

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

12 juni 2026

**VOORSTEL VAN RESOLUTIE**

**met betrekking tot een nationaal beroerteplan**

(ingediend door mevrouw Nawal Farih c.s.)  
\_\_\_\_\_

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

12 juin 2026

**PROPOSITION DE RÉOLUTION**

**relative à un plan national AVC**

(déposée par Mme Nawal Farih et consorts)  
\_\_\_\_\_

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

<i>Afkorting bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 <sup>e</sup> législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

## TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

### 1. Inleiding

Een beroerte of een cerebrovasculair accident (CVA) is wereldwijd een van de belangrijkste oorzaken van overlijden en blijvende invaliditeit. Eén op de vier volwassenen ouder dan 25 jaar krijgt ooit een beroerte in zijn of haar leven.<sup>1</sup> Elk jaar worden wereldwijd meer dan 13,7 miljoen mensen getroffen, sterven ongeveer 5,5 miljoen mensen aan de gevolgen en leven meer dan 80 miljoen mensen met restletsels of beperkingen.<sup>2</sup>

Ook in België is de impact aanzienlijk. Jaarlijks worden naar schatting ruim 29.000 Belgen getroffen door een beroerte – gemiddeld bijna 80 per dag – hetzij door een herseninfarct (ischemische beroerte, ca. 80 %), hetzij door een hersenbloeding (hemorragische beroerte, ca. 20 %).<sup>3</sup> Elk jaar sterven bovendien meer dan 9000 mensen aan een beroerte, terwijl bijna 140.000 Belgen leven met de gevolgen ervan.<sup>4</sup> Daarmee vormen beroertes de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij volwassenen en de op één na belangrijkste doodsoorzaak in ons land.<sup>5</sup>

De gevolgen van een beroerte zijn vaak ingrijpend. Tot 60 % van de patiënten overlijdt binnen het jaar, blijft zorgbehoevend of houdt blijvende beperkingen over. Ruim één op drie kampt na een beroerte met ernstige restverschijnselen zoals verlamming, spasticiteit, slikproblemen, spraak- en taalstoornissen en emotionele en cognitieve beperkingen. Deze beperkingen hebben een zware impact op het dagelijks functioneren en brengen vaak een langdurige zorgbehoefte en blijvende werkongeschiktheid met zich mee. Dat vertaalt zich niet alleen in een hoge zorgdruk voor mantelzorgers en de nabije omgeving, maar ook in een toenemende belasting voor

<sup>1</sup> V. L. FEIGIN et ali., “World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025,” *International Journal of Stroke*, Vol. 20 nr. 2, 20 februari 2025, p. 134.

<sup>2</sup> A. BONDUE, “Cerebrovasculair accident: actief vermijden,” *Tijdschrift van de Belgische Cardiologische Liga*. September 2021, pp. 5-6. [https://www.ligecardiologia.be/wp-content/uploads/2021/09/LC\\_Newsletter\\_NL\\_sept-2021-site.pdf](https://www.ligecardiologia.be/wp-content/uploads/2021/09/LC_Newsletter_NL_sept-2021-site.pdf)

<sup>3</sup> European Stroke Organisation, *Stroke service tracker*, <https://actionplan.eso-stroke.org/stroke-service-tracker-2https://actionplan.eso-stroke.org/stroke-service-tracker-2>

<sup>4</sup> K. BUDIG en E. HARDING, *Secondary prevention of heart attack and stroke: country profile for Belgium*, Londen: The Health Policy Partnership, 2021, p. 8, <https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/Secondary-prevention-of-heart-attack-and-stroke-in-Europe-Belgium.pdf>

<sup>5</sup> Belgian Stroke Council, <https://www.belgianstrokecouncil.be/nl/stroke-nl>

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

### 1. Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est l'une des principales causes de décès et d'invalidité permanente dans le monde. Un adulte de plus de 25 ans sur quatre sera victime d'un AVC au cours de sa vie.<sup>1</sup> Chaque année, plus de 13,7 millions de personnes dans le monde ont un AVC, environ 5,5 millions décèdent des suites d'un AVC et plus de 80 millions de personnes vivent avec des séquelles ou des handicaps.<sup>2</sup>

En Belgique aussi, l'impact est considérable. On estime que, chaque année, plus de 29.000 Belges sont victimes d'un AVC – soit près de 80 personnes par jour en moyenne –, qu'il s'agisse d'un infarctus cérébral (AVC ischémique, environ 80 % des AVC) ou d'une hémorragie cérébrale (AVC hémorragique, environ 20 % des AVC)<sup>3</sup>. En outre, plus de 9000 personnes décèdent chaque année des suites d'un AVC, tandis que près de 140.000 Belges vivent avec les séquelles d'un AVC.<sup>4</sup> Les AVC constituent ainsi la principale cause d'invalidité chez les adultes et la deuxième cause de décès dans notre pays.<sup>5</sup>

Un AVC est souvent très lourd de conséquences. Jusqu'à 60 % des patients en meurent dans l'année, se retrouvent dans une situation de dépendance ou en gardent des handicaps permanents. Plus d'un patient sur trois est confronté, après un AVC, à des séquelles graves telles que la paralysie, la spasticité, des problèmes de déglutition, des troubles de la parole et du langage, ou encore des troubles émotionnels et cognitifs. Ces handicaps ont une incidence considérable sur le fonctionnement quotidien et entraînent souvent un besoin de soins de longue durée et une incapacité de travail permanente. Cela se traduit non seulement par une

<sup>1</sup> V. L. FEIGIN et ali., “World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025,” *International Journal of Stroke*, Vol. 20 n° 2, 20 février 2025, p. 134.

<sup>2</sup> A. BONDUE, “Cerebrovasculair accident: actief vermijden,” *Tijdschrift van de Belgische Cardiologische Liga*. Septembre 2021, pp. 5-6. [https://www.ligecardiologia.be/wp-content/uploads/2021/09/LC\\_Newsletter\\_NL\\_sept-2021-site.pdf](https://www.ligecardiologia.be/wp-content/uploads/2021/09/LC_Newsletter_NL_sept-2021-site.pdf)

<sup>3</sup> European Stroke Organisation, *Stroke service tracker*, <https://actionplan.eso-stroke.org/stroke-service-tracker-2https://actionplan.eso-stroke.org/stroke-service-tracker-2>

<sup>4</sup> K. BUDIG et E. HARDING, *Secondary prevention of heart attack and stroke: country profile for Belgium*, Londen: The Health Policy Partnership, 2021, p. 8, <https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/Secondary-prevention-of-heart-attack-and-stroke-in-Europe-Belgium.pdf>

<sup>5</sup> Belgian Stroke Council, <https://www.belgianstrokecouncil.be/fr/stroke-fr>

de gezondheidszorg, de arbeidsmarkt en het bredere welzijnsbeleid.

De maatschappelijke kost is navenant. Volgens de European Brain Council bedroeg de jaarlijkse kost van beroertes in België in 2017 ongeveer 1,484 miljard euro, ofwel 0,34 % van het bruto binnenlands product.<sup>6</sup> Slechts 45 % daarvan betreft directe zorguitgaven, terwijl 55 % – ruim 800 miljoen euro per jaar – betrekking heeft op de indirecte gevolgen van beroertes, zoals informele zorg, arbeidsongeschiktheid, sociale ondersteuning. Die hoge kost kan sterk gereduceerd worden bij snellere diagnose, snelle toegang tot gespecialiseerde behandelingen en betere opvolging, wat de kans op volledig herstel verhoogt en de nood aan langdurige zorg, werkonbekwaamheid of sociale steun aanzienlijk verkleint.

Bovendien zal de incidentie van beroerte verder stijgen. De vergrijzing en de toename van risicofactoren zoals hypertensie, diabetes en obesitas maken dat steeds meer mensen een beroerte krijgen. De prognoses zijn alarmerend. Volgens Stroke Alliance for Europe (SAFE) zal het aantal beroertes in de Europese Unie tegen 2035 naar verwachting met 34 % toenemen, van 613.148 in 2015 tot 819.771 in 2035. Het aantal overlijdens zal naar verwachting met 45% stijgen, en ook het aantal mensen dat overleeft maar blijvende letsels oploopt zal met ongeveer 25% toenemen.<sup>7</sup> Zonder structurele actie dreigt de menselijke tol verder toe te nemen en lopen de maatschappelijke en economische kosten verder op.

Toch is een beroerte vaak te voorkomen. Door in te zetten op preventie, vroegtijdige detectie en een gezonde levensstijl kan het risico op een nieuwe beroerte met 80 % gereduceerd worden.<sup>8</sup> Daarnaast maakt bij een acuut infarct of bloeding een snelle interventie het verschil. Tijdens een beroerte sterven tot twee miljoen hersencellen per minuut af. Elke seconde telt dus. Een snelle herkenning van symptomen, efficiënte triage en

charge importante en termes de soins pour les aidants proches et l'entourage, mais aussi par une pression croissante sur les soins de santé, le marché du travail et la politique de bien-être au sens large.

Le coût social est à l'avenant. Selon l'European Brain Council, le coût annuel des AVC en Belgique s'élevait, en 2017, à environ 1,484 milliard d'euros, soit 0,34 % du produit intérieur brut.<sup>6</sup> 45 % seulement de ce montant concernent des dépenses directes en soins de santé, tandis que 55 % – soit plus de 800 millions d'euros par an – sont liés aux conséquences indirectes des AVC, comme les soins informels, l'incapacité de travail et l'assistance sociale. Ce coût élevé peut être considérablement réduit grâce à un diagnostic plus rapide, à un accès rapide à des traitements spécialisés et à un meilleur suivi, lesquels augmentent par ailleurs les chances de guérison complète et réduisent considérablement les besoins en soins de longue durée, les incapacités de travail ou les besoins en aide sociale.

Qui plus est, l'incidence de l'AVC va continuer à augmenter. Par suite du vieillissement de la population et de la multiplication des facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète et l'obésité, le nombre de personnes victimes d'un AVC ne cesse de croître. Les prévisions sont alarmantes. Selon la Stroke Alliance for Europe (SAFE), le nombre d'accidents vasculaires cérébraux dans l'Union européenne devrait augmenter de 34 % d'ici à 2035, passant de 613.148 en 2015 à 819.771 en 2035. Le nombre de décès devrait augmenter de 45 %, et le nombre de personnes qui survivent mais gardent des séquelles permanentes connaîtra aussi une hausse d'environ 25 %<sup>7</sup>. Si aucune action structurelle n'est entreprise, le bilan humain risque de s'alourdir encore et les coûts sociaux et économiques continueront à grimper.

Il est pourtant souvent possible de prévenir l'AVC. En misant sur la prévention, le dépistage précoce et la sensibilisation à un mode de vie sain, on peut réduire le risque de récurrence de 80 %<sup>8</sup>. Par ailleurs, en cas d'infarctus aigu ou d'hémorragie, une intervention rapide s'avère décisive. Lorsqu'un AVC se produit, deux millions de cellules cérébrales peuvent mourir chaque minute. Par conséquent, chaque seconde compte. Une

<sup>6</sup> R. LUENGO-FERNANDEZ, M. VIOLATO, P. CANDIO en J. LEAL, "Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis," *European Stroke Journal*, Vol. 5 nr. 1, 29 oktober 2019, p. 134.

<sup>7</sup> Stroke Alliance for Europe, *The Burden of Stroke in Europe*, pp. 36-38, [https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2020/06/The-Burden-Of-Stroke-In-Europe-Report-Main-Documents\\_ENG\\_All-references.pdf](https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2020/06/The-Burden-Of-Stroke-In-Europe-Report-Main-Documents_ENG_All-references.pdf)

<sup>8</sup> D. G. HACKAM en J. D. SPENCE, "Combining Multiple Approaches for the Secondary Prevention of Vascular Events After Stroke," *Stroke*, Vol. 38 nr. 5, 12 april 2007, pp. 1881-1885.

<sup>6</sup> R. LUENGO-FERNANDEZ, M. VIOLATO, P. CANDIO et J. LEAL, "Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis," *European Stroke Journal*, Vol. 5 n° 1, 29 octobre 2019, p. 134.

<sup>7</sup> Stroke Alliance for Europe, *The Burden of Stroke in Europe*, pp. 36-38, [https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2020/06/The-Burden-Of-Stroke-In-Europe-Report-Main-Documents\\_ENG\\_All-references.pdf](https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2020/06/The-Burden-Of-Stroke-In-Europe-Report-Main-Documents_ENG_All-references.pdf)

<sup>8</sup> D. G. HACKAM et J. D. SPENCE, "Combining Multiple Approaches for the Secondary Prevention of Vascular Events After Stroke," *Stroke*, Vol. 38 n° 5, 12 avril 2007, pp. 1881-1885.

onmiddellijke en nabije toegang tot gespecialiseerde zorg kunnen het verschil maken tussen volledig herstel en blijvende invaliditeit of zelfs de dood.

## 2. Audit beroertezorg

De snelheid waarmee de behandeling van een acute beroerte wordt gestart, bepaalt in grote mate de kans op een goed herstel en verkort de duur van de ziekenhuisopname en eventuele revalidatie. Dat vergt een goede organisatie van de zorg. Maar net op dat vlak is er in België “nog veel ruimte voor verbetering”, concludeert een audit van het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in 2026 bij 96 ziekenhuizen.

Op basis van patiëntendata en resultaten van een bevraging stellen ze vast dat het aantal behandelde beroertes toeneemt, maar dat deze behandelingen niet altijd op de best mogelijke manier verlopen. Onder meer op het vlak van behandelsnelheid zijn er grote verschillen tussen de 96 ziekenhuizen. Internationale richtlijnen stellen dat, na opname in het ziekenhuis, trombolytische medicatie – bedoeld om klonters op te lossen – in minder dan 30 minuten moet opgestart worden. Slechts 11,9 procent van de ziekenhuizen haalt die deadline, de Belgische mediaan ligt op 47 minuten. Bij ernstigere gevallen kan een klonterverwijderende ingreep (trombectomie) een oplossing zijn. Die vindt het best plaats binnen 60 minuten. Maar in ons land was er in 2024 maar één ziekenhuis dat die doelstelling haalde. Verder wijst de audit op meer tekortkomingen. Zo worden ziekenhuizen lang niet altijd door hulpdiensten geïnformeerd over patiënten met een vermoeden van een beroerte, zodat tijd verloren gaat na aankomst op de spoedgevallendienst.

In de beroertezorg is een prenotificatiesysteem nochtans essentieel, aangezien tijd een cruciale factor is bij de behandeling van patiënten. Door het ziekenhuis reeds vóór aankomst te informeren over de komst van een patiënt met een vermoeden van een beroerte, kan de hyperacute zorg sneller worden opgestart en kan de patiënt gericht worden doorverwezen naar het meest geschikte ziekenhuis.

De variabiliteit in kwaliteit van beroertezorg is ook zichtbaar in de sterftecijfers. Gemiddeld overlijdt 10 procent van de beroertepatiënten na opname, maar onder ziekenhuizen worden aanzienlijke variaties opgetekend: van 3 tot 30 procent. Zelfrapportage door ziekenhuizen is echter gevoelig voor fouten. Het is vooral belangrijk om beter samen te werken, zodat de kwaliteit overal

reconnaissance rapide des symptômes, un triage efficace et un accès immédiat à des soins spécialisés peuvent faire la différence entre un rétablissement complet et une invalidité permanente, voire le décès.

## 2. Audit sur les soins en cas d'AVC

La rapidité avec laquelle est mis en place le traitement d'un accident vasculaire cérébral aigu détermine grandement les chances d'un bon rétablissement et réduit la durée de l'hospitalisation et de l'éventuelle revalidation. Une intervention rapide requiert une bonne organisation des soins. Or c'est précisément sur ce point qu'en Belgique, “le potentiel d'amélioration est considérable”, conclut un audit de l'INAMI et du Service public fédéral Santé publique réalisé en 2026 auprès de 96 hôpitaux.

Partant des données des patients et des résultats d'une enquête, l'audit constate que le nombre d'accidents vasculaires cérébraux traités augmente, mais que les traitements ne se déroulent pas toujours dans les meilleures conditions. Il existe notamment d'importants écarts au niveau de la rapidité de la prise en charge entre les 96 hôpitaux. Les directives internationales stipulent que dès l'hospitalisation, un traitement thrombolitique visant à dissoudre les caillots doit être administré en moins de 30 minutes. Seuls 11,9 % des hôpitaux respectent ce délai, la médiane belge s'établissant à 47 minutes. Dans les cas plus graves, une intervention visant à retirer le caillot, la thrombectomie, peut constituer une solution. Elle devrait idéalement être réalisée dans les 60 minutes. Or, dans notre pays, un seul hôpital a atteint cet objectif en 2024. L'audit met aussi en évidence d'autres lacunes. Ainsi, les services d'urgence n'informent pas toujours les hôpitaux d'une suspicion d'AVC, ce qui engendre une perte de temps lors de la prise en charge aux urgences.

Dans la prise en charge de l'AVC, un système de prénotification est pourtant essentiel, car le temps est un facteur crucial dans le traitement des patients. Si l'hôpital est informé de l'arrivée imminente d'un patient présentant une suspicion d'AVC, la prise en charge hyperaiguë pourra être initiée plus rapidement et le patient pourra être orienté vers l'hôpital le plus adéquat.

Les disparités en termes de prise en charge de l'AVC se reflètent également dans le taux de mortalité. En moyenne, 10 % des patients atteints d'un AVC décèdent après leur admission, mais d'importants écarts sont observés d'un hôpital à l'autre, allant de 3 à 30 %. Les données communiquées par les hôpitaux sont toutefois sujettes à des erreurs. Il est surtout important de mieux

beter wordt. Daarvoor is een uniforme aanpak nodig, gestoeld op betrouwbare data.

### 3. Het ontbreken van een nationaal beroerteplan en een geïntegreerde aanpak

Beroertezorg bestaat uit verschillende kritieke schakels, gaande van preventie, vroegtijdige herkenning en acute triage tot behandeling, secundaire preventie, revalidatie en langdurige opvolging. Elke schakel omvat andere domeinen en raakt andere beleidsniveaus. Door de veelzijdigheid en complexiteit van deze zorgketen zijn samenhang, afstemming en duidelijke afspraken tussen de verschillende niveaus cruciaal.

Het opstellen en implementeren van een nationaal beroerteplan is essentieel om deze schakels goed op elkaar te laten aansluiten. Een nationaal plan moet het volledige zorgtraject omschrijven – van primaire preventie en acute opname tot ontslag, revalidatie en nazorg – en vormt de ruggengraat van een gestructureerde en samenhangende aanpak. Het is meer dan een beleidsdocument; het moet een concreet en geïmplementeerd kader zijn, ontwikkeld in nauw overleg met patiëntenorganisaties en gedragen door alle betrokken actoren. Het plan moet bovendien duidelijk vastleggen hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en uitkomsten van de beroertezorg op een uniforme en regelmatige manier worden opgevolgd en vormt zo de basis voor een transparant systeem van kwaliteitsmonitoring in samenwerking met de bevoegde overheden die instaan voor de organisatie en evaluatie van zorgvoorzieningen.

Een nationaal beroerteplan is al jaren een expliciete vraag van de Belgian Stroke Council. De organisatie wees er reeds herhaaldelijk op dat België zonder nationaal plan geen coherent beleid kan voeren, geen kwaliteitsverbeteringen kan realiseren en geen betrouwbare gegevens kan verzamelen om de beroertezorg systematisch op te volgen.

Op Europees niveau werd in het kader van het *Stroke Action Plan for Europe* (SAP-E) een sjabloon ontwikkeld om landen te ondersteunen bij de uitwerking van een nationale strategie voor beroertezorg. Dit sjabloon biedt richtlijnen over essentiële elementen die in overweging moeten worden genomen bij het ontwikkelen van een robuust en effectief kader, zoals het identificeren en beheren van risicofactoren, de implementatie van preventieve maatregelen, de coördinatie van zorgdiensten en de toewijzing van middelen ter ondersteuning van initiatieven voor beroertezorg.

collaborer afin d'améliorer la qualité des soins dans tous les hôpitaux. Cela nécessite une approche uniforme, fondée sur des données fiables.

### 3. Absence de plan national AVC et d'approche intégrée

La prise en charge de l'AVC comprend plusieurs maillons critiques, allant de la prévention, de la reconnaissance précoce et du triage aigu au traitement, à la prévention secondaire, à la revalidation et au suivi à long terme. Chaque maillon couvre d'autres domaines et relève d'autres niveaux de pouvoir. En raison de la multiplicité et de la complexité de cette chaîne de soins, la cohérence, la coordination et des accords clairs entre les différents niveaux sont indispensables.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national AVC sont essentielles pour assurer une bonne articulation entre ces différents maillons. Un plan national doit décrire l'ensemble du parcours de soins, de la prévention primaire et de l'admission aux urgences jusqu'à la sortie, à la revalidation et au suivi posthospitalier, et constitue la colonne vertébrale d'une approche structurée et cohérente. Il s'agit de bien plus qu'un simple document d'orientation: ce doit être un cadre concret et bien mis en œuvre, élaboré en étroite concertation avec les associations de patients et porté par l'ensemble des acteurs concernés. Le plan doit en outre définir clairement comment la qualité, l'accessibilité et les résultats de la prise en charge de l'AVC peuvent bénéficier d'un suivi uniforme et régulier, et constitue ainsi la base d'un système transparent d'évaluation de la qualité, en collaboration avec les autorités compétentes chargées de l'organisation et de l'évaluation des structures de soins.

Depuis des années, le Belgian Stroke Council réclame explicitement un plan national AVC. L'organisation a déjà souligné à plusieurs reprises qu'en l'absence d'un tel plan, la Belgique ne peut pas mener une politique cohérente, améliorer la qualité des soins, ni collecter des données fiables permettant un suivi systématique de la prise en charge de l'AVC.

Au niveau européen, un modèle a été développé dans le cadre du *Stroke Action Plan for Europe* (SAP-E) afin d'aider les pays à élaborer une stratégie nationale de prise en charge de l'AVC. Ce modèle fournit des lignes directrices sur les éléments essentiels à prendre en compte lors de l'élaboration d'un cadre robuste et efficace, tels que l'identification et la gestion des facteurs de risque, la mise en œuvre de mesures préventives, la coordination des services de soins et l'allocation des ressources pour soutenir les initiatives en matière de prise en charge de l'AVC.

De uitvoering van een nationaal beroerteplan is binnen SAP-E opgenomen als *Key Performance Indicator 1* (KPI 1), waarmee het belang ervan wordt benadrukt bij het faciliteren van multisectorale volksgezondheidsinterventies. Deze interventies zijn gericht op het bevorderen en stimuleren van een gezonde levensstijl, terwijl ze tegelijkertijd risicofactoren die samenhangen met beroerte aanpakken en beheersen.

Door een hulpmiddel te bieden om nationale coördinatoren te ondersteunen in hun werk, wil men ervoor zorgen dat elk land een goed gestructureerd en georganiseerd plan heeft om de uitdagingen van een beroerte aan te pakken. Dit zal op zijn beurt leiden tot verbeterde volksgezondheidsuitkomsten, lagere zorgkosten en een gezondere bevolking in het algemeen.<sup>9</sup>

Steeds meer Europese landen erkennen intussen het strategisch belang van een nationaal beroerteplan. Waar in 2022 slechts 16 Europese landen over een nationaal beroerteplan beschikten, waren dat er in 2023 al 24. Andere landen bevinden zich momenteel in een vergevorderd ontwikkelingsstadium. België heeft dit proces daarentegen nog niet opgestart, waardoor een coherent kader voor beroertezorg voorlopig ontbreekt.

#### 4. Het gebrek aan betrouwbare dataregistratie

Een fundamenteel knelpunt in de Belgische beroertezorg is het ontbreken van een nationale, gestandaardiseerde en volledige dataregistratie. België beschikt vandaag niet over een verplicht beroerteregister dat de volledige zorgketen omvat. Gegevens worden momenteel door ziekenhuizen en diensten op uiteenlopende manieren verzameld, vaak op vrijwillige basis en zonder uniforme definities. Hierdoor ontstaat een gefragmenteerd beeld dat onvoldoende inzicht biedt in het aantal beroertepatiënten, de kenmerken van de populatie, de tijdige toegang tot acute behandelingen en het hersteltraject na ontslag.

Het gebrek aan geïntegreerde data maakt het onmogelijk om de zorg op een systematische manier te monitoren en verbeterprojecten te implementeren. Belangrijke parameters zoals doorlooptijden, opname in stroke-units, hervalpercentages, functionele uitkomsten en toegang tot revalidatie worden niet nationaal opgevolgd. Daardoor kan België voor een groot deel van de Europese kwaliteitsindicatoren geen vergelijkbare cijfers aanleveren, wat zowel interne evaluatie als internationale benchmarking belemmert. In 2019 was

<sup>9</sup> <https://actionplan.eso-stroke.org/action-plan-tools/national-stroke-plan-template>

La mise en œuvre d'un plan national AVC est intégrée dans le SAP-E en tant qu'indicateur clé de performance 1 (KPI 1), ce qui souligne son importance dans la facilitation d'interventions multisectorielles de santé publique. Ces interventions visent à promouvoir et à encourager un mode de vie sain, tout en traitant et en gérant les facteurs de risque associés à l'AVC.

En fournissant un outil destiné à aider les coordinateurs nationaux dans leur travail, on cherche à ce que chaque pays dispose d'un plan bien structuré et organisé pour relever les défis posés par l'AVC. La réalisation de cet objectif permettra à son tour d'améliorer les résultats de santé publique, de réduire les coûts des soins de santé et d'améliorer l'état de santé général de la population.<sup>9</sup>

De plus en plus de pays européens reconnaissent désormais l'importance stratégique d'un plan national AVC. Alors qu'en 2022, seuls 16 pays européens disposaient d'un tel plan, ils étaient déjà 24 en 2023. D'autres pays se trouvent actuellement à un stade d'élaboration avancé. La Belgique, en revanche, n'a pas encore engagé ce processus, de sorte que pour le moment, il n'existe pas encore de cadre cohérent pour la prise en charge de l'AVC.

#### 4. L'absence d'enregistrement fiable des données

Un problème fondamental dans la prise en charge de l'AVC en Belgique est l'absence d'un système national, standardisé et exhaustif d'enregistrement des données. La Belgique ne dispose pas, à ce jour, d'un registre obligatoire des AVC couvrant l'ensemble de la chaîne de soins. Les données sont actuellement collectées de manière disparate par les hôpitaux et les services, souvent sur une base volontaire et en l'absence de définitions uniformes. Il en résulte un aperçu fragmenté, insuffisant pour se faire une idée précise du nombre de patients victimes d'un AVC, des caractéristiques de la population, de la mesure dans laquelle les patients peuvent accéder à temps aux traitements aigus et du parcours de rétablissement après la sortie de l'hôpital.

Faute de données intégrées, il est impossible d'assurer un suivi systématique des soins et de mettre en œuvre des projets d'amélioration. Aucun suivi national n'est prévu pour les importants paramètres que sont les délais de prise en charge, l'admission dans les unités neurovasculaires (*stroke-units*), les taux de récurrence, les résultats fonctionnels et l'accès à la révalidation. La Belgique ne peut donc pas fournir de chiffres comparables pour une grande partie des indicateurs de qualité européens, ce qui entrave tant l'évaluation interne que

<sup>9</sup> <https://actionplan.eso-stroke.org/action-plan-tools/national-stroke-plan-template>

België, bij gebrek aan een nationaal register, samen met Wit-Rusland het enige van 44 Europese landen dat geen volledige gegevens kon aanleveren voor de *Stroke Service Tracker* van de European Stroke Organisation. Hierdoor blijven bovendien ook regionale verschillen in toegankelijkheid en kwaliteit onder de radar, waardoor gerichte verbeteracties uitblijven.

Denemarken bewijst dat gestandaardiseerde en verplichte dataregistratie wel degelijk resultaat oplevert. Het land beschikt al sinds 2003 over een wettelijk verplicht beroerteregister dat achttien proces- en vier resultaatsindicatoren systematisch opvolgt. De gegevens worden jaarlijks geauditeerd en publiek gerapporteerd. Dankzij deze transparante en uniforme registratie tonen alle indicatoren een duidelijke verbetering, waarbij de naleving van sommige procesindicatoren zelfs verdubbelde of verdrievoudigde.<sup>10</sup> Het Deense model toont aan dat duurzame kwaliteitsverbetering pas mogelijk wordt wanneer dataregistratie gestandaardiseerd, verplicht en gekoppeld is aan een nationaal kader van monitoring en benchmarking.

Zonder geautomatiseerde dataverzameling op basis van uniforme indicatoren en systematische terugkoppeling naar zorgverleners is kwaliteitsopvolging onmogelijk en blijven verschillen onzichtbaar. Het is daarom aangewezen om, in overleg met de Belgian Stroke Council, een nationaal kwaliteitskader vast te leggen op basis van een minimale, gestandaardiseerde registratieset. Ziekenhuizen zouden structureel aangemoedigd moeten worden om deze gegevens systematisch te registreren en aan te leveren. In een volgende fase kan een multidisciplinair netwerk van experts worden uitgebouwd dat instaat voor audits en monitoring, met als doel gerichte kwaliteitsverbetering en kennisdeling binnen het beroertennetwerk. Een dergelijk nationaal register met gestandaardiseerde indicatoren, gekoppeld aan structurele kwaliteitsmonitoring, is noodzakelijk om variaties tijdig te identificeren, gericht bij te sturen en de zorgkwaliteit voor alle patiënten te versterken. De Belgian Stroke Council onderstreept dit al jaren en is bereid om actief mee te werken aan het vastleggen van de duidelijke minimale criteria die in een nationale registratie moeten worden opgenomen.

### 5. Ongelijke toegang tot acute gespecialiseerde zorg

Snelle toegang tot gespecialiseerde acute zorg is een van de meest bepalende factoren voor overleving

<sup>10</sup> S. P. JOHNSEN et al., "The Danish Stroke Registry," *Clinical Epidemiology*, Vol. 8, 25 oktober 2016, pp. 697-698.

l'analyse comparative internationale. En 2019, faute de disposer d'un registre national, la Belgique était, avec la Biélorussie, le seul des 44 pays européens à ne pas pouvoir fournir de données exhaustives pour le *Stroke Service Tracker* de l'European Stroke Organisation. De ce fait, les disparités régionales en matière d'accessibilité et de qualité restent, elles aussi, sous les radars, ce qui empêche de mettre en place des mesures d'amélioration ciblées.

Le Danemark prouve que l'enregistrement standardisé et obligatoire des données peut être une solution efficace. Depuis 2003, ce pays dispose d'un registre des AVC légalement obligatoire qui suit systématiquement 18 indicateurs de processus et 4 indicateurs de résultat. Les données font l'objet d'un audit et de rapports annuels. Grâce à cet enregistrement transparent et uniforme, tous les indicateurs affichent une nette amélioration, et certains indicateurs de processus ont même été deux ou trois fois mieux respectés.<sup>10</sup> Le modèle danois montre qu'une amélioration durable de la qualité n'est possible que lorsque l'enregistrement des données est standardisé, obligatoire et associé à un cadre national de suivi et d'analyse comparative.

Sans collecte automatisée des données basée sur des indicateurs uniformes et sans remontée systématique d'informations vers les prestataires de soins, le suivi de la qualité est impossible et les disparités restent invisibles. C'est pourquoi il est recommandé d'établir, en concertation avec le Belgian Stroke Council, un cadre national de qualité basé sur un ensemble minimal et standardisé de données à enregistrer. Il y aurait lieu d'encourager structurellement les hôpitaux à enregistrer et fournir ces données de manière systématique. Dans une phase ultérieure, un réseau multidisciplinaire d'experts pourrait être mis en place pour réaliser les audits et assurer le suivi, dans le but d'améliorer la qualité de manière ciblée et de partager les connaissances au sein du réseau de prise en charge des AVC. Un tel registre national assorti d'indicateurs standardisés et couplé à un suivi structurel de la qualité est indispensable pour pouvoir identifier les variations en temps utile, apporter des ajustements ciblés et renforcer la qualité des soins pour tous les patients. Le Belgian Stroke Council insiste depuis des années sur ce point et est disposé à collaborer activement à la définition des critères minimaux clairs à inclure dans un registre national.

### 5. Inégalité d'accès aux soins aigus spécialisés

L'accès rapide à des soins aigus spécialisés est l'un des facteurs les plus décisifs pour la survie et le

<sup>10</sup> S. P. JOHNSEN et al., "The Danish Stroke Registry," *Clinical Epidemiology*, Vol. 8, 25 octobre 2016, pp. 697-698.

en herstel na een beroerte. Toch bestaan er vandaag in België grote verschillen in de bereikbaarheid van stroke-units, de beschikbaarheid van essentiële diagnostiek en de toegang tot hooggespecialiseerde behandelingen zoals intraveneuze trombolysie (IVT) en endovasculaire trombectomie (EVT). In 2022 werden 28.810 beroertepatiënten opgenomen in Belgische ziekenhuizen, maar de kwaliteit en snelheid van de acute zorg die zij ontvangen verschilt sterk van regio tot regio. Een nationaal beleid dat die ongelijkheden actief monitort en wegwerkt, ontbreekt.

Een eerste knelpunt is de toegang tot stroke-units. Europese richtlijnen bepalen dat minstens 90 % van de patiënten met een acute beroerte binnen de eerste 24 uur moet worden opgenomen in een stroke-unit. België beschikt echter niet over nationale data over opnamegraad of -timing, waardoor onduidelijk blijft hoeveel patiënten tijdig gespecialiseerde zorg bereiken. Een studie van de KU Leuven uit 2022 in 29 Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen toont een gemiddelde opnamegraad van slechts 82,9 % voor ischemische beroertepatiënten, met bovendien grote verschillen tussen instellingen: in slechts 44,8 % van de deelnemende ziekenhuizen werd elke patiënt systematisch in een stroke-unit opgenomen.<sup>11</sup> Hoewel deze studie geen volledig nationaal beeld biedt, illustreert ze wel dat toegang tot gespecialiseerde acute beroertezorg in België vandaag niet uniform gegarandeerd is.

Een andere cruciale stap in de acute zorgketen is een snelle en correcte diagnose, die bepaalt of (al dan niet tijdskritische) behandelingen veilig en effectief kunnen worden toegediend, en complicaties maximaal worden voorkomen. De European Stroke Organisation beveelt aan dat bij elke patiënt minstens zes van de zeven basisonderzoeken worden uitgevoerd, waaronder CT/MRI, vaatbeeldvorming, ECG, langdurige ECG-monitoring, cardiale echografie (TTE/TOE), sliktest en bloedonderzoek.

Ook op het vlak van acute behandelingen zijn er verschillen merkbaar. In 2023 bedroeg het Europese gemiddelde voor IVT 15,4 %, terwijl België in het laatste Europese SAP-E-rapport slechts 11,3 % haalt. Dat is aanzienlijk lager dan vergelijkbare landen zoals Nederland, waar meer dan 20 % van de patiënten IVT krijgt. Voor EVT lijkt België op basis van gerapporteerde cijfers net

rétablissement après un AVC. Pourtant, il existe aujourd'hui, en Belgique, de grandes disparités en matière d'accessibilité des unités neurovasculaires, de disponibilité des diagnostics essentiels et d'accès à des traitements hautement spécialisés tels que la thrombolysie intraveineuse (TIV) et la thrombectomie endovasculaire (TEV). En 2022, 28.810 patients victimes d'un AVC ont été admis dans les hôpitaux belges, mais la qualité des soins aigus dont ils bénéficient et la rapidité d'accès à ces soins varient fortement d'une région à l'autre. Il n'existe pas de politique nationale assurant activement le suivi et l'élimination de ces inégalités.

Un premier problème concerne l'accès aux unités neurovasculaires. Les directives européennes prévoient qu'au moins 90 % des patients victimes d'un AVC aigu doivent être admis dans une unité neurovasculaire dans les 24 heures suivant l'AVC. Or la Belgique ne dispose pas de données nationales concernant le taux ou les délais d'admission, si bien qu'il n'est pas évident de savoir combien de patients ont accès suffisamment tôt à des soins spécialisés. Une étude réalisée en 2022 par la KU Leuven dans 29 hôpitaux flamands et bruxellois fait apparaître un taux d'admission moyen de 82,9 % seulement pour les patients victimes d'un AVC ischémique, avec en outre de fortes disparités entre établissements: dans seulement 44,8 % des hôpitaux participants, chaque patient a été systématiquement admis dans une unité neurovasculaire.<sup>11</sup> Même si cette étude ne présente pas une image complète de la situation nationale, elle montre bien que l'accès aux soins aigus spécialisés en cas d'AVC n'est, aujourd'hui, pas garanti de manière uniforme en Belgique.

Une autre étape cruciale de la chaîne des soins aigus est le fait de disposer d'un diagnostic rapide et correct qui permet de déterminer si des traitements, urgents ou non, peuvent être administrés de manière sûre et efficace et qui prévient au maximum les complications. L'European Stroke Organisation recommande qu'au moins six des sept examens de base soient réalisés chez chaque patient, notamment un scanner/IRM, une imagerie vasculaire, un ECG, une surveillance ECG prolongée, une échocardiographie (TTE/TOE), un test de déglutition et des analyses de sang.

Des différences en matière de traitements aigus sont également observables. En 2023, la moyenne européenne pour la TIV s'élevait à 15,4 %, tandis que la Belgique n'atteignait que 11,3 % dans le dernier rapport européen SAP-E. Ce chiffre est nettement inférieur à celui de pays comparables comme les Pays-Bas, où plus de 20 % des patients bénéficient d'une TIV. En ce qui concerne la

<sup>11</sup> C. Lens et al., "Variation in stroke care at the hospital level: A cross-sectional multicenter study," *Frontiers in Neurology*, Vol. 13, 13 oktober 2022, pp. 1-10.

<sup>11</sup> C. Lens et al., "Variation in stroke care at the hospital level: A cross-sectional multicenter study," *Frontiers in Neurology*, Vol. 13, 13 octobre 2022, pp. 1-10.

de Europese norm van 7,5 % te halen. Daarbovenop zijn er sterke regionale verschillen: het IVT-percentages varieert van meer dan 15 % in West-Vlaanderen en Brussel tot minder dan 10 % in Limburg.<sup>12</sup> Dat betekent dat patiënten vandaag niet overal dezelfde kans hebben op tijdige en levensreddende behandelingen. Om die ongelijkheid weg te werken, is een nationaal kader nodig dat duidelijke normen vastlegt voor toegankelijkheid, registratie en tijdige behandeling, en regionale verschillen systematisch opvolgt en aanpakt.

Ten slotte ontbreekt vandaag een duidelijk beeld van de doorlooptijden. Voor zowel IVT als EVT geldt dat vertragingen rechtstreeks leiden tot grotere schade aan het hersenweefsel. Europese richtwaarden leggen een “door-to-needle time” (DTN) van minder dan 30 minuten en een “door-to-groin time” (DTG) van minder dan 60 minuten vast. De recente audit van het RIZIV toont aan dat deze normen in België vaak niet worden gehaald. Zo bedraagt de mediane DTN 47 minuten, wat aanzienlijk hoger ligt dan de aanbevolen 30 minuten. Tegelijk stelt de audit vast dat doorlooptijden niet systematisch en uniform worden geregistreerd, en sterk variëren tussen ziekenhuizen. Zonder systematische registratie blijven extreme vertragingen verborgen en is het niet mogelijk om de doorlooptijden gericht te verkorten.

Tsjechië toont hoe verplichte, gestandaardiseerde dataregistratie kan leiden tot gerichte verbeteracties om de toegankelijkheid van acute beroertezorg te verhogen. Sinds 2016 worden via het RES-Q-register systematisch gegevens verzameld over alle acute beroerteopnames. Daardoor konden grote regionale ongelijkheden in toegang en kwaliteit objectief in kaart worden gebracht en vervolgens doelgericht worden aangepakt. Op basis van de inzichten bouwde het land een netwerk uit van 47 stroke-centra, waarvan 13 gespecialiseerde stroke-centra met 24/7-capaciteit voor mechanische trombectomie (EVT) en 34 regionale stroke-units voor acute trombolysen (IVT). Door expertise te concentreren en de centra evenwichtig te spreiden over alle regio's, krijgen beroertepatiënten overal in het land tijdig toegang tot

TEV, la Belgique semble, d'après les chiffres récoltés, atteindre tout juste la norme européenne de 7,5 %. De plus, il existe de fortes disparités entre les régions: le taux de TIV varie de plus de 15 % en Flandre occidentale et à Bruxelles, à moins de 10 % dans le Limbourg.<sup>12</sup> Cela signifie qu'aujourd'hui, les patients n'ont pas partout les mêmes chances de bénéficier de traitements rapides et vitaux. Pour remédier à cette inégalité, il faut adopter un cadre national qui fixe des normes claires en matière d'accessibilité, d'enregistrement et de rapidité des traitements, et qui assure un suivi systématique des disparités régionales en vue de les corriger.

Enfin, on manque aujourd'hui d'une vision claire des délais de prise en charge. Tant pour la TIV que pour la TEV, les retards entraînent directement des lésions plus importantes du tissu cérébral. Les valeurs de référence européennes fixent un délai “door-to-needle” (DTN) inférieur à 30 minutes et un délai “door-to-groin” (DTG) inférieur à 60 minutes. Le récent audit de l'INAMI montre que ces normes sont rarement respectées en Belgique. Ainsi, le DTN médian est de 47 minutes, ce qui est nettement supérieur aux 30 minutes recommandées. Par ailleurs, l'audit constate que les délais de prise en charge ne sont pas enregistrés de manière systématique et uniforme, et varient fortement d'un hôpital à l'autre. Sans enregistrement systématique, les retards extrêmes passent sous les radars, et il n'est pas possible de réduire les délais de prise en charge de manière ciblée.

La République tchèque montre comment un enregistrement obligatoire et standardisé des données peut déboucher sur des actions d'amélioration ciblées visant à renforcer l'accessibilité des soins aigus de l'AVC. Depuis 2016, le registre RES-Q recueille systématiquement des données sur toutes les admissions pour AVC aigu. Cela a permis de dresser un constat objectif d'importantes disparités régionales en matière d'accès et de qualité, puis de les traiter de manière ciblée. Sur la base de ces enseignements, le pays a développé un réseau de 47 centres neurovasculaires, dont 13 centres spécialisés qui disposent d'une capacité de thrombectomie mécanique 24 h/24 et 7 j/7 (EVT), et 34 unités régionales qui disposent d'une capacité de thrombolysen aiguë (IVT). En concentrant l'expertise et en répartissant les centres

<sup>12</sup> Schriftelijke vraag nr. 236 van mevrouw Nawal Farih van 23 mei 2025 aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast Armoedebestrijding, QRVA 56.019, blz. 181-183.

<sup>12</sup> Question écrite n° 236 de Mme Nawal Farih du 23 mai 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, QRVA 56.019, pp. 181-183.

nabije gespecialiseerde zorg.<sup>13</sup> Zo daalde de nationale door-to-needle-tijd in 2018 tot 28 minuten, met bijna een kwart van de centra zelfs onder de 20 minuten.<sup>14</sup>

Ook Oostenrijk illustreert hoe een wettelijk verankerd beroerteregister de motor kan vormen van een performant systeem. Het land koppelde de invoering van een verplicht register aan de uitbouw van een fijnmazig netwerk van 39 stroke-units, waardoor alle inwoners binnen 45 minuten toegang hebben tot gespecialiseerde zorg.<sup>15</sup> Bij respectievelijk meer dan 20 % en 10 % van de patiënten wordt trombolysie of mechanische trombectomie toegepast, waardoor Oostenrijk tot de best presterende landen van Europa behoort.<sup>16</sup>

## 6. Revalidatie en nazorg

### 6.1. Nazorgtraject

Het herstel na een beroerte hangt in grote mate af van de kwaliteit van de revalidatie en de nazorg, maar ook hierover is er in België door een gebrek aan systematische registratie nauwelijks inzicht. Daardoor blijft onduidelijk welke patiënten tijdig en adequaat revalidatie opstarten, welke verdere ondersteuning zij krijgen en waar vertragingen of ongelijkheden ontstaan.

Daarnaast zijn verschillende essentiële schakels in het revalidatie- en nazorgtraject vandaag niet structureel verankerd. Zo wordt vroege revalidatie in de stroke-unit, waarvan bewezen is dat ze complicaties vermindert en de functionele uitkomst verbetert, in België niet systematisch toegepast of opgevolgd. Ook *Early Supported Discharge* (ESD), waarbij patiënten sneller naar huis kunnen met intensieve, multidisciplinaire begeleiding, is slechts beperkt uitgerold, waardoor veel patiënten terugvallen op minder gespecialiseerde of versnipperde zorg.

de manière équilibrée sur l'ensemble du territoire, les patients victimes d'un AVC bénéficient sur l'ensemble du territoire d'un accès rapide à des soins spécialisés de proximité.<sup>13</sup> Ainsi, en 2018, le délai national "door-to-needle" est tombé à 28 minutes, avec près d'un quart des centres passant même sous les 20 minutes.<sup>14</sup>

L'Autriche illustre également comment un registre des AVC inscrit dans la loi peut constituer le moteur d'un système performant. Le pays a associé l'introduction d'un registre obligatoire à la mise en place d'un réseau dense de 39 unités neurovasculaires, permettant ainsi à tous les habitants d'accéder à des soins spécialisés en moins de 45 minutes.<sup>15</sup> La thrombolysie et la thrombectomie mécanique sont pratiquées respectivement chez plus de 20 % et 10 % des patients, ce qui place l'Autriche parmi les pays les plus performants d'Europe.<sup>16</sup>

## 6. Revalidation et soins de suivi

### 6.1. Parcours de soins de suivi

La récupération après un AVC dépend dans une large mesure de la qualité de la revalidation et des soins de suivi, mais là encore, en Belgique, on manque cruellement d'informations à ce sujet en raison de l'absence d'enregistrement systématique. Il est donc difficile de savoir quels patients bénéficient en temps utile d'une revalidation adéquate et d'un accompagnement ultérieur, et où se situent les retards ou les inégalités.

Par ailleurs, plusieurs maillons essentiels du parcours de revalidation et de soins de suivi ne sont aujourd'hui pas intégrés structurellement. Ainsi, la revalidation précoce en unité neurovasculaire, dont il est prouvé qu'elle réduit les complications et améliore les résultats fonctionnels, n'est pas systématiquement mise en œuvre, ni suivie en Belgique. De même, le programme "sortie précoce soutenue" ("*Early Supported Discharge*" – ESD), qui permet aux patients de rentrer plus rapidement chez eux tout en bénéficiant d'un accompagnement intensif et multidisciplinaire, n'est déployé que de manière limitée, ce qui oblige de nombreux patients à se tourner vers des soins moins spécialisés ou dispersés.

<sup>13</sup> L. BRYNDOVA et al., "Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: The establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes," *Health Policy*, Vol. 125 nr. 4, 30 januari 2021, pp. 521-524.

<sup>14</sup> M. HARSANY et al., "One-Stop Management to Initiate Thrombolytic Treatment on the Computed Tomography Table: Adoption and Results," *Journal of Stroke*, Vol. 23 nr. 3, september 2023, pp. 437-438.

<sup>15</sup> J. FERRARI et al., "Experience from Today for the Stroke Care of the Future," *CNS*, Vol. 4 nr. 1, juli 2018, p. 85.

<sup>16</sup> J. FERRARI et al., p. 86.

<sup>13</sup> L. BRYNDOVA et al., "Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: The establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes," *Health Policy*, Vol. 125, n° 4, 30 janvier 2021, pp. 521-524.

<sup>14</sup> M. HARSANY et al., "One-Stop Management to Initiate Thrombolytic Treatment on the Computed Tomography Table: Adoption and Results," *Journal of Stroke*, Vol. 23, n° 3, septembre 2023, pp. 437-438.

<sup>15</sup> J. FERRARI et al., "Experience from Today for the Stroke Care of the Future," *CNS*, Vol. 4, n° 1, juillet 2018, p. 85.

<sup>16</sup> J. FERRARI et al., p. 86.

Verder ontbreekt bij ontslag een persoonlijk revalidatie- en transitieplan dat behandeldoelen, doorverwijzingen en het verdere traject na ziekenhuisopname helder vastlegt. In buurlanden en Scandinavische landen is dit al jaren standaardpraktijk om zorgcontinuïteit te garanderen, maar in België riskeren patiënten en mantelzorgers te verdwalen in een onoverzichtelijk zorglandschap. Ook een structurele opvolgconsultatie tussen drie en zes maanden na de beroerte – nochtans cruciaal voor het tijdig opsporen van complicaties en het voorkomen van nieuwe beroertes – is niet ingebed in het huidige systeem.

Oostenrijk implementeerde al in 2010 een gestructureerd nazorgmodel dat systematisch aan elke beroertepatiënt wordt aangeboden. Met de zogeheten *Stroke Card* krijgt elke patiënt een gestandaardiseerde opvolgconsultatie drie maanden na ontslag, gecombineerd met een uitgebreide multidisciplinaire evaluatie, systematische screening op veelvoorkomende complicaties, optimalisatie van medicatie en secundaire preventie en een helder persoonlijk opvolgdossier dat zorgverleners en mantelzorgers ondersteunt.<sup>17</sup>

Ook België zou een vergelijkbaar gestandaardiseerd nazorgtraject moeten invoeren. Dat traject moet voorzien in: minimaal één opvolgconsultatie tussen drie en zes maanden na ontslag, de structurele verankering van *Early Supported Discharge*-teams en een persoonlijk revalidatie- en transitieplan bij ontslag of minstens een verplichte uniforme ontslagbrief. Voor de implementatie van deze interprofessionele nazorgcomponenten zal evenwel een passend financieringskader moeten worden voorzien, bijvoorbeeld via een specifieke conventie. Op die manier verdwijnt geen enkele patiënt uit beeld en wordt de continuïteit en de kwaliteit van de zorg in elke fase van het hersteltraject verzekerd.

## 6.2. Rijgeschiktheid

Ook de problematiek van rijgeschiktheid verdient bijzondere aandacht binnen het nazorgtraject. Op basis van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs wordt elke patiënt die een beroerte heeft doorgemaakt vandaag automatisch gedurende minstens zes maanden rijgeschikt verklaard. Er zijn

<sup>17</sup> P. Willeit et. al., "STROKE-CARD care to prevent cardiovascular events and improve quality of life after acute ischaemic stroke or TIA: A randomised clinical trial," *EClinicalMedicine*, Vol. 25, 28 juli 2020, pp. 1-10.  
L. BRYNDOVA et al., "Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: The establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes," *Health Policy*, Vol. 125 nr. 4, 30 januari 2021, pp. 521-524.

De plus, après la sortie de l'hôpital, il manque un plan personnalisé de révalidation et de transition qui fixe clairement les objectifs thérapeutiques, les renvois vers d'autres services ou médecins et la suite du parcours post-hospitalisation. Nos voisins et les pays scandinaves appliquent systématiquement cette pratique depuis des années et garantissent ainsi la continuité des soins, mais en Belgique, les patients et les aidants proches risquent de se perdre dans un paysage de soins inextricable. Le système actuel n'intègre pas non plus de consultation de suivi structurelle entre trois et six mois après l'AVC, pourtant cruciale pour dépister à temps les complications et prévenir de nouveaux AVC.

L'Autriche a mis en place dès 2010 un modèle de suivi structuré qui est systématiquement proposé à chaque patient victime d'un AVC. Grâce à la *Stroke Card*, chaque patient bénéficie d'une consultation de suivi standardisée trois mois après sa sortie de l'hôpital, associée à une évaluation multidisciplinaire approfondie, à un dépistage systématique des complications les plus fréquentes, à l'optimisation du traitement médicamenteux et de la prévention secondaire, ainsi qu'à un dossier de suivi personnel clair très précieux pour les prestataires de soins et les aidants proches.<sup>17</sup>

La Belgique devrait également mettre en place un tel parcours de suivi standardisé, qui devrait prévoir au minimum une consultation de suivi entre trois et six mois après la sortie de l'hôpital, l'ancrage structurel d'équipes de "sortie précoce soutenue" et, au moment de la sortie, un plan personnalisé de révalidation et de transition ou, à tout le moins, une lettre de sortie uniforme obligatoire. La mise en œuvre de ces composantes interprofessionnelles de suivi nécessitera toutefois l'adoption d'un cadre de financement adapté, par exemple au moyen d'une convention spécifique. De cette manière, aucun patient ne disparaîtra des radars et la continuité ainsi que la qualité des soins seront garanties à chaque étape du parcours de rétablissement.

## 6.2. Inaptitude à la conduite

La question de l'aptitude à la conduite mérite également une attention particulière dans le cadre du suivi post-AVC. En vertu de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, tout patient ayant subi un AVC est aujourd'hui automatiquement déclaré inapte à la conduite pendant au moins six mois. Aucune exception

<sup>17</sup> P. Willeit et. al., "STROKE-CARD care to prevent cardiovascular events and improve quality of life after acute ischaemic stroke or TIA: A randomised clinical trial", *EClinicalMedicine*, Vol. 25, 28 juillet 2020, pp. 1-10.  
L. BRYNDOVA et al., "Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: The establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes", *Health Policy*, Vol. 125, nr° 4, 30 janvier 2021, pp. 521-524.

geen uitzonderingen voorzien voor personen die kort na de beroerte geen neurologische tekorten meer vertonen die de rijvaardigheid in het gedrang brengen.

Deze uniforme wachttijd strookt niet langer met de huidige medische kennis en wijkt af van de praktijk in andere Europese landen. Zo geldt in Nederland bijvoorbeeld een minimaal rijverbod van twee weken.<sup>18</sup> De huidige regeling leidt ertoe dat patiënten zonder invaliderende restletsels onnodig worden beperkt in hun mobiliteit en werkhervatting, wat aanzienlijke maatschappelijke kosten veroorzaakt (langdurige werkonbekwaamheid, productiviteitsverlies).

Een hervorming naar een meer geïndividualiseerde beoordeling, gebaseerd op een gespecialiseerde medische evaluatie in plaats van een uniforme wachttijd, dringt zich dan ook op. Een dergelijke aanpak zou rechtvaardiger en evenwichtiger zijn voor patiënten, zorgverleners en de samenleving als geheel.

Nawal Farih (cd&v)  
 Nathalie Muylle (cd&v)  
 Els Van Hoof (cd&v)  
 Phaedra Van Keymolen (cd&v)  
 Sammy Mahdi (cd&v)  
 Leentje Grillaert (cd&v)  
 Franky Demon (cd&v)  
 Koen Van den Heuvel (cd&v)

n'est prévue pour les personnes qui, peu après l'AVC, ne présentent plus de déficits neurologiques susceptibles de compromettre leur aptitude à la conduite.

Ce délai d'attente uniforme n'est plus en phase avec les connaissances médicales actuelles et s'écarte de la pratique en vigueur dans d'autres pays européens. Aux Pays-Bas, par exemple, une interdiction de conduire d'une durée minimale de deux semaines s'applique.<sup>18</sup> Le régime actuel a pour conséquence que les patients qui ne présentent pas de séquelles invalidantes sont inutilement limités dans leur mobilité et leur reprise du travail, ce qui engendre des coûts sociétaux considérables (incapacité de travail de longue durée, perte de productivité).

Il s'impose donc de réformer le système de manière à instaurer une évaluation plus individualisée, fondée sur un examen médical spécialisé plutôt que sur un délai d'attente uniforme. Une telle approche serait plus juste et plus équilibrée pour les patients, les prestataires de soins et la société dans son ensemble.

<sup>18</sup> CBR – Regeling eisen geschiktheid 2000 (Nederland).

<sup>18</sup> CBR – Regeling eisen geschiktheid 2000 (Pays-Bas).

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat in België elk jaar ongeveer 29.000 mensen worden getroffen door een beroerte;

B. overwegende dat ruim 140.000 Belgen leven met de gevolgen van een beroerte, waardoor beroertes de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij volwassenen vormen;

C. overwegende dat de maatschappelijke en economische impact van beroertes bijzonder hoog is;

D. overwegende dat het aantal beroertes de komende jaren zal blijven toenemen door vergrijzing en een stijging van risicofactoren zoals hypertensie, diabetes en obesitas;

E. overwegende dat onmiddellijke toegang tot gespecialiseerde beroertezorg in een stroke-unit van essentieel belang is voor de overlevingskansen en het functioneel herstel na een beroerte;

F. overwegende dat België op dit moment niet over een nationaal beroerteplan beschikt;

G. overwegende dat de implementatie van een nationaal beroerteplan de fundering vormt voor een gestructureerde aanpak met meetbare gezondheidswinsten en lagere zorgkosten op lange termijn;

H. overwegende dat België op dit moment niet over een nationaal beroerteregister beschikt;

I. overwegende dat het in België door gebrekkige dataregistratie en een gebrek aan betrouwbare nationale data niet mogelijk is om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de beroertezorg systematisch te monitoren, regionale verschillen te detecteren en gerichte verbeteracties uit te voeren;

J. overwegende dat België evenmin beschikt over volledige gegevens over revalidatie- en nazorgtrajecten, waardoor lacunes in herstel en opvolging onvoldoende kunnen worden gedetecteerd en aangepakt;

K. overwegende dat sterke internationale voorbeelden zoals Denemarken, Tsjechië en Oostenrijk aantonen dat een nationaal beroerteplan, een wettelijk verankerd register en gestandaardiseerde opvolging leiden

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant qu'en Belgique, environ 29.000 personnes sont victimes d'un AVC chaque année;

B. considérant que plus de 140.000 Belges vivent avec les séquelles d'un AVC, ce qui en fait la principale cause d'invalidité chez l'adulte;

C. considérant que l'incidence sociétale et économique des AVC est particulièrement élevée;

D. considérant que le nombre d'AVC continuera d'augmenter dans les années à venir en raison du vieillissement de la population et de la hausse de facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète et l'obésité;

E. considérant que l'accès immédiat à des soins spécialisés en unité neurovasculaire est essentiel pour les chances de survie et le rétablissement fonctionnel après un AVC;

F. considérant qu'à l'heure actuelle, la Belgique ne dispose d'aucun plan national AVC;

G. considérant que la mise en œuvre d'un plan national AVC constitue le fondement d'une approche structurée permettant des gains de santé mesurables et une réduction à long terme des coûts de soins de santé;

H. considérant que la Belgique ne dispose actuellement pas d'un registre national des AVC;

I. considérant qu'en Belgique, en raison d'un enregistrement insuffisant des données et d'un manque de données nationales fiables, il n'est pas possible d'évaluer systématiquement l'accessibilité et la qualité de la prise en charge de l'AVC, de détecter les disparités régionales et de mettre en œuvre des actions d'amélioration ciblées;

J. considérant que la Belgique ne dispose pas non plus de données complètes sur les parcours de réhabilitation et de suivi, ce qui empêche de détecter et de combler de manière adéquate les lacunes en matière de rétablissement et de suivi;

K. considérant que des exemples internationaux probants, tels que le Danemark, la République tchèque et l'Autriche, prouvent qu'un plan national AVC, un registre inscrit dans la loi et un suivi standardisé conduisent à

tot betere zorgkwaliteit, kortere doorlooptijden, minder complicaties en meer overlevingskansen;

L. overwegende dat de revalidatie- en nazorgfase in België onvoldoende gestructureerd en niet uniform georganiseerd is;

M. overwegende dat een gestandaardiseerd nazorgtraject, zoals de Oostenrijkse *Stroke Card*, aantoonbaar leidt tot betere uitkomsten, minder complicaties en een lager risico op herhal,

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. in overleg met de deelstaten en de betrokken stakeholders een nationaal beroerteplan op te stellen, dat de volledige zorgketen beschrijft van primaire preventie en acute zorg tot revalidatie en nazorg;

2. dit plan uiterlijk tegen 2027 te implementeren, met een vijfjaarlijkse evaluatie en actualisatie op basis van objectieve resultaten en wetenschappelijke evidentie;

3. een verplicht nationaal beroerteregister op te richten, met automatische en gestandaardiseerde dataverzameling op patiënteniveau, teneinde de kwaliteit, toegankelijkheid en uitkomst van de Belgische beroertezorg systematisch te kunnen opvolgen en verbeteren;

4. in overleg met de deelstaten sensibiliseringsprogramma's te ontwikkelen rond tijdige herkenning van signalen van beroertes en het belang van snelle toegang tot de noodzakelijke diagnostische onderzoeken bij een vermoeden van een beroerte;

5. de organisatie van de prehospitalaire fase te versterken, onder meer door de invoering van een uniform prenotificatiesysteem waarbij ziekenhuizen tijdig worden geïnformeerd over de komst van patiënten met een vermoeden van een beroerte;

6. regionale verschillen in toegang tot acute beroertezorg actief op te volgen en weg te werken, in het bijzonder inzake aanrijtijden, toegang tot stroke-units, essentiële diagnostiek, intraveneuze trombolysie (IVT) en endovasculaire trombectomie (EVT), zodat alle beroertepatiënten, ongeacht woonplaats of socio-economische status, tijdig toegang hebben tot kwaliteitsvolle gespecialiseerde beroertezorg;

une meilleure qualité des soins, à des délais de prise en charge plus courts, à une réduction des complications et à de meilleures chances de survie;

L. considérant qu'en Belgique, la phase de réhabilitation et de suivi n'est pas suffisamment structurée, ni organisée de manière uniforme;

M. considérant qu'un parcours de suivi standardisé, tel que la *Stroke Card* autrichienne, conduit manifestement à de meilleurs résultats, à moins de complications et à un risque moindre de récurrence,

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'établir, en concertation avec les entités fédérées et les parties prenantes concernées, un plan national AVC décrivant l'ensemble de la chaîne de soins, depuis la prévention primaire et les soins aigus jusqu'à la réhabilitation et aux soins de suivi;

2. de mettre ce plan en œuvre pour 2027 au plus tard, avec une évaluation et une actualisation quinquennales sur la base de résultats objectifs et de données scientifiques probantes;

3. de créer un registre national des AVC obligatoire, assorti d'une collecte de données automatique et standardisée au niveau des patients, afin de pouvoir suivre et améliorer systématiquement la qualité, l'accessibilité et les résultats de la prise en charge des AVC en Belgique;

4. de développer, en concertation avec les entités fédérées, des programmes de sensibilisation à la reconnaissance précoce des signaux d'AVC et à l'importance d'un accès rapide aux examens diagnostiques nécessaires en cas de suspicion d'AVC;

5. de renforcer l'organisation de la phase préhospitalière, notamment par l'instauration d'un système uniforme de prénotification permettant d'informer à temps les hôpitaux de l'arrivée de patients présentant une suspicion d'AVC;

6. de suivre activement et d'éliminer les disparités régionales en matière d'accès aux soins en cas d'AVC aigu, en particulier en ce qui concerne les délais d'intervention, l'accès aux unités neurovasculaires, les diagnostics essentiels, la thrombolysie intraveineuse (TIV) et la thrombectomie endovasculaire (TEV), afin que tous les patients victimes d'un AVC, quels que soient leur lieu de résidence ou leur statut socioéconomique, aient accès en temps utile à des soins spécialisés de qualité en matière d'AVC;

7. de implementatie van de essentiële diagnostische onderzoeken in de acute fase te versterken;

8. te onderzoeken hoe innovatieve zorgmodellen, zoals *Mobile Stroke Units* (gespecialiseerde ambulances uitgerust met een team van beroertezorgprofessionals en geavanceerde technologieën zoals CT-beeldvorming) of “one-step stroke”-programma’s kunnen bijdragen aan een snellere diagnose en behandeling van beroertepatiënten in België.

9. een duidelijk kader vast te leggen voor vroege multidisciplinaire revalidatie in de acute fase (stroke-unit), zodat revalidatie systematisch en tijdig kan worden opgestart;

10. een nazorgtraject voor beroertepatiënten te installeren, met minstens een verplichte opvolgconsultatie tussen drie en zes maanden na ontslag, een persoonlijk revalidatie- en transitieplan en de structurele verankering van *Early Supported Discharge*-teams;

11. de regelgeving inzake rijgeschiktheid na een beroerte, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, te evalueren en aan te passen in het licht van de huidige medische inzichten, de Europese regelgeving en de praktijk in onze buurlanden, met het oog op een meer geïndividualiseerde beoordeling van de rijgeschiktheid.

13 april 2026

Nawal Farih (cd&v)  
 Nathalie Muylle (cd&v)  
 Els Van Hoof (cd&v)  
 Phaedra Van Keymolen (cd&v)  
 Sammy Mahdi (cd&v)  
 Leentje Grillaert (cd&v)  
 Franky Demon (cd&v)  
 Koen Van den Heuvel (cd&v)

7. de renforcer la mise en œuvre des examens diagnostiques essentiels en phase aiguë;

8. d’examiner comment des modèles de soins innovants, tels que les unités neurovasculaires mobiles (ambulances spécialisées dotées d’une équipe de professionnels de la prise en charge des AVC et de technologies de pointe comme l’imagerie CT (ou imagerie par tomodensitométrie)) ou les programmes “one-step stroke”, peuvent contribuer à accélérer le diagnostic et le traitement des patients victimes d’un AVC en Belgique;

9. de fixer un cadre clair pour la révalidation multidisciplinaire précoce en phase aiguë (unité neurovasculaire), de sorte que la révalidation puisse débuter de manière systématique et suffisamment tôt;

10. de mettre en place un parcours de soins de suivi pour les patients victimes d’un AVC, comprenant au moins une consultation de suivi obligatoire entre trois et six mois après la sortie de l’hôpital, un programme de révalidation et de transition personnalisé et l’ancrage structurel d’équipes de sortie précoce soutenue (*Early Supported Discharge*-teams);

11. d’évaluer et de réviser la réglementation relative à l’aptitude à la conduite après un AVC, telle que prévue par l’arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, à la lumière des connaissances médicales actuelles, de la réglementation européenne et des pratiques en vigueur dans les pays voisins, en vue d’une évaluation plus individualisée de l’aptitude à la conduite.

13 avril 2026