

Einladung zur Untersuchung:

Nutzung der Patientenregister von Allgemeinmedizinern, um Menschen aus endemischen Gebieten zu einer Untersuchung auf Virushepatitis einzuladen

Wer sind Sie?

Mein Name ist Jan Kunkel. Ich bin Mediziner und Hepatologe in der Ausbildung am Blizard Institute, einer Abteilung der Queen Mary Universität in London. Gemeinsam mit meinem Kollegen, Prof. Graham Foster, habe ich das HEPscreen-Pilotprojekt im Osten Londons koordiniert. Wir wurden dabei von folgenden Kollegen der Clinical Effectiveness Group (CEG) vom Blizard Institute¹ unterstützt: Yasmine Koodun, die Verwaltungsmitarbeiterin unseres Teams, Dr. Jose Figueroa, stellvertretender Direktor für öffentliche Gesundheit im Stadtviertel Hackney Borough und Prof. Jane Anderson, Direktorin für HIV-Dienste im örtlichen Krankenhaus.



Wo ist Ihr Einsatzort?

Das Blizard Institute befindet sich in Whitechapel im Osten Londons. Die Forscher des Hepatologie-Teams üben außerdem klinische Funktionen in der Abteilung für Hepatologie am Royal London Hospital aus, einem Behandlungszentrum auf tertiärer Ebene für Hepatologiefälle, die von den umliegenden Hausarztpraxen und allgemeinen Bezirkskrankenhäusern im Osten Londons hierher überwiesen werden. Im Rahmen des HEPscreen-Pilotprojekts haben wir mit im Stadtteil Hackney im Osten Londons ansässigen Allgemeinmedizinern kooperiert. Hier wohnen rund 250.000 Einwohner. Aus einer Erhebung im Jahr 2011 wussten wir, dass etwa 40% der Einwohner Hackneys außerhalb Großbritanniens geboren sind. Die Hälfte davon wohnte bereits seit mindestens 10 Jahren² hier. Aus epidemiologischen Daten ging weiterhin hervor, dass viele der Herkunftsländer dieser Einwohner eine mittlere bis hohe Prävalenz von Hepatitis B und C aufweisen.

Welche Bevölkerungsgruppe hofften Sie zu erreichen? Und warum gerade diese Zielgruppe?

Unser Ziel war, Menschen aus Ländern mit einer mittleren bis hohen Prävalenz zu erreichen, insbesondere aus der Türkei, Nigeria, Ghana und Somalia. Aus Studien ging neben einem erhöhten Risiko, infolge der Exposition gegenüber HBV als Säugling oder Kind im Herkunftsland an chronischer Hepatitis B beziehungsweise infolge des Kontakts mit nicht sterilen medizinischen oder zahnmedizinischen Instrumenten und Rasiergeräten an chronischer Hepatitis C zu erkranken, außerdem ein schlechteres Gesundheitsergebnis bei im Zusammenhang mit Virushepatitis auftretenden Lebererkrankungen hervor. Die Studien ergaben beispielsweise für in Pakistan geborene und in Großbritannien wohnhafte Menschen ein erhöhtes Risiko, infolge von HCV an einem Leberleiden mit Todesfolge zu erkranken. Da der Anteil der bei einem Allgemeinmediziner angemeldeten Einwohner

¹ <http://blizard.qmul.ac.uk/research-groups/253-clinical-effectiveness-group.html>

² http://www.hackney.gov.uk/Assets/Documents/HWP-Chapter-1The_people_of_Hackney_and_the_City.pdf

Hackneys hoch ist, haben wir mit zwei Hausarztpraxen kooperiert, die den demografischen Angaben zufolge eine entscheidende Anzahl von Patienten aus den genannten Ländern betreuen.

Was haben Sie unternommen?

Wir haben anhand der Variablen ethnische Zugehörigkeit und Zeit seit der Anmeldung eine Gruppe von 1.000 Personen aus der Population der beiden Hausarztpraxen ausgewählt, die in einem Land mit mittlerer bis hoher Prävalenz geboren sind. Dann haben wir die Menschen in einem Schreiben zu einem Test auf Virushepatitis in die Praxis eingeladen. Wir hatten ein randomisiertes kontrolliertes Versuchsmodell entwickelt, mit dem eine Hälfte (500 Personen) eine randomisierte Einladung zu einem Test auf Virushepatitis erhielt, die andere Hälfte auf Virushepatitis und HIV. Die Randomisierung erfolgte auf individueller Ebene, wobei darauf geachtet wurde, dass Teilnehmer aus einem Haushalt als Untergruppe der gleichen Studiengruppe (also entweder mit oder ohne HIV) zugeordnet wurden. Zusammen mit der Einladung erhielten alle Teilnehmer eine Informationsbroschüre über das Projekt. Die Broschüre war sowohl in englischer als auch türkischer Sprache (für Personen mit türkischer Muttersprache) verfügbar. Im Rahmen der Genehmigung der Studie durch die Kommission für ethnische Angelegenheiten wurde die Bedingung gestellt, potenziellen Teilnehmern die Möglichkeit zu bieten, aktiv darüber zu entscheiden, ob sie in die Praxis kommen und sich testen lassen wollen. Darüber hinaus war es den ethischen Vorgaben zufolge nicht vorgesehen, die eingeladenen Personen im weiteren Verlauf der Studie telefonisch zu kontaktieren, wenn nach der ersten Einladung keine Reaktion erfolgt war, obwohl ein Teil noch eine zweite schriftliche Einladung erhalten hat.

Wurden die Personen, denen ein Test angeboten wurde, auch im Hinblick auf die Sprache unterstützt? War übersetztes Informationsmaterial vorhanden oder wurden Dolmetscher eingesetzt?

An die zur Untersuchung eingeladenen Personen ist ins Türkische übersetztes Informationsmaterial versendet worden.

Welche Schulungsmaßnahmen wurden den Mitarbeitern angeboten, die an der Einladung der Teilnehmer und dem Anbieten einer Untersuchung beteiligt waren?

Die Mitarbeiter in den Hausarztpraxen erforderten keine besondere Schulung, da ihre Aufgabe im Rahmen des Pilotprojekts keine wesentlichen Unterschiede zur täglichen Arbeit aufwies, zum Beispiel im Hinblick auf die Terminvereinbarung in einer der HEPscreen-Kliniken mit potenziellen Teilnehmern, die in der Praxis anriefen. Yasmine Koodun hat eine kurze Schulung erhalten, wie die Teilnehmer am besten schriftlich zur Teilnahme eingeladen werden können.

Wann hat die Kampagne stattgefunden?

Unser Pilotprojekt fand von September 2012 bis Oktober 2014 statt. Die Zeit für das Genehmigungsverfahren bei der Ethikkommission ist darin eingeschlossen.

Wie war die Aufnahme? Wie viele Personen haben von der Kampagne profitiert?

Die Annahme des Angebots einer Untersuchung aufgrund einer Einladung betrug 2,3% (N=13/560). Es konnten keine Fälle einer Virushepatitis oder von HIV aufgedeckt werden.

Welche entscheidenden Lehren können daraus gezogen werden? Welchen Rat würden Sie erteilen, wenn man Ihr Modell übernehmen würden? Was würden Sie anders machen, wenn Sie Ihre Maßnahme wiederholen könnten? Was würden Sie wieder genau so machen?

Da die Annahme des Angebotes enttäuschend gering war, würden wir dieses Modell nicht noch einmal in dieser Form wiederholen. Ein Teil des Problems könnte durch die Schwierigkeit der Implementierung dieser Herangehensweise in Form einer Forschungsstudie ver-

ursacht sein, da die Ethikkommission und R&D-Entscheidungen eine lange Planungsphase erforderten und die Folgeentscheidungen Bedingungen umfassten, die eine auf einer Einladung beruhende randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) erschwerten.

Ein entscheidender Nachteil unserer Studie war beispielsweise, dass wir nicht die Erlaubnis der Ethikkommission hatten, eingeladene Personen im Rahmen eines Folgeanrufs zu kontaktieren, was vermutlich einen entscheidenden negativen Einfluss auf die Teilnehmerzahl hatte. Wir würden daher empfehlen, sicherzustellen, dass ein telefonischer Folgeanruf Bestandteil der Kampagne ist. Auch neue und soziale Medien könnten untersucht werden, um die Sensibilisierung zu steigern. Obwohl das Angebot eines Tests über die Hausarztpraxen vielversprechend ist, sind einfache Testmethoden von entscheidender Bedeutung, da die Zeit der Hausärzte begrenzt ist. Außerdem sollte versucht werden, die Einladung zu einem Test in die bestehende Infrastruktur der Hausarztpraxen einzubinden. Die Nutzung von IT-Systemen könnte beispielsweise dazu beitragen, Allgemeinmediziner daran zu erinnern, allen Menschen, die die Praxis besuchen und in Ländern mit einer mittleren oder hohen Prävalenz geboren sind, einen Test anzubieten.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Für die in diesem Dokument dargelegten Informationen und Positionen sind allein die Autoren verantwortlich. Die Europäische Kommission übernimmt keine Verantwortung für die Nutzung der hierin enthaltenen Informationen.