et ei talle eelnevad ega ka järgnevad sõnad pole täielikud terminid. Igat

terminit eespool looksulgu tuleb täpsustada looksulu järel oleva ühe või mitme terminiga. Näiteks

O71.6	Vaagnaliigeste ja ligamentide sünnitusabitrauma	} sünnitusabist
	sisemise häbemeliidusekõhre ärarebimine	
	e avulsioon	
	sabaluutrauma	
	häbemeliiduse traumaatiline eraldumine	
	e separatsioon	

Märkus: peale nende „suurte looksulgude“ on kasutusel ka väikesed (ühe rea ulatuses), et sulustada tõlkele selgituseks lisatud originaalist pärinev ingliskeelne termin.

„TTa”

Tähed TTa on lühend väljendile „teisiti täpsustamata” (not otherwise specified, NOS), mis hõlmab tähenduse „lähemalt määratlemata” („unspecified”) või „täpsustamata” [„kvalifitseerimata”] („unqualified”). Vahel on täpsustamata termin sellegipoolest klassifitseeritud seisundi täpsemat tüüpi rubriiki. Seda seepärast, et meditsiinilises terminoloogias teatakse mingi seisundi kõige harilikumat vormi sageli seisundi enda nime järgi ja vaid vähemharilikke seisundeid täpsustatakse. Näiteks, „mitraalstenoosi” kasutatakse üldiselt „reumaatilise mitraalstenoosi” tähenduses. Selliseid loomupäraseid iseenesestmõistetavusi tuleb mittekorrektse klassifitseerimise vältimiseks arvestada. Kaasaarvatavate terminite hoolikas vaatlus näitab, kus on põhjuse suhtes oletusi tehtud; kodeerijad peaksid olema ettevaatlikud, et terminit ei kodeeritaks kui täpsustamatut enne kui on täiesti selge, et käepärast pole informatsiooni, mis lubaks selle termini täpsemat määratlemist kuhugi mujale. Samasuguselt, tõlgendades RHK-1 põhinevat statistikat, ei saanud mõned ilmselt täpsustatud jaotistesse määratud seisundid olla sama üksikasjalikult kirjeldatud dokumendil, mille järgi kodeeriti. Võrreldes ajas muutuvaid trende ja interpreteerides statistikat, on tähtis teada, et seisukohad võivad muutuda ühest ICD väljaandest teise. Näiteks eeldati enne ICD 8. taastöötlust, et täpsustamata aordianeurüsm oli süüfilise põhjustatud.

„Mujal klassifitseerimata” (MKta)

Sõnad „mujal klassifitseerimata” („not elsewhere classified” - NEC), kasutatuna kolmekohalise koodiga jaotise nimetuses on hoiatuseks, et loetletud seisundite teatud täpsustatud variante võib klassifikatsiooni teistes osades ette tulla. Näiteks:

J16 MKta muude nakkuslike organismide tekkene pneumoonia

Sellesse jaotisesse kuulub J16.0 klamüüdiapneumoonia ja J16.8 muude täpsustatud nakkuslike organismide tekkene pneumoonia. Täpsustatud nakkuslike organismide tekkete pneumooniate kohta on mitmeid muid jaotisi esitatud X peatükis (näiteks J10-J15) ja teistes peatükkides (näiteks P23.- Kaasasündinud kopsupõletik). J18 Täpsustamata tekitajaga pneumoonia hõlmab pneumooniaid, mille puhul nakkuslik tegur pole kindlaks määratud.

„Ja” terminite nimetustes

„Ja” on kasutusel „ja/või” tähenduses. Näiteks A18.0 Luude ja liigeste tuberkuloos. Selle termini alla tuleb klassifitseerida „luutuberkuloosi”, „liigeste tuberkuloosi” ja „luude ja liigeste tuberkuloosi” juhud.

Punktkriips .-

Mõnel juhul on neljanda koha asemel jaotise koodis punktkriips, näiteks

G03 Meningiit muudel ja Tta põhjustel
v.a meningoentsefaliit (G04.-)

See näitab kodeerijale, et neljas koodikoht on olemas ja seda tuleb otsida vastavast jaotisest. Seda tava kasutatakse nii tabelnimistus kui ka tähestikulises aineloendis.

3.1.5 Ühiste iseloomustavate tunnustega jaotised

Kvaliteedi kontrollimiseks on kasulik arvutisüsteemi viia sisse programmeeritud kontrollmärgised. Selliste sisemise kokkulangevuse kontrollmärgiste alusena on ette valmistatud järgnevad jaotisrühmad, mis on rühmitatud neid ühendava iseloomuliku eritunnuse järgi.

Tärniga jaotised

Järgmisi tärniga jaotisi ei tule kasutada üksi; neid peab alati kasutama lisaks ristiga koodile:

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*

Ainult ühe sooga piirduvad jaotised

Järgmised jaotised kehtivad ainult meeste suhtes:

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.- D40.- E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5.

Järgmised jaotised kehtivad ainult naiste suhtes:

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.- D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

Seisundite ja soo vaheliste vastuolulisuste käsitlemiseks on juhendust antud 4.2.5 all.

Jääknähtude jaotised

Järgmised jaotised on mitte enam aktiivses faasis olevate seisundite jääknähtude jaoks:

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89.

Jääknähtude kodeerimiseks nii suremuse kui haigestumuse jaoks võib juhendust leida 4.2.4 ja lk 90-91.

Menetlusjärgsed haigusseisundid

Järgnevaid jaotisi ei tohi kasutada surma algpõhjuse kodeerimiseks. Nende rakendamiseks haigestumuse kodeerimisel on juhendust leida lk 91-92.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.- I97.- J95.-, K91.- M96.- N99.-.

3.2 Kuidas kasutada ICD-10 III köidet

Märkus: Eesti keelde ühtset III köidet ei tõlgita, mistõttu järgnevad osad (3.2.1 -3.2.4) on esitatud ainult üldpõhimõtetele tutvumiseks. Eestikeelsete köidete aineloendite kohta vt eessõna. III köite, ICD-10 tähestikulise aineloendi sissejuhatus annab juhendeid, kuidas aineloendit kasutada. Enne, kui alustatakse kodeerimist, tuleb neid instruksioone hoolikalt uurida. Alljärgnevalt on antud aineloendi struktuuri ja kasutuse lühikirjeldus.

3.2.1. Tähestikulise aineloendi korraldus

III köide on jaotatud kolme ossa järgmiselt:

- I osa loetleb kõiki I-XIX ja XXI peatükis klassifitseeritud termineid, v.a ravimid ja muud kemikaalid.
- II osa on haigestumise ja surma välispõhjuse aineloend ning sisaldab XX peatükis klassifitseeritud termineid, v.a ravimid ja muud kemikaalid.
- III osa - ravimite ja kemikaalide tabel - loetleb iga aine osas XIX peatükis klassifitseeritud koodid ravimitega mürgistuste ning nende ainete ebasoodsate toimete kohta, ja samuti koodid XX peatükist, mis viitavad, kas mürgistuse põhjus oli õnnetuslik, tahtlik (enesekahjustus), ebaselge tahtlusega või õigesti manustatud õige ravimi kahjulik toime.

Märkus: RHK-10-s leiduvad need terminid ja ravimite ning kemikaalide nimed XIX&XX ptk köites.

3.2.2 Struktuur

Aineloend sisaldab „juhttermineid“, mis paiknevad veeru kõige vasakpoolsemas osas, jättes teised sõnad („modifitseerijad“ või „täpsustajad“) endast allapoole eri taande kaugustele.

I osas on need taandreas olevad modifitseerijad ja täpsustajad tavaliselt varian did, paikmed või seigad, mis mõjustavad kodeerimist. II osas viitavad nad õnnetusjuhtumi või sündmuse eri tüüpidele, osalenud sõidukitele jne. Kodeerimist mittemõjustavad modifitseerijad on antud seisundi järel ümarsulgudes.

3.2.3 Koodinumbrid

Terminitele järgnevad koodinumbrid viitavad nendele jaotistele ja alajaotistele, kuhu terminid tuleb klassifitseerida. Kui koodil on vaid kolm kohta, siis võib eeldada, et seda jaotist ei ole alajaotatud. Enamikul juhtudest, kus jaotis on alajaotatud, annab aineloendis olev koodinumber neljanda koha. Koodi neljandal kohal, pärast punkti olev kriips (näiteks O03.-) tähendab, et jaotis on alajaotatud ja et

neljandat kohta võib leida pöördudes tabelnimistu poole. Kui termini suhtes on rakendatud risti ja täрни süsteemi, siis on antud mõlemad koodid.

3.2.4 Leppetähistused

Ümarsulud

Ümarsulgusid kasutatakse aineloendis samal viisil nagu I köites, et sulustada modifitseerivaid termineid.

„MKta”

MKta (mujal klassifitseerimata) osutab, et loetletud seisundite täpsustatud varian did on klassifitseeritud kuskil mujal ja, kus see on sobiv, tuleb aineloendist otsida täpsemat terminit.

Ristviited

Ristviiteid kasutatakse aineloendis mittevajaliku terminite dubleerimise vältimiseks. Sõna „vaata” nõuab kodeerija pöördumist teise termini juurde; „vaata ka” suunab kodeerijat järele vaatama kuskilt mujalt aineloendis, juhul kui kodeeritava otsustus sisaldab muud infot, mida pole leida selle termini all olevast taandrest, mille juurde „vaata ka” on lisatud.

3.3 Põhilised kodeerimisjuhendid

Tähestikuline aineloend sisaldab mitmeid termineid, mida I köites ei leidu, kuid kodeerimine nõuab, et koodi määramisel arvestataks nii aineloendit kui tabelnimistut.

Enne, kui üritada kodeerida, peab kodeerija teadma klassifitseerimis- ning kodeerimis põhimõtteid ja tal peab olema praktiliste harjutuste kogemus. Järgnevalt esitatav on lihtne juhend ja ta on mõeldud RHK juhusliku kasutaja abistamiseks.

1. Identifitseeri kodeeritava otsustuse (diagnoosi) tüüp ja pöördu tähestikulise aineloendi asjakohase osa poole. (Kui otsustus on haigus või vigastus või muu I-XIX peatükikes ja XXI peatükis klassifitseeritud seisund, siis arvesta aineloendi I osa. Kui otsustus on XX peatükis klassifitseeritava vigastuse või muu sündmuse välispõhjus, siis arvesta aineloendi II osa).
2. Määra kindlaks juhttermin. Haiguste ja vigastuste puhul on see tavaliselt patoloogilist seisundit tähistav nimisõna. Aineloendisse on aga lisatud juhtterminina ka mõningaid seisundeid, mis on väljendatud omadussõnadena või eponüümidenä.
3. Loe juhttermini all leiduvat mistahes märkust ja juhindu sellest.
4. Loe läbi mistahes terminid, mis on juhttermini järel ümarsulgudes (need modifitseerivad terminid koodinumbrit ei mõjusta), samuti iga termin, mis on juhttermini all taandreas (need modifitseerivad terminid võivad koodinumbrit mõjustada), kuni on võetud arvesse kõiki diagnostilises väljendis leiduvaid sõnu.
5. Jälgi hoolikalt igat aineloendis leiduvat ristviidet („vaata” ja „vaata ka”).
6. Pöördu tabelnimistu poole, et tõestada valitud koodinumברי sobivust. Pea silmas, et aineloendis olev kolmekohaline kood punkt kriipsuga neljanda koha asemel tähendab, et I köitest tuleb leida neljas koodikoht. Edasisi alajaotisi, mida

lisakoodikohal kasutada tuleb, pole aineloendisse toodud; kui neid vaja on, leiab neid I köitest.

7. Juhindu igast kaasaarvatavast või väljaarvatavast terminist, mis on valitud koodi all või peatüki, jaotisrühma või jaotise nimetuse all.
8. Määra kood.

Erijuhendid kodeeritava põhjuse või seisundi väljavalimiseks ja valitud seisundi kodeerimiseks on antud 4. osas.

Märkus: Need juhendid kehtivad üldjoontes ka eestindatud kõiteis leiduvate aine-
loendite kohta; tabelnimistu (I-XXI ptk) on eestindatud RHK-s jaotatud eri köide-
tesse.

4. Suremuse ja haigestumuse kodeerimise reeglid ja juhendid

See osa puudutab reegleid ja juhendeid, mis on vastu võetud Maailma Tervishoiuassamblee poolt surmatõenditelt ja haigusdokumentidelt üheainsa põhjuse või seisundi valimiseks tavatabeldamise jaoks. Juhendid on antud ka reeglite rakendamiseks ja tabeldamiseks valitud seisundi kodeerimiseks.

4.1 Suremus: tõendamisjuhendid ja kodeerimisreeglid

Suremuse statistika on üks peamisi tervisetabe allikaid ja paljudes riikides on ta tervist käsitlevatest andmetest kõige usaldusväärsem.

4.1.1 Surmapõhjused

1967. aastal määratles Kahekümnes Maailma Tervishoiuassamblee surmapõhjusi, mida tuleb registreerida arstlikul surmapõhjuse tõendil, kui „kõiki neid haigusi, haiguslikke seisundeid või vigastusi, mis kas lõppesid surmaga või aitasid surma tekkele kaasa ja õnnetuse või vägivalda asjaolusid, mis tekitasid mistahes sellist vigastust.” Määratluse eesmärgiks on tagada, et kogu asjakohane info registreeritaks, ning et tõendaja ei valiks sissekandeks ühtesid seisundeid ega heidaks kõrvale teisi. Määratlus ei hõlma suremissümptomeid ega -viise (selliseid nagu südame- või hingamispuudulikkus).

Kui on registreeritud ainult üks surmapõhjus, siis see põhjus võetaksegi tabeldamiseks. Kui on registreeritud rohkem kui üks surmapõhjus, tuleb valik teha vastavalt 4.1.5 osas antud reeglitele. Reeglid põhinevad surma algpõhjuse (*underlying cause of death*) mõistel.

4.1.2 Surma algpõhjus

Kuuendal Rahvusvahelisel Kümneaastajärgsel Taastöötluskonverentsil (*the Sixth Decennial International Revision Conference*) lepiti kokku, et esmaseks tabeldamiseks määratagu surma algpõhjus.

Surma vältimise seisukohast on vajalik kas katkestada sündmusteahel või teostada mingil hetkel ravi. Rahvatervise kõige mõjuvamaks eesmärgiks on ära hoida esilekerkinud põhjuse toimimist. Sel eesmärgil on surma algpõhjust määratletud kui „a) haigust või vigastust, mis algatas vahetult surmale viivate haigusseisundite jada või b) õnnetuse või vägivalda asjaolusid, mis tekitasid surmava vigastuse.”

4.1.3 Surmapõhjuse arstliku tõendi rahvusvaheline vorm

Eespool esitatud põhimõtet saab ühetaoliselt rakendada, kasutades Maailma Tervishoiuassamblee poolt soovitatud arstliku tõendi vormi. Surmatõendile alla kirjutava arsti vastutusel on näidata, missugused haigusseisundid viisid vahetult surmale ja kindlaks määrata iga eelnenud seisund, mis selle põhjuse tekitas.

Lehekülg 33 näidatud arstlik tõend on kavandatud surma algpõhjuse valimise hõlbustamiseks juhul, kui on registreeritud kaks või enam põhjust. Tõendivormi I osa on ette nähtud surmale viinud sündmuste käiguga otseselt seotud haigustele ja II osa on sellise seoseta, kuid surma soodustanud seisundite jaoks.

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

ARSTLIKU SURMATÕENDI RAHVUSVAHELINE VORM

SURMAPÕHJUS		Ligikaudne vaheaeg seisundi tekke ja surma vahel
I		
Vahetult surma põhjustanud haigus või seisund*	a. tingitud (või tagajärg)
Eelnevad põhjused	b.
Ülaloodud põhjuse tinginud haigusseisundid kui neid esines; algpõhjus näidata viimasena	tingitud (või tagajärg)	
	c.
	tingitud (või tagajärg)	
	d.
II		
Muud surma soodustanud olulised seisundid, mis ei seonu vahetult haigusega või surma põhjustanud seisundiga
* See ei tähenda suremisviisi, näit., südamepuudulikkus, hingamispuudulikkus. Ta tähendab surma põhjustanud haigust, vigastust või tüsistust.		

1990. a. võttis 43. Maailma Tervishoiuassamblee vastu soovitus, et vajaduse tekkimisel tuleb riikidel kaaluda võimalust lisada tõendi esimesse ossa lisajoon (d). Kuid riigid võivad võtta kasutusele või jätkata tõendi esimeses osas ainult kolme rea kasutamist juhul, kui neljas rida pole vajalik või kui esineb näidatud tõendivormi tarvituselevõtuks õiguslikke või muid takistusi.

Tõendi esimese osa kõige alumisel kasutatud joonel märgitud seisund on tavaliselt **surma algpõhjus**, mida kasutatakse tabeldamiseks. Kuid osades 4.1.4 - 4.1.5 kirjeldatud menetluste tulemusel võidakse surma algpõhjuseks valida mõni teine seisund. Et neid kahte võimalust üksteisest eristada, kasutatagu väljendit „*eelnev tekkepõhjus*“ (*originating antecedent cause*) (tekkepõhjus, *originating cause*) tõendi I osa viimasel kasutatud real esitatud seisundi kohta ja väljendit „*surma algpõhjus*“ kasutatagu identifitseerimaks tabeldamiseks valitud põhjust.

Kui sündmusteahelas on ainult üks aste, siis piisab sissekandest I(a) joonele. Kui astmeid on rohkem kui üks, siis vahetu surmapõhjus kirjutatakse a-reale ja eelnev lähtepõhjus kirjutatakse viimaseks; kusjuures iga vahepealne põhjus (vahetut surmapõhjust tinginud haigusseisund) kantakse kas b-reale või b- ja c-reale. Näide nelja astmega vahetult surmale viinud sündmuste ahelaga surmatõendist:

- a. Kopsuveresoonte emboolia
- b. Patoloogiline (luu-)murd
- c. Reieluu metastaatiline kartsinoom
- d. Rinnanäärme kartsinoom

II osa on iga muu olulise seisundi tarvis, mis surmlõpet soodustas, kuid mis vahetult surma põhjustanud haiguse või seisundiga ei seondunud.

Tõendil esinevate sõnade „tingitud“ (või „tõttu“) järele peaks sisse kandma mitte ainult patoloogilise protsessi otsese põhjuse, vaid ka kaudsed põhjused, näiteks, kui mingi eelnenud seisund lõi otsesele surmapõhjusele eelsoodumuse kudede kahjustuse või funktsioonipuude tõttu, isegi pärast pikka ajavahemikku.

Iga seisundi alguse ja surma vahelise ligikaudse ajavahemiku (minutid, tunnid, päevad, nädalad, kuud või aastad) ülesmärkimine aitab tõendit koostaval arstil kindlaks teha surmale viivate sündmuste ahelat ja on pärastpoole ka kodeerijale kasulik, suunates teda sobiva koodi valimisel.

1990. aastal võttis Maailma Tervishoiuassamblee vastu soovitus, et riigid kaaluksid olemasoleva raseduse ja samuti ühe aasta jooksul enne surma esinenud raseduse kohta käivate küsimuste sisseviimist surmatõendile.

4.1.4 Surma algpõhjuse valimise meetodid suremuse tabeldamiseks

Kui on esitatud ainult üks surmapõhjus, siis seda põhjust kasutataksegi tabeldamiseks.

Kui on registreeritud rohkem kui üks surmapõhjus, siis esimeseks sammuks surma algpõhjuse valimisel on kindlaks määrata eelnev tekkepõhjus tõendi esimese osa kõige alumiselt kasutatud reall, rakendades üldpõhimõtet (*General Principle*) või 1., 2. või 3. valikureeglit .

Mõnes olukorras lubab RHK lähtepõhjust asendada põhjusega, mis on tabeldamisel kohasem surma algpõhjuse väljendamiseks. Näiteks on olemas teatav hulk jaotisi seisundite kombinatsioonide kohta või võib esineda prevaleerivaid epidemioloogilisi kaalutlusi, mis annavad eelistuse tõendil olevatele teistele seisunditele.

Seepärast tuleb järgmise sammuna kindlaks määrata, kas üks või enam ülalmainitud olukordi käsitlevatest modifitseerimisreeglitest (A– F-reeglid; vt osast 4.1.9) on sobivad. Tulenev koodinumber tabeldamiseks tähistab surma algpõhjust.

Kui eelnev tekkepõhjus on vigastus või muu välispõhjuse toime, mis on klassifitseeritud XIX peatükis, siis valitagu tabeldamiseks surma algpõhjusena seda seisundit tekitanud asjaolud ja kodeeritagu nad V01-V89 alla. Lisakoodina võib kasutada vigastuse või toime koodi.

4.1.5 Reeglid eelneva tekkepõhjuse valimiseks

Järgnevus

Termin „järgnevus“ viitab kahele või enamale seisundile, mis on kantud surmatõendi I osa järjestikustele joontele, kusjuures iga seisund on vastuvõetav põhjus sellest kõrgemal olevale joonele märgitud seisundile.

1. näide: I a. Söögitoruvaariksise veritsus
 b. Portaalne hüpertensioon
 c. Maksatsirroos
 d. B-viirushepatiit

Kui tõendi mõnel joonel on rohkem kui üks surmapõhjus, siis on võimalik enam kui üks esitatud järgnevus. Allpooltoodud näites on märgitud neli järgnevat:

2. näide: I a. Kooma
b. Müokardiinfarkt ja peajuveresoonte kahjustus
c. Ateroskleroos. Kõrgvererõhktõbi.

Seisundite järgnevusteks on:

- ateroskleroos, (põhjustab) müokardiinfarkti, (põhjustab) kooma;
- ateroskleroos, (põhjustab) peajuveresoonte kahjustuse, (põhjustab) kooma;
- kõrgvererõhktõbi, (põhjustab) müokardiinfarkti, (põhjustab) kooma;
- kõrgvererõhktõbi, (põhjustab) peajuveresoonte kahjustuse, (põhjustab) kooma.

Üldpõhimõte

Üldpõhimõte määrab kindlaks, et kui tõendile on kantud rohkem kui üks seisund, siis valitagu I osa kõige alumisele kasutatud joonele ainsana sissekantud seisund surma algpõhjuseks ainult sel juhul, kui ta võis olla tekitanud kõiki neid seisundeid, mis on tõendil temast kõrgemale märgitud.

Valikureeglid

- 1. reegel.** Kui üldpõhimõte ei kehti ja on teatatud mingi seisundite järgnevus, mis lõpeb tõendile esimesena kantud seisundiga (surma vahetu põhjusega), siis tuleb valida selle järgnevuse lähtepõhjus. Kui järgnevusi, mis lõpevad esimesena mainitud seisundiga, on rohkem kui üks, siis valitagu esimesena märgitud järgnevuse lähtepõhjus.
- 2. reegel.** Kui surmatõendil ei ole esitatud seisundite järgnevust, mis lõpeb tõendile esimesena kantud seisundiga, siis valitagu esimesena nimetatud seisund.
- 3. reegel.** Kui üldpõhimõtte või 1. või 2. reegli järgi valitud seisund osutub ilmselt kas tõendi I või II osas sisse kantud mõne muu seisundi vahetuks tagajärjeks, siis valitagu see esmane seisund.

4.1.6 Mõningaid kaalutlusi valikureeglite suhtes

Õigesti täidetud surmatõendil olgu eelnev tekkepõhjus I osa kõige alumisel kasutatud joonel ainsana ja seisundid, mis selle algpõhjuse tagajärjel tekkisid, kui tekkisid, olgu kantud selle kohal olevatele joontele, igale joonele (lahtrisse) üks seisund tõusvas põhjuslikus järjestuses.

3. näide: I a. Ureemia
b. Hüdronefroos
c. Uriiniretentsioon
d. Prostatahüpertroofia
4. näide: I a. Bronhopneumoonia
b. Krooniline bronhiit
II Krooniline müokardiit

Õigesti täidetud tõendi korral peab üldpõhimõte järelikult kehtima. Kuid isegi kui tõend ei ole õigesti täidetud, võib üldpõhimõte ikkagi kehtida eeldusel, et I osa kõige alumisele kasutatud joonele ainsana kantud seisund võis põhjustada kõiki temast kõrgemal sisse kantud seisundeid, isegi kui need kõrgemal asetsevad seisundid pole esitatud õiges põhjuslikus järjekorras.

5. näide: I a. Generaliseerunud metastaasid
b. Bronhopneumoonia
c. Kopsuvähk

Üldpõhimõte ei kehti siis, kui I osa kõige alumisele kasutatud joonele on kantud rohkem kui üks seisund või kui seal märgitud ainus seisund ei võinud tekitada kõiki temast kõrgemale sissekantud seisundeid. Juhendust seisundite erisuguste järgnevuste vastuvõetavuse kohta on antud reeglite lõpus, kuid tuleb meeles pidada, et arstliku surmatõendi koostaja otsus peegeldab teadustatud arvamust surmale viinud seisundite ja nende omavaheliste suhete kohta ja seda ei tohi kergekäeliselt tähelepanemata jätta.

Kui üldpõhimõtet ei saa rakendada, tuleb võimaluse korral surmatõendi kohta selgitust otsida tõendajalt, sest valimisreeglid on teatud määral meelevaldsed ja ei tarvitse alati viia surma algpõhjuse rahuldavale valimisele. Kui lisaselgitust ei ole võimalik saada, tuleb rakendada valikureegleid. 1. reegel on ainult siis rakendatav, kui on märgitud järgnevus, mis lõpeb surmatõendile esimesena sisse kantud seisundiga. Kui sellist järgnevust ei leita, siis kehtib 2. reegel ja valitakse kõige esimesena sisse kantud seisund.

Eespool toodud reeglite kohaselt valitud seisund võib aga olla mingi teise seisundi ilmne tagajärg, mis ei olnud esitatud esimese seisundiga korrektses põhjuslikus seoses ja ta asus näiteks kas tõendi II osas või siis I osas samal joonel. Kui nii, siis kehtib 3. reegel ja valitakse lähteks olnud esmane seisund. See kehtib aga ainult siis, kui kahe seisundi vahelise põhjusliku seose suhtes pole mingit kahtlust; ainuüksi tõendaja teatest nende vahelise põhjusliku seose aktsepteerimiseks ei piisa.

4.1.7 Näiteid üldpõhimõtte ja valikureeglite rakendamise kohta

Üldpõhimõte

Kui tõendile on kantud rohkem kui üks haigusseisund, valitagu I osa kõige alumisele kasutatud joonele üksikuna sisse kantud seisund ainult sel juhul, kui ta võis tekitada kõiki tõendil temast kõrgemale sisse kantud seisundeid.

6. näide: I a. Kopsuabstsess
b. Lobaarpneumoonia
Tuleb valida lobaarpneumoonia (J18.1).

7. näide: I a. Maksapuudulikkus
b. Sapijuhasulgus
c. Kõhunäärmepea kartsinoom
Tuleb valida kõhunäärmepea kartsinoom (C25.0).

8. näide: I a. Ajuhemorraagia
b. Hüpertooniatõbi
c. Krooniline püelonefriit
d. Prostataadenoom
Tuleb valida prostataadenoom (N40).

9. näide: I a. Traumaatiline šokk
b. Hulgimurrud
c. Raskeveoautoga kokkupõrkel vigastatud jalakäija (liiklusõnnetus)
Tuleb valida raskeveoautoga kokkupõrkel vigastatud jalakäija (V04.1).
10. näide: I a. Bronhopneumoonia
II Sekundaarne aneemia ja krooniline lümfotsüüt leukeemia
Tuleb valida bronhopneumoonia. Kuid kehtib ka 3. reegel, vt 26. näide.

1. reegel

Kui üldpõhimõte ei kehti ja on esitatud mingi seisundite järgnevus, mis lõpeb tõendile esimesena kantud seisundiga, siis tuleb valida selle järgnevuse lähtepõhjus. Kui järgnevaid seisundeid, mis lõpevad esimesena nimetatud seisundiga esineb rohkem kui üks, siis valitagu esimesena märgitud järgnevuse lähtepõhjus.

11. näide: I a. Bronhopneumoonia
b. Peaajuinfarkt ja südame kõrgvererõhktõbi
Tuleb valida peaajuinfarkt (I63.9). Tõendile esimesena kantud seisundiga lõppevaid protsesse on kaks: bronhopneumoonia peaajuinfarkti tõttu ja bronhopneumoonia südame kõrgvererõhktõve tõttu. Valitud on esimesena nimetatud järgnevuse lähtepõhjus.
12. näide: I a. Söögitoruvaariksud ja kongestiivne südamepuudulikkus
b. Krooniline südameereuma ja maksatsirroos
Tuleb valida maksatsirroos (K74.6). Seisundite järgnevus, mis lõppes tõendile esimesena kantud seisundiga, on: maksatsirroosist tingitud söögitoruvaariksud.
13. näide: I a. Äge müokardiinfarkt
b. Südameateroskleroos
c. Gripp
Tuleb valida südameateroskleroos. Esitatud seisundite järgnevus, mis lõppes tõendile esimesena kantud seisundiga, on: südameateroskleroosist tingitud müokardiinfarkt. Kuid siin kehtib ka modifitseeriv C-reegel, vt 45. näide.
14. näide: I a. Perikardiit
b. Ureemia ja pneumoonia
Tuleb valida ureemia. Esitatud on kaks võimalikku järgnevust, mis lõpevad tõendile esimesena kantud seisundiga: ureemiast tingitud perikardiit ja pneumooniast tingitud perikardiit. Valitud on esimesena nimetatud järgnevuse lähtepõhjus. Kuid kehtib ka modifitseeriv D-reegel, vt 60. näide.

15. näide: I a. Peaajuinfarkt ja hüpostaatiline pneumoonia
b. Hüpertooniatõbi ja diabeet
c. Ateroskleroos

Tuleb valida ateroskleroos. Esitatud on kaks seisundite järgnevust, mis lõpevad surmatõendile esimesena kantud seisundiga: peaajuinfarkt hüpertooniatõve tõttu, mille omakorda tingis ateroskleroos ja peaajuinfarkt diabeedi tõttu. Valitud on esimesena nimetatud järgnevuse lähtepõhjus. Kuid kehtib ka modifitseeriv C-reegel, vt 46. näide.

2. reegel

Kui tõendil pole esitatud seisundite järgnevust, mis lõpeb tõendile esimesena kantud seisundiga, siis valitagu esimesena nimetatud seisund.

16. näide: I a. Pernitsioosaneemia ja jalagangreen
b. Ateroskleroos

Tuleb valida pernitsioosaneemia (D51.0). Pole teatatud seisundite sellist järgnevust, mis lõpeks tõendile esimesena kantud seisundiga.

17. näide: I a. Reumaatiline ja aterosklerootiline südamehaigus

Tuleb valida reumaatiline südamehaigus (I09.9). Seisundite järgnevust pole teatatud. Mõlemad seisundid on tõendil samal joonel.

18. näide: I a. Pankrease fibrotsüstiline tõbi
b. Bronhiit ja bronhoektaasia

Tuleb valida pankrease fibrotsüstiline tõbi (E84.9). Seisundite järgnevust pole teatatud

19. näide: I a. Seniilsus ja hüpostaatiline pneumoonia
b. Reumatoidartriit

Tuleb valida seniilsus. Esitatud on küll ka üksteisele järgnevad haigusseisundid - reumatoidartriidist tingitud hüpostaatiline pneumoonia - kuid reumatoidartriit ei lõpe surmatõendile esimesena kantud seisundiga. Kuid siin kehtib ka modifitseeriv A-reegel; vt 33. näide.

20. näide: I a. Bursiit ja ultseratiivne koliit

Tuleb valida bursiit. Seisundite järgnevust pole teatatud. Kehtib ka modifitseeriv B-reegel; vt 41. näide.

21. näide: I a. Äge nefriit, sarlakid

Tuleb valida äge nefriit. Üksteisele järgnevaid seisundeid pole esitatud. Kuid kehtib ka 3. reegel; vt 28. näide.

3. reegel

Kui üldpõhimõtte või 1. või 2. reegli järgi valitud seisund osutub ilmselt tõendiks I või II osas esitatud mõne muu seisundi otseseks tulemuseks, tuleb valida see esmane seisund.

Mõne teise seisundi eeldatavad otsesed tagajärjed

Kaposi sarkoomi, Burkitti kasvajat ja teisi lümfoid-, vereloomekoe ja nendesarnaste kudede muid pahaloolumulisi kasvajaid, mida klassifitseeritakse C46.- või C81-C96 alla, tuleb pidada HIV-tõve otseseks tagajärjeks juhul, kui see on surmatõendil märgitud. Pahaloolumuliste kasvajate teiste tüüpide suhtes ärgu tehtagu seesugust oletust.

Igat A00-B19, B25-B49, B58-B64, B99 või J12-J18 alla klassifitseeritavat nakkushaigust tuleb pidada teatatud HIV-tõve otseseks tagajärjeks.

Teatavoid operatsioonijärgseid tüsistusi (igat tüüpi pneumooniat, verejooksu, tromboflebiiti, embooliat, tromboosi, sepsist, südameseiskust, neerupuudulikkust (ägedat), aspiratsiooni, atelektaasi ja infarkti) võib pidada operatsiooni otseseks tagajärjedeks juhul, kui kirurgiline menetlus toimus 4 nädalat või vähem aega enne surma.

Pneumooniat ja bronhopneumooniat võib tunnustada igasuguse haiguse tüsistusena. Iseäranis bronhopneumooniat tuleb pidada kurnavate haiguste (nagu pahaloolumulised kasvajad ja väärtoitumus) ning halvatust põhjustavate haiguste (nagu pea- ja seljaaju vigastused, peaju hemorraagia või -tromboos ja poliomieliit), samuti nakkushaiguste ja raskemate vigastuste ilmseks tagajärjeks.

Igat haigust, mida kirjeldatakse või täpsustatakse kui „emboolilist“, võib pidada veenitromboosi, flebiidi või tromboflebiidi, südameklappide haigusseisundite, kodade virvenduse, sünnituse või mõne operatsiooni otseseks tagajärjeks.

Igat haigust, mida kirjeldatakse kui sekundaarset, tuleb pidada surmatõendile kantud tõenäoiseima primaarse põhjuse otseseks tagajärjeks.

Sekundaarset või täpsustamata aneemiat, väärtoitumust, marasmi või kahheksiat võib pidada igasuguse pahaloolumulise kasvaja tagajärjeks.

Mistahes püelonefriiti võib pidada seesugustest seisunditest, nagu prostatahüperplaasia või kusejuhastenoos, tingitud kuseteede tagajärjeks.

Nefriidisündroomi võib pidada igasuguse streptokokknakkuse (sarlakid, streptokokk-kurguvalu jne) tagajärjeks.

Dehüdratsiooni (e veetustamist) võib pidada igasuguse soolenakkushaiguse tagajärjeks.

Mingi elundi operatsiooni tuleb pidada sellesama elundi kirurgilist laadi seisundi (nagu pahaloolumuline kasvaja või vigastus) otseseks tagajärjeks, kui selle seisundi kohta on surmatõendil sissekanne olemas.

22. näide: I a. Kaposi sarkoom
II AIDS

Tuleb valida HIV-tõbi, mille tagajärjeks oli Kaposi sarkoom (B21.0).

23. näide: I a. Munasarjakartsinoom
II HIV-tõbi

Tuleb valida munasarja pahaloolumuline kasvaja (C56).

24. näide: I a. Tuberkuloos
II HIV-tõbi

Tuleb valida HIV-tõbi, mis lõppes mükobakternakkusega (B20.0).

25. näide: I a. Peaaju toksoplasmoos ja *herpes zoster*
b. Burkitti lümfoom, HIV-tõbi
Tuleb valida HIV-tõbi, mis lõppes mujal klassifitseeritud hulgihaigustega (B22.7). Peaaju toksoplasmoosi, mida võidakse valida 2. reegli järgi, võib pidada HIV-tõve otseseks tagajärjeks.
26. näide: I a. Bronhopneumoonia
II Sekundaarne aneemia ja krooniline lümfotsüüt leukeemia
Tuleb valida krooniline lümfotsüüt leukeemia (C91.1). Bronhopneumooniat, mis on valitud üldpõhimõtte järgi (vt 10. näide) ja sekundaarset aneemiat võib mõlemaid pidada kroonilise lümfotsüüt leukeemia otseseks tagajärjeks.
27. näide: I a. Peaajuhemorraagia
b. Hüpertooniatõbi
c. Krooniline püelonefriit ja prostata obstruktsioon
Tuleb valida prostata obstruktsioon (N40). 1. reegli järgi valitud püelonefriiti võib pidada prostata obstruktsiooni otseseks tagajärjeks.
28. näide: I a. Äge nefriit, sarlakid
Tuleb valida sarlakid (A38). 2. reegli järgi valitud ägedat nefriiti (vt 21. näide) võib pidada sarlakite otseseks tagajärjeks.
29. näide I a. Nefrektoomia
II Neeru selgerakk-kartsinoom
Tuleb valida neeru selgerakk-kartsinoom (C64). Pole kahtlust, et nefrektoomia tehti neeru pahaloomulise kasvaja tõttu.
30. näide: I a. Äge aneemia
b. Veriokse
c. Söögitoruvaariksiste veritsus
d. Portaalne hüpertensioon
II Maksatsirroos
Tuleb valida maksatsirroos (K74.6). Üldpõhimõtte järgi valitud portaalset hüpertensiooni võib pidada maksatsirroosi otseseks tagajärjeks.
31. näide: I a. Hüpostaatiline pneumoonia
b. Peaaju hemorraagia ja rinnavähk
Tuleb valida peaaju hemorraagia (I61.9). 2. reegli järgi valitud hüpostaatilist pneumooniat võib pidada surmatõendil teatatud emmakumma seisundi otseseks tagajärjeks; valitud on esimesena nimetatud seisund.
32. näide: I a. Kopsuinfarkt
II Vasakpoolne pneumonektoomia, mis tehti 3 nädalat tagasi kopsukartsinoomi tõttu
Tuleb valida kopsukartsinoom (C34.9).

4.1.8 Valitud põhjuse modifitseerimine

Valitud surmapõhjus ei tarvitse tingimata olla tabeldamiseks kõige kasulikum ja informatiivsem seisund. Näiteks, kui surmapõhjuseks on valitud seniilsus või mõni üldhaigus, nagu hüpertooniatõbi või ateroskleroos, on sellest vähem kasu kui siis, kui on valitud vananemise või haiguse ilming või tagajärg. Vahel võib osutada vajalikuks valikut modifitseerida, kohandamaks klassifitseerimisnõuetele, valides kas üheainsa koodi üheaegselt esitatud kahe või rohkema põhjuse asemel või eelistades teatud põhjust, kui see oli märgitud koos mõnede teiste seisunditega.

Järgnevad modifitseerimisreeglid on mõeldud selleks, et suremusandmete kasulikkust ja täpsust parandada ja neid tuleb rakendada pärast eelneva tekkepõhjuse valimist. Selguse mõttes on vastastikusel seoses olevad valiku- ja modifitseerimisprotsessid hoitud lahuses.

Mõned modifitseerimisreeglitest nõuavad edasist valikureeglite rakendamist, mis ei valmista raskusi kogenenud kodeerijale, kuid on oluline läbi teha valiku-, modifitseerimis- ja, kui vaja, taasvalikuprotsess.

4.1.9 Modifitseerimisreeglid

A-reegel. Seniilsus ja muud ebamäärased haigusseisundid

Kui valitud põhjus on klassifitseeritav XVIII peatükki („Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbed“), välja arvatud R95 (Imiku äkksurma sündroom) ja surmatõendil on esitatud ka mujale kui R00-R94 või R96-R99 alla klassifitseeritud seisund, tuleb surmapõhjus valida uuesti nii, nagu XVIII peatükki klassifitseeritud seisundit polekski esitatud, välja arvatud juhul, kui see seisund kodeerimist modifitseerib.

B-reegel. Tavaseisundid

Kui valitud põhjus on tavaseisund, mis vaevalt surma põhjustas ja esitatud on ka tõsisem haigusseisund, siis tuleb surma algpõhjus uuesti valida nii, nagu tavapõhjust polekski teatatud. Kui surm oli tavaseisundi ravi ajal kujunenud ebasoodsa reaktsiooni tagajärg, tuleb surmapõhjuseks valida see ebasoodne reaktsioon.

C-reegel. Seostamine

Kui valitud surmapõhjus on seostatud klassifikatsioonis või surma algpõhjuse kodeerimisel kasutamiseks mõeldud märkustes toodud tingimuse abil surmatõendil esineva muu, ühe või enama seisundiga, tuleb kodeerida seisundite kombinatsiooni.

Kui seostamistingimus puudutab ainult kombinatsiooni, mille puhul üks haigusseisund on täpsustatud kui teisest tingitud, tuleb seisundite kombinatsiooni kodeerida vaid juhul, kui õige põhjuslik seos on kindlaks määratud või seda võib valikureeglite rakendamise põhjal järeldada.

Kui haigusseisundite seostamistes esineb vastuolu, tuleb seostada selle seisundiga, mida oleks valitud juhul, kui esialgselt valitud põhjust poleks esitatud. Tuleb teha mistahes edasine rakendatav seostamine.

D-reegel. Spetsiifilisus

Kui valitud põhjus kirjeldab seisundit üldsõnaliselt ja tõendil on esitatud termin, mis pakub selle seisundi paikme ja loomuse kohta täpsemat teavet, tuleb eelistada

informatiivsemat terminid. See reegel rakendub sageli, kui üldtermin muutub omadussõnaks, mis iseloomustab täpsemat terminid.

E-reegel. Haiguse varajased ja hilisstaadiumid

Kui valitud surmapõhjus on haiguse varajane staadium ja tõendil on esitatud ka sama haiguse kaugemale arenenud staadium, tuleb kodeerida viimane. See reegel ei rakendu „kroonilise“ vormi suhtes, mis on teatatud kui „ägedast“ vormist tingitud, kui just klassifikatsioon selles suhtes eriinstruktsioone ei anna.

F-reegel. Jääknähud (hilisnähud)

Kui valitud surmapõhjus on mingi haigusseisundi, mille suhtes klassifikatsioon annab omaette „... jääknähud“ jaotise, varajane vorm ja on tõendust, et surm saabus pigem selle seisundi jääknähtude kui aktiivse faasi tõttu, siis tuleb surmapõhjus kodeerida vastava „... jääknähud“ või „... hilisnähud“ jaotise alla.

Jaotised „... jääknähud“ on järgmised: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 ja „... hilisnähud“ on Y85-Y89.

4.1.10 Näiteid modifitseerimisreeglite kasutamise kohta

A-reegel. Seniilsus ja muud ebamäärased haigusseisundid

Kui valitud põhjus on klassifitseeritav XVIII peatükki („Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hálbed“), välja arvatud R95 (Imiku äkksurma sündroom) ja surmatõendil on esitatud ka mujale kui R00-R94 või R96-R99 alla klassifitseeritud seisund, tuleb surmapõhjus valida uuesti nii, nagu XVIII peatükki klassifitseeritud seisundit polekski teatatud, välja arvatud juhul, kui see seisund kodeerimist modifitseerib.

33. näide: I a. Seniilsus ja hüpostaatiline pneumoonia
b. Reumatoidartriit

Tuleb kodeerida reumatoidartriiti (M06.9). 2. reegli järgi valitud seniilsust (vt 19. näide) eiratakse ja rakendatakse üldpõhimõtet.

34. näide: I a. Aneemia
b. Splenomegalia

Tuleb kodeerida splenomegaalilist aneemiat (D64.8). Üldpõhimõtte järgi valitud splenomegalia jäetakse kõrvale, kuid ta modifitseerib kodeerimist.

35. näide: I a. Müokardidegeneratsioon ja
b. emfüseem
c. Seniilsus

Tuleb kodeerida müokardidegeneratsiooni (I51.5). Üldpõhimõtte järgi valitud seniilsust ei arvestata ja rakendatakse 2. reeglit.

36. näide: I a. Köha ja veriokse

Tuleb kodeerida veriokset (K92.0). 2. reegli järgi valitud köha ei arvestata.

37. näide: I a. Terminaalne pneumoonia
b. Leviv gangreen ja
c. tserebrovaskulaarne infarkt

Tuleb kodeerida tserebrovaskulaarset infarkti (I63.9). 1. reegli järgi valitud gangreeni ei arvestata ja rakendatakse üldpõhimõtet.

B-reegel. Tavaseisundid

Kui valitud põhjus on tavaseisund, mis vaevalt surma põhjustas ja esitatud on ka tõsisem haigusseisund, tuleb surma algpõhjus uuesti valida nii, nagu tavaseisundit polekski teatatud. Kui surm oli tavaseisundi ravi ajal kujunenud ebasoodsa reaktsiooni tagajärg, tuleb põhjuseks valida see ebasoodne reaktsioon.

38. näide: I a. Hambakaaries
II Südameseiskus

Tuleb kodeerida südameseiskust (I46.9). Üldpõhimõtte järgi valitud hambakaariest eiratakse.

39. näide: I a. Sissekasvav varbaküüs ja äge neerupuudulikkus

Tuleb kodeerida ägedat neerupuudulikkust (N17.9). 2. reegli järgi valitud sissekasvav varbaküüs jäetakse kõrvale.

40. näide: I a. Intraoperatiivne hemorraagia
b. Tonsillektoomia
c. Kurgumandlite hüpertroofia

Tuleb kodeerida kirurgilise operatsiooni ajal tekkinud verejooksu (Y60.0).

41. näide: I a. Bursiit ja ultseratiivne koliit

Tuleb kodeerida ultseratiivset koliiti (K51.9). Bursiiti, mida valiti kodeerimiseks 2. reegli järgi (vt 20. näide), ignoreeritakse.

42. näide: I a. Paronühhia
II Teetanus

Tuleb kodeerida teetanust (A35). Paronühhiat, mis sai valitud üldpõhimõtte alusel, eiratakse.

C-reegel. Seostamine

Kui valitud surmapõhjus on seostatud klassifikatsioonis või surma algpõhjuste kodeerimisel kasutamiseks mõeldud märkustes toodud tingimuse abil surmatõendil esineva muu, ühe või enama seisundiga, tuleb kodeerida seisundite kombinatsiooni.

Kui seostamistingimus puudutab ainult kombinatsiooni, mille puhul üks haigusseisund on täpsustatud kui teisest tingitud, tuleb seisundite kombinatsiooni kodeerida vaid juhul, kui õige põhjuslik seos on kindlaks määratud või seda võib valikureeglite rakendamise põhjal järeldada.

Kui haigusseisundite seostamistes esineb vastuolu, tuleb seostada selle seisundiga, mida oleks valitud juhul, kui esialgselt valitud põhjust poleks esitatud. Tuleb teha mistahes edasine kodeerimisel rakendatav seostamine.

43. näide: I a. Soolesulgus
b. Reiesong
Tuleb kodeerida soolesulgusega reiesonga (K41.3).
44. näide: I a. Hisi kimbu paremsääre blokaad ja Chagasi tõbi
Tuleb kodeerida südamehaaratusega Chagasi tõbe (B57.2). 2. reegli järgi valitud Hisi kimbu paremsääre blokaad seostub Chagasi tõvega.
45. näide: I a. Äge müokardiinfarkt
b. Südameateroskleroos
c. Gripp
Tuleb kodeerida ägedat müokardiinfarkti (I21.9). Südameateroskleroos, mis oli 1. reegli järgi valitud (vt 13. näide), seostub ägeda müokardiinfarktiga.
46. näide: I a. Peajuinfarkt ja hüpostaatiline pneumoonia
b. Hüpertooniatõbi ja diabeet
c. Ateroskleroos
Tuleb kodeerida peajuinfarkti (I63.9). 1. reegli järgi valitud ateroskleroos (vt 15. näide) seostub hüperetooniatõvega, mis omakorda seostub peajuinfarktiga.
47. näide: I a. Südamelaienemus ja neeruskleroos
b. Hüpertooniatõbi
Tuleb kodeerida südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbe (I13.9). Kõik kolm haigusseisundit kombineeruvad.
48. näide: I a. Ajurabandus
b. Ateroskleroos ja
c. Südamekahjustusega hüpertooniatõbi
Tuleb kodeerida südamekahjustusega hüpertooniatõbe (I11.9). 1. reegli järgi valitud ateroskleroos on seoses südamekahjustusega hüpertooniatõvega, sellal kui südamekahjustusega hüpertooniatõbe tulnuks üldpõhimõtte kohaselt valida siis, kui ateroskleroosi poleks olnud esitatud.
49. näide: I a. Ajurabandus ja
b. Südame hüpertooniatõbi
c. Ateroskleroos
Tuleb kodeerida ajurabandust (I64). Üldpõhimõtte järgi valitud ateroskleroos seostub ajurabandusega; ajurabandust saanuks 2. reegli järgi valida siis, kui ateroskleroosi ei oleks olnud tõendil märgitud.
50. näide: I a. Sekundaarne polütsüteemia
b. Kopsuemfüseem
c. Krooniline bronhiit
Tuleb kodeerida kroonilist obstruktiivset bronhiiti (J44.8). Üldpõhimõtte järgi valitud krooniline bronhiit seostub emfüseemiga.

51. näide: I a. Südamelaienemus
b. Hüpertooniatõbi
II Neerude atroofia
Tuleb kodeerida südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbe (I13.9). Kõik kolm haigusseisundit kombineeruvad.
52. näide: I a. Bronhopneumoonia (aspiratsioonist)
b. Klooniilised krambid
c. Tuberkuloosne meningiit
II Kopsutuberkuloos
Tuleb kodeerida kopsutuberkuloosi (A16.2). Üldpõhimõtte järgi valitud tuberkulooset meningiiti mitte kasutada kopsutuberkuloosi mainides.
53. näide: I a. Kuklaluumurd
b. Epileptilistele krampidele järgnenud kukkumine
Tuleb kodeerida epileptilisi krampe (G40.9). 1. reegli järgi valitud kukkumine on seoses epileptilistele krampidega.
54. näide: I a. Südameseiskus
II Chagasi tõbi
Tuleb kodeerida südamekahjustusega Chagasi tõbe (B57.2). Üldpõhimõtte järgi valitud südameseiskus seostub Chagasi tõvega.

D-reegel. Spetsiifilisus

Kui valitud surmapõhjus kirjeldab seisundit üldsõnaliselt ja tõendil on esitatud termin, mis pakub selle seisundi paikme ja loomuse kohta täpsemat teavet, tuleb eelistada informatiivsemat terminit. See reegel rakendub sageli, kui üldterminiks on omadussõna, mis iseloomustab täpsemat terminit.

55. näide: I a. Peajuinfarkt
b. Peajuinsult
Tuleb kodeerida peajuinfarkti (I63.9).
56. näide: I a. Südameruuma, mitraalstenooos
Tuleb kodeerida reumaatilist mitraalstenooosi (I05.0)
57. näide: I a. Meningiit
b. Tuberkuloos
Tuleb kodeerida tuberkulooset meningiiti (A17.0). Seisundid on sõnastatud õiges põhjuslikus seoses.
58. näide: I a. Raske rasedushüpertensioon
II Eklamptilised krambid
Tuleb kodeerida rasedakramptõbe (O15.0).

59. näide: I a. Aordianeürüsm
b. Süüfilis

Tuleb kodeerida süfiliitilist aordianeürüsmi (A52.0). Haigusseisundid on sõnastatud õiges põhjuslikus seoses.

60. näide: I a. Perikardiit
b. Ureemia ja pneumoonia

Tuleb kodeerida ureemilist perikardiiti (N18.8). 1. reegli järgi valitud ureemia (vt 14. näide) modifitseerib perikardiiti.

E-reegel. Haiguse varajased ja hilisstaadiumid

Kui valitud surmapõhjus on haiguse varajane staadium ja tõendil on esitatud ka sama haiguse kaugemale arenenud staadium, tuleb kodeerida viimane. See reegel ei rakendu „kroonilise” vormi suhtes, mis on teatatud kui „ägedast” vormist tingitud, kui just klassifikatsioon selles suhtes erinstruktsioone ei anna.

61. näide: I a. Tertsiaarne süüfilis
b. Primaarne süüfilis

Tuleb kodeerida tertsiaarset süüfilist (A52.9).

62. näide: I a. Eklampsia raseduse ajal
b. Preeklampsia

Tuleb kodeerida raseduspuhust eklampsiat (O15.0).

63. näide: I a. Krooniline müokardiit
b. Äge müokardiit

Tuleb kodeerida ägedat müokardiiti (I40.9).

64. näide: I a. Krooniline nefriit
b. Äge nefriit

Tuleb kodeerida täpsustamata kroonilist nefriiti (N03.9), kuna ses suhtes on antud erinstruktsioon.

F-reegel. Jääknähud (hilisnähud)

Kui valitud surmapõhjus on mingi haigusseisundi, mille suhtes klassifikatsioon annab omaette „... jääknähud” jaotise, varajane vorm, ja on tõendust, et surm saabus pigem selle seisundi jääknähtude kui aktiivse faasi tõttu, siis tuleb surma algpõhjus kodeerida vastava „... jääknähud” või „... hilisnähud” jaotise alla.

„... jääknähud” jaotised on järgmised: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, ning O97 ja „... hilisnähud” on Y85-Y89.

65. näide: I a. Kopsufibroos
b. Vana kopsutuberkuloos

Tuleb kodeerida hingamiseldite tuberkuloosi jääknähte (B90.9).

66. näide: I a. Bronhopneumoonia
b. Lülisambakõverdus
c. Rahhiit lapseõlves
Tuleb kodeerida rahhiidi jääknähte (E64.3).
67. näide: I a. Hüdrotsefaalia
b. Tuberkuloosne meningiit
Tuleb kodeerida tuberkuloosse meningiidi jääknähte (B90.0).
68. näide: I a. Hüpostaatiline pneumoonia
b. Hemiplegia
c. Peajuinsult
Tuleb kodeerida peajuinsuldi jääknähte (I69.4).
69. näide: I a. Krooniline nefriit
b. Sarlakid
Tuleb kodeerida muude täpsustatud nakkus- ja parasiithaiguste jääknähte (B94.8). Nefriidi kirjeldamine kroonilisena vihjab, et sarlakid polnud enam aktiivses faasis.

4.1.11 Märkused surma algpõhjuse kodeerimisel kasutamiseks

Järgmised märkused osutavad sageli, et kui esialgselt valitud kood, nagu see on näidatud vasakpoolses tulpas, esineb koos ühega temast allpool loetletud seisunditest, tuleb surma algpõhjuse kodeerimisel kasutada seda koodi, mis on trükitud poolpaksult. Esineb kaht tüüpi kombinatsioone:

„kui ühtlasi mainitud“ - mis tähendab, et muu seisund võib esineda surmatõendil kus tahes;

„kui esitatud eelneva tekkepõhjuse“ - mis tähendab, et muu seisund peab esinema korrektses põhjuslikus seoses või peab olema teisiti näidatud selle „tingitus“ eelnevast tekkepõhjusest.

A00-B99 Teatavad nakkus- ja parasiithaigused

Välja arvatud inimese immuunpuudulikkuse viirusnakkuse (HIV-tõve) (B20-B24) puhul, kui see *on esitatud eelneva tekkepõhjuse*na pahaloomulisele kasvajale, mispuhul kodeerida **C00-C97**.

A15.- Bakterioloogiliselt ja histoloogiliselt kinnitatud hingamiselundite tuberkuloos

A16.- Bakterioloogiliselt ja histoloogiliselt kinnitamata hingamiselundite tuberkuloos

kui ühtlasi mainitud:

J60-J64 (Pneumokonioos), kodeerida **J65**

A17.- Närvisüsteemi tuberkuloos

A18.- Muude elundite tuberkuloos

kui ühtlasi mainitud:

A15 või A16 (Hingamiseldite tuberkuloos), kodeerida **A15, A16**, välja arvatud juhul, kui on esitatud eelneva tekkepõhjuse ja nende kestus on täpsustatud ning ületab A15.- või A16.- puhuse haigusseisundi kestust.

A39.2 Äge meningokokkeemia

A39.3 Krooniline meningokokkeemia

A39.4 Täpsustamata meningokokkeemia

kui ühtlasi mainitud:

A39.0 (Meningokokkmeningiit), kodeerida **A39.0**

A39.1 (Waterhouse'i-Friderichseni sündroom) - kodeerida **A39.1**

A40.- Streptokokksepsis

A41.- Muu sepsis

A46 Erüsiipel

Kodeeritagu neid haigusi juhul, kui nad järgnevad mingile pindmisele vigastusele (iga S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0 puhune seisund) või esimese astme põletusele; kui nad aga järgnevad tõsisemale vigastusele, siis kodeerida vigastuse välispõhjust.

B20-B24 Inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi (HIV-tõbi)

B20-B23 all olevad alajaotised on ainsad mittekohustuslikud neljakohalised koodid nende riikide jaoks, kus kasutatakse RHK-10 neljakohalist varianti. Need neljakohalised alajaotised on ette nähtud kasutuseks seal, kus mitme surmapõhjuse üheaegset kodeerimist pole võimalik või soovitatav kasutada.

Seisundid, mida saab klassifitseerida sama jaotise kahe või enama alajaotise alla, tuleks kodeerida kohase jaotise (B20 või B21) .7 alajaotise alla. Kui soovitakse, võib kasutada jaotisrühmast B20-B24 lisakoode, et loetletud individuaalseid seisundeid täpsustada.

B22.7 Mujal klassifitseeritud mitmete muude haigustena lõppev HIV-tõbi

Seda alajaotist kasutatagu, kui surmatõendile on kantud kaks või enam B20-B22 all olevatesse jaotistesse klassifitseeritavat seisundit. Kui soovitakse, võib jaotisrühmast B20-B24 kasutada lisakoode, et loetletud individuaalseid haigusseisundeid täpsustada.

B95-B97 Bakterid, viirused ja muud nakkushaiguste tekitajad

Neid jaotisi surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada.

E86 Mahukahaneemine (dehüdratsioon e veetustumine)

kui ühtlasi mainitud:

A00-A09 (Soolenakkushaigused) - kodeerida **A00-A09**

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

- E89.- MKta menetlusjärgsed sisesekretsiooni- ja ainevahetushäired
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- F01-F09 Orgaanilised - k.a sümptomaatilised - psüühikahäired
Neid jaotisi mitte kasutada, kui füüsiline algseisund on teada.
- F10-F19 Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
Neljandad tärgid.0 (Äge mürgistus) ja .5 (Psühhoootiline häire) koos sõltuvussündroomi (.2) nimetamisega tuleb kodeerida **F10-F19** alla neljanda tärgiga. **2**
- F10.- Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
kui ühtlasi mainitud:
K70.- (Maksa alkoholtõbi) - kodeerida **K70.-**
- F10.2 Alkoholi tarvitamisest tingitud sõltuvussündroom
kui ühtlasi mainitud:
F10.4, F10.6, F10.7 Võõrutusseisund deliiriumiga, Amnestiline sündroom, Residuaalne või hiline psüühikahäire - kodeerida **F10.4, F10.6, F10.7**
- F17.- Tubaka tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
kui esitatud järgmiste seisundite eelneva tekkepõhjusena:
C34.- (Bronhi ja kopsu pahaloomuline kasvaja) - kodeerida **C34.-**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
J40-J47 (Alumiste hingamisteede kroonilised haigused) -
kodeerida **J40-J47.**
- F70-F79 Vaimne alaareng
Mitte kasutada, kui füüsiline algseisund on teada.
- G25.5 Muu korea
kui ühtlasi mainitud:
I00-I02 (Äge reuma) - kodeerida **I02.-**
I05-I09 (Kroonilised reumaatilised südamehaigused) - kodeerida **I02.-**
- G81.- Hemipleegia
G82.- Parapleegia ja tetrapleegia
G83.- Muud paralüüsisündroomid
Neid jaotisi mitte kasutada, kui paralüüsi põhjus on teada.
- G97.- Närvisüsteemi menetlusjärgsed MKta haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- H54.- Pimedus ja nägemisnõrkus
Mitte kasutada, kui eelnev haigusseisund on teada

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

- H59.- Silma ja silmamanuste menetlusjärgsed MKta haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- H90.- Konduktiivne ja sensoorneurálne kuulmiskaotus
H91.- Muud kuulmiskaotuse liigid
Neid mitte kasutada, kui eelnev seisund on teada.
- H95.- Kõrva ja nibujätke menetlusjärgsed MKta haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- I05.8 Mitraalklapi muud haigused
I05.9 Mitraalklapi täpsustamata haigus
kui täpsustamata põhjus on ühtlasi mainitud:
I34.- (Mitraalklapi mittereumaatilised haigusseisundid) - kodeerida **I34.-**
- I09.1 Endokardi reumaatilised haigused, klapp täpsustamata
I09.9 Täpsustamata reumaatilised südamehaigused
kui ühtlasi mainitud:
I05-I08 (Kroonilised reumaatilised südamehaigused) - kodeerida **I05-I08**
- I10 Essentsiaalne (primaarne) hüpertooniatõbi
kui ühtlasi mainitud:
I11.- (Südamekahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I11.-**
I12.- (Neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I12.-**
I13.- (Südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
I60-I69 (Peaajuveresoonte haigus) - kodeerida **I60-I69**
N00.- (Äge nefriidisündroom) - kodeerida **N00.-**
N01.- (Kiirelt progresseeruv nefriidisündroom) - kodeerida **N01.-**
N03.- (Krooniline nefriidisündroom) - kodeerida **N03.-**
N04.- (Nefroosisündroom) - kodeerida **N04.-**
N05.- (Täpsustamata nefriidisündroom) - kodeerida **N05.-**
N18.- (Krooniline neeruinsufitsients) - kodeerida **I12.-**
N19 (Täpsustamata neeruinsufitsients) - kodeerida **I12.-**
N26 (Täpsustamata kortsneer) - kodeerida **I12.-**
kui esitatud järgmiste seisundite eelneva tekkepõhjuseks:
H35.0 (Tautstretinopaatia ja veresoonte muud muutused) - kodeerida **H35.0**
I05-I09 (Seisundid, mis on klassifitseeritavad I05-I09 alla, kuid pole täpsustatud reumaatilistena) - kodeerida **I34-I38**
I34-I38 (Klapi mittereumaatilised haigusseisundid) - kodeerida **I34-I38**
I50.- (Südamepuudulikkus) - kodeerida **I11.0**
I51.4- (Südamehaiguse tüsistused ja ebapiisavalt
I51.9 kirjeldatud haigusjuhud) - kodeerida **I11.-**

- I11.- Südamekahjustusega hüpertooniatõbi
kui ühtlasi mainitud:
I12.- (Neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I13.- (Südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
N18.- (Krooniline neeruinsufitsients) - kodeerida **I13.-**
N19 (Täpsustamata neeruinsufitsients) - kodeerida **I13.-**
N26 (Täpsustamata kortsneer) - kodeerida **I13.-**
- I12.- Neerukahjustusega hüpertooniatõbi
kui ühtlasi mainitud:
I11.- (Südamekahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I13.- (Südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
kui esitatud järgmiste seisundite eelneva tekkepõhjusena:
I50.- (Südamepuudulikkus) - kodeerida **I13.0**
I51.4- (Südamehaiguste tüsistused ja ebapiisavalt
I51.9 kirjeldatud haigusjuhud) - kodeerida **I13.-**
- I13.- Südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi
kui ühtlasi mainitud:
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
- I15.- Sekundaarne hüpertensioon
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Kui põhjust pole kindlaks määratud, tuleb kodeerida jaotise „Ebaselged ja täpsustamata muud surmapõhjused“ (R99) alla.
- I20.- Rinnaangiin
I24.- Südame ägeda isheemiatõve muud vormid
I25.- Krooniline südame isheemiatõbi
kui ühtlasi mainitud:
I21.- (Äge müokardiinfarkt) - kodeerida **I21.-**
I22.- (Korduv müokardiinfarkt) - kodeerida **I22.-**
- I21.- Äge müokardiinfarkt
kui ühtlasi mainitud:
I22.- (Korduv müokardiinfarkt) - kodeerida **I22.-**
- I23.- Ägeda müokardiinfarkti teatavad lähistüsistused
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Kasutatagu **I21.-** või **I22.-**, kumb on kohasem.
- I24.0 Pärarteri tromboos, mille tulemuseks ei ole infarkt
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Surma korral eeldatakse müokardiinfarkti esinemist ja määratakse kood **I21.-** või **I22.-**, kumb neist on kohasem.

- I27.9 Täpsustamata kopsutekkene südamehaigus
kui ühtlasi mainitud:
M41.- (Skolioos) - kodeerida **I27.1**
- I44.- Atrioventrikulaar- ja Hisi kimbu vasaksääre blokaad
I45.- Südame erutusjuhte muud häired
I46.- Südameseiskus
I47.- Paroksüsmaalne tahhükardia
I48 Kodade virvendus ja laperdus
I49.- Muud südamerütmitused
I50.- Südamepuudulikkus
I51.4- Südamehaiguse tüsistused ja ebapiisavalt kirjeldatud haigusjuhud
I51.9
kui ühtlasi mainitud:
B57.- (Chagasi tõbi) - kodeerida **B57.-**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
- I50.- Südamepuudulikkus
I51.9 Täpsustamata südamehaigus
kui ühtlasi mainitud:
M41.- (Skolioos) - kodeerida **I27.1**
- I50.9 Täpsustamata südamepuudulikkus
I51.9 Täpsustamata südamehaigus
kui ühtlasi mainitud:
J81 (Kopsuödeem) - kodeerida **I50.1**
- I65.- Pretserebraalarterite peajuinfarktita oklusioon ja stenoos
I66.- Peajuarterite peajuinfarktita oklusioon ja stenoos
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Surma korral eeldatakse peajuinfarkti esinemist ja määratakse kood **I63.-**.
- I67.2 Peajuateroskleroos
kui ühtlasi mainitud:
I60-I64 (Peaju hemorraagia, peajuinfarkt või halvatus) kodeerida **I60-I64**
kui esitatud järgmiste seisundite eelneva tekkepõhjuse:
F03 (Täpsustamata dementsus) - kodeerida **F01.-**
G20 (Parkinsoni tõbi), kodeerida **G20**
- I70 Ateroskleroos
kui ühtlasi mainitud:
I10-I13 (Hüpertooniatõbi) - kodeerida **I10-I13**
I20-I25 (Südame isheemiatõbi) - kodeerida **I20-I25**
I51.4 (Täpsustamata müokardiit) - kodeerida **I51.4**
I51.5 (Müokardidegeneratsioon) - kodeerida **I51.5**
I51.6 (Täpsustamata kardiovaskulaarne haigus) kodeerida **I51.6**

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

- I51.8 (Südame muud ebapiisavalt kirjeldatud haigusjuhud) - kodeerida **I51.8**
- I51.9 (Täpsustamata südamehaigus) - kodeerida **I51.9**
- I60-I69 (Peaajuveresoonte haigused) - kodeerida **I60-I69**
- kui esitatud järgmiste haigusseisundite eelneva tekkepõhjusena:*
- I05-I09 (Seisundid, mis on klassifitseeritavad I05-I09 alla, kuid pole täpsustatud reumaatilistena) - kodeerida **I34-I38**
- I34-I38 (Südameklappide mittereumaatilised haigusseisundid) - kodeerida **I34-I38**
- I71-I78 (Arterite, arterioolide ja kapillaaride muud haigused) - kodeerida **I71-I78**
- K55.- (Vaskulaarsed soolehäired) - kodeerida **K55.-**
- N26 (Täpsustamata kortsneer) - kodeerida **I12.-**
- I70.9 Generaliseerunud ja täpsustamata ateroskleroos
- kui ühtlasi mainitud:*
- R02 (MKta gangreen) - kodeerida **I70.2**
- kui esitatud järgmiste haigusseisundite eelneva tekkepõhjusena:*
- F03 (Täpsustamata dementsus) - kodeerida **F01.-**
- G20 (Parkinsoni tõbi) - kodeerida **G20**
- I97.- Vereringeelundite menetlusjärgsed MKta haigusseisundid
- Surma algpõhjuste kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- J00 Äge nasofarüingit (tavaline nohu)
- J06.- Ülemiste hingamisteede hulgi ja täpsustamata paikmega ägedad nakkused
- kui esitatud järgmiste haigusseisundite eelneva tekkepõhjusena:*
- G03.8 (Meningiit) - kodeerida **G03.8**
- G06.0 (Intrakraniaalne abstsess ja granuloom) - kodeerida **G06.0**
- H65-H66 (Keskkõrvapõletik) - kodeerida **H65-H66**
- H70.- (Mastoidiit ja sellega seotud seisundid) - kodeerida **H70.-**
- J10-J18 (Gripp ja pneumoonia) - kodeerida **J10-J18**
- J20-J21 (Bronhiit ja bronhioliit) - kodeerida **J20-J21**
- J40-J42 (Täpsustamata ja krooniline bronhiit) - kodeerida **J40-J42**
- J44.- (Muu krooniline obstruktiivne kopsuhaigus) - kodeerida **J44.-**
- N00.- (Äge nefriidisündroom) - kodeerida **N00.-**
- J20.- Äge bronhiit
- kui ühtlasi mainitud:*
- J41.- (Lihtne ja mukopurulentne krooniline bronhiit) - kodeerida **J41.-**
- J42 (Täpsustamata krooniline bronhiit) - kodeerida **J42**
- J44.- (Muu krooniline obstruktiivne kopsuhaigus) - kodeerida **J44.-**

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

- J40 Täpsustamata äge või krooniline bronhiit
J41.- Lihtne ja mukopurulentne krooniline bronhiit
J42 Täpsustamata krooniline bronhiit
kui ühtlasi mainitud:
J43.- (Emfüseem) - kodeerida **J44.-**
J44.- (Muu krooniline obstruktiivne kopsuhaigus) - kodeerida **J44.-**
kui esitatud järgmiste seisundite eelneva tekkepõhjusena:
J45.- (Astma) - kodeerida **J44.-** (kuid vt ka märkust J45.-, J46 juures allpool)
- J43.- Emfüseem
kui ühtlasi mainitud:
J40 (Täpsustamata äge või krooniline bronhiit) - kodeerida **J44.-**
J41.- (Lihtne ja mukopurulentne krooniline bronhiit) - kodeerida **J44.-**
J42 (Täpsustamata krooniline bronhiit) - kodeerida **J44.-**
- J45.- Astma
J46 Astmaatiline seisund
Kui astma ja bronhiit (äge või krooniline) või muu krooniline obstruktiivne kopsuhaigus on arstlikul surmatõendil koos teatatud, siis tuleks surma algpõhjus valida, rakendades normaalviisil üldpõhimõtet või 1., 2. või 3. reeglit. Kumbagi terminit ärgu käsitletagu teise termini omadussõnalise modifitseerijana.
- J60-J64 Pneumokonioos
kui ühtlasi mainitud:
A15-A16 (Hingamiselundite tuberkuloos) - kodeerida **J65**
- J81 Kopsuõdeem
kui ühtlasi mainitud:
I50.9 (Täpsustamata südamepuudulikkus) - kodeerida **I50.1**
I51.9 (Täpsustamata südamehaigus) - kodeerida **I50.1**
- J95.- MKta menetlusjärgsed hingamiselundite haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- K91.- MKta meditsiiniliste menetluste järgsed seedeelundite haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- M41.- Skolioos
kui ühtlasi mainitud:
I27.9 (Täpsustamata kopsutekkene südamehaigus) - kodeerida **I27.1**
I50.- (Südamepuudulikkus) - kodeerida **I27.1**
I51.9 (Täpsustamata südamehaigus) - kodeerida **I27.1**
- M96.- MKta menetlusjärgsed lihasluukonna haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

- N00.- Äge nefriidisündroom
kui esitatud järgmise seisundi eelneva tekkepõhjusena:
N03.- (Krooniline nefriidisündroom) - kodeerida **N03.-**
- N18.- Krooniline neeruinsufitsients
N19 Täpsustamata neeruinsufitsients
- N26 Täpsustamata kortsneer
kui ühtlasi mainitud:
I10 (Essentsiaalne (primaarne) hüpertooniatõbi) - kodeerida **I12.-**
I11.- (Südamekahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I13.-**
I12.- (Neerukahjustusega hüpertooniatõbi) - kodeerida **I12.-**
- N46 Meheinfertiilsus
N97.- Naiseinfertiilsus
Mitte kasutada, kui põhjuslik seisund on teada.
- N99.- Kuse-suguelundite MKta menetlusjärgsed haigusseisundid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Vt Operatsioonid, 4.2.6.
- O08.- Abordi-, emakavälise rasedus- ja heidikraseduse järgsed tüsistused
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Kasutatagu jaotisi O00-O07.
- O30.- Mitmikrasedus
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada siis, kui spetsiifilistem tüsistus on teatatud.
- O32.- Ema hooldamine vililase teadaoleva või kahtlustatava väärasetuse korral
kui ühtlasi mainitud:
O33.- (Ema hooldamine teadaoleva või kahtlustatava disproportsiooni korral) - kodeerida **O33.-**
- O33.9 Vililase-vaagna disproportsioon
kui ühtlasi mainitud:
O33.0-O33.3 (Disproportsioon ema vaagna ebanormaalsuse tõttu) -
kodeerida **O33.0-O33.3**
- O64.- Sünnitamise takistus vililase väärasendi või -eesasetuse tõttu
kui ühtlasi mainitud:
O65.- (Sünnitamise takistus ema vaagnaanomaalia tõttu) - kodeerida **O65.-**
- O80-O84 Sünnitusmeetod
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Kui ema surma ühtki muud põhjust ei ole esitatud, kodeerida sünnitamise ja sünnituse täpsustamata tüsistust (O75.9).
- P07.- MKta lühiaegse raseduse ja väikese sünnikaaluga seotud haigusseisundid
P08.- Pikaajalise raseduse ja suure sünnikaaluga seotud haigusseisundid
Mitte kasutada, kui mõni muu perinataalse surma põhjus on esitatud.

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

- R69.- Tundmatud ja täpsustamata haiguspõhjused
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada. Tarvitatagu R95-R99 hulgast sobivat koodi.
- S00-T98 Vigastused, mürgistused ja teavad muud välispõhjuse toime tagajärjed
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada, välja arvatud juhul, kui tarvitatakse lisakoodina kohase jaotise juures V01-Y89 ulatuses.
- S02.- Kolju- ja näoluude murd
Kui on nimetatud rohkem kui üks paige, siis kodeerida **S02.7** (Kolju- ja näoluude hulgemurrud).
- S06.- Koljusisene vigastus
Kui kolju- või näoluude murd on ühenduses koljusisese vigastusega, siis tuleb eelistada murdu.
kui ühtlasi mainitud:
S02.- (Kolju- ja näoluude murd) - kodeerida **S02.-**
- T36-T50 Mürgistused uimastite, ravimite ja bioloogiliste ainetega (juhuslik mürgistus ja ebaselge taotlusega mürgistus alkoholiga või sõltuvust põhjustavate ravimitega)
kui ühtlasi mainitud:
F10-F19 neljanda tärgiga .2 (alkoholsõltuvus või ravimsõltuvus) - kodeerida **F10-F19** neljanda tärgiga .2
- T79.- MKta trauma teavad varajased tüsistused
Mitte kasutada, kui eelneva vigastuse loomus on teada.
- V01-X59 Õnnetusjuhtumid
kui ühtlasi mainitud:
A35 (Teetanus) - kodeerida **A35**
kui tuleneb järgmisest seisundist:
G40-G41 (Epilepsia) - kodeerida **G40-G41**
- X40-X49 Juhuslik mürgistus kahjulike ainetega ja nende toime
Y10-Y15 Ebaselge taotlusega mürgistus kahjulike ainetega ja nende toime (mürgistus alkoholiga või sõltuvust põhjustavate ravimitega)
kui ühtlasi mainitud:
F10-F19 neljanda tärgiga .2 (alkoholsõltuvus või ravimsõltuvus) - kodeerida **F10-F19** alla neljanda tärgiga .2
- Y90-Y98 Haigestumuse ja surma mujal klassifitseeritud põhjustega seotud lisategurid
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada.
- Z00-Z99 Tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega
Surma algpõhjuse kodeerimiseks mitte kasutada

4.1.12 Koodinumbri järgi tehtud seostamiste kokkuvõte

Kui valitud surmapõhjus on loendatud 1.tabeli 1. tulbas ja üks või enam teises tulbas loetletud põhjustest on surmatõendil kuhugi mujale kantud, siis kodeerida nii, nagu on näidatud neljandas tulbas.

Kui valitud surmapõhjus on loendatud esimeses tulbas ja surmatõendil on ta kirjas põhjusena ühele kolmandas tulbas loendatud haigusele, siis kodeerida nii, nagu on näidatud neljandas tulbas.

Tabel 1. Koodinumbri järgi tehtud seostamiste kokkuvõte

Valitud põhjus	Kui ühtlasi mainitud	Kui on järgmise seisundi põhjus	Tulenev seostatud kood
A00–B19 } B25–B99 }		C00-C97	C00-C97
A15.-,A16.-	J60-J64		J65
A17.-,A18.-	A15.-,A16.-		A15.-,A16.-
A39.2-A39.4	A39.0,A39.1		A39.0,A39.1
E86	A00-A09		A00-A09
F10–F19 (F1x.0) } (F1x.5) }	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)
F10	K70.-		K70.-
F10.2	F10.4, F10.6, F10.7		F10.4, F10.6, F10.7
F17.-		C34.- I20-I25 J40-J47	C34.- I20-I25 J40-J47
G25.5	I00-I02 I05-I09		I02.- I02.-
I05.8 (täpsustamata) } I05.9 põhjusega) }	I34.-		I34.-
I09.1 } I09.9 }	I05-I08		I05-I08

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

Valitud põhjus	Kui ühtlasi mainitud	Kui on järgmise seisundi põhjus	Tulenev seostatud kood
I10	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 N18.- N19 N26	H35.0 I05-I09 (reumaatilistena täpsustamata) I34-I38 I50.- I51.4-I51.9	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 I12.- I12.- I12.- H35.0 I34-I38 I34-I38 I11.0 I11.-
I11.-	I12.- I13.- I20-I25 N18.- N19 N26		I13.- I13.- I20-I25 I13.- I13.- I13.-
I12.-	I11.- I13.- I20-I25	I50.- I51.4-I51.9	I13.- I13.- I20-I25 I13.0 I13.-
I13.-	I20-I25		I20-I25
I20.- } I24.- } I25.- }	I21.- I22.-		I21.- I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44-I50 } I51.4-I51.9 }	B57.- I20-I25		B57.- I20-I25
I50.- } I51.9 }	M41.-		I27.1
I50.9 } I51.9 }	J81		I50.1
I67.2	I60-I64	F03 G20	I60-I64 F01.- G20

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

Valitud põhjus	Kui ühtlasi mainitud	Kui on järgmise seisundi põhjus	Tulenev seostatud kood
I70.-	I10-I13 I20-I25 I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I51.9 I60-I69	I05-I09 (reumaatilistena täpsustamata) I34-I38 I71-I78 K55.- N26	I10-I13 I20-I25 I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I51.9 I60-I69 I34-I38 I34-I38 I71-I78 K55.- I12.-
I70.9	R02	F03 G20	I70.2 F01.- G20
J00 } J06.- }		G03.8 G06.0 H65-H66 H70.- J10-J18 J20-J21 J40-J42 J44.- N00.-	G03.8 G06.0 H65-H66 H70.- J10-J18 J20-J21 J40-J42 J44.- N00.-
J20.-	J41.- J42 J44.-		J41.- J42 J44.-
J40 } J41.- } J42 }	J43.- J44.-	J45.-	J44.- J44.- J44.-
J43.-	J40 J41.- J42		J44.- J44.- J44.-
J60-J64	A15.- A16.-		J65 J65
J81	I50.9 I51.9		I50.1 I50.1
M41.-	I27.9 I50.- I51.9		I27.1 I27.1 I27.1
N00.-		N03.-	N03.-

RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON

Valitud põhjus	Kui ühtlasi mainitud	Kui on järgmise seisundi põhjus	Tulenev seostatud kood
N18.- N19.- N26	I10 I11.- I12.-		I12.- I13.- I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0-O33.3		O33.0-O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
S06.-	S02.-		S02.-
T36-T50	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)
V01-X59	A35		A35
X40-X49 Y10-Y15	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)

Tabel 2. Kokkuvõtte koodidest, mida surma algpõhjuse kodeerimisel mitte kasutada^x

Koodid, mida surma algpõhjuse kodeerimisel mitte kasutada (kodeerida ümarsulgudes näidatud nimetust; kui koodi pole näidatud, siis kodeerida R99)	Mitte kasutada, kui surma algpõhjus on teada
B95-B97	F01-F09
E89.-	F70-F79
G97.-	G81.-
H59.-	G82.-
H95.-	G83.-
I15.-	H54.-
I23.- (kodeerida I21 või I22)	H90-H91
I24.0 (kodeerida I21 või I22)	N46
I65.- (kodeerida I63)	N97.-
I66.- (kodeerida I63)	O30.-
I97.-	P07.-
J95.-	P08.-
K91.-	T79.-
M96.- ,	
N99.- ,	
O08.- ,	
O80-O84 (kodeerida O75.9),	
R69.- (kodeerida R95-R99),	
S00-T98 (kodeerida V01-Y89),	
Y90-Y98 ,	
Z00-Z99 ,	

^x lisaks tärniga koodidele (vt osa 3.1.3).

4.2 Märkused surmapõhjuste sissekannete interpreteerimiseks

Eespool mainitud reeglid määravad tavaliselt surma algpõhjuse, mida kasutatakse suremuse esmaseks tabeldamiseks. Igas riigis on valikureegleid vaha avardada, sõltuvalt arstliku tõendamise viimistletusest ja kvaliteedist. Käesolevas osas leiduv teave aitab seesuguseid lisainstruktsioone sõnastada.

4.2.1 Sekkuva põhjuse eeldus

Arstlikul surmatõendil näidatakse sageli üht haigusseisundit tingituna teisest seisundist, kuid seejuures esimene pole teise otsene tagajärg. Näiteks veriokset võib väita olevat tingitud maksatsirroosist, selle asemel, et teda esitataks seisundite - maksatsirroos, portaalne hüpertensioon, rebenenud söögitoruvaariks, hemateemes - järgnevuse lõppsündmusena.

Sekkuva põhjuse eeldamine surmatõendi I osas on teatatud seisundite jada tunnustamisel lubatav, kuid seda ei tohi kasutada kodeerimise modifitseerimiseks.

1. näide: I a. Peajuhehemorraagia
b. Krooniline nefriit

Tuleb kodeerida kroonilist nefriiti (N03.9). On vaja eeldada hüpertensiooni kui haigusseisundi sekkumist peajuhehemorraagia ja surma algpõhjuse - kroonilise nefriidi vahele.

2. näide: I a. Vaimne alaareng
b. Platsenta enneaegne irdumine

Tuleb kodeerida vililast või vastsündinut kahjustanud platsenta enneaegset irdumist (P02.1). On vaja eeldada sünnitraumat, anoksiat või hüpoksiat kui seisundeid, mis sekkusid vaimse alaarengu ja surma algpõhjuse, platsenta enneaegse irdumise vahele.

4.2.2 Mõiste „väga ebatõenäone” interpreteerimine

Väljendit „väga ebatõenäone” on kasutatud alates ICD kuuendast taastõtlusest, osutamaks vastuvõtmatule põhjuslikule seosele. Rakendades seisundite järgnevuse vastuvõetavuse üle otsustamisel juhena üldpõhimõtet ja valikureegleid, tuleb järgmisi seoseid pidada „väga ebatõenäosteks”:

- a) nakkus- või parasiithaigus (A00-B99), mis on esitatud „tingituna” mõnest haigusest, mis on sellest peatükist väljaspool, välja arvatud, et:
- oletatavalt nakkusliku päritoluga kõhulahtisust ja gastroenteriiti (A09)
 - septitseemia (A40–A41)
 - roosi (A46)
 - gaasgangreeni (A48.0)
 - Vincenti angiini (A69.1)
 - mükoose (B35–B49)
- } võib tunnustada tingituna mõnest muust haigusest
- igat nakkushaigust võib tunnustada olevat „tingitud” immuunmehhanismi haigusseisunditest, nagu seda on inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi (HIV-tõbi) ehk AIDS, keemiliste ainete (kemoterapia) ja kiirituse toimetel

kujunev immunosupressioon ja kasvajakasv, mis ohustavad immuunsüsteemi (näiteks, pahaloomulised lümfoomid),

- tuulerõugeid ja võõrkehade (B01-B02) võib tunnustada olevat „tingitud“ diabeedist, tuberkuloosist ja lümfoproliferatiivsetest kasvajatest;
- b) pahaloomuline kasvaja, mis on esitatud „tingituna“ mõnest teisest haigusest, välja arvatud inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi (HIV-tõbi);
- c) hemofiilia (D66, D67, D68.0-D68.2), mis on esitatud „tingituna“ mõnest muust haigusest;
- d) diabeet (E10-E14), mis on esitatud „tingituna“ mõnest muust haigusest, välja arvatud:
- hemokromatoos (E83.1),
 - kõhunäärmehaigused (K85-K86),
 - kõhunäärme kasvajakasv (C25.-, D13.6, D13.7, D37.7),
 - väärtoitus (E40-E46);
- e) reuma (I00-I02) või reumaatiline südamehaigus (I05-I09), mis on esitatud „tingituna“ mõnest muust haigusest, välja arvatud sarlakitest (A38), streptokokksepsise (A40.-), streptokokkfarüngiidist (J02.0) ja ägedast tonsilliidist (J03.-);
- f) ükskõik missugune kõrgvererõhuga haigusseisund, mis on esitatud „tingituna“ mõnest kasvajakasv, välja arvatud:
- endokriinsed kasvajakasv,
 - neerukasvajakasv,
 - kartsinoidkasvajakasv;
- g) krooniline südame isheemiatõbi (I20, I25), mis on esitatud „tingituna“ mõnest kasvajakasv;
- h) peajuveresoonte mistahes haigus (I60-I69), mis on esitatud „tingituna“ seedeelundite haigusest (K00-K92) või endokardiidist (I05-I08, I09.1, I33-I38), välja arvatud I65-I66 alla kuuluv peajuarterite emboolia või intrakraniaalne hemorraagia (I60-I62);
- i) arteriosklerootilisena (aterosklerootilisena) kirjeldatud haigusseisund, mis on esitatud „tingituna“ mõnest kasvajakasv;
- j) gripp (J10-J11), mis on esitatud „tingituna“ mõnest muust haigusest;
- k) kaasasündinud väärarend (Q00-Q99), mis on esitatud „tingituna“ isiku mõnest muust haigusest, kaasa arvatud valmimatus (immatuursus);
- l) mingil kindlakstehtud ajal „x“ alanud (puhkenud) seisund, mis on esitatud „tingituna“ kindlakstehtud ajal „y“ alanud seisundist, kui „x“ eelnes „y“-le;
- m) mistahes õnnetusjuhtum (V01-X59), mis on esitatud „tingituna“ mõnest väljaspoole seda peatükki jäävast põhjusest, välja arvatud epilepsia (G40-G41).

Ülaltoodud loetelu ei hõlma kõiki „väga ebatõenäoseid“ järgnevusseisundeid, kuid muudel juhtudel tuleks järgida üldpõhimõtet, kui pole teisiti osutatud.

Ägedaid või terminaalseid vereringehaigusi, mis on esitatud tingituna pahaloomulistest kasvajatest, diabeedist või astmast, tuleks surmatõendi I osas tunnustada võimalike järgnevustena. Järgmisi seisundeid peetakse ägedateks või terminaalsesteks vereringehaigusteks:

- I21-I22 Äge müokardiinfarkt
- I24.- Südame ägeda isheemiatõve muud vormid
- I26.- Kopsuveresoonte emboolia
- I30.- Äge perikardiit
- I33.- Äge ja alaäge endokardiit
- I40.- Äge müokardiit
- I44.- Atrioventrikulaarne ja Hisi kimbu vasaksääre blokaad
- I45.- Südame erutusjuhte muud häired
- I46.- Südameseiskus
- I47.- Paroksüsmaalne tahhükardia
- I48 Kodade virvendus ja laperdus
- I49.- Muud südamerütmid
- I50.- Südamepuudulikkus
- I51.8 Muud ebapiisavalt kirjeldatud südamehaigused
- I60-I68 Peajuveresoonte haigused, välja arvatud I67.0-I67.5 ja I67.9

4.2.3 Haiguse kestuse mõju klassifitseerimisele

Otseste ja eelnevate põhjuste esitatud järgnevuse hindamisel tuleb arvestada haiguse või haigusseisundi alguse (puhkemise) ja surmaaja vahelist vaheaega. Seda tuleb rakendada „väga ebatõenäoste“ seoste interpreteerimisel (vt eespool) ja ka F-modifitseerimisreegli (jääknähud, hilisnähud) puhul.

Jaotised O95 (Sünnitusabiga seotud täpsustamata põhjusega surm), O96 (Sünnitusabiga seotud mistahes põhjusega surm ajavahemikul 42 päeva kuni üks aasta pärast sünnitust) ja O97 (Surm sünnitusabiga seotud vahetute põhjuste jääknähtude tõttu) klassifitseerivad sünnitusabiga seotud surmajuhte vastavalt ajale, mis on möödunud sünnitusabimenetluse ja naise surma vahel. Jaotist O95 kasutatagu siis, kui naine sureb raseduse, sünnitamise, sünnituse või sünnitusjärgse perioodi (puerpeeriumi) vältel ja „ema“ või „sünnitusabiga seotud“ surm on ainus teave, mis on antud. Kui surma sünnitusabiga seotud põhjus on täpsustatud, tuleb see kodeerida vastava jaotise alla. Jaotist O96 kasutatakse ajavahemikul 42 päeva kuni üks aasta pärast raseduse lõppemist otsestest või kaudsetel sünnitusabiga seotud põhjustel toimunud surma klassifitseerimiseks. Jaotist O97 kasutatakse aasta või enama aja möödumisel pärast raseduse lõppemist iga otseselt sünnitusabiga seotud põhjustel toimunud surma klassifitseerimiseks.

Seisundeid, mis on klassifitseeritud kaasasündinud väärarenditena, deformatsioonidena ja kromosoomianomaaliatena (Q00-Q99), isegi kui arstlikul surmatõendil ei ole neid täpsustatud kaasasündinutena, tuleb sellistena kodeerida siis, kui vaheaeg seisundi alguse ja surma vahel ning surnu vanus osutavad, et seisund oli sünnist saadik olemas.

Klassifikatsioonil on olemas spetsiifilisi jaotisi näitamaks teatud haigusi ja vigastusi jääk- (hilis-)nähtude või hilistagajärgede põhjustena. Paljudel juhtudel kaasavad need jääknähud seisundeid, mis esinevad ühe või enama aasta järel haiguse või vigastuse algusest (vt 4.2.4 allpool).

4.2.4 Jääk- või hilisnähud

Teatud jaotisi (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 ja Y85-Y89) tuleb surma algpõhjuse kodeerimisel kasutada näitamaks, et surm tulenes pigem antud haiguse või vigastuse hilis- (residuaal-)tagajärjest kui aktiivse faasi kestel. Sellistes olukordades kehtib modifitseeriv F-reegel. Seisundid, mis on esitatud kui mingi haiguse või vigastuse jääk- või hilisnähu või hilistagajärjena, tuleb klassifitseerida vastava jääk- või hilisnähujaotise alla, sõltumata vaheajast haiguse või vigastuse tekke ja surma vahel. Teatud seisundite puhul peetakse haiguse või vigastuse algusest ühe või enama aasta möödumisel toimunud surma tingituks seisundi tagajärjest või jääkmõjust isegi siis, kui jääknähtu pole sõnaselgelt mainitud. Jääknähtude interpreteerimise kohta on juhendust antud tabelnimistus enamiku „... jääknähud“ jaotiste all.

B90.- Tuberkuloosi jääknähud

Jääknähtude hulka kuuluvad seesugustena täpsustatud seisundid või läbipõetud tuberkuloosi hilistagajärjed, ja peetununa, ravituna, paranenuna, inaktiivsetena, vanana või rahulikuna täpsustatud tuberkuloosi jääkmuutused, kui ei esine tõendust aktiivse tuberkuloosi kohta.

B94.0 Trahhoomi jääknähud

Jääknähtude hulka kuuluvad paranenuna või inaktiivsetena täpsustatud trahhoomi jääkmuutused ja ka teatud täpsustatud tagajärjed, nagu pimedus, armidest tingitud lausisepõõre ja sidekesta armid, kui pole tõendust aktiivse infektsiooni kohta.

B94.1 Viirusentsefalidi jääknähud

Jääknähtude hulka kuuluvad seesugustena või hilistagajärgedena täpsustatud seisundid ja need muutused, mis põhjusliku haigusseisundi algusest on olemas ühe või enama aasta möödumisel.

B94.8 Muude nakkus- ja parasiithaiguste jääknähud

Jääknähtude hulka kuuluvad nende haiguste seesugustena või hilistagajärgedena ja jääkmuutustena täpsustatud seisundid, mida on kirjeldatud peetunutena, ravitutena, paranenutena, inaktiivsetena, vanadena või rahulikena, kui aktiivse haiguse tunnemärke pole. Jääknähtude hulka kuuluvad ka kroonilised seisundid, mis on esitatud tingituna jaotiste A00-B89 alla klassifitseeritavatest seisunditest, või viimaste jääkmuutused, mis esinevad ühe või enama aasta möödumisel vastava seisundi tekkest.

E64.3 Rahhiidi jääknähud

Jääknähtude hulka kuulub igasugune rahhiidina täpsustatud või sellest tingitud seisund, mis esineb ühe või enama aasta möödumisel haiguse algusest või mis väidetavalt on rahhiidi jääknäht või hilistagajärg.

G09 Kesknärvisüsteemi põletikuliste haiguste jääknähud

See jaotis on ette nähtud G00.-, G03-G04, G06.- ja G08 alla klassifitseeritavate seisundite jääknähtude kodeerimiseks. Kaksikklassifitseerimisele kuuluvad kesknärvisüsteemi põletikuliste haiguste (G01*-G02*, G05.-* ja G07*) jääknähud tuleb kodeerida alghaigusseisundi jääknähtudele määratud jaotiste (näiteks B90.0 Kesknärvisüsteemi tuberkuloosi jääknähud) alla. Kui alghaigusseisundi jaoks vastavat jääknähtude jaotist ei ole, siis kodeerida selline juht alghaiguse endana.

4.2.5 Patsiendi soo ja diagnoosi vaheline kokkusobivus

Teatud jaotised piirduvad ühe sooga (vt 3.1.5 osa). Kui kontrollimisel surmatõendil märgitud sugu ja surmapõhjus kokku ei sobi, tuleb selline surm kodeerida jaotise „Ebaselged ja täpsustamata muud surmapõhjused” (R99) alla.

4.2.6 Operatsioonid

Kui operatsioon esineb surmatõendil surmapõhjusena, ilma et oleks mainitud seisund, mille tõttu operatsioon tehti või operatsioonil täheldatud leiud, ja tähestikuline aineleend ei anna operatsiooni jaoks eri koodi, tuleb selline juht kodeerida operatsiooni nimetuse järgi osutatud elundi või paikme jääkjaotise alla (näiteks, „nefrektoomia” tuleb kodeerida N28.9 alla). Kui operatsioon ei viita elundile ega paikmele, näiteks, „laparotoomia”, siis tuleb kodeerida jaotise „Ebaselged ja täpsustamata muud surmapõhjused” (R99) alla, kui just pole nimetatud Y60-Y84 ulatuses klassifitseeritavat raviäpardust või operatsioonijärgset tüsistust.

4.2.7 Pahaloomulised kasvajak

Kui pahaloomuline kasvaja arvatakse olevat surma algpõhjus, siis on kõige tähtsam määratlenda primaarne paige. Ka kasvaja morfoloogiat ja olemust tuleb võtta arvesse. Vähk (*cancer*) on üldtermin ja seda võib kasutada igasuguse morfoloogilise rühma puhul, kuigi lümfoid-, vereloomekoe ja nendesarnaste kudede pahaloomuliste kasvajate suhtes rakendatakse seda terminit harva. Kartsinoomi (*carcinoma*) kasutatakse vahel ebakorrektelt vähi (*cancer*) sünonüümina. Mõned surmatõendid võivad olla kahemõttelised, kui primaarse paikme osas kaheldi või kui surmatõendi täitmisel esines ebatäpsusi. Niisuguste asjaolude korral tuleb küsida tõendi andjalt selgitust. Kui see ei õnnestu, tuleb järgida alljärgnevaid juhendeid.

Kasvajate morfoloogilisi tüüpe, mis on klassifitseeritud eestikeelse RHK-10 1. köite lehekülgedel 363-434, võib leida tähestikulisest aineleendist koos nende morfoloogiakoodiga ja viitega paikme järgi kodeerimiseks.

A. Pahaloomulisuse üle otsustamine

Kui surmatõendil on nimetatud, et kasvaja on tekitanud metastaase (sekundaarseid koldeid), tuleb ta kodeerida pahaloomulisena, isegi kui see kasvaja tuleks klassifitseerida II peatüki mõnda teise ossa (juhul kui metastaase ei ole mainitud).

1. näide: I a. Lümfisõlmede metastaasid
b. Rinnakartsinoom *in situ*

Tuleb kodeerida rinna pahaloomulist kasvajat (C50.9).

B. Eesliidetega paikmed või ebatäpsed määratlused

Eesliidetega „peri-”, „para-”, „pre-”, „supra-”, „infra-” jne tähistatud paikmega kasvajaid või neid, mida kirjeldatakse mingi paikme „alal” („area”) või „piirkonnas” („regio”), juhul kui neid termineid ei leidu aineleendis, tuleb kodeerida järgmiselt: morfoloogiliste tüüpide korral, mis on klassifitseeritavad ühte jaotistest C40, C41 (luude ja liigeskõhre pahaloomulised kasvajak), C43 (naha pahaloomuline melanoom), C44 (naha muud pahaloomulised kasvajak), C45 (mesotelioom), C47 (perifeersete närvide ja autonoomse närvisüsteemi pahaloomulised kasvajak), C49 (sidekoe ja pehmete kudede pahaloomulised kasvajak), C70 (ajukelmete), C71 (peaaju) ja

C72 (kesknärvisüsteemi muude osade pahaloomulised kasvajak), tuleb kasvaja kodeerida vastava jaotise sobivasse alajaotisesse; vastasel korral aga C76 (muude ja ebaselgete paikmete pahaloomulised kasvajak) sobivasse alajaotisesse.

2. näide: I a. Fibrosarkoom jalapiirkonnas
Tuleb kodeerida alajäseme sidekoe ja pehmete kudede pahaloomulise kasvajana (C49.2).

C. Täpsustamata paikmega pahaloomulised kasvajak koos muude esitatud haigusseisunditega

Kui primaarse pahaloomulise kasvaja paige on täpsustamata, ärgu tehtagu paikme suhtes mingit oletust muude esitatud seisundite (niisuguste, nagu perforatsioon, obstruktsioon või hemorraagia) paiknemise alusel. Need seisundid võivad tekkida kasvajapaikmega seostamatus kohas, näiteks soolesulgus võib olla põhjustatud munasarjakasvaja leviku tõttu.

3. näide: I a. Soolesulgus
b. Kartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80).

D. Osutatud primaarse paikmega pahaloomulised kasvajak

Kui teatud paikmele on osutatud kui primaarsele, tuleb ta valida kodeerimiseks, vaatamata oma asukohale surmatõendil või sellele, kas ta on I või II osas. Kui primaarne paige ei ole väidetavalt teada, vt allpool punkti E. Primaarsele paikmele võib olla osutatud ühel järgmistest viisidest:

- a) Ühe paikme täpsustamine primaarsena kas tõendi I või II osas.

4. näide: I a. Kusepõiekartsinoom
II Primaarne kasvaja neerus
Tuleb kodeerida neeru pahaloomulist kasvajat (C64).

- b) Muude paikmete täpsustamine „sekundaarsetena“, „metastaasidena“, „levikuna“ või „kartsinomatoosina“.

5. näide: I a. Rinnakartsinoom
b. Sekundaarsed kolded peaaigus
Tuleb kodeerida rinna pahaloomulist kasvajat (C50.9), sest kehtib 2. reegel.

- c) Morfoloogia osutab primaarsele pahaloomulisele kasvajale.

Kui mingi morfoloogiline tüüp vihjab primaarsele paikmele, näiteks hepatoom, siis tuleb seda vaadelda nii, nagu oleks kaasatud sõna „primaarne“.

6. näide: I a. Metastaatiline kartsinoom
b. Pseudomutsinoosne adenokartsinoom
Tuleb kodeerida munasarja pahaloomulist kasvajat (C56), kuna täpsustamata paikme puhul on pseudomutsinoosne adenokartsinoom tähestikulises aineloendis omistatud munasarjale.

Kui on osutatud kahele või rohkemale primaarsele paikmele või morfoloogiale, tuleb neid kodeerida vastavalt allpoololevatele F-, G- ja H-osadele.

E. Primaarne paige teadmata

Kui surmatõendil esineb väljend „primaarne paige teadmata”, või sellega sama-väärne väide, tuleb kasvaja kodeerida esineva morfoloogilise tüübi täpsustamata paikme jaotise alla (näiteks adenokartsinoom C80, fibrosarkoom C49.9, osteosarkoom C41.9), vaatamata samal tõendil mujal mainitud paikme(te)le.

7. näide: I a. Maksa sekundaarne kartsinoom
b. Primaarne paige teadmata
c. Magu? Käärsool?

Tuleb kodeerida täpsustamata paikme kartsinoomi (C80).

8. näide: I a. Generaliseerunud metastaasid
b. Seljamelanoom
c. Primaarne paige teadmata

Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist melanoomi (C43.9).

F. Sõltumatud (primaarsed) hulgipaikmed (C97)

Rohkem kui ühe primaarse kasvaja esinemisele võib osutada kas kahe erineva anatoomilise paikme või kahe erisuguse morfoloogilise tüübi (näiteks hüpernefroos ja intraduktaalne kartsinoom) mainimine või teatud spetsiifilist paiget tähen-dava morfoloogilise tüübi ja veel teise paikme koos nimetamine. On väga ebatõe-näone, et üks primaarne kasvaja oleks teisest primaarsest kasvajast tingitud, välja arvatud lümfooid-, vereloomekoe ja nendesarnaste kudede pahaloomuliste kasvaja-te (C81-C96) rühma korral, mille puhul üks pahaloomulisuse vorm võib lõppeda teise kasvajatüübi tekkega (näiteks mitte-Hodgkini tüüpi lümfoomile võib järgneda leukeemia).

Kui surmatõendi I osas nimetatud kaks või enam paiget on samas elundsüsteemis, tuleb vaadata H-osa lk 74. Kui paikmed ei asu samas elundsüsteemis ja pole viidet, et mõni neist oleks primaarne või sekundaarne, tuleb kasvajakodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97), välja arvatud kui kõik on klassifitseeritavad C81-C96 ulatuses, või kui üks nimetatud paikmetest on metastaaside tavaline paige, või kops (vt G allpool).

9. näide: I a. Maovähk
b. Rinnavähk

Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97), sest on nimetatud kahte erinevat anatoomilist paiget ja on ebatõenäone, et üks primaarne pahaloomuline kasvaja oleks teisest tingitud.

10. näide: I a. Hodgkini tõbi
b. Kusepõiekartsinoom

Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97), sest on nimetatud kahte erisugust morfoloogilist tüüpi.

11. näide: I a. Äge lümfotsüüt leukeemia
b. Mitte-Hodgkini tüüpi lümfoom
Tuleb kodeerida mitte-Hodgkini tüüpi lümfoomi (C85.9), sest mõlemad on klassifitseeritavad C81-C96 ulatuses ja haigusseisundite järgnevus on vastuvõetav.
12. näide: I a. Leukeemia
b. Mitte-Hodgkini tüüpi lümfoom
c. Munasarjakartsinoom
Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97), sest, kuigi nendest kasvajatest kaks on klassifitseeritavad C81-C96 alla, on nimetatud ka mujal leiduvat paiget.
13. näide: I a. Leukeemia
II Rinnakartsinoom
Tuleb kodeerida leukeemiat (C95.9), sest rinnakartsinoom on esitatud II osas. Mis puutub hulgipaikmetesse, siis tuleb võtta arvesse ainult surmatõendi I osas olevaid paikmeid (vt H).

G. Metastaatilised kasvajakad

Kui pahaloomuline kasvaja levib või metastaseerub, siis säilitab ta harilikult sama morfoloogilise tüübi, kuigi võib muutuda vähem diferentseerunuks. Mõnedel metastaasidel on nii iseloomulik mikroskoopiline pilt, et patoloog võib selle põhjal kindlalt järeldada primaarset paiget, näiteks, kilpnääret.

Kartsinoomi laialt levinud metastaase nimetatakse sageli kartsinomatoosiks. Kui lähemalt määratlemeta mittespetsiifiline termin, nagu kartsinoom või sarkoom, esineb koos sama laia rühma spetsiifilisemat histoloogiat kirjeldava terminiga, tuleb selline kasvaja kodeerida spetsiifilisema morfoloogiaga paikme alla, pidades teist metastaatiliseks.

Kuigi pahaloomulised rakud võivad metastaseeruda kehas ükskõik kuhu, on teatud paikmed tavalisemad kui teised ja neid tuleb erinevalt käsitleda (vt allpool). Kui aga üks neist paikmeist esineb surmatõendil üksi ja ei ole täpsustatud sõnaga „metastaatiline“, võib teda pidada primaarseks.

Metastaaside tavalised paikmed:

luu	keskseinand
peaaju	ajukelmed
diafragma	kõhukelme
süda	pleura
maks	retroperitoneum
kops	seljaaju
lümfisõlmed, ebaselged paikmed (C76 alla klassifitseeritavad paikmed)	

- Kops tekitab erilisi probleeme, sest ta on nii metastaaside kui ka primaarsete pahaloomuliste kasvajate tavaline paige. Kopsu tuleb pidada metastaaside harilikuks paikmeks alati, kui ta esineb koos paikmetega, mida selles loetelus ei leidu.

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

Siiski, kui on nimetatud bronh või bronhogeenne vähk, tuleb sellist kasvajat pidada primaarseks. Kui on nimetatud kops ja ainsad muud paikmed on metastaaside tavaliste paikmete loetelus, tuleb kops arvata primaarseks.

- Lümfisõlmede pahaloomulisi kasvajaid, mida primaarsetena pole täpsustatud, tuleb eeldatavalt pidada sekundaarseteks.

14. näide: I a. Peaajuvähk

Tuleb kodeerida peaaju pahaloomulise kasvajana (C71.9).

15. näide: I a. Luuvähk

b. Metastaatiline kopsukartsinoom

Tuleb kodeerida kopsu pahaloomulist kasvajat (C34.9), sest luu on metastaaside tavaliste paikmete loetelus ja seetõttu võib kopsu pidada primaarseks paikmeks.

Omadussõna „metastaatiline“ leiab kasutamist kahel viisil - vahel tähendades sekundaarset kasvajat, mis on sünenenud kuskil mujal olevast primaarsest kasvajast ja vahel märgistades primaarset kasvajat, mis on tekitanud metastaase. Segaduse vältimiseks, on soovitatud järgmisi juhendeid:

a) Pahaloomulist kasvajat, mida on kirjeldatud „metastaatilisena“ teatud spetsiifilisest paikmest {*metastatic from*}, tuleb tõlgendada kui selle paikme primaarset kasvajat.

16. näide: I a. Metastaatiline teratoom munasarjast

Tuleb kodeerida munasarja pahaloomulist kasvajat (C56).

b) Pahaloomulist kasvajat, mida on kirjeldatud kui „metastaatiliselt“ mõnda paikmesse {*metastatic to*}, tuleb tõlgendada kui selle paikme sekundaarset kasvajat, kui morfoloogia ei osuta spetsiifilisele primaarsele paikmele.

17. näide: I a. Metastaatiline kartsinoom pärasoolde

Tuleb kodeerida pärasoole sekundaarse pahaloomulise kasvajana (C78.5). Sisseütlev (...soolde) viitab selgesti pärasoolele kui sekundaarsele paikmele.

18. näide: I a. Metastaatiline osteosarkoom peaajju

Tuleb kodeerida luu pahaloomulist kasvajat (C41.9) sest see on osteosarkoomi täpsustamata paige.

c) Üksik pahaloomuline kasvaja, mida on kirjeldatud metastaatilisena millestki {*metastatic (of)*}.

Termineid „metastaatiline“ ja „metastaatiline millestki“ tuleb järgmiselt tõlgendada:

1) Kui on nimetatud üks paige ja seda täpsustatakse metastaatilisena, kodeerida kasvaja selle teatud paikme primaarse pahaloomulise kasvajana, kui morfoloogilise tüübi kohta pole osutust ja tegemist ei ole tavalise metastaatilise paikmega (vt metastaaside tavaliste paikmete loetelu, lk 68)

19. näide: I a. Emakakaevähk, metastaatiline
Tuleb kodeerida emakakaela pahaloolumulist kasvajat (C53.9).
- 2) Kui paiget ei ole esitatud, kuid morfoloogilist tüüpi kvalifitseeritakse metastaatilisena, tuleb kodeerida esmase paikmena täpsustamata morfoloogilist tüüpi.
20. näide: I a. Metastaatiline kaerarakk-kartsinoom
Tuleb kodeerida kopsu pahaloolumulise kasvajana (C34.9).
- 3) Kui üksikut morfoloogilist tüüpi ja paiget, mis on erinev tavalisest metastaatilisest paikmest (vt loetelu lk 68.), nimetatakse metastaatiliseks, siis kodeerida kasvaja antud morfoloogilisele tüübile ja paikmele spetsiifilise jaotise järgi.
21. näide: I a. Käsivarre metastaatiline melanoom
Tuleb kodeerida käsivarre naha pahaloolumulist melanoomi (C43.6), sest käesoleval juhul on käsivarre ebaselge paige spetsiifiliseks paikmeks melanoomile, mitte aga tavaline paige C76.- alla klassifitseeritavatele metastaasidele.
- 4) Kui üksikut morfoloogilist tüüpi nimetatakse metastaatiliseks ja mainitud paige on üks metastaaside tavalistest paikmetest, välja arvatud kops, tuleb kasvaja kodeerida morfoloogilise tüübi suhtes „täpsustamata paikme“ alla, välja arvatud juhul, kui täpsustamata paige on klassifitseeritud kui C80 (Täpsustamata paikme pahaloolumuline kasvaja) ja tuleb kodeerida nimetatud paikme sekundaarse pahaloolumulise kasvajana.
22. näide: I a. Peaaju metastaatiline osteosarkoom
Tuleb kodeerida täpsustamata luu pahaloolumulise kasvajana (C41.9), sest peaaju on metastaaside tavaliste paikmete loetelus.
- 5) Kui üht metastaaside tavalist paiget, välja arvatud kopsu, kirjeldatakse metastaatilisena ja mingit muud paiget ega morfoloogiat pole mainitud, tuleb kodeerida selle paikme metastaatilise kasvajana (C77-C79).
23. näide: I a. Peaaju metastaatiline vähk
Tuleb kodeerida peaaju metastaatilise pahaloolumulise kasvajana (C79.3).
24. näide: I a. Metastaatiline kopsukartsinoom
Tuleb kodeerida kopsu pahaloolumulise kasvajana (C34.9).

d) Rohkem kui üks kasvaja on kvalifitseeritud metastaatilisena

- 1) Kui surmatõendil on esitatud kaks või enam sama morfoloogiaga kasvaja-paiget, millest ükski pole metastaaside tavaliste paikmete loetelus ja kõiki neid on kvalifitseeritud „metastaatilistena“, tuleb primaarset paiget nii anatoomilise süsteemi osas kui ka esineva morfoloogilise tüübi poolest kodeerida kui täpsustamata paiget.

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

25. näide: I a. Metastaatiline prostatakartsinoom
b. Metastaatiline nahakartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80), sest tõenäoselt metastaatiline prostatakartsinoom ei saa olla metastaatilisest nahakartsinoomist tingitud; arvatavasti nad on mõlemad põhjustatud teadmata primaarse paikme pahaloomulise kasvaja levikust. See kasvaja pidanuks olema sisse kantud surmatõendi c-joonele.
26. näide: I a. Metastaatiline maokartsinoom
b. Metastaatiline rinnakartsinoom
c. Metastaatiline kopsukartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80), sest rind ja magu ei kuulu samasse anatoomilisse süsteemi ja kops on metastaaside tavaliste paikmete loetelus.
- 2) Kui erinevate histoloogiliste rühmade kaks või enam morfoloogilist tüüpi on täpsustatud metastaatilisena, tuleb nad kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgi paikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97) (vt F, lk 67).
27. näide: I a. Soolesulgus
b. Soole metastaatiline adenokartsinoom
c. Metastaatiline emakasarkoom
Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgi paikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97).
- 3) Kui morfoloogiaga seostuvat kasvajapaiget ja sõltumatut anatoomilist paiget on mõlemat täpsustatud metastaatilistena, tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulise kasvajana (C80).
28. näide: I a. Metastaatiline käärsoole- ja neerurakk-kartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80).
- 4) Kui on nimetatud enam kui ühte sama morfoloogiaga paiget ja kõik paikmed peale ühe on metastaasidena täpsustatud või esinevad metastaaside tavaliste paikmete loetelus, tuleb kodeerida selle paikme järgi, mida pole täpsustatud metastaasina, vaatamata sissekannete järjestusele surmatõendil või sellele, kas sissekanne on tõendi I või II osas. Kui aga kõiki paikmeid on täpsustatud kui metastaase või nad (kaasa arvatud kops) on metastaaside tavaliste paikmete loetelus, tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80).
29. näide: I a. Metastaatiline maokartsinoom
b. Sapipõiekartsinoom
c. Metastaatiline käärsoolekartsinoom
Tuleb kodeerida sapipõie pahaloomulist kasvajat (C23).

30. näide: I a. Metastaatiline munasarjakartsinoom
b. Kopsukartsinoom
c. Metastaatiline emakakaetakartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80).
31. näide: I a. Metastaatiline maokartsinoom
b. Metastaatiline kopsukartsinoom
II Käärsoolekartsinoom
Tuleb kodeerida käärsoole pahaloomulist kasvajat (C18.9), sest see diagnoos on ainus, mida pole kvalifitseeritud kui metastasi, olgugi ta tõendi II osas.
- 5) Kui kõik tõendil nimetatud paikmed on metastaaside tavaliste paikmete loetelus, kodeerida esinev morfoloogiline tüüp teadmata primaarse paikme järgi, välja arvatud juhul kui on nimetatud kopsu ja tuleb kodeerida kopsu pahaloomulist kasvajat (C34.-).
32. näide: I a. Maksavähk
b. Kõhu pahaloomuline kasvaja
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulist kasvajat (C80), sest mõlemad paikmed on metastaaside tavaliste paikmete loetelus. (Kõht on üks C76.- alla kuuluvatest ebaselgetest paikmetest).
33. näide: I a. Peaajuvähk
b. Kopsuvähk
Tuleb kodeerida kopsuvähina (C34.9), kuna antud juhul tuleb kops arvata primaarseks paikmeks, sest peaaju, kui ainsana nimetatud muu paige, leidub metastaaside tavaliste paikmete loetelus.
- 6) Kui ainult üks mainitud paikmetest leidub metastaaside tavaliste paikmete loetelus või on kops, tuleb kodeerida selle paikme järgi, mida metastaaside loetelus ei ole.
34. näide: I a. Kopsuvähk
b. Rinnavähk
Tuleb kodeerida rinna pahaloomulist kasvajat (C50.9), kuna käesoleval juhul on kops metastaatiliseks paikmeks, sest rinda metastaaside tavaliste paikmete loetelus pole.
- 7) Kui tõendil nimetatud paikmetest üks või rohkem on metastaaside tavaline paige (vt loetelu lk 68), kuid on nimetatud ka kaks või enam muud paiget või erinevat morfoloogilist tüüpi, tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgi paikmete pahaloomuliste kasvajate (C97) alla (vt F, lk 67).

35. näide: I a. Maksavähk
b. Põievähk
c. Käärsolevähk

Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97); maks on küll metastaaside tavaliste paikmete loetelus, kuid on esitatud ka kaks muud sõltumatut paiget.

- 8) Kui esineb mitme paikme kombinatsioon ja neid paikmeid on kvalifitseeritud metastaasidena ja on nimetatud ka mõned muud paikmed, tuleb rakendada hulgipaikmete reegleid (vt F eespool ja H allpool).

H. Hulgipaikmed

Hulgipaikmete suhtes tuleb arvesse võtta ainult surmatõendi I osas kirjas olevaid paikmeid.

Kui surmatõendile on kantud rohkem kui ühe paikme pahaloomulised kasvaja, tuleb kodeerimiseks valida primaarsena esitatud paige või paige, mille suhtes pole osutatud, kas ta on primaarne või sekundaarne (vt D, E ja F eespool).

Hulgipaikmed, millest ühtki pole täpsustatud primaarsena

- a) Olgugi, et H-reegel on ette nähtud ainult tõendi I osas olevate paikmete arvestamiseks, tuleb juhul, kui surmatõendi ükskõik missuguses osas on nimetatud üht metastaaside tavalistest paikmetest, välja arvatud kopsu, ja mõnda muud paiget või morfoloogilist tüüpi, tuleb kasvaja kodeerida muu paikme alla. Kui aga surmatõendi II osas on kirjas mõni lümfoid-, vereloomekoe või nendearnaste kudede pahaloomuline kasvaja, tuleb arvestada ainult tõendi I osa.

36. näide: I a. Maovähk
b. Maksavähk

Tuleb kodeerida mao pahaloomulist kasvajat (C16.9). Kuigi järgnevus viitab, et maks on primaarne paige, on metastaas maksast - metastaaside tavalisest paikmest - makku ebatõenäone ja eeldatakse, et pahaloomuline maokasvaja metastaseerus maksa.

37. näide: I a. Kõhukelmevähk
II Rinnakartsinoom

Tuleb kodeerida rinna pahaloomulise kasvajana (C50.9), kuna kõhukelme pahaloomulist kasvajat peetakse sekundaarseks, sest kõhukelme on nimetatud metastaaside tavaliste paikmete loetelus.

- b) Pahaloomulised kasvaja, mida kirjeldatakse ühe „või“ teise paikme kasvajatena või kui „või“ tähendab kindlat viidet, tuleb kodeerida sellise jaotise järgi, mis hõlmab mõlemat paiget. Kui kohast jaotist pole, tuleb kodeerida esineva morfoloogilise tüübi täpsustamata paikmena. See reegel kehtib kõikide paikmete suhtes, olenemata sellest, kas nad on või ei ole metastaaside tavaliste paikmete loetelus.

38. näide: I a. Üleneva või alaneva käärsoole kartsinoom
Tuleb kodeerida täpsustamata käärsooleosa pahaloomulist kasvajat (C18.9).
39. näide: I a. Nimmelülide või ristluu osteosarkoom
Tuleb kodeerida täpsustamata luu pahaloomulist kasvajat (C41.9).
- c) Kui lümfoid-, vereloomekoes või nendesarnastes kudedes esineb pahaloomulise kasvaja kaks või enam morfoloogilist tüüpi (C81-C96), tuleb kasvaja kodeerida antud järgnevuse kohaselt, sest need kasvajakud lõpevad vahel mõne teise vormina C81-C96 seast. Kroonilise leukeemia ägenemist või blastkriisi tuleb kodeerida kroonilise vormina.
40. näide: I a. Äge lümfotsüüt leukeemia
b. Mitte-Hodgkini tüüpi lümfoom
Tuleb kodeerida mitte-Hodgkini tüüpi lümfoomi (C85.9).
41. näide: I a. Äge ja krooniline lümfotsüüt leukeemia
Tuleb kodeerida kroonilist lümfotsüüt leukeemiat (C91.1).

Hulgipaikmed samas elundsüsteemis

Kui surmatõendil nimetatud paikmed asuvad samas elundsüsteemis ja on külgnevad, kasutatagu kodeerimiseks .8 alajaotisi, kaasa arvates neid, mis on loetletud RHK-10 1. köites lk 25. See kehtib siis, kui surmatõend kirjeldab paikmeid ühe „ja“ teise paikmena või kui paikmed on nimetatud tõendi eri joontel. Kodeerida tuleb .8 alajaotise alla, mis hõlmab mõlemaid paikmeid. Kui nimetatud paikmete külgnevuse suhtes on kahtlusi, kodeerida nimetatud elundi täpsustamata paiget.

- a) Kui surmatõendil on märke kasvaja esinemisest sama paikme kahes külgnevas alapaikmes, kodeerida selline juht vastava kolmekohalise jaotise .8 alajaotisena.

42. näide: I a. Alaneva ja sigmakäärsoole kartsinoom
Tuleb kodeerida käärsoole osaliselt kattuva pahaloomulise kasvajana (C18.8).
- b) Kui alapaikmed pole külgnevad, kodeerida vastava kolmekohalise jaotise .9 alajaotisena.

43. näide: I a. Pankreasepea kartsinoom
b. Pankreasesaba kartsinoom
Tuleb kodeerida pankrease täpsustamata pahaloomulise kasvajana (C25.9).
- c) Kui on mainitud kaht külgnevat paiget, mis on klassifitseeritud eraldi kolmekohaliste jaotiste alla samas kehasüsteemis, tuleb kasvaja kodeerida selle üldise kehasüsteemi .8 alajaotisena (vt RHK-10 1. köite II peatüki sissejuhatust lk 24, 5. märkuses olevat loetelu).

44. näide: I a. Tupe- ja emakakaelakartsinoom
Tuleb kodeerida naissuguelundite osaliselt kattuvate paikmete pahaloomulist kasvajat (C57.8).

- d) Kui surmatõendil on nimetatud kaht paiget ja mõlemad on samas elundsüsteemis ning on samasugust morfoloogilist tüüpi, tuleb kasvaja kodeerida selle elundsüsteemi .9 alajaotise alla, nii nagu järgmises loetelus:

C26.9 Seedeelundite ebaselged paikmed
C39.9 Hingamiselundite ebaselged paikmed
C41.9 Luu ja liigeskõhr, täpsustamata
C49.9 Sidekude ja pehmed koed, täpsustamata
C57.9 Naissuguelund, täpsustamata
C63.9 Meessuguelund, täpsustamata
C68.9 Kuseelund, täpsustamata
C72.9 Kesknärvisüsteem, täpsustamata

45. näide: I a. Kopsuveresoone emboolia
b. Maovähk
c. Sapipõievähk

Tuleb kodeerida seedeelundite ebaselget paiget (C26.9).

- e) Kui .8 või .9 alajaotist pole, tuleb kasvaja kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97).

46. näide: I a. Südameseiskus
b. Prostata ja kusepõie kartsinoom

Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97), kuna .8 alajaotist pole kasutada.

I. Nakkushaigused ja pahaloomulised kasvajakad

- a) Kemoterapia toime tõttu immuunsüsteemile kalduvad mõned vähihaiged haigestuma nakkushaigustesse ja surevad nende kätte. Seepärast võib iga A00-B19 või B25-B64 alla klassifitseeritud nakkushaigus, mis on esitatud vähist „tingituna”, olla vastuvõetav järgnevus, olgu ta kirjas tõendi I või II osas.

47. näide: I a. Vöötohatis
b. Krooniline lümfotsüüt leukeemia

Tuleb kodeerida kroonilist lümfotsüüt leukeemiat (C91.1).

- b) Välja arvatud inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi (HIV-tõbi), ei aktsepteerita ühtki nakkus- ega parasiithaigust pahaloomulise kasvaja põhjusena.

48. näide: I a. Hepatotsellulaarne kartsinoom
b. B-viirushepatiit

Tuleb kodeerida hepatotsellulaarset kartsinoomi (C22.0).

49. näide: I a. Burkitti kasvaja
b. Epstein-Barri viirus

Tuleb kodeerida Burkitti kasvajat (C83.7).

50. näide: I a. Maksa kolangiokartsinoom
b. Kakssuulastõbi

Tuleb kodeerida maksasiseste sapijuhade pahaloomulist kasvajat (C22.1).

J. Pahaloomulised kasvajad ja vereringehaigus

Järgmisi surmatõendi I osas märgitud ägedaid või surmavaid vereringehaigusi aktsepteeritakse tingituna pahaloomulistest kasvajatest:

- I21-I22 Äge müokardiinfarkt
- I24.- Südame ägeda isheemiatõve muud vormid
- I26.- Kopsuveresoonte emboolia
- I30.- Äge perikardiit
- I33.- Äge ja alaäge endokardiit
- I40.- Äge müokardiit
- I44.- Atrioventrikulaarne ja Hisi kimbu vasaksääre blokaad
- I45.- Südame erutusjuhte muud häired
- I46.- Südameseiskus
- I47.- Paroksüsmaalne tahhükardia
- I48 Kodade virvendus ja laperdus
- I49.- Muud südamerütmitused
- I50.- Südamepuudulikkus
- I51.8 Muud ebapiisavalt kirjeldatud südamehaigused
- I60-I69 Peajuveresoonte haigused, v.a I67.0-I67.5, I67.9, I69.-

Järgmisi vereringehaigusi ei aktsepteerita pahaloomulistest kasvajatest tingituna:

- I00-I09 Äge reuma ja reumaatilised südamehaigused
- I10-I15 Hüpertooniatõbi (v.a kui see on esitatud sisesekreetsiooninäärmete kasvajatest, neerukasvajatest ja kartsinoidkasvajatest tingitud olevat)
- I20.- Rinnaangiin
- I25.- Krooniline südame isheemiatõbi
- I70.- Ateroskleroos

4.2.8 Südamekahjustusega reuma

Kui pole teada antud, kas reumaatiline protsess oli surma saabumise ajal aktiivne, tuleb aktiivsust eeldada siis, kui südame seisundit (välja arvatud terminaalised seisundid ja bakteriaalne endokardiit), mida on täpsustatud reumaatilisena või ägedast reumast tingituna, on kirjeldatud ägedana või alaägedana. Säärase kirjelduse puudumisel võib termineid „kardiit“, „endokardiit“, „südamehaigus“, „müokardiit“ ja „pankardiit“ pidada ägedaks juhul, kui vaheaeg haiguse tekke ja surma vahel on alla ühe aasta või kui aega pole näidatud, kuid haige vanus surma ajal oli alla 15 aasta. Perikardiiti võib pidada ägedaks igas vanuses.

4.2.9 Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad

Järgmisi seisundeid võib vaadelda kaasasündinud seisunditena, kui nad teatud kindlaksmääratud vanuses põhjustavad surma eeldusel, et puuduvad osutused selle kohta, et nad olid omandatud pärast sündi.

- Alla ühe aasta vanustel: aneurüsm, aordistenoos, atreesia, peajuatroofia, peajuatsüst, elundi deformatsioon, elundi väärasetus, elundi ektoopia, hüpoplaasia, väärarend, kopsuarteri stenoos, südame klapirikked.
- Alla nelja nädala: TTta südamehaigus, TTta hüdroksefaalia.

Kui vaheaeg seisundi tekke ja surma vahel ning surnu vanus osutavad, et haigusseisund on sünnist peale olemas, tuleb haigust pidada kaasasündinuks isegi siis, kui ta arstlikul surmatõendil pole sellisena täpsustatud.

4.2.10 Vigastuse loomus

Välispõhjuste kood (V01-Y89) kasutatagu primaarsete koodidena üksikseisundi kodeerimiseks ja vigastuste, mürgistuste ning välispõhjuste toime teatavate muude tagajärgede poolt tingitud surmajuhtude tabeldamiseks.

Vigastuse loomuse määratlemiseks ja asjakohasteks tabeldamisteks on soovitatav lisaks kasutada koodi XIX peatükist (S00-T98). Järgmised märkused käsitlevad sellist kodeerimist.

Kui on nimetatud rohkem kui üht liiki vigastusi mingis ühes kehapiirkonnas (jaotised S00-S99, T08-T35, T66-T79) ja puudub selge osutus, milline neist põhjustas surma, tuleb tavalises korras rakendada üldpõhimõtet ja valikureegleid.

1. näide: I a. Hemorraagiline šokk
b. Peritoneaalhemorraagia
c. Maksarebend
d. Liiklusõnnetus

Tuleb valida maksarebend (S36.1), sest see on lähtepunkt seisundite järgnevusele, mis lõppes tõendile esimesena kantud seisundiga.

2. näide: I a. Rasvemboolia
b. Reieluumurd
c. Reiekäristus
d. Liiklusõnnetus

Tuleb valida reieluumurd, (S72.9) sest see on lähtepunktiks seisundite järgnevusele, mis lõppes tõendile esimesena kantud seisundiga. On „väga ebatõenäone“, et reiekäristus andnuks tõuke kõikidele sellest ülalpool nimetatud seisunditele.

3. näide: I a. Peritoniit
b. Mao- ja ristikäärsoole rebend
c. Liiklusõnnetus

Tuleb valida maorebend (S36.3), sest see on lähtepunktiks esimesena nimetatud järgnevusele (kooskõlas 1. reegluga).

4. näide: I a. Mädane meningiit
b. Silmalaukontusioon ja silmakoobast läbiv haav

Tuleb valida silmakoobast läbiv haav (S05.4), sest 2. reegli järgi valitud silmalaukontusioon on ilmselt silmakoobast läbiva haava otsene tagajärg (rakendatud on 3. reeglit).

Kui rohkem kui üks kehapiirkond on haaratud, tuleb kodeerida mitut kehapiirkonda haaravate vigastuste kohase jaotise (T00-T06) järgi. See kehtib erinevates kehapiirkondades tekkinud sama tüüpi vigastuste ja rohkem kui üht laadi vigastuste suhtes.

4.2.11 Mürgistused uimastite, ravimite ja bioloogiliste ainetega

Kui surmatõendil on esitatud erinevalt klassifitseeritud ravivahendite kombinatsioonid, tuleb kodeerida järgmiselt: kui üks kombinatsioonikomponent on täpsustatud surmapõhjusena, tuleb kodeerida seda komponenti; kui ühtki komponenti ei ole täpsustatud surmapõhjusena, tuleb kodeerida seesuguse kombinatsiooni (näiteks antiepileptikumide segu) jaoks ette nähtud jaotist (T42.5). Teisel juhul, kui kõik ravimsegu komponendid on klassifitseeritud ühe ja sama kolmekohalise jaotise alla, tuleb kodeerida kohast alajaotist „Muud“, või T50.9.

Ravimite kombinatsioonide korral alkoholiga kodeerida ravimit.

4.2.12 Välispõhjused

Välispõhjuste koode (V01-Y89) kasutatagu esmaste koodidena üksikseisundite kodeerimiseks ja surma algpõhjuste tabeldamiseks ainult siis, kui haigusseisund on klassifitseeritav XIX peatükki („Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed“).

Kui haigusseisund klassifitseeritakse I-XVIII peatükki, tuleb see seisund ise kodeerida surma algpõhjusena ja jaotisi välispõhjuste jaoks ette nähtud peatükist võidakse soovi korral kasutada täiendavate koodidena.

4.2.13 Kahtlasele diagnoosile osutavad väljendid

Diagnoosi täpsuse suhtes mõningat kahtlust avaldavaid väljendeid, nagu „ilmselt“, „eeldatavasti“, „võimalikult“ jne tuleb eirata, sest selliste määratlusteta sissekanded on erinevad ainult diagnoosi kindluse määra poolest.

4.3 Perinataalsuremus: tõendamisjuhendid ja kodeerimisreeglid

4.3.1 Perinataalsurma tõendamine

Kus iganes võimalik, tuleb täita perinataalsurma põhjuste kohta omaette tõend, milles surmapõhjused esitatakse järgmiselt:

- a) peamine vililase (loote) või imiku haigus või seisund
- b) muud vililase või imiku haigused või seisundid
- c) ema peamine haigus või seisund, mis mõjustas vililast või imikut
- d) ema muud haigused või seisundid, mis mõjustasid vililast või imikut
- e) muud kaasnevad asjaolud.

Tõend peab sisaldama identifitseerivaid üksikasju asjakohaste kuupäevade ja kellaegadega, otsust, kas laps sündis elusana või surnult ja lahangu üksikasju.

Perinataalsuremuse põhjaliku analüüsi jaoks vajatakse lisaks teabele surmapõhjustest järgmisi andmeid, nii ema kui ka lapse kohta mitte ainult perinataalsurma korral vaid ka kõikide elussündide puhul:

Ema kohta:

Sünniaeg

Eelmiste raseduste arv: elussünde/surnultsünde/aborte

Viimase [eelmise] raseduse aeg ja väljund: elussünd/surnultsünd/abort

Käesolev rasedus:

viimase menstruaalperioodi esimene päev (kui seda ei teata, siis hinnanguline raseduskestus täisnädalates)
antenataalhooldus - kaks või rohkem nõuandlakülastust: ja/ei/ei tea
sünnitus: normaalne spontaanne peaseis/muu (täpsustada)

Lapse kohta:

Sünnikaal grammides
Sugu: poiss/tüdruk/määramatu
Üksiksünd/esimesed kaksikud/teised kaksikud/muud mitmiksünnid;
Kui surnultsündinu, siis millal suri: enne sünnitamist/sünnitamise ajal/
/pole teada

Muud andmed, mida põhitöendil võib esineda, täpsustavad sünnitust vastuvõtnud isikut järgmiselt: arst/õppinud ämmaemand/muu ettevalmistatud isik (täpsustada)/muu (täpsustada).

Lisaandmete kogumise meetod võib varieeruda olenevalt eri riikides kehtivast rahvastiku registreerimissüsteemist. Nendes riikides, kus seesuguseid andmeid kogutakse surnultsünni või varase neonataalsurma registreerimisel, võib kasutada lk 80 esitatud perinataalsurma põhjuse töendi vormi. Muul juhul tuleb teha spetsiaalseid korraldusi (näiteks sünni- ja surmakirjete seostamine) lisaandmete ja surmapõhjuse kokkuviiamiseks.

Seal, kus rahvastiku registreerimise nõuded teevad elusalt ja surnultsündinud imikutele ühtse surmatöendi kasutuselevõtu raskeks, võib probleemi lahendada omaette töenditega surnultsündinuile ja varase neonataalsurma juhtudele, kus kummalgi oleks surmapõhjuste jaoks soovitatud vorm.

4.3.2 Surmapõhjuste kindlaksmääramine

Töendil on perinataalsurma põhjuste sissekanneteks viis osa, mis on märgistatud a-st kuni e-ni; a- ja b-osadesse tuleb kanda imiku või vililase haigused või seisundid, nendest üks, kõige olulisem a-ossa ja ülejäänud, kui neid esineb, b-ossa. „Ühe, kõige olulisema” all mõeldakse sellist patoloogilist seisundit, mis töendaja arvates oli suurima osakaaluga imiku või vililase surmas. Suremisviisi, näiteks südamepuudulikkust, asfüksiat või anoksiat ärgu a-ossa sisse kantagu, välja arvatud juhul, kui see oli vililase või imiku ainus teadaolev seisund. See kehtib ka enneaegse sünni (prematuuriteedi) suhtes.

Kõik ema haigused või seisundid, millel töendaja arvates oli mingi ebasoodne toime imikule või vililasele, tuleb kanda c- ja d-osadesse. Taas nendest kõige olulisem tuleb kanda c-ossa ja teised, kui neid esineb, d-ossa; e-osa on selleks, et esitada kõiki muid surmaga seonduvaid asjaolusid, mida aga ei saa kirjeldada ema või lapse haiguse või haigusseisundina, näiteks sünnitus ilma vastuvõtjata.

Järgmised näited illustreerivad surmapõhjuste kindlaks määramist kirjeldatud juhtudel.

1. näide: Naine, kellel eelmised rasedused olid 12. ja 18. nädalal lõppenud spontaanselt abortiga, võeti haiglasse 24. rasedusnädalal enneaegse sünnitamisestegusega. Toimus 700 g imiku spontaanne sünnitus; laps suri 1. elupäeval. Peamine leid lahangu oli „kopsuvalmimatus”.

PERINATAALSURMA PÕHJUSE TÕEND		
Täidetakse surnultsündinutele ja elusaltsündinud imikutele, kes surid 168 tunni (1 nädala) jooksul sünnist arvestatuna		
<i>Isikuandmed</i>	<input type="checkbox"/> Laps sündis ja suri <input type="checkbox"/> Laps sündis surnult ja suri enne sünnitamist	kell kell kell <input type="checkbox"/> sünnitamise ajal <input type="checkbox"/> teadmata millal
Ema		Laps
Sünniaeg või kui pole teada, siis vanus (aastates)	Viimase menstruaalperioodi esimene päev või kui pole teada, Eelmiste raseduste hinnanguline kestus (täisnädalates)	Sünnikaal grammi
Eelmiste raseduste arv: elussünde surnultsünde aborte	Antenataalhooldus, kaks või rohkem naistenõuandla külastust: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tea	Sugu: <input type="checkbox"/> poiss <input type="checkbox"/> tüdruk <input type="checkbox"/> määramatu <input type="checkbox"/> üksiküld <input type="checkbox"/> esimesed kaksikud <input type="checkbox"/> teised kaksikud <input type="checkbox"/> muu mitmik
Viimase [eelmise] raseduse tulemus: <input type="checkbox"/> elussünd <input type="checkbox"/> surnult sünd <input type="checkbox"/> abort Kuupäev	Sünnitus: <input type="checkbox"/> normaalne spontaanne peaseis Muu (täpsustada)	Sünnitusabi <input type="checkbox"/> arst <input type="checkbox"/> õppinud ämmaemand Muu ettevalmistusega isik (täpsustada) Muu (täpsustada)
Surmapõhjused		
a. Peamine vililase (loote) või imiku haigus või seisund		
b. Muud vililase või imiku haigused või seisundid		
c. Peamine ema haigus või seisund, mis mõjustas vilillast või imikut		
d. Muud ema haigused või seisundid, mis mõjustasid vilillast või imikut		
e. Muud kaasnevad asjaolud		
<input type="checkbox"/> Tõendatud surmapõhjus on kinnitatud lahanguga <input type="checkbox"/> Lahangueteave saadakse hiljem <input type="checkbox"/> Lahangut ei teostatud	Tõendan . Allkiri ja kvalifikatsioon	

Perinataalsurma põhjused:

- a. Kopsuvalmimatus
- b. -
- c. Enneaegne sünnitamine teadmata põhjusel
- d. Korduvad abordid
- e. -

2. näide: 26 aastane esmasrasestunu, kellel anamneesis regulaarsed menstruaaltsüklid ja kes sai tavalist antenataalhooldust alates 10. rasedusnädalast. 30.-32. rasedusnädalal täheldati kliiniliselt loote kasvu aeglustumist, sama kinnitati 34. nädalal. Silmnähtavat põhjust peale sümptomiteta bakteriuria ei esinenud. Tehti keisrilõige ja sündis elus 1600 g kaaluv poiss. Platsenta kaalus 300 g ja kirjelduse järgi oli see infarktidega. Arenes vastsündinu respiratoorse distressi sündroom, mis reageeris ravile. Laps suri äkki 3. päeval. Lahang näitas ulatuslikke kopsu hüaliinmembraane ja massiivset intraventrikulaarhemorraagiat.

Perinataalsurma põhjused:

- a. Intraventrikulaarhemorraagia
- b. Vastsündinu respiratoorse distressi sündroom.
Vililase aeglustunud kasv
- c. Platsenta puudulikkus
- d. Rasedusaegne bakteriuria
Keisrilõige

3. näide: Teadaoleval diabeetikul, keda tema esimese raseduse vältel oli vähe kontrollitud, arenes 32. rasedusnädalal megaloplastaneemia. Sünnitamist kutsuti esile 38. nädalal. Sünnitus oli spontaanne, laps kaalus 3200 g. Lapsel arenes hüpoglükeemia ja ta suri 2. päeval. Lahang sedastas arterioostüve (*truncus arteriosus*).

Perinataalsurma põhjused:

- a. *Truncus arteriosus*
- b. Hüpoglükeemia
- c. Diabeet
- d. Megaloplastaneemia
- e. -

4. näide: Nelja-aastase terve poisi 30 aastasel emal oli normaalne rasedus, esines vaid looteveeliigsus. Röntgenleid näitas 36. rasedusnädalal peajaatust (anentsefaaliat). Kutsuti esile sünnitamine. Sündis surnult peajaatu loode kaaluga 1500 g.

Perinataalsurma põhjused:

- a. Anentsefaalia
- b. -
- c. Hüdramnion
- d. -
- e. -

4.3.3 Perinataalsurma tabeldamine põhjuste järgi

Lk 80 näidatud surmatõendi vormi alusel saadud perinataalsuremuse statistika on kõige tulemuslikum, kui rakendatakse kõigi esitatud seisundite täieulatuslikku hulgipõhjusanalüüsi. Kui seda ei saa teha, tuleb miinimumiks pidada imikul või vililasel esinenud peamise haiguse või seisundi (a-osa) ja imikut või vililast mõjutanud peamise emapoolse haiguse või seisundi (c-osa) analüüsimist nende seisundite rühmade risttabeldamisega. Kui on vaja valida ainult üks seisund (näiteks kui varajasi neonataalsurmasid on vaja lülitada kõikides vanustes esinenud surmade üksikpõhjusi käsitlevatesse tabelitesse), siis valitagu vililase või imiku peamine haigus või seisund (a-osa).

4.3.4 Surmapõhjuste kodeerimine

Igat seisundit, mis on a-, b-, c- ja d-ossa kantud, tuleb eraldi kodeerida. Imikut või vililast mõjutanud c- ja d-ossa kantud ema seisundid kodeerida jaotiste P00-P04 alla ja neid koode ei tohi a- ja b-osade jaoks kasutada. Imiku või vililase a-ossa kantud seisundeid võib kodeerida ükskõik missuguste jaotiste alla, peale P00-P04, kuid kõige sagedamini tuleb neid kodeerida jaotiste P05-P96 (Perinataalperioodi seisundid) või Q00-Q99 (Kaasasündinud väärarendid) alla; a- ja c-osadele võib omistada ainult ühe koodi, kuid b- ja d- osadele võib omistada niipalju koode kui seal on teatatud seisundeid.

Perinataalsurmade üksikjuhtude hindamiseks on e-osa, mis harilikult ei vaja kodeerimist. Kui aga soovitakse e-ossa sisse kantud asjaolusid statistiliselt analüüsida, võib XX ja XXI peatükis leiduda mõni selleks sobiv jaotis; kui seda ei ole, peavad kasutajad selle teabe tarvis oma kodeerimissüsteemi välja mõtlema.

4.3.5 Kodeerimisreeglid

Üldsuremuse jaoks kasutatavad reeglid ei kehti perinataalsurma tõendi puhul. Kuid võib juhtuda, et saadakse perinataalsurma tõendid, millele surmapõhjused pole kantud vastavalt ülalpool antud juhenditele. Kui võimalik, peaks tõendaja selliseid tõendeid korrigeerima, kui see aga võimalik ei ole, rakendatagu järgmisi reegleid.

P1-reegel. Tõendi a-ossa on kantud suremisviis või enneaegsus

Kui a-ossa on kantud südamepuudulikkus või -riike, asfüksia või anoksia (mistahes P20.-, P21.- all olev seisund) või enneaegsus (mistahes P07.- all olev seisund) ja imiku või vililase muud seisundid on kantud kas a- või b-ossa, siis tuleb nendest muudest seisunditest esimesena nimetatu kodeerida nii nagu oleks ta a-ossa ainsana sisse kantud ja a-ossa tegelikult märgitud seisund kodeerida b-ossa.

1. näide:	Elusaltsündinu; surm 4. päeval	Kodeerimine
	a. Enneaegsus	Q05.9
	b. <i>Spina bifida</i>	P07.3
	c. Platsentapuudulikkus	P02.2
	d. -	
	Enneaegsus on kodeeritud b-ossa ja <i>spina bifida</i> a-ossa.	

4. SUREMUSE JA HAIGESTUMUSE KODEERIMISE REEGLID JA JUHENDID

2. näide:	Elusaltsündinu; surm järgnes 50 minutit pärast sündi	Kodeerimine
a.	Raske sünniasfüksia Hüdrotssefaalia	Q03.9
b.	-	P21.0
c.	Tõkestatud sünnitamine	P03.1
d.	Raske preeklampsia	P00.0

Raske sünniasfüksia on kodeeritud b-ossa ja hüdrotssefaalia a-ossa.

P2-reegel. a- või c-ossa on kantud kaks või enam seisundit

Kui a- või c-ossa on kantud kaks või enam seisundit, tuleb nendest esimesena mainitu kodeerida nii, nagu oleks ta a- või c-ossa ainsana kantud ja muud seisundid kodeerida nii, nagu oleksid nad kantud b- või d-ossa.

3. näide:	Surnultsündinu; surm enne sünnitamise algust	Kodeerimine
a.	Vililase raske väärtoitumus Aja kohta kergekaaluline Sünnituseelne anoksia	P05.0
b.	-	P20.9
c.	Raske preeklampsia <i>Placenta praevia</i>	P00.0
d.	-	P02.0

Aja kohta kergekaalulisus koos vililase väärtoitumusega on kodeeritud a-ossa ja sünnituseelne anoksia b-ossa; raske preeklampsia on kodeeritud c-ossa ja *placenta praevia* d-ossa.

4. näide:	Elusaltsündinu; suri 2. päeval	Kodeerimine
a.	Traumaatiline subduraalne verevalum Mekooniumi massiivne inhalatsioon Intrauteriinne anoksia	P10.0
b.	Hüpoplükeemia Pikenenud rasedus	P24.0 P20.9 P70.4 P08.2
c.	Tang sünnitus	P03.2
d.	Raske preeklampsia	P00.0

Traumaatiline subduraalne verevalum on kodeeritud a-ossa ja muud a-ossa sisse kantud seisundid on kodeeritud b-ossa.

P3-reegel. a- või c-osades ei ole sissekandeid

Kui a-osas ei leidu mingit sissekannet, kuid b-ossa on kantud imiku või vililase seisundid, tuleb neist esimesena märgitud seisund kodeerida nii, nagu oleks ta a-ossa kantud; kui aga ei a- ega b-osas sissekandeid pole, tuleb varajaste neonataalsurmade korral a-osas kasutada kas koodi P95 (Vililase surm täpsustamata põhjusel) või P96.9 (Sünnitusjärgses perioodis tekkivad muud haigusseisundid).

Samuti, kui c-osas ei ole sissekannet, kuid ema seisundid on kantud d-ossa, tuleb neist esimesena märgitud seisund kodeerida nii, nagu oleks ta c-ossa kantud; kui c- ega d-osas kummaski ei leidu sissekandeid, kasutatagu c-osa jaoks mõnda fiktiivset koodi, nt xxx.x viitamaks, et mingit emapoolset seisundit polnud esitatud.

5. näide:	Elusaltsündinu; surm järgnes 15 minuti pärast	Kodeerimine
	a. -	P10.4
	b. Tentsüümiirebend Vastsüümi respiratoorse distressi sündroom	P22.0
	c. -	xxx.x
	d. -	
	Tentsüümiirebend on kodeeritud a-ossa; xxx.x on kodeeritud c-ossa.	
6. näide:	Elusaltsündinu; surm järgnes 2. päeval	Kodeerimine
	a. -	P95
	b. -	
	c. -	P00.0
	d. Eklampsia (kauapüsiv essentsiaalne hüpertensioon) Perinataalsurma täpsustamata põhjus on kodeeritud a-ossa, eklampsia c-ossa.	

P4-reegel. Valesse ossa kantud seisundid

Kui ema seisund (näiteks P00-P04 all olevad seisundid) on a- või b-ossa kantud või kui imiku või vililase seisund on kantud c- või d-ossa, tuleb need seisundid kodeerida nii nagu oleksid nad kantud vastavasse õigesse ossa.

Kui imiku või vililase seisundina või ema seisundina klassifitseeritav seisund on ekslikult e-osas kirjas, tuleb see kodeerida vililase või ema lisaseisundina vastavalt kas b- või d-ossa.

7. näide:	Surnultsündinu; surm järgnes pärast sünditegevuse algust	Kodeerimine
	a. Raske intrauteriinne hüpoksia	P20.9
	b. Püsiv kuklaseis	
	c. -	P03.1
	d. -	P03.2
	e. Raske tangsünnitus	
	Püsiv kuklaseis on kodeeritud c-ossa; raske tangsünnitus d-ossa.	

4.4 Haigestumus

ICD kuuenda, 1948.a. vastu võetud väljaande taastööluse ajal saabus rahvatervise administraatorite, tervisehoolduse juhtide, sotsiaalkindlustuse ametite ja mitme terviseiga seotud eriala uurijate poolt arvukalt nõudmisi klassifikatsiooni koostamiseks, mida oleks sobiv rakendada haigestumuse kohta. Seepärast tehti RHK, lisaks tema tavapärastele kasutustele, sobivaks haigestumusandmete rühmitamiseks ja sealt alates on järgnevate taastööluste käigus haigestumusaspekti progresseeruvalt laiendatud. Haigestumusandmed on üha suuremal määral leidnud kasutamist tervishoiupoliitika ja -programmide kujundamisel, nende juhtimisel, seires ning hindamisel; samuti epidemioloogias, rahvastiku riskirühmade kindlakstegemisel ja kliinilistes uuringutes (k.a haiguste esinemise uuringud erinevates sotsiaalmajanduslikes rühmades).

Seisund, mida üksikseisundi haigestumusanalüüsi korral tuleb kasutada, on see peamine seisund, mida tervisehoolduse vastava episoodi vältel raviti või uuriti. Peamist seisundit määratletakse kui seisundit, mida diagnoositi tervisehoolduse

episoodi lõpul kui esmasena patsiendi ravi- ja uurimisvajadusi tinginut. Kui seesuguseid seisundeid on rohkem kui üks, tuleb nende hulgast valida see, mis põhjustas suurimat ressurside kasutust. Kui diagnoosi ei olnud pandud, tuleb peamiseks seisundiks valida kas peamine sümptom, hälbeline leid või probleem.

Kus iganes võimalik, tuleb dokumendil loetleda lisaks peamisele seisundile eraldi ka muid seisundeid ja probleeme, millega tervisehoolduse episoodi kestel tegeldi. Muud seisundid määratletakse nende seisunditena, mis esinevad üheaegselt tervisehoolduse episoodiga või arenevad selle ajal ja mis mõjutavad patsiendi käitlemist. Varasemate episoodidega seotud seisundeid, millel pole käesoleva suhtes tähtsust, ei ole vaja sisse kanda.

Piirates analüüsi üheainsa seisundiga iga episoodi kohta võib osa olemasolevast teabest kaotsi minna. Seepärast soovitatakse tavaandmete täiendamiseks, kui see on teostatav, mitme seisundi üheaegset kodeerimist ja analüüsi. Seda tuleb teha kohalike reeglite järgi, kuna mingeid rahvusvahelisi eeskirju ei ole kehtestatud. Kuid teiste piirkondade kogemus võib osutada kasulikuks kohalike tegevusplaanide arendamisel.

4.4.1 Juhendid diagnostilise informatsiooni registreerimiseks haigestumuse andmete üksikseisundi analüüsi jaoks

Üldist

Peamise seisundi peab registreerimiseks valima patsiendi ravimise eest vastutav arst, samuti nagu ka iga muu seisundi tervisehoolduse iga episoodi kohta. Seda teavet tuleb süstemaatiliselt organiseerida, kasutades standardseid registreerimis-meetodeid. Õigesti täidetud dokument on patsiendi heaks käitlemiseks olulise tähtsusega, ka on ta epidemioloogiliste ning teiste haigestumuse ja muude tervisehoolduse probleemide statistiliste andmete väärtuslikuks allikaks.

Spetsiifilisus ja üksikasi

Iga diagnostiline otsus olgu võimalikult informatiivne, et seisundit saaks klassifitseerida RHK kõige spetsiifilisema alajaotise alla. Selliste diagnostiliste otsustuste näiteid:

- põiekolmnurga üleminekurakk-kartsinoom
- äge apenditsiit perforatsiooniga
- insuliinsõltuv diabeetiline katarakt
- meningokokk-perikardiit
- antenataalhooldus rasedushüpertensiooni puhul
- diploopia, tingitud eeskirjakohaselt manustatud antihistamiinile kujunenud allergilisest reaktsioonist
- puusa osteoartriit vana niudelumurru tõttu
- reieluukaela murd, mis järgnes kukkumisele kodus
- peopesa kolmanda järgu põletus.

Ebamäärased diagnoosid ja sümptomid

Kui mingit kindlat diagnoosi tervisehoolduse episoodi lõpuks pole pandud, tuleb kirja panna see informatsioon, mis ravi või uurimist vajanud seisundi kohta võimaldab suurimat spetsiifilisust ja teadmiste määra. Seda tuleb teha pigem sümptomi, hälbelise leiu või probleemi kindlaksmääramisega kui sellega, et diagnoosi

kvalifitseeritakse kui „võimalikku“, „küsitavat“ või „kahtlast“ juhtudel, kus diagnoosi on küll kaalutud, kuid pole pandud.

Kontakt tervise teenistusega muudel põhjustel kui haigus

Kontaktid tervise teenistusega või tervisehoolduse episoodid ei piirdu mitte ainult praegu esineva haiguse või vigastuse ravimise või uurimisega. Võib esineda episoodide, mille puhul keegi, kes ei pruugi antud ajal haige olla, kas vajab või saab piiratud abi või teenuseid; vastavate olukordade üksikasju tuleb registreerida „peamise seisundina“. Näiteid:

- varem ravitud seisundite seire
- immuniseerimine
- kontratseptiivkäitlus, sünnituseelne ja -järgne hooldus
- isikliku või perekonnaanamneesi tõttu riski all olevate isikute järelvalve
- tervete isikute arstlik läbivaatus, näiteks kindlustuse jaoks või kutsealastel põhjustel
- tervisega seonduva nõuande otsing
- sotsiaalsete probleemidega isikute nõuandepäringud
- konsultatsioonid kolmanda osalise eest.

XXI peatükk („Tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid tervise teenistusega“) pakub suurt hulka jaotisi (Z00-Z99) selliste olukordade klassifitseerimiseks; sellele peatükile osutamine annab viite üksikasjadele, mis on vajalikud võimaldamaks klassifitseerimist kõige kohasema jaotise alla.

Hulgiseisundid

Kui tervisehoolduse episood puudutab mitut omavahel seotud seisundit (näiteks hulgivigastused, varasema haiguse või vigastuse jääknähud või inimese immuunpuudulikkuse viirustõve /HIV-tõve/ puhul esinevad hulgiseisundid), tuleb seisund, mis on teistest selgelt raskem ja ressursenõudvam, registreerida „peamise seisundina“, teised aga „muude seisunditena“. Kui ükski seisund ei ole domineeriv, võib „peamise seisundina“ registreerida sellise termini nagu „hulgimurrud“, „pea hulgivigastused“ või „hulginakkustena lõppev HIV-tõbi“, millele järgneb seisundite loetelu. Kui niisuguseid seisundeid on mitu ja ükski neist ei domineeri, võib säärast terminit nagu „hulgivigastused“, või „hulgipurustusvigastused“ ka ainsana registreerida.

Välispõhjustest tingitud haigusseisundid

Kui on sisse kantud niisugune seisund, nagu vigastus, mürgistus või välispõhjuste muu toime, siis on oluline täielikult kirjeldada nii seisundi laadi kui ka asjaolusid, mis seda tekitasid. Näiteks, „reieluukaela-murd, põhjustatud kukkumisest libastumise tõttu libedal kõnniteel“; „ajukontusioon, põhjustatud sellest, et patsient kaotas kontrolli auto üle, mis pörkus seejärel vastu puud“; „juhuslik mürgistus - patsient jõi eksikombel karastusjoogi asemel desinfektsioonivahendit“; või „tugev hüpotermia - patsient kukkus külma ilmaga oma aias“.

Jääknähtude (hilisnähtude) käsitlemine

Kui hoolduse episood on mõne mitte enam esineva haiguse jääkseisundi (jääknähtude) ravimiseks või uurimiseks, siis tuleb jääknähud täielikult kirjeldada ja nende päritolu kindlaks teha, koos selge viitega, et algset haigust enam ei esine. Näiteks,

„ninavaheseina-kõverdus - ninaluumurd lapsepõlves”, „Achillese kõõluse kontraktuur - kõõlusevigastuse hilistoime”, või „infertiilsus vanast tuberkuloosist tingitud munajuhasulguse tõttu”.

Kui esineb hulgi jääknähte ja ravi või uurimine ei ole suunatud peamiselt ühele nendest, on vastuvõetav niisugune otsus nagu „ajurabanduse jääknähud” või „hulgimurdude jääknähud”.

4.4.2 Juhendid „peamise seisundi” ja „muude seisundite” kodeerimiseks

Üldist

Tervisehoolduse episoodi puudutavad „peamine seisund” ja „muud seisundid” peaksid olema sisse kantud vastutava arsti poolt ja seetõttu on kodeerimine tavaliselt lihtne, kuna kindlaksmääratud peamine seisund peaks olema kodeerimiseks ja töötlemiseks aktsepteeritav, välja arvatud juhul, kui ilmneb, et ülalpoolantud juhendeid pole järgitud. Dokument, milles peamine seisund on ilmselgelt vastuoluliselt ja valesti kirja pandud, tuleb võimaluse korral selgituse saamiseks tagastada. Kui selgitamine ebaõnnestub, siis aitavad reeglid MB1- MB5 (4.4.3) kodeerijal tegelda ebakorrekse registreerimise mõnede kõige tavalisemate põhjustega. Allpool antud juhendeid tuleb kasutada, kui kodeerijal pole selge, missugust koodi peaks kasutama.

On soovitatud, et mingi hoolduse episoodiga seotud „muid seisundeid” tuleks registreerida peamisele seisundile lisaks, isegi üksikpõhjuse analüüsi jaoks, kuna see teave võib kaasa aidata õige RHK-koodi valimisel peamisele seisundile.

Mittekohustuslikud lisakoodid

Allpool toodud juhendites on mõnikord osutatud „peamise seisundi” jaoks esinevale eeliskoodile koos mittekohustusliku lisakoodiga, et anda rohkem teavet. Eeliskood määrab „peamise seisundi” üksikpõhjuse analüüsimisel ja lisakoodi võib kaasata mitme põhjuse järgi analüüsimisel.

Kodeerimine seisundite puhul, mille suhtes rakendub risti ja täрни süsteem

Kui see on rakendatav, siis peab peamise seisundi suhtes kasutama mõlemaid nii ristiga kui ka tärniga koode, kuna nad märgistavad kaht erinevat lähenemisteed mingile üksikseisundile.

1. näide: Peamine seisund: Leetripneumoonia
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida pneumooniaga tüsistunud leetreid (B05.2†) ja MK viirushaiguste korral esinevat pneumooniat (J17.1*).
2. näide: Peamine seisund: Tuberkuloosne perikardiit
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida muude täpsustatud elundite tuberkuloosi (A18.8†) ja mujal klassifitseeritud bakterhaiguste korral esinevat perikardiiti (I32.0*).
3. näide: Peamine seisund: Lyme'i tõve puhune artriit
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida Lyme'i tõbe (A69.2†) ja Lyme'i tõve puhust artriiti (M01.2*).

Kahtlustatud seisundite, sümptomite ja leidude hälvete ning mittehaiguslike olukordade kodeerimine

Kui tervisehoolduse periood puudutas haiglas ravitavat haiget, siis peab kodeerija peamise seisundi klassifitseerimisel XVIII ja XXI peatükki olema ettevaatlik. Kui haiglasviibimise lõpuks spetsiifilisemat diagnoosi ei pandud või kui sel ajal tõepoolest ei esinenud mingit kodeeritavat haigust või vigastust, siis on koodid eelmainitud peatükkidest lubatavad (vt ka MB3- ja MB5-reeglit 4.4.3). Terviseteenistusega kontaktide muude episoodide jaoks võib jaotisi tavalisel viisil kasutada.

Kui tervisehoolduse episoodi järel registreeritakse peamist seisundit ikkagi kui „kahtlustatud“, „küsitavat“ jne seisundit ja rohkem teavet ega selgitust pole, tuleb kahtlustatud diagnoos kodeerida nii nagu oleks ta kindlaks tehtud.

Jaotis Z03.- (Meditiiniline jälgimine ja hindamine kahtlustatud haiguste või seisundite suhtes) rakendub nende kahtlustatud diagnooside suhtes, mida pärast uurimist saab välistada.

4. näide: Peamine seisund: Kahtlustatud äge koletsüstiit

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida ägedat koletsüstiiti (K81.0) kui „peamist seisundit“.

5. näide: Peamine seisund: Vastu võetud uurimiseks pahaloomulise emakakaela-
kasvaja tõttu - välistatud

Tuleb kodeerida kahtlustatud pahaloomulise kasvaja suhtes jälgimist (Z03.1) kui „peamist seisundit“.

6. näide: Peamine seisund: Välistatud müokardiinfarkt

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida kahtlustatud müokardiinfarkti suhtes jälgimist (Z03.4) kui „peamist seisundit“.

7. näide: Peamine seisund: Raske ninaverejooks

Muud seisundid: -

Patsient viibis haiglas ühe päeva. Menetlustest ega uuringutest pole teatatud.

Tuleb kodeerida ninaverejooksu (R04.0). See on aktsepteeritav, kuna patsient hospitaliseeriti vaid vahetu kiirabi andmiseks.

Hulgiseisundite kodeerimine

Kus registreeritud hulgiseisundid kuuluvad jaotisesse „Hulgi...“ ja ükski üksikseisund ei domineeri, tuleb eeliskoodina kasutada „Hulgi.....“-jaotise jaoks olevat koodi ja loetletud üksikseisundite jaoks võib lisada mittekohustuslikud lisakoodid. Niisugune kodeerimine kehtib peamiselt HIV-tõvega seonduvate haigusseisundite ja ka vigastuste ning jääknähtude suhtes.

Kombinatsioonjaotiste kodeerimine

RHK pakub teatud jaotisi, kus kaht seisundit või üht seisundit ja sellega seotud sekundaarset protsessi võib esitada üheainsa koodi abil. Niisuguseid kombinatsioonjaotisi tuleb peamise seisundina kasutada seal, kus sobivat teavet registreeritakse. Tähestikuline ainoend osutab seal, kus sellised kombinatsioonid on ette nähtud, taandreas olevale sõnale „koos“, mis järgneb vahetult juhtterminile. „Pea-

mise seisundi" alla registreeritud kaht või enamat seisundit võib seostada, kui üht nendest võib pidada teise omadussõnaliseks modifitseerijaks.

8. näide: Peamine seisund: Neerupuudulikkus
Muud seisundid: Neerukahjustusega hüpertooniatõbi
Tuleb kodeerida neerukahjustusega hüpertooniatõbe koos neerupuudulikkusega (I12.0) kui „peamist seisundit“.
9. näide: Peamine seisund: Silmapõletikujärgne sekundaarne glaukoom
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida silmapõletikujärgset sekundaarset glaukoomi (H40.4) kui „peamist seisundit“.
10. näide: Peamine seisund: Soolesulgus
Muud seisundid: Vasakpoolne kubemesong
Tuleb kodeerida soolesulgusega, gangreenita ühepoolset või täpsustamata kubemesonga (K40.3).
11. näide: Peamine seisund: Katarakt. Insuliinsõltuv suhkurtõbi
Muud seisundid: Hüpertooniatõbi
Eriala: Oftalmoloogia
Tuleb kodeerida silmatüsistustega insuliinsõltuvat suhkurtõbe (E10.3†) ja diabeetilist katarakti (H28.0*) kui „peamist seisundit“.
12. näide: Peamine seisund: Insuliinsõltumatu suhkurtõbi
Muud seisundid: Hüpertooniatõbi
Reumatoidartriit
Katarakt
Eriala: Üldmeditsiin
Tuleb kodeerida tüsistusteta insuliinsõltumatut diabeeti (E11.9) kui „peamist seisundit“. Pandagu tähele, et selle näite korral katarakti ei tohi suhkurtõvega seostada, kuna nad mõlemad ei ole „peamise seisundi“ all kirjas.

Haigestumise välispõhjuste kodeerimine

Välispõhjustest tingitud vigastuste ja muude seisundite jaoks tuleb kodeerida nii seisundi loomus kui ka välispõhjuste asjaolud. Eelistatud „peamise seisundi“ kood peab olema see, mis kirjeldab seisundi loomust. Tavaliselt, kuid mitte alati, on see klassifitseeritav XIX peatükki. XX peatüki kood, mis osutab välispõhjustele, on kasutatav mittekohustusliku lisakoodina.

13. näide: Peamine seisund: Reieluukaela-murd, põhjustatud ebatasasel kõnniteel komistamisest
Muud seisundid: Künarnuki ja õlavarre põrutus
Tuleb kodeerida reieluukaela-murdu (S72.0) kui „peamist seisundit“. Libisemise, komistamise või vääratusega seotud kukkumise suhtes samal tasapinnal tänaval või maanteel kehtivat välispõhjuste koodi (W01.4) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

14. näide: Peamine seisund: Raske hüpotermia - patsient kukkus oma aias külma ilmaga
Muud seisundid: Seniilsus
Tuleb kodeerida hüpotermiat (T68) kui „peamist seisundit“. Välispõhjuse koodi (X31.0) ülemäärase loodusliku külma toime kodus võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.
15. näide: Peamine seisund: Diploopia, tingitud eeskirjakohaselt võetud antihistamiini suhtes kujunenud allergilisest reaktsioonist
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida diploopiat (H53.2) kui „peamist seisundit“. Välispõhjuse koodi (Y43.0) terapeutilises kasutuses ebasoodsat toimet põhjustavate allergia- ja oksevastaste ravimite suhtes võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.
16. näide: Peamine seisund: Maratonijooksu treeninguga põhjustatud hemoglobiinuuria (treening staadioni jooksurajal)
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida välispõhjuste toimel kujunenud hemolüüsisist tingitud hemoglobiinuuriat (D59.6) kui „peamist seisundit“. Välispõhjuse koodi ülepingutuse ja pingeliste, korduvate liigutuste suhtes sportimisel ja raskejõustikus (X50.3) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

Teatud seisundite jääk-(hilis-)nähtude kodeerimine

RHK näeb ette rea jaotisi pealkirja „..... jääk- (hilis-)nähud“ (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) all, mida võib kasutada viitamaks seisunditele, mis antud ajal ei ole enam ravi või uurimist tingiva probleemi põhjuseks. Eelistatud kood „peamise seisundi“ jaoks on aga jääknähu enese loomuse kood, millele mittekohustusliku lisakoodina võib lisada koodi „..... jääknähtude“ jaoks.

Kui esineb rida erinevaid väga spetsiifilisi jääknähte ja nendest ükski ei domineeri ei tõsiduselt ega raviks vajaminevate ressursside kasutuselt, võib „.....jääknähtude“ kirjeldust „peamise seisundina“ registreerida ja seda võib kodeerida vastava jaotise järgi. Pandagu tähele, et siis piisab põhjusliku seisundi kirjeldamisest „vana-na“, „enam mitteesinevana“ jne või kirjeldatakse sel puhul tagajärjeks olevat seisundit kui „hilistagajärge“ või „..... jääk-(hilis-)nähtu“. Miinimumvaheaja nõuet siin ei ole.

17. näide: Peamine seisund: Vanast peajuinfarktist tingitud düsfaasia
Muud seisundid: -
„Peamise seisundina“ tuleb kodeerida düsfaasiat (R47.0). Peajuinfarkti jääknähtude koodi (I69.3) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.
18. näide: Peamine seisund: Puusaliigese osteoartriit, tingitud 10 aastat tagasi toimunud mootorsõidukiõnnetuses tekkinud puusamurrust
Muud seisundid: -
„Peamise seisundina“ tuleb kodeerida muud posttraumaatilist koksartroosi (M16.5). Reieluumurru jääknähtude (T93.1) ja mootorsõidukiõnnetuse hilisnähtude (Y85.0) koode võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

19. näide: Peamine seisund: Poliomieliidi hilisilmingud

Muud seisundid: -

„Peamise seisundina” tuleb kodeerida poliomieliidi jääknähud (B91), kuna muud teavet pole käepärast.

Ägedate ja krooniliste seisundite kodeerimine

Kui peamine seisund on registreeritud ühtaegu ägeda (või alaägedana) ja ka kroonilisena ja RHK näeb kummalegi ette omaette jaotise või alajaotise, mitte aga nende kombinatsiooni, tuleb ägeda seisundi jaoks mõeldud jaotist kasutada eelistatud peamise seisundina.

20. näide: Peamine seisund: Äge ja krooniline koletsüstiit

Muud seisundid: -

„Peamise seisundina” tuleb kodeerida ägedat koletsüstiiti (K81.0). Kroonilise koletsüstiidi (K81.1) koodi võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

21. näide: Peamine seisund: Kroonilise obstruktiivse bronhiidi ägenemine

Muud seisundid: -

„Peamise seisundina” tuleb kodeerida ägestumisega kroonilist obstruktiivset kopsuhaigust (J44.1), kuna RHK annab kombinatsiooni jaoks vastava koodi.

Menetlusjärgsete seisundite ja tüsistuste kodeerimine

XIX peatükis on ette nähtud jaotised (T80-T88) teatud tüsistuste jaoks seoses kirurgiliste ja muude menetlustega, näiteks kirurgilistele haavanakkustele, transplanteeritud seadiste mehhaanilistele tüsistustele, šokile jne. Enamik kehasüsteemide peatükke sisaldab ka jaotisi seisundite jaoks, mida juhtub spetsiifiliste menetluste või tehniliste võtete tagajärjel, või mõne elundi eemaldamise tulemusel, näiteks mastektomiajärgne lümfödeemisündroom, kiiritusjärgne hüpotüreoidism. Mõnda seisundit (näiteks pneumooniat, kopsuarteri embooliat), mis menetlusjärgsel perioodil võivad tekkida, ei saa pidada ühtseks mõisteks ja neid kodeeritakse seepärast tavalisel viisil, kuid Y83-Y84 seast võib neile lisada mittekohustusliku lisakoodi identifitseerimaks seost menetlusega.

Kui menetlusjärgsed seisundid ja tüsistused on kirja pandud peamise seisundina, siis on õige koodi valimiseks oluliselt tähtis tähestikulises aineloendis leiduv viide modifitseerijatele ja täpsustajatele.

22. näide: Peamine seisund: Hüpotüreoidism pärast ühe aasta eest teostatud türeoidektomiat

Muud seisundid: -

Eriala: Üldmeditsiin

Tuleb kodeerida operatsioonijärgset hüpotüreoidismi (E89.0) kui „peamist seisundit”.

23. näide: Peamine seisund: Tugev verejooks pärast hamba väljatõmbamist

Muud seisundid: Valu

Eriala: Hambaarstindus

Tuleb kodeerida menetlust tüsistavat verejooksu (T81.0) kui „peamist seisundit”.

24. näide: Peamine seisund: Operatsioonijärgne psühhoos pärast plastilist operatsiooni

Muud seisundid: -

Eriala: Psühhiaatria

Tuleb kodeerida psühhoosi (F09) kui „peamist seisundit“ ja lisada täiendav kood Y83.8 (Muud täpsustatud kirurgilised menetlused /patsiendi ebaloomuliku reaktsiooni põhjusena/) viitamaks menetlusjärgsele seosele.

4.4.3 Ümbervalikureeglid juhuks, kui peamine seisund on ebaõigesti kirja pandud

Vastutav arst määrab „peamise seisundi“, mis tuleb kodeerida ja normaalolukorras tuleks tema seisukohta aktsepteerida, kodeerides juhtu vastavalt varem esitatud juhenditele ja 4.4.4 osas olevatele peatüki spetsiifilistele märkustele. Kuid mõned asjaolud või muu kättesaadav teave võivad näidata, et tervisehoolduse teostaja ei ole järginud õiget menetlust. Kui ei ole võimalik teostajalt selgitust saada, võib rakendada üht järgmistest reeglitest ja „peamine seisund“ ümber valida.

Reeglid peamise seisundi ümbervalikuks

MB1-reegel. Vähemtähtis seisund on kirjas „peamise seisundina“, olulisem seisund aga „muu seisundina“

Kui vähemtähtis või kauapüsinud seisund või juhuslik probleem on kirja pandud „peamise seisundina“, aga mõni olulisem seisund, mille tõttu patsient sai ravi ja/või erialast hooldust, on registreeritud „muu seisundina“, tuleb viimane ümber valida „peamiseks seisundiks“.

MB2-reegel. „Peamise seisundina“ on kirjas mitu seisundit

Kui „peamise seisundina“ on kirja pandud mitu seisundit, mida ei saa koos kodeerida ja muud dokumendil olevad üksikasjad osutavad neist ühele kui „peamisele seisundile“, mille tõttu patsient hooldust sai, tuleb see seisund valida „peamiseks seisundiks“. Vastasel korral valitagu „peamiseks seisundiks“ esimesena nimetatud seisund.

MB3-reegel. „Peamise seisundina“ kirja pandud seisund kujutab endast diagnoositud ja ravitud seisundi sümptomit

Kui mõni (harilikult XVIII peatükki klassifitseeritav) sümptom või tunnus või XXI peatükki klassifitseeritav probleem on sisse kantud „peamise seisundina“ ja ta on ilmselt mujal kirjas oleva diagnoositud seisundi tunnus, sümptom või probleem, ning ka hooldust teostati selle viimase seisundi tõttu, tuleb see diagnoositud seisund ümber valida „peamiseks seisundiks“.

MB4-reegel. Spetsiifilisus

Kui „peamise seisundina“ kirjas olev diagnoos kirjeldab seisundit üldsõnaliselt ja termin, mis seisundi paikme või loomuse suhtes pakub täpsemat teavet, on mujal sisse kantud, tuleb viimane valida „peamiseks seisundiks“.

MB5-reegel. Alternatiivsed peamised diagnoosid

Kui mingi sümptom või tunnus on registreeritud „peamise seisundina” koos viitega, et ta võib olla tingitud kas ühest või teisest seisundist, valitagu see sümptom „peamiseks seisundiks”. Kui kaks või enam seisundit on sisse kantud diagnostilise valikuna „peamise seisundi” jaoks, tuleb valida esimene kirja pandud seisund.

Näiteid peamise seisundi ümbervalikureeglite rakendamise kohta

MB1-reegel. Vähemtähtis seisund on kirjas „peamise seisundina”, olulisem seisund aga „muu seisundina”

Kui vähemtähtis või kauapüsinud seisund või juhuslik probleem on kirja pandud „peamise seisundina” ja mõni olulisem seisund, mille tõttu patsient sai ravi ja/või erialast hooldust, on registreeritud „muu seisundina”, tuleb viimane ümber valida „peamiseks seisundiks”.

1. näide: Peamine seisund: Äge sinu[s]iit
 Muud seisundid: Emakakaela kartsinoom
 Hüpertooniatõbi
 Patsient oli haiglas 3 nädalat
 Menetlus: Totaalne hüsterektoomia
 Eriala: Günekoloogia
 Emakakaela kartsinoom koodiga C53.0 tuleb „peamiseks seisundiks” ümber valida.
2. näide: Peamine seisund: Reumatoidartriit
 Muud seisundid: Suhkurtõbi
 Pitsunud reiesong
 Generaliseerunud arterioskleroos
 Patsient viibis 2 nädalat haiglas
 Menetlus: Hernioraafia
 Eriala: Kirurgia
 Pitsunud reiesong koodiga K41.3 tuleb „peamiseks seisundiks” ümber valida.
3. näide: Peamine seisund: Epilepsia
 Muud seisundid: Otomükoos
 Eriala: Kõrva-nina-kurguhaigused
 „Peamiseks seisundiks” tuleb ümber valida otomükoos koodiga B36.9† ja H62.2*.
4. näide: Peamine seisund: Kongestiivne südamepuudulikkus
 Muud seisundid: Reieluukaela-murd, tingitud voodist kukkumisest
 haiglas viibimise ajal
 Patsient oli haiglas 4 nädalat
 Eriala: Sisemeditsiin 1 nädal, siis ortopeediline kirurgia luumurru ravimiseks
 „Peamiseks seisundiks” tuleb ümber valida reieluukaela-murd koodiga S72.0.

5. näide: Peamine seisund: Hambakaaries
Muud seisundid: Reumaatiline mitraalstenooos
Menetlus: Hamba väljatõmbamine
Eriala: Hambaarstindus
Hambakaaries koodiga K02.9 tuleb valida „peamiseks seisundiks”. MB1-reegel siin ei kehti. Kuigi hambakaariest võib pidada vähemtähtsaks seisundiks ja reumaatiline mitraalstenooos on olulisem seisund, ei ole viimast hoolduse episoodi kestel ravitud.

MB2-reegel. „Peamise seisundina” on kirjas mitu seisundit

Kui „peamise seisundina” on kirja pandud mitu seisundit, mida ei saa koos kodeerida ja muud dokumendil olevad üksikasjad osutavad neist ühele kui „peamisele seisundile”, mille tõttu patsient hooldust sai, tuleb see seisund valida „peamiseks seisundiks”. Vastasel korral valitagu „peamiseks seisundiks” esimesena nimetatud seisund.

Märkus: Vaata ka hulgiseisundite kodeerimist ja kombinatsioonjaotiste kodeerimist lk 89

6. näide: Peamine seisund: Katarakt
Stafülokokkmeningiit
Südame isheemiatõbi
Muud seisundid: -
Patsient viibis haiglas 5 nädalat
Eriala: Neuroloogia
Stafülokokkmeningiit koodiga G00.3 tuleb valida „peamiseks seisundiks”.
7. näide: Peamine seisund: Krooniline obstruktiivne bronhiit
Prostatahüpertroofia
Psoriasis vulgaris
Ambulatoorne haige dermatoloogi hooldusel
Psoriasis vulgaris tuleb valida „peamiseks seisundiks” koodiga L40.0.
8. näide: Peamine seisund: Mitraalstenooos
Äge bronhiit
Reumatoidartriit
Muud seisundid: -
Eriala: Üldmeditsiin
Ravi kohta teavet pole
„Peamiseks seisundiks” tuleb valida koodiga I05.0 mitraalstenooos, mis on esimesena nimetatud seisund.
9. näide: Peamine seisund: Krooniline gastriit
Sekundaarsed pahaloomulised kolded aksillaarlümfisõlmedes
Rinnakartsinoom
Muud seisundid: -
Menetlus: Mastektoomia
„Peamiseks seisundiks” tuleb valida pahaloomuline rinnakasvaja koodiga C50.9.

10. näide: Peamine seisund: Lootevee enneaegne puhkemine
Tuharseis
Aneemia
Muud seisundid: -
Menetlus: Spontaanne sünnitus
Esimesena nimetatud seisund - lootevee enneaegne puhkemine tuleb valida „peamiseks seisundiks“ koodiga O42.9.

MB3-reegel. „Peamise seisundina“ kirja pandud seisund kujutab endast diagnoositud ja ravitud seisundi sümptomit

Kui mõni (harilikult XVIII peatükki klassifitseeritav) sümptom või tunnus või XXI peatükki klassifitseeritav probleem on sisse kantud „peamise seisundina“ ja ta on ilmselt mujal kirjas oleva diagnoositud seisundi tunnus, sümptom või probleem ning ka hooldust teostati selle viimase seisundi tõttu, tuleb see diagnoositud seisund ümber valida „peamiseks seisundiks“.

11. näide: Peamine seisund: Hematuuria
Muud seisundid: Varikoossed veenid jalgadel
Põie tagaseina papilloomid
Ravi: Papilloomide diatermiline ekstsisioon
Eriala: Uroloogia
Põie tagaseina papilloomid koodiga D41.4 tulevad „peamiseks seisundiks“ ümber valida.
12. näide: Peamine seisund: Kooma
Muud seisundid: Südame isheemiatõbi
Otoskleroos
Insuliinsõltuv suhkurtõbi
Eriala: Endokrinoloogia
Hooldus: Insuliini õige annuse kindlaksmääramine
Insuliinsõltuv suhkurtõbi tuleb ümber valida „peamiseks seisundiks“ koodiga E10.0. Hangitud teave näitab, et kooma oli tingitud suhkurtõvest ning koomat võetakse arvesse kodeerimise modifitseerijana.
13. näide: Peamine seisund: Kõhuvalu
Muud seisundid: Äge apenditsiit
Menetlus: Apendektoomia
Äge apenditsiit koodiga K35.9 tuleb „peamiseks seisundiks“ ümber valida.
14. näide: Peamine seisund: Palavikupuhused vapluskrambid
Muud seisundid: Aneemia
Ravi kohta teavet ei ole
Palavikupuhuseid vapluskrampe tuleb aktsepteerida kui „peamist seisundit“ koodiga R56.0. MB3-reegel siin ei kehti, kuna esitatud „peamine seisund“ ei kujuta endast mõne muu esitatud seisundi sümptomit.

MB4-reegel. Spetsiifilisus

Kui „peamise seisundina“ kirjas olev diagnoos kirjeldab seisundit üldsõnaliselt ja termin, mis pakub seisundi paikme või loomuse suhtes täpsemat teavet, on mujal sisse kantud, tuleb viimane valida „peamiseks seisundiks“.

15. näide: Peamine seisund: Peaajuveresoonte insult
Muud seisundid: Suhkurtõbi
Hüpertooniatõbi
Peaaju verevalum
Peaajusisene verevalum koodiga I61.9 tuleb „peamiseks seisundiks“ valida.
16. näide: Peamine seisund: Kaasasündinud südamehaigus
Muud seisundid: Vatsakestevaheseina defekt
Vatsakestevaheseina defekt koodiga Q21.0 tuleb „peamiseks seisundiks“ ümber valida.
17. näide: Peamine seisund: Enteriit
Muud seisundid: Niudesoole Crohni tõbi
Niudesoole Crohni tõbi koodiga K50.0 tuleb „peamiseks seisundiks“ ümber valida.
18. näide: Peamine seisund: Düstookia
Muud seisundid: Vesipeaga vililane
Vililase distress
Menetlus: Keisrilõige
Vililase muude anomaaliatega tõttu takistunud sünnitamine koodiga O66.3 tuleb „peamiseks seisundiks“ ümber valida.

MB5-reegel. Alternatiivsed peamised diagnoosid

Kui mingi sümptom või tunnus on kirja pandud „peamise seisundina“ koos viitega, et ta võib olla tingitud kas ühest või teisest seisundist, valitagu see sümptom „peamiseks seisundiks“. Kui kaks või enam seisundit on sisse kantud diagnostilise valikuna „peamise seisundi“ jaoks, tuleb valida nendest esimesena kirja pandud seisund.

19. näide: Peamine seisund: Kas stressist ja pingest või ägedast sinu[s]iidist tingitud peavalu
Muud seisundid: -
Peavalu tuleb valida „peamiseks seisundiks“ koodiga R51.
20. näide: Peamine seisund: Äge koletsüstiit või äge pankreatiit
Muud seisundid: -
Äge koletsüstiit tuleb valida „peamiseks seisundiks“ koodiga K81.0.
21. näide: Peamine seisund: Gastroenteriit, tingitud nakkusest või toidumürgistusest
Muud seisundid: -
Nakkuslik gastroenteriit tuleb valida „peamiseks seisundiks“ koodiga A09.

4.4.4 Peatükke puudutavad märkused

Allpool on juhendust antud teatud peatükkide osas, kus võib probleeme tekkida eelistatud „peamiste seisundite“ koodide valimisel. Eelnevalt antud üldjuhendid ja reeglid kehtivad kõikide peatükkide suhtes, välja arvatud siis, kui peatükki puudutav märkus teisiti ei sätesta.

I peatükk. Teatavad nakkus- ja parasiithaigused

B20-B24 Inimese immuunpuudulikkuse viirustõbi e HIV-tõbi

HIV-tõve tõttu ohustatud immuunsüsteemiga patsient võib vahel ühe ja sama hoolduse episoodi vältel vajada ravi rohkem kui ühe haiguse, näiteks mükobakteriaalse nakkuse ja tsütomegaloviirusnakkuse vastu. Selles jaotisrühmas on HIV-tõve jaoks koos mitmete muude tulenevate haigustega ette nähtud vastavad jaotised ja alajaotised. Arsti poolt valitud „peamine seisund“ tuleb kodeerida vastava alajaotise alla..

Kui „peamine seisund“ on kirja pandud kui mitme kaasneva haigusega HIV-tõbi, tuleb ta kodeerida B20-B22 seast vastava .7 alajaotise alla. Ühe ja sama jaotise kahe või enama alajaotise alla klassifitseeritavad seisundid kodeeritagu vastava jaotise (näiteks B20 või B21) .7 alajaotise alla. Alajaotist B22.7 kasutatagu siis, kui esinevad seisundid, mis on klassifitseeritavad B20-B22 seast kahe või rohkema jaotise alla. Kui soovitakse, võib B20-B24 jaotisrühmast kasutada lisakoode, täpsustamaks loetletud individuaalseid seisundeid.

Neil harvadel juhtudel, kui lisanduv seisund selgesti eelneb HIV-nakkusele, ei tule sellist kombinatsiooni kodeerida ja tuleb järgida valikureegleid.

1. näide: Peamine seisund: HIV-tõbi ja Kaposi sarkoom
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida Kaposi sarkoomina avalduvat HIV-tõbe (B21.0).
2. näide: Peamine seisund: Toksoplasmoos ja krüptokokkoos HIV-tõbisel
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida hulginakkushaigustena avalduvat HIV-tõbe (B20.7). Kui soovitakse, võib lisakoodidena kasutada B20.8 (Muude nakkus- ja parasiithaigustena avalduv HIV-tõbi) ja B20.5 (Muude mükoosidena avalduv HIV-tõbi).
3. näide: Peamine seisund: HIV-tõbi koos *Pneumocystis carinii* pneumooniaga, Burkitti lümfoomiga ja suukandidoosiga
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida hulgihaigustena avalduvat HIV-tõbe (B22.7). Kui soovitakse, võib lisakoodidena kasutada B20.6 (*Pneumocystis carinii* pneumooniana avalduv HIV-tõbi), B21.1 (Burkitti lümfoomina avalduv HIV-tõbi) ja B20.4 (Kandidoosina avalduv HIV-tõbi).

B20-B23 juures olevad alajaotised on ainsad mittekohustuslikud neljakohalised koodid nende riikide jaoks, kus kasutatakse RHK-10 neljakohalist varianti. Kui neid mittekohustuslikke neljakohalisi alajaotisi ei soovita kasutada, tuleb lisakoodidena kasutada selles klassifikatsioonis mujal asuvaid koode, et identifitseerida tulenevaid spetsiifilisi seisundeid.

1. ülaltoodud näites võib „peamise seisundina“ kodeerida B21 (Pahaloomulise kasvajana avalduv HIV-tõbi). Koodi C46.9 (Kaposi sarkoom) tuleb kasutada lisakoodina. 2. näites tuleb „peamist seisundit“ kodeerida B20 (Nakkus- või parasiithaigusena avalduv HIV-tõbi). Koode B58.9 (Toksoplasmoos, täpsustamata) ja B45.9 (Krüptokokkoos, täpsustamata) kasutatagu lisakoodidena.

Kas kasutada B20-B23 neljakohalisi alajaotisi või hulgiühenduste kodeerimist selleks, et spetsiifilisi seisundeid identifitseerida, on tegutsemisotsustus, mis tuleb langetada sel ajal, kui RHK-10 rakendusse läheb.

B90-B94 Nakkus- ja parasiithaiguste jääknähud

Neid koode ei tohi kasutada eeliskoodidena „peamise seisundi“ jaoks juhul, kui on märgitud jääkseisundi loomus. Kui kodeeritakse jääkseisundina, võib B90-B94 kasutada kui mittekohustuslikku lisakoodi (vt lk 90 teatud seisundite jääknähtude kodeerimine).

B95-B97 Bakterid, viirused ja muud nakkushaiguste tekitajad

Neid koode ei tohi kasutada „peamise seisundi“ koodidena. Need jaotised on ette nähtud lisakoodidena mittekohustuslikuks (soovi korral) kasutamiseks, identifitseerimaks nakkustekitajaid väljaspool I peatükki klassifitseeritud haiguste korral. Nende tekitajate tõttu sünenenud täpsustamata paikme nakkused on klassifitseeritud mujal I peatükis.

4. näide: Peamine seisund: Äge tsüstiit *E. coli* tõttu

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida ägedat tsüstiiti (N30.0) „peamise seisundina“. B96.2 (*E. coli* muudes peatükkides klassifitseeritud haiguste põhjustajana) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

5. näide: Peamine seisund: Bakternakkus

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida täpsustamata bakternakkust (A49.9) „peamise seisundina“, mitte aga B95-B97-st võetud koodi.

II peatükk: Kasvajad

Kasvajaid kodeerides, pöörduagu II peatükki tutvustavate märkuste poole ja kasvaja morfoloogia (RHK-10, 1. köide lk 363) sissejuhatus poole, mis käsitlevad koodi määramist ja morfoloogiliste kirjelduste kasutamist.

Kasvajad, primaarseid või metastaatilisi, kui ta on vaadeldaval tervisehoolduse episoodil hoolduse keskmes, tuleb sisse kanda ja kodeerida „peamise seisundina“. Kui arsti poolt kirja pandud „peamine seisund“ on selline primaarne kasvaja, mida enam ei esine (kasvaja on eelnenud hoolduse episoodil eemaldatud), tuleb „peamise seisundina“ kodeerida sekundaarse paikme kasvaja, olemasolev tüsistus või XXI peatükki kodeeritav vastav asjaolu (vt 4.4.1, Kontaktid tervisehooldusega muudel põhjustel kui haigus), mis käesoleva hoolduse episoodi ajal oli ravi või uurimise keskmes. Vastavat XXI peatüki koodi anamneesis olnud kasvaja kohta võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

6. näide: Peamine seisund: Eesnäärmekartsinoom
Muud seisundid: Krooniline bronhiit
Menetlus: Prostatektoomia
Tuleb kodeerida eesnäärme pahaloomulist kasvajat (C61) kui „peamist seisundit“.
7. näide: Peamine seisund: Rinnakartsinoom - resetseeritud 2 aastat tagasi
Muud seisundid: Sekundaarne kartsinoom kopsus
Menetlus: Bronhoskoopia koos biopsiaga
Tuleb kodeerida kopsu sekundaarset pahaloomulist kasvajat (C78.0) „peamise seisundina“. Z85.3 (Anamneesis rinna pahaloomuline kasvaja) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.
8. näide: Peamine seisund: Eelnevalt ekstsideeritud põievähk - suunatud korduvale läbivaatusele tsüstoskoopiaks
Muud seisundid: -
Menetlus: Tsüstoskoopia
Tuleb kodeerida pärast pahaloomulise kasvaja kirurgilist eemaldamist tehtud korduvat läbivaatust (Z08.0) „peamise seisundina“. Z85.5 (Anamneesis kuseeteede pahaloomuline kasvaja) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

C80 Täpsustamata paikme pahaloomuline kasvaja

C97 Sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomulised kasvajakad

C80 kasutatagu „peamise seisundi“ kodeerimiseks ainult siis, kui arst on kasvaja sellisel viisil selgesti määratlenud. C97 kasutatagu siis, kui arst märgib „peamise seisundina“ kaks või enam sõltumatut primaarset pahaloomulist kasvajat, millest ükski ei domineeri. Lisakoode võib kasutada loetletud pahaloomuliste kasvajate individuaalseks identifitseerimiseks.

9. näide: Peamine seisund: Kartsinomatoos
Muud seisundid: -
Tuleb kodeerida täpsustamata paikme pahaloomulise kasvajana (C80).
10. näide: Peamine seisund: Hulgine müeloom ja prostata primaarne adenokartsinoom
Tuleb kodeerida sõltumatute (primaarsete) hulgipaikmete pahaloomuliste kasvajatena (C97). C90.0 (Hulgine müeloom) ja C61 (Eesnäärme pahaloomuline kasvaja) võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

III peatükk: Vere- ja vereloomeelundite haigused ning mõned immuunmehhanismidega seotud haigusseisundid

Mõned seisundid sellesse peatükki klassifitseeritavate seisundite seast võivad tuleneda ravimite või muude välispõhjuste toimest. XX peatüki koode võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

11. näide: Peamine seisund: Trimetoprimiga tekitatud folaadivaegusaneemia
Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida ravimiga tekitatud folaadivaegusaneemiat (D52.1) „peamise seisundina”. Y41.2 (Malaariavastased ja muudele vere algloomadele toimivad ravimid, mis ravimisel avaldavad ebasoodsat toimet) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

IV peatükk: Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused

Sellesse peatükki klassifitseeritavad mõned seisundid võivad tuleneda ravimitest või muudest välispõhjustest. XX peatüki koode võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

E10-E14 Suhkurtõbi

„Peamise seisundi” kodeerimisel peab kõikidele nendele jaotistele rakenduvast nimistust kohase alajaotise valimine põhinema arsti poolt kirja pandud „peamisel seisundil”. Alajaotist .7 kasutatagu „peamise seisundi” koodina ainult siis, kui „peamise seisundina” on kirja pandud suhkurtõve hulgitüsistused, ilma et ühtegi neist tüsistustest oleks eelistatud. Iga üksiku loetletud tüsistuse koodid võivad olla lisatud mittekohustuslike lisakoodidena.

12. näide: Peamine seisund: Diabeetilisest glomeerulonefroosist tingitud neerupuudulikkus

Tuleb kodeerida neerutüsistustega täpsustamata suhkurtõbe (E14.2† ja N08.3*).

13. näide: Peamine seisund: Insuliinisõltuv suhkurtõbi nefropaatia, gangreeni ja kataraktidega

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida hulgitüsistustega insuliinisõltuvat suhkurtõbe (E10.7). Koodid E10.2† ja N08.3* (Insuliinisõltuv suhkurtõbi nefropaatiaga), E10.5 (Insuliinisõltuv suhkurtõbi perifeerse vereringe tüsistustega) ja E10.3† ning H28.0* (Insuliinisõltuv suhkurtõbi kataraktidega) võivad olla lisatud lisakoodidena, identifitseerimaks üksiktüsistusi.

E34.0 Kartsinoidsündroom

Seda koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi” jaoks eeliskoodina juhul, kui on kirja pandud kartsinoidkasvaja, välja arvatud, kui hoolduse episood oli suunatud eelkõige endokriinsele sündroomile enesele. Kasvaja kodeerimisel võib E34.0 olla kasutusel mittekohustusliku lisakoodina, identifitseerimaks funktsionaalset aktiivsust.

E64.- Väärtoitumuse ja muu toitumusvaeguse jääknähud

E68 Liigtoitumuse jääknähud

Neid koode ei tohi kasutada „peamise seisundi” kodeerimisel eeliskoodina juhul, kui jääkseisundi loomus on sisse kantud. Kui kodeeritakse jääkseisundit, võivad E64.- ja E68 olla kasutusel mittekohustusliku lisakoodina.

V peatükk: Psüühika- ja käitumishäired

Käesolevas peatükis on antud jaotiste ja alajaotiste määratlused aitamaks arstil kehtestada diagnostilisi märgiseid; neid ärgu kodeerivad kasutagu. „Peamise seisundi” kood määratagu arsti poolt sisse kantud diagnoosi alusel isegi siis, kui kirja pandud seisundi ja määratluse vahel ilmneb konflikt. Mõnes jaotises on hoolitsetud mittekohustuslike lisakoodide eest.

VI peatükk: Närvisüsteemihaigused

Mõned sellesse peatükki klassifitseeritavad seisundid võivad tuleneda ravimitest või muudest välispõhjustest. XX peatüki kood võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

G09 Kesknärvisüsteemi põletikuliste haiguste jääknähud

Seda koodi ei tohi kasutada eeliskoodina „peamise seisundi” jaoks, kui jääkseisundi loomus on kirja pandud. Kui kodeeritakse jääkseisundit, võib G09 kasutada mittekohustusliku lisakoodina. Tuleb silmas pidada, et jaotiste G01*, G02*, G05* ja G07* jääknähte ei määrataks G09 alla, vaid pigem määratagu nad algseisundi jääknähtudele ette nähtud jaotiste, näiteks B90-B94 alla. Kui algseisundi jaoks jääknähtude jaotist pole, siis kodeeritagu juht algseisundi enese alla.

14. näide: Peamine seisund: Kurtus, tingitud tuberkuloosest meningiidist

Eriala: Kõne- ja kuulmiskliinik

Tuleb kodeerida täpsustamata kuulmiskaotust (H91.9) „peamise seisundina”. B90.0 (Närvisüsteemi tuberkuloosi jääknähud) võib kasutada kui mittekohustuslikku lisakoodi.

15. näide: Peamine seisund: Epilepsia ajuabstsessi tõttu

Eriala: Neuroloogia

„Peamise seisundina” tuleb kodeerida täpsustamata epilepsiat (G40.9). G09 (Kesknärvisüsteemi põletikuliste haiguste jääknähud) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

16. näide: Peamine seisund: Kerge vaimne alaareng pärast immuniseerimisjärgset entsefaliiti

Eriala: Psühhiaatria

Tuleb kodeerida kergelt vaimset alaarengut (F70.9) „peamise seisundina”. G09 (Kesknärvisüsteemi põletikuliste haiguste jääknähud) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

G81-G83 Paralüütilised sündroomid

Neid koodi ei tohi kasutada eeliskoodidena „peamise seisundi” jaoks, kui seisundi põhjus on kirja pandud, välja arvatud juhul, kui hooldust saadi peamiselt paralüüsi enese tõttu. Kui kodeeritakse põhjust, siis võib koodi G81-G83 kasutada mittekohustuslike lisakoodidena.

17. näide: Peamine seisund: Peaajuveresoonte insult hemipleegiaga
Muud seisundid: -
Eriala: Neuroloogia
Tuleb kodeerida ajurabandust (täpsustamata, kas verevalumist või infarktist - I64) „peamise seisundina”. G81.9 (Täpsustamata hemipleegia) võib olla mittekohustuslik lisakood.
18. näide: Peamine seisund: Peajuinfarkt 3 aastat tagasi
Muud seisundid: Vasaku jala paralüüs
Patsient saab füsioteraapiat
Tuleb kodeerida alajäseme monoplegeiat (G83.1) „peamise seisundina”. I69.3 (Peajuinfarkti jääknähud) võib olla mittekohustuslik lisakood.

VII peatükk: Silma- ja silmamanuste haigused

H54.- Pimedus ja nägemisnõrkus

Seda koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi” eeliskoodina, kui põhjus on kirja pandud, välja arvatud juhul, kui hoolduse episood toimus peamiselt pimeduse enese tõttu. Kui kodeeritakse põhjust, võib H54.- kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

VIII peatükk: Kõrva- ja nibujätkehaigused

H90.- Konduktiivne ja sensoorneurálne kuulmiskaotus

H91.- Muud kuulmiskaotuse liigid

Neid koode ei tohi kasutada „peamise seisundi” eeliskoodidena juhul, kui põhjus on kirja pandud, välja arvatud siis, kui hoolduse episood toimus peamiselt kuulmiskaotuse enese tõttu. Kui kodeeritakse põhjust, võib koode H90.- või H91.- kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

IX peatükk: Vereringeelundite haigused

I15.- Sekundaarne hüpertensioon

Seda koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi” eeliskoodina, kui põhjus on kirja pandud, välja arvatud juhul, kui hoolduse episood toimus peamiselt hüpertensiooni tõttu. Kui kodeeritakse põhjust, võib I15 olla kasutusel mittekohustusliku lisakoodina.

I69.- Peaajuveresoonte haiguste jääknähud

Seda koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi” eeliskoodina juhul, kui jääkseisundi loomus on kirja pandud. Kui kodeeritakse jääkseisundit, võib I69.- kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

XV peatükk: Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood

O08.- Abordi-, emakavälise rasedus- ja heidikrasedusjärgsed tüsistused

Seda koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi” eeliskoodina, välja arvatud juhul, kui uus hoolduse episood on üksnes tüsistuse raviks, näiteks eelnenud aborti käesoleva tüsistuse raviks. Mittekohustusliku lisakoodina võib see kood olla kasutusel koos jaotistega O00-O02 selleks, et lisandunud tüsistusi identifitseerida, ning koos jaotistega O03-O07 selleks, et anda täielikumalt tüsistuste üksikasju.

Tuleb silmas pidada, et O08 alajaotiste juures toodud kaasaarvatavatele terminitele tuleks osutada siis, kui O03-O07 jaotistele määratakse neljakohalisi alajaotisi.

19. näide: Peamine seisund: Raseda munajuha rebend šokiga

Eriala: Günekoloogia

Tuleb kodeerida raseda munajuha rebendit (O00.1) „peamise seisundina“. O08.3 (Abordile, emakavälisele rasedusele ja heidikrasedusele järgnev šokk) võib kasutusel olla mittekohustusliku lisakoodina.

20. näide: Peamine seisund: Mittetäielik abort koos emakamulgustusega

Eriala: Günekoloogia

„Peamise seisundina“ tuleb kodeerida mittetäielik abort koos muude ja täpsustamata tüsistustega (O06.3). O08.6 (Abordi-, emakavälise rasedus ja heidikrasedusjärgne vaagnaeraldite ja kudede kahjustus) võib olla lisatud mittekohustusliku lisakoodina.

21. näide: Peamine seisund: Dissemineeritud intravaskulaarne koagulatsioon, mis järgnes 2 päeva tagasi mujal tehtud abordile

Eriala: Günekoloogia

Tuleb kodeerida abordile ja emakavälisele ning heidikrasedusele järgnenud hilist või tugevat verejooksu (O08.1). Mingi muu kood ei ole nõutav, sest abort oli tehtud eelnenud hoolduse episoodi vältel.

O80-O84 Sünnitus

Nende koodide kasutamine „peamise seisundi“ kirjeldamiseks peab piirduma juhtudega, kus ainsaks registreeritud teabeks on sünnituse või sünnitusmeetodi nentimine. Koode O80-O84 võib kasutada mittekohustuslike lisakoodidena, viitamaks sünnitusmeetodile või -tüübile seal, kus selleks otstarbeks ei ole esitatud eraldi andmeid või menetluste klassifikatsiooni.

22. näide: Peamine seisund: Rasedus

Muud seisundid: -

Menetlus: Madal tangsünnitus

Tuleb kodeerida madalat tangsünnitust (O81.0) „peamise seisundina“, kuna muud teavet varuks pole.

23. näide: Peamine seisund: Sünnitusega lõppenud rasedus

Muud seisundid: Ebaõnnestunud sünnitamiskatse

Menetlus: Keisrilõige

„Peamise seisundina“ tuleb kodeerida ebaõnnestunud täpsustamata sünnitamiskatset (O66.4). Keisrilõikega täpsustamata sünnituse koodi (O82.9) võib kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

24. näide: Peamine seisund: Sünnitusega lõppenud kaksikrasedus

Muud seisundid: -

Menetlus: Spontaanne sünnitus

„Peamise seisundina“ tuleb kodeerida kaksikrasedust (O30.0). O84.0 (Mitmiksünnitus, kõik spontaansed) võib lisada mittekohustusliku lisakoodina.

25. näide: Peamine seisund: Tähtajaline rasedus surnud vililase sünnitusega, 2800 g
Muud seisundid: -
Menetlus: Spontaanne sünnitus
Tuleb kodeerida ema hooldamist vililase surma tõttu (O36.4), kui vililase surma spetsiifilist põhjust ei saa kindlaks määrata.

O98-O99 Ema mujal klassifitseeritavad kuid rasedust, sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi tüsistavad haigused

Ettenähtud alajaotisi peab kasutama „peamise seisundi“ koodidena, eelistades neid väljaspool XV peatükki leiduvatele jaotistele juhul, kui klassifitseerimisele kuuluvad seisundid on arsti poolt näidatud rasedusseisundit tüsistavatena või nad esinevad raseduse tõttu raskemal kujul või on sünnitusabihoolduse peapõhjuseks. Muude peatükkide sobivaid koodi võidakse kasutada mittekohustuslike lisakoodidena selleks, et võimaldada seisundi täpsemat määratlemist.

26. näide: Peamine seisund: Toksoplasmooos
Muud seisundid: Veel mitte sünnitusega lõppenud rasedus
Eriala: Kõrge riskiteguriga antenataalkliinik (raseduspatoloogia osakond)
Peamise seisundina tuleb kodeerida rasedust, sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi tüsistavad algloomhaigused (O98.6). B58.9 (Täpsustamata toksoplasmooos) võib olla mittekohustuslikuks lisakoodiks, identifitseerimaks spetsiifilist organismi.

XVIII peatükk: Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbep

Selle peatüki koodi ei tohi kasutada „peamise seisundi“ koodidena, välja arvatud juhul, kui sümptom, tunnus või leiuhälve oli hoolduse episoodi jooksul selgelt peamine ravitud või uuritud seisund ja tal ei olnud seost arsti poolt kirja pandud muude seisunditega. Edasise teabe suhtes vt ka MB3-reeglit (4.4.3) ja sissejuhatust XVIII peatükile.

XIX peatükk: Vigastused, mürgistused ja muud välispõhjuste toime tagajärjed

Kui on kirja pandud hulgivigastused ja nendest ükski pole valitud „peamiseks seisundiks“, siis kodeeritagu sedastatud hulgivigastusi neile ette nähtud jaotiste seast ühe alla järgmiselt:

- hulgivigastused sama tüüpi, samas kehapiirkonnas (harilikult jaotistes S00-S99 neljas koodikoht .7);
- hulgivigastused erinevat tüüpi, samas kehapiirkonnas (harilikult iga jaotisrühma viimases jaotises, näiteks S09, S19, S29 jne neljas koodikoht .7);
- hulgivigastused sama tüüpi, erinevates kehapiirkondades (T00-T05).

Tuleb silmas pidada järgmisi erandeid:

- sisemiste vigastuste puhul, mis on kirja pandud koos pindmiste vigastustega ja/või ainult lahtiste haavadega, tuleb kodeerida sisemist vigastust „peamise seisundina“;
- kolju ja näoluude murdude puhul, mis on koos koljusisese vigastusega, tuleb kodeerida koljusisest vigastust „peamise seisundina“;

- koljusiseste verejooksude puhul, mis on kirja pandud koos muude ainult pea vigastustega, tuleb kodeerida koljusisest verejooksu „peamise seisundina“;
- murdude puhul, mis on kirja pandud koos ainult sama asukoha lahtiste haavadega, tuleb kodeerida murdu „peamise seisundina“.

Kui kasutatakse hulgivigastuste jaotisi, võib iga loetletud üksikvigastuse koodi kasutada mittekohustusliku lisakoodina. Eespool nimetatud erandite puhul, lisaks peamise seisundi koodile, võib kaasnenud vigastust identifitseerida kas mittekohustusliku lisakoodiga või ühega selleks otstarbeks ette nähtud viiendatest tärkidest.

27. näide: Peamine seisund: Kusepõie- ja kusejuhavigastus

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida vaagnaelundite hulgivigastust (S37.7) „peamise seisundina“. S37.2 (Kusepõievigastus) ja S37.3 (Kusejuhavigastus) võidakse kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

28. näide: Peamine seisund: Koljusisene lahtine haav koos väikeaju hemorraagiaga

Muud seisundid: -

Tuleb kodeerida väikeaju traumaatilist hemorraagiat (S06.8) „peamise seisundina“. Kui soovitakse, võib osutada koljusisesele lahtisele haavale koodi S01.9 (Pea täpsustamata piirkonna lahtine haav) või koodile S06.8 viienda tärgi (S06.8.1) lisamisega.

T90-T98 Vigastuste, mürgistuste ja välispõhjuste toime muude tagajärgede jääknähud

Neid koode ei tohi kasutada „peamise seisundi“ eeliskoodidena juhul, kui jääkseisundi loomus on sisse kantud. Kui kodeeritakse jääkseisundit, võib T90-T98 kasutada mittekohustusliku lisakoodina.

XX peatükk: Haigestumise ja surma välispõhjused

Neid koode ei tohi kasutada „peamise seisundi“ koodidena. Nad on mõeldud kasutamiseks mittekohustuslike lisakoodidena, identifitseerimaks XIX peatükis klassifitseeritud seisundite välispõhjusi ja mittekohustuslike lisakoodidena koos seisunditega, mis on teistes peatükkides klassifitseeritud, kuid millel on välispõhjus.

5. Statistiline esitus

5.1 Sissejuhatus

See osa esitab eeskirju rahvusvaheliseks võrdluseks ette nähtud statistika kohta ja juhendeid andmeesituseks statistilistes tabelites nii riigi kui ka riigisisel tasandil.

Andmeanalüüsi eest vastutajad peavad olema kaasatud töötlemis- (kaasa arvatud kodeerimis-) juhendi väljatöötamisse, mitte ainult diagnostiliste vaid ka teiste, nendega risttabeldatavate andmete osas.

5.2 Andmete allikas

Surmapõhjuse arstliku tõendamise eest vastutab tavaliselt juuresviibiv arst. Surmapõhjuse arstlik tõend peab olema kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega (vt 4.1.3 osa). Administratiivmenetlused peavad tagama surmatõendi või muude arstlike dokumentide usaldatavuse.

Kohtuarstide või teiste juriidiliste ametivõimude poolt tõendatud surma korral peab tõendil olema esitatud, lisaks kõigile juriidilistele leidudele, ka tõendiandjale laekunud arstlik tõendusmaterjal.

5.3 Tabeldamisteks vajalik põhjuste üksikasjade tase

On olemas standardsed viisid vastavalt RHK-le kodeeritud põhjuste tabeldamiseks ja ka ametlikud soovitusel rahvusvahelist võrdlust võimaldavate tabelnimistute kohta (vt 5.6 osa). Teistes tabeldustes võimaldab RHK hierarhiline struktuur märkimisväärset paindlikkust erinevate rühmituste tegemiseks.

RHK kolme- ja neljakohalised rubriigid võimaldavad üsna suurt üksikasjalikkust. Neid kasutatakse vahel kogu andmeulatust katvate tabelite tegemiseks, mida ei pea avaldama, kuid mida säilitatakse keskametis, kust nõudmisel võib saada eri diagnoose puudutavat teavet. Sellel tasemel klassifikatsiooni kasutatakse ka nende spetsialistide poolt, kes huvituvad teatud piiratud ulatusega diagnooside detailsest uurimisest. Nende jaoks võib 5. ja 6. koodikoha tasemel lisada veelgi detaile, kui kodeerimist on tehtud täiendavate tärkidega, mis on antud RHK mõnede rubriikide osas, või siis klassifikatsioonide perest ühe erialasuundumusega kohaldise järgi.

Kuigi on tehtud kõigiti pingutusi, et kindlustada RHK neljakohaliste alajaotiste mõttekust ka üksikuna vaadates, tuleb neid vahel lugeda seoses kolmekohaliste jaotiste nimetustega. Seal, kus see nii on, on vaja kas kolmekohalisi rubriike (ja nende kooneid) kaasa arvata või kasutada neljakohaliste rubriikide jaoks spetsiaalselt kohaldatud nimetusi, mis on mõistetavad ka üksikuna vaadates. Kolmekohaliste koodide tasemel on olemas üle 2000 rubriigi, mis määratlevad kõiki seisundeid, mis võiksid pakkuda huvi rahva tervise seisukohalt.

RHK-10, 1. köites on ka tabelijaotiste eriloetelud (lk 435-451), mis on ette nähtud olukordade jaoks, kui kolmekohalise koodiga nimistu osutub liiga üksikasjalikuks ja mis on kavandatud nii, et oluliste haiguste ja haiguste rühmade rahvusvaheline võrdlus ei oleks nurjatud eri riikides kasutusel olevate eri rühmitamiste tõttu.

5.4 Soovitavad tabelijaotiste eriloetelud suremuse kohta

Suremuse tabelijaotiste eriloetelud on antud RHK-10 1. köites lk.435-444.

5.4.1 Koondloetelud (lühiloetelud)

Kaks koondloetelu (loetelu nr. 1 ja loetelu nr. 3) näevad ette üksiknimetusi RHK iga peatüki jaoks ja enamiku peatükkide osas identifitseerivad nad valikuliselt ka üksiknimetusi, koondades ülejäänud üksiknimetused pealkirja alla „Ülejäänud ...“, mis kindlustavad vastava peatüki täielikku hõlmamist. Nii koondavad nad RHK kolmekohaliste koodidega jaotiste kogu ulatuse käsitlemist võimaldavaks üksiknimetuste hulgaks mitmeks avaldamisotstarbeks.

5.4.2 Valikloetelud

Kaks valikloetelu, loetelu nr. 2 ja loetelu nr. 4, sisaldavad üksiknimetusi RHK enamiku peatükkide ulatuses nende seisundite ja välispõhjuste kohta, mis on olulised rahvastiku tervises seisundi seireks ning analüüsiks, samuti suremusega seotud terviseprobleemides nii riigi- kui ka rahvusvahelisel tasandil. Peatükkide koondeid ei ole ette nähtud ja vaid vähestel peatükkidel on jääkrubriike, mis võimaldavad selliseid koondeid saada.

5.4.3 Eesliidete kasutus suremuse tabeliloetelude määratlemiseks

Numbriliste eesliidete kasutamine üksiknimetuste numbrite ees väldib segadusi eri tabelijaotiste eriloetelude vahel, kus sama seisundi jaoks olevatel üksiknimetustel on erinevad numbrid. (Üksiknimetuste numbreid saab RHK neljakohalistest koodidest eristada, kuna viimastel on esimesel kohal täht). Juhul kui kohaldatud loetelu kasutatakse riigi või riigisiseseks otstarbeks, võib kasutada ka mõnda alternatiivset identifitseerivat eesliidet.

5.4.4 Kohapeal kavandatud loetelud

Neli tabelijaotiste eriloetelu kindlustavad enamikule riikidest adekvaatse teabeallika tähtsamate haiguste ja surma välispõhjuste kohta. Nad kergendavad ka ajalist võrdlust ja suhtelistes sagedustes toimunud nihete vaatlust, näiteks nakkushaiguste ja degeneratiivsete haiguste puhul, seoses terviseprogrammide jõustumisega. Nad võimaldavad võrdlust riigisiseste piirkondade ja rahvastiku alarühmade vahel. Lisaks võimaldavad nad mõttekaid surmapõhjuste rahvusvahelisi võrdlusi.

Kui rahvusvahelisi võrdlusi ei ole vaja, võib tabelijaotiste eriloetelude sarnaseid loetelusi kavandada kohalikuks kasutuseks. Selliste loetelude RHK rubriigid võib valida ja rühmitada mistahes kohasemal ja vajalikumal viisil. Eriloetelusi võib vaja minna näiteks paljude kohalike terviseprogrammide edenemise seirel haigestumuse ja suremuse osas.

Kui tabelijaotiste eriloetelusi kohaldatakse riigi vajadustele või kui tabeliloetelu töötatakse välja mõne uue või eriprojekti jaoks, on kasulik teha test, kus lihtsalt loetledes igasse kolmekohalisse jaotisesse langevate juhtude arvu, tehakse kindlaks, missuguste seisundite puhul on sobiv laiadesse rubriikidesse rühmitamine ja kus peaks olema vajalik alajaotiste kasutamine.

Kui kohalik loetelu on koostatud, peab koondjaotiste võti sisaldama tuumik-klassifikatsiooni kolme- või neljakohalisi koodi.

5.5 Haigestumuse tabelijaotiste eriloetelu

5.5.1 Kirjeldus

Haigestumuse tabelijaotiste loetelu sisaldab 298 üksikasjalikku nimetust. Haigestumuse loetelu on koondloetelu, millesse iga jaotis on kaasatud ainult ühel korral ja koondeid haiguste rühmade ja RHK peatükkide kohta võib saada järjestikuste üksiknimetuste liitmise teel.

Haigestumuse loetelu on kavandatud alusena riigis kasutatavatele loeteludele ja riikidevahelise võrdluse jaoks. Riigi tasandil kasutatavad loetelud võivad vastavalt vajadusele olla kokku seatud tuumikklassifikatsiooni koondades või laiendades. Loetelu sobib haiglaravil haigete hooldusandmete jaoks ja koos vastava kohaldusega - iseäranis mõnede üksiknimetuste koondamisega ja XVIII peatükki (Sümp-tomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbed) ning XXI peatükki (Tervise seisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega) puudutavate üksiknimetuste laiendamisega - muudest allikatest pärit teabe jaoks, nagu seda on ambulatoorne hooldus ja uuringud. Kui kohalik loetelu on kokku seatud, peab võti koondjaotiste jaoks sisaldama tuumikklassifikatsiooni kolme- (või nelja-) kohalisi koode.

Haigestumuse loetelu kaasab tärniga jaotiste koodinumbreid kasutamiseks juhul, kui tärniga kood kaksikklassifitseerimiseks on analüüsi kaasa arvatud. Loetelu võib kasutada kas ristil põhinevate või tärnil põhinevate tabeldamiste jaoks ja seepärast on tähtis näidata igas tabelis, missugust alust on kasutatud.

5.5.2 Haigestumuse tabelijaotiste eriloetelu modifitseerimine vastavalt riigi nõuetele

Kui RHK kolmekohaliste rubriikide esinemissageduste uurimise järel tundub vajalik olevat loetelu laiendada, võib mõnesid üksiknimetusi RHK jaotiste ulatuses alajaotada vastavalt tuumikklassifikatsioonile või isegi neljanda koodikoha tasemele. Kui soovitatud loetelu arvatakse olevat liiga üksikasjalik või kui nõutakse lühemat loetelu, võib teha valiku lähtudes riigi või kohalikest terviseprobleemidest. Olenevalt riigi „epidemioloogilisest profiilist“ võib loetelu lühendamiseks jaotisi kombineerida.

5.6 Soovitused rahvusvahelisteks võrdlusteks ette nähtud statistiliste tabelite suhtes

5.6.1 Statistilised tabelid

Põhjuse, soo, vanuse ja geograafilise piirkonna järgi risttabeldamisel sõltub detail-suse määr nii statistika eesmärgist kui ka ulatusest, samuti praktilistest piirangutest statistiliste andmete tabeldamisel. Järgmised näidised, mis on kavandatud rahvusvahelise ühildatavuse edendamiseks, kujutavad endast mitmesuguste tunnuste väljendamise standardseid viise. Kui avaldatud tabelites (näiteks vanuse järgi rühmitamisel) kasutatakse erinevat klassifikatsiooni, peaks see olema kooskõlla viidav ühega soovitatud rühmitustest:

- a) Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni järgi tehtav analüüs olgu, nagu on kohane, kooskõlas:

- I. kolmekohaliste jaotiste üksikasjaliku loeteluga, kas koos neljakohaliste alajaotistega või ilma nendeta;
 - II. ühega suremuse tabelijaotiste eriloeteludest;
 - III. haigestumuse tabelijaotiste eriloeteluga.
- b) Üldotstarbel vanuse järgi klassifitseerimine:
- I. alla 1 aasta, üksikute aastate kaupa kuni 4 aastani, vanusrühmad 5 aasta kaupa 5-st kuni 84 aastani, 85-aastased ja vanemad;
 - II. alla 1 aasta, 1-4 aastat, 5-14 aastat, 15-24 aastat, 25-34 aastat, 35-44 aastat, 45-54 aastat, 55-64 aastat, 65-74 aastat, 75 aastat ja üle selle;
 - III. alla 1 aasta, 1-14 aastat, 15-44 aastat, 45-64 aastat, 65 aastat ja üle selle.
- c) Klassifitseerimine piirkonna järgi olgu, nagu kohane, vastavuses järgneva:
- I. iga suurem administratiivjaotus;
 - II. iga 1 000 000 elanikuga või üle selle linn või hiidlinn; vastasel korral suurim linn vähemalt 100 000 elanikuga;
 - III. 100 000 elanikuga ja üle selle riiklik linnapiirkondade kogum;
 - IV. vähem kui 100 000 elanikuga riiklik linnapiirkondade kogum;
 - V. maapiirkondade üleriiklik kogum.

1. märkus: Punkti c puudutav statistika peaks sisaldama linna ja maa kasutatavate mõistete määratlusi.

2. märkus: Riikides, kus surmapõhjuse arstlik tõendamine on puudulik või piirdub teatud piirkondadega, tuleb arstlikult tõendamata surmasid puudutavad arvud eraldi avaldada.

5.6.2 Surmapõhjuste tabeldamine

Surmapõhjuste statistika teatud piirkonna kohta olgu vastavuses ülaltoodud soovitusena a)I. või kui see pole võimalik, siis soovitusena a)II. Surmasid tuleks eelistatavalt klassifitseerida soo ja vanusrühma järgi, nagu on soovitusena b)I.

Surmapõhjuste statistika soovitusena c) toodud piirkondade kohta peaks vastama soovitusena a)II. või kui see ei ole võimalik, soovitusena a)III. Neid tuleks eelistatavalt tabeldada soo ja vanusrühmade järgi, nagu on soovitusena b)II.

5.7 Vililase-, perinataal-, neonataal- ja imikusuremust puudutavad normatiivid ja esitamismõõdud

Järgnevad määratlused on Maailma Tervishoiuassamblee poolt tunnustatud vastuvõetavateks nii rahvusvaheliseks võrdluseks sobiva statistika kui ka lähteandmete esitamismõõde jaoks. Tervishoiuassamblee poolt vastuvõetavateks tunnustatud määratlused on esitatud ICD-10 I köites lk 1233-1238 ja et oleks käepärasem on nad selles köites järgnevalt veel kord toodud.

5.7.1 Määratlused

Elussünd

Elussünd on eostusvilja emast täielik väljutamine (väljasurumine või -tõmbamine) sõltumata raseduse kestusest; pärast seesugust eraldamist emast see eostusvili

hingab ja avaldab muid elutunnuseid, nagu südamelöögid, nabaväädi pulsatsioon või taatele alluvate lihaste ilmsed liigutused, kusjuures nabaväät on kas läbi lõigatud või mitte ja platsenta veel kinnitunud. Igat sellist sünnivilja loetakse elussündinuks.

Loote surm (surnultsündinud vililane)

Loote surm on eostusvilja surm enne tema emast täielikku väljutamist, sõltumata raseduse kestusest; surmale osutab asjaolu, et pärast seesugust eraldamist vililane ei hinga ega avalda ka muid elutunnuseid, nagu südamelöögid, nabaväädi pulsatsioon või taatele alluvate lihaste ilmsed liigutused.

Sünnikaal

Vililase või vastsündinu esimene sünnijärgselt saadud kaal.

Elussündide korral mõõdetagu sünnikaalu eelistatavalt esimesel elutunnil enne, kui on toimunud märgatav sünnijärgne kaalukaotus. Ehkki statistilistel tabeldamistel on sünnikaalu jaoks ette nähtud rühmitused 500 g kaupa, ei tohiks sünnikaalu kirja panna sellist rühmitamist kasutades. Registreerida tuleb tegelik kaal sellises täpsusastmes, milles ta mõõdetud.

Määratlused „väike“, „väga väike“ ja „äärmiselt väike“ sünnikaal ei moodusta üksteist vastastikku välistavaid jaotisi. Oma piiridest allpool on nad kõikesisaldavad ja seetõttu kattuvad (st „väike“ sisaldab ka „väga väikest“ ja „äärmiselt väikest“, „väga väike“ aga „äärmiselt väikest“ sünnikaalu).

Väike sünnikaal – vähem kui 2500 g (kuni ja kaasa arvatud 2499 g).

Väga väike sünnikaal – vähem kui 1500 g (kuni ja kaasa arvatud 1499 g).

Äärmiselt väike sünnikaal – vähem kui 1000 g (kuni ja kaasa arvatud 999 g).

Raseduskestus

Raseduskestust mõõdetakse alates viimase normaalse menstruaalperioodi esimesest päevast. Raseduskestust väljendatakse täispäevades või -nädalates, mis on möödunud eelmainitud päevast (st sündmused, mis toimuvad 280-286 päeva pärast viimase normaalse menstruaalperioodi algust loetakse 40. rasedusnädala vältel toimunuteks).

Raseduskestus on sageli segaduste allikas, kui selle arvutamine põhineb menstruaalkuupäevadel. Viimase normaalse menstruaalperioodi esimese päeva kuupäevast sünnituse kuupäevani kestnud rasedusvältuse arvutamisel tuleb meeles pidada, et esimene päev on 0-päev, mitte aga 1. päev, päevad 0-6 vastavad järelikult „täitunud 0-nädalale“, päevad 7-13 aga „täitunud 1. nädalale“ ja tegeliku raseduse 40. nädal on sünonüüm „täitunud 39 nädalaga“. Juhul, kui viimase normaalse menstruaalperioodi täpset aega ei teata, peab raseduskestuse määramine põhinema parimal kliinilisel hinnangul. Arusaamatuste vältimiseks tuleks tabeldamistes näidata nii nädalad kui päevad.

Enneaegne (laps)

Vähem kui 37 täis-rasedusnädalal (vähem kui 259 päeva) sündinu.

Ajaline (laps)

Pärast 37 täis-rasedusnädalat kuni vähem kui 42 täis-rasedusnädalani (259 kuni 293 päeva) sündinu.

Ülekantud (laps)

Pärast 42 täis-rasedusnädalat või hiljem (294 päeva või rohkem) sündinu.

Perinataalperiood

Perinataalperiood algab 22 täis-rasedusnädala (154 päeva) möödumisel (aeg, mil sünnikaal on normaalselt 500 g) ja lõpeb 7 päeva täissaamisel pärast sündi.

Neonataalperiood

Neonataalperiood algab sünni ajal ja lõpeb 28 päeva täissaamisel pärast sündi. Neonataalsurmasid (esimese 28 täissaanud elupäeva jooksul elusaltsündinute hulgas esinenud surmajuhte) võib jaotada varajasteks neonataalsurmadeks, kui laps suri esimese 7 elupäeva kestel ja hilisteks neonataalsurmadeks, kui surm saabus pärast 7. elupäeva, kuid enne 28 elupäeva täissaamist.

Lapse vanus esimesel elupäeval (0-päeval) juhtunud surma korral tuleb kirja panna täitunud eluminutites või -tundides. Teise (1. päeva), kolmanda (2. päeva) ja kuni 27 täissaanud elupäeva korral tuleb lapse vanus surma ajal registreerida päevades.

5.7.2 Esitamiskriteeriumid

Seadusnõuded vililase surmade ja elussündide registreerimiseks on erinevad riigiti ja vahel isegi riigisisesealt. Kui on võimalik, peavad statistikas olema kajastatud kõik vililased ja imikud, kes sünnil kaaluvad vähemalt 500 g, olgu nad elusad või surnud. Kui sünnikaalu kohta teavet ei ole, kasutatagu raseduskestuse (22 lõppenud rasedusnädalat) või kehapikkuse (25 sm pealaest kannani) vastavaid kriteeriume. Kriteeriume, otsustamaks, kas sündmus toimus perinataalperioodi jooksul, rakendatagu järgmises järjestuses: 1) sünnikaal, 2) raseduskestus, 3) pikkus pealaest kannani. 500 - 1000 g kaaluvate vililaste ja imikute kaasaarvamist riigi statistikasse tuleb soovitada nii sisulise väärtuse tõttu kui ka sellepärast, et nii parandatakse 1000 g ja üle selle kaaluvate vililaste kohta teadustamise täielikkust.

5.7.3 Statistika rahvusvaheliste võrdluste jaoks

Äärmiselt väikese sünnikaaluga rühma kaasamine rahvusvahelisteks võrdlusteks kasutatavasse statistikasse kahjustab võrdluste kehtivust ja seda ei soovitata teha. Riigid peavad korraldama registreerimis- ja teatamisprotseduure selliselt, et sündmused ja nende statistikasse kaasa arvamise kriteeriumid oleksid kergesti kindlaks tehtavad. Vähem valminud vililased ja imikud, kes nendele kriteeriumidele ei vasta (s.o kaaludes vähem kui 1000 g) tuleks perinataalstatistikast välja jätta, välja arvatud juhul, kui vastupidiseks on olemas seaduslikud või muud kehtivad põhjendused, mispuhul nende kaasamine peab olema selgesti näidatud. Kui sünnikaal, raseduskestus ja pikkus pealaest kandadeni ei ole teada, tuleks vastav juht perinataalperioodi suremusstatistikasse pigem kaasa arvata kui sealt välja jätta. Riigid peaksid esitama ka sellist statistikat, milles kõikide määrade ja kordajate lugeja ja nimetaja piirduks 1000 g ja rohkem kaaluvate (määrad ja kordajad kaalu järgi) vililaste ja imikutega; kui teavet sünnikaalu kohta pole saada, siis kasutatagu vastavat raseduskestust (28 täisnädalat) või kehapikkust (35 sm pealaest kannani).

Vililase-, perinataal-, neonataal- ja imikusuremusstatistika esitamisel määratagu, kus iganes võimalik, väärendite tõttu esinenud surmade arv elussündide ja surnult sündinud vililaste arvu suhtes ja sünnikaalude 500-999 g ning 1000 g ja

rohkem suhtes. Väärarendite tõttu esinenud neonataalsurmasid tuleb alajaotada varajasteks ja hilisteks. See info võimaldab esitada perinataal- ja neonataalsuremuse statistikat koos väärarenditest tingitud surmadega või ilma nendeta.

Määrad ja kordajad

Avaldatud määrade ja kordajate puhul peaks alati olema täpsustatud nimetaja, s.o elussündide arv või kõikide sündide arv (elussünnid ja vililaste surmad kokku). Riikidel soovitatakse avaldada allpool loetletud määrad ja kordajad, või nendest nii paljud, kui andmekogumissüsteemid võimaldavad.

Vililaste suremusmäär:

$$\frac{\text{Vililaste surmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times 1000$$

Vililaste suremuskordaja:

$$\frac{\text{Vililaste surmade arv}}{\text{Kõikide sündide arv}} \times 1000$$

Vililaste suremuskordaja kaalu järgi:

$$\frac{1000\text{g ja rohkem kaaluvate vililaste surmade arv}}{\text{Kõikide 1000g ja rohkem kaaluvate sündide arv}} \times 1000$$

Varajane neonataalsuremuskordaja:

$$\frac{\text{Varajaste neonataalsurmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times 1000$$

Varajane neonataalsuremuskordaja kaalu järgi

$$\frac{\text{Sünnil 1000g ja rohkem kaaluvate imikute varajaste neonataalsurmade arv}}{1000\text{g ja rohkem kaaluvate elussündide arv}} \times 1000$$

Perinataalsuremusmäär:

$$\frac{\text{Vililaste surmade ja varajaste neonataalsurmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times 1000$$

Perinataalsuremuskordaja:

$$\frac{\text{Vililaste surmade ja varajaste neonataalsurmade arv}}{\text{Kõikide sündide arv}} \times 1000$$

Perinataalsuremuskordaja on vähemalt 500 g kaaluvate (või kui sünnikaalu ei teata, siis pärast 22. lõppenud rasedusnädalat sündinud, või vähemalt pikkusega 25 sm pealaest kannani) vililaste surmade arv koos varajaste neonataalsurmade arvuga kõikide sündide arvust 1000 juhu kohta. Erinevate nimetajate tõttu suremuskordajates, ei ole perinataalsuremuskordaja tingimata võrdne vililaste suremuskordaja ja varajase neonataalsuremuskordaja summaga.

Perinataalsuremuskordaja kaalu järgi:

$$\frac{1000\text{g ja rohkem kaaluvate vililaste surmade arv} + \text{sünnil 1000g ja rohkem kaaluvate imikute varajaste neonataalsurmade arv}}{\text{Kõikide 1000g ja rohkem kaaluvate sündide arv}} \times 1000$$

Neonataalsuremuskordaja:

$$\frac{\text{Neonataalsurmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times 1000$$

Neonataalsuremuskordaja kaalu järgi:

$$\frac{\text{Sünnil 1000g ja rohkem kaaluvate imikute neonataalsurmade arv}}{1000\text{g ja rohkem kaaluvate elussündide arv}} \times 1000$$

Imikusuremuskordaja:

$$\frac{\text{Kuni üheaastaste surmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times 1000$$

Imikusuremuskordaja kaalu järgi:

$$\frac{\text{Elussündide hulgas sünnil 1000g ja rohkem kaaluvate imikute surmade arv}}{1000\text{g ja rohkem kaaluvate elussündide arv}} \times 1000$$

5.7.4 Perinataalsuremuse põhjuste esitamine

Perinataalsuremuse statistika, mis on saadud selleks otstarbeks soovitatud tõendivormi alusel (vt 4.3.1 osa) on kõige tulemuslikum, kui rakendatakse kõigi esitatud seisundite täieulatuslikku hulgi põhjusanalüüsi. Kui sellist analüüsi teostada ei saa, tuleb miinimumiks pidada vililasel või imikul esinenud peamise haiguse või seisundi (a-osa) ja vililast või imikut mõjutanud ema peamise seisundi (c-osa) analüüsimist, kasutades nende kahe seisunditerühma risttabeldamist. Kui on vaja valida ainult üks seisund (näiteks kui varajasi neonataalsurmasid tuleb lülitada kõikides vanustes esinenud surmade üksikpõhjusi käsitlevatesse tabelitesse), valitagu vililase või imiku peamine haigus või seisund (a-osa).

Vanuse järgi klassifitseerimine imikusuremuse eristatistika jaoks:

- 1) Esimesel elunädalal üksikute päevade kaupa (alla 24 tunni, 1, 2, 3, 4, 5, 6 päeva), 7-13 päeva, 14-20 päeva, 21-27 päeva, 28 päeva ja üle selle kuni 2 kuuni (2 kuud kaasa arvamata), siis üksikute elukuude kaupa 2 kuust kuni 1 aastani (2, 3, 4 ... 11 kuud).
- 2) Alla 24 tunni, 1-6 päeva, 7-27 päeva, 28 päeva ja üle selle kuni 3 kuuni (3 kuud kaasa arvamata), 3-5 kuud, 6 kuud kuni alla 1 aasta.
- 3) Alla 7 päeva, 7-27 päeva, 28 päevast kuni alla 1 aasta (=kuni ühe aasta täitumiseni).

Vanuse järgi klassifitseerimine varajase neonataalsuremuse jaoks

- 1) Alla 1 tunni, 1-11 tundi, 12-23 tundi, 24-47 tundi, 48-71 tundi, 72-167 tundi.
- 2) Alla 1 tunni, 1-23 tundi, 24-167 tundi.

Sünnikaalu järgi klassifitseerimine perinataalsuremuse statistika jaoks:

500 g kaaluintervallide, s.o 1000-1499 g jne, kaupa.

Raseduskestuse järgi klassifitseerimine perinataalsuremuse statistika jaoks:

Alla 28 nädalat (alla 196 päeva), 28-31 nädalat (196-223 päeva), 32 -36 nädalat (224-258 päeva), 37-41 nädalat (259-293 päeva), 42 nädalat ja üle selle (294 päeva ja üle selle).

5.8 Emasuremust puudutavad normatiivid ja esitamisnõuded

5.8.1 Määratlused

Emasurm

Emasurm on naise surm kas raseduse ajal või 42 päeva jooksul raseduse lõppemisest. See ei sõltu raseduse kestusest ega paikmest ja on tingitud põhjusest, millel on seos rasedusega või mis süvenes raseduse või mõne sellega seotud menetluse tõttu, kuid mis ei ole tingitud ei õnnetuslikest ega juhuslikkudest põhjustest.

Hiline emasurm

Hiline emasurm on naise surm sünnitusabiga seotud otseste või kaudsete põhjuste tõttu vähemalt 42 päeva pärast raseduse lõppu, kuid vähem kui ühe aasta möödumist.

Rasedusega seoses olev surm

Rasedusega seoses olev surm on naise surm kas raseduse ajal või 42 päeva jooksul pärast raseduse lõppemist, sõltumata surmapõhjusest.

Emasurmasid tuleb jaotada kahte rühma:

Otseselt sünnitusabiga seotud surmad: need, mis tulenevad rasedusseisundi (rasedus, sünnitus, sünnitusjärgne periood) sünnitusabiga seotud tüsistustest, sekumistest, tegematajätmistest, ebaõigest ravist või mõnest eeltoodust tulenenud sündmusteahelast.

Kaudselt sünnitusabiga seotud surmad: need, mis tulenevad eelnevalt olemasolnud haigusest või haigusest, mis arenes raseduse ajal ja mis ei olnud tingitud otsestest sünnitusabiga seotud põhjustest, kuid süvenes raseduse füsioloogilise toime tõttu.

Et emasuremuse andmete kvaliteeti parandada ja kindlustada andmete kogumise alternatiivseid meetodeid raseduse vältel või sellega seoses esinenud surmade suhtes, samuti et ergutada hiljem kui 42 päeva pärast raseduse lõppemist sünnitusabiga seotud põhjustel esinenud surmade registreerimist, võttis 43. Maailma Tervishoiuassamblee 1990. aastal vastu soovitus, et riigid kaalutleksid olemasoleva raseduse ja 1 aasta jooksul enne surma esinenud raseduse kohta küsimuste kaasmist surmatõenditele.

5.8.2 Rahvusvaheline aruandlus

Emasuremuse rahvusvaheliseks aruandluseks arvestatagu erinevate määrade ja kordajate arvutamisel ainult nende emasurmadega, mis esinesid enne 42-päevase viiteperioodi lõppemist, kuigi riigi tasandil analüüsimisel on ka hilisemate emasurmade registreerimine kasulik.

5.8.3 Avaldatud emasuremuskordajad

Avaldatud emasuremuskordajad peavad alati täpselt määratlema lugejat (registreeritud emasurmade arvu), mis võib olla antud järgmiselt:

- otseselt sünnitusabiga seotud registreeritud surmajuhtude arv või
- sünnitusabiga seotud (otseste + kaudsete) registreeritud surmajuhtude arv.

Tuleb märkida, et HIV-tõve (B20-B24) ja sünnitusabiteetanuse (A34) tõttu esinenud emasurmad on kodeeritud I peatükki. Tuleb hoolt kanda seesuguste juhtude kaasa arvamiseks emasuremuskordajasse.

5.8.4 Nimetajad emasuremuse jaoks

Emasuremuse arvutamiseks kasutatav nimetaja olgu täpsustatud kas elussündide arvuna või kõikide sündide (elussünnid + vililasesurmad) summana. Juhul, kui mõlemad nimetajad on kättesaadavad, tuleb avaldada arvutused kummagi suhtes.

Määrad ja kordajad

Tulemusi tuleb väljendada lugeja määrana nimetaja suhtes, korrutatult k -ga (kus k võib olla kas 1000, 10000 või 100000, nii nagu seda riik eelistab ja määrab). Emasuremusmäärasid ja k -kordajaid võib niisiis järgmiselt väljendada:

Emasuremuskordaja:

$$\frac{\text{Emasurmade (otseste ja kaudsete) arv}}{\text{Elussündide arv}} \times k$$

Otsese sünnitusabisuremuse määr:

$$\frac{\text{Ainult otsese sünnitusabiga seoses olevate surmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times k$$

Rasedusega seoses oleva suremuse määr:

$$\frac{\text{Rasedusega seoses olevate surmade arv}}{\text{Elussündide arv}} \times k$$

5.9 Täpsustamata põhjuste alla kuuluvate surmajuhtude osatähtsus

Surmapõhjustest suure osa paigutumine XVIII peatükki (Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbep) osutab vajadusele kontrollida ja hinnata nende tabeldatud andmete kvaliteeti, mis on paigutatud täpsustatud põhjustena muudesse peatükkidesse.

5.10 Haigestumus

Haigestumuse kohta on olemas laias valikus kõikvõimalikke teabeallikaid. Riigi või piirkondlikul tasandil analüüsimiseks on kõige kohasemad need andmed, mis võimaldavad teha mõningat arvestust haiguste esinemissageduse kohta või vähemalt nende haiguste kohta, millega satutakse arstliku või haiglahoolduse alla. Esmajoones tervisehoolduse episoodide puudutavate andmete kohta on vaja, kus see kohane, rakendada haiguste põhjuste registreerimiseks ja üheainsa seisundi valimiseks ette nähtud ametlikult kokkulepitud juhendeid ja määratlusi. Muud tüüpi andmed nõuavad kohalike reeglite väljaarendamist.

Haigestumusstatistika probleemid algavad „haigestumuse“ enese määratlusest. Haigestumusstatistika parandamiseks on liikumisruumi palju. Haigestumusandmete rahvusvahelised võrdlused on käesoleval ajal võimalikud ainult väga piiratud ulatuses ja selgesti määratletud eesmärkidel. Haigestumuse riigi ja piirkondlikul tasandil olevat teavet tuleb interpreteerida arvestades selle infoallikat ning teades

andmete kvaliteedi, diagnostilise usaldatavuse ja demograafiliste ning sotsiaalmajanduslike iseärasuste tausta.

5.11 Vajalikud ettevaatusabinõud juhuks, kui tabeliloetelud sisaldavad vahekoondeid

Nendele, kes andmeid töötlevad, ei tarvitse alati silmnähtav olla, et mõned üksikpunktid tabeliloeteludes on tegelikult vahekoondid; näiteks jaotisrühmade nimetused, RHK-10 nelja koodikohaga loetelu korral kolmekohaliste jaotiste nimetused, samuti haigestumuse tabeliloetelude koondvariantides üksikpunktid peatükkide nimetuste jaoks. Summasid arvutades jäetagu niisugused punktid välja, vastasel korral loendatakse juhte rohkem kui üks kord.

5.12 Väikese rahvaarvuga seotud probleemid

Rahvastiku suurus on üks teguritest, mida tuleb arvestada, kui rahvastiku tervise seisundit suremus- ja haigestumusandmete abil hinnatakse. Väikese rahvaarvuga riikides jäävad sündmuste arvud aasta kohta lühiloetelude paljudes jaotistes väga väikesteks ning nad võivad aastast aastasse juhuslikult kõikuda. See on iseäranis nii eri vanusrühmade ja soo suhtes. Probleeme saab leevendada ühe või mitme järgmise abinõuga:

- RHK rubriikide suurte rühmituste, nagu peatükid, kasutamine või esitamine;
- andmete kogumine pikema perioodi kohta, s.o võttes kokku eelneva kahe aasta andmeid koos jooksva aasta omadega ja „liikuva keskmise” arvutamine;
- (5.6.1, b) ja (5.7.4) soovitatud vanusrühmadest kõige suuremate kasutamine.

See, mis kehtib väikese rahvaarvuga riikide suhtes, osutub üldjoontes õigeks ka suuremate riikide rahvastiku alarühmade osas. Terviseküsimuste uurimisel rahvastiku alarühmades tuleb arvesse võtta iga alarühma suuruse mõju kasutatud analüüsimeetodile. Üldiselt on seda nõuet tunnustatud siis, kui on tegemist valimiuuringutega, kuid kui uurimine puudutab eri rühmade terviseprobleeme kogu riigi rahvastikus, jäetakse see tihti arvestamata.

5.13 „Tühjad lahtrid” ja väikese esinemissagedusega lahtrid

Ükskõik missugust põhjuste loetelu ka kasutatakse, võidakse leida, et statistilise tabeli teatud lahtrites juhte ei esine. Kui tabelis on tühje ridu palju, siis vääriv kaalumist avaldatud tabelist või arvuti väljatrükist seesuguste ridade ärajätmine. Kui riigis esineb mingi haiguse üksik juht, võib vastav rida avaldatud tabelist regulaarselt välja jätta ja võib lisada joonealune märkus, milles osutatakse, et juhte kas ei esinenud või kui esines sporaadiliselt, siis missuguses lahtris juht oleks märgitud.

Väga väikeste esinemissagedustega lahtrite suhtes, iseäranis nende osas, mis puudutavad oodatavalt mitte esinevaid haigusi, on oluline teha kindlaks, et juhte siiski esines ja nad ei tulenenud kodeerimis- ega töötlemisveast. Seda tuleb teostada andmete üldise kvaliteedikontrolli osana.

6. ICD kujunemislugu

6.1 Varasem ajalugu

Väljapaistev Austraalia statistik Sir George Knibbs omistas haiguste süstemaatilise klassifitseerimise esimese katsetuse au Francois Bossier Lacroix'le (1706-1777), keda rohkem tuntakse Sauvages'i nime all, kes esimesena katsetas haigusi süstemaatiliselt klassifitseerida (10). Sauvages'i ulatuslik traktaat avaldati „*Nosologia methodica*” nimetuse all. Sauvages'i kaasaegseks oli suur metodoloog Linnaeus (Linné, 1707-1778), kelle üks traktaatidest kandis nime-tust „*Genera morborum*”. 19. sajandi alguses oli haiguste klassifikatsioonidest kõige üldisemal kasutusel Edinburghist pärit William Culleni (1710-1790) oma, mis oli avaldatud 1785. aastal „*Synopsis nosologiae methodicae*” nimetuse all.

Kõigil praktilistel eesmärkidel algas haiguste statistiline uurimine siiski juba sajandi võrra varem John Graunti poolt Londoni surmatõendite põhjal tehtud tööga. Selle teerajaja poolt ette nähtud klassifitseerimisviisi iseloomustab tema püüe hinnata nende ellusündinud laste osatähtsust, kes surid enne 6 aasta vanuseks saamist, seejuures omamata mingeid dokumente vanuse kohta surma ajal. Ta võttis arvesse kõik surmad, järgmiselt liigitatuna: soor, krambid, rahhiit, hambad ja ussid, enneaegsed, krüsoomid, imikud, „*livergrown*” ja löövetega ning lisas nendele pooled surmadest, mida oli liigitatud rüugete, searüugete (*swinepox*), leetrite ja krampe mitte põhjustanud usside alla. Vaatamata selle klassifikatsiooni rohmakusele, näib Graunti hinnang 36 %-lise suremuse kohta enne 6-aastaseks saamist olevat olnud hea hilisema tõenduse järgi otsustades. Sellal, kui kolm sajandit on mingil määral kaasa aidanud haiguste klassifitseerimise teaduslikule täpsusele, on veel palju neid, kes klassifitseerimisraskuste tõttu seavad kahtluse alla haiguste statistika või isegi surmapõhjuste statistika kasulikkuse. Nendele võiks tsiteerida major Greenwoodi sõnu „Teadus-purist, kes meditsiinilise statistika suhtes tahab oodata, kuni see on nosoloogiliselt täpne, pole targem Horatiuse-aegsest talupojast, kes ootas, et jõgi ära voolaks” (11).

Ennetava meditsiini edendamise õnneks leidis Inglismaa ja Walesi Üldregistreerimisamet oma asutamisajal, 1837. a. William Farr (1807–1883) - oma esimese meditsiinistatistiku - näol mehe, kes mitte ainult tegi parima võimaliku sel ajal tarvitusel olnud puudulike haigusklassifikatsioonide kasutamisel, vaid töötas ka selle nimel, et kindlustada paremaid klassifikatsioone ning rahvusvahelist ühtsust nende kasutamisel.

Farr leidis tolle aja riiklikes teenistustes kasutusel olevat Culleni klassifikatsiooni. Seda ei olnud töödeldud arstiteaduse edusammude sissetoomiseks ja Farr ei pidanud seda statistilisel otstarbel rahuldavaks. Üldregistreerimisameti (*Registrar General*) Esimeses Aastaruandes (12) arutles ta seepärast põhimõtete üle, mis peaksid juhtima haiguste statistilist klassifitseerimist ja nõudis tungivaltp ühtsustatud klassifikatsiooni vastuvõtmist järgneval viisil:

Ühtse statistilise klassifikatsiooni, kuigi veel puuduliku, eelised on nii ilmsed, et on üllatav, et Surmatõendite Ametis ei ole selle kasutuselevõtmisele tähelepanu pööratud. Paljudel juhtudel tähistatakse üht haigust kolme või nelja terminiga ja üht ning sama terminit rakendatakse paljude erinevate haiguste suhtes: kasutusel on ebamääraseid ja mittesobivaid nimetusi või registreeritakse tüsistusi primaarsete haiguste asemel. Sellel uurimisalal on nomenklatuuril samasugune tähtsus kui kaaludel ja mõõtetel füüsika-teadustes ja see nomenklatuur tuleb viivitamatult luua.

Mõlemad, nii nomenklatuur kui ka statistiline klassifikatsioon, olid Farril pideva uurimise ja arutlemise objektiks tema iga-aastastes „Kirjades” Üldregistreerimisametile ja need kirjad avaldati Üldregistreerimisameti aastaaruannetes. Surmapõhjuste ühtse klassifitseerimise kasulikkust tunnustati Brüsselis 1853. a. peetud Esimesel Rahvusvahelisel Statistikkongressil nii kindlalt, et William Farr ja Marc d'Espine'il Genfist paluti ette valmistada rahvusvaheliselt vastuvõetav ühtne surmapõhjuste klassifikatsioon. Järgmisel kongressil Pariisis 1855.

a. esitasid Farr ja d'Espine kumbki omaette loetelu, mis olid loodud väga erinevatel põhimõtetel. Farri klassifikatsioonis olid haigused paigutatud viide rühma: epideemilised haigused, konstitutsionaal- või üldhaigused, paiksed haigused, mis olid korraldatud vastavalt anatoomilisele paikmele, arengupuuded ja haigused, mis on vägivalla otseseks tagajärjeks. D'Espine klassifitseeris haigusi nende loomuse järgi (podagrast tingitud, herpeetilised, verehaigused jne). Kongress tunnistas vastuvõetavaks 139 rubriigiga kompromissloetelu. 1864. a. töötati see klassifikatsioon Pariisis Farri mudeli alusel ümber ning järgnevalt töödeldi teda veel edaspidi 1874., 1880. ja 1886. aastal. Kuigi seda klassifikatsiooni kunagi tervikuna ei aktsepteeritud, jäi Farri poolt pakutud üldkorraldus, mis tõi sisse haiguste klassifitseerimispritsiibi anatoomilise paikme järgi, Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu alusena püsima.

6.2 Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu vastuvõtmine

Rahvusvaheline Statistikainstituut (*the International Statistical Institute*), mis oli Rahvusvahelise Statistika kongressi järeltulijaks, tegi oma koosolekul Viinis 1891. a. Pariisi Statistika teemistuse ülema Jacques Bertilloni (1851-1922) poolt juhitud komiteele ülesandeks valmistada ette surmapõhjuste klassifikatsioon. Huvitav on märkida, et Bertillon oli tuntud botaaniku ja statistiku Achille Guillard'i lapselaps (Guillard oli see, kes 1853. a. toimunud Esimesel Rahvusvahelisel Statistika kongressil esitas resolutsiooni, mis nõudis Farril ja d'Espine'il ette valmistada ühtset klassifikatsiooni). Selle komitee aruanne kanti Bertilloni poolt ette Rahvusvahelise Statistika instituudi koosolekul Chicagos 1893. a. ja tunnistati koosolijate poolt vastuvõetavaks. Bertilloni komitee poolt ette valmistatud klassifikatsioon põhines Pariisis kasutusel oleval klassifikatsioonil, mis 1885. a. väljaandest peale kujutas endast sünteesi Inglise, Saksa ja Šveitsi klassifikatsioonidest. Klassifikatsioon põhines Farri poolt kasutusele võetud põhimõtetel, mis eristasid üldhaigusi ning haigusi, mis jaotuvad teatud elundi või anatoomilise paikme järgi. Kooskõlas Šveitsi Föderaalse Statistika büroo direktori L. Guillaume'i soovitusel tehtud Viini kongressi instruksioonidega võttis Bertillon kasutusele kolm klassifikatsiooni: neist esimene oli 44 nimetusega lühiklassifikatsioon, teine 99 nimetusega ja kolmas 161 nimetusega klassifikatsioon.

Bertilloni Surmapõhjuste Klassifikatsioon, nagu teda esialgu nimetati, sai üldise heakskiidu osaliseks ning ta võeti kasutusele mitmes riigis, samuti paljudes linnades. Esimesena kasutas seda klassifikatsiooni Põhja-Ameerikas Jesús E. Monjarás San Luis de Potosí (Mehhiko) statistika jaoks (13). 1898. a. soovitas Ameerika Rahvatervishoiu Assotsiatsioon (*the American Public Health Association*) oma Ottawas (Kanada) toimunud koosolekul Kanada, Mehhiko ja Ameerika Ühendriikide registraatoritel võtta kasutusele Bertilloni klassifikatsioon. Ühtlasi soovitas Assotsiatsioon, et klassifikatsiooni tuleks iga kümne aasta järel taastöödelda.

Rahvusvahelise Statistika instituudi koosolekul Kristiaanias 1899. a. esitas Bertillon aruande klassifikatsiooni väljaarendamise kohta, kaasates sinna Ameerika Rahvatervishoiu Assotsiatsiooni soovitusel kümne aasta järgsete taastöötluste suhtes. Rahvusvaheline Statistika instituut võttis siis vastu järgmise resolutsiooni (14):

Rahvusvaheline Statistika instituut, olles veendunud erinevates riikides võrreldava nomenklatuuri kasutamise vajalikkuses:

kogeb hea meelega, et 1893. a. esitatud surmapõhjuste nomenklatuurisüsteem on kasutusele võetud kõikide Põhja-Ameerika, mõnede Lõuna-Ameerika ja mõnede Euroopa statistikaametite poolt;

nõuab kindlalt, et see nomenklatuurisüsteem võetaks põhimõtteliselt ning muutmatult kasutusele kõigi Euroopa statistikaasutuste poolt;

kiidab vähemalt üldjoontes heaks iga kümne aasta tagant tehtava taastöötluse süsteemi, mida pakkus välja Ameerika Rahvatervishoiu Assotsiatsioon oma Ottawa sessioonil (1898);

soovitab tungivald nendel statistikaametitel, kes veel ei ole sellega ühinenud, seda viivitamatult teha ja aidata seega kaasa surmapõhjuste nomenklatuuri võrreldavusele.

Sellest lähtudes kutsus Prantsuse valitsus 1900. a. augustis Pariisis kokku esimese rahvusvahelise konverentsi Bertilloni ehk Rahvusvahelise Surmapõhjuste Klassifikatsiooni taastöötlemiseks. Sellel konverentsil osales delegaate 26 riigist. 21. augustil 1900. a. võeti vastu 179 rühmast koosnev üksikasjalik surmapõhjuste klassifikatsioon ja 35 rühmast koosnev lühendatud klassifikatsioon. Tunnustati kümne aasta järgsete taastöötluste soovitavust ja Prantsuse valitsusele esitati taotlus, kutsuda järgmine koosolek kokku 1910. aastal. Tegelikult viidi järgmine konverents läbi 1909. aastal ja Prantsuse valitsus kutsus järgnevad konverentsid kokku 1920., 1929. ja 1938. a.

Bertillon jätkas oma tegevust juhtiva jõuna Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu edendamisel ja 1900., 1910. ning 1920. a. taastöötlustel tehti tema juhtimisel. Olles rahvusvahelise konverentsi peasekretär, saatis ta 1920. a. väljaande projekti enam kui 500 isikule, paludes nendelt kommentaare. Tema surm 1922. a. jättis selle rahvusvahelise konverentsi juhtiva jõuta.

Rahvusvahelise Statistikainstituudi 1923. a. sessioonil tunnustas Michel Huber, Bertilloni järeltulija Prantsusmaal, seda juhtimispuudust ja tegi ettepaneku, et Rahvusvaheline Statistikainstituut taastaks Rahvusvahelise Surmapõhjuste Klassifikatsiooni suhtes oma 1893. a. seisundi ja teeks koostööd teiste rahvusvaheliste organisatsioonidega järgnevate väljaannete ettevalmistamisel. Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsioon ilmutas samuti aktiivset huvi rahvastikustatistika vastu ja määras statistikaekspertide komisjoni, et uurida haiguste ja surmapõhjuste klassifitseerimist ning selgitada ka muid meditsiinilise statistika alaseid probleeme. E. Roesle, Saksa Tervishoiubüroo Meditsiinilise Statistika Teenistuse ülem ning ekspertstatistikute komisjoni liige, valmistas ette monograafia, mis esitas 1920. a. Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu rubriikide laiendamise ettepanekud, mis osutuks vajalikuks juhul, kui klassifikatsiooni rakendataks haigestumusestatistika tabeldamiseks. See hoolikas uurimus avaldati Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsiooni poolt 1928. a (15). Et mõlema keskuse tööd koordineerida, loodi rahvusvaheline komisjon, tuntud „segakomisjoni“ nime all, milles oli Rahvusvahelisest Statistikainstituudist ja Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsioonist võrdsel arvul esindajaid. Nimetatud komisjon kavandas ettepanekud Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu neljanda (1929) ja viienda (1938) väljaande jaoks.

6.3 Viies kümne aasta järgne taastöötlemiskonverents

Viies rahvusvaheline konverents Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu taastöötlemiseks kutsuti nagu eelnevad konverentsidki kokku Prantsuse valitsuse poolt ja seda peeti Pariisis 1938. a oktoobris. Konverents kiitis heaks kolm loetelu: 200 nimetusega üksikasjaliku loetelu, 87 nimetusega vahepealse loetelu ja 44 nimetusega lühendatud loetelu. Peale loetelude kaasaegsete teadussaavutustega kooskõlastamise, iseäranis nakkus- ning parasiithaiguste peatükkides ja peale muudatuste tegemise puerperaalseisundeid ning õnnetusi puudutavates peatükkides, muutis konverents üksiknimetuste sisu, arvu ja numeratsiooni nii vähe kui võimalik. Koostati ka surnultsündide põhjuste loetelu ja see kiideti konverentsil heaks.

Mis puutub haiguste klassifitseerimist haigestumusstatistika jaoks, tunnustas konverents kasvavat vajadust vastava loetelu järele, et täita üksteisest suurel määral erinevate organisatsioonide, nagu haiglate, tervisekindlustusorganisatsioonide, sõjameditsiiniteenistuste, tervishoiuvalitsuste ja taoliste organite statistikavajadusi. Seetõttu võeti vastu järgmine resolutsioon (16):

2. *Rahvusvahelised Haiguste Loetelud*

Pidades tähtsaks rahvusvahelistele surmapõhjuste loeteludele vastavate rahvusvaheliste haiguste loetelude koostamist:

Konverents soovitas, et Rahvusvahelise Statistika-instituudi ja Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsiooni poolt määratud ühendkomitee võtaks koos ekspertide ja asjast huvitatud organisatsioonide esindajatega ette rahvusvahelise haiguste loetelu ettevalmistamise nii, nagu 1929. a.

Kuni toimub haiguste rahvusvaheliste loetelude koostamine, soovitas konverents, et riikides kasutusel olevaid eri loetelusid ühtlustataks, niivõrd kui see on võimalik, üksikasjaliku Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loeteluga (andes sulgudes loetelus olevate peatükkide numbrid, pealkirjade ja alapealkirjade nimetused).

Edasi soovitas konverents, et Ühendriikide valitsus jätkaks surma ühis põhjuste statistilise töötlemise alaseid uuringuid, väljendades seda järgmises resolutsioonis (16):

3. Surmatõend ja surmapõhjuste valimine juhtudel, kui on antud rohkem kui üks põhjus (surma ühis põhjustes)

Kuna 1929. a oli Ühendriikide valitsus suuteline ette võtma uuringut tabeldamisele kuuluva peamise surmapõhjuse valimismeetodite ühtlustamisabinõudest nendel juhtudel, kui surmatõendil on nimetatud kaks või enam põhjust

ja kuna mitmes riigis koostatud või ettevalmistamisel olevad arvukad ülevaadet näitavad selle senini veel lahendamata probleemi tähtsust

ja kuna, vastavalt nende ülevaadetele, eri haiguste suremuskordajate rahvusvaheline võrreldavus nõuab mitte ainult peamise surmapõhjuse valikuprobleemi lahendamist tabeldamiseks, vaid ka rea muude küsimuste otsustamist, siis konverents

- 1) tänab soojalt Ühendriikide valitsust töö eest, mida see sellel alal on teinud või edendanud;
- 2) palub Ühendriikide valitsuselt nende uuringute jätkamist järgneva kümne aasta kestel, koostöös teiste riikide ja organisatsioonidega, mõnevõrra laiemal alusel ja
- 3) soovitas, et Ühendriikide valitsus määraks nende tulevikus tehtavate uuringute jaoks alamkomisjoni, mille koosseisu kuuluksid sellel alal ettevõetud uuringutes osalevate riikide ja organisatsioonide esindajad.

6.4 Eelnevad haiguste klassifikatsioonid haigestumusstatistika jaoks

Senistes aruteludes oli haiguste klassifitseerimist rõhutatud peaaegu tervenisti surmapõhjuste statistika jaoks. Farr mõistis siiski, et on soovitatav „sama nomenklatuurisüsteemi laiendada nende haiguste suhtes, mis ehkki mitte surmavad, põhjustavad elanikkonnas vaegurlust ja on loendatud sõjavägede, laevastike, haiglate, vanglate, vaimuhaigete varjupaikade, igat laadi avalike asutuste ja haigusseltside haiguste tabelites, samuti Iirimaa-taoliste riikide rahvaloendustel, kus loendatakse kogu rahva haigused” (9). Seepärast kaasas Farr oma *Haiguste nomenklatuuri ja statistilist klassifitseerimist puudutavasse aruandesse*, mis oli esitatud Teisele Rahvusvahelisele Statistikkongressile, haiguste üldloetelu nii enamiku nendest haigustest, mis kahjustavad tervist, kui ka surmavad haigused. Londonis 1860. a peetud Neljandal Rahvusvahelisel Statistikkongressil nõudis Florence Nightingale oma ettekandes „*Ettepanekud haiglastatistika ühtseks plaaniks*” Farri haiguste klassifikatsiooni vastuvõtmist haiglaravi vajavate haigusjuhtude tabeldamiseks.

Bertilloni surmapõhjuste klassifikatsiooni taastöötlemiseks toimunud Esimesel Rahvusvahelisel Konverentsil Pariisis 1900. a võeti vastu paralleelne haiguste klassifikatsioon statistika tarbeks. Paralleelne loetelu võeti vastu ka teisel konverentsil 1909. a. Mittesurmavate haiguste jaoks moodustati omaette jaotised, alajaotades surmapõhjuste klassifikatsiooni teatud rubriike kahte või kolme haigusrühma, millest igat tähistati tähega. Teise kümne aasta järgne taastöötamise tõlge inglise keelde, mille avaldas Ühendriikide Kaubandus- ja Töömi-

nisteerium 1910. a. oli pealkirjastatud nimetuse all „*Rahvusvaheline haiguste- ja surmapõhjuste klassifikatsioon*“ (International Classification of Causes of Sickness and Death). Hilisemad taastöötlused lülitasid mõned nendest rühmadest üksikasjalikku Rahvusvahelisse Surmapõhjuste Loetellu. Neljas rahvusvaheline konverents võttis vastu haiguste klassifikatsiooni, mis üksikasjalikust Rahvusvahelisest Surmapõhjuste Loetelust erines ainult selle poolest, et oli lisandunud 12 nimetuse edasised alajaotised. Kuid need rahvusvahelised haiguste klassifikatsioonid ei saavutanud üldist tunnustust, sest nad laiendasid vaid piiratult aluseks olevat surmapõhjuste loetelu.

Et ühtne haiguste klassifikatsioon, mida haiguste statistika jaoks võinuks rahuldaval viisil kasutada, puudus, pidasid paljud riigid vajalikuks oma loetelude ettevalmistamist. Kanada Dominiooni Tervishoiuüldnõukogu valmistas ette Standardse Haigestumuskoodeksi (Standard Morbidity Code) mis avaldati 1936. a. Selle koodeksi peamised alajotised kujutasid Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loetelu 1929. a väljaande 18 peatükki, mis olid alajaotatud umbes 380-sse täpsustatud haiguste jaotisesse. Viiendal rahvusvahelisel konverentsil 1938. a esitas Kanada delegaat selle loetelu modifikatsiooni, et võtta see aluseks rahvusvahelisele haiguste põhjuste loetelule. Kuigi selle ettepaneku suhtes midagi ette ei võetud, võttis konverents vastu eespool esitatud resolutsiooni.

1944. a. avaldati nii Ühendatud Kuningriigis kui ka Ameerika Ühendriikides esialgsed haiguste ja vigastuste klassifikatsioonid haigestumusstatistika tabeldamise tarbeks. Mõlemad klassifikatsioonid olid Kanada loetelust ulatuslikumad, kuid järgisid samuti Rahvusvahelises Surmapõhjuste Loetelust esitatud haiguste üldist korda. Briti klassifikatsioon oli ette valmistatud Meditsiiniuuringute Nõukogu Haiglate Haigestumusstatistika Komitee poolt, mis oli loodud 1942. a jaanuaris. Seda klassifikatsiooni nimetati *Haiguste ja vigastuste esialgseks klassifikatsiooniks* kasutamaks haigestumusstatistika koostamisel (17). Ta valmistati ette eesmärgiga anda skeem Ühendatud Kuningriigis haiglaravile võetud patsientide kohta statistika kogumiseks ja registreerimiseks, kasutades selleks haiguste ja vigastuste standardklassifikatsiooni ja ta oli valitsus- ja muude asutuste poolt kasutusel kogu riigis.

Mõned aastad varem, 1940. a augustis, avaldasid Ameerika Ühendriikide Rahvatervishoiuteenistuse peaarst ja Ühendriikide Rahvaloendusbüroo direktor haiguste ja vigastuste loetelu haigestumusstatistika tabeldamiseks (18). Koodeks valmistati ette Rahvatervishoiuteenistuse Rahvatervishoiu Meetodite Osakonna poolt koostöös peaarsti määratud konsultantide komiteega. 1944. a avaldati „*Käsiraamat haigusepõhjuste kodeerimiseks vastavalt haigestumusstatistika tabuleerimiseks ette nähtud diagnoosikoodile*“; see käsiraamat sisaldas diagnoosikoodi, kaasa arvatavate terminite tabelnimistut ja tähestikulist aineloomendit. Koodeksit kasutati paljudes haiglates, arvukates haiglate vabatahtliku kindlustuse ja meditsiinilise hoolduse plaanides ja ka Ühendriikide teiste asutuste poolt tehtavates eriuuringutes.

6.5 Surma ühispõhjuste alal tegutsev Ühendriikide komitee

Vastavalt Viienda Rahvusvahelise Konverentsi resolutsioonile moodustas Ameerika riigisekretär 1945.a surma ühispõhjuste alase Ühendriikide komitee Johns Hopkinsi Ülikooli biostatistika professori Lowell J. Reedi juhtimisel. Selle komitee liikmeteks ja konsultantideks oli kaasatud Kanada ning Ühendatud Kuningriigi valitsuste ja Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsiooni esindajaid. Komitee tunnustas üldist mõttesuunda haigestumus- ja suremusstatistika loetelude suhtes ning otsustas, et enne kui võtta käsile surma ühispõhjuste küsimus, oleks kasulik klassifikatsioone vaadelda haigestumuse ja suremuse seisukohalt, kuna ühispõhjuste probleem puudutas mõlemat statistikatüüpi.

Komitee võttis arvesse ka varasema rahvusvahelise konverentsi Rahvusvaheliste Haiguste Loetelude alase resolutsiooni selle osa, mis soovitas, et „riikides kasutuselolevad erisugused loetelud tuleb viia kooskõlla üksikasjaliku Rahvusvahelise Surmapõhjuste Loeteluga.“ Selle kohaselt on haiguste ja vigastuste klassifikatsioon surmapõhjuste klassifikatsiooniga tihedas seoses. Vaade, et seesugused loetelud on põhimõtteliselt erinevad, tuleneb ekslikust arvamusest, et Rahvusvaheline Loetelu on terminaalsete põhjuste klassifikatsioon,

kuna aga tegelikult põhineb ta sellel haigusseisundil, mis surmaga lõppeva sündmusteahela algatas. Komitee arvates pidi selleks, et nii haigestumus- kui ka suremusstatistika oleks maksimaalselt kasulik, mitte ainult haiguste klassifikatsioon olema mõlemal otstarbel võrreldav, vaid kui võimalik, olgu ainus loetelu.

Pealegi kasutas üha suurenev hulk statistilisi organisatsioone nii haigust kui ka surma kajastavaid meditsiinilisi dokumente. Isegi ainult haigestumusstatistikat koostavates organisatsioonides peab kodeerima nii surmavaid kui ka mittesurmavaid juhte. Seetõttu kergendab üksainus loetelu suurel määral nende kodeerimisoperatsioone. Ühtlasi annab ta ka ühise aluse haigestumus- ning suremusstatistika võrdlemiseks.

Seepärast moodustati alamkomisjon, mis valmistas ette Haiguste, Vigastuste ja Surmapõhjuste Esialgse Statistilise Klassifikatsiooni kavandi. Lõplik kavand võeti komitee poolt vastu pärast seda, kui teda oli mitmete asutuste poolt Kanadas, Ühendatud Kuningriigis ja Ameerika Ühendriikides tehtud katsetustulemuste alusel modifitseeritud.

6.6 Rahvusvaheliste loetelude kuues taastöötlus

1946. a juunis ja juulis New Yorgis peetud Rahvusvaheline Tervishoiukonverents (19) usaldas Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Ajutisele Komisjonile vastutuse:

vaadata üle olemasolev korraldus ja võtta ette säärane ettevalmistustöö, nagu see võib vajalik olla seoses:

1) „Rahvusvaheliste Surmapõhjuste Loetelude“ (kaasates Surmapõhjuste Statistika suhtes 1934. a rahvusvahelise kokkuleppega vastu võetud loetelud) järgmise kümne aasta järgse taastöötlusega; ja

2) Rahvusvaheliste Haigestumispõhjuste Loetelude sisseseadmisega.

Selle kohustuse täitmiseks moodustati Ajutise Komisjoni poolt ekspertide komitee Rahvusvaheliste Haiguste ja Surmapõhjuste Loetelude kuuenda kümne aasta järgse taastöötluse ettevalmistamiseks.

Nimetatud komitee, võttes haigestumuse ja suremuse klassifitseerimist puudutavat valitsevat arvamust täiel määral arvesse, vaatas surma ühispõhjuste alal tegutseva Ühendriikide komitee ette valmistatud eespool mainitud klassifikatsiooni uuesti läbi ja töötas selle ümber.

Valminud klassifikatsioon saadeti nimetuse all „*Rahvusvaheline Haiguste, Vigastuste ja Surmapõhjuste Klassifikatsioon*“ märkuste ja arvamuste saamiseks riikide valitsustele, kes valmistasid ette haigestumus- ja suremusstatistikat. Ekspertide komitee vaatas vastused läbi ja valmistas ette taastöötluse versiooni, kus olid sisse toodud muudatused, mis näisid parandavat klassifikatsiooni kasulikkust ja vastuvõetavust. Komitee koostas ka nende diagnostiliste terminite loetelu, mis pidid ilmuma klassifikatsiooni iga nimetuse all. Peale selle moodustati alamkomisjon, kelle ülesandeks oli ette valmistada klassifikatsiooni asjakohaste jaotiste alla klassifitseeritavate diagnostiliste väljendite ammendav tähestikuline aineleend.

Komitee vaatles ka haigestumus- ning suremusstatistika tabeldamiseks ja avaldamiseks olevate põhjuste eriloetelude struktuuri ja kasutusi, ning uuris haigestumusstatistika rahvusvahelise võrreldavusega seotud muid probleeme, nagu arstliku tõendi vormi ja klassifitseerimisreegleid.

Rahvusvaheliste Haiguste ja Surmapõhjuste Loetelude kuuendaks taastöötluseks ette nähtud rahvusvaheline konverents kutsuti Prantsuse valitsuse poolt kokku Pariisis 26.-30. aprillil 1948. a. Konverents tuli kokku vastavalt kokkuleppele, mis oli alla kirjutatud viienda taastöötluskonverentsi sulgemisel 1938. a. Konverentsi sekretariaat oli usaldatud ühiselt kompetentsetele prantsuse võimudele ja Maailma Tervishoiuorganisatsioonile, kes 1946. a Rahvusvahelisel Tervishoiukonverentsil valitsuste poolt otsustatud korralduste järgi olid teinud ettevalmistava töö (19).

Konverents võttis ekspertkomitee poolt ettevalmistatud klassifikatsiooni vastu kui Rahvusvaheliste Loetelude kuuenda väljaande (20). Ta vaatas läbi ka ekspertkomitee muud haigestumus- ja suremusstatistika koostamist, tabeldamist ning avaldamist puudutavad ettepanekud. Konverents kiitis heaks surmapõhjuse arstliku tõendi rahvusvahelise vormi, mis aktsepteeris surma algpõhjust tabeldamisele kuuluva põhjusena ja toetas selle valikureegleid, samuti haigestumus- ning suremusandmete tabeldamise eriloetelusid. Ta soovitas veel, et Maailma Tervishoiuassamblee võtaks vastu määrused MTO põhiseaduse artikkel 21(b) all, et juhendada liikmesriike haigestumus- ning suremusstatistika koostamisel kooskõlas Rahvusvahelise Statistilise Klassifikatsiooniga.

1948. a toetas Esimene Maailma Tervishoiuassamblee kuuenda taastöötluskonverentsi aruannet ja võttis vastu Maailma Tervishoiuorganisatsiooni määruse nr. 1, mis oli ette valmistatud konverentsi soovitude alusel. Rahvusvaheline klassifikatsioon, milles sisaldus jaotiste sisu määratlev kaasaarvatavate terminite tabelnimistu, lisati koos surmapõhjuse arstliku tõendivormiga, klassifitseerimisreeglitega ja eriloeteludega tabeldamiseks *Rahvusvahelisse Haiguste, Vigastuste ja Surmapõhjuste Statistilise Klassifitseerimise Käsiraamatusse* (21). Käsiraamat koosnes kahest köitest, kusjuures 2. köide oli vastavate jaotiste alla kodeeritud diagnostiliste terminite tähestikuline aineleend. Kuues kümne aasta järgne taastöötluskonverents tähistas rahvusvahelises rahvastiku- ja tervishoiustatistikas uue ajastu algust. Lisaks nii haigestumuse kui ka suremuse jaoks koostatud ammendava loetelu heakskiitmisele ja surma algpõhjuse valikuks rahvusvaheliste reeglitega nõustumisele soovitas konverents rahvusvahelise koostöö ulatusliku programmi vastuvõtmist rahvastiku- ja tervishoiustatistika alal. Tähtsaks punktiks selles programmis oli soovitus, et valitsused asutaksid rahvastiku- ja tervishoiustatistika riiklikud komiteed, et koordineerida riigi statistikaalast tegevust ja olla ühenduslülilik riigi statistikaametite ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni vahel. Edasi kavandati, et seesugused riiklikud komiteed uuriks kas omaette või koostöös teiste riiklike komiteedega rahvatervishoiu seisukohalt tähtsaid statistilisi probleeme ja teeksid oma uuringute tulemused Maailma Tervishoiuorganisatsioonile kättesaadavaks.

6.7 Seitsmes ja kaheksas taastöötlus

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni seitsmendaks taastöötluseks peetud rahvusvaheline konverents toimus Pariisis MTO korraldusel 1955. a. veebruaris (22). Kooskõlas MTO tervishoiustatistika-alase ekspertkomitee soovitusega piirdus see taastöötlus vigade ning ebatäpsuste oluliste muutmiste ning parandustega (23).

MTO poolt kokkukutsutud kaheksas taastöötluskonverents toimus Genfis 6.-12. juulil 1965.a (24). See taastöötlus oli radikaalsem kui seitsmes, kuid jättis kõikjal, kus iganes võimalik, muutmata klassifikatsiooni põhistruktuuri ja haiguste klassifitseerimise üldfilosoofia, jättes need pigem vastavaks haiguste etioloogiale kui eriilmingutele.

Aastail, mil seitsmes ja kaheksas väljaanne jõus olid, suurenes RHK kasutus haiglate meditsiinidokumentide kodeerimisel kiiresti ja mõned riigid valmistasid ette oma kohaldisi, mis võimaldasid lisada üksikasju RHK rakendamiseks.

6.8 Üheksas taastöötlus

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni üheksandaks taastöötlemiseks MTO poolt kokku kutsutud rahvusvaheline konverents toimus Genfis 30. septembrist kuni 6. oktoobrini 1975. a (25). Konverentsile eelnenud diskussioonidel püüti esialgu taotleda, et muutusi tehtaks võimalikult vähe, välja arvatud need, mis muudaksid klassifikatsiooni kaasaegsemaks. Seda peamiselt kulukuse tõttu, mis oli seotud iga klassifikatsiooni taastöötlusega kaasneva andmetöötlussüsteemide ümbertegemisega. Huvi RHK vastu oli ebatavaliselt kasvanud ja selle rahuldamiseks tuli leida teid, osalt klassifikatsiooni ennast modifitseerides ja osalt kodeerimise erimeetmeid rakendades. Arvukaid ettepanekuid olid teinud erialaselt, kes olid hakanud huvi tundma RHK kasutamise vastu nende endi statistika korraldamiseks. Mõned

ainevaldkonnad klassifikatsioonis arvati olevat mitesobivalt koostatud ja avaldati tunduvat survet klassifikatsiooni muutmiseks üksiasjalikumaks ja kohaldamiseks sobivamaks meditsiinilise hoolduse hindamisel, klassifitseerides selleks haigusseisundeid pigem selliste peatükkide alla, mis puudutasid tabatud kehaosa kui nende alla, mis käsitlesid aluseks olevat üldhaigust. Skaala teise otsa kuulusid ettepanekud nendest riikidest ja piirkondadest, kus üksikasjalik ja keerukas klassifikatsioon ei olnud kohane, kuid kes sellegipoolest vajasisid RHK-l põhinevat klassifikatsiooni, hindamaks oma edusamme tervisehoolduses ja haigus-tevastases võitluses.

Konverentsile esitatud ning selle poolt aktsepteeritud lõplikud ettepanekud säilitasid RHK põhistruktuuri, kuigi oli lisatud palju üksikasju neljakohaliste alajaotiste ning mõnede mittekohustuslike viiekohaliste alajaotiste tasemel. Nende kasutajate huvides, kes seesugust detailsust ei vajanud, tuli tagada, et kolmekohalise koodiga jaotised oleksid sobivad.

Nende kasutajate jaoks, kes soovisid koostada meditsiinilisele hooldusele orienteeritud statistikat ja aineeloendeid, sisaldas üheksas väljaanne diagnostiliste otsustuste klassifitseerimise mittekohustuslikku alternatiivmeetodit, kaasates teavet nii peamise üldhaiguse kui ka selle ilmingu (manifestatsiooni) kohta teatud elundis või paikmes. See süsteem sai tuntuks risti ja täрни süsteemina ja ta on säilitatud kümnendas väljaandes. Üheksandasse väljaandesse toodi sisse rida muid tehnilisi uuendusi eesmärgil suurendada selle paindlikkust eri olukordades kasutamisel.

29. Maailma Tervishoiuassamblee, võttes arvesse rahvusvahelise konverentsi soovitusi Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni üheksanda taastöötuse puhul, kiitis katsetamise otstarbel heaks puuete ja invaliidsuse ning meditsiinimenetluste lisaklassifikatsioonid Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni lisana, kuid mitte selle integraallosana trükkis avaldamiseks. Konverents tegi soovitusi ka rea seonduvate tehniliste küsimuste kohta: suremuse kodeerimisreegleid parandati mõnevõrra ja esmakordselt toodi sisse haiguste tabeldamiseks üheainsa põhjuse valiku reeglid; muudeti ja laiendati perinataalsuremuse-alase statistika jaoks antud määratlusi ja juhendeid ning anti soovitus perinataalsurma põhjuste tõendi kasutuselevõtuks; riike ergutati jätkama mitme seisundi üheaegse kodeerimis- ja analüüsimisalast tööd, soovitamata selleks mingeid ametlikke meetodeid; koostati ka uus põhitabelnimistu.

6.9 Ettevalmistused kümnendaks väljaandeks

Isegi juba enne üheksanda taastöötuse jaoks peetud konverentsi tegi MTO ettevalmistusi kümnendaks taastöötuseks. Mõisteti, et RHK kasutuse tohtu laienemine muutis vajalikuks selle struktuuri hoolika taasläbiarutamise, et välja töötada püsiv ja paindlik klassifikatsioon, mis ei nõuaks põhimõttelist taastöötlust paljude aastate kestel. Selletõttu kutsuti MTO Haiguste Klassifikatsiooni Koostöökeskusi üles katsetama RHK jaoks alternatiivstruktuuri-mudeleid.

Samuti oli selgeks saanud, et kehtestatud kümne aasta pikkune taastöötuste vaheaeg oli liiga lühike. Taastöötlemisprotsessiga tuli alustada tööd enne, kui RHKi kasutuselolev versioon oleks olnud piisavalt kaua rakendatud, et seda oleks võimalik igakülgsest hinnata, ja vajadus konsulteerida väga paljude riikide ja organisatsioonidega muutis taastöötusprotsessi väga pikalevenitatuks. Seetõttu kirjutas MTO peadirektor liikmesriikidele ja sai nendelt nõusoleku lükata kümnnes taastöötlemiskonverents, mis esialgu oli kavandatud 1985. aastaks, edasi kuni 1989. aastani ning kümnenda väljaande esitamine, mis pidi toimuma 1989. a, viia edasi veelgi hilisemale ajale. Lisaks loale katsetada RHK struktuuri suhtes alternatiivsete mudelitega andis see aega RHK-9 hindamiseks, näiteks mõne MTO regionaalameti poolt organiseeritud kokkutulekul ja ka peakorterit poolt organiseeritud ülevaadete kaudu.

Järgnes ulatuslik tööprogramm, mis kulmineerus RHK kümnendas väljaandes ja mida on kirjeldatud I köites esitatud Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni kümnenda taastöötuse jaoks peetud rahvusvahelise konverentsi aruandes.

6.10 Lisa. Nomenklatuuri määrused haiguste ja surmapõhjuste kohta (kaasa arvatud statistika koostamine ja publitseerimine)

Kahekümmes Maailma Tervishoiuassamblee,

võttes arvesse suremuse ja haigestumuse statistika võrreldavas vormis koostamise ja publitseerimise tähtsust;

arvestades Maailma Tervishoiuorganisatsiooni põhiseaduse artikleid 2 (s), 21 (b), 22 ja 64, kehtestab kahekümneteisel mail 1967.a. nomenklatuuri määrused; neid määrusi võib nimetada MTO nomenklatuuri määrusteks.

1. artikkel

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni liikmeid, kelle suhtes need määrused 7. artikli kohaselt jõustuvad, nimetatakse edaspidi liikmeteks.

2. artikkel

Suremuse ja haigestumuse statistikat koostavad liikmed peavad seda tegema vastavalt Maailma Tervishoiuassamblee periooditi kehtestatud haiguste, vigastuste ja surmapõhjuste rahvusvahelise statistilise klassifikatsiooni väljaandele. Seda klassifikatsiooni võib nimetada Rahvusvaheliseks Haiguste Klassifikatsiooniks.

3. artikkel

Koostades ja avaldades suremuse ja haigestumuse statistikat nõustuvad liikmed nii palju kui võimalik Maailma Tervishoiuassamblee soovitustega klassifikatsiooni, kodeerimise menetluse, ealise rühmitamise, identifitseeritavate maa-alade ja muude asjakohaste määratluste ning standarditega.

4. artikkel

Liikmed koostavad ja avaldavad iga kalendriaasta kohta oma kodumaa tervikliku maaala ja selle osade surmapõhjuste statistika, mille suhtes informatsioon on olemas ning peavad näitama selle statistikaga hõlmatud piirkonda.

5. artikkel

Liikmed peavad tarvitusele võtma surmapõhjuste niisuguse arstliku tõendi, mis võimaldab sedastada surma põhjustavaid või soodustavaid haiguslikke seisundeid või vigastusi selge osutusega surma algpõhjusele.

6. artikkel

Vastavalt Põhiseaduse 64. artiklile peab iga liige nõudmise korral varustama organisatsiooni (MTO) käesolevate määruste kohaselt ettevalmistatud statistikaga, mis ei ole edastatud põhiseaduse 63. artikliga.

7. artikkel

1. Need määrused jõustuvad 1. jaanuaril 1968.a.

2. Need määrused peavad jõustumisjärgselt, arvestades siinkohal võimaldatud erandeid, asendama niihästi nende määrustega omavahel seotud liikmete suhtes kui ka nende liikmete ja organisatsiooni suhtes 1948.a Nomenklatuuri määruste ja nende hilisemate väljaannete korraldused.

3. Maailma Tervishoiuassamblee käesolevate määruste 2. artiklile vastav Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni mistahes väljaanne peab jõustuma Maailma Tervishoiuassamblee määratud kuupäeval ja peab võimaldatud erandeid arvestades asendama mistahes varemast klassifikatsioonist.

8. artikkel

1. Organisatsiooni põhiseaduse 22 artikli täitmiseks ette nähtud tagasilükkamise või lisatingimuste esitamise periood on kuus kuud arvates peadirektori teatest nende mää-

ruste vastuvõtmise kohta Maailma Tervishoiuassamblees. Mistahes tagasilükkamine või lisatingimused, mis saabuvad peadirektorile pärast selle tähtaja möödumist, on toime-
tud.

2. Selle artikli 1. paragrahvi korraldused on samuti kehtivad Maailma Tervishoiuassamblee poolt käesolevate määruste 2. artikli täitmist taotleva Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni mistahes hilisema väljaande suhtes.

9. artikkel

Nende määruste või Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni või selle mistahes väljaande tagasilükkamist või lisatingimuste esitamist kas kogu ulatuses või osaliselt võib igal ajal tagasi võtta peadirektori teadustamise teel.

10. artikkel

Peadirektor teatab kõigile liikmeile käesolevate määruste vastuvõtmise, Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni mistahes väljaande kehtestamise, samuti 8. ja 9. artikli põhjal temale saabunud mistahes teadustuse kohta.

11. artikkel

Käesolevate määruste originaaltekst deponeeritakse organisatsiooni arhiivis. Peadirektor saadab selle tõestatud koopiad kõigile liikmeile. Pärast nende määruste jõustumist peadirektor saadab tõestatud koopiad Ühinenud Rahvaste peasekretärile registreerimiseks vastavalt Ühinenud Rahvaste Harta 102. artiklile.

Heas usus oleme alla kirjutanud Genfis 22. mail 1967.a

allkirjad:

V.T.H. Gunaratne

Maailma Tervishoiuassamblee president

M.G. Candau

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni peadirektor

Kirjandus

1. *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*, second ed. Geneva, World Health Organization, 1990.
2. *Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)*. Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. *Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC)*. New York, American Cancer Society, 1968.
4. *Systematized nomenclature of pathology (SNOP)*. Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
6. *International classification of procedures in medicine (ICPM)*. Vols 1 and 2. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, World Health Organization, 1980.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization; for details of individual volumes, see text.
9. *Sixteenth annual report*. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical journal of Australia*, 1929, 1:2-12.
11. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. *First annual report*. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p.99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, 1912.
14. *Bulletin of the Institute of International Statistics*, 1900, 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Geneva, League of Nations Health Organization, 1928 (document C.H. 730).
16. *International list of causes of death*. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).

-
19. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 11, 23.
 20. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 2, 110.
 21. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Sixth revision*. Geneva, World Health Organization, 1949.
 22. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Geneva, World Health Organization, 1955 (unpublished document WHO/HS/7 Rev.Conf./17 Rev. 1; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
 23. *Third report of the Expert Committee on Health Statistics*. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
 24. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva, World Health Organization, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
 25. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. Volume 1. Geneva, World Health Organization, 1977.