

# **„Patsiendikindlustuse seadus“**

**„Välditavate ravitüüstuste ja patsiendi ohuhtumite  
süsteemi analüüs ja ettepanekud“**

**Marko Murruste kaastöö**

**TÜ Kliinikum  
Kirurgiikliinik, vanemarst**

**Tartu 14.10.2016**

## Sisukord

1. Mõisted.....	3
2. Menetlustüsistuste esinemine, registreerimise, raporteerimine .....	4
2.1. Menetlustüsistuste esinemine .....	4
2.2. Menetlustüsistuste registreerimise põhiprintsiibid .....	4
2.3. Menetlustüsistused diagnooside kuval .....	7
2.4. Menetlustüsistuste registreerimine .....	9
2.4.1. Menetlustüsistuse põhjusliku grupi valimine.....	10
2.4.2. Menetlustüsistuste meditsiiniline olemus. ....	12
2.4.3. Menetlustüsistuste raskuse hindamine .....	12
3. Menetlustüsistuste tagajärjel tekkinud tervisekahjude grupeerimine .....	14
3.1. Ideoloogia.....	14
3.2. Tervisekahjude karakteristikud .....	15
3.3. Tervisekahjude raskusastmed .....	15
3.3. Tervisekahjude raskusastmete grupiline iseloomustus .....	16
3.3.1. I aste – kerged tervisekahjud .....	17
3.3.2. II aste – mõõdukad tervisekahjud .....	18
3.3.3. III aste – keskmised tervisekahjud.....	20
3.3.4. IV aste – rasked tervisekahjud.....	22
3.3.5. V aste – väga rasked tervisekahjud .....	24
3.3.6. VI aste – ülirasked tervisekahjud.....	25
4. Menetlustüsistuste ja ohujuhtumite tagajärjel tekkinud tervisekahjude kompenseerimine.....	26
5. Patsiendi ohutuse tagamise meetmed.....	27

## 1. Mõisted

Vältimaks segadusi edasistest mõttekäikudest arusaamisel on oluline defineerida olulisemad mõisted, mis edaspidises tekstis ette tulevad.

1. Patsiendi (meditsiiniline) **menetlus** – diagnostiliste ja ravi protseduuride ning meditsiiniliste toimingute (näiteks patsiendi hooldus, jälgimine, profülaktika võtted) kogum, mida patsiendile rakendatakse.  
Kuna käesolev seadus peaks katma kõik patsiendi ja meditsiini kokkupuutel tekkivad võimalikud tervisekahjud, siis on edasises tekstis loobutud vaid mõnest meditsiinilise menetluse etapist (ravi, diagnostika, hooldus, jne) rääkimisest.  
Menetlus haarab ka patsiendi võimalike ohujuhtumite ja sellega seostuvate potentsiaalsete tervisekahjude tekke (sest need saavad tekkida vaid menetluse käigus).
2. **Põhihaigus** – patsiendi menetlemist algatanud peamine (tavaliselt ka menetluse edasises käigus kõige olulisem) haigus.
3. **Põhihaiguse tüsistused** – põhihaiguse käigus tekkinud ja selle haigusega seostatavad ning kulgu raskendavad muutused.
4. **Kaasuvad haigused** – põhihaiguse tõttu menetletaval patsiendil esinevad kaasuvad haigused (mille menetlusvajadus võib olla väga erineva mahuga).
5. **Menetlustüsistused** – kõik kõrvalekalded normaalsest patsiendi meditsiinilise menetluse kulust.  
Ehk pikemalt – kõik kõrvalekalded normaalsest diagnostika- ja raviprotseduuride ning muude meditsiiniliste toimingutejärgsest (näiteks patsiendi hooldus, jälgimine, profülaktika võtted) kulust. Just see on „Patsiendikindlustuse seaduse“ objekt!  
Menetlustüsistuste hulka kuuluvad ka minimaalsete sümptomidega või asümptomaatilised kõrvalekalded (näiteks hematoom haavas). Need on muutused, mille teke ei ole soovitatav ja mis tavaliselt raskendavad patsiendi menetluse kulgu.  
Käesoleva seaduse mõttes on sobivam kasutada mõistet menetlustüsistused, sest see katab kõik patsiendi meditsiinilise menetluse käigus tekkivad tüsistused (vrld ravitüsistused, diagnostikatüsistused jne).
  - a. **Välditavad menetlustüsistused** – patsiendi meditsiinilisest menetlusest tingitud tüsistused, mille tekke tõenäosust oleks saanud vähendada vastavate ohutusmeetodite rakendamisel. Välditavuse üle saab otsustada tuginedes tõenduspõhise meditsiini (domineerivatele?) seisukohtadele – kas vastava tüsistuse tekkimise tõenäosuse vähendamiseks on profülaktilisi võtteid. Kui profülaktilised võtted on olemas ja neid ei rakendatud, siis klassifitseerub vastav juht välditavaks menetlustüsistuseks.
  - b. **Mittevälditavad menetlustüsistused** – need patsiendi menetlusest tingitud tüsistused, mille tekke tõenäosust ei oleks saanud vähendada – see tähendab vastava tüsistuse profülaktilisi võtteid oli rakendatud, või spetsiifilisi profülaktilisi meetmeid pole olemas.
6. Menetluse **kõrvalnähud** – menetlusvõttejärgsed paratamatud muutused (näiteks jäseme amputatsioonijärgne püsiv puue tingituna jäseme kaotusest).
7. Menetluse **ebaedu** – patsiendi menetluse halb tulemus vaatamata meditsiinilises mõttes igati korrektsele ja õigeaegsele tegevusele (osalise ebaedu näide on pahaloolumulise kasvaja korral mitte-eemaldatava kasvaja jäämine organismi kui

kasvajast tingitud tüsistused õnnestus kõrvaldada, täieliku ebaedu korral ei õnnestu patsiendi heaks midagi teha vaatamata kaasaegse meditsiini kõikidele võimalustele).

8. Patsiendi **ohujuhtumid** – soovimatu või ootamatu juhtum, mille tagajärjel oleks võidud või kahjustati patsiendi tervist.
9. **Raviviga** – haiguse ravimisel eksimine (näiteks ravitaktika, -meetodi või -ajastusega).

## 2. Menetlustüsistuste esinemine, registreerimise, raporteerimine

Patsiendikindlustuse seaduse loojate poolt oli tööülesanne: „Tüsistuste ja ohujuhtumine alase teabe dokumenteerimise ja andmete tsentraalse kogumise ja/või kohustusliku raporteerimise süsteemi osas ettepanekute tegemine“.

### 2.1. Menetlustüsistuste esinemine

Menetlustüsistuste tõenäolist arvu Eestis prognoosida ei saa.

Kõige suurem risk nende tekkeks on invasiivses meditsiinis, eriti kirurgilistel operatsioonidel. Arvestades seda, et Eestis tehakse orienteeruvalt 100 000 operatsiooni aastas ja on teada rahvusvahelisest statistikast, et sõltuvalt operatsioonide keerukusest esineb menetlustüsistusi 3-30% juhtudest, siis võib tõepäraste andmete laekumise korral kalkuleerida kirurgilistel erialadel vähemalt 5 000 – 20 000 juhuga aastas. Prognoositav vahemik on nii suur seetõttu, täpsemad andmed operatsioonide täpse statistika kohta polnud kättesaadavad, vastasel korral saaks rahvusvaheliste võrdlusandmete alusel tuletada täpsema prognoosi.

Vähemalt 5-10% tüsistunud juhtude osakaalu kinnitab ka TÜ Kliinikumi ja PERHi viimase 1-2 aasta statistika.

Kirurgiliste erialade tüsistustele lisanduvad kõikide teiste erialade menetlustüsistused.

Nii rahvusvahelised analüüsid kui ka TÜ Kliinikumi analüüside andmed näitavad, et suur osa (enamuse analüüsid ca 50%) menetlustüsistustest on mittevällditavad (st tüsistunud menetluse läbiviimisel ei esine ilmselgeid kõrvalekaldeid ravijuhenditest ja/või tõenduspõhise meditsiini seisukohtadest, need olid tehtud piisava hoolega järgides „arstlikku head tava“). Teistpidi – umbes pooled menetlustüsistustest on potentsiaalselt vällditavad. See on ka üks olulisi tõukejõude menetlustüsistuste registreerimiseks – „Teades probleemi olemust saab tegeleda selle ennetusega!“.

### 2.2. Menetlustüsistuste registreerimise põhiprintsiibid

Menetlustüsistuste registreerimisel tuleb oluliseks pidada järgmisi printsiipe:

1. Keskendumine ainult ravi tüsistustele oleks põhjendamatult kitsas, sest arvestatav hulk tüsistusi võib tekkida diagnostika protseduuride ja muude meditsiiniliste toimingute käigus (seda eriti ühe enam agressiivse ja invasiivse diagnostika ajastul). Seega on parem kasutada mõistet menetlustüsistused, mis hõlmab enda alla kõikvõimalikud meditsiinilised tegevused patsiendil.

2. Kuna menetlustüsistuse välditavuse või mittevälditavuse üle peab alati otsustama juhupõhiselt, siis ei saa keskenduda ainult välditavate menetlustüsistuste registreerimise süsteemile – süsteem peab hõlmama kõiki menetlustüsistusi, mis tekkida võivad.  
Kõikide menetlustüsistuste registreerimise kohustuse täiendav eelis on täpse ülevaate saamine menetlustüsistuste esinemisest. See annab võimaluse tegeleda nende tüsistuste ennetusega (seega on see oluline ravikvaliteedi instrument).
3. Küsimuse: „Kas menetlustüsistus klassifitseerub välditavaks või mittevälditavaks?“ (käesoleva seaduse mõttes) peab otsustama erapooletu ekspert või ekspertkomisjon, mis on „Patsiendikindlustuse fondi“ poolt/juurde moodustatud.  
Alternatiiv oleks menetlustüsistuste välditavuse üle otsustamiseõiguse jätmine TTO’le, ent siin on kaks puudust:
  - a. risk erapoolikute otsuste tekkeks (TTO ei ole huvitatud sellest, et esinevad tüsistused oleks klassifitseeritud välditavateks),
  - b. erinevate haiglaliikide arstide professionaalne tase on erinev (seega ühe taseme teadmisega võib väita, et antud menetlustüsistus ei olnud välditav, samas kaasaegsete teadmiste seisukohalt võib tüsistuse klassifitseerida välditavaks, sest on leitud võimalused tüsistuse tekke tõenäosust vähendada).

TTO tegelevad (vähemalt peaksid tegelema) tüsistuste analüüsiga niikuinii ja eneseanalüüsi seisukohalt arutavad tüsistuse välditavuse läbi. Aga sellise eneseanalüüsi tulemus ei sobi patsiendile tervisekahju üle otsustamisel.

Lisaks arvestades potentsiaalsete kannatanud patsientide meditsiinilist ebapädevust on vägagi tõenäoline, et paljudel juhtudel pöörduakse kompensatsiooni saamiseks ka haiguse tüsistuste korral (kui haiguse kulg on raske/üliraske ja tüsistunud, siis patsient ei pruugi aru saada, kas tegemist on haiguse tüsistustega või menetlustüsistustega, patsient on huvitatud kompensatsioonist, sest „tal läks halvasti ja ta pole menetluskuluga rahul“!). Ka nende juhtude üle otsustamisel on vaja erapooletu eksperdi arvamust.

4. Patsiendi ohujuhtumite registreerimiseks eraldi süsteemi loomine ei ole mõttekas, see peaks toimuma sarnaselt menetlustüsistustele. Nii kohustuslikkuse aspektist kui ka IT-lahenduste poolt. Menetlustüsistuste klassifikaatorisse tuleb selleks lisada ohujuhtumite peatükk.
5. Menetlustüsistuste registreerimise tuleb muuta kohustuslikuks kogu meditsiini süsteemi ulatuses, sest patsiendi tervisekahjud võivad tekkida ka kõige väiksemamahuliste menetluste juures.
  - a. Printsip on lihtsalt rakendatav praeguste IT lahenduste juures vaid nendel juhtudel, kus patsiendi menetlus, menetlustüsistuse teke ja selle dokumenteerimine toimub ühe TTO juures.  
See võib toimuda sama ravijuhu piires või hiljem avaldunud tüsistuse korral, patsiendi uuel pöördumisel, uue ravijuhu piires.  
Esimese taseme seose: ravijuht – selle juhu menetlustüsistus, loomine on praeguse tervishoiu statistika IT-lahenduste juures lihtne.

Teise taseme (täpsema) seose: ravijuht, selle käigus toimunud menetlusvõtted – vastavate menetlusvõtete tuisistused, loomine on võimalik vaid nende menetlusvõtete puhul, mille klassifikaatorid on olemas (näiteks NCSP koodiga seostatav menetlustuisistus). Nii on see IT-lahendusena olemas praegu menetlustuisistusi registreerivates raviasutustes.

**Probleem:**

Kogu meditsiini süsteemi ulatuses menetlustuisistuste täpne (mis menetlusvõtte konkreetset viis tuisistuse tekkele) registreerimine praegu rakendada ei saa, sest puudub kogu meditsiini hõlmav menetluste klassifikaator. Seega kui tuisistus tekib TTO-l sellise menetlusvõtte käigus, millel puudub kood, siis ei ole menetlustuisistust millegagi siduda (saab siduda vaid juhuga, ent mitte protseduuriga).

**Lahendus:**

Nendes situatsioonides, kus puudub menetlusvõtte kood, tuleb menetlustuisistus registreerida vastavalt „Menetlustuisistuste registreerimise printsiipidele“ ja siduda tuisistus vaid ravijuhuga, täpsustamata tuisistunud menetlusvõtet (näiteks „Statsionaarse ravi täpsustamata protseduur“ või „Intensiivravi täpsustamata protseduur“ ja sama mustri järgi ka „Ambulatoorse ravi täpsustamata protseduur“).

- b. Menetlustuisistuse avaldumine pärast esmast ravijuhtu ja tekkinud tuisistuse tõttu uue TTO poole pöördumine.

**Probleem:**

Menetlustuisistuste registreerimine muutub raskeks juhtudel, kui patsient pöördub tekkinud tuisistuse tõttu uue TTO poole. Seega esmase, tuisistusele viinud menetluse on teinud TTO, kellel puudub informatsioon hiljem avaldunud menetlustuisistuse tekkest ja seetõttu ta ka seda tuisistust registreerida ei saa.

**Lahendused:**

Kaasaegne mõistlik lahendus oleks ühtne infosüsteem/andmepank, mis funktsioneeriks ka tagaside mehhanismil – antud juhul, kui esmase (tuisistunud) menetluse läbi viinud TTO patsient pöördub uuesti kuskil teise TTO poole oma tuisistusega, siis läheb sellest informatsioon esmase menetluse teinud TTO'le, kellel oleks kohustus kontrollida uue pöördumise põhjust. Kui selgub, et see oli menetlustuisistus, siis peab ta selle registreerima.

Halvem lahendus oleks panna info edastamise kohustus korduva juhuga tegelevale TTO'le (e-kirja või telefonikõne teel). See oleks täiendav töö TTO'le, kes menetlustuisistus tekkes süüdi polnud, kes selle täiendava töö eest maksab?

Halvim lahendus oleks piirduda praegusel („esimesel“) menetlustuisistuste registreerimise etapil vaid TTO vaateväljas avalduvate tuisistustega. See tähendaks kõikide nende tuisistuste registreerimisest loobumist, mis avalduvad pärast ravi esmase TTO juures.

- c. Kõige keerulisem on situatsioon nendel juhtudel kui patsient saadeti kõrgemast raviastmest järelravile teise TTO juurde ja tal algselt ei olnud tüsistusi. Kui sellisel haigelt tekivad tüsistused hiljem ravil viibides ja need olid tingitud menetlusest eelmise (esmasest) TTO juures, siis on peaaegu ainuke võimalus menetlustüsistuse registreerimiseks aktiivne tagaside andmine esmast menetlust läbivast TTO'le (e-kirja või telefonikõne teel). Kuna prognostiliselt ei ole selliste juhtude arv suur, siis peaks see olema läbi viidav. Ent kui seda ei tehta, kes siis vastutab menetlustüsistuse registreerimise eest (esmast, tüsistunud, menetlust läbivast TTO ei oma informatsiooni, et tüsistus tekkis)?
6. Tüsistused tuleb registreerida nende ilmumisel. Kui mingil põhjusel jääb tüsistus siis registreerimata, tuleb seda teha hiljemalt juhu lõpetamisel. Neil juhtudel, kui tüsistus ilmnes pärast patsiendi lahkumist ravilt või saatmist teise TTO juurde ravile, tuleb tüsistus lisada juhul tagantjärele.
  7. Registreerimisele kuuluvad 1 aasta vältel pärast menetlust avalduvad menetlustüsistused.  
**Alternatiiv:** jätta tüsistuse avaldumise aeg määratlemata. Selle potentsiaalne eelis oleks informatsiooni saamine hilistüsistustest, tõsi nende hulgas välditavate menetlustüsistuste esinemine on ülimalt erandlik. Seega käesoleva seaduse aspektist peaks huvi olema väike.
  8. TTO poolse MT registreerimise sidumine tervisekahjustest tingitud kohustuste ülevõtmisega „Patsiendikindlustuse fondi“ poolt (võimalike kahjunõuete korral) on olulisim menetlustüsistuste kohustusliku registreerimise süsteemi rakendumisel. Raha on liikumapanev jõud!

### 2.3. Menetlustüsistused diagnooside kuval

Ravijuhu praegusel diagnooside kuval (lõplik kliiniline diagnoos) on 4 diagnoosi võimalust:

1. Põhihaigus
2. Põhihaiguse tüsistused
3. Kaasuvad haigused
4. Välispõhjused (kasutatakse ainult diagnooside S00-T98 korral)

Selles rutiinis võib olla eriala spetsiifikat (näiteks pahaloomuliste kasvajatete korral TNM), aga põhiline muster on alati sama.

Kõik nimetatud diagnoosid kodeeritakse RHK-10 järgi (*rahvusvaheline haiguste klassifikaator*). Senine praktika on olnud registreerida menetlustüsistused põhihaiguse tüsistustena (nendel, kes üldse on menetlustüsistusi registreerinud) ja kodeerida neid RHK-10 alusel.

Käesoleva seaduse vajadustest lähtuvalt on oluline menetlustüsistuste esinemisest täpse ülevaate saamine ja nende selge eristamine põhihaiguse tüsistustest. Lisaks on see oluline

patsiendi meditsiinilise menetluse kvaliteedi parandamise aspektist (teades probleemi ja selle ulatust, saab sellega võidelda).

Menetlustüsistuste eristamiseks on vajalik diagnooside kuvale lisada menetlustüsistuste rubriik.

Menetlustüsistuste lisamiseks on mitu varianti, millest tuleb sobida parim. Seda võib teha diagnooside kuvale täiendava rea „Menetlustüsistused“ lisamisega (variant A) või asendada „Põhihaiguse tüsistuste“ rida reaga „Tüsistused“ ning sellele luua kaks alamrubriiki „Põhihaiguse tüsistused“ ning „Menetlustüsistused“ (variant B).

Variant A (praegune kuva neis TTO's, kes tegelevad menetlustüsistuste registreerimisega):

1. Põhihaigus – RHK-10 järgi kodeeritud
2. Põhihaiguse tüsistused – RHK-10 järgi kodeeritud
3. Kaasuvad haigused – RHK-10 järgi kodeeritud
4. Menetlustüsistused – „Menetlustüsistuste uue klassifikaatori“ alusel (nähtav vaid asutuse siseselt, tsentraalset raporteerimist ei toimu)
5. Välispõhjused (kasutatakse ainult diagnooside S00-T98 korral) – RHK-10 järgi kodeeritud

**Probleemid:** menetlustüsistused ei kuvata ei epikriisis ega E-Tervises – seega tsentraalset raporteerimist ei toimu. Kuna suhtluses EHK'ga on oluline diagnooside väljendus RHK-10 alusel, siis „Menetlustüsistuste uue klassifikaatori“ koodid praegu selleks ei sobi.

Variant B (tõenäoliselt parima variant):

1. Põhihaigus – RHK-10 järgi kodeeritud
2. Kaasuvad haigused – RHK-10 järgi kodeeritud
3. Välispõhjused (kasutatakse ainult diagnooside S00-T98 korral) – RHK-10 järgi kodeeritud
4. Tüsistused
  - a. Põhihaiguse tüsistused – RHK-10 järgi kodeeritud
  - b. Menetlustüsistused – „Menetlustüsistuste uue klassifikaatori“ ja vastavustabeli alusel ka RHK-10 alusel

**Variandi B korral on vaja otsustada:**

kas kuvas lahti kirjutada (igal pool, kuhu juhu kohta info laekub) põhihaiguse tüsistused ja menetlustüsistused, või jätke see eristus nähtavaks vaid TTO'le ja tsentraalsele luba omavale andmetöötlejale. Seega juhu epikriisis (läheb patsiendile/omastele/perearstile) ja E-Tervises oleks näha vaid rubriik „Tüsistused“.

Sellise lahenduse potentsiaalne eelis võiks olla patsientides põhjendamatult kergekäelise ja arvuka „Patsiendikindlustuse fondi“ poole pöördumiste vältimine. Niikui saab teema meediakajastuse ja pole välistatud, et ilmuvad ka arvamused/seisukohad, et: “kui juhu epikriisis on kirjas menetlustüsistus, siis võite pöörduda kompensatsiooni nõudmiseks“.

**Vajalikud tegevused:**

Eesti Haiglate Liit peaks võtma seisukoha, kas on eelistatud variant, kus:

1. Menetlus- ja haigustüsistusi eritatakse vaid TTO-s ja tsentraalsele saadetakse üldstatistika nende kohta (ETIS'ele saadetavas informatsioonis ja juhu epikriisis neid ei eristata) või



2. Menetlus- ja haigustüsistusi eritatakse TTO-s, ETIS'ele saadetas informatsioonis ja juhu epikriisis.

Vajalik on koostada vastavustabel „Menetlustüsistuste uue klassifikaatori“ ja RHK-10 vahel.

## 2.4. Menetlustüsistuste registreerimine

### **Kas kasutada RHK-10 või „Menetlustüsistuste klassifikaatorit“?**

Patsiendi ohutus on kaasaegse meditsiini üks võtmesõnadest. Ohutu tegevus meditsiinis algab ohtude, kõrvalekallete, tüsistuste ja surmajuhtude registreerimisest. Eesti meditsiinis töötab praeguseks neist korrektselt paraku vaid surmajuhtude registreerimine. Formaalset on olemas olnud ka tüsistuste registreerimise võimalus, ent olemasolev tüsistuste klassifikaator, mis kinnitati 1995. aastal, oli nii sisuliselt kui ka IT-lahenduselt aegunud. See viis Eestis praktikani, et paljud TTO menetlustüsistusi ei registreerinud, osad kasutasid selleks 1995.a klassifikaatorit, osad kasutasid RHK-10 koodi (märkides menetlustüsistusi põhihaiguse tüsistusteks).

Oluline on märkida, et RHK-10 on mõeldud haiguste ja vigastuste klassifitseerimiseks ning ei ole „kavandatud ega sobiv täpsete kliiniliste mõistete kodeerimiseks“ (RHK-10 kasutusest ja rakendatavusest).

Need puudused (RHK-10 on halb, 1995. a süsteem on iganenud) olid paljude kolleegide seas põhjenduseks, miks menetlustüsistusi ei registreeritud.

Seetõttu tehti mulle Tartu Ülikooli Kliinikumis 2014. aastal ülesandeks kaasaegse menetlustüsistuste klassifikaatori ja registreerimise printsiipide väljatöötamine.

Loodud töögrupis osalesid valdavalt TÜK kolleegid, koostöö oli ka PERHiga ja konsulteeriti rahvusvaheliste spetsialistidega. Alltoodud „Menetlustüsistuste klassifikaator“ ja „Menetlustüsistuste registreerimise printsiibid“ on originaalsed, st rahvusvahelist analoogi ei ole, loomisel on lähtunud rahvusvahelise kogemusest (vigadest ja puudustest) ja

### **infoväärusliku tüsistuse koodi vajadusest.**

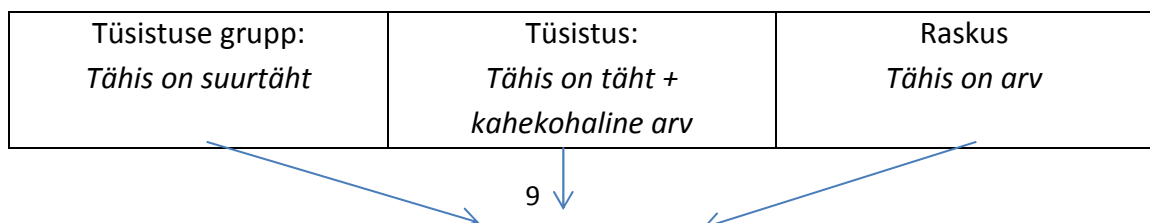
2015. aasta 01.juunist alates võeti loodud „Menetlustüsistuste registreerimise printsiibid“ (vt) ja „Menetlustüsistuste klassifikaator“ (vt Lisa. 1) TÜ Kliinikumis kasutusele ja sellega liitusid kiiresti mitmed eesti suurhaiglad. Nimetatud klassifikaatori on kasutusele võtnud TÜK, PERH, Ida-Tallinna KH, Ida-Viru KH ja Pärnu H.

### **Informatsioon menetlustüsistuste koodis**

Tüsistuste registreerimisel tuleb iga tüsistuse juures fikseerida kolm info „ühikut“:

1. Tüsistuse põhjuslik grupp (vt „Menetlustüsistuste põhjusliku grupi valimine“).
2. Tüsistuse meditsiiniline olemus (vt Lisa 1, „Menetlustüsistuste klassifikaator“).
3. Tüsistuse raskus (vt „Menetlustüsistuste raskuse hindamine“). Seejuures operatsiooniaegsete tüsistuste korral kasutatakse raskuse hindamisel Velmahose klassifikatsiooni ja kõikide teiste tüsistuste korral Clavien-Dindo klassifikatsiooni.

Igale tüsistusele tekib seega kolmekomponendiline kood:



Näide:

#### P.A04.1

(Postoperatiivne – P. Haava infektsioon – A04. Avati sidumistoas – raskus 1)

**NB!** Loodud „Menetlustüsistuste registreerimise printsiipide“ korral tuleb lugeda suureks väärtuseks selle süsteemi täiendamise võimalust ilma, et peaks muutma ideoloogiat (vajadusel saab lisada põhjuslikke grupe, saab lisada tüsistusi, saab modifitseerida raskuse hindamise skaalat). Praegu on süsteemi täiendamine toimunud 1 kord aastas.

### 2.4.1. Menetlustüsistuse põhjusliku grupi valimine

Tüsistuse grupp näitab, mis protseduuriga on tüsistuse teke vahetult seotud.

Põhjusliku grupi registreerimise olulisus tuleneb sellest, et Eestis puudub praegu meditsiiniliste protseduuride klassifikaator ja samas on vajalik menetlustüsistuste põhjuslikkus kaardistada!

Menetlustüsistuste registreerimisel tuleb eristada järgnevaid tüsistuste grupe:

- 1. Operatsiooniaegsed („intraoperatiivsed“) tüsistused.** Siia gruppi kuuluvad kõik operatsioonitoas vahetult kirurgilise tegevuse käigus tekkinud tüsistused (eelkõige kirurgilise tegevusega seotud operatsiooni sihtorgani kõrval asuvate kudede ja organite vigastused aga ka sihtorgani mittevajalik traumeerimine). Ka teised kirurgilise tegevusega vahetult seotud tüsistused kuuluvad sellesse gruppi (näiteks dreenide asetamisel tekkivad vigastused, elektrokirurgia tüsistused – põletuste teke jt).

**NB!** Operatsiooniaegsed tüsistused, mis ei ole vahetult tingitud kirurgilisest tegevusest sellesse gruppi ei kuulu. Enamus ülejäänud operatsiooniaegsetest tüsistustest on seotud anesteesiaga (anesteesia aegsete protseduuridega – intubatsiooniga, punktsioonidega, kateteriseerimistega jne; infusiooniga; transfusiooniga; ravimite manustamisega jms) ja tuleb registreerida anesteesia tüsistustena.

Kui operatsiooniaegne tüsistus on tekkinud endoskoopia või radioloogilise protseduuri käigus, tuleb need registreerimisel grupeerida vastavatesse rühmadesse. Kui tekkinud tüsistusel ei ole vahetult seost ei operatsiooni, anesteesia, endoskoopia ega radioloogiliste protseduuridega, siis tuleb need registreerida „Muude tüsistuste“ gruppi.

- 2. Operatsioonijärgsed („postoperatiivsed“) tüsistused.** Kõik operatsioonijärgses perioodis tekkivad tüsistused, mille teke on vahetult seostatav läbiviidud operatsiooniga (sõltumata tekkinud tüsistusest ning selle raskusest). Näited: haava infektsioon, operatsioonijärgne verejooks, anastomoosi dehistsents, veresoone šundi tromboos jne.
- 3. Anesteesia tüsistused.** Siia kuuluvad kõik anesteesiaga seotud tüsistused, mille tekke peamine põhjus on seotud läbiviidava anesteesiaga (sõltumata anesteesia liigist ja tekkinud tüsistusest ning selle raskusest). Näited: oksendamine/regurgitatsioon

manifestse aspiratsiooniga, mis vajas intubatsiooni või intensiivravi; allergilised reaktsioonid medikamentidele (sõltumata nende raskusest); postspinaalne peavalu; anesteesia aegsed muud tüsistused (südame rütmihäired, müokardi infarkt, asfüksia, teadvuse häired, kliiniline surm jne).

- 4. Endoskoopia tüsistused** (endoskoopiliste diagnostiliste ja ravi protseduuride tüsistused). Siia kuuluvad kõik endoskoopiliste protseduuride ajal tekkinud tüsistused, mille tekke peamine põhjus on seotud läbiviidava endoskoopilise protseduuriga (sõltumata endoskoopiliselt uuritud/ravitav organist ja tekkinud tüsistusest ning selle raskusest). Näited: verejooks uuritavast/ravitavast organist või juurdepääsu teelt selleni; uuritava/ravitava organi või juurdepääsute perforatsioon; maosisu aspiratsioon hingamisteedesse; juurdepääsu tee muud kahjustused (näiteks hammaste murrud); endoskoopiaga seotud ravimite manustamisest tingitud tüsistused; endoskoopia aegsed muud tüsistused (südame rütmihäired, müokardi infarkt, asfüksia, teadvuse häired, kliiniline surm jt).
- 5. Radioloogia tüsistused** (radioloogiliste diagnostiliste ja ravi protseduuride „menetlus-radioloogia“ tüsistused). Siia gruppi kuuluvad kõik radioloogiliste protseduuride ajal tekkinud tüsistused (sõltumata sellest, kas tegemist oli diagnostika või ravi protseduuriga, kas kasutati ioniseerivat kiirgust ja kontrastainet või mitte ja tekkinud tüsistusest ning selle raskusest). Näited: allergilised reaktsioonid kontrastainele (sõltumata nende raskusest); biopsia võtmise või dreenimise käigus tekkinud haava või kudede või õõntesisesed verejooksud või õõsorganite vigastused; radioloogiliste protseduuride aegsed muud tüsistused (südame rütmihäired, müokardi infarkt, asfüksia, teadvuse häired, kliiniline surm jt).  
**NB!** Radioloogia tüsistuste alla kuuluvad ka angiograafiliste diagnostiliste ja ravi protseduuride („endovaskulaarsete protseduuride“) tüsistused (kõik diagnostilise ja menetlusangiograafia ajal tekkivad tüsistused. Näited: uuritava/ravitava veresoone oklusioon (sõltumata isheemia regioonist - jäse, müokard, aju vm); uuritava/ravitava veresoone perforatsioon; endograafi tüsistused (migratsioon, oklusioon, fraktuur, infektsioon, endolekkes vm); juurdepääsu veresoone kahjustus (äge varane verejooks, hiline verejooks, oluline hematoom); angiograafia aegsed ravimite manustamisest tingitud tüsistused; angiograafia aegsed muud tüsistused (südame rütmihäired, müokardi infarkt, asfüksia, teadvuse häired, kliiniline surm jne).
- 6. Muud tüsistused.** Siia gruppi kuuluvad patsiendil tekkinud kõik ülejäänud tüsistused, mis on seostatavad läbi viidud ravi või diagnostiliste võtetega või vajakajäämistega nende osas (väljaarvatud eelpoolloetletud tüsistuste grupid). Näiteks allergilised reaktsioonid ravimitele; infusiooniteede tüsistused; lamatised jne. Siia kuulub ka patsiendi ennastkahjustav tegevus.

**Tüsistuste gruppide eristamiseks** tuleb tüsistuse registreerimisel esimese tegevusena valida vastava grupi tunnus. Need on:

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Operatsiooniaegsetel tüsistustel  | – „O“ (operatsioon),     |
| Operatsioonijärgsetel tüsistustel | – „P“ (postoperatiivne), |

Anesteesia tüsistused	– „A“ (anesteesia),
Endoskoopia tüsistused	– „E“ (endoskoopia),
Radioloogia tüsistused	– „R“ (radioloogia),
Muudel tüsistustel	– „M“ (muu).

#### 2.4.2. Menetlustüsistuste meditsiiniline olemus.

Tüsistused on liigitatud elundite- ja elundsüsteemide järgi. Iga tüsistusega on ära märgitud ainult tema kliiniline olemus. Ei ole näidatud, mille käigus või millega seotult tüsistus tekkis – seda näitab eelnevalt valitud tüsistuse grupp. Tüsistuste loend on kirjas „Menetlustüsistuste klassifikaatoris“ (vt).

#### 2.4.3. Menetlustüsistuste raskuse hindamine

**Operatsiooniaegsed („intraoperatiivsed“) tüsistused** Pärast tüsistuse valimist klassifikaatorist, tuleb valida tüsistuse raskus. Operatsiooniaegsete tüsistuste raskuse hindamine toimub GC Velmahose poolt 2014. aastal tutvustatud skaala abil. Selles eristatakse kuute raskusastet. Lisaks sellele on võimalik järelliite „T“ abil märkida tüsistusest tingitud erütrotsüütide massi transfusioon vajadust (vähemalt 2 doosi).

**Tabel 1. Operatsiooniaegsete tüsistuste raskuse hindamine (GC Velmahose järgi):**

Raskusaste	Kirjeldus
I	Olulist ravi mittevajavad vigastused* (ravis on lubatud diatermia või hemostaatilise käsna kasutamine, veresoone ligeerimine).
II	Kirurgilist ravi vajavad vigastused* (näiteks suturatsioon, lapiplastika jms) ilma koe või organi eemaldamiseta ja operatsiooni plaani muutmiseta.
III	Kirurgilist ravi vajavad vigastused* kahjustatud koe või organi eemaldamisega ent ilma operatsiooni plaani muutmiseta.
IV	Kirurgilist ravi vajavad vigastused*, mis muudavad oluliselt operatsiooni esialgset plaani. (siia ei kuulu minimaalinvasiivse operatsiooni konversioon avatud operatsiooniks).
V	Märkamata jäänud operatsiooniaegne vigastus*, mis nõuab kordusoperatsiooni 7 päeva jooksul.
VI	Surmale (operatsioonilaua) viinud vigastusi*.
<b>Järelliide „T“</b>	„T“-transfusioon – juhul kui tekkinud vigastuse tõttu oli vajalik vähemalt 2 doosi erütrotsüütide massi ülekannet.

\*Selgitus – mõeldud on:

- Sihtorgani või koe naaberstruktuuride vigastusi,
- Vigastusi sihtorgani või koeni jõudmisel,

- Sihtorgani või koe teiste osade vigastusi (mis ei olnud tegevuse sihiks).

### **Operatsioonijärgsed, anesteesia, endoskoopia, radioloogia ja muud tüsistused**

Pärast tüsistuse valimist klassifikaatorist, tuleb valida tüsistuse raskus, sest klassifikaatoris on ära toodud vaid tüsistuse olemus, samas just tüsistuste raskus on patsiendi prognoosi määramisel ülioluline – seega tuleb hinnata ka tüsistuste raskust.

Kasutusel on Clavien-Dindo klassifikatsioon (mis on üks enam levinuid ja soovitatuid). Selle klassifikatsiooni peamine eelis on asjaolu, et siin on seostatud tüsistuse raskus selle tüsistuse kõrvaldamiseks vajaliku ravi mahuga. Mida raskem tüsistus, seda keerukam, mahukam ja kallim on selle ravi ning seda halvem ka prognoos. Mitmetes uuringutes on näidatud Clavien-Dindo klassifikatsioonil head prognostilist väärtust. Seda klassifikatsiooni tuleb kasutada nii operatsioonijärgsete, anesteesia, endoskoopia, radioloogia kui ka muude tüsistuste grupis. Clavien-Dindo klassifikatsioon on ära toodud tabelis (vt Tabel 2).

Juhtudel, kus üks tüsistus tulenes teisest (nn „tüsistuste jada“), peab tüsistuse raskuse hindama vaid selle jada raskemal tüsistusel. Näiteks soole anastomoosi dehistsentsist tingitud sepsis ja mitme elundi puudulikkuse korral tuleb raskus määrata vaid viimasel, sest see on raskem (4a).

Lisaks sellele on võimalik järelliite „V“ abil märkida tüsistusest tingitud vaegurluse („invaliidsuse“) teket.

**Tabel 2. Tüsistuste raskuse hindamine (Clavien-Dindo järgi):**

<b>Raskusaste</b>	<b>Kirjeldus</b>
<b>I</b>	<u>Iga kõrvalekalle normaalsest protseduuri- või operatsioonijärgsest kulust ilma farmakoloogilise ravi ja kirurgilise, endoskoopilise ning radioloogilise interventsiiooni vajaduseta. Ravimitest on lubatud antiemeetikumid, antipüreetikumid, analgeetikumid, diureetikumid ja elektrolüüdid ning füsioteraapia. Siia kuuluvad ka voodiääres/sidumistoas avatud/avanenud haavainfektsioonid.</u>
<b>II</b>	Farmakoloogilise ravi vajadus ravimitega, mis erineb 1. valikus lubatust. Kaasaarvatud vere preparaatide transfusioon ja totaalne parenteraalne toitmine.
<b>III</b>	Kirurgilise, endoskoopilise või radioloogilise (punktsioon, drenaaz) sekkumine vajadus:
<b>III A</b>	Sekkumine ilma üldanesteesiata (lubatud on lokaalanesteesia ja sedatatsioon).
<b>III B</b>	Sekkumine üldanesteesias.
<b>IV</b>	Eluohtlikud komplikatsioonid, mis vajavad intensiivravi ja/või ravi intensiivravi osakonnas:
<b>IV A</b>	Üksiku organi puudulikkus (kaasaarvatud dialüüs; kaasaarvatud kesknärvisüsteemi tüsistused: aju hemorraagia, aju isheemia,

	subarahnoidaalne hemorraagia, kuid väljaarvatud aju transitoorne isheemia),
<b>IV B</b>	Mitme organi puudulikkus; šokk (sõltumata geneesist); kliiniline surm (sõltumata põhjusest, eduka elustamisega).
<b>V aste</b>	Patsiendi surm.
<b>Järelliide „V“</b>	„V“-vaegurlus – juhul kui tekkinud vigastuse tõttu jäi patsiendile välja kirjutamise ajaks oluline elukvaliteedi häire.

### **Probleem:**

Menetlustüsistuste registreerimisel moodustub kolmekomponentne kood, millel puudub Eesti Haigekassa jaoks sisuline tähendus (näiteks suhestumine haigusjuhu hinna kujundamisega ja tervishoiustatistikaga).

### **Lahendused:**

Võimalikke lahendusi on kaks:

1. Suhtlemiseks haigekassaga on vajalik koostada vastavustabelid „Menetlustüsistuste klassifikaatori“ ja RHK-10 koodide vahel.
2. EHK poolt „Menetlustüsistuste registreerimise printsiipide“ ja „Menetlustüsistuste klassifikaatori“ aktsepteerimine statistika analüüsimisel ja haigusjuhu hinna kujundamisel.

## **3. Menetlustüsistuste tagajärjel tekkinud tervisekahjude grupeerimine**

Patsiendikindlustuse seaduse loojate poolt oli tööülesanne: „Välditavate ravitüsistuste ja ohujuhtumite tagajärjel saadavate tervisekahjude kirjeldamine ja seisundite grupeerimine raskusastmete järgi viisil, mis võimaldaks neid grupe kasutada hüvitiste määramisel“.

### **3.1. Ideoloogia**

Menetlustüsistuste tagajärjel tekkinud tervisekahjude raskusastmetesse grupeerimisel ei ole mõistlik (ja ilmselt ei ole see isegi võimalik) moodustada väga jäikasad, ühest kriteeriumist lähtuvaid piire.

Põhjendus: samanimeline tervisekahju võib patsiendi jaoks olla seotud väga erinevate reaalse kahjudega. Näiteks ühel juhul võib maksa biopsia võtmise tagajärjel tekkinud menetlustüsistus – verejooks – olla seotud vähese halva enesetundega ja/või valuga, teisel juhul võib see viia massiivse vereülekande, šoki, operatsiooni(de), intensiivravi ja invaliidistumiseni.

**Võrdlus:** Soomes kasutusel olevas raskusastmete klassifikatsioon on kahe võimaliku tervisekahju kriteeriumi põhine (anatoomiline ja funktsionaalne kahju) ja jagab tervisekahju raskusastmed 20ks. Sellise kahe kriteeriumi põhise klassifikatsiooniga on raske tervisekahjude gruppi kindlalt ja õiglaselt (et patsiendi kahjud ei saaks üle- või alahinnatud) määrata. Seetõttu on Soomes paljude tervisekahjude korral jäetud nende raskuse grupiline kuuluvus kõikumaks 5 grupi ulatuses. Milline on tegelik, lõplik grupp otsustatakse eksperdi poolt.

Vältimaks sellist suurt „ühnimelise“ tervisekahju raskusastme kõikuvust ja muutmaks tervisekahju hindamist läbipaistvamaks nii patsiendile kui ka süsteemi võimalikele hindajatele, on soovitatav moodustada raskusastmed, kus võimaliku tervisekahju kirjeldamiseks ja grupikuuluvuse otsustamiseks on kasutusel mitmeid karakteristikuid. Lõplik otsustamine, millisesse gruppi juht kuulub, on alati juhupõhine, arvestatakse erinevate mõjuritega ning otsuse teeb „Patsiendikindluste fondi“ juures asuv ekspertide komisjon (Alternatiiv: otsuse teeb üks ekspert ja tervisekahju kannataja mittenõustumisel, annab juhule hinnangu ekspertide komisjon).

### **Mitme karakteristikuga tervisekahju hindamise süsteemi eelised:**

1. Juhu hindamine on kompleksne (erinevate karakteristikute arvestamine – vt karakteristikud).
2. Otsused on õiglasemad.
3. Otsused tulevad parema representatiivsusega.
4. Süsteem on läbipaistvam.

### **3.2. Tervisekahjude karakteristikud**

Tervisekahjude grupeerimisel erinevate raskusastmete vahel on otstarbekas arvesse võtta erinevaid võimalikke tervisekahju karakteristikuid.

Tervisekahju karakteristikuid võib jagada kahte gruppi:

1. Objektiivselt (hästi) määratletavad karakteristikud:
  - a. Menetlustüsistuse kliiniline olemus
  - b. Menetlustüsistuse raskus (kliinilise probleemi raskus)
  - c. Menetlustüsistuse tagajärjel kaotatud organ/kehaosa või selle funktsioon
  - d. Menetlustüsistuse kõrvaldamisel patsiendi vahetud kannatused (protseduurid, operatsioonid, intensiivravi vajadus)
2. Olulise subjektiivse (patsiendi poolse) mõjuga karakteristikud:
  - a. Menetlustüsistusest tingitud täiendava ravi aeg
  - b. Menetlustüsistusest tingitud täiendava töövõimetuse aeg
  - c. Patsiendi elukvaliteedi häire raskus ja kestus, sealhulgas puude teke

Tervisekahju raskusastme kindlakstegemisel ei saa sobivaks pidada kliinilises meditsiinis kasutusel olevaid elukvaliteedi skooore (näiteks *SF-36*, *short form 36*), sest nende hindamisel on väga suur roll patsiendi enda subjektiivsel hinnangul ja selle objektiivsuses on põhjust kahelda (mida halvemaks patsient oma elukvaliteedi hindab, seda suurema kompensatsiooni ta saab), ehkki kahtlemata kehtib „aususe presumptsiooni printsiip“.

### **3.3. Tervisekahjude raskusastmed**

Tervisekahjude raskusastmetesse jagamisel ei ole otstarbekas väga suurt raskusastmete arvu luua – suure raskusastmete arvu juures muutub iga astme erinevus teisest suhteliselt väiksemaks ja üldfilosoofilises mõttes konflikti tõenäosus järjest suuremaks („hobusekauplemine“ raskusastme ja seega ka kompensatsiooni suuruse üle, sest vahed erinevate raskusastmete vahel on väiksed). Samas ei ole ka väga väike raskusastmete arv

mõistlik, sest siis läheks raskusastmete vahed väga suureks ja oht ebaõiglase otsuse osas suureneb.

Seetõttu on küllalt sobiv analoogia ülevõtmine Eestis liikluskindlustuses kasutusel olevast kuueastmelisest skaalast.

Võrdlus Soomega: Soomes on kasutusel 20 raskusastmeline skaala, ent paljude tervisekahjude kuuluvus (anatomilis-funktsionaalne kirjelduse alusel) võib kõikuda 5 grupi ulatuses (tundub, et see ei ole parim lahendus).

Menetlustüsistuste tagajärjel tekkinud tervisekahjude raskusastmete skaala:

1. Aste – kerged
2. Aste – mõõdukad
3. Aste – keskmised
4. Aste – rasked
5. Aste – väga rasked
6. Aste – ülirasked

### 3.3. Tervisekahjude raskusastmete grupiline iseloomustus

Tervisekahjude raskusastmetesse jagamisel tuleb arvestada erinevaid tervisekahju karakteristikuid komplekselt.

**Alternatiiv:** Printsipi – hinnata tervisekahju kõige raskema karakteristiku alusel kuuluvaks vastavasse raskusastmesse – ei ole hea rakendada, sest ühe karakteristiku järgi väga raske tervisekahju ei pruugi komplekselt võetuna olla üldse eriti raske.

Tervisekahjude raskusastmete määramisel on karakteristikute kirjelduses kasutatud:

1. Menetlustüsistuse kliiniline olemus – „Menetlustüsistuste klassifikaatorit“.
2. Menetlustüsistuse raskus – Calvien-Dindo menetlustüsistuste raskusastmeid.
3. Menetlustüsistuse kõrvaldamisel patsiendi vahetud kannatused – menetlustüsistuste kõrvaldamiseks vajalike ravivõtete kliinilist iseloomustust.
4. Menetlustüsistusest tingitud täiendava ravi aeg – aja kirjeldamist, mis hinnanguliselt kulus algse haiguse ravile täiendavalt menetlustüsistuse kõrvaldamiseks (stационаaris ja ambulatoorsel ravil).
5. Menetlustüsistusest tingitud täiendava töövõimetus aeg – aja kirjeldamist, mis hinnanguliselt kulus algsest haigusest tingitud töövõimetusle täiendavalt töövõimetusle .
6. Patsiendi elukvaliteedi häire raskus ja kestus, sealhulgas puude teke – elukvaliteedi häire ja/või puude lühikirjeldust. Oluline roll puude kujunemisel on organi või kehaosa kaotusel või nende funktsiooni kaotusel.

#### **Tervisekahju raskusastme määramisel on oluline arvestada:**

1. Erinevatesse raskusastmetesse võivad kuuluda mingite karakteristikute osas sarnased tervisekahjud (näiteks süstekoha infektsioon võib olla väga erineva kliinilise rolliga ja tekkiva tervisekahjuga, ent tema kliinilise olemuse kood on ikka sama).



2. Alljärgnevas tervisekahjude raskusastmeid iseloomustavas tabelis on ära toodud iga karakteristiku juures olulisemad näited. See ei tähenda, et vastavasse raskusastmesse ei võiks kuuluda teisi, nimekirjast puuduvaid (erinevaid) menetlustüsistusi, mis oma meditsiiniliselt olemuselt ja raskuselt sinna sobivad. Sama kehtib ka menetlustüsistuse kõrvaldamiseks vajalike ravivõtete ning kõigi teiste karakteristikute kohta.
3. Need tüsistused, mille korral nende kliiniline tähendus võib olla väga erinev ja raskusaste kõikuda kolme-nelja astme ulatuses, on teadlikult tabelitest välja jäetud.

### 3.3.1. I aste – kerged tervisekahjud

<p>Lühiiseloomustus – tervisekahjud, kus esineb vähemalt üks järgnevatest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ravimite manustamisega seonduvad kergemad tervisekahjud,</li> <li>- süste- ja infusioonikoha kergemad kahjustused,</li> <li>- haava paranemisega seonduvad kergemad tervisekahjud,</li> <li>- muud kergemad tervisekahjud.</li> </ul>	
<p>MT* kliiniline olemus</p> <p>* Siin ja edaspidi lühend MT – menetlustüsistus</p>	<p>Ravimitest tingitud tüsistused: R03, R05-R08 jms. Süstetest ja infusioonist tingitud tüsistused: R09-R14 jms. Muud tüsistused (valdavalt protseduuride ja operatsioonidega seonduvad): C01, M68, M77, M78, R17-R19, R21, U16, U17, U35, U55, U56 jms. Haava kergemad tüsistused: A00-A08, A12, A14, A15-A17, A18, A23, A24, A25 jms.</p>
MT raskus	Clavien-Dindo järgi: I, II, IIIa aste.
MT tingitud vahetud kannatused	Täiendavate ravimite tarvitamine, täiendav süstete ja infusiooni vajadus. Täiendavad pisiprotseduurid (sidumised, kompressid jms). Täiendavad väikese riskiga invasiivsed protseduurid ja operatsioonid (põletikulolde punktsioon, avamine jms).
MT tingitud täiendava ravi aeg	Kuni 1 kuu.
MT tingitud täiendava töövõimetuse aeg	Kuni 1 kuu.
<p>Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.</p>	<p><u>Lühiiseloomustus:</u> Elukvaliteedi häire esineb MT ravi perioodil (kuni 1 kuu). Selle järgselt on võimalik kerge puude (igapäeva elu väga vähesel määral mõjutava) teke.</p> <p><u>Jäsemed:</u> Ühe sõrme või sõrmelüli kaotus (va põial), varvaste kaotus. Põlveliigese lõtk, põlveliigese sirutus tunduvalt nõrgenenud. Jala lühenemine kuni 4 cm. Kerge lonkamine, liikumine ebatasasel pinnal kergelt piiratud.</p> <p><u>Pea:</u> Nähtav arm, mis oluliselt ei moonuta nägu ega ole kuigi ulatuslik. Peanaha osaline kaotus. Hamba või hammaste kaotus.</p> <p><u>Närvisüsteem:</u> <u>Peaaju:</u> Kahjustuse esmased sümptomid viitavad kergele kahjustusele ja objektiivsed leiud on vähesed või puuduvad. Esineb üldisi subjektiivseid sümptomeid nagu peavalu, peapööritust või väsimust ning need võivad intensiivsetena jätkuda aastaid.</p>

	<p><u>Muu närvisüsteem:</u> Ühepoolne püsiv häälepaela halvatus – kähe hääl. Söömine/joomine märkimisväärselt raskendatud, pidev lima kogunemine neelu. Pindluu närvi halvatus.</p> <p><u>Arengupuuded:</u> Kerged spetsiifilised puuded nagu märkimisväärne düsleksia. Kerge psüühiline arengupuue. Ei esine märkimisväärsed tundeelu häireid. Ebaolulised või kergelt kahjustavad arengupuuded eri elundites.</p> <p><u>Meeleelundid:</u></p> <p><u>Silmad:</u> Kahelinägemine ainult alla või küljele vaadates. Afaakia ühes silmas. Raske silmalau vaje ühes silmas.</p> <p><u>Kuulmine:</u> Ühe kõrva kuulmisteravuse langus &gt;60dB. Kahe kõrva kuulmisteravuse langus 20-40dB.</p> <p><u>Haistmine:</u> täielik haistmismeele puudumine. Ninakäigud mõlemapoolselt suletud.</p> <p><u>Hingamisorganid:</u> Hingeldamist esineb ainult kõige raskemal füüsilisel pingutusel (mitte näiteks ülesmäge liikudes või trepist tõustes).</p> <p><u>Vereringeorganid:</u> Sümptomid esinevad ainult raskematel pingutustel (mitte kõndides ega trepist tõustes).</p> <p><u>Kõhu- ja vaagnaorganid:</u> Põrna või ühe neeru kaotus (teine neer terve). Kerge põie pidamatus (märgamine vaid pingutusel). Päraku kerge pidamatus, ei suuda kinni pidada vedelat väljaheidet. Operatsioonijärgne song (vajalik on songavöö kandmine). Sigimatust põhjustanud suguelundite kahjustus &gt;45 aastasel ilmnenu.</p> <p><u>Nahk:</u> Püsiv soodumus nahalööbe (ekseemi) tekkimiseks, mida on võimalik vältida lihtsate kaitsevahendite abil või teatud tegevusi/olukordi vältides, lööbe on väheste sümptomitega ja esineb aeg-ajalt.</p> <p><u>Komplekspuue:</u> Ei ole võimeline raskest füüsiliseks pingutuseks. Vajab tavapärasest tihedamaid puhkepause või puhkepäevi. Näpuosavus vähenenud, kuid suudab nõõpida ja kirjutada. Peab ülitundlikkuse tõttu vältima teatud aineid. Peab pidama ravidieeti. Tarvitab regulaarselt arsti poolt määratud ravimeid.</p>
--	---

### 3.3.2. II aste – mõõdukad tervisekahjud

	<p>Lühiiseloostus – tervisekahjud, kus esineb vähemalt üks järgnevatest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ravimitest tingitud raskemad tüsistused,</li> <li>- süstest ja infusioonist tingitud raskemad tüsistused,</li> <li>- abstsesside tekkele viinud MT,</li> <li>- muud MT, mis ise või mille tagajärgede likvideerimine on suhteliselt madalama riskiga.</li> </ul>
MT kliiniline olemus	<p>Ravimitest tingitud tüsistused: R07, R08, R06 jms.</p> <p>Süstetest ja infusioonist tingitud tüsistused: R12, R14 jms.</p> <p>Muud tüsistused (valdavalt protseduuride ja operatsioonidega seonduvad): E79-E81, L14, L15, L43, G32, G33, H52, H54, N03, N04, O03, O04, O09 jms.</p> <p>Haava raskemad tüsistused: A09-A15, A19, A22 jms.</p>

MT raskus	Clavien-Dindo järgi: II, IIIa, IIIb aste.
MT tingitud vahetud kannatud	Täiendavate ravimite tarvitamine, täiendav süstete, infusiooni ja transfusiooni (verekomponentide ülekande) vajadus. Täiendavad keskmise riskiga invasiivsed protseduurid ja operatsioonid (nii lokaal- kui ka üldanesteesias).
MT tingitud täiendava ravi aeg	Kuni 2 kuud.
MT tingitud täiendava töövõimetuse aeg	Kuni 2 kuud.
Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.	<p><u>Lühiiseloostus</u>: Elukvaliteedi häire esineb MT ravi perioodil (kuni 1 kuu). Selle järgselt on võimalik kerge puude (igapäeva elu vähesel määral mõjutava) teke.</p> <p><u>Jäsemed</u>: Kuni 2 sõrme või pöidla kaotus. Randme jäikus. Künarvarre rotatsiooni piiratus, küünarliigese jäikus (soodsas asendis). Õlavars tõuseb külgsuunas kuni 90°. Üldine jõud pisut vähenenud, sõrmede osavus pisut vähenenud (suudab siiski kirjutada, nõõpida, õmmelda), liikuvus mõnevõrra piiratud. Pöialabaluude, pöia või pahkluu amputatsioon. Alumise või ülemise hüppeliigese jäikus. Põlveliigese liikuvus kuni 60° või jäikus soodsas asendis. Funktsioneeriv puusa- või põlveliigese protees.</p> <p><u>Lüliisamm</u>: Liikuvus kaelaosas vähesel määral piiratud, saab hoida käsi üleval, kerged ülajäsemete neuroloogilised sümptomid. Selja painutamine kergelt piiratud, liikumine peaaegu häireteta, vähesed neuroloogilised leiud alajäsemetes.</p> <p><u>Pea</u>: Nägu oluliselt moonutavad armid või deformatsioon. Trism (mälu lihaste kramp) – võimeline sööma vaid vedelat toitu. Keele osaline kaotus – kõne on ebaselge, ent arusaadav.</p> <p><u>Närvisüsteem</u>:</p> <p><u>Seljaaju</u>: Alajäseme funktsioonid on vähesel määral häiritud mõne lihaskrampide tõttu. Kahepoolne püsiv häälepeela halvatus – kahe hääl.</p> <p><u>Muu närvisüsteem</u>: Kodarлуу-, keskpõlvi- või küünarluunärvi täielik halvatus, sääreluu närvi täielik halvatus, ühepoolne näonärvi halvatus.</p> <p><u>Psüühika</u>: Haigus või häire on püsiva iseloomuga, kohati ägenev ja selle kohta on võimalik saada haiguse püsivust kinnitavaid kahe aasta tagasiulatuvaid andmeid. Teovõime langeb kriiside ajal. Ravi on suunatud eelkõige kriisiperioodidele ning on tulemuslik sel määral, et kriisiperioodide vahelisel ajal on patsiendi teovõime säilinud.</p> <p><u>Meeleelundid</u>:</p> <p><u>Silmad</u>: Välja kontsentiline ahenemine nii, et välja temporaalpiir ühepoolset 30°-20°, kahepoolset 60°. Vaatevälja täielik väljalangemine üleval. Homonüümne kvadrantanopsia. Bitemporaalne hemianopsia. Kahelinägemine (kui üks silm on kinni kaetud). Afaakia mõlemas silmas või ainsas silmas. Mõõdukas silmalau vaje mõlemas silmas. Silma kaotus (teine silm terve).</p>

	<p><u>Kuulmine</u>: Kahe kõrva kuulmisteravuse langus 41-70dB.</p> <p><u>Hingamisorganid</u>: Vitaalkapatsiteet % norminäitajast alla 65-79.</p> <p><u>Vereringeorganid</u>: Sümptomid esineb keskmise raskusega pingutuste juures nagu kiirustamisel, pikemaajalisel pingutusel, trepist tõusmisel, kuid mitte tasasel pinnal normaalse tempoga kõndimisel ega koduseid igapäevatoiminguid tehes.</p> <p><u>Kõhu- ja vaagnaorganid</u>: Keskmise raskusega põie pidamatus. Päraku keskmise raskusega pidamatus. Sigimatust põhjustanud suguelundite kahjustus 35-45 aastasel ilmnenu.</p> <p><u>Nahk</u>: Lööve on peaaegu pidev, või on seda tekitavaid ärritajaid raske vältida, seisund on raviga kontrolli all hoitav.</p> <p><u>Komplekspuue</u>: Ei ole võimeline keskmise raskusega pikaajaliseks füüsiliseks pingutuseks. Vajab tavapärasest oluliselt tihedamaid puhkepause või puhkepäevi. Tarvitab regulaarselt arsti poolt määratud ravimeid, mille ärajätmisel mõneks päevaks tekib oht tervisele.</p>
--	--

### 3.3.3. III aste – keskmised tervisekahjud

Lühiiseloostus – tervisekahjud, kus esineb vähemalt üks järgnevatest: <ul style="list-style-type: none"> <li>- veritsuse/verekaotuse põhjustanud MT (ilma šokita ja vahetu ohuta elule),</li> <li>- keskmise riskiga protseduure ja operatsioone vajanud MT,</li> <li>- muud MT, mille tagajärgede likvideerimine on keskmise riskiga.</li> </ul>	
MT kliiniline olemus	Muud tüsistused (valdavalt protseduuride ja operatsioonidega seonduvad): E82, G30, G31, G37, K24, K44, K69, K83, M03, M15, M34, M52, O09 jms.
MT raskus	Clavien-Dindo järgi: IIIa, IIIb, (mõnikord ka II) aste.
MT tingitud vahetud kannatused	Täiendavate ravimite tarvitamine, täiendav süstete, infusiooni ja transfusiooni (verekomponentide ülekande) vajadus. Täiendavad keskmise riskiga invasiivsed protseduurid ja operatsioonid (nii lokaal- kui ka üldanesteesias).
MT tingitud täiendava ravi aeg	Kuni 3 kuud. MT võib põhjustada püsivaid muutusi, mis võib viia kaebuste ägenemisele episoodiliselt. Neil episoodidel võib olla langenud töö- ja teovõime, vajalik on ravi. Selle kohta peab olema kajastus meditsiinilises dokumentatsioonis.
MT tingitud täiendava teovõimetuse aeg	Kuni 3 kuud. MT võib põhjustada püsivaid muutusi, mis võib viia kaebuste ägenemisele episoodiliselt. Neil episoodidel võib olla langenud töö- ja teovõime.
Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.	<p><u>Lühiiseloostus</u>: Oluline elukvaliteedi häire võib esineda MT ravi perioodil (kuni 3 kuud). Püsima võib jääda mõningane elukvaliteedi häire: episoodiliselt esinevad valud MT poolt kahjustatud kohas või kahjustuskoha funktsiooni nõrgenemine võrreldes MT eelse perioodiga. MT järgselt mõõduka puude teke erinevate funktsioonide osas.</p> <p><u>Jäsemed</u>: 3 või enama sõrme kaotus. Randme või küünarvarre amputatsioon. Küünarliigese jäikus ebasoodsas asendis. Õlavars tõuseb külgsuunas kuni 45°.</p>

Sääre amputatsioon. Käe jõud tunduvalt vähenenud (raske hoida kindlalt tööriista või tõsta umbes 10 kg eset), sõrmede osavus märkimisväärselt vähenenud (suudab siiski süüa ja kammida), liikuvus suuresti piiratud. Puusaliigese raske funktsionaalne puudulikkus. Reie või kogu jala amputatsioon. Lonkamine, liikumisvõime märgatavalt piiratud, pidev kõndimine raske või aeglane, abivahendid vajalikud ka lühikestel teepikkustel.

Lüliasmas: Liikuvus kaelaosas keskmiselt piiratud. Suudab iseseisvalt riietuda. Käte ülalhoidmine raskendatud, vähesed neuroloogilised leiud ülajäsemetes. Selja painutamine keskmiselt piiratud, liikumine vähesel määral häiritud, mõõdukad neuroloogilised leiud alajäsemetes.

Pea: Keele kaotus – kõne raskelt arusaadav.

Närvisüsteem:

Peaaju: Uuringud näitavad selget ajukahjustust, mis ei ole ulatuslik. Võib esineda subjektiivseid sümptomeid nagu kergete kahjustuste järelnähtude puhul, kuid järelnähtudega kaasneb ka kahjustuse lokaalsusest tingitud, selgelt äratuntavaid, praktilist tegevust takistavaid spetsiifilisi häireid nagu kerged pareesid, psühhoorganilised üldised või spetsiifilised häired. Ravist hoolimata võib esineda juhuslikke epilepsiahooge.

Seljaaju: Alajäseme puue raskendab märkimisväärselt kõndimist, kuid kõndimine on võimalik abivahendite toel. Kontroll põie ja pärasoole tegevuse üle on täielik või peaaegu täielik.

Muu närvisüsteem: Raske neelamishäire – toit satub korduvalt hingamisteedesse. Küünarvarre 2 või enama närvi halvatus, kahepoolne näonärvi halvatus.

Psüühika: Haigus või häire on pikaajalise iseloomuga ja kriisiperioodid korduvad sageli ning selle kohta on võimalik saada piisavalt haiguse püsivust kinnitavaid tagasiulatuvaid andmeid. Teovõime langeb oluliselt pikaks ajaks. Ravi on pikaajaline ja regulaarne, peamiselt ambulatoorne.

Arengupuuded: Keskmise raskusega psüühiline arengupuue. Selgelt kahjustavad spetsiifilised häired nagu kerge hüperkineesia, halvatused, sundliigutused, koordineerimishäired või muud analoogilised neuroloogilised sümptomid või arengupuuded eri elundites. Epilepsia, millega kaasneb rohkeid uuringuid nõudev ravi või esineb ravist hoolimata üksikuid hoogusid.

Meeleelundid:

Silmad: Välja kontsentriline ahenemine nii, et välja temporaalpiir ühepoolset alla 20°, kahepoolset 40°. Homonüümne hemianopsia. Täielik hemeralopia. Täielik värvipimedus. Raske silmalau vaje mõlemas silmas.

Kuulmine: Kahe kõrva kuulmisteravuse langus üle 70dB. Kahe kõrva kuulmisteravuse langus 20-70dB, millega kaasneb mõõdukas kõnehäire (kõne pole selge, ent on siiski arusaadav).

Hingamisorganid: Hingetoru püsiv uuris või kõri kaotamine. Hingeldamist esineb keskmise raskusega füüsilisel pingutusel nagu kiirustamisel, pikemaajalisel pingutusel ja trepist tõusmisel, kuid mitte tasasel pinnal normaalselt kõndides ega kodustes igapäevatoimingutes. Vitaalkapatsiteet % norminäitajast alla 50-64.

	<p><u>Kõhu- ja vaagnaorganid:</u> Suguti kaotus. Täielik põie pidamatus. Päraku täielik pidamatus. Uriini, peensoole või jämesoole fistul. Sigimatust põhjustanud suguelundite kahjustus &lt;35 aastasel ilmnenu.</p> <p><u>Nahk:</u> Pidev lööve, mis põhjustab märgatavaid piiranguid igapäevatoimingutes.</p> <p><u>Komplekspuue:</u> Ei ole võimeline keskmise raskusega pingutuseks. Ei ole võimeline pidevateks täpsust ja keskendumist nõudvateks toiminguteks. Vajab rohkesti puhkepause või puhkepäevi. Pidev seismine või kõndimine tekitab märgatavaid raskusi. Arsti poolt määratud ravimite ärajätmine üheks ööpäevaks põhjustab tõsist ohtu tervisele.</p>
--	--

### 3.3.4. IV aste – rasked tervisekahjud

<p>Lühiiseloostumus – tervisekahjud, kus esineb vähemalt üks järgnevatest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keskmine puue,</li> <li>- elukvaliteedi oluline langus,</li> <li>- patsiendil olid MT, mis kujutab vahetut ohtu elule,</li> <li>- MT, mille tõttu vajalikud rasked/elupäästvad suure riskiga operatsioonid,</li> <li>- patsient tegi läbi šoki perioodi (sh verekaotusest tingitud šoki),</li> <li>- vajalik oli pikaajne intensiivravi,</li> <li>- muud MT, mis ise või mille tagajärgede likvideerimine on suure riskiga.</li> </ul>	
MT kliiniline olemus	Koodid: B15-B17, B29, C02, K23, K26, K43, K46, K69, K81, L13, M33, O11, S02-S10 jms.
MT raskus	Clavien-Dindo järgi: IIIa, IIIb, IVa, IVb aste.
MT tingitud vahetud kannatused	Täiendavate ravimite tarvitamine, täiendav süstete, infusiooni ja transfusiooni (verekomponentide ülekande) vajadus. Täiendavad suure riskiga protseduurid ja operatsioonid (nii lokaal- kui ka üldanesteesias).
MT tingitud täiendava ravi aeg	MT võib põhjustada püsivaid muutusi, mis võib viia kaebuste ägenemisele episoodiliselt (võivad olla sagedased). Neil episoodidel on oluliselt langenud teovõime, vajalik on korduva statsionaarne ravi. Selle kohta peab olema kajastus meditsiinilises dokumentatsioonis. Pikaajse rehabilitatsiooni vajadus.
MT tingitud täiendava töövõimetuse aeg	Püsiv osaline või täielik töövõime kaotus. Võimeline sooritama vaid väga kergeid või väga piiratud toiminguid.
Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.	<p><u>Lühiiseloostumus:</u> Elukvaliteedi oluline langus tingituna oluliste funktsioonide halvenemisest – nägemine, kuulmine, käimisevõime, käe põhifunktsioonid.</p> <p>Keskmine puue – anotoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik regulaarset kõrvalabi või juhendamist väljaspool oma elamiskohta vähemalt korra nädalas; sel juhul on inimesel igapäevases tegutsemises või ühiskonnaelus osalemine raskendatud.</p> <p><u>Jäsemed:</u> Käe jõud märkimisväärselt vähenenud ja sõrmede osavus kadunud,</p>

kuid jäset saab kasutada toetamiseks või lükkamiseks. Mõlema sääre amputatsioon. Reie või kogu jala amputatsioon. Suudab liikuda ainult abivahendile tugevalt toetudes ja lühikesi teepikkusi korraga, liikumine tugevalt piiratud mitmes liigeses. Ühepoolne amputatsioon juhul, mille korral pole proteesi kasutamine võimalik. Veresoonte või närvide kahjustus sellises ulatuses, mis põhjustab jäseme põhifunktsiooni olulise häire (õlavarre põimiku täielik halvatus, võimetus kätt kasutada).

Lülisammas: Liikuvus kaelaosas tuntavalt piiratud, kahjulik väärasend, olulised neuroloogilised leiud ülajäsemetes, võimalik pidev vajadus toetava seadme järele. Püsiv raske rühiviga, rindkere või vaagnapiirkonna raske deformatsioon, lülisammas täiesti jäik, riietumine märkimisväärselt raskendatud, raske mõlema alajäseme neuroloogilised ärajäämanähud

Pea: Nägu eriti raskelt moonutatav deformatsioon nagu armidest põhjustatud näojoonte või miimika tähelepanu äratav kõrvalekalle, pehmete kudede ulatuslik puudumine, nina või mõlema kõrvalesta kaotus. Keele kaotus – ei suuda arusaadavalt kõnelda.

Närvisüsteem:

Peaaju: Aju kahjustuse esmased sümptomid viitavad raskele ajukahjustusele. Võib konstateerida märgatavat lokaalset või üldist ajukahjustust. Mentaalsed sümptomid, mille kõrval võib esineda erineva raskusastmega neuroloogilisi ärajäämanähte nagu pareesid ja artikulatsioonhäired, on äratuntavad ja kahjustavad. Ravist hoolimata võib esineda korduvaid epilepsiahooge.

Seljaaju: Liikumist ja iseseisvat tegutsemist kahjustavad halvatused jäsemetes, spastilisus. Kontroll põie ja pärasoole tegevuse üle on puudulik. Kaele regiooni närvid: Raske neelamishäire – toitmine sondi kaudu.

Muu närvisüsteem: Õlavarre põimiku täielik halvatus.

Psüühika: Haigus või häire on kroonilise iseloomuga ja teovõime on püsivalt langenud sedavõrd, et patsient vajab aeg-ajalt statsionaarset ravi. Ravi on pikaajaline ja regulaarne, kuid sellest hoolimata ilmnevad pidevalt haigussümptomid või funktsioonihäired.

Arengupuuded: Raske psüühiline arengupuue, autism või muu raske tundeelu häire. Igapäevast väljaspoolset abi vajav liikumiskahjustus või muu neuroloogiline kahjustus. Ravist hoolimata esineb korduvaid epilepsiahooge.

Meeleelundid:

Silmad: Välja kontsentiline ahenemine nii, et välja temporaalpiir kahepoolset 20°-30°. Vaatevälja täielik väljalangemine all.

Kuulmine: Kahe kõrva kuulumisteravuse langus üle 40dB, millega kaasneb raske kõnehäire (kõne on raskesti arusaadav või mitteamusaadav).

Hingamisorganid: Kõri kaotus, millega kaasneb hingetoru uuris ja kõnevõime kaotus. Hingeldamist esineb ka kergel füüsilisel pingutusel nagu tasasel pinnal normaalselt kõndides, ühe korrusevahe trepist tõustes, kodustes igapäevatoimingutes; võimeline kõndima normaalsest aeglasemas tempos tasasel pinnal. Vitaalkapatsiteet % norminäitajast alla 35-49.

Vereringeorganid: Sümptomid esinevad ka kergel füüsilisel pingutusel nagu tasasel pinnal normaalselt kõndides, ühe korrusevahe trepist tõustes, kodustes igapäevatoimingutes; võimeline kõndima normaalsest aeglasemas

	<p>tempos tasasel pinnal.</p> <p><u>Nahk</u>: Laiaulatuslik, püsivalt aktiivne ja üldiseid kaebusi põhjustav raske nahakahjustus</p> <p><u>Komplekspuue</u>: Võimeline sooritama ainult väga kergeid või väga piiratud toiminguid. On oma igapäevatoimingutes mingil määral sõltuv kõrvalisest abist.</p>
--	---

### 3.3.5. V aste – väga rasked tervisekahjud

<p>Lühiiseloostus – tervisekahjud, kus esineb vähemalt üks järgnevatest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- raske puue,</li> <li>- elukvaliteedi raskele langusele viinud MT.</li> </ul>	
MT kliiniline olemus	Koodid: B22, B24, B27, B51, B52, B59, B81, S02-S05, S11, S12, U91 jms.
MT raskus	Clavien-Dindo järgi: IIIa, IIIb, IVa, IVb aste.
MT tingitud vahetud kannatused	Ei ole olulised raskusastme määramisel. Tavaliselt vahetult pärast raske MT teket operatsiooni(de) ja/või intensiivravi vajadus, mille kestus võib olla väga erinev.
MT tingitud täiendava ravi aeg	Ei ole olulised raskusastme määramisel. Vajalik võib olla korduv statsionaarne ravi. Püsiva raske puude korral igapäevase kõrvalabi vajadus.
MT tingitud täiendava töövõimetuse aeg	Püsiv osaline või täielik töövõime kaotus.
Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.	<p><u>Lühiiseloostus</u>: Raske puue – anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval; sel juhul on inimesel igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine piiratud. Igapäevaelus on peaaegu täielikult sõltub kõrvalisest abist. Võimeline sooritama aeg-ajalt vaid kõige elementaarsemaid toiminguid.</p> <p><u>Jäsemed</u>: Õlavarre või kogu käe amputatsioon. Ülajäse täiesti kasutamiskõlbmatu või põhjustab isegi suuremaid kannatusi kui käe amputatsioon. Mõlema reie või kogu jala amputatsioon. Jalad liikumisvõimetud, vajab liikumiseks ratastooli või kõrvalist abi. Veresoonte või närvide kahjustus sellises ulatuses, mis põhjustab jäseme põhifunktsiooni kao.</p> <p><u>Närvisüsteem</u>: <u>Peaaju</u>: Mentaalsed psüühho-organilised ja isiksuse muutused on raskekujulised ja nendega võib kaasneda neuroloogilisi ärajäämanähte nagu artikulatsioonhäired, väljendunud inertsus, algatusvõimetuse, kriitikavõime langus või tegevuse läbimõtlematus. Trauma järelnähud põhjustavad rasket psühhosotsiaalset funktsionaalset piiratust ning vajadust igapäevase abi ja juhendamise järele. Epilepsiahood põhjustavad märgatavat sotsiaalset kahju. <u>Seljaaju</u>: Alajäsemete täielik halvatus. Alajäsemete täielik halvatus ja märkimisväärsed halvatused ülajäsemetes. Liikumist ja iseseisvat tegutsemist takistavad halvatused nii üla- kui alajäsemetes, häiriv spastilisus. Kontroll põie ja pärasoole tegevuse üle puudub. <u>Psüühika</u>: Haigus või häire on eriti raske, pideva ja püsiva iseloomuga ning</p>



	<p>teovõime on püsivalt nõrk. Ravi- ja hooldusvajadus eeldab igapäevast ambulatoorset või statsionaarset ravi.</p> <p><u>Arengupuuded</u>: Sügavaastmeline psüühiline arengupuue, muud eriti rasked neuroloogilised sümptomid või rasked arenguhäired väljaspool närvisüsteemi. Vajab pidevat esmast hooldust ja haiglaravi ning teisi hooldustoiminguid.</p> <p><u>Meeleelundid</u>:  <u>Silmad</u>: Välja kontsentriiline ahenemine nii, et välja temporaalpiir kahepoolsetl alla 20°. Ainsa silma nägemisvõime täielik kaotus.</p> <p><u>Hingamisorganid</u>: Hingeldamist esineb vähimagi liigutuse või pingutuse korral, näiteks pesemisel, riietumisel ja ajutiselt ka puhkeasendis. Vitaalkapatsiteet % norminäitajast alla 35.</p> <p><u>Vereringeorganid</u>: Sümptomid esineb vähimagi liigutuse või pingutuse korral, näiteks pesemisel, riietumisel ja ajutiselt ka puhkeasendis.</p> <p><u>Komplekspuue</u>: On aeg-ajalt võimeline sooritama vaid kõige elementaarsemaid toiminguid. On oma igapäevatoimingutes peaaegu täielikult sõltuv kõrvalisest abist.</p>
--	--

### 3.3.6. VI aste – ülirasked tervisekahjud

Lühiiseloostus – tervisekahjud, kus esineb üks järgnevatest:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sügav puue,</li> <li>- patsient suri.</li> </ul>	
MT kliiniline olemus	Koodid: B30, B31, B32, S13, U92, U93 jms.
MT raskus	Clavien-Dindo järgi: IVa, IVb, V aste.
MT tingitud vahetud kannatused	Ei ole olulised raskusastme määramisel. Tavaliselt vahetult pärast raske MT teket intensiivravi vajadus, mille kestus võib olla väga erinev.
MT tingitud täiendava ravi aeg	Ei ole olulised raskusastme määramisel. Püsiv sügav puue, seega ööpäevaringse kõrvalabi vajadus.
MT tingitud täiendava töövõimetuse aeg	Püsiv täielik töövõime kaotus.
Elukvaliteedi häire ja/ või puue. Kaotatud organ või kehaosa või selle funktsiooni kaotus.	<p><u>Lühiiseloostus</u>:  Sügav puue – anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalkalle, millest tingituna vajab isik pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäevaringselt; sel juhul on igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine täielikult takistatud.</p> <p><u>Jäsemed</u>: Mõlema käe amputatsioon.</p> <p><u>Peaaju</u>: posthüpoksiline kooma, püsiv vegetatiivne seisund, apalliline sündroom.</p> <p><u>Seljaaju</u>: Alajäseme täielik halvatus ja raske halvatus ülajäsemetes.</p>

Surm	<p>MT, mis viib vahetult patsiendi surmale, kuulub alati VI raskusastme MT hulka. See tähendab, et surma vahetu ja peamine põhjus oli MT.</p> <p>Sii kuuluvad ka juhud, kus patsiendi surm saabub lühikese perioodi vältel pärast statsionaarset ravi (näiteks on patsient suunatud hooldus/põetus ravile) ja surm saabub vastavas raviasutuses.</p> <p>Sii kuuluvad juhud, kus surm saabus fataalse MT tekkest kahe kuu jooksul.</p> <p><b>??? Mis ütlevad õigusnormid selle ajaperioodi kohta???</b></p>
------	--

#### 4. Menetlustüsistuste ja ohujuhtumite tagajärjel tekkinud tervisekahjude kompenseerimine

Tervishoiuteenuse osutamise käigus välditavate ravitüsistuste ja ohujuhtumite tõttu saadud tervisekahjude gruppidele hüvitiste rahaliste piirmäärade osas ettepanekute tegemine;

Menetlustüsistuste tagajärjel tekkinud tervisekahjude kompenseerimisel on võimalik lähtuda:

1. Senisest praktikast Eestis (millised kompensatsioonid millistele kahjudele),
2. Naaberriikide praktikast (näiteks Soome) – neil on sama kompensatsiooni mehhanism Eestis planeeritavaga – seega oleks suhteliselt lihtne nende kompensatsiooni tabel elatustaseme või keskmise palga koefitsiendiga meile üle võtta.
3. Alternatiivne võimalus on kalkuleerida tervisekahjust tingitud patsiendi töövõime kaotus, elukvaliteedi häire ja puue rahaks (arvestades keskmist kuupalka Eestis).

Autorile kättesaadavad andmed võimaldasid kasutada vaid viimast meetodikat, lisaks üksikjuhud, kus on palutud eksperthinnangut Eestis olnud tervisekahju juhtudele.

Sellest tulenevalt ettepanekud:

1. Aste – kerged tervisekahjud – 500-1 000 €  
(paranemine ca 1 kuuga)
2. Aste – mõõdukad tervisekahjud – 1 000-2 000€  
(paranemine ca 2 kuuga, kerge puue)
3. Aste – keskmised tervisekahjud – 2 000-3 000€  
(paranemine ca 3 kuuga, keskmise riskiga operatsioonid, mõõdukas puue)
4. Aste – rasked tervisekahjud – 5 000-10 000€  
(suure riskiga operatsioonid, intensiivravi vajadus, keskmine puue)
5. Aste – väga rasked tervisekahjud – 20 000-30 000€  
(püsiv osaline või täielik töövõime kaotus, raske puue – igapäevase kõrvalabi vajadus)
6. Aste – ülirasked tervisekahjud – 50 000-100 000€  
(sügav puue – ööpäevaringne kõrvalabi vajadus, surm)

Tervisekahju rahaline kompensatsioon tõuseb raskusastmete kasvades eksponentsiaalselt (mitte lineaarselt). Selle põhjendus – patsiendi tervisekahju raskus tõuseb samuti eksponentsiaalselt.

Kompensatsiooni konkreetse suuruse peaks otsustama ekspertkomisjon, arvestades täpset tervisekahju (iga raskusastme siseselt on tervisekahjudel mõningane erinevus – juhupõhisus).

## 5. Patsiendi ohutuse tagamise meetmed

Patsiendiohutuse tagamise süsteemi põhimõtete kirjeldus tervishoiuteenuse osutaja tasemel

Menetlustüsistuste kõige suurem oht on kirurgias. Seetõttu on eriti oluline just selles meditsiini valdkonnas patsiendi ohutuse tagamine.

Menetlustüsistuste vähendamisel ja patsiendi ohutus tagamisel on olulised meetmed:

1. Patsiendi ohu juhtumite vältimisel on olulisim nende situatsioonide kontrolli alla võtt, kus patsient ei saa enda kohta informatsiooni anda („enda eest seista“). Igapäeva meditsiinis käib see kõikide üldanesteesias protseduuride kohta (peamiselt kirurgiline tegevus). Seega ülevabariigiliselt on vajalik kohustuslikuks muuta „Kirurgilise ohutuse kontrollkaardi“ rakendamine.

Nimetatud kaart on välja töötatud EHK poolt juhendi vormis ja mitmete TTO poolt juba praeguseks kasutusele võetud

(<http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/138/kirurgilise-ohutuse-kontrollkaardi-kasutamine>).

2. Menetlustüsistuste ja patsiendi ohujuhtumite kohustuslik registreerimine vastavalt ära toodud juhendile (vt käesolev töö 2. peatükk) ja klassifikaatorile (vt Lisa 1.). Leides probleemseid kohad, saab nendega võidelda!

3. Muuta kohustuslikuks TTO-des „Menetlustüsistuste ja letaalsete juhtude arutelud“
  - a. Esinemise statistika
  - b. Põhjused
  - c. Välditavus
  - d. Võimalikud profülaktika võtted

Menetlustüsistuste ja letaalsete juhtude arutelud peaks toimuma regionaal- ja keskaiglates vähemalt 1 kord kuus, üldhaiglates 1 kord kvartalis.

Üldhaiglates on soovitatav aruteludele kaasata regionaal-või keskaiglatest konsultandid või arutelude juhid. Tõenäoliselt muudab see arutelud sisukamaks ja annab ravikvaliteedi parandamise aspektist parima tulemuse.

4. Ambulatoorset abi andvate TTO ja eraettevõtete puhul peab tüsistuste arutelud korraldama vastav eriala selts (sh otsustama ka arutelude sageduse, vähemalt 1 kord aastas).

5. Patsientide ohutuse alarm (häire) süsteem. See võiks olla veebipõhine alarmsüsteem, kuhu saavad tervishoiu professionaalid üles panna igapäeva meditsiinis ette tulevaid ohte/ohusituatsioone. Selle mõtte on informeerida nii meditsiiniabi andjaid kui ka patsiente võimalikest ohtudest.

Laekuva ohuinformatsiooni võib klassifitseerida temaatiliselt.

Analoogia on võetud Inglismaa NHS National Patients Safety Alert System, <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/psa/>

6. Patsiendi ohujuhtumite ja riskide klassifikaatori väljatöötamine (analoogia WHO Patients Safety Incidents). Registreerimine samade printsiipide järgi menetlustüsistustega (ja samade IT-lahendustega) – lisada tuleb patsiendi ohujuhtumite ja riskide peatükk.

*WHO – International Classification of Patients Concepts by Class* (adapteeritud)

Menetluse juhtimine (administreerimine)

1. Protseduurilised probleemid patsiendi saabumisel
2. Protseduurilised probleemid patsiendi lahkumisel
3. Probleemid patsiendi üleandmisel
4. Probleemid patsiendi identifitseerimisel
5. Probleemid patsiendi konsulteerimisel (hilinemine)
6. Ravijärjekorra (ootelehe) puudumine
7. Informeeritud nõusoleku puudumine
8. Vale reaktsioon erakorralisele situatsioonile
9. Probleemid kohustuste jagamisel

Protseduuride ja operatsioonide probleemid

1. Skriiningu ja profülaktika probleemid
2. Diagnoosimise ja patsiendi uurimise probleemid (mitte õigeaegne, mittetäielik)
3. Menetlusvõtte vale ajastus (nt hilinenult)
4. Menetlusvõtte valel patsiendil
5. Menetlusvõtte valel kehapöolel, vales regioonis
6. Menetlusvõtte vale meetodika või vale menetlusvõtte kasutamine
7. Probleemid patsiendi üldraviga (nt ebapiisav, hilinenud)
8. Probleemid erinevate analüüsidega (nt tegemata, hilinenult)
9. Probleemid erinevate uuringutega (nt tegemata, hilinenult)
10. Probleemid patsiendi isoleerimisega või kinnipidamisega (fikseerimisega)

Dokumentatsiooni probleemid (dokumendid on puudu, pole leitavad või vale patsiendi dokumendid)

1. Ravikorraldused
2. Kontrollkaardid
3. Kliinilised jälgimiselehed
4. Uuringute või analüüside vastused
5. Identifitseerimise kaardid/käepaelad jms
6. Juhendid, instruksioonid, formularid jms

Hospitaalinfektsioon

1. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (haavas)
2. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (veres)
3. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (uriinis)
4. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (pneumoonia)

5. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (proteesil)
6. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (pehmetes kudedes)
7. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (kanüülidel, dreenidel)
8. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (sooles, sh *Cl difficile*)
9. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (abstsessides)
10. Bakteriaalne hospitaalinfektsioon (mujal)
11. Viiruslik hospitaalinfektsioon (täpsustamata)
12. Seen-hospitaalinfektsioon (täpsustamata)

Lahtikirjutamata grupid:

Ravimid ja infusioonilahused

Veri ja vereproduktid

Toitmine

Hapnik ja teised gaasid

Käitumuslikud

Patsiendi kahjustamine

Patsiendi kukkumine

Muud