

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 28/09/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/581-2 (*)

**Avis du CFEH relatif à la programmation et offre de soins en réadaptation –
Lits Sp (partie 1)**

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 28/09/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date

1. Etat des lieux

Le CFEH rappelle la chronologie des avis donnés suite à la demande d'avis de la ministre Vandenberghe du 30 juin 2021.

Un premier avis a été donné CFEH/D/549-2 "Avis sur le critère de programmation des lits Sp1 à Sp5".

En complément, un deuxième avis a été donné dans l'avis CFEH/D/556-2 "Avis sur la programmation des lits Sp1 à Sp5 : aspects budgétaires et financiers".

Le CFEH souhaite également se référer à des avis antérieurs sur la programmation des lits Sp :

- CNEH/D/426-1 "Avis sur la programmation des lits Sp" (2013)
- CNEH/D/445-2 "Avis concernant les formes alternatives de soins" (2015)
- CFEH/D/540-2 "Avis sur la programmation de l'offre de soins hospitaliers" (2021)

Dans les avis CFEH/D549-2 et CFEH/D/556-2, le CFEH a indiqué un besoin futur de 1371 lits Sp supplémentaires pour l'ensemble du Royaume. Cette proposition est basée sur les estimations réalisées par le KCE dans l'étude 289 A "Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité" et qui sont basées sur l'hypothèse qu'il n'y a pas de changements exogènes significatifs par rapport à la situation qui a servi de base aux analyses et projections du KCE et en appliquant un taux d'occupation normatif de 80 %.

La présente demande d'avis du ministre demande toutefois de manière plus détaillée une approche globale de la programmation de l'offre de soins de réadaptation.

Cette demande d'avis est divisée en plusieurs sous-questions.

La question du ministre concernant les lits Sp4 (soins palliatifs) nous semble très pertinente et va dans le sens des commentaires formulés dans le document CFEH/D/549-2. Cependant, le CFEH note que le ministre propose un timing assez strict. Cependant, comme les travaux sur les lits Sp1 à Sp5 nécessitent une évaluation et une discussion approfondies, le CFEH constate qu'il n'y a actuellement pas assez de temps pour répondre également à la question sur les lits SP4 et demande donc de revenir sur ce sujet, où d'ailleurs d'autres expertises sont également nécessaires pour pouvoir mener la discussion de manière approfondie, dans un deuxième avis partiel.

Les deux avis précédents en réponse à la demande d'avis du 30 juin 2021 ont formulé les grandes lignes de la programmation et du financement. Dans le présent avis, nous souhaitons approfondir un certain nombre de questions concrètes qui ont été soulevées.

Les thèmes suivants seront successivement expliqués plus en détail :

- La description du profil des patients nécessitant des soins résidentiels dans des lits de réadaptation
- La répartition actuelle en lits Sp1-2-3-5 doit-elle être maintenue ?
- Quel est l'encadrement nécessaire du personnel soignant ?
- Quel est le financement nécessaire dans le BFM ?
- Un outil pour évaluer la vérification du profil des patients admis dans les lits Sp.

2. Introduction

Avant de détailler les différentes composantes de la demande d'avis, le CFEH estime qu'il est utile et nécessaire de définir précisément certains aspects liés à la réadaptation.

- Définition d'un patient en réadaptation

La CFEH estime que la définition précédemment utilisée d'un patient éligible à la réadaptation reste pratiquement inchangée. Pour ce faire, elle se réfère à une définition utilisée dans un cahier de 2016 de Zorgnet Icuuro ("Vlaamse revalidatieziekenhuizen portfolio") :

Inspirés par le rapport 57 du KCE et de l'Union européenne des médecins spécialistes, nous utilisons la définition suivante : " *La réadaptation est un processus actif visant un ensemble d'activités multidisciplinaires, orientées vers des objectifs et significatives pour atteindre et maintenir un niveau optimal d'indépendance et de fonctionnement pour les personnes ayant une déficience physique ou fonctionnelle liée au système musculo-squelettique, neurologique (et/ou cardio-pulmonaire) qui entraîne des limitations d'activité et/ou de participation, en interaction avec des facteurs personnels et environnementaux, avec une attente raisonnable d'amélioration fonctionnelle et/ou d'amélioration de la qualité de vie.* "

- Critères pour déterminer l'éligibilité à la réadaptation

Le CFEH souhaite mettre l'accent sur un certain nombre de concepts qui définissent si un patient peut ou non bénéficier d'un parcours de réadaptation. Il s'agit de la définition d'un besoin de réadaptation, de la présence d'un potentiel de réadaptation et du degré de réadaptabilité du patient.

Plus précisément, ces critères peuvent être décrits comme suit :

- Besoin de réadaptation : degré de régression du développement, de l'indépendance et de la fonctionnalité d'une personne, en raison d'un problème physique ou psychologique.
- Potentiel de réadaptation : la mesure dans laquelle le niveau de développement, d'indépendance et de fonctionnement d'une personne peut être amélioré grâce à une approche active et multidisciplinaire.
- Réadaptabilité : La mesure dans laquelle une personne est physiquement et psychologiquement capable de mener à bien un programme de réadaptation multidisciplinaire actif.

- *Le parcours de réadaptation : de la pré-habilitation à la réadaptation ambulatoire*

Le parcours de réadaptation est principalement un continuum d'interventions de réadaptation aux différents stades d'une déficience fonctionnelle grave.

- Pré-réhabilitation
- La réadaptation dans les unités de soins intensifs,
- Réadaptation dans un lit de soins aigus (C/D/E/G)
- Réadaptation dans un lit de réadaptation
- Réadaptation en hôpital de jour
- Réadaptation dans un centre de convalescence et autre réadaptation résidentielle

- Réadaptation en ambulatoire

Chaque patient éligible à un programme de réadaptation peut passer par différentes étapes de réadaptation.

Souvent, avant même l'intervention et l'admission, la nécessité d'une réadaptation post-intervention est évaluée. Il semble donc logique que, dans le cadre d'un processus de planification des soins, ce risque soit évalué à l'avance et qu'un parcours de soins soit établi. Pour ce faire, l'équipe multidisciplinaire de réadaptation peut être sollicitée afin d'utiliser ses connaissances spécifiques pour établir cette trajectoire du patient.

Le CFEH tient à souligner, comme il l'a déjà fait dans des avis précédents, que l'indication/prise en charge de la réadaptation doit se faire par et sous la supervision d'un médecin de réadaptation, encadré et en concertation avec une équipe pluridisciplinaire et le médecin traitant du patient.

D'autres types de problèmes médicaux (par exemple les affections neurologiques aiguës) nécessitent également une évaluation et une planification très précoces des besoins en matière de réadaptation. Là encore, une consultation pluridisciplinaire et la participation du médecin spécialiste de la réadaptation sont nécessaires pour définir la suite du parcours de soins et de réadaptation.

Sur la base de ces consultations, il est décidé s'il est judicieux d'opter pour un parcours ambulatoire ou résidentiel.

En tenant compte des critères de besoin de réadaptation, de potentiel de réadaptation et d'aptitude à la réadaptation décrits ci-dessus, l'admission dans un service de réadaptation est indiquée ici.

Après un séjour dans un service résidentiel, la réadaptation du patient pourra se poursuivre en ambulatoire. Plus loin dans l'avis, le CFEH revient en détail sur le concept d'hôpital de jour de réadaptation". Actuellement, le parcours de réadaptation se poursuit par une réadaptation ambulatoire dans un centre de convalescence ou autre forme résidentielle intermédiaire. L'étape entre la réadaptation en hospitalisation dans un lit de réadaptation et la réadaptation complète en ambulatoire est pour le patient (et ses aidants proches) souvent trop importante, ce qui permettrait d'éviter des séjours prolongés inutiles.

Le CFEH souhaite également attirer l'attention sur les coûts pour le patient souvent associés à certains parcours et à un éventail d'activités de réadaptation qui sont trop limités en temps et en effort pour obtenir des résultats valables. Une attention particulière devrait être accordée aux coûts de transport pour le patient, surtout pour les activités ambulatoires.

3. Avis

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. La description du profil des patients nécessitant des soins résidentiels dans des lits de réadaptation2. La répartition actuelle en lits Sp1-2-3-5 doit-elle être maintenue ?3. Quel est l'encadrement nécessaire du personnel soignant ?4. Quel est le financement nécessaire dans le BMF ?5. Un outil pour évaluer la vérification du profil des patients admis dans les lits Sp |
|---|

Le CFEH précise que l'avis ci-dessous ne concerne pas les lits Sp6 (Sp psychogériatrie). Comme indiqué ci-dessus, un avis séparé sur les lits Sp4 (Sp palliatifs) suivra.

Dans sa demande d'avis, le ministre demande qu'une vision soit développée sur le modèle d'organisation des soins de réadaptation. Il s'agit des soins résidentiels en lits de réadaptation dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux catégoriels et spécialisés. Le Conseil rappelle, comme il l'a déjà indiqué dans l'avis portant la référence CFEH/D/549-2, qu'il faut prévoir la possibilité de conclure des accords bilatéraux spécifiques entre l'autorité fédérale et les communautés et régions dans le cadre de l'élaboration de l'avis ci-dessous.

1. La description du profil du patient nécessitant des soins résidentiels dans des lits de réadaptation.

Simultanément à la demande d'avis du 30 juin 2021, le ministre a fourni au CFEH une analyse des données relatives aux services Sp (Sp1-2-3-5) basée sur l'année 2018. Le CFEH a estimé que les données utilisées pour cette analyse, datant déjà de plusieurs années, ne peuvent plus refléter correctement la situation actuelle. En concertation avec le SPF Santé publique, une mise à jour des données a donc été effectuée tant au niveau de la pathologie des patients admis dans les lits Sp qu'au niveau du profil infirmier de ces patients. Ces données sont également à nuancer car à partir de mars 2020, la pandémie de Covid a fortement perturbé les activités normales de soins de santé. Il s'agit par exemple de la période de confinement au cours de laquelle, entre autres, moins d'actes locomoteurs et neurochirurgicaux planifiés ont été réalisés pour lesquels une admission dans un service Sp pouvait être appropriée

Les documents suivants ont été soumis au CFEH dans ce contexte :

- Analyse Sp1, Sp2, Sp3, Sp5 pour 2019. Ce rapport donne une image globale des soins infirmiers dans ce service sur la base de l'enregistrement dans la base de données DI-RHM.
- Analyse de l'offre et des séjours en Sp dans les hôpitaux généraux en 2018, 2019, 2020, 2021.
- Quelques analyses détaillées supplémentaires concernant la durée du séjour, le déroulement du séjour à l'hôpital si au moins 1 passage en Sp, les diagnostics posés lors du séjour en Sp.

La mise à jour des données n'apporte pas de nouveaux résultats.

En ce qui concerne le commentaire dans la demande d'avis selon lequel les patients restaient sur des lits Sp en l'absence d'une autre structure intermédiaire entre l'hôpital et la situation à domicile, un avis a déjà été émis par le CFEH (CFEH/D/445-2 en 2015)¹.

Le CFEH note qu'à ce jour, il n'existe pas d'outil permettant de déterminer sans ambiguïté le besoin de réadaptation et l'intensité des soins du patient à réadapter. Des études sont en cours sur l'applicabilité de l'instrument de réadaptation BELRAI² dans la réadaptation physique en Flandre. Cette étude se concentre sur la réadaptation à long terme. Les résultats définitifs de cette étude ne sont pas

¹ Le dit avis se réfère à un groupe cible B, défini comme suit : Les patients qui ont besoin d'un logement temporaire pour leur permettre de fonctionner à nouveau de manière indépendante avant de retourner dans leur environnement naturel (par exemple, un nouveau logement de convalescence peut être fourni à cette fin). Par exemple, pour les patients après un long séjour à l'hôpital ou une intervention chirurgicale majeure, ou qui ont des besoins spécifiques de soins plus lourds, ou qui se rétablissent en attendant une réadaptation spécifique.

² <https://www.steunpuntwvg.be/projecten/onderzoek-voor-de-evaluatie-van-het-belrai-revalidatie-instrument-deel-1> : L'objectif de cette étude est de tester la facilité d'utilisation et la validité de l'instrument BelRAI REVA auprès d'un échantillon représentatif de patients et de types d'établissements de réadaptation à long terme flamands et fédéraux en Flandre.

encore disponibles. Les experts qui ont participé à cette recherche et qui ont testé l'instrument sur le terrain indiquent que la mise en œuvre de cet instrument demande énormément de travail. En outre, ils indiquent que cet instrument saisit principalement les besoins en matière de soins plutôt que les besoins en matière de réadaptation, le potentiel de réadaptation et la réadaptabilité. Il n'y a donc aucune raison de mettre en avant BELRAI Reva, qui se concentre en outre sur la situation flamande, comme instrument approprié.

Le Conseil estime qu'une échelle simple est nécessaire pour rendre compte de la complexité des besoins en matière de soins et de réadaptation. Parmi les modèles possibles, on peut citer entre autre le module de réadaptation de l'AN-SNAP (Australian National subacute and non-acute patient classification) et RCS (rehabilitation complexity scale). Il est également fait référence aux groupes de pathologies inclus dans les conventions de réadaptation 950, 951 et 771 ainsi que les groupes de pathologie de la nomenclature pluridisciplinaire K30-K45-K60 (à réviser et à compléter). Une vue d'ensemble des groupes de pathologies se trouve en annexe. Il faut noter que ces listes ne représentent pas toutes les conventions signées et ne sont pas homogènes. Elles sont également obsolètes et doivent donc être révisées et complétées. Un travail futur devra être effectué à cet égard.

Le CFEH a également examiné l'échelle RCS. Un aperçu schématique de l'échelle RCS se trouve en annexe.

Cette échelle est utilisée en Angleterre par le NHS (National Health Service) pour établir le profil du patient en réadaptation (et le financement associé en combinaison avec d'autres échelles).

L'Italie et le Danemark travaillent également sur une échelle RCS modifiée.

Le Conseil a reçu une explication du professeur Nielsen (Université d'Aarhus) sur l'application de l'échelle RCS modulée dans un hôpital universitaire danois. Cette échelle est utilisée lors de l'admission du patient, de sa sortie ou de son transfert dans un autre service, afin de déterminer le profil du patient. Sur cette base, on détermine s'il est nécessaire d'admettre le patient dans un lit de réadaptation spécialisé ou non.

Sur la base de cette première introduction, le Conseil estime qu'il serait utile de poursuivre les recherches sur l'utilisation de cette échelle.

Cette échelle est issue de la rééducation neurologique. En Angleterre, l'échelle est également utilisée pour d'autres types de rééducation. Au Danemark, cette échelle n'est utilisée que pour la rééducation neurologique.

Des recherches supplémentaires sur la possibilité d'utilisation pour d'autres types de réadaptation semblent indiquées.

L'adaptation de cette échelle à la situation belge doit également faire l'objet d'une étude plus approfondie.

L'Angleterre et le Danemark utilisent tous deux cette échelle pour la réadaptation neurologique. Des recherches complémentaires devront préciser si elle peut également être utilisée pour d'autres types de réadaptation.

L'adaptation de cette échelle à la situation belge doit également faire l'objet d'un examen plus approfondi.

Comme le parcours d'un patient nécessite souvent une décision sur le traitement le plus approprié, le CFEH propose de piloter l'utilisation du RCS par le médecin réadaptateur comme outil pragmatique

pour estimer les besoins de réadaptation et la gravité des soins, augmenté d'autres échelles en fonction du groupe de pathologie (comme l'échelle FIM).

Cela offre également la possibilité de mieux connaître le profil des patients dans les lits de réadaptation.

Le CFEH insiste sur le fait que l'utilisation du RCS doit d'abord être testée et évaluée avant d'être mise en œuvre à plus grande échelle.

Plusieurs facteurs, qui ne sont pas nécessairement liés à une pathologie, déterminent le besoin spécifique de réadaptation. Il faut également tenir compte de la lourdeur psychosociale des patients qui peut impacter la complexité des soins. Une évaluation préalable approfondie des besoins individuels du patient par le médecin réadaptateur déterminera la voie à suivre.

Le CFEH souhaite cependant soulever les points d'intérêt suivants :

- Le Conseil considère que l'évaluation de la capacité de réadaptation d'un patient sur la base d'une limite d'âge n'est pas appropriée. Le besoin et le potentiel de réadaptation sont indépendants de l'âge. L'évaluation doit être effectuée par le médecin de réadaptation en consultation avec l'équipe multidisciplinaire y compris le spécialiste référent (avis du pneumologue, de l'orthopédiste, etc.) en fonction de la réalisation des objectifs de réadaptation, à savoir l'amélioration fonctionnelle et/ou l'amélioration de la qualité de vie.
- Le médecin traitant, le patient et/ou son aidant naturel sont activement impliqués dans l'équipe de soins et ont leur mot à dire sur les objectifs poursuivis.

Pour la description du profil du patient, le ministre fait référence aux lits de réadaptation dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux catégoriels et spécialisés.

La poursuite d'un outil générique pour tous les hôpitaux avec des lits Sp pour tous les types d'hôpitaux est appropriée.

Il est donc impératif de s'aligner sur l'entité fédérée (Flandre) en ce qui concerne les lits de SP, qui relèvent de leur compétence.

2. Faut-il maintenir la répartition actuelle en lits Sp1-2-3-5 ?

Le CFEH propose de ne plus maintenir la subdivision actuelle en Sp1-2-3-5. Le Conseil préconise l'introduction d'une désignation uniforme des lits de réadaptation, à savoir les lits R.

Le CFEH reconnaît qu'il peut exister des différences d'intensité, de gravité, de potentiel de réadaptation et de réadaptabilité dans l'éventail des patients en réadaptation. L'absence d'un outil validé permettant d'objectiver la gravité du parcours de réadaptation rend difficile l'établissement d'une distinction nette entre les groupes de patients. À l'heure actuelle, on peut toutefois s'appuyer sur l'expertise du médecin réadaptateur et des conventions spécialisées qui peuvent être conclues pour certains groupes de patients. L'utilisation de l'échelle de complexité de la réadaptation dans le cadre d'un projet pilote pourrait permettre d'évaluer les besoins en réadaptation (et l'encadrement) en fonction de la complexité des problèmes du patient.

Le CFEH rejoint ici les avis déjà donnés dans le passé dans ce sens : notamment dans le conseil de 2013 (CNEH/D/426-1 " Conseil relatif à la programmation des lits Sp " (2013)) et dans l'étude du KCE de 2007 (Rapport 57A du KCE : Organisation et financement de la rééducation musculo-squelettique et

neurologique en Belgique). Le CFEH constate que l'absence d'un outil spécifique d'évaluation des patients en réadaptation ne permet pas une distinction nette entre les différents types de patients. Or, la réalité quotidienne de l'activité dans les services de réadaptation montre qu'il existe des profils de patients présentant des handicaps très lourds qui nécessitent un encadrement plus large, tant en termes de personnel que de ressources, que d'autres profils présentant des handicaps moins lourds.

Le CFEH estime qu'il est nécessaire d'établir une structure organisationnelle plus claire pour la réadaptation résidentielle.

Une partie du CFEH est d'accord avec les recommandations déjà faites à plusieurs reprises dans le passé pour travailler avec une forme d'organisation qui fait la distinction entre les lits R et les lits R+. Les lits R sont destinés aux patients dont les besoins en matière de réadaptation sont moindres. Dans les lits R+, sont admis des patients qui ont manifestement un besoin de réadaptation plus important et qui ont besoin d'un trajet plus intensif avec une plus grande expertise et un meilleur encadrement. Néanmoins, la question d'identifier aujourd'hui quels patients sont concernés par l'un ou l'autre lit est très complexe et ne permet pas déjà d'envisager cette distinction en pratique. Il sera nécessaire d'approfondir la question sur base de l'enregistrement proposé (échelle RCS) pour identifier l'organisation la plus adéquate. Une autre partie des membres ne voit pas directement l'intérêt de cette distinction au niveau des lits qui n'existe pas dans d'autres indices de lits et rappelle qu'il faut être attentif à ne pas limiter la prise en charge. Les membres du CFEH s'accordent à reconnaître en tout cas l'existence de variations dans l'intensité de la réadaptation qui doit être prise en compte pour apporter une réponse adaptée aux besoins des différents patients.

Cependant, le CFEH souhaite souligner une fois de plus que les besoins et l'intensité de la réadaptation peuvent être très différents. La trajectoire d'une chirurgie orthopédique sans complication diffère en termes de durée, d'intensité, de déploiement de personnes et de ressources de celle, par exemple, de la réadaptation d'un patient tétraplégique. Un élément important pour tracer une ligne de démarcation claire a priori est que l'offre prend la forme d'un continuum dans lequel le besoin et l'intensité augmentent progressivement, mais aussi l'absence d'un instrument validé qui permette actuellement une différenciation claire. Le CFEH aimerait proposer un autre projet pilote avec l'échelle de complexité de « Rehabilitation complexity Scale ».

Le CFEH propose d'évoluer vers un **programme de soins de réadaptation** qui rassemble différentes modalités.

- Préhabilitation
- Réhabilitation en soins intensifs,
- Réhabilitation dans un lit de soins aigus (C/D/E/G)
- Réadaptation en lit de réadaptation
- Réadaptation en hôpital de jour
- Réadaptation dans un centre de convalescence et autre réadaptation résidentielle
- Réadaptation en ambulatoire
- Suivi de la réadaptation à long terme

a. Préhabilitation

Dans la phase précédant à certaines interventions chirurgicales graves limitant les fonctions, un programme de réadaptation est élaboré pour préparer au mieux le patient. Cette phase comprend donc un travail sur la force, la condition physique, le mode de vie, l'alimentation et la résistance mentale. La phase de préhabilitation a un effet positif convaincant sur le résultat après l'opération, avec moins de complications.

Exemples : préhabilitation avant l'amputation d'un membre, préhabilitation avant une transplantation d'organe, préhabilitation avant une chirurgie oncologique lourde....

b. Réadaptation en soins intensifs

Après une maladie aiguë grave ou une intervention chirurgicale lourde, pour lesquels un séjour en soins intensifs/stroke unit est nécessaire, le patient entame un programme de réadaptation individuel en soins intensifs. Depuis le service de réadaptation, une équipe de réadaptation de liaison interne (médecin de réadaptation et thérapeutes) part pour les soins intensifs afin d'identifier les besoins de réadaptation du patient et d'orienter le programme de réadaptation en fonction des capacités du patient.

c. Réadaptation dans un lit de soins aigus (C/D/E/G)

Le processus de réadaptation se poursuit sans relâche lorsque le patient passe des soins intensifs au service de soins aigus (pour autant qu'il y ait un passage en soins intensifs). La durée et l'intensité de la réadaptation sont progressivement augmentées en fonction des capacités individuelles du patient. En tenant compte du besoin de réadaptation, du potentiel de réadaptation et de l'aptitude à la réadaptation du patient, **l'équipe de réadaptation de liaison interne**, en collaboration avec les médecins concernés, décide si et quand le patient sera transféré dans l'unité de réadaptation.

d. Réadaptation dans un lit de réadaptation

Le patient bénéficie d'un programme de réadaptation multidisciplinaire intensif et sur mesure dans un lit de réadaptation.

e. Réadaptation en hôpital de jour

Lorsque le patient a encore besoin de soins médicaux ou infirmiers, mais qu'il est déjà suffisamment autonome pour fonctionner à domicile (avec ou sans la supervision nécessaire), il quitte le lit de réadaptation et un l'hôpital de jour de réadaptation pourrait constituer une offre de réadaptation complémentaire approprié.

Il s'agit d'un nouveau concept que le CFEH met en avant .

Le concept de "réadaptation en hôpital de jour" peut, dans certaines indications, constituer une solution intermédiaire entre le séjour dans un lit résidentiel et la réadaptation ambulatoire pure. La réadaptation en hôpital de jour peut alors être considérée comme un pont entre le séjour à l'hôpital et le retour dans le milieu de vie du patient.

L'étape entre la réadaptation lors de l'admission dans un lit Sp et la réadaptation ambulatoire complète est souvent trop importante, ce qui explique pourquoi les personnes en réadaptation restent actuellement régulièrement dans un lit Sp plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire. L'hôpital de jour de réadaptation peut être considéré comme une transition entre l'admission et la réadaptation ambulatoire, lorsque le patient a encore besoin de soins médicaux et infirmiers spécialisés et qu'il n'est pas encore en mesure de fonctionner de manière totalement autonome à domicile. Il offre également plusieurs avantages par rapport à la réadaptation à long terme sur un lit Sp en termes de qualité de la réadaptation, d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient. Le concept d'hôpital de jour offre suffisamment d'espace et de temps pour poursuivre le traitement résidentiel sans que la pression du temps ne soit un obstacle. Il offre également plus de possibilités aux aidants informels pour qu'ils puissent à leur tour consacrer du temps et de l'espace à l'encadrement de leur parent.

Dans l'étape suivante, il sera important d'établir des critères clairs qui peuvent justifier la décision d'hospitalisation de jour.

Le transport vers et depuis l'hôpital de jour est un sujet de préoccupation auquel il convient d'accorder toute l'attention nécessaire. Les coûts de transport obligent désormais les patients à rester plus longtemps à l'hôpital ou à interrompre prématurément leur parcours de réadaptation.

f. Séjours de convalescence et autres formes de réadaptation résidentiels

D'autres formes de réadaptation résidentielle pour les patients qui n'ont plus besoin d'être admis en milieu hospitalier, mais auxquels une forme limitée de réadaptation peut encore être proposée, pourraient être envisagées, comme, par exemple, un séjour dans une maison de convalescence ou un court séjour (exploratoire) dans une maison pour personnes âgées, en tenant compte des possibilités spécifiques qui peuvent être offertes en termes de réadaptation. C'est notamment le cas lorsque l'intensité de la réadaptation dans un lit de réadaptation à l'hôpital est trop élevée et/ou lorsque les patients ont une faible capacité de réadaptation. Nous nous référons également à la demande d'avis du ministre, qui indique qu'un montant de 8,3 millions d'euros est prévu pour le financement fédéral des séjours de réadaptation.

g. Réadaptation ambulatoire

Au cours de cette phase de réadaptation, le patient est suffisamment autonome à domicile et ne nécessite plus de soins médicaux ou infirmiers spécifiques dans le contexte hospitalier. Le patient se rend alors au centre de réadaptation en ambulatoire pour suivre un programme de réadaptation intensif. Le cas échéant, la phase finale de la réadaptation ambulatoire est fortement axée sur la réinsertion scolaire et professionnelle.

h. Suivi de la réadaptation à long terme

Après avoir atteint les objectifs de réadaptation (aiguë), le médecin de réadaptation (et l'équipe de réadaptation) doit assurer un suivi à long terme dans certaines affections graves de troisième ligne, par exemple dans le cas d'affections dégénératives acquises et chroniques du système nerveux central (cerveau/moelle épinière), d'amputations, ...etc. Une nouvelle période de réadaptation (plus courte) peut être nécessaire à long terme en cas de déclin aigu des capacités fonctionnelles ou de changement d'aides ou de contexte.

Tout au long de leur développement, du bébé à l'adolescent, de nouveaux objectifs de réadaptation apparaissent constamment, justifiant ou non une nouvelle période de réadaptation.

Les différentes étapes du parcours de réadaptation décrites ci-dessus peuvent être accélérées ou supprimées à tout moment en fonction des capacités du patient.

Par exemple, lorsqu'un patient n'a plus besoin de soins médicaux ou infirmiers, il peut immédiatement devenir un patient ambulatoire après avoir été admis dans un lit de réadaptation.

Team de liaison interne

Le présent avis se concentre sur la partie résidentielle d'un tel programme de soins. Toutefois, comme décrit plus haut dans l'avis, il est clair que tout patient éligible à un parcours de réadaptation peut passer par différentes étapes de la réadaptation. Pour l'évaluation préopératoire des besoins de réadaptation, l'équipe multidisciplinaire de réadaptation peut être sollicitée pour utiliser ses connaissances spécifiques. D'autres types de problèmes médicaux (par exemple les affections neurologiques aiguës) nécessitent également une évaluation et une planification précoces des besoins en matière de réadaptation. Dans le cadre d'un programme de soins organisé, cette tâche pourrait être confiée à une "**équipe de liaison interne**".

Dans le cadre de ce programme de soins de réadaptation, il est donc possible de coopérer de manière plus structurée avec les groupes de patients dont les besoins en matière de réadaptation ne peuvent être satisfaits de manière adéquate dans le cadre de l'organisation actuelle. En effet, la réadaptation joue également un rôle important dans d'autres lits (aigus), notamment pour les patients âgés vulnérables.

Par exemple, la coopération entre le programme de soins de réadaptation et le programme de soins gériatriques créera une valeur ajoutée pour cette population. Cela comprend le triage des patients et leur orientation vers l'offre de réadaptation la plus adaptée, la coopération et la coordination entre l'équipe de réadaptation de liaison interne et l'équipe de gériatrie de liaison interne, la coopération entre les gériatres et les médecins de réadaptation, etc.

3. *Quelle est la dotation en personnel de soins requise ?*

Le CFEH constate que les normes de dotation en personnel décrites dans les normes d'accréditation de 1993 sont dépassées. Cela vaut pour les services de réadaptation, mais aussi pour les autres services d'hospitalisation. Globalement, on constate une augmentation de la charge de soins pour laquelle le cadre décrit est insuffisant.

Le cadre multidisciplinaire pour le patient en réadaptation n'est pas non plus à jour et ne correspond pas aux besoins actuels. En fonction du type de lit Sp, il est fait référence ici à l'ergothérapie, à la physiothérapie, à la logopédie, au psychologue, à l'intégration professionnelle... La nature multidisciplinaire de la réadaptation exige l'utilisation de profils plus spécifiques.

Avec l'évolution vers un type uniforme de lit de réadaptation, à savoir les lits R, la dotation en personnel devra également évoluer vers plus d'uniformité. En effet, les normes actuelles ne prévoient que des différences minimales entre les différents types de lits de réadaptation. Il sera néanmoins important de laisser de la flexibilité dans l'adaptation du cadre aux besoins réels.

Les modalités concrètes représente une question complexe. Le CFEH indique qu'en fonction du type de réadaptation (par exemple, cardio-pulmonaire ou locomotrice), il devrait y avoir une certaine

flexibilité dans la qualification dans l'interprétation concrète du cadre. Il y a également l'encadrement du personnel dans les conventions de réadaptation, en plus de l'encadrement du personnel fourni par le financement du BMF. Il convient d'examiner l'ensemble de la situation.

Lorsqu'il est établi que l'intensité de la réadaptation et/ou les besoins en soins supplémentaires peuvent varier en fonction du type de patient, les services où cette réadaptation plus lourde a lieu devraient être abordés de manière adaptée en termes de personnel, d'expertise, d'infrastructure et de ressources. À l'heure actuelle, aucun paramètre objectif n'est disponible pour établir cette distinction.

Pour déterminer la dotation en personnel des lits de réadaptation, la première étape consiste à identifier les besoins en matière de réadaptation, en tenant compte du potentiel de réadaptation et de l'aptitude à la réadaptation. Sur la base de ce profil de patient, des types/catégories de patients peuvent être identifiés et le cadre de dotation en personnel pour ces catégories peut être développé plus avant.

Dans le cadre de l'évolution vers un programme de soins de réadaptation, le staffing nécessaire pour d'autres fonctions telles que la liaison interne et l'hôpital de jour devra également être définie.

Le CFEH propose d'utiliser le ratio patient/infirmier(ière) pour déterminer le staffing nécessaire des services de réadaptation résidentiels. Ce ratio peut être appliqué à la fois aux patients R/lits et aux patients R+/lits. Compte tenu de l'importance des prestataires de soins complémentaires dans un service de réadaptation, le CFEH propose également d'utiliser un ratio similaire, mais sous la forme d'un ratio patient/caregiver, afin de garantir une prestation correcte et équitable (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, etc.). Sur la base de l'évolution ultérieure du modèle organisationnel, les ratios appropriés pourront alors être déterminés pour parvenir à un nouveau staffing concret.

4. *Quel est le financement requis dans le BMF ?*

Le CFEH note qu'il existe un certain nombre de composantes différentes pour le financement du service Sp dans un hôpital.

Par exemple, il y a le financement du BFM qui, sur une base historique, varie considérablement d'un hôpital à l'autre en raison des reconversions passées de lits V et S ou de lits d'hôpitaux aigus (comptabilisés) en lits Sp.

D'après les données fournies par le SPF Santé publique, les prix des journées de soins pour les différents services de soins intensifs dans les hôpitaux varient considérablement. A la demande du CFEH, les services du SPF Santé publique ont réalisé une simulation basée sur l'hypothèse suivante. Les montants actuels des sous parties B1 et B2 du prix de journée pour les services Sp seraient ajoutés au BMF global de l'hôpital et ensuite redistribués selon les normes de staffing actuelles. Cet exercice a donné lieu à d'importants déplacements de ressources financières entre les hôpitaux.

Ces changements financiers sont si prononcés que le CFEH estime qu'ils auront un impact significatif sur la situation financière des hôpitaux. Même une approche progressive de ces changements vers un prix moyen serait particulièrement complexe, d'autant plus que l'on peut s'attendre à des reconversions vers les lits Sp dans les années à venir.

Le CFEH propose donc que l'adaptation du financement des lits Sp vers une répartition plus équitable entre les hôpitaux soit incluse dans l'approche déjà en cours de la réforme du financement des hôpitaux. Il semble également plus approprié au CFEH d'inclure cette adaptation souhaitée du financement des activités de réadaptation dans l'approche globale de la réforme du financement des hôpitaux.

Par ailleurs, non seulement le financement actuel des services Sp est inégalement réparti entre les hôpitaux en termes de BMF, mais le financement des conventions de l'INAMI présente des différences tout aussi importantes entre les hôpitaux.

Etant donné que le financement est également partiellement remboursé par les prestations de la nomenclature et par les conventions de l'INAMI, le CFEH insiste pour que, afin d'obtenir une vision globale du financement des activités de réadaptation, un groupe de travail mixte CFEH INAMI soit mis en place afin de pouvoir examiner cette question de la manière la plus large possible et de formuler des propositions pour le financement à l'avenir.

Dans le cadre d'une évolution vers un programme de soins de réadaptation plus complet, les coûts d'éléments supplémentaires tels que la fonction de liaison interne et l'hôpital de jour de réadaptation devraient également être pris en compte.

5. Un outil pour évaluer la vérification du profil des patients admis dans les lits Sp

Un précédent avis (CFEH/D/556-2) indiquait déjà qu'il n'est pas souhaitable de financer les lits Sp sur la base des lits imputables (au sens de la durée moyenne nationale de séjour par gravité de l'affection). Le DI-RHM / ICD-10 / APR-DRG ne sont pas les outils appropriés pour ces patients, selon le CFEH. Pour ces patients, il est nécessaire de justifier le besoin de réadaptation et le potentiel de réadaptation du patient, en plus de la pathologie.

Une meilleure forme d'enregistrement est nécessaire et devrait être une priorité, voire une condition préalable, dans le cadre de la réforme souhaitée de la réadaptation (voir également ci-dessus).

4. Plan d'approche :

Le CFEH souhaite que l'on travaille sur cet avis et fait un certain nombre de suggestions concrètes :

1. Le Conseil demande au ministre de prendre à court terme des mesures supplémentaires concernant l'outil RCS

A prendre notamment :

- l'évaluation de l'outil RCS original et l'étude de la nécessité de l'adapter à la situation belge
- une étude sur l'utilisation de cet outil pour des formes de réadaptation autres que neurologiques.
- le tester en pratique dans un certain nombre d'hôpitaux pilotes dotés de lits Sp.

2. Développement des concepts « équipe de liaison interne et de réadaptation en hôpital de jour ». Le Conseil peut, s'il le souhaite, approfondir cette question dans un avis suivant.

3. Création d'un groupe de travail CFEH - INAMI chargé d'analyser les différentes formes de personnel et de financement. Il semble important d'obtenir également un aperçu des niveaux réels de dotation

en personnel par hôpital, qui sont souvent plus élevés que les normes de dotation en personnel définies dans les normes d'agrément. Cette information est utile dans la perspective de staffing et du financement futurs.

Ce travail d'étude peut ensuite être utilisé pour l'élaboration concrète de propositions de staffing et de financement.

Liste des groupes de pathologies éligibles à la réadaptation.

Une description des groupes cibles spécifiques éligibles à la réadaptation peut être trouvée dans les accords de réadaptation pour les conventions de réadaptation 950, 951 et 771.

Troubles locomoteurs et neurologiques :

- Paraplégie ou quadriplégie acquise ;
- lésions cérébrales entraînant une déficience neuromotrice grave ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres déficiences neuropsychologiques graves ;
- maladies chroniques évolutives du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec séquelles motrices ou intellectuelles, pendant la phase de rééducation intensive après un uppercut ;
- l'amputation d'un membre supérieur ou inférieur ;
- l'infirmité motrice cérébrale ;
- les troubles congénitaux de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière ;
- dysmélie et phocomélie ;
- les myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune ;
- la mucoviscidose ;
- les troubles locomoteurs et psychologiques sévères
 - i. dues à la polyarthrite rhumatoïde aux stades III et IV de Steinbrocker
 - ii. dus à la spondylarthrite avec atteinte périphérique aux stades III et IV de Steinbrocker, avec des complications neurologiques possibles.

Convention 771 printscreen ci-dessous !

Ziekten of stoornissen
Paraparesie
Tetraparesie
Paraplegie
Tetraplegie
Ernstige locomotorische en/of neuro-psychologische stoornissen t.g.v. hersentrauma's
Ernstige locomotorische en/of neuro-psychologische stoornissen t.g.v. een neuro-chirurgische ingreep op de hersenen
Ernstige locomotorische en/of neuro-psychologische stoornissen t.g.v. het Guillain-Barré-syndroom
Ernstige locomotorische en/of neuro-psychologische stoornissen t.g.v. een van de hierna opgesomde degeneratieve of demyeliniserende neurologische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel: amyotrofische lateraal sclerose, ziekte van Wilson, ataxie van Friedreich, olivopontocerebellaire atrofie, multiple sclerose, leucodystrofie, misvorming van Arnold-Chiari, syringomyelie
Hemiplegie/hemiparesie met objectiveerbare ernstige neuro-psychologische stoornissen
Volledige monoplegie van een bovenste lidmaat
Amputatie bovenste lidmaat boven de hand
Amputatie van het onderste lidmaat ter hoogte van het dijbeen, op 1/3 proximale, of met desarticulatie van het heupgewricht

Ziekten of stoornissen
Amputatie van beide onderste ledematen ter hoogte van het scheenbeen of het dijbeen
Ernstige locomotorische en psychologische stoornissen t.g.v. reumatoïde artritis in Steinbrocker stadium III en IV
Ernstige locomotorische en psychologische stoornissen t.g.v. spondylitis met perifere aantasting in Steinbrocker III en IV, met eventueel neurologische complicaties
Polytraumata: bot-, articulaire of neuromusculaire letsels t.h.v. verscheidene ledematen, of complexe verwondingen aan hoofd, romp of bekken met letsels aan diepliggende organen.

nomenclature Pluridisciplinaire K30-45-60 ; printscreen ci-dessous !

"K.B. 22.6.2004" (in werking 1.8.2004) + "K.B. 14.9.2007" (in werking 1.12.2007)
 "§ 11. LIMITATIEVE LIJST VAN AANDOENINGEN VOOR
 PLURIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE
 (558810 - 558821, 558014-558025 en 558832 - 558843)

Codenr.	Aandoening	Type	Max.aantal
	-Centraal Zenuwstelsel-		
101 A	Cerebrale letsels met neurologische uitvalsverschijnselen	K 60	120 beh.
102 A	Dwarslesie/paraplegie-parese/tetraplegie-parese	K 60	120 beh.
103 A	Progressieve neurologische aandoening n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
	-Perifere zenuwbanen-		
201 A	Perifeer zenuwletsel/radiculopathie/plexusletsel	K 60	120 beh.
202 A	Polyneuropathie n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
	-Spierstelsel-		
301 A	Myopathie/myositis met duidelijke verandering van de autonomie	K 60	120 beh.
	-Orthopedische aandoeningen-		
401 A	Algodystrofie (Südeck), Frozen Shoulder (complex regionaal pijnsyndroom)	K 60	120 beh.
402 A	Gewrichtsprothese van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 45	60 beh.
403 A	Amputaties BL/OL (uitgez. vinger D2-D5)	K 60	60 beh.
404 A	Orthopedisch-functionele stoornis met aantasting van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 60	60 beh.
405 B	Funciestoornissen op basis van ernstige peesletsels met partiële of volledige onderbreking van continuïteit	K 30	60 beh.
406 B	Indeukingsfracturen wervel(s)	K 30	60 beh.
407 B	Bekkenfracturen met ilio- en ischiopubische fractuur met sacroiliacale verplaatsing, na heelkundige correctie	K 30	60 beh.
	-Varia-		
501 B	<i>Geschrapd door K.B. 7.10.2011 (in werking 1.1.2012)</i>		
502 A	Littekens van uitgebreide brandwonden met functionele hinder tijdens hun evolutieve fase of na heelkundige/plastische correctie	K 60	60 beh.
503 A	Chronische reumatische-evolutieve gewrichtsaandoeningen n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	60 beh.
504 B	Longrevalidatie voor obstructieve of restrictieve respiratoire insufficiëntie met ESW < 60 % en/of bewezen desaturatie, op verwijzing van de pneumoloog	K 30	60 beh. *

Troubles cardiologiques

- infarctus aigu du myocarde
- chirurgie des artères coronaires
- intervention thérapeutique endovasculaire percutanée sur le cœur et/ou les artères coronaires sous contrôle de l'imagerie médicale
- intervention chirurgicale due à une malformation congénitale ou acquise du cœur ou à une lésion valvulaire
- transplantation cardiaque et/ou pulmonaire
- cardiomyopathie avec dysfonctionnement du ventricule gauche

Maladies pulmonaires

- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- asthme bronchique chronique sévère

- autres troubles respiratoires graves tels que bronchectasies, mucoviscidose, ...
- chirurgie visant à réduire le volume des poumons à la suite d'un trouble respiratoire obstructif ou d'une thoracotomie
- un état restrictif causé par une maladie interstitielle, ou à la suite d'infections ; ou à la suite d'une maladie neuromusculaire ou d'une affection der la cage thoracique.
- transplantation pulmonaire
- candidat à la transplantation pulmonaire

Si nous conservons cette liste, une révision et ajout s'impose.

The Rehabilitation Complexity Scale: extended (version 13)

Further instructions for application

For each subscale, circle <u>highest level</u> applicable	
<p>CARE or RISK Describes the level of support the patient needs for either basic self care or to maintain their safety</p> <p>NB: If not sure which to record, rate both CARE and RISK and use highest score</p>	
<p>BASIC CARE AND SUPPORT NEEDS Includes assistance for basic care activities (either physical help or stand0by supervision) Includes washing, dressing, hygiene, toileting, feeding and nutrition, maintaining safety etc.</p>	
C 0	Largely independent. Manages basic self-care tasks largely by themselves. May have incidental help just to set up or to complete – e.g. application of orthoses, tying laces etc
C 1	Requires help from 1 person for most basic care needs ie for washing, dressing, toileting etc. May have incidental help from a 2 nd person – e.g. just for one task such as bathing
C 2	Requires help from 2 people for the majority of their basic care needs
C 3	Requires help from ≥3 people for basic care needs
C 4	Requires constant 1:1 supervision e.g. to manage confusion and maintain their safety
<p>RISK- COGNITIVE / BEHAVIOURAL NEEDS (An alternative care primarily for 'walking wounded' patients who may be able to manage all/most of their own basic care, but there is some risk for safety eg due to confusion, impulsive behaviour or neuropsychiatric disturbance) Includes supervision to maintaining safety or managing confusion eg in patients to have a tendency to wander, or managing psychiatric / mental health needs.</p>	
R 0	No risk – Able to maintain their own safety and to go out unescorted <u>Able to maintain their own safety at all times</u>
R 1	Low risk – standard precautions only for safety monitoring within a structured environment But requires escorting outside the unit <u>Maintains own safety within a structured environment, requiring only routine checks, but requires accompanying when outside the unit</u>
R 2	Medium risk – additional safety measures <u>OR</u> managed under MHA section <u>Additional safety measures even within a structured environment, eg alarms, tagging, or above standard monitoring (eg 1-2 hrly checks)</u> <u>OR managed under section of the Mental Health Act (time for additional paperwork etc)</u>
R 3	High risk –Frequent observations (May also be managed under MHA section) <u>Needs frequent observations even within a structured environment, eg ½ -1 hrly checks, or 1:1 supervision for part(s) of the day/night</u>
R 4	Very high risk - Requires constant 1:1 supervision <u>Needs 1:1 supervision all of the time</u>

The Rehabilitation Complexity Scale: extended (version 13)

Further instructions for application

For each subscale, circle <u>highest level</u> applicable	
CARE or RISK Describes the level of support the patient needs for either basic self care or to maintain their safety	
NB: If not sure which to record, rate both CARE and RISK and use highest score	
BASIC CARE AND SUPPORT NEEDS Includes assistance for basic care activities (either physical help or stand0by supervision) Includes washing, dressing, hygiene, toileting, feeding and nutrition, maintaining safety etc.	
C 0	Largely independent. Manages basic self-care tasks largely by themselves. May have incidental help just to set up or to complete – e.g. application of orthoses, tying laces etc
C 1	Requires help from 1 person for most basic care needs ie for washing, dressing, toileting etc. May have incidental help from a 2 nd person – e.g. just for one task such as bathing
C 2	Requires help from 2 people for the majority of their basic care needs
C 3	Requires help from ≥3 people for basic care needs
C 4	Requires constant 1:1 supervision e.g. to manage confusion and maintain their safety
RISK- COGNITIVE / BEHAVIOURAL NEEDS (An alternative care primarily for ‘walking wounded’ patients who may be able to manage all/most of their own basic care, but there is some risk for safety eg due to confusion, impulsive behaviour or neuropsychiatric disturbance) Includes supervision to maintaining safety or managing confusion eg in patients to have a tendency to wander, or managing psychiatric / mental health needs.	
R 0	No risk – Able to maintain their own safety and to go out unescorted Able to maintain their own safety at all times
R 1	Low risk – standard precautions only for safety monitoring within a structured environment But requires escorting outside the unit Maintains own safety within a structured environment, requiring only routine checks, but requires accompanying when outside the unit
R 2	Medium risk – additional safety measures <u>OR</u> managed under MHA section Additional safety measures even within a structured environment, eg alarms, tagging, or above standard monitoring (eg 1-2 hrly checks) <u>OR</u> managed under section of the Mental Health Act (time for additional paperwork etc)
R 3	High risk –Frequent observations (May also be managed under MHA section) Needs frequent observations even within a structured environment, eg ½ -1 hrly checks, or 1:1 supervision for part(s) of the day/night
R 4	Very high risk - Requires constant 1:1 supervision Needs 1:1 supervision all of the time

SKILLED NURSING NEEDS		
Describes the level of skilled nursing intervention from a qualified or specialist trained nurse		
N 0	No needs for skilled nursing – needs can be met by care assistants only	Tick nursing disciplines required:
N 1	Requires intervention from a qualified nurse (with general nursing skills and experience) e.g. medication, wound/stoma care, nursing obs, enteral feeding, setting up IV infusion etc)	General registered nursing Rehab-trained nurses
N 2	Requires intervention from nursing staff who are trained and experienced in rehabilitation e.g. for maintaining positioning programme, walking / standing practice, splint application, psychological support	Mental Health (RMN) Palliative care nursing
N 3	Requires highly specialist nursing care e.g. for very complex needs such as Management of tracheostomy Management of challenging behaviour / psychosis / complex psychological needs Highly complex postural, cognitive or communication needs Vegetative or minimally responsive states, locked-in syndromes	Specialist neuro nurse (eg MS, PD, MND) Other
N 4	Requires high dependency specialist nursing (high level nursing skills and intensive input) eg medically unstable, requiring very frequent monitoring/ intervention by a qualified nurse - hourly or more often, (usually also specialist training eg IV drug administration or ventilation etc).	
MEDICAL NEEDS		
Describes the approximate level of medical care environment for medical/surgical management		
M 0	No active medical intervention - Could be managed by GP on basis of occasional visits)	Tick medical interventions required:
M 1	Basic investigation / monitoring / treatment (Requiring non-acute hospital care, could be delivered in a community hospital with day time medical cover) i.e. requires only routine blood tests / imaging. Medical monitoring can be managed through review by a junior medic x2-3 per week, with routine consultant ward-round + telephone advice if needed)	Blood tests Imaging (CT / MRI) Other Investigation State type.....
M 2	Specialist medical / psychiatric intervention - for diagnosis or management/procedures (Requiring in-patient hospital care in DGH or specialist hospital setting) i.e. requires more complex investigations, or specialist medical facilities e.g. dialysis, ventilatory support. Frequent or unpredictable needs for consultant input or specialist medical advice, surgical intervention, psychiatric evaluation/treatment.	Medication adjustment / monitoring Surgical procedure (eg tenotomy) State type.....

M 3	<p>Potentially unstable medical /psychiatric condition - Requiring 24 hour on-site acute medical / psychiatric cover (dependent on type of need) Potentially unstable: May require out-of hours intervention – e.g. for uncontrolled seizures, immuno-compromised condition, - or for psychiatricmedical adjustment / emergency risk assessment etc) Needs to be managed in a setting where there is on-site 24 emergencymedical /psychiatric cover.</p>	<p>Medical procedure (eg Botulinum toxin) State type..... Specialist opinion State discipline.....</p>
M 4	<p>Acute medical / surgical problem (or psychiatric crisis) Requiringemergency out-of-hours, intervention Requires acute medical/surgical care e.g. infection, acute complication,post surgical care. le actual involvement of the 24 hour medical (or surgical or psychiatric) services, whether on a planned or unplanned basis</p>	<p>Medico-legal or capacity issues Other.....</p>

<p>THERAPY NEEDS Describes the number of different <u>therapy</u> disciplines required and intensity of treatment Includes individual or group-based session runs by therapists, but <u>NOT rehabilitation input from nursing staff</u> which is counted in N2.</p> <p>(NB The Northwick Park Therapy Dependency Assessment (NPTDA) can be used to calculate total therapy hours in more complex cases e.g. and provide more detailed information regarding time for each discipline etc. It also includes quantitative information on the rehabilitation time provided by nursing staff)</p>				
<p>Therapy Disciplines: State number of different therapy disciplines required to be actively involved in treatment</p>				
TD 0	0 – no therapist involvement	Tick therapy disciplines required:		
TD 1	1 discipline only	Physio	Psychology	Orthotics
TD 2	2-3 disciplines	O/T SLT	Counselling	Prosthetics
TD 3	4-5 disciplines	Dietetics	Music/art therapy	Rehab Engineer
TD 4	≥6 disciplines	Social work	Play therapy/school	Other:
		Other	DEA/Jobcentre Plus	
			Recreational therapy	
			Other	
<p>Therapy Intensity: State overall intensity of <u>trained</u> therapy intervention required from team as a whole</p>				
TI 0	No therapy intervention (Or a total of <1 hour therapy input per week - Rehab needs are met by nursing/care staff or self-exercise programme)			
TI 1	Low level – less than daily (eg assessment / review / maintenance / supervision) <u>OR Group therapy sessions only</u> (ie Patient does not receive therapy sessions every day (or has <1 hour therapy per day) This usually means that a) they currently have mainly needs for care, nursing or medical treatment, or b) they are on a low intensity review only or group-based programme – or c) they are on a winding-down programme in preparation for discharge)			
TI 2	Moderate – daily intervention - individual sessions with one therapist to treat for most sessions <u>OR very intensive</u> Group programme of ≥6 hours/day (ie Patient may have treatment from a number of different therapists (see TD), but is treated by one therapist at a time They will normally have therapy sessions every day 5 days a week, for a total of 2-3 hours per day (some of which may be periods of self-exercise under distant supervision if they are able) Or they have therapy in group based sessions on a very intensive basis (> 6 hours per day spent in group sessions)			
TI 3	High level – Daily intervention with therapist PLUS assistant and/or additional group sessions Patient requires a second pair of hands for some treatment sessions, treatments (eg physical handling) and so is treated by a therapist with an assistant (who may be unqualified) OR they require an intensive programme ≥25 hours of total therapy time per week, (eg 4-5 hours per day 5 days per week) some of which may be sessions with a therapy assistant, or group-based sessions in addition to their individual daily therapy programme			
TI 4	Very High level – very intensive (eg 2 trained therapists to treat, or total 1:1 therapy >30 hrs/week) Patient has very complex therapy needs requiring two trained therapists at a time (with or without a 3 rd assistant) – eg for complex physical handling needs, management of unwanted behaviours etc OR they require a very intensive programme involving > 30 hours of total therapy time per week.			
Total	Total T score (TD + TI) :.....			

EQUIPMENT NEEDS			
Describes the requirements for personal equipment			
E 0	No needs for special equipment	Basic Special Equipment	Highly Specialist Equipment
E 1	Requires basic special equipment (off the shelf)	Wheelchair/seating Pressure cushion Special mattress	Environmental control Communication aid Customised seating
E 2	Requires highly specialist equipment (eg Electronic assistive technology or highly customized equipment that is made or adapted specifically for that individual)	Standing frame off-shelf orthotic Other.....	Customised standing aid Customised orthotic Assisted Ventilation Other.....

28										
29										
30										

Photocopy if necessary to include further patients. NB. Total RCS score = sum of C or R (use highest score) + N, M, TD, TI & E