

# Beleidsaanbevelingen van de Coalitie tegen Virale Hepatitis

JULI 2024

## WIE ZIJN WE?

De *Coalitie tegen Virale Hepatitis* bestaat uit meer dan 20 Belgische gezondheidsexperts en -organisaties, artsen en verpleegkundigen uit (universitaire) ziekenhuizen, en gezondheidsorganisaties. Aanvankelijk opgericht in 2020 om hepatitis C te bestrijden, besliste de Coalitie begin dit jaar haar werkkerrein uit te breiden naar de strijd tegen alle virale hepatitis, inclusief hepatitis B (HBV) en hepatitis D (Delta).

## WAT IS ONZE DOELSTELLING?

Virale hepatitis is tegen 2030 een ziekte uit het verleden. Dat is alleszins wat ons land, samen met alle EU-lidstaten, in 2016 beloofde aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). **Maar bijna 10 jaar na datum zijn er in ons land onvoldoende stappen gezet richting de eliminatie van virale hepatitis. België behoort nog steeds tot de groep landen die de rode lantaarn draagt. We gaan de laatste legislatuur in om de eliminatiedoelstelling te behalen, en er is een heuse inhaalbeweging nodig.**

## WAT IS VIRALE HEPATITIS?

**Virale hepatitis is niet zo onschuldig.** Volgens schattingen van de WHO sterft er elke 30 seconden iemand ter wereld aan een hepatitisgerelateerde ziekte. Elk jaar is **hepatitis C** in België verantwoordelijk voor bijna 18.000 actieve infecties en ongeveer 300 sterfgevallen. Om hepatitis C uit te roeien, zouden we in België elk jaar minstens 1.200 patiënten moeten behandelen en daar zijn we nog ver van verwijderd. In 2022 veroorzaakte **hepatitis B** ongeveer 1,1 miljoen sterfgevallen, voornamelijk door levercirrose of leverkanker. Deze potentieel ernstige en dodelijke infecties kunnen echter worden voorkomen: er bestaan antivirale behandelingen voor hepatitis C, die de ziekte in 2 of 3 maanden genezen. Voor hepatitis B zijn veilige en effectieve vaccins beschikbaar om de ziekte te voorkomen.

## DE NIEUWE LEGISLATUUR IS DE LAATSTE OM DE WHO-DOELSTELLING TE HALEN

**Om de besmettingsketen eindelijk te doorbreken én om de veiligheids- en gezondheidswerkers te beschermen die dagelijks in aanraking komen met de kwetsbare mensen die een hoger risico lopen op virale hepatitis, formuleert de Belgische Coalitie tegen Virale Hepatitis – budgetneutrale – beleidsdoelstellingen voor een interfederaal plan.**

De uitdaging ligt in het identificeren, screenen en juist behandelen van geïnfecteerde mensen, die zich voornamelijk bevinden in kwetsbare groepen; terugkerende of incidentele drugsgebruikers, gevangenen en migranten. **Dat vereist een inspanning van vele actoren, in het beleid en op het terrein. Maar het is mogelijk.**

Daarom vragen wij;

- **Dat de prioriteit die toekomstige regeringen geven aan de uitroeiing van virale hepatitis erkend wordt in regeringsverklaringen op alle niveaus.**
- **Een interfederaal plan dat actie op alle niveaus mogelijk maakt. Dit interfederaal plan is budgetneutraal en is essentieel om een meer gecoördineerde aanpak tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus en de betrokken actoren te garanderen.**

## INTERFEDERAAL PLAN VOOR EEN HEPATITISVRIJ BELGIË

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste stappen die gezet moeten worden om virale hepatitis in België te elimineren. Deze beleidsdoelstellingen zijn een aanvulling op de [policy paper van de coalitie](#).

### 1. GEDETINEERDEN, EEN BIJZONDER KWETSBARE DOELGROEP

**Het gevangenis milieu is een cruciale en bijzonder kwetsbare doelgroep in de strijd tegen virale hepatitis.** Volgens verschillende bronnen komt hepatitis C nog steeds bijna 7 keer meer voor in gevangenen dan daarbuiten. Uit onderzoek van Sciensano gepubliceerd in 2021 blijkt dat 5% van de Belgische gedetineerden besmet is met HCV. **Om het doel van eliminatie te bereiken, moeten we elk jaar minimaal 70 patiënten in gevangenen vinden en behandelen.**

*België is tot vandaag herhaaldelijk veroordeeld door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wegens het niet garanderen van het beginsel van gelijkwaardigheid van zorg, niet in het minst omdat er in de gevangenen niet voldoende medisch personeel beschikbaar is. De leden van de Coalitie werken al intensief in en met gevangenen, maar worden helaas dagelijks geconfronteerd met problemen die een verbetering van de gezondheidssituatie in gevangenen in de weg staan. De behandeling is echter beschikbaar en 97% tot 98% van de patiënten kan binnen 8 - 12 weken genezen worden.*

Daarom stelt de Coalitie volgende acties voor;

- 1) **Alle gedetineerden zouden toegang moeten hebben tot screening en behandeling voor virale hepatitis, ongeacht hun status (mensen in voorhechtenis én gedetineerden).** Momenteel worden mensen niet behandeld als de vermoedelijke duur van hun verblijf in de gevangenis korter is dan de duur van de behandeling (8 - 12 weken), waardoor mensen in voorarrest de facto worden uitgesloten. Daarmee wordt de besmettingsketen niet doorbroken, zowel voor besmettingen binnen de muren als eens de persoon de gevangenis verlaat. Daarbovenop is dit protocol in strijd met het principe van gelijkwaardige zorg, zoals bevestigd door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (*arrest Kudla tegen Polen*). De FOD Justitie schrijft op haar website dat gedetineerden dezelfde zorg moeten krijgen als wanneer ze vrij zouden zijn. **Wij eisen dat alle mensen in de gevangenis op dezelfde manier worden behandeld, ongeacht hun juridische status.**
- 2) **Zorgverleners zijn niet in staat om hun ethische code naar behoren na te leven omdat ze beperkt zijn in hun screening- en behandelingsmogelijkheden.** Tijdens de vorige legislatuur werd een belangrijke stap voorwaarts gezet met de goedkeuring van het Koninklijk Besluit over de demedicalisering van snelle HCV-screeningstests. Het doel van het KB is om niet-medische werknemers in staat te stellen een snelle screening op hepatitis C te ondergaan. Dit maakt het mogelijk om de ziekte sneller te voorkomen én te genezen. **We moeten een snelle en veilige screening aanmoedigen, net zoals we dat doen voor bv. tuberculose en HIV.**

- 3) **De overdracht van bevoegdheden van het Ministerie van Justitie naar het Ministerie van Volksgezondheid met betrekking tot zorg binnen de gevangensmuren verloopt traag.** De Coalitie vindt het onbegrijpelijk dat de zorg voor gevangenen niet onder toezicht staat van de Minister van Volksgezondheid. Zonder een degelijke hervorming zullen gevangenen tussen de mazen van het zorgnet blijven vallen. **We roepen de toekomstige ministers van Justitie en Volksgezondheid op om samen te werken om deze overeengekomen overdracht te versnellen door het vaststellen van een strakke tijdslijn en de middelen om deze te bereiken binnen de nieuwe legislatuur.**
- 4) **Het bewaken van de zorgcontinuïteit is cruciaal voor een systematische aanpak van het probleem, die de silo's overstijgt.** Daarom moet het individu holistisch benaderd worden, wat een afstemming van alle partners vereist, zowel binnen als buiten de gevangensmuren (continuïteit van medische dossiers tijdens overplaatsingen tussen gevangensmuren en bij vrijlating). Een geïnfecteerde persoon kan in 8 - 12 weken genezen worden, maar de behandeling moet wel afgerond worden. Een betere opvolging zal kostenbesparend werken (medicatie die niet verloren gaat, behandelingen die volledig worden uitgevoerd, ...). Dit kan door goede samenwerkingsakkoorden tussen gevangensmuren en de nabijgelegen ziekenhuizen en door het inzetten van mobiele teams.
- 5) **Preventie door sensibilisering en goede screening van mensen in detentie is essentieel.** De specifieke omstandigheden in gevangensmuren zijn uitdagend, denk maar aan taalproblemen, tijdgebrek (consulten duren vaak maar 2 tot 5 minuten) en de beperkte financiële middelen. Daarnaast kleeft er een stigma aan de ziekte, waardoor gedetineerden een drempel ervaren om zich te laten screenen. Systematische screening, zoals voor tuberculose, en het afnemen van een gezamenlijke anamnese dmv. een vragenlijst garandeert een betere consistentie en opvolging van de behandeling. Gedetineerden zijn daarnaast vaak bang dat de screening op virale hepatitis hun intraveneuze drugsgebruik zal onthullen of zelfs hun verblijfsstatus zal onthullen (en daardoor hun uitzetting zal versnellen). Ook hier moet actief op gesensibiliseerd worden, voornamelijk te starten bij het opleiden van het gevangenispersoneel – die hier vragende partij voor is.

## 2. MENSEN DIE INTRAVENEZE DRUG GEBRUIKEN, EEN PRIORITEIT VOOR RISICOREDUCTIE

*Mensen die regelmatig of sporadisch intraveneus drugs injecteren (PWID) vormen een andere doelgroep die kwetsbaar is voor Virale Hepatitis (voornamelijk HCV). Bij occasioneel en chronisch injecterende mensen die drugs gebruiken zien we een hoger aantal besmettingen én verspreidt het virus zich sneller. 30% van de 10.000 injecterende druggebruikers zou HCV-positief zijn. **Als we erin slagen jaarlijks minstens 12,5% van de HCV-geïnfecteerde PWID-populatie te behandelen, dat zijn 370 patiënten, zal de HCV-prevalentie onder mensen die injecteren dalen met maar liefst 99%.***

### **Daarom stelt de Coalitie volgende initiatieven voor;**

1. Het delen van spuiten en andere materialen verhoogt het risico op overdracht van het virus, en de incidentie van HCV is 4 keer hoger onder mensen die injecteren zonder dat ze worden gecontroleerd door risicobeperkende programma's, bijvoorbeeld door middel van Low-Risk Drug Use Rooms (LRDU's). Onderzoek leert namelijk dat het risicogedrag niet verandert wanneer mensen weten dat ze besmet zijn met virale hepatitis. Uit studies en best practices in het buitenland blijkt dat investeren in zgn. **'schadebeperkingsprogramma's' (methadondistributie/ buprenorfine, spuitenruil, ...)** de meest effectieve manier van preventie is. Daarvoor is het nodig om de risicogroep uit de marge te halen en beleidsmatig de taboesfeer weg te werken. Dit

kan door in te zetten op preventie-initiatieven en structureel lerend netwerk tussen huisartsennetwerken, verslavingscentra, MSOC (Medische Sociale OpvangCentra) en MASS (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire). Het “Jaarplan 2021” van de GIG werking (Gezondheids promotie bij Injecterend Gebruik) “Voorkomen en beperken van gezondheidsschade bij intraveneuze druggebruikers” kan hierbij als inspiratie dienen.

2. Screening lijkt wel de zwakste schakel in de HCV-zorgketen in ons land, met minder dan 50% van de patiënten die gediagnosticeerd worden. **Er zouden vanuit de drughulpverleningscentra specifieke outreach teams moeten opgezet worden die systematische tests uitvoeren.** De mogelijkheid om de vingerpriktests uit te voeren door niet-medische beroepen, zoals maatschappelijk werkers en peersupporters is cruciaal. Het nieuwe KB dat hiervoor werd aangepast, is een uitstekend vertrekpunt. De volgende stap is om deze effectief op het terrein uit te rollen door Het Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaanderen), AVIQ (Wallonië) en IRISCARE (Brussels). Dit alles kan ook kostenefficiënter, met een mogelijke kostenbesparing van €10 miljoen aan de hand van een federale openbare aanbesteding door het RIZIV.
3. Screening moet ten alle tijde gekoppeld worden aan **behandeling**. De behandeling met DAA (direct-acting antiviral) medicatie leidt in meer dan 95% van de gevallen tot genezing van de patiënt. Wetenschappelijk is ook aangetoond dat snel ingrijpen nodig is om de besmettingsketen te doorbreken én dus kostenefficiënt is. Daarom zouden infecties van minder dan 6 maanden in aanmerking moeten komen voor behandeling. De interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten-Preventie van de interministeriële conferentie Volksgezondheid is hier een belangrijke radar.

### 3. EEN EENGEMAAKTE AANPAK VOOR ALLE MIGRANTEN

**32% van de geschatte prevalentie populatie zijn niet-EU migranten, met een HCV-seroprevalentie die tot 10 keer hoger kan liggen dan die van de autochtone bevolking. Jaarlijks moeten 690 niet-EU migranten en 45 mensen die in asielcentra verblijven behandeld worden om de eliminatiedoelstelling te halen.** De kost om deze patiënten te behandelen werd al voorzien in het RIZIV-budget. Asielzoekers hebben recht op de betaling of terugbetaling van de medische kosten. We zien echter dat vandaag de gezondheidszorg niet voor alle asielzoekers gelijk is.

Asielzoekers moeten het recht hebben op materiële hulp en gelijke toegang tot gezondheidszorg om een menswaardig leven te kunnen leiden, de Verklaring van New York in het achterhoofd gehouden. Daarvoor moet er vereenvoudiging komen van de huidige zorgorganisaties voor asielzoekers door de **integratie van alle asielzoekers in één globaal zorgsysteem met een duidelijke politieke bevoegdheid, ongeacht hun statuut, verblijfplaats en medische toestand.** Dit ondersteunt de huidige politieke wil om de verschillende bevolkingscategorïen zo veel mogelijk in de verplichte ziekteverzekering op te nemen en de uniformiteit van de dekking te vergroten. Want wanneer mensen zonder legaal verblijf dezelfde medische dekking ontvangen als de reguliere inwoners, daalt de totale kosten voor de maatschappij. Een centrale organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers en daaraan gekoppeld een verplichte ziekteverzekering is de meest effectieve oplossing.

**Daarom stelt de Coalitie volgende stappen voor;**

1. **De ongelijke toegang tot zorg voor asielzoekers moet aangepakt worden, door een geharmoniseerde zorg op te nemen in de reguliere ziekteverzekering.** Hoewel de organisatie van de gezondheidszorg voor het grootste deel in handen is van Fedasil, verschillende modaliteiten en de dekking naargelang de opvangstructuur. De gezondheidszorg is dus niet voor alle asielzoekers gelijk. De invulling is afhankelijk van hoe je medische zorg krijgt en welke instantie de zorg betaalt. Het nieuwe

vademecum van Fedasil dient niet alleen in Nederlandstalig België geïmplementeerd te worden, maar ook voor Brussel en de Franstalige gemeenschap én voor de centra die niet met Fedasil verbonden zijn. Het opstellen van de juiste protocollen voor screening en behandeling is hier de eerste cruciale stap.

2. **Vandaag worden in opvangcentra patiënten behandeld met ernstige fibrose (F3) of cirrose (F4). Dit ondanks het terugbetalingsbeleid** van het RIZIV, dat sinds 2019 ook de behandeling voor **alle vormen van fibrose vergoedt**. Het rechtskader van de opvangwet bepaalt dat alle asielzoekers recht hebben op medische ondersteuning die nodig is om een menswaardig leven te leiden. Hieronder valt elke behandeling die onder de RIZIV-nomenclatuur wordt vermeld. Dit werd dan ook officieel opgenomen in het vademecum van Fedasil dat werd opgestuurd naar alle opvangcentra. Het is echter duidelijk dat de implementatie van deze richtlijnen nog steeds traag en moeilijk verloopt.
3. **Zorgverleners moeten betere toegang hebben tot opleidingen.** De bestaande initiatieven zoals online training voor huisartsen door Fedasil in samenwerking met Domus Medica en SSMG moeten worden voortgezet en uitgebreid m.b.t. screening, doorverwijzing en behandeling, prevalentiecijfers, ... Een gerichte en geaccrediteerde e-learning module dient uitgewerkt en beschikbaar gemaakt worden.
4. Nu alle fibrosestadia in aanmerking komen voor behandeling **zou het moeten volstaan om de aanwezigheid van een infectie aan te kunnen tonen**, in plaats van twee verschillende niet-invasieve methoden (een elastografie en test naar specifieke biologische markers in het bloed) te moeten gebruiken om fibrose te evalueren (zoals vandaag nog het geval is).

#### 4. HET VERGROOTGLAS OP HEPATITIS B

**De laatste twee jaar steeg het aantal sterfgevallen door besmetting met hepatitis wereldwijd. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zou 83% van deze stijging te wijten zijn aan het hepatitis B-virus.** Hoewel er voor België geen exacte schattingen zijn over de totale prevalentie van HBV, gaf het laatste surveillance rapport van Sciensano aan dat er in 2018, 2.116 nieuwe gevallen van actieve infecties werden gemeld. Dit werd het meeste vastgesteld binnen de leeftijdsgroep 25-44 jaar, in 53% van de gevallen. Belangrijk initiatieven ten spijt, zoals de gratis anonieme vaccinatie bij Violet, Boysproject en Accueil, zien we nog steeds een **belangrijke prevalentie bij bepaalde risicogroepen die nog te vaak door de mazen van het net (kunnen) glippen, waardoor de eliminatiedoelstellingen in het gedrang komen.**

#### Daarom stelt de Coalitie het volgende voor;

1. Er is nood aan **recente en up-to-date cijfers** rond de prevalentie van Hepatitis B. Geïnspireerd op het Kankerregister moet er een nationaal elektronisch register worden opgezet waarin zowel acute als chronische gevallen van HBV worden geregistreerd. Belangrijk is dat het zowel gegevens bevat over de patiënt zelf als over diens omgeving en verdere opvolging, zoals bijvoorbeeld rond de toegediende vaccinaties en behandeling. *Contact tracing* bij elke nieuwe diagnose van hepatitis B in België is hierbij een onmisbare pijler.
2. Monitor, evalueer en versterk de implementatie van aanbevelingen voor het screenen van HBsAg-seropositieve zwangere vrouwen (idealiter tijdens het tweede trimester van de zwangerschap). **Verzeker daarbij en tijdige toediening van het HBV-vaccin** en passieve antistoffen voor de pasgeborene binnen de 12 uur na de geboorte.
3. Zet **screeningsacties op binnen FedAsil** voor migranten en gevangenen uit landen met een HBsAg-prevalentie van meer dan 2%.
4. Het is belangrijk dat mensen met een verhoogd risico worden overtuigd zich te laten testen en vaccineren om zo de verdere verspreiding van het Hepatitis B-vaccin in te

dijken. Investeer daarom **in sensibiliseringscampagnes gericht op de risicogroepen** zoals zwangere vrouwen, MSMs, sekswerkers en migranten uit landen met een prevalentie boven 2%.

5. **Breid de verplichte vaccinatie uit** naar alle risicogroepen. De vaccinatieprogramma's bij sekswerkers tonen aan dat dit zijn vruchten afwerpt.

### De Belgische Coalitie tegen Virale Hepatitis

Dr. Stefan Bourgeois (ZNA), Dr. Christian Brixko (CHR de la Citadelle et service médical pénitentiaire), Dr. Pierre Deltenre (Clinique Saint-Luc Bouge), Dr. Françoise Desselle (CHC Liège), Dr. Anja Geerts (UZ Gent), Stefan Teughels (Domus Medica), Marion Guémas (I.Care), Dr. Philippe Langlet (Groupe hospitalier CHIREC), Dr. Luc Lasser (CHU Brugmann), Griet Maertens (Free Clinic Antwerpen), Dr. Lise Meunier (CHU Saint-Pierre), Dr. Christophe Moreno (Universitair Ziekenhuis Erasmus), Dr. Jean-Pierre Mulkay (CHU Saint-Pierre), Dr. Frederik Nevens (UZ Leuven), Dr. Geert Robaeys (Ziekenhuis Oost-Limburg, UHasselt, UZ Leuven), Dr. Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen), Dr. Wim Verlinden (AZ Nikolaas), Tessa Windelinckx (Free Clinic Antwerpen). De Belgische Coalitie tegen Virale Hepatitis werkt volledig onafhankelijk, maar wordt gesteund door AbbVie Belux en Gilead Sciences Belux.