



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Nationaal Hepatitisplan 2026-2030

Op weg naar eliminatie

Nationaal Hepatitisplan 2026-2030
Op weg naar eliminatie

RIVM-briefrapport 2026-0111

Colofon

© RIVM 2026

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2026-0111

E.L.M. Op de Coul (auteur), RIVM
K.S.M. Benschop (auteur), RIVM
Y.M. ten Have (auteur), RIVM
S.F. de Stoppelaar (auteur), RIVM
A.C.G. Voordouw (auteur), RIVM
T. Woudenberg (auteur), RIVM
A.E. Meiberg (auteur), RIVM

Contact:

A.E. Meiberg
Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
ICI@rivm.nl

Dit nieuwe Nationaal Hepatitisplan is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in samenwerking met veldpartijen die betrokken zijn bij de preventie van en zorg voor hepatitis.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Nationaal Hepatitisplan 2026-2030

Op weg naar eliminatie

Het RIVM heeft het Nationaal Hepatitisplan uit 2016 geactualiseerd. Het nieuwe plan beschrijft hoe Nederland ervoor wil zorgen dat er in 2030 minder mensen hepatitis B en C hebben. Dit sluit aan bij de doelen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Hepatitis is een ontsteking van de lever die chronisch kan worden. Het virus blijft dan in het lichaam en kan ernstige leverziekte en leverkanker veroorzaken. In Nederland overlijden elk jaar naar schatting 450 tot 500 mensen aan de gevolgen van een infectie met hepatitis B of C. Ongeveer 59.000 mensen hebben een chronische hepatitis B-infectie. Het geschatte aantal mensen met een chronische hepatitis C-infectie loopt uiteen van 6.000 tot 25.000. Een groot deel van de mensen met chronische hepatitis krijgt pas jaren later klachten en weet daardoor niet dat ze het virus bij zich dragen.

De afgelopen jaren zijn in Nederland belangrijke maatregelen genomen om hepatitis B en C minder vaak te laten voorkomen. Zo kunnen baby's en risicogroepen een vaccinatie tegen hepatitis B krijgen, worden zwangeren gescreend op hepatitis B en zijn hepatitis B en C beter te behandelen. Toch zijn niet alle doelen gehaald, onder andere door een gebrek aan financiering en de coronapandemie. Er worden bijvoorbeeld nog te weinig mensen getest die uit landen komen waar hepatitis veel voorkomt, zoals in Oost-Europa, Midden- en Zuid-Amerika, Afrika en Azië. Ook is er geen centraal systeem dat bijhoudt hoeveel mensen zijn getest en behandeld.

Het plan stelt de volgende acties voor: aandacht houden voor vaccinatie en voorlichting, en meer mensen met een migratieachtergrond testen, bijvoorbeeld via de huisarts of GGD. Ook is het belangrijk ervoor te zorgen dat de kwaliteit van diagnostiek en behandeling goed blijft. Verder moeten zorgorganisaties goed met elkaar blijven samenwerken en is een centraal systeem nodig dat bijhoudt hoeveel mensen zijn getest en behandeld. Meer onderzoek is nodig om deze acties te ondersteunen.

Het Nationaal Hepatitisplan richt zich vooral op mensen die een grote kans hebben om hepatitis te krijgen of ongemerkt drager zijn. Dit zijn onder meer mensen uit landen waar hepatitis veel voorkomt, mannen die seks hebben met mannen, mensen die drugs gebruiken en mensen in gevangenissen.

Kernwoorden: Hepatitis B-virus, hepatitis C-virus, vaccinatie hepatitis-B, testen, screenen, dragerschap, behandelen, WHO-doelen, hepatitisplan, diagnostiek, ketenzorg

Synopsis

National Hepatitis Plan 2026–2030

Aiming for Elimination

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has updated the National Hepatitis Plan from 2016. The new plan describes how the Netherlands aims to ensure that fewer people have hepatitis B and C by 2030. This is in line with the elimination goals of the World Health Organization (WHO).

Hepatitis is an inflammation of the liver which can lead to chronic disease. In such cases, the virus remains in the body and may cause severe liver damage and liver cancer. In the Netherlands, an estimated 450 to 500 people die each year from complications due to hepatitis B or C infections. Approximately 59,000 people are living with chronic hepatitis B. Estimated numbers of people with chronic hepatitis C ranges from 6,000 to 25,000. The majority of people living with chronic hepatitis remain asymptomatic for many years and are unaware of their infection.

The Netherlands has implemented various impactful measures to reduce hepatitis B and C infections in recent years. Babies and groups at increased risk can receive vaccination against hepatitis B, pregnant women are routinely screened for hepatitis B, and there are more effective treatments for hepatitis B and C. Due to factors such as a lack of funding and the COVID-19 pandemic, however, not all targets have been achieved. Testing remains insufficient among people from countries with high hepatitis prevalence, such as in parts of Eastern Europe, Central and South America, Africa and Asia. Additionally, there is no centralised system to monitor how many people have been tested and treated.

The plan proposes the following actions: continued attention to vaccination and education, and increased testing of people with a migration background, for example by GPs or the Municipal Public Health Service. Diagnostics and treatment must remain of high quality. Healthcare organisations should continue to collaborating closely, and a central system should be established to monitor how many people are being tested and treated. More research is required to support these actions.

The National Hepatitis Plan focuses mainly on people at increased risk of hepatitis infection or who may be living with hepatitis without knowing it. That includes people from countries where hepatitis is endemic, men who have sex with men, people who inject drugs and people in prisons.

Keywords: Hepatitis B virus, hepatitis C virus, hepatitis B vaccination, testing, screening, carrier status, treatment, WHO targets, hepatitis plan, diagnostics, integrated care

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 6
2	Algemene terugblik — 10
2.1	Hepatitis B — 10
2.2	Hepatitis C — 10
2.3	Actuele context — 11
3	Pijler 1 Primaire preventie - Bewustwording en vaccinatie — 12
3.1	Korte toelichting — 12
3.2	Actuele context — 12
3.3	Doelstellingen — 14
3.4	Acties om de doelstellingen te behalen — 14
4	Pijler 2 Identificatie — 17
4.1	Korte toelichting — 17
4.2	Actuele context — 17
4.3	Doelstellingen — 19
4.4	Acties om de doelstellingen te behalen — 19
5	Pijler 3 Diagnostiek en behandeling — 22
5.1	Korte toelichting — 22
5.2	Actuele context — 22
5.3	Doelstelling — 22
5.4	Acties om de doelstelling te behalen — 23
6	Pijler 4 Efficiënte ketenzorg — 24
6.1	Korte toelichting — 24
6.2	Actuele context — 24
6.3	Doelstellingen — 26
6.4	Acties om de doelstellingen te behalen — 27
7	Pijler 5 Surveillance en kennisvermeerdering — 28
7.1	Korte toelichting — 28
7.2	Actuele context — 28
7.3	Doelstellingen — 30
7.4	Acties om de doelstellingen te behalen — 30
8	Conclusies en aanbevelingen — 33
8.1	Terugblik NHP-2016: een strategie voor actie — 33
8.2	NHP-2026-2030 op weg naar eliminatie — 33
8.3	Aandachtspunten 2026-2030 — 34
	Referenties — 35
	Lijst met afkortingen — 39
	Bijlage 1 Meeleescommissie — 40

1 Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft als doel om hepatitis B (HBV) en C (HCV) in 2030 als volksgezondheidsprobleem te elimineren, door het aantal nieuwe infecties en sterfgevallen sterk te verminderen. Ook Nederland zet zich hiervoor in met het Nationaal Hepatitisplan (NHP), dat sinds 2016 gericht is op de preventie, opsporing en behandeling van hepatitis B en C. Op advies van de Gezondheidsraad (GR) zijn specifieke risicogroepen in beeld gebracht voor screening en gerichte opsporing. In lijn hiermee heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2017 beleidsprioriteiten vastgesteld, waaronder gerichte opsporing bij groepen met verhoogd risico (regionale screening), heropsporing, goede toegang tot zorg en behandeling, ontwikkeling van een landelijk registratiesysteem voor behandeluitkomsten en landelijke kwaliteitsafspraken voor hepatitisbehandelcentra ([VWS, 2017](#)).

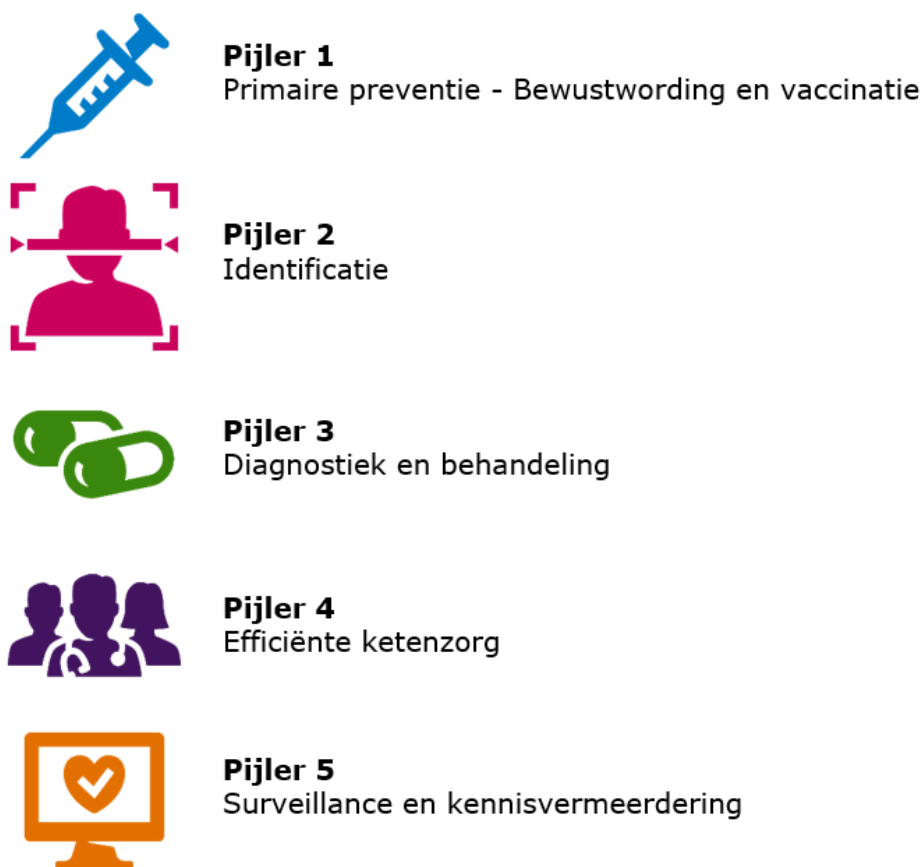
Ondanks de inzet van alle betrokken partijen en coördinatie door de stuurgroep hepatitis zijn diverse NHP-doelen in 2025 niet behaald, mede door onvoldoende financiering. Ook heeft de COVID-19-pandemie in 2020-2021 gezorgd voor minder focus op hepatitis omdat zowel de publieke zorg als de ziekenhuiszorg onder grote druk kwamen te staan. Dit onderstreept de noodzaak om de doelen te herzien en voor 2026-2030 haalbare acties te formuleren. Voldoende financiering en samenwerking blijven essentieel om de eliminatiedoelen van de WHO voor 2030 te behalen: 90% minder nieuwe chronische HBV- en HCV-infecties en 65% minder sterfte door deze ziekten ten opzichte van 2015 (WHO, 2016; WHO, 2017; WHO, 2021; WHO, 2022). De WHO heeft hiervoor specifieke doelen en meetbare criteria vastgesteld, zoals maximaal 5 nieuwe HBV/HCV-infecties en 2 HBV/HCV-gerelateerde sterfgevallen per 100.000 persoonsjaren. Daarnaast zijn er streefcijfers vastgesteld voor de zorg, zoals een dekkingsgraad van 90% voor diagnose en 80% voor behandeling. Hoewel eliminatie van virale hepatitis een uitdaging blijft, lijkt dit op de middellange termijn haalbaar in Nederland, waar de prevalentie van chronische hepatitis B en C relatief laag is (Van Dijk et al., 2021; Schweitzer et al., 2015; Polaris, 2017).

Uitgangspunt nieuw NHP

Dit document beschrijft, in lijn met het [Nationaal Hepatitisplan uit 2016](#) (NHP-2016), de actuele stand van zaken rondom het terugdringen van transmissie, morbiditeit en mortaliteit door HBV en HCV in Nederland.

Het NHP-2016 is opgesteld op basis van vijf pijlers, die – met enkele herformuleringen – ook op 2026-2030 van toepassing zijn. Deze pijlers sluiten bovendien aan bij de terminologie en structuur van het [Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2023-2027](#).

Figuur 1 De pijlers van het Nationaal Hepatitisplan 2026-2030



Hoewel hepatitis A en E ook ernstige acute hepatitis kunnen veroorzaken, richt het nieuwe plan zich op HBV en HCV vanwege de grotere ziektelast door chronische infecties, maar neemt nu ook het hepatitis delta-virus (hepatitis D-virus, HDV) mee. Chronische HDV-infectie, die alleen voorkomt bij HBV-dragers, leidt tot snellere progressie naar levercirrose, een hoger risico op leverkanker en 2 tot 10 keer hogere sterfte (Negro, 2023).

Personen met verhoogd risico of in kwetsbare omstandigheden

Dit plan richt zich op personen met verhoogd risico op HBV en HCV, met bijzondere aandacht voor sociaal-maatschappelijk kwetsbare groepen. Dit betreft onder andere mensen uit (hoog)endemische gebieden, mannen die seks hebben met mannen (MSM), sekswerkers, mensen met verslavingsproblematiek, ongedocumenteerde personen, mensen in

detentie, mensen zonder vaste verblijfplaats, genderdiverse personen en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze groepen hebben een verhoogde kans op het oplopen van HBV of HCV en/of ervaren minder toegang tot passende zorg. Deze doelgroepen kunnen ook overlappen. Meer informatie staat in de [Kamerbrief over voortgang seksuele gezondheid](#) (VWS, 2025) en het [Nationaal actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid](#) (RIVM, 2022).

Hoofddoel

Het NHP streeft naar vermindering van transmissie, ziekte en sterfte door HBV en HCV in Nederland. Dit kan worden bereikt door gerichte voorlichting en preventie (waaronder HBV-vaccinatie), (her)opsporing, bron- en contactonderzoek, efficiënte ketenzorg rondom diagnostiek en behandeling, en door surveillance en kennisvermeerdering. Extra aandacht gaat hierbij uit naar personen met verhoogd risico en/of in kwetsbare omstandigheden.

Strategische doelen

Het NHP sluit aan bij de WHO-doelen en scherpst deze waar mogelijk aan. Voor Nederland zijn de strategische doelen en bijbehorende acties voor 2030 als volgt geformuleerd:

Doel 1: Het aantal nieuwe acute HBV- en HCV-infecties vóór 2030 terugbrengen tot nul, door:

- Gerichte gezondheidsvoorlichting en preventie (zoals HBV-vaccinatie en *harm*-reductie).
- Te onderzoeken hoe moleculaire typering inzicht geeft in transmissienetwerken.

Doel 2: Het percentage personen met chronische HBV- en HCV-infecties dat niet in zorg is verlagen tot minder dan 10% ($\geq 90\%$ is in zorg), door:

- Brede en toegankelijke (snel)diagnostiek te bevorderen, inclusief zelftesten en zelfafname.
- Personen met chronische HBV- of HCV tijdig op te sporen via screening en (her)opsporing om leverziekten te voorkomen en succesvolle behandeling te vergroten.
- Samenwerking tussen professionals betrokken bij de opsporing en behandeling van HBV en HCV te optimaliseren (efficiënte ketenzorg).
- Zorg laagdrempelig en toegankelijk te maken voor alle doelgroepen.

Doel 3: De behandeling verbeteren en daarmee het aantal personen met ziekteverschijnselen en sterfte door chronische HBV- en HCV-infectie vóór 2030 met ten minste 65% verminderen (t.o.v. 2015), met extra aandacht voor groepen die moeilijker toegang hebben tot behandeling, door:

- Brede, snelle en toegankelijke behandeling voor alle doelgroepen om gezondheidsschade en verdere transmissie te voorkomen (*treatment as prevention*).
- Extra aandacht en outreachende zorg voor personen met verhoogd risico of in kwetsbare omstandigheden, met goede *linkage to care*.
- Optimale indicatiestelling en tijdige behandeling om ernstige complicaties zoals hepatocellulair carcinoom (HCC) en levertransplantatie te voorkomen.
- Screening van personen met chronische HBV op HDV-co-infectie vanwege verhoogd risico op ernstige leverziekte en specifieke behandelbehoefte.

Doel 4: De kwaliteit van hepatitiszorg bewaken en verbeteren via een monitoringssysteem voor het volledige *Continuum of Care* (CoC) van HBV en HCV, om sturing richting eliminatie mogelijk te maken, door:

- Een centraal (sentinel) registratie- en monitoringssysteem op te zetten dat alle CoC-stappen omvat: schatting totaal aantal mensen met HBV/HCV, aantal ooit gediagnosticeerde personen, aantal in zorg, behandelingen en behandeluitkomsten.
- Regelmatige analyse van CoC-gegevens om knelpunten, uitval en ondervertegenwoordiging van doelgroepen te signaleren en gerichte verbeteringen in zorg en beleid door te voeren.

Doel 5: Realisatie van doelen 1-4 ondersteunen door versterking van surveillance en onderzoek gericht op transmissiepreventie, tijdige identificatie van (chronische) HBV en HCV en efficiënte ketenzorg, door:

- Lacunes in kennis te identificeren en een kennisagenda op te stellen voor gericht onderzoek ter ondersteuning van de NHP-doelen.
- Surveillance te verbeteren door naast gemelde infecties ook testgedrag en aantal testen te monitoren, voor betere trendduiding en effectievere interventies.

Dit nieuwe NHP licht elk strategisch doel toe, schetst de actuele context en bevat per doel actiepunten voor de korte en middellange termijn binnen de 5 pijlers. Per doel worden gewenste actiehouders benoemd, zodat duidelijk is met welke partijen moet worden samengewerkt voor de uitvoering van de acties.

2 Algemene terugblik

2.1 Hepatitis B

Al vóór het opstellen van het NHP-2016 zijn belangrijke stappen gezet om hepatitis B in Nederland terug te dringen:

- Sinds de introductie van het HBV-vaccin in 1982 is het aantal acute en chronische HBV-meldingen sterk gedaald (Koedijk et al., 2005).
- Zwangere vrouwen worden sinds 1989 gescreend (zie ook het [RIVM-draaiboek PSIE](#)).
- Sinds 2011 krijgen alle pasgeborenen een HBV-vaccinatie via het [Rijksvaccinatieprogramma \(RVP\)](#) (voorheen alleen kinderen met ten minste één ouder geboren in een hoogprevalent gebied).
- Vaccinatie richtte zich aanvankelijk op groepen met verhoogd risico zoals medisch personeel, reizigers naar hoogprevalentiegebieden, later uitgebreid met gerichte screenings- en vaccinatieprogramma's voor onder meer MSM en sekswerkers.
- Ook personen die drugs injecteerden en personen met veel wisselende heteroseksuele contacten vielen tijdelijk onder deze programma's (zie ook pijler 1: 'Primaire preventie - Bewustwording en vaccinatie').

Het NHP-2016 benadrukte het belang van (her)opsporing en behandeling om ernstige leverziekten bij chronische hepatitis B te voorkomen. Inmiddels is antivirale therapie breed beschikbaar, met duidelijke behandelrichtlijnen en aandacht voor HDV-co-infectie. Toch blijven het bereiken van alle doelgroepen en het wegnemen van drempels tot zorg een uitdaging.

Tijdens de COVID-19-pandemie daalde het aantal HBV-meldingen tot ongeveer 750 (vergeleken met 1.101 in 2016), maar in 2025 steeg dit weer naar 891 meldingen (Sonneveld, 2021; [RIVM, 2022](#); [RIVM, 2026](#)). Naar schatting hadden in 2023 zo'n 59.000 mensen (0,4% van de bevolking) een chronische HBV-infectie (Trickey, 2023).

2.2 Hepatitis C

In de afgelopen 10 jaar zijn belangrijke stappen gezet in de aanpak van hepatitis C. Sinds 2016 is effectieve behandeling met DAA's (direct werkende antivirale middelen) beschikbaar in Nederland, met een genezingskans van > 95% ([EASL, 2020](#); [HCV-richtsnoer](#)), wat heeft geleid tot een daling van het aantal chronische HCV-infecties (Koopsen, 2019).

Screening en preventie richten zich vooral op MSM, (ex-)druggebruikers, ontvangers van bloed(producten) en mensen uit gebieden met hoge HCV-prevalentie.

In 2025 werden 414 nieuwe HCV-gevallen gemeld. Chronische HCV is pas sinds 2019 meldingsplichtig, waardoor eerdere cijfers ontbreken. Het aantal mensen met chronische HCV wordt geschat op 6.000-25.000 (0,04-

0,17% van de bevolking), afhankelijk van onderzoeksmethode en jaartal (Thomadakis, 2023; [RIVM, 2026](#); RIVM ongepubliceerde data, 2024).

Aanvullende cijfers en trends over HBV en HCV staan bij Pijler 5 'Surveillance en kennisvermeerdering'.

2.3 Actuele context

De WHO streeft naar eliminatie van HBV en HCV in 2030 en heeft hiervoor per infectie doelen gesteld:

WHO-doelstellingen voor 2030 (t.o.v. 2015):

- HBV: 95% minder nieuwe infecties, 90% van de mensen met HBV gediagnosticeerd en in zorg, minimaal 80% behandeld, 65% minder sterfte.
- HCV: 80% minder nieuwe infecties, 90% van de mensen met HCV gediagnosticeerd en in zorg, minimaal 80% behandeld, 65% minder sterfte.

Situatie in Nederland

Voor HBV worden de behandel- en diagnosepercentages van respectievelijk 80% en 90% in 2030 waarschijnlijk niet gehaald.

Voor HCV is dankzij effectieve DAA-behandeling het behandelpercentage (> 90%) al behaald, maar ook hier blijft het aandeel gediagnosticeerde personen naar verwachting achter bij de doelstelling.

Snelle opsporing en behandeling van nieuwe HBV- en HCV-infecties bij groepen met verhoogd risico blijft essentieel om verdere verspreiding en ernstige leverziekten te voorkomen. Zonder extra inzet en financiering worden de WHO-doelen voor 95% minder HBV-infecties en 80% minder HCV-infecties waarschijnlijk niet gehaald.

Nederland heeft geen landelijk registratiesysteem voor de volledige zorgcascade (CoC) van HBV en HCV. Hierdoor is er onvoldoende inzicht in diagnose, zorgtoegang en behandelresultaten, vooral bij mensen met een migratieachtergrond of verslavingsproblematiek zonder hiv. Personen met hiv en hepatitis zijn wél goed in beeld via programma's, zoals die van de Stichting hiv monitoring. Door het gebrek aan goede data is voortgang in Nederland lastig te onderbouwen.

Hoewel ambitieuzere doelen mogelijk lijken door de lage incidentie en goede behandelresultaten – ook vergeleken met de hiv-bestrijding (95-95-95 doelen) – blijven de WHO-doelen voor 2030 voorlopig buiten bereik. Nederland scoort internationaal matig op het aandeel ongediagnosticeerde personen; stagnerende eliminatie komt vooral door onderdiagnose en instroom van chronisch geïnfecteerde personen uit het buitenland.

Een brede, gerichte aanpak blijft nodig, met speciale aandacht voor doelgroepen met verhoogd risico op dragerschap. Eliminatie van HCV lijkt haalbaar rond 2040, HBV waarschijnlijk pas na 2050 (Van Dijk, 2021; Gramkrelidze, 2021; Polaris, 2024). Toegankelijke teststrategieën voor groepen met verhoogd risico en mensen in kwetsbare omstandigheden zijn daarbij essentieel.

3 Pijler 1 Primaire preventie - Bewustwording en vaccinatie



3.1 Korte toelichting

Primaire preventie van hepatitis B in Nederland bestaat uit verschillende landelijke vaccinatieprogramma's. Daarnaast zijn er gerichte voorlichtingscampagnes die bewustwording en gezond (seksueel) gedrag stimuleren om HBV en HCV te voorkomen. Zwangere vrouwen worden gescreend op HBV, zodat pasgeborenen direct beschermd kunnen worden met immunoglobulinen en vaccinatie.

3.2 Actuele context

Vaccinatie hepatitis B

De [LCI-factsheet Hepatitis B-vaccinatie](#) (2023) biedt het actuele overzicht van kennis en richtlijnen.

Beroepsmatig

- Sinds de jaren '80 wordt (zorg)personeel gevaccineerd tegen HBV; de bedrijfsarts bepaalt op basis van de risico-inventarisatie en -evaluatie (RIE) wie in aanmerking komt (zie [LCI-praktijkrichtlijn voor bedrijfsartsen: Hepatitis B-vaccinatie van risicolopend personeel](#)). Werkgevers zijn verplicht werknemers te informeren over beroepsmatige HBV- en HCV-risico's. Voorlichting over vaccinatie, titercontrole en beleid bij prik-, bijt-, snij- en spatincidenten hoort bij het instellingsbeleid. De IGJ constateerde dat bescherming tegen HBV in de mondzorg beter moet (IGJ, 2024).
- Ter voorkoming van transmissie van zorgpersoneel naar patiënten, gelden extra voorwaarden voor risicovormers. Werknemers met HBV en een te hoge *viral load* mogen geen risicovormende handelingen uitvoeren (zie [LCI-richtlijn Preventie transmissie hepatitis B-virus door risicovormend medisch personeel](#)). Vanaf september 2025 zijn zorgaanbieder, zorgverlener en de bedrijfsarts/arbodienst samen verantwoordelijk voor monitoring van de *viral load*.

Groepen met verhoogd risico

Naast beroepsgroepen wordt HBV-vaccinatie aanbevolen voor specifieke groepen met verhoogd risico:

- Reizigers: Sinds de jaren '80 wordt vaccinatie geadviseerd aan reizigers die langer dan 3 maanden in landen met hoge HBV-prevalentie verblijven, via reizigersvaccinatiepoli's (volgens [LCR-richtlijnen](#)).
- MSM en sekswerkers: Het HBV-vaccinatieprogramma startte in 2002 en bereikt jaarlijks circa 3.500-4.000 MSM en 500-600 sekswerkers. Tijdens de COVID-19-pandemie daalde het aantal vaccinaties. Sekswerkers zijn de laatste jaren moeilijker te bereiken door minder tippelzones, meer thuiswerken, hoge mobiliteit en (gender)diversiteit, wat gerichte voorlichting uitdagender maakt (zie [LCI-draaiboek HBV-vaccinatie](#)). Sinds

2012 krijgen personen met hiv een dubbele dosis, en sinds 2025 krijgen MSM (vooral nog tijdelijk) ook hepatitis A-vaccinatie aangeboden. Voorheen behoorden ook personen die drugs injecteerden en personen met veel wisselende heteroseksuele contacten tot de doelgroep.

- Druggebruikers: Sinds 2013 moeten verslavingszorginstellingen HBV-vaccinatie aanbieden aan injecterend druggebruikers, maar de doelgroep is klein en niet alle instellingen bieden deze vaccinatie aan (De Gee, 2015). *Harm reduction*-strategieën, zoals spuitomruil en opiaatonderhoud, blijven essentieel om HBV- en HCV-transmissie te voorkomen (Van der Gouwe et al., 2022). Recent onderzoek wijst op een nieuwe gebruikersgroep: crackgebruikers zonder heroïnegebruik, die vaak buiten beeld van de verslavingszorg blijven en door het delen van crackpijpjes een verhoogd risico lopen op HBV- en HCV-overdracht. Ook neemt chemsex toe, waarbij drugs tijdens seks het overdrachtsrisico vergroot (Strada et al., 2025; European Drug Agency, 2023).
- Individuele indicatie: HBV-vaccinatie wordt op individuele basis aangeboden aan personen met een medische indicatie (zoals leveraandoeningen of verminderde afweer), bewoners van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking of sociale werkplaats (op advies van de GGD), en aan contacten van HBV-dragers zoals gezinsleden (via de GGD).

Kinderen

Sinds 2004 krijgen kinderen waarvan ten minste één ouder geboren is in hoog-endemisch gebied HBV-vaccinatie via het RVP. Sinds 2011 is deze vaccinatie universeel opgenomen in het RVP. De vaccinatiegraad op 2-jarige leeftijd daalde van 93% (geboortecohort 2018) naar 88% (geboortecohort 2022), vergelijkbaar met de daling bij andere zuigelingen vaccinaties ([RIVM, 2025](#)).

Dalende vaccinatiegraad

De daling wordt veroorzaakt door afgenomen vertrouwen in de overheid, vaccinatietwijfel en desinformatie via sociale media, vooral tijdens de COVID-19-uitbraak (De Nieuwe Utrechtse School, 2025). Binnen het RVP wordt daarom ingezet op doelgroep- en wijkgerichte voorlichting, meer maatwerk en extra aandacht voor groepen met verhoogd risico (RIVM, 2023; Medisch Contact, 2025).

Screening als onderdeel van primaire preventie

- Sinds 1989 worden zwangere vrouwen in Nederland gescreend op HBV om perinatale transmissie te voorkomen. Pasgeborenen van HBsAg-positieve moeders krijgen direct na geboorte passieve immunisatie (76% binnen 2 uur en 99% binnen 48 uur) en 99% binnen drie dagen actieve immunisatie ([RIVM, 2025](#)). In 2021 kreeg Nederland van de WHO erkenning voor het behalen van HBV-doelen voor zwangerenscreening en universele vaccinatie.
- De opvolging na de laatste HBV-vaccinatie (controle op HBsAg en anti-HBs) is bij een deel van de kinderen niet volledig.
- Screening op HBV en HCV vindt in Nederland niet standaard bij ieder individu plaats, maar vooral via individuele zorg, bron- en

contactonderzoek (BCO), in detentie, of in pilots voor personen met een migratieachtergrond (zie pijler 2).

- Personen met een migratieachtergrond uit landen met hoge HBV- en HCV-prevalentie worden vaak onvoldoende geïnformeerd en getest op deze infecties (zie pijler 2).
- Het is ook onduidelijk in hoeverre GGD'en gezondheidsvoorlichting geven over verhoogde kans op dragerschap op COA-opvanglocaties, en hoe statushouders in gemeenten worden bereikt.

3.3 Doelstellingen

- Bevorderen van HBV-vaccinatiebereidheid bij groepen met verhoogd risico en andere in aanmerking komende groepen, inclusief pasgeborenen;
- Vergroten van kennis, houding en vaardigheden over HBV en HCV bij groepen met verhoogd risico en hun zorgverleners;
- Verbeteren van de serologische follow-up bij kinderen van HBsAg-positieve moeders.

3.4 Acties om de doelstellingen te behalen

Reguliere acties (doorlopend, basispreventie)

1. Optimaliseren van de HBV-vaccinatiegraad bij groepen met verhoogd risico, zoals MSM en sekswerkers, met extra aandacht voor mensen met een migratieachtergrond en/of hiv.
Actiehouders: GGD'en (CSG's, afd. IZB), GZA, Soa Aids Nederland, internist-infectiologen, RIVM, maatschappelijke organisaties en sleutelfiguren
2. Geven van vaccinatieadvies aan reizigers die langdurig verblijven in landen met hoge HBV-prevalentie.
Actiehouders: reizigersvaccinatiepoli's, LCR
3. Verbeteren van het HBV-vaccinatieaanbod voor (injecterende) druggebruikers binnen de verslavingszorg, en voortzetten van *harm reduction*-strategieën zoals spuitomruil- en opiaatonderhoudsprogramma's om HBV- en HCV-transmissie te voorkomen.
Actiehouders: GGD'en, Trimbos, verslavingszorginstellingen
4. Handhaven van het HBV-vaccinatiebeleid voor (zorg)personeel, inclusief beleid voor non-responders en HBV-positieve medewerkers (risicovormers), en zorgen voor structurele voorlichting over vaccinatie, titercontrole en beleid bij prik-, bijt-, snij- en spatincidenten.
Actiehouders: werkgevers in de zorg, bedrijfsartsen/arbodiensten, GGD'en, IGJ
5. Adviseren van HBV-vaccinatie voor personen met een medische indicatie (zoals leveraandoeningen, verminderde afweer of verstandelijke beperking), volgens behandelprotocollen.
Actiehouders: Leverpatiënten Vereniging, MDL-artsen, internist-infectiologen, betrokken beroepsverenigingen
6. Verhogen van de HBV-vaccinatiegraad bij kinderen binnen het RVP, met lokale monitoring en gerichte voorlichting aan groepen met een lagere vaccinatiegraad, zoals mensen met een migratieachtergrond en in bepaalde stedelijke gebieden.
Actiehouders: RIVM-CIb, JGZ, GGD'en, consultatiebureaus

7. Verbeteren van de serologische follow-up bij kinderen van HBsAg-positieve moeders door betere naleving van de richtlijn (serologische controle op 13-14 maanden) en het overdragen van de serologieaanvraag van huisarts naar de JGZ.
Actiehouders: RIVM-CIb, GGD'en, AJN Jeugdartsen, NHG, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen
8. Verbeteren van bron- en contactonderzoek bij HBV door snellere opsporing, actieve vaccinatie en monitoring van de vaccinatiegraad bij contacten.
Actiehouders: GGD'en, RIVM-CIb

Extra acties (gericht op moeilijker te bedienen groepen of personen met verhoogd risico) door innovatieve of versterkende maatregelen

9. Outreachend HBV-vaccinatie aanbieden aan moeilijker te bedienen groepen met verhoogd risico, zoals sekswerkers en MSM (waaronder personen met beperkte gezondheidsvaardigheden, transpersonen en personen met een migratieachtergrond), via de GGD op outreachlocaties.
Actiehouders: GGD'en, regionale samenwerkingspartners
10. Huisartsen actief informeren over HBV-vaccinatieprogramma's voor specifieke groepen, deze opnemen in richtlijnen, en huisartsen stimuleren tot gerichte counseling en doorverwijzing.
Actiehouders: RIVM-CIb, GGD'en, NHG
11. Gerichte, meertalige informatie over HBV-vaccinatie en (seksuele) counseling aan MSM en sekswerkers (inclusief jongeren, transpersonen, en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of migratieachtergrond), via posters, folders, websites (zoals Mantotman.nl, Sekswerk.info, Sense.info) en social media.
Actiehouders: GGD'en, Soa Aids Nederland
12. Gerichte informatie over HBV- en HCV-risico's en HBV-vaccinatie aanbieden aan cliënten in de verslavingszorg, via groepsvoorlichting, individuele voorlichting en toegankelijk informatiemateriaal, met aandacht voor nieuwe risico's zoals chemsex en crackgebruik.
Actiehouders: Trimbos, verslavingszorginstellingen, Soa Aids Nederland
13. Gerichte informatie over HBV- en HCV-risico's verstrekken aan personen in detentie en hun begeleiders, via voorlichtingsbijeenkomsten, individuele gesprekken en toegankelijke (meertalige) informatiematerialen.
Actiehouders: DJI, penitentiaire inrichtingen
14. Beleid ontwikkelen en uitvoeren voor titerbepaling bij startende beroepsbeoefenaars (vanaf 2027) in de zorg of andere sectoren met verhoogd HBV-risico, op basis van hun HBV-vaccinatiestatus via het RVP.
Actiehouders: RIVM-CIb, werkgevers in de zorg, beroepsverenigingen
15. Inventariseren in hoeverre en op welke schaal de GGD'en gezondheidsvoorlichting geven aan asielzoekers op COA-opvanglocaties, met aandacht voor seksuele gezondheid en hepatitis, naast tuberculose (TBC).
Actiehouders: GGD'en, COA, GGD-GHOR Nederland, RIVM-CIb

16. Inventariseren in hoeverre en op welke schaal de GGD'en in hun regio gezondheidsvoorlichting geven aan statushouders met aandacht voor seksuele gezondheid en hepatitis.
Actiehouders: GGD'en, RIVM-CIb
17. MSM met risico op HCV ontvangen gerichte risicoreductie-informatie via [Mantotman.nl](https://mantotman.nl) en [NoMoreC.nl](https://nomorec.nl); innovaties in communicatie, preventie en testen (ook bij herinfecties) worden onderzocht. Zie ook pijler 2 'Identificatie'.
Actiehouders: Soa Aids Nederland, GGD'en, MSM-communitypartners
18. Landelijke bewustwording over virale hepatitis, overdrachtsrisico's, vaccinatie en testmogelijkheden vergroten, bijvoorbeeld via publiekscampagnes rond [Wereld Hepatitis Dag](#).
Actiehouders: RIVM-CIb, VWS, GGD'en, Nederlandse Leverpatiënten Vereniging

4 Pijler 2 Identificatie



4.1 Korte toelichting

Het NHP-2016 gaf al aan dat het aandeel mensen met chronische HBV- of HCV-infectie dat nog niet is geïdentificeerd onbekend is; ook nu ontbreken precieze Nederlandse data (zie Actuele context – Bevindingen en knelpunten). Ongediagnosticeerde hepatitis vergroot het risico op ziekte, sterfte en transmissie. Om de WHO-doelen te behalen is meer inzicht en betere opsporing nodig. Dit vraagt om gerichte voorlichting aan zorgverleners en personen met verhoogd risico, actieve opsporing (eerste en tweede lijn), GGD-outreach, en samenwerking met belangenorganisaties. *Point-of-care* (POC)-testen, zelfafnametesten en publiekscampagnes kunnen de opsporing verbeteren. Integratie van HBV- en HCV-testen in routine GGD-zorg (TBC-, reizigers- en JGZ-consulten) versterkt de screening, maar vraagt extra middelen.

4.2 Actuele context

Uitgevoerde initiatieven (regulier en pilots)

- Screening op HBV en HCV vindt routinematig plaats bij bloed-, orgaan- en stamceldonoren, en bij personen met TBC uit hoog prevalentiegebieden (volgens [TBC-richtlijn](#)). HBV-screening gebeurt ook bij zwangere vrouwen en bij start van HBV-vaccinatie bij MSM en sekswerkers.
- Bepaalde groepen worden getest vanwege een medische indicatie, zoals mensen met hiv, hemofilie, hemodialyse of downsyndroom. Volgens richtlijnen geldt dit ook voor mensen voorafgaand aan immuunsuppressie, chemotherapie of IVF, maar of dit daadwerkelijk gebeurt is onduidelijk.
- Ook andere groepen met verhoogd risico worden getest, zoals MSM die PrEP gebruiken of overwegen, druggebruikers, CSG-bezoekers uit hoogprevalentiegebieden en na prik-, snij-, spat- of bijtaccidenten.
- Bij preconceptieconsulten wordt HBV-onderzoek geadviseerd bij soa-gerelateerde klachten of seksueel risico ([NHG-richtlijnen Preconceptiezorg](#) en [soa-consult](#)).
- HBV en HCV zijn meldingsplichtig; de GGD doet bron- en contactonderzoek, biedt contacten vaccinatie aan, spoort nieuwe gevallen op en geeft voorlichting ter preventie.
- Bij actieve HBV-infecties voert het RIVM typering uit om clusters te identificeren en gerichte interventies te plannen; voor HCV gebeurt dit in een pilot bij MSM.
- Screening op HDV wordt aanbevolen bij chronische HBV, maar implementatie verschilt per locatie (zie ook pijler 3 en [HBV-richtsnoer](#)).
- In diverse steden zijn laagdrempelige projecten uitgevoerd voor mensen met een migratieachtergrond, gericht op gecombineerde HBV- en HCV-screening en voorlichting (zie 'bevindingen en knelpunten').
- Het Amsterdamse NoMoreC-project bood MSM een HCV-RNA-thuistestservice met advies op maat en liet zien dat vroege opsporing en behandeling mogelijk zijn (Prinsenbergh, 2023). De

ICECREAM trial richt zich op het voorkomen van HCV-herinfecties bij MSM (Hage et al., 2023).

- Projecten als CELINE (Hepatitis C Eliminatie in Nederland) en regionale heropsporingsacties richtten zich op het opsporen van personen die eerder met HBV of HCV zijn gediagnosticeerd voor herbeoordeling en eventuele behandeling (Wevers et al, 2017; Kracht et al., 2018; Heil et al., 2020; Isfordink et al., 2022).
- Jaarlijks verblijven circa 30.000 mensen in detentie, vooral mannen en vaak recidivisten (CBS). In Nederland worden HBV en HCV bij gedetineerden opgespoord en behandeld op basis van intake-vragenlijsten over blootstelling aan hepatitis. Een standaard screening bij alle gevangenen vindt niet plaats (Klemm-Kropp, 2019). Internationaal wordt deze groep gezien als belangrijk voor HBV- en HCV-screening en preventie (ECDC, 2017; ECDC, 2025), hoewel lokale onderzoeken soms beperkte nieuwe diagnoses laten zien (Brouwers et al., 2024).

Bevindingen en knelpunten

- Internationale schattingen ([Polaris, 2024](#)) geven aan dat slechts circa 39% van de chronische HBV- en 59% van de chronische HCV-infecties in Nederland zijn gediagnosticeerd. De nauwkeurigheid hiervan is onzeker, maar maakt duidelijk dat de WHO-eliminatiedoelen nog niet in zicht zijn. Ook is onbekend hoeveel gediagnosticeerde personen in zorg zijn.
- Routinematige HBV- en HCV-screening bij personen met TBC uit hoogprevalentiegebieden kan beter: in 2021 werd HBV-screening uitgevoerd bij 53% van personen met TBC uit Afrika/Azië en 35% uit andere landen. Voor HCV was dit respectievelijk 44% en 29% (zie ook het [Nederlands Tuberculose Register](#) en [TBC-Online van het KNCV Tuberculosefonds](#)). Bij deze groepen waren respectievelijk 5,2% en 2,4% HBsAg-positief en 1,1% en 5,6% anti-HCV-positief.
- Gerichte opsporing van HBV en HCV bij mensen met een migratieachtergrond is kosteneffectief (Suijkerbuik, 2018) en aanbevolen (Gezondheidsraad, 2016). Tussen 2000 en 2015 zijn regionale projecten ([overzicht projecten](#) en Urbanus, 2014) uitgevoerd, maar kregen geen vervolg door gebrek aan landelijke financiering. Recente pilots tonen aan dat screening van deze groepen complex en tijdrovend is, met weinig opgespoorde dragers (Moonen, 2025; Generaal, 2025). Opportunistisch testen bij personen met verhoogd risico en gebruik van sneltesten op locatie lijken nu het meest haalbaar (Moonen, 2025; Moonen, 2026).
- HCV-screening bij zwangeren is volgens modellering kosteneffectief (Eijsink, 2021), maar wordt niet opgenomen in het prenatale programma vanwege contra-indicaties, lage overdrachtskans en andere beleidsprioriteiten ([VWS, 2024](#)).
- HDV-testen bij personen met chronische HBV gebeurt niet structureel, wat leidt tot onderdiagnostiek en gemiste behandelopties (Boyd et al., 2025).
- Het CELINE-project liet zien dat 8% van ooit met HCV gediagnosticeerde personen uit zorg was verdwenen, 24% elders succesvol was behandeld en 16% werd herbeoordeeld. Van de

herbeoordeelde personen had 83% een actieve infectie, 27% leverfibrose of -cirrose, en 86% kreeg alsnog behandeling.

- Uit het nationale PrEP-programma blijkt dat HCV onder MSM weinig voorkomt (prevalentie 0,6%; incidentie 0,4/100 persoonsjaren, Hage et al., 2024). Hoewel de [PrEP-richtlijn](#) HCV-testen voor alle gebruikers adviseert, kan gerichte screening bij risicofactoren (zoals chemseks, condoomloze anale seks met wisselende partners, of recente soa) overwogen worden.

4.3 Doelstellingen

- Verhogen van kennis en bewustwording over HBV- en HCV-testen bij zorgverleners (zoals medisch specialisten en eerstelijns professionals), en actief testen stimuleren bij groepen met verhoogd risico.
- Stimuleren van testbereidheid voor HBV en HCV bij groepen met verhoogd risico
- Meer inzicht krijgen in het aandeel niet-gediagnosticeerde personen met HBV- en/of HCV via systematische gegevensverzameling (*Continuum of Care*, CoC).
- Vroegtijdige opsporing van (chronische) HBV- en/of HCV-infecties bij groepen met verhoogd risico en heropsporing van onvoldoende behandelde of uit zorg geraakte personen.

4.4 Acties om de doelstellingen te behalen

Verbeteren van registratie en inzicht

1. Verbeter het inzicht in de lokale epidemiologie voor gerichte *case finding* (Generaal, 2021), bijvoorbeeld met de nieuwe hepatitisstool waarmee GGD'en groepen met verhoogd risico, zoals personen met een migratieachtergrond, beter kunnen identificeren.
Actiehouders: GGD'en, RIVM-CIb, regionale samenwerkingspartners
2. Verzamel (landelijke) gegevens over testfrequentie en *positivity rates*, bij voorkeur via laboratoria, om infectietrends te monitoren en het testbeleid te evalueren.
Actiehouders: Laboratoria, RIVM-CIb, GGD'en, NVMM
3. Ontwikkel een (sentinel) registratiesysteem voor monitoring van het CoC bij HBV en HCV, omdat inzicht in zorgstatus, *lost-to-follow-up* en ongediagnosticeerde personen ontbreekt. Beperkt inzicht is beschikbaar via Stichting hiv monitoring (pilot HCV-mono- en hiv/hepatitis duo-infecties). Zie ook pijlers 4 ('Ketenzorg') en 5 ('Surveillance en kennisvermeerdering').
Actiehouders: VWS, RIVM-CIb, SHM, beroepsverenigingen (NVMDL, NVII)

Continuering en verbetering van case finding en (her)opsporing

4. Optimaliseer HBV- en HCV-screening en registratie bij personen met TBC door standaardisatie van werkwijzen, betere terugkoppeling van testresultaten en structurele financiering binnen het TBC-consult.
Actiehouders: GGD'en, TB-artsen, longartsen, internist-infectiologen, RIVM, VWS

5. Breidt TBC-screening bij asielzoekers bij binnenkomst zo mogelijk uit met HBV- en HCV-testen. Het Nationaal plan tuberculosebestrijding (NPT) 2026-2030 zal de effectiviteit en toepasbaarheid van infectieziektenscreening (waaronder HBV en HCV) evalueren. Structurele invoering vraagt landelijke coördinatie (RIVM en/of GGD GHOR Nederland) en extra (financiële) afspraken tussen COA, GZA en GGD'en.
Actiehouders: GGD GHOR Nederland, GGD'en, GZA, COA, RIVM, VWS
6. Monitor jaarlijks screeningspercentages, follow-up en uitkomsten per programma en doelgroep. Stel het programma bij bij knelpunten zoals lage testbereidheid, hoge prevalentie of onvoldoende opvolging van positieve resultaten.
Actiehouders: RIVM-CIb, GGD'en, ziekenhuizen, beroepsverenigingen
7. Voer gerichte *case finding* uit bij MSM met verhoogd HCV-risico, zoals MSM met hiv, PrEP-gebruikers en bij groepsex, chemsex of SOA-geschiedenis.
Actiehouders: GGD'en (inclusief CSG's), hiv-behandelcentra, huisartsen, internisten
8. Blijf alert op andere risicogroepen, zoals immuungecompromiteerde personen en mensen met (tijdelijke) immuunsuppressie. Structurele HBV/HCV-screening bij start immuunsuppressie wordt aanbevolen.
Actiehouders: Medisch specialisten (o.a. internisten, reumatologen, nefrologen, en zij die betrokken zijn bij de zorg van immuungecompromiteerde patiënten), ziekenhuizen, beroepsverenigingen
9. Overweeg opportunistisch testen bij personen uit hoge prevalentiegebieden, bij (injecterend) druggebruik, soa-geschiedenis of detentie.
Actiehouders: huisartsen, GGD'en, verslavingszorg, DJI's.
10. Verbeter (her)opsporing van virale hepatitis door gericht te testen bij indicatorziekten (zoals verhoogde transaminasen of leverfibrose/cirrose) en bij behandeling met middelen (zoals biologicals/immunosuppressiva) die HBV-reactivatie kunnen veroorzaken. Zorg voor verwijzing en follow-up bij een positieve diagnose.
Actiehouders: huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuizen
11. Zet structurele en outreach-initiatieven op voor *underserved* groepen, zoals personen met een migratieachtergrond, arbeidsmigranten uit hoge prevalentiegebieden en (nog niet gescreende) AZC-bewoners. Breid HBV/HCV-*health checks* uit via wijkgerichte aanpak, bestaande GGD-zorgkanalen (soa-sprekuren, reizigersvaccinatie) en outreach met lokale partners, gecombineerd met hiv-testen. Structurele invoering vraagt landelijke coördinatie en extra financiering.
Actiehouders: GGD'en, gemeenten, COA, GZA, GGD GHOR Nederland, Dokters van de Wereld, lokale welzijnsorganisaties, RIVM, VWS
12. Zet screeningsprogramma's voort voor MSM, sekswerkers en (voormalig) injecterende druggebruikers, met extra aandacht voor *underserved* subgroepen, zoals online sekswerkers. Bereik (voormalig) injecterende druggebruikers via verslavingszorg en

DJI. Evalueer regelmatig of de focus moet verschuiven naar groepen met een hogere prevalentie.

Actiehouders: GGD'en, CSG's, hiv-behandelcentra, verslavingszorg, DJI's, relevante veldpartijen, RIVM, VWS

13. Verlaag drempels voor testen en zorg met laagdrempelige testopties, zoals zelfafnametests en zelftesten met (online) begeleiding, vooral bij (online) outreach en met actieve koppeling aan zorg (bijv. MSM, (online) sekswerkers, en mensen met een migratieachtergrond). Benut diverse communicatiekanalen (WhatsApp, social media en inloopsprekuren) en bied meertalige informatie voor brede bereikbaarheid.

Actiehouders: GGD'en, Dokters van de Wereld, lokale organisaties

14. Gebruik de [Hepatitis-tool 2025 van het RIVM](#) om migrantengroepen te selecteren voor HBV- en HCV-screening.

Actiehouders: RIVM, GGD'en, overige zorgverleners

5 Pijler 3 Diagnostiek en behandeling



5.1 Korte toelichting

Het primaire doel van hepatitisdiagnostiek is ondersteuning van ketenzorg en het behalen van de pijlerdoelstellingen.

De de [LCI-richtlijnen HBV](#) en [HCV](#) en het [HBV-/HCV-richtsnoer](#) beschrijven de diagnostiek en de behandeling van HBV en HCV. HDV-diagnostiek wordt alleen uitgevoerd bij chronisch HBV-geïnfecteerde personen.

5.2 Actuele context

- Volgens Nederlandse en Europese richtlijnen moet elke HBsAg-positieve persoon minstens eenmaal worden gescreend met een gevalideerde anti-HDV-test; bij een positieve uitslag volgt HDV-RNA bepaling.
- Effectieve behandeling van HCV met direct-acting antivirals (DAA's), waarbij het virus definitief uit het lichaam verdwijnt, maakt eliminatie van nieuwe HCV-infecties in Nederland mogelijk (HCV-richtsnoer).
- Ook de behandel mogelijkheden voor HBV zijn sterk verbeterd, waardoor de infectie goed onder controle blijft (HBV-richtsnoer).
- Voor HDV-co-infectie zijn nieuwe behandelopties beschikbaar (HBV-richtsnoer/HDV-co-infectie).
- HBV-reactivatie bij immuunsuppressie (zoals chemotherapie) kan leiden tot ernstige acute opvlamming van hepatitis en sterfte; profylactische behandeling kan dit voorkomen. Indicaties voor screening, behandeling en follow-up staan in het HBV-richtsnoer.
- Indicaties voor behandeling, typering en resistentiebepaling van HBV en HCV staan in de respectievelijke richtsnoeren.
 - o Bij HBV kan het virus bij vrijwel alle geïnfecteerde personen met antivirale medicatie worden onderdrukt; resistentiebepaling is alleen nodig bij eerdere behandelproblemen met middelen die kruisresistentie geven.
 - o Bij HCV wordt het genotype vooraf bepaald, wat de keuze van behandeling kan beïnvloeden; resistentiebepaling is meestal alleen nodig na therapiefalen.
- Door betere behandeling worden personen met chronische hepatitis ouder en komt comorbiditeit (zoals overgewicht, diabetes, hypertensie en hart- en vaatziekten) vaker voor. Dit vergroot het risico op levercomplicaties en -kanker. Een (sentinel) registratiesysteem kan inzicht geven in het effect van comorbiditeitsbehandeling op hepatitisuitkomsten (zie ook pijler 5: 'Surveillance en kennisvermeerdering').

5.3 Doelstelling

- Het waarborgen van tijdige en adequate diagnostiek, behandeling en follow-up van HBV (inclusief HDV-co-infectie) en HCV, met aandacht voor uniforme richtlijnimplementatie, laagdrempelig testaanbod en integratie van comorbiditeitszorg.

5.4 Acties om de doelstelling te behalen

1. Evalueer het gebruik van HBV-, HCV- en HDV-richtlijnen voor testen en behandeling in de praktijk en inventariseer knelpunten bij zorgverleners. Gebruik deze inzichten om richtlijnen en implementatiestrategieën te verbeteren.
Actiehouders: NWKV, NVMM, NVMDL, NVII, NHG, RIVM
2. Registreer systematisch HBV- en HCV-behandelingsuitkomsten ter kwaliteitsverbetering. Monitor resistentie bij therapiefalen via een (sentinel) surveillancesysteem (zie ook pijler 5).
Actiehouders: Behandelcentra, ziekenhuizen, RIVM, SHM
3. Screen alle HBsAg-positieve personen volgens de richtlijn minimaal eenmaal op HDV, en stel reflex-anti-HDV-testen standaard in bij HBsAg-positieve resultaten. Verhoog naleving en bewustwording bij zorgverleners voor optimale opsporing en behandeling van HDV-co-infecties, zeker met de komst van nieuwe behandelopties.
Actiehouders: Behandelcentra, medisch microbiologische laboratoria
4. Verken breder gebruik van genetische typering. In Nederland wordt een deel van de nieuw gemelde HBV-infecties getypeerd voor surveillance en BCO (Cremer, 2018); bij HCV gebeurt dit in een pilot bij MSM. Genetische typering kan, ondanks beperkte resistentieproblematiek, ook helpen bij het opsporen van vaccinfalen door immuun/vaccin escape-varianten.
Actiehouders: RIVM, medisch microbiologische laboratoria, GGD'en

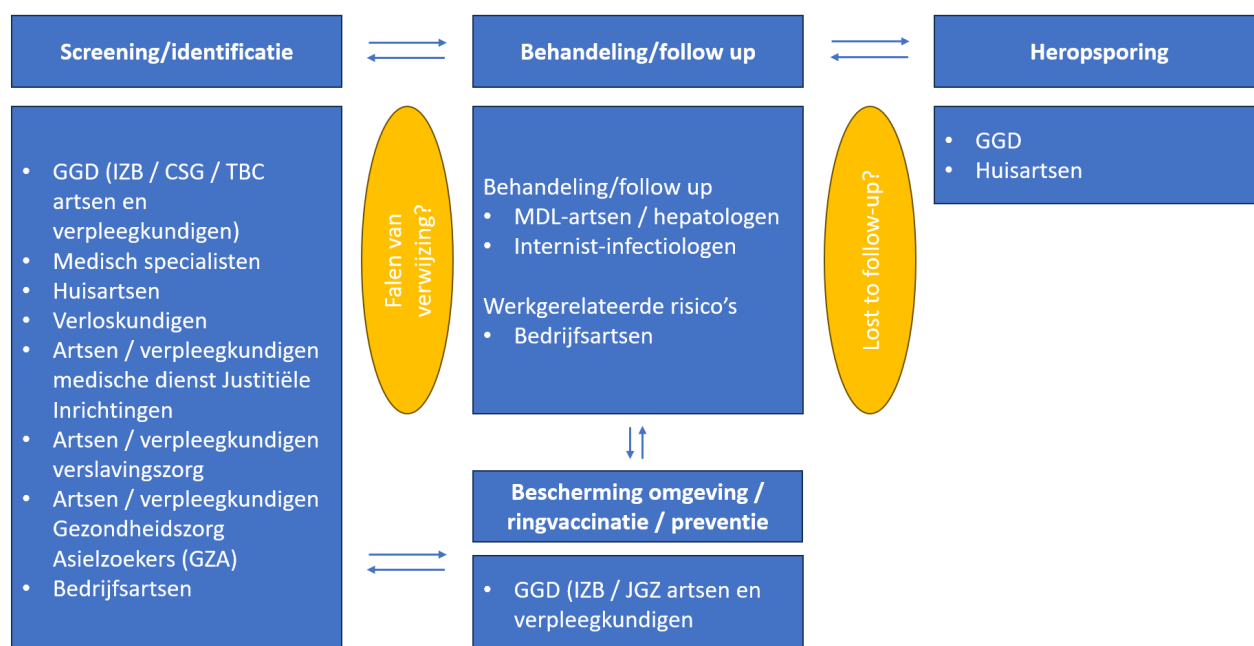
6 Pijler 4 Efficiënte ketenzorg



6.1 Korte toelichting

De zorgketen voor virale hepatitis omvat diverse disciplines (zie figuur 2), waaronder zorgverleners die screenen en/of op indicatie diagnosticeren en verwijzen, en artsen die personen met hepatitis volgen en/of behandelen. Na diagnose volgen bron- en contactonderzoek en secundaire preventie. Goede samenwerking en soepele doorverwijzing tussen eerste, tweede en derde lijn en de publieke gezondheidszorg zijn essentieel, evenals (her)opsporing van uit zorg geraakte personen. Afstemming van richtlijnen tussen disciplines is hierbij cruciaal.

Figuur 2 Schematisch overzicht van de hepatitiszorgketen



6.2 Actuele context

Identificatie en verwijzing

- Screeningsindicaties en -strategieën staan in pijler 2. HBV en HCV kunnen ook worden vastgesteld bij een klinisch beeld passend bij virale hepatitis.
- HBV- en HCV-infecties zijn meldingsplichtig bij de GGD, die voorlichting en bron- en contactonderzoek verzorgt.
- De [NHG-standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen](#) beschrijft wanneer huisartsen personen met hepatitis moeten verwijzen; sinds 2023 is verwijzing naar de tweede lijn bij HBV laagdrempeliger.
- Artsen in de publieke gezondheidszorg volgen de [LCI-richtlijnen HBV](#) en [HCV](#), en verwijzen naar huisarts en/of specialist voor verder onderzoek of verdere behandeling, afhankelijk van de GGD-werkwijze.

- Een inventarisatie onder zorgprofessionals binnen DJI laat zien dat de samenwerking met huisartsen en tweedelijnszorg (vooral MDL-artsen) doorgaans goed verloopt. Contact tussen penitentiaire inrichtingen en lokale GGD'en wordt gestimuleerd en is vastgelegd in DJI-richtlijnen. In 2025 is een nieuwe DJI-richtlijn vastgesteld met duidelijkere indicaties voor HBV- en HCV-testen en verwijzing (Westra et al., 2025; zie ook pijler 2).
- Verloskundigen screenen op HBV en verwijzen bij positieve uitslag volgens het [Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie \(PSIE\)](#).
- Cliënten van de verslavingszorg met een actieve HBV-infectie worden verwezen voor verdere diagnostiek en behandeling. Voor HCV-infectie geldt de [Blauwdruk Zorgpad Hepatitis C](#) van het Trimbosinstituut. Ook bevat het [HCV-richtsnoer Diagnostiek en behandeling in de verslavingszorg](#) een hoofdstuk over personen in de verslavingszorg.
- Ongedocumenteerde personen hebben mogelijk een verhoogd risico op virale hepatitis, afhankelijk van land van herkomst, maar er is geen algemeen opsporings- of verwijsprogramma voor deze groep.
- Verwijzing van mensen met HBV of HCV in de asielopvang is vastgelegd in interne protocollen van GZA en COA (niet openbaar), maar zorgverlening in opvanglocaties blijft uitdagend, onder andere door overplaatsingen.
- Er is geen inzicht in het aantal personen dat na verwijzing vanuit de eerste lijn of publieke gezondheidszorg niet in de tweedelijnszorg terechtkomt. Mogelijke belemmeringen zijn wachtlijsten, eigen risico en taal- of informatiebarrières, bijvoorbeeld bij statushouders.
- Voor kinderen van moeders met chronische HBV is een [addendum](#) bij de [RVP-richtlijn](#) beschikbaar, waarin acties na de geboorte beschreven staan, maar serologische controle bij pasgeborenen is vaak onvolledig. In 2016 was deze volledig bij 34% van de kinderen (Van Heijningen, 2016). Diverse GGD-regio's hebben het proces verbeterd (De Boer, 2024). Bij het geboortecohort 2022 kreeg 56% enige serologische controle, maar soms ontbrak HBsAg of anti-HBs.

Behandeling en follow-up

- Landelijke behandelrichtlijnen voor [HBV](#) en [HCV](#) zijn opgesteld door NIV, NVMDL, NVH en NVZA (zie pijler 3).
- De NVMDL en NIV hebben [criteria](#) opgesteld voor hepatitisbehandelcentra, zodat personen met HBV en/of HCV gespecialiseerde zorg ontvangen.
- Ongedocumenteerde personen hebben formeel recht op medisch noodzakelijke zorg, maar ondervinden vaak belemmeringen, mede door angst voor gegevensdeling met de overheid of politie. Zorg voor onverzekerbare personen (zonder adres) loopt via de [CAK-regeling](#), maar is beperkt tot gecontracteerde zorgaanbieders en apotheken.
- Voor geregistreerde asielzoekers zijn zorgtoegang, rollen en verantwoordelijkheden en verzekering geregeld via de GZA. Overplaatsingen tussen AZC's bemoeilijken de zorg, vergroten het risico op verlies van medische gegevens en transmissie (zoals

moeder-kind door vertraging in behandeling). Ook belemmert overplaatsing een stabiele arts-patiënt-behandelrelatie, wat therapietrouw en opvolging van behandelafspraken negatief beïnvloed. De overgang naar statushouder is extra kwetsbaar voor zorgcontinuïteit.

Heropsporing en herverwijzing

- Als iemand herhaaldelijk niet op controle verschijnt, vraagt de behandelaar de huisarts om deze persoon te motiveren een nieuwe afspraak te maken, maar de effectiviteit hiervan is onbekend. Heropsporing is lastig bij ongedocumenteerde personen zonder huisarts; samenwerking met belangen- of patiëntenorganisaties kan helpen.
- Uit het CELINE-project voor heropsporing (zie ook pijler 2) blijkt dat mensen in instellingen of gevangenissen, met een laag inkomen of psychiatrische comorbiditeit vaker uit zorg raken, wat het sterfterisico vergroot. HCV-zorg moet beter aansluiten bij de behoeften van deze kwetsbare groepen. Ook mensen met chronische HBV verdwijnen soms uit zorg, maar exacte cijfers ontbreken.

Ketenaanpak en samenwerking

- In het NHP-2016 was het ontwikkelen van actuele, afgestemde richtlijnen als doel gesteld; deze zijn inmiddels gerealiseerd.
- De netwerkstructuur varieert per regio: soms is er laagdrempelig overleg tussen GGD en tweedelijnszorg, elders minder. In 2018 werden GGD'en opgeroepen hun netwerk te versterken en landelijke *best practices* te ontwikkelen via pilots. Zeven regio's namen deel, met aandacht voor hepatitiszorg voor migranten, overdracht na verblijf in instellingen, knelpuntenanalyse en meer betrokkenheid van huisartsen. Door COVID-19 zijn sommige pilots voortijdig gestopt en de resultaten zijn wisselend (niet-gepubliceerd RIVM-rapport, 2026).

6.3 Doelstellingen

- Nieuw gediagnostiseerde personen met virale hepatitis kunnen door de betrokken zorgverlener direct naar de juiste behandelaar verwezen worden volgens actuele richtlijnen en regionale afspraken (korte keten).
- Hepatitiszorg dient aan te sluiten bij ieders vermogen om eigen gezondheid te bevorderen.
- Verbeteren van toegang tot zorg voor ongedocumenteerde personen, ter bevordering van individueel welzijn en preventie van transmissie.
- Verbeteren van continuïteit van zorg voor asielzoekers, ter bevordering van individueel welzijn en preventie van transmissie.
- Stimuleren van onderzoek naar de organisatie en optimalisatie van ketenzorg, inclusief inzicht in gefaalde verwijzingen, *lost to follow-up* en oorzaken.
- Verhogen van naleving van de RVP-richtlijn, zodat kinderen van moeders met chronische HBV na vaccinatie goed serologisch worden gecontroleerd, via landelijke of regionale afspraken met ketenpartners.

6.4 Acties om de doelstellingen te behalen

1. Regionale netwerken versterken: GGD'en en hepatitis behandelaren werken samen aan sterke regionale netwerken met actieve betrokkenheid van alle relevante zorgverleners.
Actiehouders: GGD'en, zorgverleners in de keten, community organisaties
2. Knelpuntenanalyse: elk regionaal netwerk inventariseert knelpunten in de zorgketen en ontwikkelt oplossingen voor identificatie, diagnostiek, doorverwijzing en *lost to follow-up* raken, gebaseerd op landelijke richtlijnen.
Actiehouders: Regionale netwerkcoördinatoren, GGD'en, zorgverleners in de keten
3. Directe verwijzing (korte keten): implementeer directe doorverwijzing vanuit GGD'en en andere screenende zorgverleners naar tweedelijnszorg volgens de NHG-standaard, voor uniforme werkwijzen.
Actiehouders: zorgverleners in de keten
4. Zorg voor ongedocumenteerde personen en statushouders: verbeter toegang tot zorg door het aanpakken van taal- en informatiebarrières, hulp bij wachtlijsten en ondersteuning bij therapietrouw.
Actiehouders: VWS, zorgverleners in de keten, belangenorganisaties
5. Zorg voor asielzoekers: verbeter continuïteit van zorg door het aanpakken van taal- en informatiebarrières, hulp bij wachtlijsten en ondersteuning bij therapietrouw, met extra aandacht voor zorgoverdracht bij overplaatsingen.
Actiehouders: VWS, COA, GZA-artsen, zorgverleners in de keten
6. Verbeter follow-up bij kinderen van HBsAg-positieve moeders door deze taak bij de JGZ te beleggen en verder uit te werken en te implementeren.
Actiehouders: AJN Jeugdartsen, JGZ, huisartsen, RIVM

7 Pijler 5 Surveillance en kennisvermeerdering



7.1 Korte toelichting

Voor eliminatie van HBV en HCV is goed inzicht in epidemiologie, zorgkwaliteit en behandel-effectiviteit essentieel. Surveillance maakt het mogelijk om trends en groepen met verhoogd risico te volgen, snel op uitbraken te reageren, en ondersteunt onderzoek en kennisvermeerdering. De kennisagenda, die hier wordt beschreven, richt zich op surveillance en de belangrijkste actiepunten ter ondersteuning van dit actieplan en eliminatie van hepatitis B en C.

7.2 Actuele context

In Nederland ontbreekt een centraal (sentinel) registratie- en monitoringssysteem voor HBV (inclusief HDV) en HCV. Een actueel en overzichtelijk systeem is nodig voor goede zorg, publieke gezondheid en het behalen van de WHO-eliminatie-doelen. De huidige surveillance is versnipperd over meerdere bronnen en doelgroepen, met wisselende datakwaliteit. Ook ontbreken recente landelijke cijfers over prik-, bijt-, snij- en spataccidenten op het werk (Van Wijk, 2009), en over het aantal HBV-geïnfecteerde personen met risicovormend werk (Daha et al., 2009).

Belangrijkste bronnen voor hepatitis surveillance en -monitoring

- RIVM (Osiris): Registreert nieuw gediagnosticeerde acute en chronische HBV/HCV-infecties, maar geeft door asymptomatisch verloop van infecties en variatie in testbeleid/-gedrag onvoldoende inzicht in incidentie en prevalentie.
- RIVM (moleculaire typering): Geeft inzicht in transmissieketens en ondersteunt bron- en contactonderzoek.
- RIVM (virologische weekstaten): Verzamelt laboratoriumuitslagen van HBV/HCV.
- RIVM (Pienter-studies): Bevolkingsonderzoek dat inzicht geeft in de prevalentie van HBV/HCV.
- RIVM (PSIE): Registreert de HBV-status van zwangeren en screeningsuitkomsten.
- RIVM (RVP-registratie en HBV-registratie): Registreert HBV-vaccinaties binnen het RVP en HBV-screeningsresultaten bij MSM en sekswerkers.
- Sanquin: Screening van bloeddonoren op HBV/HCV.
- SHM (Stichting hiv Monitoring): Data van personen met hiv en co-infecties met HBV/HDV/HCV. Een pilot HCV-mono-infectie toonde 97% *sustained virological response* (Conceptrapport SHM: HCV mono-infectie).
- CBS: Data over zorggebruik, medicatie, sterfte, complicaties van virale hepatitis (o.a. HCC, oesofagusbloeding, levertransplantatie) en sociaal-economische kenmerken.
- NKR (Nederlandse Kanker Registratie): Registreert oorzaken van HCC, inclusief virale hepatitis.
- NIVEL: Verzamelt HBV/HCV-diagnoses en -trends uit huisartsenpraktijken.

Actuele cijfers en trends

- In 2025 was de incidentie van acute HBV 0,5 per 100.000 inwoners. Er waren geen infecties bij personen < 20 jaar, wat waarschijnlijk het effect van het HBV-vaccinatieprogramma weerspiegelt (Osiris, RIVM).
- De geschatte prevalentie van chronische HBV (HBsAg-positief) was in 2023 0,4% (ca. 59.000 personen); 85% had een migratieachtergrond (vooral eerste generatie), 0,5% was (voormalig) injecterend druggebruiker (IDU), 1,1% MSM en 13,2% overige groepen (RIVM, ongepubliceerd).
- De incidentie van acute HCV was 0,2 per 100.000 inwoners. Chronische HCV-prevalentie (RNA-positief) werd in 2023 geschat op 0,17% (ca. 25.000 personen): 63% met migratieachtergrond, 13% (voormalig) IDU, 5% MSM en 18% overige groepen. Een eerdere schatting uit 2019 was lager (0,04%, ca. 6.000 personen), wat de onzekerheid van deze cijfers aantoont.
- Het aantal chronische HBV- en HCV-diagnoses daalde tijdens de COVID-19-pandemie, o.a. door minder testen, maar was in 2023 weer op het oude niveau (zie ook pijler 2).
- In 2025 werden 891 HBV-cases gemeld (89% chronisch, 11% acuut). Van de dragers had 69% verticale transmissie, 12% seksueel risico, 2% beroepsrisico, 2% IDU en 16% ander of onbekend risico. Bij acute HBV was het risico bij 58% seksueel en bij 33% onbekend (RIVM, 2024).
- In 2025 werden 414 HCV-cases gemeld (89% chronisch, 11% acuut). Van de chronisch dragers had 53% onbekend risico, 29% (voormalig) IDU, 10% seksueel en 5% verticaal risico.
- De HBsAg-prevalentie bij zwangeren daalde van 0,3% (2014) naar 0,2% (2024). Verticale HBV-overdracht is zeldzaam (< 1 geval per jaar), maar niet alle risicokinderen zijn in beeld door beperkte serologische follow-up. Zwangeren worden niet standaard op HCV getest; verticale overdracht is ook zeldzaam.
- Bij nieuwe bloeddonoren daalde de HBV-prevalentie aanzienlijk van 83,3 per 100.000 (2005) naar 8,9 per 100.000 (2024), maar was in 2025 weer hoger (24,0); jaarlijks worden 30.000-55.000 nieuwe donoren gescreend. De HBV-incidentie is sinds 2012 stabiel (0-2 per 100.000 bekende donoren, 250.000-300.000 getest per jaar). De HCV-prevalentie bij nieuwe donoren ligt tussen 10-30 per 100.000; de HCV-incidentie is zeer laag (3 gevallen in 20 jaar).
- Regionale GGD-pilots in Zuid-Limburg, Amsterdam en Groningen leverden extra gegevens op over incidentie en prevalentie in groepen met verhoogd risico, zoals mensen met een migratieachtergrond. De opbrengst aan gevonden dragers varieerde per regio, mogelijk door kleine steekproeven of lage achtergrondprevalentie (Moonen, 2025; Generaal, 2025, niet gepubliceerd eindrapport, RIVM 2023).
- In Nederland komen HBV-genotypen A (bij migranten uit Afrika en Azië) en D (uit Midden-Oosten en Oost-Europa) het meest voor. De verhouding blijft relatief stabiel, met een lichte, inmiddels afgenomen toename van genotype F bij mensen uit Zuid-Amerika (RIVM, 2024).
- Voor HCV komen genotypen 1 (subtype 1a bij MSM en IDU) en 3 (bij migranten uit Zuid-Azië/Oost-Europa) het meest

voorkomend. De verdeling blijft grotendeels stabiel, met kleine verschuivingen door veranderende migratie- en risicoprofielen ([RIVM-publiekspagina hepatitis C](#))

- Jaarlijks overlijden naar schatting 450-500 personen aan chronische hepatitis door HBV of HCV (Hofman, 2016); deze cijfers zijn toe aan actualisatie.
- HDV komt vooral voor bij HBV-dragers met een migratieachtergrond uit endemische gebieden (Oost-Europa, Centraal-Azië, Afrika). Bij mensen met hiv en HBV-co-infectie wordt HDV bij circa 2% gevonden. Het testpercentage blijft laag, ondanks screeningsaanbevelingen, wat leidt tot onderdiagnose en gemiste behandelopties (Boyd et al., 2025).

7.3 Doelstellingen

- *Optimale surveillance*: Systematisch data verzamelen, koppelen en analyseren om trends in HBV (incl. HDV) en HCV te monitoren en snel op uitbraken te reageren.
- *Structureel inzicht*: Vergroot inzicht in testfrequentie, prevalentie, zorgtoegang, behandelresultaten, ziektelast, sterfte, en uitval uit zorg (CoC), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, transmissiegroep, migratieachtergrond).
- *Kennis en beleid*: Kennis vergroten bij zorgprofessionals en groepen met verhoogd risico, gericht op breed gedragen beleid voor opsporing, behandeling en preventie, met aandacht voor barrières en verbeterpunten.
- *Toegankelijke informatie*: Deel nieuwe kennis en informatie laagdrempelig met *stakeholders*, doelgroepen en het algemene publiek via gerichte (online) communicatie en nascholing.

7.4 Acties om de doelstellingen te behalen

1. Harmoniseer en automatiseer data-verzameling, analyse en rapportage uit bestaande bronnen (Osiris, Pienter, NIVEL, SHM, CBS, NKR), met per bron een duidelijke inzet per doel. Combineer data - waar wettelijk en praktisch mogelijk- voor een vollediger beeld van het CoC, waaronder zorgtoegang, uitval, morbiditeit en mortaliteit.
Actiehouders: RIVM, SHM, hepatitisbehandelcentra
2. Voer verdiepende analyses uit naar trends, kenmerken en testfrequentie van HBV (incl. HDV) en HCV, met speciale aandacht voor subgroepen en risicosituaties (zoals prik-, bijt-, en seksincidenten).
Actiehouder: RIVM, GGD'en, onderzoeksinstituten, ziekenhuislaboratoria
3. Verbeter de koppeling tussen Osiris-meldingen en moleculaire data voor snellere opsporing en respons bij uitbraken.
Actiehouders: RIVM, GGD'en, ziekenhuislaboratoria
4. Ontwikkel een multidisciplinair (sentinel) registratiesysteem voor behandelresultaten van HBV (inclusief HDV) en HCV in enkele grote hepatitiscentra, afgestemd op internationale indicatoren (ECDC, WHO). Een landelijk systeem is nu niet haalbaar door gebrek aan commitment en financiering.
Actiehouders: RIVM, SHM, hepatitisbehandelcentra, MDL-artsen, internist-infectiologen

5. Maak periodiek (geautomatiseerde) regionale en landelijke rapportages over incidentie, prevalentie, ziektelast, behandeluitkomsten, comorbiditeit, sterfte en genezing (CoC), door databronnen uit sentinel surveillance (behandelresultaten), NIVEL (diagnoses eerste lijn) en CBS (complicaties, mortaliteit en sociaaleconomische verschillen) te combineren. Evalueer ook verwijzingsfalen, zorgtoegang, *lost-to-follow up*, kwaliteit van leven en maatschappelijke kosten.
Actiehouders: RIVM, SHM, hepatitisbehandelcentra, MDL-artsen, internist-infectiologen, patiëntenorganisaties, veldpartijen, zorgverzekeraars
6. Actualiseer periodiek omvangsschattingen van populaties met verhoogd risico op HBV en HCV, zoals MSM, sekswerkers en (voormalig) IDU.
Actiehouders: RIVM, Soa Aids Nederland, GGD'en, onderzoeksinstituten
7. Implementeer en evalueer de nieuwe [Hepatitis-tool 2025 van het RIVM](#) bij GGD'en voor betere regionale opsporing van HBV en HCV.
Actiehouders: RIVM, GGD'en (en samenwerkingspartners)
8. Onderzoek oorzaken van de dalende vaccinatiegraad bij pasgeborenen in het RVP (HBV en andere infecties) en overweeg gerichte inhaalvaccinaties bij groepen met lage dekking (zie pijler 1)
Actiehouders: RIVM, GGD'en, JGZ
9. Onderzoek de sociaaleconomische, demografische en gedragsdeterminanten van HBV- en HCV-infecties.
Actiehouders: Onderzoeksinstituten, GGD'en, RIVM, SHM, patiëntenorganisaties, veldpartijen, financierende partijen (zoals ZonMw)
10. Inventariseer testbarrières en –facilitatoren bij 'key populations', evalueer bestaande interventies en ontwikkel samen met de doelgroep nieuwe *evidence-based* en kosteneffectieve interventies, gericht op gezondheidsgelijkheid, testbereidheid, *stigma, discriminatie en effectieve communicatie*.
Actiehouders: Onderzoeksinstituten, GGD'en, RIVM, patiëntenorganisaties, veldpartijen, financierende partijen (zoals ZonMw)
11. Deel periodiek nieuwe inzichten met zorgprofessionals, beleidsmakers en het algemene publiek via gerichte communicatie, online nascholingen en rapportages en sluit aan bij bestaande landelijke en regionale kennis – en preventie-initiatieven.
Actiehouders: RIVM, GGD'en, hepatitisbehandelcentra, beroepsverenigingen (zoals NHG, NVHB), SHM, patiëntenorganisaties
12. Actualiseer nationale cijfers over prik-, bijt-, snij- en spataccidenten op het werk, benoem de belangrijkste risico's en aandachtspunten. Breng het aantal HBV-geïnfecteerde medewerkers met risicovormende taken in kaart en evalueer naleving van de richtlijn [Preventie van transmissie van hepatitis B-virus door risicovormend medisch personeel](#), door zorgaanbieders, zorgverleners en arbodiensten.
Actiehouders: IGJ, werkgevers en werknemers in de zorg, bedrijfsartsen/arbodiensten

13. Evalueer periodiek de voortgang van acties en stuur bij op basis van veranderde epidemiologie en context.
Actiehouders: RIVM, coördinerende werkgroep, betrokken partners uit zorg en beleid
14. Stel periodiek prioriteiten op voor onderzoek, surveillance en screening, op basis van impact, haalbaarheid, middelen en financiering.
Actiehouders: RIVM, VWS, betrokken partners uit veld, financierende partijen (b.v. ZonMw), coördinerende werkgroep

8 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt kort teruggeblikt op de stand van zaken van de doelen uit het Nationaal hepatitisplan 2016. Daarnaast geven we een samenvatting van de aanbevelingen uit het nieuwe Nationaal hepatitisplan 2026-2030, gericht op het behalen van de WHO-eliminatie-doelstellingen voor hepatitis B en C in Nederland richting 2030. Hierbij ligt de nadruk op effectieve acties en aandachtspunten die het meeste impact zullen hebben op het terugdringen van transmissie, ziekte en sterfte.

8.1 Terugblik NHP-2016: een strategie voor actie

Een belangrijke conclusie is dat niet alle doelen uit het NHP-2016 zijn gehaald:

- Het doel om vaccinatie bij groepen met verhoogd risico te verbeteren is deels gehaald: het bestaande aanbod bleef beschikbaar, maar de vaccinatiegraad blijft achter bij sommige groepen, zoals sekswerkers, en er zijn nog steeds uitdagingen om alle groepen goed te bereiken.
- Het doel om personen met verhoogd risico op dragerschap op te sporen is niet gehaald. Diverse regionale en pilotprojecten zijn uitgevoerd, maar structurele, landelijke opsporing ontbreekt door gebrek aan financiering. Veel mensen met chronische HBV/HCV zijn nog niet geïdentificeerd.
- Heropsporing van uit zorg geraakte personen is gedaan, maar een landelijke aanpak ontbreekt, vooral bij HBV.
- De behandeling van HBV en vooral HCV is verbeterd. Ook zijn kwaliteitscriteria opgesteld voor behandelcentra en er zijn richtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd.
 - o Sinds 2016 is de behandeling van hepatitis C sterk verbeterd door de beschikbaarheid van direct werkende antivirale middelen (DAA's), met een genezingskans van meer dan 95%. Dit heeft geleid tot een daling van het aantal chronische HCV-infecties.
 - o Ondanks breed beschikbare antivirale therapie en duidelijke behandelrichtlijnen voor HBV blijft toegang tot zorg en behandeling achter, vooral bij mensen met een migratieachtergrond, ongedocumenteerde personen en andere kwetsbare groepen.
- Er is geen centraal landelijk registratiesysteem voor HBV/HCV-behandeluitkomsten (Continuüm of Care). Data zijn versnipperd, waardoor inzicht in de zorgketen en lost-to-follow-up grotendeels ontbreekt.

8.2 NHP-2026-2030 op weg naar eliminatie

Het Nationaal hepatitisplan 2026-2030 is gericht op het elimineren van hepatitis B (HBV) en C (HCV) als volksgezondheidsprobleem in Nederland, in lijn met de WHO-doelen voor 2030. De focus ligt op het verminderen van transmissie, ziekte en sterfte door HBV en HCV, met extra aandacht voor groepen met verhoogd risico en andere kwetsbare personen.

8.3 Aandachtspunten 2026-2030

Hoewel Nederland vooruitgang boekt, worden de eliminatiedoelen voor 2030 waarschijnlijk niet volledig gehaald. De belangrijkste aandachtspunten voor het behalen van de WHO-doelen zijn:

- Vaccinatie & bewustwording: door de dalende vaccinatiegraad onder bepaalde groepen, is blijvende inzet nodig voor gerichte voorlichting en preventie met laagdrempelige toegang tot vaccinatie.
- Opsporing & identificatie: veel chronische infecties zijn nog niet geïdentificeerd; structurele screening en heropsporing zijn arbeids- en kostenintensief maar cruciaal; ze gelden als acties waar nog het meeste winst te behalen valt.
- Groepen met verhoogd risico: extra aandacht is nodig voor mensen uit hoogprevalente gebieden, MSM, sekswerkers, druggebruikers, ongedocumenteerde personen, mensen in detentie en personen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Samenwerking & ketenzorg: goede samenwerking tussen zorgverleners, GGD'en en maatschappelijke organisaties is essentieel.
- Surveillance & kennis: versnipperde data en gebrek aan centrale monitoring en registratie bemoeilijken het evalueren van de CoC en het ontwikkelen van gerichte interventies. Het is belangrijk een multidisciplinair (sentinel) registratiesysteem te ontwikkelen voor behandelresultaten van HBV (inclusief HDV) en HCV in enkele grote hepatitiscentra, afgestemd op internationale indicatoren (ECDC, WHO). Een landelijk systeem is niet haalbaar door gebrek aan commitment en financiering.
- Financiering: onvoldoende financiering voor diverse onderdelen van het NHP belemmert het behalen van doelen.

Referenties

- De Boer, M., et al. (2024) [Titercontrole bij kinderen van moeders met hepatitis B](#). *Infectieziekten bulletin*, 3.
- Boyd, A., et al. (2025) Low coverage of hepatitis D virus testing in individuals with hepatitis B virus and HIV, the Netherlands, 2000 to 2022. *Euro Surveill* 30(7).
DOI: [10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2400344](#)
- Brouwers E., et al. (2024) TIP-Study (Testing in prison). [Factsheet Testen in Detentie: Hepatitis B, hepatitis C en hiv in PI Sittard](#).
- Cremer, J., et al. (2018) Genetic variation of hepatitis B surface antigen among acute and chronic hepatitis B virus infections in The Netherlands. *Journal of medical virology*, 90(10): 1576-1585.
DOI: [10.1002/jmv.25232](#)
- Daha, T., et al. (2009) Hepatitis B virus infected health care workers in The Netherlands, 2000-2008. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. Sep;28(9):1041-4. Epub 2009 Apr 7. PMID: 19350292; PMCID: PMC2758197.
DOI: [10.1007/s10096-009-0744-2](#)
- De Nieuwe Utrechtse School. (2025) [Medische misinformatie ontworteld: Luisteren naar zorgen en kweken van geground vertrouwen](#).
- Van Dijk, M., et al. (2021) The Netherlands Is on Track to Meet the World Health Organization Hepatitis C Elimination Targets by 2030. *J Clin Med* 10(19): 4562.
DOI: [10.3390/jcm10194562](#)
- Eijssink, J., et al. (2021) Cost-effectiveness of HCV screening, and subsequent monitoring or treatment among pregnant women in the Netherlands. *Eur J Health Econ* (22): 75-88.
DOI: [10.1007/s10198-020-01236-2](#)
- European Association for the Study of the Liver (EASL). (2020) [EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series](#). *Journal of Hepatology*, 2020(73): 1170-1218.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017) [Hepatitis B and C testing activities, needs, and priorities in the EU/EEA](#). Stockholm: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2025) [New European toolkit launched to help eliminate viral hepatitis B and C in prisons](#). Stockholm: ECDC.
- European Union Drug Agency. (2023) Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs — 2023 update. Lisbon.
DOI: [10.2900/854004](#)
- De Gee, A., (2015) [Hepatitis B-vaccinatie voor druggebruikers](#). Trimbos instituut.
- Generaal, E., et al. (2021) [Case-finding voor hepatitis B en C bij patiënten uit risicolanden](#). *Huisarts & Wetenschap*, 64: 17-22.
- Generaal E., et al. (2025) Integrating hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus screening for migrants from endemic countries into travel-related and sexual health care in Amsterdam, the Netherlands. *Front. Public Health*, 13.
DOI: [10.3389/fpubh.2025.1636918](#)

- Gezondheidsraad. (2016) [Screening van risicogroepen op hepatitis B en C](#).
- Van der Gouwe, D., et al. (2022) [Harm reduction services in the Netherlands: recent developments and future challenges](#). Trimbos instituut.
- Gramkrelidze, I. (2021) Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. *Liver International*. DOI: [10.1111/liv.14779](#)
- Hage, K., et al. (2023) Evaluating interventions to reduce behaviour associated with HCV reinfection in men who have sex with men: study protocol for a non-blinded, phase 2, randomized trial. *Trials*, 24(1). DOI: [10.1007/s10198-020-01236-2](#)
- Hage, K., et al. (2024) Hepatitis C virus infection is uncommon at baseline and during follow-up among individuals using PrEP in the Dutch national PrEP programme between 2019 and 2022. *Sex Transm Infect*, 100(5): 288-294.
- Van Heijningen, F., et al. (2016) [Verbeterslag nodig in de uitvoering van hepatitis B-serologie bij kinderen van moeders met chronische hepatitis B](#). *Infectieziekten bulletin*, 27(4).
- Heil, J., et al. (2020) Retrieval and re-evaluation of previously diagnosed chronic hepatitis C infections lost to medical follow-up in the Netherlands. *Eur J of Gastroent and Hepatol*, 32(7): 851-856. DOI: [10.1097/MEG.0000000000001593](#)
- Hofman R, et al. (2016). Sterfte aan chronische hepatitis B en C in Nederland [Mortality due to chronic viral hepatitis B and C infections in the Netherlands]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160:D511. Dutch. PMID: 27734776.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024) [Betere bescherming tegen hepatitis B nodig in de mondzorgpraktijk](#), IGJ.
- Isfordink CJ, et al. (2022) CELINE Study Group. Hepatitis C Elimination in the Netherlands (CELINE): How nationwide retrieval of lost to follow-up hepatitis C patients contributes to micro-elimination. *Eur J Intern Med*, Jul(101): 93-97. Epub 2022 May 5. PMID: 35527178. DOI: [10.1016/j.ejim.2022.04.024](#)
- Klemm-Kropp, M., et al. (2019) [Screen gevangenispopulatie op hepatitis](#). *Medisch Contact* 38: 18-20.
- Koedijk F., et al. (2005) Aangifte acute hepatitis B in 2003. *Infectieziektebulletin*, 16(1).
- Koedijk F., et al. (2005) Chronische hepatitis B infecties in Nederland. *Infectieziektebulletin*, 16(1).
- Koopsen, J., et al. (2009) Chronic hepatitis B and C infections in the Netherlands: estimated prevalence in risk groups and the general population. *Epidemiol Infect*, 147(147e): 1-8. DOI: [10.1017/S0950268819000359](#)
- Kracht, P., et al. (2019) Retrieval And cure of Chronic Hepatitis C (REACH): Results of micro-elimination in the Utrecht province. *Liver Int. Mar*;39(3): 455-462. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30204289. DOI: [10.1111/liv.13959](#)
- Medisch Contact. (2025) [Vaccinatiebereidheid begint met vertrouwen](#).
- Moonen, C., et al. Reaching Syrian migrants through Dutch municipal registries for hepatitis B and C point-of-care testing. *PLOS ONE* 20(1): e0316726. DOI: [10.1371/journal.pone.0316726](#)

- Moonen, C., et al. (2025) Integrating hepatitis and HIV point-of-care testing into mandatory migrant tuberculosis screening in the Netherlands: A feasibility and acceptability study. *Public Health in Practice*, 10.
DOI: [10.1016/j.puhip.2025.100671](https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100671)
- Moonen, C. (2026) [Drie kwaden, één doel: naar de eliminatie van hepatitis B, hepatitis C en hiv in de zorg voor migranten](#). *Infectieziektebulletin*, juni.
- Negro, F., et al. (2023) Hepatitis D: A Review. *JAMA*. Dec 26;330(24): 2376-2387. PMID: 37943548.
DOI: [10.1001/jama.2023.23242](https://doi.org/10.1001/jama.2023.23242)
- Prinsenbergh, T. (2023) [Micro-elimination of hepatitis C virus among men who have sex with men Innovative testing and prevention strategies in the Netherlands](#). Proefschrift: Universiteit van Amsterdam.
- The Polaris Observatory HCV Collaborator. (2017) Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2(3), 161-176.
DOI: [10.1016/S2468-1253\(16\)30181-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30181-9)
- The Polaris dashboard. (2024) CDA Foundation. [Hepatitis C – Netherlands](#). Lafayette, CO: CDA Foundation. (Geraadpleegd 25 februari 2025.)
- RIVM. (2016) [Meer dan opsporen: Nationaal hepatitisplan; een strategie voor actie](#). Rapport 2016-0166.
- RIVM. (2022) [Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2022](#). Rapport 2023-0031.
- RIVM. (2024) The National Immunisation Programme in the Netherlands. Surveillance and Developments in 2023-2024. Rapport 2024-0072.
DOI: [10.21945/RIVM-2024-0072](https://doi.org/10.21945/RIVM-2024-0072)
- RIVM. (2025) [Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, Verslagjaar 2025](#). Rapport 2025-0019.
- RIVM. (2026) Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2025. Rapport 2026-0047.
DOI: [10.21945/RIVM-2026-0047](https://doi.org/10.21945/RIVM-2026-0047)
- RIVM. (2022) [Iedereen seksueel gezond: update Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2023-2027](#).
- Schweitzer, A., et al. (2015) Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *The Lancet*, 386(10003): 1546-1555.
DOI: [10.1016/s0140-6736\(15\)61412-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)61412-x)
- Sonneveld, M., et al. (2021) Decrease in viral hepatitis diagnoses during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Journal of Hepatology*, 77: 896-897.
DOI: [10.1016/j.jhep.2021.04.015](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.04.015)
- Strada, L., et al. (2025) [Hoog-risicogebruik van crack en opioïden in Nederland: Omvang, kenmerken en zorgbehoeften](#). Trimbos-instituut.

- Suijkerbuijk, A., et al. (2018) Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis B and C among migrant populations in a low endemic country. *PLoS One*, Nov 8, 13(11): e0207037.
DOI: [10.1371/journal.pone.0207037](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207037)
- Thomadakis, C., et al. (2023) Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 36.
DOI: [10.1016/j.lanepe.2023.100792](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100792)
- Trickey, A. et al. Estimating hepatitis B virus prevalence among key population groups for European Union and European Economic Area countries and the United Kingdom: a modelling study. *BMC Inf Dis*, 23: 457.
DOI: [10.1186/s12879-023-08433-3](https://doi.org/10.1186/s12879-023-08433-3)
- Urbanus, A., et al. (2014) [Hepatitis B-virus en hepatitis C-virus screeningsprojecten voor migranten in Nederland: stand van zaken 2014](#). *Tijdschrift voor infectieziekten*. 2014;10(2): 31-6.
- VWS. (2025) [Kamerbrief over voortgang beleid seksuele gezondheid](#).
- VWS. (2017) [Kamerstuk 29477, nr. 415: Brief van minister VWS](#).
- VWS. (2024) [Stand van zaken moties en toezeggingen december 2024](#).
- Westra, M., et al. (2025) Richtlijn Hepatitis C in justitiële inrichtingen. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.
- Wevers, K., et al. (2017) [Heropsporing en herevaluatie van chronische hepatitis B en C in regio Arnhem](#).
- Van Wijk, P. (2009) Improving the Management of Blood Exposure Accidents in the Netherlands. Proefschrift: Radboud Universiteit.
DOI: [10.1093/eurpub/ckp163](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp163)
- World Health Organization. (2016) [Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis, 2016–2021: Towards ending viral hepatitis](#).
- World Health Organization. (2017) [Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European region](#).
- World Health Organization. (2021) [Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination](#).
- World Health Organization. (2022) [Global Health Sector Strategy on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period of 2022-2030](#).
- World Health Organization. (2021) [Recommendations and guidance on hepatitis C virus self-testing](#).

Lijst met afkortingen

AZC	Asielzoekerscentrum
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM
COA	Centraal Orgaan Opvang asielzoekers
CSG	Centrum Seksuele Gezondheid
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EPI	Centrum Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst/Geneeskundige Gezondheidsdienst (in GGD Zuid-Limburg)
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
HBV	Hepatitis B-virus
HCC	Hepatocellulair carcinoom
HCV	Hepatitis C-virus
HDV	Hepatitis D (delta)-virus
HOVON	Hematologie Oncologie voor Volwassenen Nederland
IDS	Centrum Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en Screening
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZB	Infectieziektebestrijding
IDU	Injecterend druggebruiker
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVH	Nederlandse Vereniging voor Hepatologie
NVHB	Nederlandse Vereniging van HIV Behandelaren
NVIB	Nederlandse Vereniging voor Infectieziektebestrijding
NVII	Nederlandse Vereniging voor Internist-Infectiologen
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SHM	Stichting Hiv Monitoring
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Bijlage 1 Meeleescommissie

Voor dit nieuwe Nationaal hepatitisplan is input gevraagd aan contactpersonen van diverse partijen uit het veld. Wij willen iedereen die namens hun organisatie, beroepsvereniging of stichting deskundige en waardevolle bijdragen heeft geleverd aan dit plan, hartelijk bedanken:

- Amsterdam UMC
- Centraal Orgaan Opvang asielzoekers (COA)
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
- Dokters van de Wereld (DvdW)
- Erasmus MC
- GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)
- GGD Amsterdam
- GGD GHOR Nederland
- GGD Hart voor Brabant
- GGD Twente
- GGD Zuid-Limburg
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV)
- Nederlandse Vereniging voor Infectieziektebestrijding (NVIB)
- Nederlandse Vereniging van Internist Infectiologen (NVII)
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)
- Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH)
- Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie (NWKV)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
 - o Regionaal Arts Consulent (RAC)
 - o Regionaal Epidemiologie Consulenten (REC)
 - o Bedrijfsgeneeskundige expertise
 - o Soa expertise
 - o Epidemiologische expertise
 - o Vaccinatie expertise
 - o Medisch advies JGZ
- Soa Aids Nederland (SANL)
- Stichting Hiv Monitoring (SHM)
- Trimbos instituut

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

oktober 2026

De zorg voor morgen
begint vandaag