

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 28/09/2023

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/581-2 (\*)

## **Advies FRZV m.b.t. programmatie en aanbod aan revalidatiezorg – Sp bedden (deel 1)**

Namens de voorzitter van de FRZV,  
Margot Cloet,

Sabine Stordeur  
Directrice-generaal

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 28/09/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

## 1. Stand van zaken

De FRZV wijst op de chronologie van de adviezen die gegeven werden in aansluiting op de adviesvraag van minister Vandenbroucke op 30 juni 2021.

Een eerste advies werd gegeven in FRZV/D/549-2 "Advies betreffende programmatiecriterium van Sp1- tot Sp5-bedden".

Aanvullend werd een tweede advies gegeven FRZV/D/556-2 "Advies betreffende programmatie Sp1- tot Sp5-bedden: "budgettaire en financiële aspecten".

De FRZV wil tevens verwijzen naar adviezen die reeds voorheen werden gegeven omtrent de programmatie van Sp-bedden:

- NRZV/D/426-1 "Advies met betrekking tot programmatie Sp-bedden" (2013)
- NRZV/D/445-2 "Advies betreffende alternatieve zorgvormen" (2015)
- FRZV/D/540-2 "Advies over de programmatie van het aanbod van ziekenhuiszorg" (2021)

In de adviezen FRZV/D/549-2 en FRZV/D/556-2 gaf de FRZV aan dat er in de toekomst nood is aan 1371 bijkomende Sp-bedden voor het hele Koninkrijk. Dit voorstel is gebaseerd op de ramingen uitgevoerd door het KCE in de studie 289 A "Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" en die uitgaan van de veronderstelling dat er geen significante exogene wijzigingen zijn t.o.v. de situatie die als basis diende voor de analyses en prognoses van het KCE en met toepassing van een normatieve bezettingsgraad van 80%.

De huidige adviesvraag van de minister stelt echter meer in detail de vraag naar een globale aanpak van de programmatie van het aanbod aan revalidatiezorg.

Deze adviesvraag is opgesplitst in een aantal subvragen.

De vraag van de minister betreffende de Sp4-bedden (palliatieve zorg) lijkt ons zeer relevant en sluit aan bij de opmerkingen in advies FRZV/D/549-2. De FRZV stelt echter vast dat de minister in zijn vraag een vrij strikte timing voorstelt. Gezien de werkzaamheden betreffende de Sp1- tot Sp5-bedden echter een grondige evaluatie en bespreking vragen, stelt de FRZV vast dat momenteel de tijd ontbreekt om ook de vraag betreffende de SP4-bedden te beantwoorden en vraagt dan ook om op dit onderwerp, waar overigens ook andere expertise vereist is om de discussie ten gronde te kunnen voeren, in een tweede deeladvies terug te komen.

In de beide vorige adviezen als antwoord op de adviesvraag van 30 juni 2021 werden de krijtlijnen voor programmatie en financiering toegelicht. In dit advies willen we dieper ingaan op een aantal concrete vragen die gesteld worden.

Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen nader toegelicht worden:

- De beschrijving van het patiëntenprofiel dat nood heeft aan residentiële zorg in revalidatiebedden
- Moet de huidige onderverdeling in Sp1-2-3-5 bedden behouden blijven?
- Wat is de vereiste omkadering aan zorgpersoneel?
- Wat is de benodigde financiering in het BFM?
- Een tool ter evaluatie van de verificatie van het profiel van patiënten opgenomen in Sp-bedden.

## 2. Inleiding

Alvorens meer in detail in te gaan op de verschillende onderdelen van de adviesvraag, meent de FRZV het nuttig en noodzakelijk om een aantal aspecten met betrekking tot revalidatie nauwkeurig te omschrijven.

- *Definitie van een revalidatiepatiënt*

De FRZV meent dat de reeds vroeger gebruikte definitie van een patiënt die in aanmerking komt voor revalidatie nagenoeg onveranderd blijft. De Raad verwijst hiervoor naar een definitie die gehanteerd werd in een cahier van Zorgnet-Icuro uit 2016 (“Vlaamse revalidatieziekenhuizen portfolio”):

*Geïnspireerd op rapport 57 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de Union Européenne des Médecins Spécialistes hanteren we de volgende definitie: “Revalidatie is een actief proces gericht op een geheel van multidisciplinaire, doelgerichte en zinvolle activiteiten om een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke of functionele beperking gerelateerd aan het musculoskeletale, neurologische (en/of cardiopulmonaire) systeem die activiteits- en/of participatiebeperkingen tot gevolg heeft, in interactie met persoonlijke en omgevingsfactoren, met een redelijke verwachting van functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.”*

- *Criteria om te bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor revalidatie*

De FRZV wenst de nadruk te leggen op een aantal begrippen die omschrijven of een patiënt al dan niet voordeel kan halen uit een revalidatietraject. Het gaat daarbij om de omschrijving van een revalidatienood, de aanwezigheid van revalidatiepotentieel en de mate van revalideerbaarheid van de patiënt.

Deze criteria kunnen concreet als volgt omschreven worden:

- Revalidatienood: de mate van terugval in de ontwikkeling, onafhankelijkheid en functionaliteit van een persoon, door een fysische of psychische problematiek.
- Revalidatiepotentieel: de mate waarin het niveau van ontwikkeling, onafhankelijkheid en functioneren bij de persoon kan worden verbeterd via een actieve multidisciplinaire aanpak.
- Revalideerbaarheid: de mate waarin een persoon fysisch en psychisch in staat is om een actief multidisciplinair revalidatieprogramma te doorlopen

- *Het revalidatietraject: Van prehabilitatie naar ambulante revalidatie*

Het revalidatietraject is veelal een continuüm van revalidatie-interventies doorheen de verschillende stadia van een ernstige functiebeperkende aandoening.

- Prehabilitatie
- Revalidatie op intensieve zorgen,
- Revalidatie in een acuut bed (C/D/E/G)

- Revalidatie in een revalidatiebed
- Revalidatie in dagziekenhuis
- revalidatie in een herstelverblijf en andere residentiële revalidatie
- Revalidatie ambulant

Elke patiënt die in aanmerking komt voor een revalidatietraject, kan verschillende stadia van revalidatie doorlopen.

Vaak wordt al voorafgaand aan een interventie en opname, de nood aan revalidatie na de ingreep ingeschat. Het lijkt dan ook logisch dat in een zorgplanning dit risico vooraf wordt ingeschat en een zorgtraject wordt opgemaakt. Hiervoor kan de input van het multidisciplinair revalidatieteam ingeroepen worden om met hun specifieke kennis dit traject van de patiënt vast te leggen.

De FRZV wenst te benadrukken, zoals in vroegere adviezen al werd aangegeven, dat de indicatie/intake tot revalidatie gedaan dient te worden door en onder toezicht van een revalidatiearts, geflankeerd en in overleg met een multidisciplinair team en de behandelende arts van de patiënt.

Andere types van medische problematiek (bv. acute neurologische aandoeningen) hebben evenzeer behoefte aan een zeer vroegtijdige inschatting en planning van de revalidatiebehoefte. Ook hier is multidisciplinair overleg en betrokkenheid van de revalidatiearts noodzakelijk om het verdere zorg- en revalidatietraject uit te tekenen.

Op basis van dit overleg wordt beslist of een ambulant of residentieel traject zinvol is.

Rekening houdend met de hoger beschreven criteria van revalidatienood, revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid, zal hier de indicatie gesteld worden voor opname op een revalidatiedienst.

Na een verblijf in een residentiële dienst kan de revalidatie van de patiënt op een ambulante manier kunnen worden voortgezet. Verder in het advies komt de FRZV nog uitgebreid terug op het concept van het “revalidatie dagziekenhuis”. Momenteel wordt het revalidatietraject verdergezet met ambulante revalidatie in een herstelverblijf of andere intermediaire residentiële vormen. De stap tussen revalidatie tijdens opname in een revalidatiebed in een ziekenhuis en volledige ambulante revalidatie is voor de patiënt (en zijn mantelzorgers) vaak té groot, waardoor onnodig verlengd verblijf vermeden zou kunnen worden.

De FRZV wil ook wijzen op de kosten voor de patiënt die vaak met bepaalde trajecten gepaard gaan en een aanbod aan revalidatieactiviteiten die in tijd en inspanning te beperkt zijn om tot valabele resultaten te kunnen komen. Bijzondere aandacht voor transportkosten voor de patiënt, zeker bij ambulante activiteiten, is geboden.

### 3. Advies

1. De beschrijving van het patiëntenprofiel dat nood heeft aan residentiële zorg in revalidatiebedden
2. Moet de huidige onderverdeling in Sp1-2-3-5 bedden behouden blijven?
3. Wat is de vereiste omkadering aan zorgpersoneel?
4. Wat is de benodigde financiering in het BFM?
5. Een tool ter evaluatie van de verificatie van het profiel van patiënten opgenomen in Sp-bedden.

De FRZV geeft hierbij aan dat onderstaand advies geen betrekking heeft op de Sp6-bedden (Sp psychogeriatric). Zoals hierboven reeds aangegeven volgt nog een afzonderlijk advies over Sp4-bedden (Sp palliatief).

De minister vraagt in zijn adviesvraag om een visie uit te werken over het zorgorganisatiemodel van revalidatie. Het gaat over de residentiële zorg in revalidatiebedden in algemene ziekenhuizen en categorale en gespecialiseerde ziekenhuizen. De Raad herhaalt, zoals reeds aangegeven in het advies met kenmerk FRZV/D/549-2 dat de mogelijkheid moet voorzien worden om specifieke bilaterale akkoorden af te sluiten tussen de federale regering en de gemeenschappen en gewesten bij de verdere uitwerking van onderstaand advies.

#### 1. De beschrijving van het patiëntenprofiel dat nood heeft aan residentiële zorg in revalidatiebedden

Gelijktijdig met de adviesvraag van 30 juni 2021 bezorgde de minister de FRZV een analyse van gegevens betreffende Sp-diensten (Sp1-2-3-5) op basis van het jaar 2018. De FRZV oordeelde dat de gegevens die voor deze analyse gebruikt werden al enkele jaren oud zijn en mogelijk de huidige toestand niet meer op een correcte manier weergeeft. In samenspraak met de FOD Volksgezondheid werd daarom een actualisatie doorgevoerd van de gegevens zowel naar pathologie van de patiënten die opgenomen werden in Sp-bedden als naar het verpleegkundig profiel van deze patiënten. Ook met deze gegevens dient met de nodige nuance omgegaan te worden gezien vanaf maart 2020 de Covid-pandemie de normale zorgactiviteiten ernstig verstoort. Daarbij denken we bv. aan de periode van lockdown waarbij o.a. minder geplande locomotorische en neurochirurgische ingrepen werden uitgevoerd waarvoor een opname in een Sp-dienst aangewezen zou kunnen zijn

De volgende documenten werden in dit kader aan de FRZV voorgelegd:

- Analyse Sp1, Sp2, Sp3, Sp5 voor 2019. Dit rapport geeft een globaal beeld van de verpleegkundige zorgen op deze afdeling op basis van registratie in de VG-MZG databank.
- Analyse aanbod en verblijven in Sp in Algemene Ziekenhuizen in 2018, 2019, 2020, 2021.
- Enkele bijkomende detailanalyses betreffende verblijfsduur, het verloop van verblijf in het ziekenhuis indien minimaal 1 passage in Sp, diagnoses die gesteld werden tijdens verblijf in Sp.

De actualisatie van de gegevens levert geen bijkomende nieuwe bevindingen op.

Betreffende de opmerking in de adviesvraag dat patiënten op Sp-bedden verbleven bij gebrek aan een andere, intermediaire structuur tussen ziekenhuis en thuissituatie, werd vroeger door de FRZV al een advies uitgebracht (NRZV/D/445-2 in 2015).<sup>1</sup>

De FRZV stelt vast dat er tot op heden geen tool voorhanden is om de revalidatienood en de zorgzwaarte van de te revalideren patiënt eenduidig vast te stellen. Er zijn studies lopende naar de toepasbaarheid van het BELRAI<sup>2</sup> revalidatie-instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen. Dit onderzoek focust zich op long term revalidatie. Definitieve resultaten van dit onderzoek zijn nog niet beschikbaar. Experts, die deelgenomen hebben aan dit onderzoek en dit instrument getest hebben op de werkvloer, geven wel aan dat de invulling van dit instrument zeer arbeidsintensief is. Zij geven bovendien aan dat het vooral de zorgnoden in beeld brengt, en niet zozeer de revalidatienood, revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid. Er is dus geen gedragenheid om BELRAI Reva, die zich bovendien focust op de Vlaamse situatie, als een geschikt instrument naar voor te schuiven.

De raad is van mening dat een eenvoudige schaal noodzakelijk is om de complexiteit van de zorg- en revalidatienood in beeld te brengen. Als mogelijke modellen wordt o.a. verwezen naar de revalidatiemodule van AN-SNAP (Australian National subacute and non-acute patient classification) en RCS (rehabilitation complexity scale). Er wordt eveneens verwezen naar de pathologiegroepen, opgenomen in de revalidatieconventies 950, 951 en 771 én de pathologiegroepen in de pluridisciplinaire nomenclatuur K30-K45-K60. Een overzicht van de pathologiegroepen is in bijlage terug te vinden. Opgemerkt moet worden dat deze lijsten niet alle ondertekende overeenkomsten vertegenwoordigen en niet uniform zijn. Ze zijn ook verouderd en moeten daarom worden herzien en aangevuld. Hieraan moet in de toekomst worden gewerkt.

De FRZV heeft zich verder gebogen over de RCS-schaal. Een schematisch overzicht van RCS is in bijlage terug te vinden

Deze schaal wordt in Engeland door NHS (National Health Service) gebruikt om het patiëntenprofiel van de revalidatiepatiënt (en bijhorende financiering in combinatie met andere schalen) in kaart te brengen.

In Italië en Denemarken is men ook aan de slag met een gemodificeerde RCS-schaal.

De Raad kreeg een toelichting van prof Nielsen (Aarhus Universiteit) over de toepassing van de gemodificeerde RCS-schaal in een Deens universitair ziekenhuis. Men gebruikt daar deze schaal bij opname van de patiënt of bij ontslag of overdracht naar een andere afdeling voor de bepaling van het patiëntenprofiel. Op basis hiervan wordt er bepaald of er nood is aan opname in een al dan niet gespecialiseerd revalidatiebed.

---

<sup>1</sup> In dit advies is er sprake van een Doelgroep B, die als volgt gedefinieerd wordt: Patiënten die nood hebben aan een tijdelijke opvang om hen in staat te stellen opnieuw zelfstandig te functioneren voor hun terugkeer naar hun natuurlijk thuismilieu (hiervoor kunnen bv. nieuwe herstelverblijven voorzien worden). Bijvoorbeeld voor patiënten na een langdurig ziekenhuisverblijf of zware ingreep of met specifieke zwaardere zorgvraag of die herstellende is in afwachting van specifieke revalidatie.

<sup>2</sup> <https://www.steunpuntwvg.be/projecten/onderzoek-voor-de-evaluatie-van-het-belrai-revalidatie-instrument-deel-1>: de doelstelling van dit onderzoek is het testen van Het BelRAI REVA instrument op bruikbaarheid en op validiteit bij een representatief staal van patiënten en van types Vlaamse en federale voorzieningen voor long term revalidatie in Vlaanderen.

Op basis van deze eerste kennismaking is de raad van mening dat verder onderzoek naar gebruik van deze schaal zinvol kan zijn.

Deze schaal is ontstaan vanuit de neurologische revalidatie. In Engeland wordt de schaal ook voor andere types revalidatie gebruikt. In Denemarken wordt deze schaal enkel voor neurologische revalidatie gebruikt.

Verder onderzoek inzake bruikbaarheid voor andere types van revalidatie lijkt aangewezen.

Ook de aanpassing van deze schaal naar de Belgische situatie moet verder onderzocht worden.

Aangezien in het traject van een patiënt vaak een beslissing dient genomen te worden over de meest passende behandeling, stelt de FRZV voor om bij wijze van proef het gebruik van de RCS door de revalidatie-arts naar voor te schuiven als pragmatische tool om de revalidatienood en zorgzwaarte in te schatten, aangevuld met andere schalen in functie van de pathologiegroep (zoals bv de FIM-schaal). Dit biedt ook de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen op het patiëntenprofiel in de revalidatiebedden.

De FRZV benadrukt wel dat het gebruik van RCS eerst uitgetest en geëvalueerd moet worden vooraleer het ruimer geïmplementeerd kan worden.

Er zijn meerdere factoren die de specifieke behoefte aan revalidatie bepalen en die niet noodzakelijk pathologie-gebonden zijn. We moeten ook rekening houden met de psychosociale belasting van patiënten, die van invloed kan zijn op de complexiteit van de zorg. Een voorafgaande grondige evaluatie van de individuele behoefte van de patiënt door de revalidatie-arts zal bepalend zijn voor het traject dat moet gevolgd worden.

De FRZV wil tevens nog volgende aandachtspunten meegeven:

- De Raad vindt het beoordelen van de revalideerbaarheid van een patiënt op basis van een leeftijdsgrens niet opportuun. De revalidatienood en het revalidatiepotentieel staan los van de leeftijd. De beoordeling dient te gebeuren door de revalidatiearts in overleg met het multidisciplinair team inclusief de verwijzende specialist (mening van de pneumoloog, orthopeed, enz.) en in functie van het behalen van de revalidatiedoelstellingen tot functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.
- De behandelende arts, de patiënt en/of zijn mantelzorgers worden actief betrokken in het care team met de nodige inspraak in de doelstellingen die worden nagestreefd.

De minister verwijst voor de beschrijving van het patiëntenprofiel naar revalidatiebedden zowel in algemene ziekenhuizen als in categorale en gespecialiseerde ziekenhuizen.

Het streven naar een generieke tool voor alle ziekenhuizen met Sp-bedden voor alle types van ziekenhuizen is aangewezen.

Een afstemming met de deelstaat (Vlaanderen) over de Sp-bedden, die onder hun bevoegdheid vallen, is dus absoluut noodzakelijk.

## 2. Moet de huidige onderverdeling in Sp1-2-3-5 bedden behouden blijven?

De FRZV stelt voor om de huidige onderverdeling in Sp1-2-3-5 niet langer te behouden. De Raad pleit voor het invoeren van een uniforme benoeming van de revalidatiebedden, namelijk R-bedden. De FRZV onderkent dat in het aanbod aan revalidatiepatiënten verschillen in intensiteit/zorgzwaarte/revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid kan bestaan. Het ontbreken van een gevalideerde tool om de zwaarte van het revalidatietraject te objectiveren, maakt het moeilijk om patiëntengroepen haarscherp van elkaar te onderscheiden. Momenteel kan men echter terugvallen op de expertise van de revalidatie-arts en de gespecialiseerde conventies die kunnen afgesloten worden voor bepaalde patiëntengroepen. Het gebruik van de Rehabilitation Complexity Scale in een pilootproject kan toelaten om op basis van de inschaling van de complexiteit van de problematiek van de patiënt welke revalidatienood (en omkadering) aanwezig is.

De FRZV sluit zich hier aan bij adviezen die reeds in het verleden in deze zin werden gegeven: namelijk in het advies van 2013 (NRZV/D/426-1 "Advies met betrekking tot programmatie Sp-bedden" (2013)) en in de studie van KCE uit 2007 (KCE rapport 57A: Organisatie en financiering van musculoskeletale en neurologische revalidatie in België). De FRZV stelt vast dat het ontbreken van een specifieke tool om revalidatiepatiënten te beoordelen niet toelaat om een haarscherp onderscheid te maken tussen verschillende types van patiënten. Toch toont de dagelijkse realiteit van de activiteit op revalidatie-afdelingen dat er profielen van patiënten met zeer ernstige beperkingen bestaan die behoefte hebben aan een bredere omkadering zowel naar personeel als naar middelen dan andere profielen met minder ernstige beperkingen

De FRZV is van mening dat er nood is een duidelijkere organisatiestructuur voor de residentiële revalidatie.

Een deel van de FRZV is het eens met de aanbevelingen die in het verleden al vaker zijn gedaan om te werken met een organisatievorm die onderscheid maakt tussen "R"-bedden en "R+"-bedden. "R"-bedden zijn bedoeld voor patiënten met minder revalidatiebehoeften. In "R+"-bedden worden patiënten opgenomen die duidelijk een grotere revalidatiebehoefte hebben en die een intensiever traject met meer expertise en betere begeleiding nodig hebben. De vraag welke patiënten in welk bed thuishoren is echter zeer complex en het is nog niet mogelijk om dit onderscheid in de praktijk te maken. Het vraagstuk zal op basis van de voorgestelde registratie (RCS-schaal) nader onderzocht moeten worden om de meest geschikte organisatie te bepalen. Een ander deel van de leden zag niet direct het nut in van dit onderscheid op bedniveau, dat bij andere bedtypes niet bestaat, en wees erop dat erover gewaakt moet worden de zorg niet te beperken. In ieder geval waren de leden van FRZV het erover eens dat er variaties zijn in de intensiteit van revalidatie, waarmee rekening gehouden moet worden om een passend antwoord te bieden op de behoeften van verschillende patiënten.

De FRZV wenst echter nogmaals duidelijk te onderstrepen dat de variatie in nood en intensiteit aan revalidatie erg kan verschillen. Het traject voor een ongecompliceerde orthopedische ingreep gaat in duur, intensiteit, inzet van mensen en middelen, wel degelijk verschillen van bv. de revalidatie van een tetraplegie-patiënt. Een belangrijk element om a priori al een duidelijke scheidingslijn te trekken is dat het aanbod een vorm van continuüm aanneemt waarbij de nood en intensiteit gradueel toeneemt maar ook het ontbreken van een gevalideerd instrument dat momenteel toelaat om een



duidelijke differentiatie te maken. De FRZV wil hierbij nogmaals een pilootproject naar voor schuiven met de Rehabilitation complexity Scale.

De FRZV stelt voor om te evolueren naar **een revalidatie zorgprogramma** dat verschillende modaliteiten bij elkaar brengt.

- Prehabilitatie
- Revalidatie op intensieve zorgen,
- Revalidatie in een acuut bed (C/D/E/G)
- Revalidatie in een revalidatiebed
- Revalidatie in dagziekenhuis
- Revalidatie in een herstelverblijf en andere residentiële revalidatie
- Revalidatie ambulante
- Revalidatie opvolging op lange termijn

#### **a. Prehabilitatie**

In de fase voorafgaand aan bepaalde ernstige functiebeperkende ingrepen, wordt een revalidatieprogramma opgesteld om de patiënt zo goed mogelijk voor te bereiden. Zo wordt er in deze fase onder meer gewerkt op kracht, conditie, levensstijl, voeding en mentale veerkracht. De prehabilitatiefase heeft een overtuigend positief effect op de outcome na de ingreep met minder complicaties.

Voorbeelden: prehabilitatie voor de amputatie van een lidmaat, prehabilitatie voor een orgaantransplantatie, prehabilitatie voor een uitgebreide oncologische ingreep...

#### **b. Revalidatie op intensieve zorgen**

Na een ernstige acute ziekte of een uitgebreide ingreep, waarvoor een verblijf op intensieve zorgen/stroke-unit noodzakelijk is, start de patiënt met een individueel revalidatieprogramma op intensieve zorgen. Vanuit de revalidatieafdeling vertrekt een **intern liaison revalidatieteam** (revalidatiearts & therapeuten) naar intensieve zorgen om de revalidatiebehoeften van de patiënt in kaart te brengen en het revalidatietraject te begeleiden binnen de mogelijkheden van de patiënt.

#### **c. Revalidatie in een acuut bed (C/D/E/G)**

Het revalidatietraject wordt onverminderd verdergezet wanneer de patiënt verhuist van intensieve zorgen naar de acute afdeling (voor zover er een passage is via intensieve zorgen). De duur en intensiteit van de revalidatie wordt progressief opgedreven op basis van de individuele mogelijkheden van de patiënt. Rekening houdend met de revalidatienood, het revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid van de patiënt, bepaalt het **intern liaison revalidatieteam** samen met de betrokken artsen, of en wanneer de patiënt wordt getransfereerd naar de Revalidatie-afdeling.

#### **d. Revalidatie in een revalidatiebed**

De patiënt krijgt een intensief multidisciplinair revalidatieprogramma op maat in een revalidatiebed.

#### **e. Revalidatie in een dagziekenhuis**

Wanneer de patiënt nog medische of verpleegkundige zorgen nodig heeft, maar wel reeds voldoende zelfredzaam is om in een thuissituatie te functioneren (al of niet met de nodige zorg-omkadering), wordt de patiënt ontslaan uit het revalidatiebed en zou het revalidatie-dagziekenhuis een passend aanvullend revalidatieaanbod kunnen bieden.

Dit is een nieuw concept, dat de FRZV naar voren schuift. .

Het concept 'dagziekenhuis revalidatie' kan in bepaalde indicaties een tussenoplossing zijn tussen verblijf in een residentieel bed en zuiver ambulante revalidatie. Het dagziekenhuis revalidatie kan dan beschouwd worden als een brug tussen het ziekenhuisverblijf en de terugkeer naar de leefomgeving van de patiënt.

De stap tussen revalidatie tijdens opname in een Sp-bed en volledige ambulante revalidatie is vaak té groot, waardoor revalidanten momenteel regelmatig langer in een Sp-bed blijven liggen dan strikt noodzakelijk. Het revalidatiedagziekenhuis kan gezien worden als een transitie tussen opname en ambulante revalidatie, op het moment dat de patiënt nog gespecialiseerde medische/verpleegkundige zorg nodig heeft en nog niet in staat is om volledig zelfstandig thuis te functioneren. Het biedt t.o.v. een langdurige revalidatie op een Sp-bed bovendien verschillende voordelen op vlak van kwaliteit van de revalidatie, efficiëntie, patiëntveiligheid en patiënttevredenheid. Het concept dagziekenhuis geeft voldoende ruimte en tijd om de residentieële behandeling verder te zetten zonder dat tijdsdruk een belemmering is. Het geeft tevens meer mogelijkheden aan de mantelzorgers om op hun beurt tijd en ruimte te maken voor de omkadering van hun familielid.

In een volgende stap zal het belangrijk zijn om duidelijke criteria vast te leggen wat de beslissing tot daghospitalisatie kan verantwoorden.

Het transport van en naar het dagziekenhuis is een bezorgdheid en dient de nodige aandacht te krijgen. De transportkosten zorgen ervoor dat nu de patiënten langer opgenomen blijven of dat ze hun revalidatietraject vroegtijdig stopzetten.

#### **f. Herstelverblijven en andere residentieële revalidatie**

Andere vormen van residentieële revalidatie voor patiënten die niet langer in een setting van een ziekenhuis dienen opgenomen te worden, maar waarvoor nog een beperkte vorm van revalidatie kan aangeboden worden, zou kunnen overwogen worden zoals bv. verblijf in een herstelverblijf of een (oriënterend) kortverblijf in een WZC, rekening houdend met de specifieke mogelijkheden die kunnen aangeboden worden wat betreft revalidatie. Dit is bv het geval als de intensiteit van revalidatie in een revalidatiebed in een ziekenhuis te hoog is en/of als de patiënten een lage revalideerbaarheid hebben. We verwijzen tevens naar de adviesvraag van de minister, waarin aangegeven wordt dat een bedrag van 8,3 miljoen euro voorzien wordt voor de federale financiering van herstelverblijven.

### **g. Revalidatie ambulante**

In deze revalidatiefase is de patiënt voldoende onafhankelijk in de thuiscontext en zijn er geen specifieke medische of verpleegkundige zorgen in ziekenhuiscontext meer nodig. De patiënt komt nu ambulante naar het revalidatiecentrum voor een intensief revalidatieprogramma. Indien van toepassing, wordt in de eindfase van de ambulante revalidatie sterk ingezet op school- en arbeidsreïntegratie.

### **h. Revalidatie opvolging op lange termijn**

Na het bereiken van de (acute) revalidatiedoelstellingen is er bij sommige ernstige derde lijns-aandoeningen, een langdurige opvolging door de revalidatiearts (en het revalidatieteam) nodig, vb. bij verworven en chronisch degeneratieve aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (hersenen/ruggenmerg), amputaties, ...enz. Het kan op termijn nodig zijn dat bij een acute terugval van functionele mogelijkheden of bij een verandering van hulpmiddelen of context, er een nieuwe (kortere) revalidatieperiode noodzakelijk is.

Een bijzondere groep in de lange termijn opvolging, zijn de kinderen met een functionele beperking. Doorheen hun ontwikkeling van baby naar adolescentie, ontstaan steeds nieuwe revalidatiedoelstellingen die al of niet opnieuw een periode revalidatie rechtvaardigen.

De verschillende fases in het revalidatietraject zoals hierboven beschreven, kunnen ten allen tijde hetzij versneld doorlopen worden, hetzij weggelaten worden volgens de mogelijkheden van de patiënt. Bijvoorbeeld, wanneer een patiënt geen medisch/verpleegkundige noden meer heeft, kan hij/zij na opname in een revalidatie-bed onmiddellijk ambulante komen.

### **Intern liaisonteam**

De focus in dit advies ligt op het residentiële gedeelte van een dergelijk zorgprogramma. Maar, zoals hoger in het advies al werd beschreven, is het duidelijk dat elke patiënt die in aanmerking komt voor een revalidatietraject verschillende stadia van revalidatie kan doorlopen. Voor een pre-operatieve inschatting van de revalidatienood kan de input van het multidisciplinair revalidatieteam ingeroepen worden om hun specifieke kennis te gebruiken. Andere types van medische problematiek (bv. acute neurologische aandoeningen) hebben evenzeer behoefte aan een vroegtijdige inschatting en planning van de revalidatiebehoefte. Binnen een georganiseerd zorgprogramma zou dit kunnen gebeuren door een **“intern liaison team”**.

Dit team kan ook een rol spelen in de opvolging en sturing van de revalidatie van patiënten wanneer ze nog niet op gespecialiseerde revalidatiebedden zijn opgenomen.

Ook de inschatting van het moment waarop de transfer naar de specifieke revalidatieafdeling opportuun is, kan door dit team gebeuren.

Binnen deze structuur van een revalidatie zorgprogramma is het dan ook mogelijk om op meer structurele manier samen te werken met patiëntengroepen bij wie in de huidige organisatie op onvoldoende wijze tegemoet kan gekomen worden aan de revalidatiebehoefte. Immers ook in andere (acute) bedden, en niet in het minst voor de kwetsbare oudere patiënten, speelt revalidatie een belangrijke rol.

Bv. samenwerking tussen het zorgprogramma revalidatie en het zorgprogramma geriatrie zal voor deze populatie meerwaarde creëren. Dan denken we o.a. aan de triage van de patiënten en verwijzing naar het meest geschikte revalidatie-aanbod, de samenwerking en afstemming tussen het team interne liaison revalidatie en interne liaison geriatrie, samenwerking tussen geriaters en revalidatie-artsen,...

### 3. Wat is de vereiste omkadering aan zorgpersoneel

De FRZV stelt vast dat de personeelsnormering zoals beschreven in de erkenningsnormen van 1993 achterhaald is. Dit geldt voor de revalidatiediensten maar is ook het geval voor andere hospitalisatiediensten. Er wordt globaal een verzwaring van de zorglast gepercipieerd waarvoor het beschreven kader onvoldoende is.

Ook de multidisciplinaire omkadering van de revalidatiepatiënt is niet meer up-to-date en in overeenstemming met de huidige behoeften. In functie van het type Sp-bed wordt hier verwezen naar ergotherapie, kinesitherapie, logopedie, psycholoog, arbeids-integratie... Het multidisciplinaire karakter van de revalidatie vraagt naar de inzet van meer specifieke profielen.

Bij de evolutie naar een uniform type van revalidatiebedden, namelijk de R-bedden, zal de personeelsomkadering eveneens naar meer eenvormigheid dienen te evolueren. Er zijn in de huidige normering immers minimale verschillen tussen de verschillende types Sp-bedden. Toch zal het belangrijk zijn om flexibiliteit toe te staan bij het aanpassen van het kader aan de werkelijke behoeften.

De concrete invulling is een complex gegeven. De FRZV geeft aan dat afhankelijk van het type revalidatie (bv cardiopulmonair vs locomotorisch) er een zekere flexibiliteit in de kwalificatie moet zijn bij de concrete invulling van de omkadering.

Daarnaast is er ook de personeelsomkadering binnen de revalidatieconventies, naast de personeelsomkadering voorzien via de BFM financiering. Het volledige plaatje moet bekeken worden.

Wanneer men vaststelt dat de zwaarte van de revalidatie en/of extra zorgnood verschillend kan zijn naargelang het type van patiënt, dan dient men voor de afdelingen waar deze zwaardere revalidatie gebeurt zowel naar personeelsomkadering, expertise, infrastructuur en hulpmiddelen op een aangepaste wijze dienen te benaderen. Tot op heden zijn er nog geen objectieve parameters beschikbaar om dit onderscheid te maken.

Voor de bepaling van de personeelsomkadering van revalidatiebedden is de eerste stap de identificatie van de revalidatienoden, rekening houdend met revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid. Op basis van dit patiëntenprofiel kunnen types/categorieën van patiënten geïdentificeerd worden en kan de personeelsomkadering voor deze categorieën verder uitgewerkt worden.

In het kader van de evolutie naar een zorgprogramma revalidatie zal ook de noodzakelijke bestaffing voor de andere functies zoals interne liaison en dagziekenhuis moeten omschreven worden.

De FRZV stelt voor om in het bepalen van de noodzakelijke bestaffing voor de residentiële revalidatiediensten gebruik te maken van de patient/nurse-ratio. Deze verhouding kan toegepast worden zowel op de R-patiënten/R-bedden als op de R+-patiënten/R+-bedden. Gezien het belang van aanvullende zorgverstrekkers op een revalidatiedienst stelt de FRZV eveneens voor om met het oog op een correcte en billijke bestaffing (kinesithérapie, ergotherapie, logopedie, ...) gebruik te maken van een vergelijkbare ratio maar dan als patient/caregiver ratio. Op basis van de verdere evolutie van het organisatie-model kunnen aansluitend de gepaste ratio's vastgelegd worden om dan tot een verdere concrete bestaffing te komen.

#### 4. Wat is de benodigde financiering in het BFM

De FRZV stelt vast dat de financiering van de Sp-dienst in een ziekenhuis een aantal verschillende componenten omvat.

Zo is er de financiering vanuit het BFM dat op historische basis zeer uiteenlopend is voor de verschillende ziekenhuizen als gevolg van vroegere reconversies van ofwel V- en S-bedden ofwel acute (verantwoorde) ziekenhuisbedden naar Sp-bedden.

Op basis van de gegevens, aangereikt door de diensten van de FOD Volksgezondheid, lopen de verpleegdagprijzen voor de verschillende Sp-diensten in de ziekenhuizen zeer ver uiteen. Op vraag van de FRZV hebben de diensten van de FOD Volksgezondheid een simulatie uitgewerkt waarbij vanuit de volgende hypothese werd gewerkt. De huidige bedragen van de B1 en B2 component van de verpleegdagprijs voor de Sp-diensten zou toegevoegd worden aan het globale BFM van het ziekenhuis en vervolgens herverdeeld worden volgens de huidige bestaffingsnormen. Deze oefening gaf aanleiding tot belangrijke verschuivingen van financiële middelen tussen de ziekenhuizen.

Deze financiële verschuivingen zijn zodanig uitgesproken dat de FRZV meent dat dit een belangrijke impact zal hebben op de financiële toestand van de ziekenhuizen. Zelfs een progressieve aanpak van deze verschuivingen naar een gemiddelde prijsstelling zou bijzonder complex zijn, mede gezien te verwachten valt dat in de volgende jaren nog reconversies naar Sp-bedden te verwachten zijn.

De FRZV stelt dan ook voor om de aanpassing van de financiering van de Sp-bedden naar een meer gelijke verdeling over de ziekenhuizen, mede zou opgenomen worden in de momenteel reeds lopende aanpak van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het lijkt de FRZV ook beter om deze gewenste aanpassing van de financiering van de revalidatie-activiteiten mee te nemen in de globale aanpak van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Overigens is de huidige financiering van de Sp-diensten niet alleen ongelijkmatig verdeeld over de ziekenhuizen wat betreft het BFM maar ook de financiering vanuit de RIZIV-conventies vertoont evenzeer belangrijke verschillen per ziekenhuis.

Gezien de financiering deels ook vanuit nomenclatuurprestaties wordt vergoed en vanuit de RIZIV-conventies, dringt de FRZV er op aan dat, ten einde een globaal zicht te krijgen op de financiering van de revalidatie-activiteiten, een gemengde werkgroep zou opgericht worden FRZV-RIZIV om deze problematiek zo breed mogelijk te kunnen bekijken en voorstellen te formuleren naar toekomstige financiering.

Bij een evolutie naar een meer omvattend revalidatie zorgprogramma dienen ook de kosten van de bijkomende elementen zoals de interne liaison functie en het revalidatie dagziekenhuis (inclusief transport van de patiënt) in rekening gebracht te worden.

5. Een tool ter evaluatie van de verificatie van het profiel van patiënten opgenomen in Sp-bedden

In een vorig advies (FRZV/D/556-2) werd reeds aangegeven dat het niet wenselijk is om de Sp-bedden te financieren op basis van verantwoorde bedden (in de zin van een de nationaal gemiddelde verblijfsduur per aandoening-ernstgraad). De MG-MZG / ICD-10 / APR-DRG zijn volgens de FRZV niet de geschikte tools voor deze patiënten. Voor deze patiënten is naast de pathologie ook de onderbouwing van de revalidatienood en revalidatiepotentieel van de patiënt nodig.

Er is een betere vorm van registratie nodig en dit moet een prioriteit zijn en zelfs een voorwaarde, in de gewenste herziening van revalidatie (zie ook hierboven).

**4. Plan van aanpak:**

De FRZV wil dat er werk gemaakt wordt van dit advies en doet een aantal concrete suggesties:

1. De raad vraagt aan de minister om op korte termijn verdere acties i.v.m. de RCS-tool

Te nemen met o.a.:

- de evaluatie van de oorspronkelijke RCS-tool en een onderzoek naar de noodzaak van aanpassing aan de Belgische situatie
- een onderzoek naar gebruik van dit tool voor andere vormen van revalidatie dan neurologisch
- het uittesten in praktijk in een aantal pilootziekenhuizen met Sp-bedden

2. De uitwerking van de concepten 'intern liaisonteam en dagziekenhuis revalidatie'. Indien gewenst, kan de Raad dit verder opnemen in een vervolgadvisie.

3. De opstart van een FRZV-RIZIV werkgroep, die zich buigt over de analyse van de verschillende vormen van personeelsomkadering en financiering. Het lijkt belangrijk om ook een zicht te krijgen op de werkelijke personeelsinzet per ziekenhuis, die vaak hoger is dan de personeelsnormen omschreven in de erkenningsnormen. Deze informatie is nuttig met het oog op de toekomstige bestaffing en financiering. ?

Dit studiewerk kan dan verder gebruikt worden voor de concrete uitwerking van bestaffings- en financieringsvoorstellen.

### **Lijst van pathologiegroepen die in aanmerking komen voor revalidatie.**

Een omschrijving van de specifieke doelgroepen die in aanmerking komen voor revalidatie zijn terug te vinden in de revalidatie-overeenkomsten voor de revalidatieconventies 950, 951 en 771.

#### **Locomotorische en neurologische aandoeningen**

- verworven para- of quadriplegie;
- hersenletsel dat zware neuromotorische stoornissen of spraak- en taalstoornissen of andere zware neuro-psychologische stoornissen veroorzaakt;
- chronische evolutieve ziekten van de hersenen en/of van het ruggemerg, met motorische of intellectuele sequelen, gedurende de intensieve revalidatiefase na een opstoot;
- amputatie van een bovenste of onderste lidmaat;
- hersenverlamming;
- aangeboren aandoeningen aan de wervelkolom en/of van het ruggemerg;
- dysmelie en phocomelie;
- myopathieën: de progressieve erfelijke musculaire dystrophieën, de myotonia congenita van Thomsen en de autoimmune polymyositis;
- mucoviscidose;
- ernstige locomotorische en psychologische stoornissen
  - i. ten gevolge van reumatoïde artritis in Steinbrocker stadium III en IV
  - ii. ten gevolge van spondylitis met perifere aantasting in Steinbrocker III en IV, met eventueel neurologische verwikkelingen.

771 conventie printscreen hieronder !

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 proximaal, 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 f.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 verwickelingen
Polytraumata: bot-, articulaire of neuromusculaire letsels t.h.v. verscheidene ledematen, of complexe verwondingen aan hoofd, romp of bekken met letsels aan diepliggende organen.

Pluridisciplinaire nomenclatuur K30-45-60 printscreen hieronder !



"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
	<b>-Centraal Zenuwstelsel-</b>		
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.
	<b>-Perifere zenuwbanden-</b>		
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.
	<b>-Spierstelsel-</b>		
301 A	Myopathie/myositis met duidelijke verandering van de autonomie	K 60	120 beh.
	<b>-Orthopedische aandoeningen-</b>		
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	Functiestoornissen 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.
	<b>-Varia-</b>		
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. *

### Cardiologische aandoeningen

- acuut myocardinfarct
- kransslagaderchirurgie
- therapeutische percutane endovasculaire ingreep op het hart en/of de kransslagaders onder controle door medische beeldvorming
- heelkundige ingreep wegens aangeboren of verworven misvorming van het hart of wegens klepletel
- hart- en/of longtransplantatie
- cardiomyopathie met dysfunctie van de linkerhartkamer

### Pulmonaire aandoeningen

- chronische obstructieve bronchopneumopathie (COPD)
- ernstig chronisch bronchiaal astma
- andere ernstige ademhalingsstoornis zoals bronchiectasieën, mucoviscidosis, ...
- ingreep tot vermindering van het longvolume aansluitend op een obstructieve ademhalingsstoornis of een thoracotomie

- een restrictieve aandoening veroorzaakt door een interstitiële ziekte; of ten gevolge van infecties; of ten gevolge van een neuromusculaire aandoening of een aandoening van de thoraxwand.
- longtransplantatie
- kandidaat voor een longtransplantatie

Als we die lijst weerhouden is er nood aan revisie en aanvulling.

## The Rehabilitation Complexity Scale: extended (version 13)

### Further instructions for application

For each subscale, circle <u>highest level</u> applicable	
<p><b>CARE or RISK</b>                  Describes the level of support the patient needs for either basic self care or to maintain their safety  <b>NB: If not sure which to record, rate both CARE and RISK and use highest score</b></p>	
<p><b>BASIC CARE AND SUPPORT NEEDS</b>                  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 <sup>nd</sup> 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><b>RISK- COGNITIVE / BEHAVIOURAL NEEDS</b>                  (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	
<p><b>CARE or RISK</b> 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><b>BASIC CARE AND SUPPORT NEEDS</b> 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 <sup>nd</sup> 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><b>RISK- COGNITIVE / BEHAVIOURAL NEEDS</b> (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 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) OR 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 form 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 (depending on type of need)</p> <p>Potentially unstable: May require out-of hours intervention – e.g. for uncontrolled seizures, immuno-compromised condition, - or for psychiatricmedical adjustment / emergency risk assessment etc)</p> <p>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.....</p> <p>Specialist opinion State discipline.....</p>
M 4	<p>Acute medical / surgical problem (or psychiatric crisis) Requiringemergency out-of-hours, intervention</p> <p>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</p> <p>Other.....</p>

<b>THERAPY NEEDS</b>				
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.				
(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)				
Therapy Disciplines: State number of different therapy disciplines required to be actively involved in treatment				
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	
Therapy Intensity: State overall intensity of <u>trained</u> therapy intervention required from team as a whole				
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) <u>OR</u> 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 <sup>rd</sup> assistant) – eg for complex physical handling needs, management of unwanted behaviours etc <u>OR</u> 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.....

**RCS v 13 – extended: Service Summary Sheet**

<b>CENTRE DETAILS</b>	
Name of centre	
No of neuro-rehab beds	
Type of service	Complex specialised rehabilitation service
	Specialist rehabilitation service
	General rehabilitation service
Sample of patients	All current in-patients Selected sample from a total of .....
REHABILITATION COMPLEXITY SCORES for current in-patients:                      Date..../.../....	

No.	Patient	Care	Risk	Nursing	Medical	Therapy		Equip	Total	Comment
		0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-2		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										

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***