

Sluttrapport for prosjektet «mitt pakistanske hjerte – hertelinjen på urdu/punjabi»

Virksomhetsområde: Rehabilitering

Prosjektnummer: 2009/3/0236

Prosjektnavn: Mitt pakistanske hjerte – Hertelinjen på urdu/punjabi

Søkerorganisasjon: Nasjonalforeningen for folkehelsen

Forord:

Hensikten med denne rapporten er å dokumentere gjennomføringen av prosjektet "Mitt pakistanske hjerte – Hjertelinjen på urdu/punjabi» som er et rehabiliteringsprosjekt støttet av Ekstra-Stiftelsen Helse og Rehabilitering med Ekstra-midler. Prosjektet ble drevet av Nasjonalforeningen for folkehelsen fra april 2010 til april 2012 det vil si to år, i en 50% stilling.

Målsettingen for dette prosjektet var å nå frem til den pakistanske befolkningen (målgruppen) med kunnskap om primær og sekundær forebygging og rehabilitering av hjerte- og karsykdom. Og, å bedre helse gjennom tilrettelagt og tilgjengelig informasjon, og styrke målgruppens allmennkunnskap om hjerte- og karsykdom. Dette skulle gjøres ved å etablere og promotere telefontjenesten «Hjertelinjen på urdu/punjabi».

Både Ekstra-Stiftelsen og Nasjonalforeningen for folkehelsen fortjener en betydelig takk for deres henholdsvis bidrag i forhold til de finansielle aspektene ved prosjektet og selve gjennomføringen, siden prosjektet bidrar med kompetansebygging og utvikling i helsearbeidet som omfatter innvandrerbefolkningen i nåværende situasjon. Det er også ønskelig å rette en takk til de ulike sykehusene, fagorganisasjoner og innvandrerorganisasjonene som har gitt prosjektleder muligheter for å promotere prosjektet, komme i kontakt med gruppen og spre budskapet videre. Fastlegene som har vist interesse for dette prosjektet og formidlet tilbudet videre til de aktuelle pasientene, gjør seg også tjent til en varm takk for deres innsats i å tillate prosjektleder til å promotere prosjektet gjennom denne siden av helsevesenet også.

Alka Kaur (Jeevan Shikha Chawla)
Prosjektleder/klinisk ernæringsfysiolog

Oslo, 15.03.12.

Sammendrag:

Hjertelinjen er et gratis tilbud drevet av Nasjonalforeningen for folkehelsen, til hjertesyrke, pårørende, helsepersonell - og andre som er interessert i hvordan man kan forebygge eller leve godt med hjerte- og karsykdom.

Pasienter kan ofte oppleve usikkerhet og/eller komplikasjoner etter utskrivning fra sykehus der nye situasjoner og problemstillinger oppstår i hverdagen og fastlegen er eneste kontaktpunkt for oppfølging. I tillegg til disse utfordringene, kan befolkningen med innvandrerbakgrunn ofte oppleve kommunikasjonsproblemer i kontakt med det norske helsevesenet.

Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsket, med dette prosjektet, å nå frem til den pakistanske befolkningen (målgruppen) med kunnskap om primær og sekundær forebygging og rehabilitering av hjerte- og karsykdom. Prosjektet hadde som målsetting å bedre helse gjennom tilrettelagt og tilgjengelig informasjon, og styrke målgruppens allmennkunnskap om hjerte- og karsykdom.

Det ble ansatt helsepersonell med relevant faglig og kulturell bakgrunn for å promotere prosjektet og «Hjertelinjen på urdu/punjabi» i ulike innvandrerorganisasjoner, sykehus, fagorganisasjoner og hos enkelte fastleger, samt betjeningen av telefontjenesten.

Promoteringsmateriell og egnet presentasjon ble utviklet i begynnelsen av prosjektarbeidet og ble brukt som hjelpemiddel i promoteringsarbeidet.

Resultatene og erfaringene fra dette arbeidet viser at det ble oppnådd en relativ god kontakt med målgruppen hovedsakelig gjennom presentasjonsmøtene i samarbeid med innvandrerorganisasjonene. På den andre siden var etableringen av kontakt og samarbeid med sykehusene og hjertesyrkepleierne, vanskelig i noen tilfeller.

Antallet få innringere til «Hjertelinjen på urdu punjabi» samt erfaringene nevnt over, kan tyde på at det er mer gunstig å nå målgruppen gjennom tiltak på gruppebasis med personlig oppmøte.

Innholdsfortegnelse:

Innhold	Sidetall
Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Kapittel 1: Bakgrunn for prosjektet/Målsetting	5
Kapittel 2: Prosjektgjennomføring/Metode	12
Kapittel 3: Resultater og resultatvurdering	17
Kapittel 4: Oppsummering/Konklusjon/Videre planer	21
Litteraturliste	22

Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Bakgrunn for prosjektet

Hjertelinjen

Nasjonalforeningen for folkehelsen driver Hjertelinjen - et gratis tilbud til hjertesyke, pårørende, helsepersonell - og andre som er interessert i hvordan man kan forebygge eller leve godt med hjerte- og karsykdom. Telefonen er betjent daglig av helsepersonell med taushetsplikt. Hjertelinjen mottar daglig telefoner fra personer med hjerte- og karsykdom, pårørende, samt pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus. De ønsker råd om hvordan de best mulig skal leve med hjertesykdom i hverdagen. Hjertelinjen har en jevn tilgang av antall innringere fra hele landet, og godt samarbeid med sykehus og helseinstanser på landsbasis. Mange innringere opplever usikkerhet etter utskriving, de har spørsmål om medisiner eller hvordan de skal takle hverdagslige gjøremål. Fysisk aktivitet og kosthold er viktige tema under samtalen, likeledes samliv, jobb og oppfølging fra lege og sykehus.

Dagens pasientsituasjon

Mange pasienter opplever usikkerhet og/eller komplikasjoner etter utskriving fra sykehus. Nye situasjoner og problemstillinger oppstår etter noen uker, og pasientene har da kun fastlegen som kontaktpunkt for oppfølging. Avhengig av geografi, kan tilbudet variere til denne pasientgruppen. De fleste fastleger har lange ventelister, og ofte dårlig tid. Pr i dag, får ikke alle tilbud om rehabilitering i Norge, og ikke alle bor i nærheten av eller benytter seg av Hjerteskolene på sine sykehus.

Pasienter med innvandrerbakgrunn ringer sjeldent til Nasjonalforeningens hjertelinje. Sykehus og annet helsepersonell vi er i kontakt med, er ofte usikre på om denne pasientgruppen mottar og forstår helseinformasjon og utskrivningsinformasjon riktig, og hvorvidt de får oppfølging de er tilfreds med. Innvandrerbefolkningen er derfor en viktig pasientgruppe å følge opp, og derfor er behovet for etablere et godt, lett tilgjengelig informasjonstilbud til de, noe som Nasjonalforeningen er opptatt av.

Mangel på tilgang til informasjon ved sykdom vil over tid skape stress. Stress er en faktor som berører mange innvandrere grunnet migrasjon, språkbarrierer og økonomi. Flere studier viser at stress virker negativt inn på hjerte- og kar, på lik linje med overvekt og inaktivitet (Smith, T. & Henry, N., 2009). Forskning i utlandet, viser at bruk av telefonoppfølging er nyttig for å utveksle informasjon, gi råd og veiledning om sykdomssituasjonen, identifisere symptomer og ubehag, oppdage komplikasjoner på tidlig stadier, skape trygghet, og ivareta pasientens interesser og velvære (Hanssen et al, 2009; Mistiane & Poot, 2009).

Innvandrere

Innvandrerbefolkningen med bakgrunn fra Pakistan, er den største gruppen i Norge (SSB, 2009). Eldre førstegenerasjons pakistanere regnes med å tredobles over de neste tiår (SSB, 2004). Den norsk-pakistanske gruppen har hyppige tilfeller av overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdom (Larsen, 2000, Jenum A.K. et al., 2005, Kumar B.N. et al, 2006).

Befolkningen med innvandrerbakgrunn opplever ofte kommunikasjonsproblemer i kontakt med helsevesenet. I aldersgruppen 55-70 år, har nesten halvparten av innvandrerkvinner behov for tolk når de er hos lege (SSB, 2008). Kvinnene

karakteriserte sine evner til "å snakke med lege om helseproblemer" som dårlige eller svært dårlige (Blom og Henriksen, 2008). Språkbarriere og kommunikasjonsproblemer er store, og faren for at viktig helseinformasjon ikke blir gitt eller forstått riktig, er stor. Språkbarrierer kan hindre pasienter i å formulere seg på egne premisser, og også fordreie deres svar. Feiltolkning og vanskeligheter med å korrigere misforståelsen kan ramme begge parter (Svennevig, 2002). Den som misforstår, forstår ikke at han har misforstått, og har eller vil bli feilinformert.

Tidspresstet i helsevesenet fører til at det ofte velges oversettelseshjelp som ikke er profesjonelle (Kale, 2007), og dermed er det umulig å kvalitetssikre at informasjon blir gitt eller forstått. Hvis mottaker ikke forstår at de misforstår budskap og informasjon, oppstår vanskeligheter med å følge råd fra lege. Pasienten kan få feil diagnose, underdiagnostiseres og feilbehandles.

Ettersom telefonrådgivning etter utskrivning fra sykehus, eller som livsstilveileder, er bevist nyttig (Cox & Wilson, 2003, Eakin, 2007, Kumar et al.2009), kan en rådgivnings- og opplysningstelefon på egnet språk, som Hjertelinjen på urdu, være et godt tilbud og supplement til pasienter som er utskrevet fra sykehus, eller befinner seg i en situasjon hvor det oppstår ubesvarte spørsmål om hjertet. Mange eldre med innvandrerbakgrunn ønsker et sted å henvende seg ved sykdom, og opplever at fastlegen ikke har tid eller forstår deres situasjon. De gir uttrykk for bekymring over dårlig helse, og føler seg maktesløse over å ikke forstå det norske helsesystemet. Kultur, religion, sosiale rammer og forventninger kan være begrensende. Medisinsk kunnskap som foreligger, kan også bunne i erfaring med alternativ medisin, anatomi, fysiologi og kultur, og gjør vestlig naturvitenskaplig basert medisin vanskelig å forstå (Larsen, 2000). Det er essensielt å forstå hvor viktig religion kan være, og hvordan det kan styre enkeltmenneskets levesett og behandlingsmetoder.

Målsetting for prosjektet

Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsket, med dette prosjektet, å nå frem til den pakistanske befolkningen (målgruppen) med kunnskap om primær og sekundær forebygging og rehabilitering av hjerte- og karsykdom. Prosjektet hadde som målsetting å bedre helse gjennom tilrettelagt og tilgjengelig informasjon, og styrke målgruppens allmennkunnskap om hjerte- og karsykdom.

Finansieringskilde

Prosjektet er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering, via Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Finansieringsplan

Budsjett

50 % stilling i to år:	550.000 kr
Materiell/ Trykkostnader:	30.000 kr
Annonsering nett og aviser:	75.000 kr
Reisekostnader til foredragsvirksomhet	3.000 kr
Kontorkostnader:	25.000 kr
Møteutgifter	5.000 kr
Etablering av telefonlinje, abonnement, tellerskritt, telefon	15.000 kr
Totale kostnader:	<u>703.000 kr</u>
Egenfinansierte midler:	
- Etablering telefon, abonnement, tellerskritt	10.000 kr
- Kontorkostnader	20.000 kr

Søker Helse og Rehabilitering:	<u>673.000 kr</u>

Opprinnelig fremdriftsplan

Det var tenkt at gjennom en informasjonstelefon som "Hjertelinjen på Urdu", ville det være en mulighet til å gi pasienten informasjon som møtte han/henne der han/hun var i sitt sykdomsforløp, og hjelpe med å utjevne kulturforskjeller og kommunikasjonsvansker når det skulle etableres nødvendige langvarige og forpliktende livsstilsendringer.

Og, samtidig, ville bruker av telefontjenesten involveres og ansvarliggjøres for sin egen helse fordi å skape egen motivasjon og gi tillit, er viktige faktorer for mestring av helsesituasjonen.

Her, gjennom den individuelle oppfølgingen på telefon, kunne man da drøfte hva som passet best for den enkelte i rehabiliteringsperioden, og at det dermed ville skape økt tillit og trygghet. «Hjertelinjen på Urdu» skulle gi råd iht. etablerte nasjonale retningslinjer, tilpasset den enkeltes situasjon, samt få en unik mulighet til å få et innblikk i om utskrevne pasienter forstod sykdomsbildet sitt. Og om rehabiliteringsinstrukser hadde nådd frem ved utskrivning siden mye informasjon kan misforstås og glemmes når man er i en stressende situasjon, og usikker på fremtiden.

«Hjertelinjen på urdu» skulle ikke erstatte legebesøk, men være et lavterskeltilbud for å få råd, veiledning og hjelp til å vite når man skulle gå til legen og hva man skulle spørre om.

Hjertelinjen ønsket også å jevnlig informere om hjerte- og karsykdom, og dermed også forankre Nasjonalforeningen og «Hjertelinjen på Urdu» i disse miljøene gjennom faglig kontakt med norsk- pakistanske medier, store nettaviser som The Asian News og The Jazba som har norsk- pakistanske journalister.

Å oppnå god kontakt og samarbeid med innvandrersorganisasjoner, var tenkt som et mål i seg selv, og ønsket om at «Hjertelinjen på urdu» skulle være en ressurs for allerede etablerte miljøer og dele av sin fagkunnskap innen hjerte- og karsykdom, skulle også ivaretas.

Det skulle ansettes urdutalende helsepersonell med nødvendig kompetanse til å betjene telefonlinjen. Det ble ansett som nødvendig at helsepersonellet hadde dyptgående kunnskap om pakistanske levesett, slik at rådene som ble gitt, kunne være i best mulig samsvar med pakistansk kultur og enkeltindividet. Opplæring av helsepersonell ville bli gitt, og det var planlagt samarbeid med sykehus som har erfaring med denne pasientgruppen. Kontinuerlig fag oppdatering skulle også gis.

All pasientrelatert informasjon skulle være konfidensiell, og Hjertelinjen skulle være pålagt taushetsplikt slik at innringer kunne føle seg trygg på at informasjon og faktiske forhold ville være konfidensielle. Dette ble ansett som viktig siden det pakistanske miljøet i Norge kan oppfattes som lite og til tider "gjennomsiktig", hvor nettverksbygging og tette relasjoner på tvers av familier og sosiale kretser, er grunnleggende.

Det var tenkt et samarbeid med pakistanske organisasjoner og foreninger, samt Hjerteskolene og Lærings- og mestringssentre på de største sykehusene slik at man aktivt kunne rekruttere helsepersonell til å betjene telefonen, samt oppnå at den pakistanske befolkningen fikk informasjon om rådgivningstelefonens eksistens og formål. Prosjektansatte skulle gjerne invitere seg selv ut i allerede etablerte norsk-pakistanske miljøer, og holde foredrag om Hjertelinjen på urdu og hjerte- og karsykdom. Med denne jevnlig informasjonen om rådgivningstelefonens eksistens, var det, i tillegg, håp om å kunne etablere et navn og godt rykte.

Samarbeidet med sykehusene, og de kardiologiske sykepleierne, skulle stå i sentrum, for å, aktivt, få utskrevne hjertepasienter og deres pårørende til å ringe og søke informasjon og oppdatering. I første omgang ville sentrale sykehus i Oslo/Akershus hvor innvandrerdelen er stor, kontaktes. I tillegg skulle alle kardiologiske sykepleiere som er medlem i NSF's fag forening for kardiologiske sykepleiere, kontaktes for individuelt samarbeid på landsbasis. Det ble antatt at de ville kunne fange opp og rekruttere pasienter og pårørende, som ikke befant seg innenfor det tradisjonelle norsk- pakistanske miljøet på Østlandet. For denne gruppen, ville tilbudet om ren rådgivningstelefon på morsmålet være av stor betydning.

Tidligere erfaringer i arbeid med innvandrergrupper, har vist at tiltak tar tid å etablere og skape tillit. Det var derfor antatt som nødvendig, at dette prosjektet strakk seg over to år, for å inkludere etableringsfasen og sørge for stabilt kontaktnettverk og samarbeid innenfor det pakistanske miljøet og sykehusene.

Kortfattet var den opprinnelige fremdriftsplanen:

- Vår 2010
 - o Opprette Hjertelinjen på urdu:
 - Ansette helsepersonell med nødvendige kvalifikasjoner
 - Etablere samarbeidspartnere i pakistanske organisasjoner og moskeer gjennom Frivillighet Norge og allerede etablerte kontakter gjennom prosjektet "Kvinner sammen for egne helse".
 - Etablere samarbeid med Hjertemedisinske og thoraxkirurgiske avdelinger på Ullevål, Aker, Drammen og A-hus.
 - Etablere samarbeid med kardiologiske sykepleiere gjennom Landsforeningen for kardiologiske sykepleiere.
 - o Informasjonsarbeid og promotering:
 - Lage program/undervisningspresentasjon om «Hjertelinjen på Urdu» både for helsepersonell og for målgruppen.
 - Trykke nødvendig promoteringsmaterieil
 - Gjennomføre promotering og opplæring av helsepersonell på sykehusene
 - Holde foredrag i etablerte møteplasser om Hjertelinjen og Hjerte- og karsykdom
 - Gjennomføre registrering for statistikk
- Høst 2010- vår 2012
 - o Betjene «Hjertelinjen på Urdu»

- o Fortsette promotering av «Hjertelinjen på Urdu»
- o Etablere og opprettholde kontakt og samarbeid med hjerteavdelinger på sykehusene
- o Etablere og opprettholde kontakt i pakistanske miljøer
- o Delta i oppsøkende og foredragsvirksomhet i etablerte pakistanske miljøer
- o Delta i oppsøkende og foredragsvirksomhet på aktuelle sykehus
- o Foreta kontinuerlig evaluering av tjeneste
- o Gjennomføre registrering for statistikk

Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode

Ansettelse av helsepersonell

Det ble, i april 2010, ansatt en klinisk ernæringsfysiolog (prosjektleder) med indisk bakgrunn som er delvis oppvokst i Norge. Med hennes språklige og kulturelle kompetanse (i forhold til det sørasiatiske/pakistanske og norske samfunnet), faglige bakgrunn og bred erfaring i helserelatert arbeid knyttet til innvandrere og norsk helsevesen, kunne hun promotere og drive «Hjertelinjen på urdu» og samtidig, tilleggsvis, utvide prosjektgruppen til å inkludere andre innvandrergupper utover den pakistanske gruppen i den grad det var mulig og ønskelig etter språklige hensyn. Hensikten her var å inkludere andre innvandrergupper som også viste interesse for tilbudet for å kartlegge muligheter og behov mer omfattende dersom mulig.

Kontakt/samarbeid med ulike innvandrers organisasjoner

I løpet av prosjektperioden ble det gradvis etablert kontakt/samarbeid med ulike pakistanske/innvandrers organisasjoner og moske. Felles for alle presentasjonene var at finansieringskilde ble oppgitt, prosjektet ble presentert før og etter eventuelle foredrag og som en «rød tråd» underveis i foredraget. Promoteringsmaterialet (brosjyrer med magnet kort og prosjektleders visittkort) ble delt ut til alle i slutten av møtet.

Prosjektet ble presentert, til å begynne med, i sammenheng med «Kvinnemøte for innvandrerkvinner» (Furuset) allerede våren 2010 der ca. 15 kvinner i ulike alder og med ulik språklig og kulturell bakgrunn deltok. Presentasjonen foregikk på norsk, i en lettforståelig og enkel versjon, uten visuelle hjelpemidler.

Prosjektleder arrangerte sammen helsepersonell som driver hjertelinjen, en stand ved bydelsfestivalen «Vær stolt» på Holmlia, våren 2010. På denne multinasjonale festivalen vises mangfoldet i bydelen gjennom ulike aspekter fra matservering, helse og til musikk i et kulturelt perspektiv. Her ble de ulike besøkende lokket til med gratis kolesterolmålinger (ca 25 målinger ble gjennomført) og frukt. Ikke alle besøkende ønsket målinger, men alle fikk med seg informasjon om «Hjertelinjen på urdu» (informasjonsmateriell).

Underveis i prosjektperioden ble det, i samarbeid med innvandrersorganisasjonen Camalini, arrangert en rekke presentasjonsmøter for en mer heterogen innvandrerguppe (heterogen med hensyn til etnisitet/nasjonalitet, språklig og kulturell bakgrunn, sosio-demografiske forhold (kjønn, alder, sivil status), sykdomsbakgrunn, erfaring og kunnskap).

Deltakertallet her var som regel ca 60 personer, og var begrenset på grunn av lokales krav. Møtene ble holdt på lørdagskvelder med hensyn til målgruppens mulighet til å delta. Presentasjonene av prosjektet ble satt i sammenheng med foredrag om livsstil og helse (temaene inkluderte helse og kost generelt; overvekt, metabolske sykdommer og kosthold i forhold til disse). Presentasjonsmøtene foregikk på ulike språk samtidig, avhengig av gruppens preferanser, hvor prosjektleder oversatte fortløpende innholdet på alle relevante språk (norsk, urdu/hindi/punjabi, engelsk). Disse møtene ble ofte avsluttet med matservering og/eller andre festlige markeringer for å tiltrekke flest mulige i målgruppen til å delta.

Det var aktiv deltakelse i møtene gjennom spørsmål, kommentarer og diskusjoner, og interessen for de ulike temaene, var fengende og inspirerende både for deltakerne og prosjektleder/foredragsholder.

Informasjonen om disse møtene ble spredd gjennom invitasjoner og plakater. Annonsering gjennom enkelte aviser ble vurdert, men av hensyn til den store interessen for møtene og lokalenes begrensninger i forhold til antall deltakere, var dette uaktuelt.

Et av disse møtene fikk mediadekning også (se kopi av artikkel vedlagt).

«Hjertelinjen på punjabi/urdu» ble også presentert i et miniseminar for innvandrerkvinner, i samarbeid med Mills, Grete Roede og Diabetesforbundet. Møtet ble annonsert gjennom plakater, i forkant og ble holdt i vanlig arbeidstid, januar 2011. Her var det kun 2 deltakere som møtte opp, men en av disse ble en viktig kontaktperson videre for presentasjonsmøtet i moskeen.

Presentasjonsmøtet i moskeen, våren 2011, var svært populær. Deltakerne bestod av pakistanske kvinner (i ulike alder) og barn med ulike sosio-demografisk bakgrunn, og varte i noen timer. Deltakerantallet var ca. 100 kvinner. Foredraget foregikk på urdu/punjabi, og en power-point-presentasjonen prosjektleder hadde laget for denne målgruppen, ble benyttet. Her var det også enkel matservering ordnet av planleggingskomiteen i moskeen.

Igjen var interessen enorm for temaet/tittel «Hva kan jeg gjøre for å bedre min helse?» og det medførte en også interesse for prosjektet. Kvinnene var aktive i deltakelsen og stilte mange spørsmål og diskuterte aktivt. Eksempelvis gikk en av diskusjonene ut på servering av ulike typer drikke som tegn på gjestefriheten i sosiale sammenheng, mens en annen diskusjon gikk ut på matlaging med tanke på å redusere fettinntaket. Dette var emner som berørte kvinnene i stor grad og de hadde liten mulighet til å diskutere dette med andre fagpersoner fordi kulturen utgjør en viktig faktor i forhold til kosthold. Kvinnene meldte også i tillegg stor interesse for flere slike møter/muligheter i nærmeste fremtid.

Noen av de deltakende kvinnene fra moskeen informerte videre flere innvandrersamfunnsorganisasjoner om møtene slik at det etter hvert var en voksende interesse og behov for de ulike temaene knyttet til egen helse («Hva kan jeg gjøre for å bedre min helse?») som ble tatt opp i promoteringsmøtene («Snøball-effekten»). Prosjektleder ble invitert til ulike kvinnemøter for innvandrerkvinner (hovedsakelig sørasiatiske kvinner) og bedt om å presentere prosjektet spesielt for å holde foredraget «Hva kan jeg gjøre for å bedre min helse?» gjerne på urdu/punjabi/norsk. Slik som ved de andre møtene, var disse møtene også preget av interesse og deltakelse fra målgruppen.

Prosjektleder presenterte også prosjektet for Blindeforbundets innvandrergruppe og holdt foredraget «Hva jeg kan gjøre for å bedre min helse?». Møtet foregikk på norsk (lett forståelig og enkel språk) og uten visuelle hjelpemidler. Deltakergruppen var heterogen med tanke på sosio-demografiske trekk, språklig og kulturell bakgrunn og aktive i deltakelsen og diskusjoner. Dette møtet ble også avsluttet med servering av en rekke internasjonale matretter.

Det ble skrevet korte notater etter de ulike møtene i forhold til selve møtet og dets innhold, andre relevante erfaringer og forslag til videre arbeid.

De aktuelle innringerne ble registrert (i Nasjonalforeningen for folkehelsens database knyttet til innringere til Hjertelinjen) for å bidra til statistiske registreringer underveis i prosjektperioden.

Kontakt/samarbeid med sykehusene og hjertesyrkepleierne

Det ble gjort flere forsøk på å etablere kontakt/samarbeid med hjertemedisinske og thorax-kirurgiske avdelinger på Ullevål-, Aker- og Akershus sykehus i tillegg til Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet. I begynnelsen av prosjektperioden ble prosjektets styringsgruppe enige om at kontakten/samarbeidet med sykehuset i Drammen skulle foregå via telefon/brev/e-mail og i minst mulig grad gjennom personlig oppmøte av ressursmessige hensyn (blant annet tid og prosjektets budsjett).

Prosjektleder oppsøkte de overnevnte sykehus gjennom ulike kontaktpersoner og fikk presentert prosjektet og «Hjertelinjen på urdu/punjabi» for en liten gruppe av relevante helse- og administrativ personell på Ullevålssykehus i mai 2011 og en gruppe sykepleiere ved hjerteavdelingen ved Akershus universitetssykehus oktober 2011.

Erfaringsvis var det vanskelig å få kontakt med de resterende sykehus til tross for flere forsøk på å oppnå og etablere kontakt gjennom hele prosjektperioden. I kontakt med de ulike sykehusene, ble de også tilbudt gratis foredrag knyttet til livsstil/helse/kulturelle forskjeller/innvandrerpasienter for å skape muligheter til å promotere prosjektet og «Hjertelinjen på urdu/punjabi» videre. Mot slutten av 2011, fikk prosjektleder kontakt med Lovisenberg sykehus der ny kontaktperson ble forsøkt etablert. Det ble oppnådd en kontakt med Diakonhjemmet men det ble vanskelig å avtale presentasjonsmøte av ulike årsaker.

Det ble opprettet kontakt med kardiologiske sykepleiere blant annet gjennom Landsgruppen for kardiologiske sykepleiere i forbindelse med prosjektet. I begynnelsen av 2011 ble det oppnådd kontakt med en av kontaktsykepleierne for kardiologiske sykepleiere. Prosjektleder utarbeidet et relativt grundig presentasjonsskriv om prosjektet, «Hjertelinjen på urdu/punjabi», og dette skrevet ble spredd rundt til aktuelle hjertesyrkepleiere via e-mail (kopi vedlagt) gjennom kontaktpersonen før sommeren 2011.

Prosjektet ble også presentert for lokalgruppen i Oslo/Akershus av kardiologiske sykepleiere på deres møte i oktober 2011 og skriftlig presentert i fagtidsskriftet «Hjerteposten» (Hjerteposten nr.3-2011-13.årgang, se vedlagte kopi) i høst 2011.

Program/undervisningspresentasjon om prosjektet

Prosjektlederen utviklet, etter hvert, egnet program/undervisningspresentasjon for målgruppen (hovedsakelig basert på relevante, språklige og kulturelt tilrettelagte bilder) og ett for helsepersonell. Disse var viktige i informasjons- og promoteringsarbeidet av «Hjertelinjen på urdu/punjabi». Med bakgrunn i prosjektleders erfaring og kunnskap i forhold til de kostholdsmessige og livsstilstrekkene i disse innvandrergroppene, samt hennes erfaringer i forhold til det norske helsevesenet og den norske kulturen, ble det utviklet presentasjoner tilrettelagt de to målgruppene (innvandrere, norsk helsepersonell). De respektive programmene og presentasjonene ble brukt både til promotering av linjen og til

opplæring av helsepersonell i forhold til utdeling av informasjon om «Hjertelinjen på urdu».

Promoteringsmateriell

Før prosjektledernes ansettelse, var det allerede utviklet og trykket en del promoteringsmateriell til prosjektet. Dette materialet bestod av enkle brosjyrer med kort informasjon om hjertet, 8 kortfattede hjerteråd og opplysninger om Nasjonalforeningen for folkehelsens hjertelinje og linjens telefon nummer (nummeret var oppgitt på et avtagbart magnetkort). Disse brosjyrene var skrevet både på norsk og urdu.

Det ble også trykket plakater i A4 formatet, med tekst både på norsk og urdu, som enkelt informerte om Nasjonalforeningen for folkehelsens hjertelinje (og dets nummer).

Det ble trykket visittkort med prosjektleders kontaktinformasjon, og disse ble delt ut i de ulike møtene. En del av disse visittkortene ble stiftet til noen magnetkort for å opplyse brukerne om hvem de kunne snakke med dersom de tok kontakt med «Hjertelinjen på urdu», og eventuelt videre kontaktinformasjon om det var ønskelig. Materialet ble hyppig brukt og gjerne delt ut i alle promoterings og informasjons sammenheng.

Betjeningen av «Hjertelinjen på urdu»

Styringsgruppen avgjorde tidlig i prosjektperioden at «Hjertelinjen på urdu» skulle betjenes (av prosjektleder) på onsdager mellom kl 1000 og kl 1400. I promoteringsmøtene ble det her forklart at innringere kunne ringe linjen innenfor det gitte tidsrommet eller legge igjen beskjed slik at prosjektleder kunne ta kontakt med dem snarest mulig. I denne sammenheng ble det samtidig formidlet at deres samtale ville bli mottatt uansett. Slik kunne de da videre velge hvilket språk de ønsket å kommunisere på dersom mulig med prosjektlederen, og når det passet dem best å ta samtalen. Det ble også lagt vekt på at de kunne ringe uansett hvilke spørsmål de hadde eller informasjon de ønsket knyttet til helse (og dermed hjertet) uten at hjertesykdom ble satt i fokus for, på denne måten, muligens senke terskelen for eventuelle nølende innringere.

Det var to personer som i løpet av prosjektperioden ringte «Hjertelinjen på urdu/punjabi».

Etter deltakelse i disse møtene, var det en innringer til «Hjertelinjen på urdu» som tok kontakt med ønsket om skriftlig materiell (blant annet prosjektmateriell som var delt ut i presentasjonsmøtene, brosjyrer og informasjonsark knyttet til nøkkelhullsmerkingen av matvarer, og noen av Nasjonalforeningen for folkehelsens egne brosjyrer om helse og/eller kost).

Linjens andre innringer tok kontakt med «Hjertelinjen på urdu» høsten 2011 med spørsmål knyttet til livsstil, kosthold og helse etter en hjerteoperasjon. Han hadde tatt kontakt med «Hjertelinjen på urdu/punjabi» etter å ha mottatt prosjektbrosjyrene på Ullevål sykehus og råd fra en ernæringsfysiolog knyttet til hjerterehabiliteringen på Aker sykehus om å oppsøke linjen.

Samtalen varte en time og han meddelte at informasjonen han hadde fått, var til stor nytte. Han ble oppfordret til å informere andre om tjenesten og gjerne oppsøke tjenesten igjen ved behov.

Kontinuerlig evaluering av tjenesten

Tjenesten og prosjektarbeidet ble evaluert grundig underveis både av prosjektleder og av styringsgruppen i form av jevnlig og hyppige prosjektmøter. Siden erfaringene avslørte vanskeligheter med å få kontakt med de ulike sykehusene og avdelingene, forsøkte prosjektleder å oppnå kontakt med enkelte fastlegekontorer (blant annet Linderud legesenter, Fyrstikktorget legesenter) hvor en god del av pasientene hadde sør-asiatisk bakgrunn.

Her foregikk samarbeidet med den enkelte fastlege som hadde stor forståelse og engasjement i forhold til prosjektets målsetting, og prosjektet ble også presentert i deres lunsjmøter. Disse fastlegene informerte da videre sine aktuelle pasienter om prosjektet og «Hjertelinjen på urdu/punjabi». De rådet dem til å oppsøke linjen for viktig informasjon knyttet til deres tilstand og vektla viktigheten av denne typen tjeneste i forbindelse med pasientenes individuelle helsetilstand. Dette ble gjort spesielt med hensyn til at fastlegene ikke hadde nok tid til rådighet i sine konsultasjoner til slikt informasjonsarbeid.

For å promotere linjen videre, besøkte prosjektleder disse kontorene personlig og hengte opp prosjektmaterialet (magnetkortene, visittkortet og plakaten) i venteværelset dersom kontorpersonalet tillot dette.

Prosjektleder deltok også i en rekke møter med ulike fagkretser (blant annet Diabetesforbundet, Fyrstikktorget legekantor, Høgskolen i Akershus) for å diskutere erfaringene i arbeidet med denne målgruppen, og eventuelle tiltak/endringer man kunne foreta for å promotere prosjektet videre, underveis i prosjektperioden.

Kunnskap relevant for prosjektet ble også vekslet gjennom deltakelse i konferanser (NSHs nasjonalekonferanse om ulike aspekter knyttet til innvandreres helse (mai 2010), Frivillighet Norges konferanse «Møteplass 2010» (november 2010), IHSGs konferanse «Sammen for en bedre hverdag» (desember 2010)), og workshop (arrangert av Helsedirektoratet knyttet til kompetanse, erfaringer, kostholds- og livsstilsendringer knyttet til innvandrerguppen (mai 2011)). Her kunne prosjektleder bidra med egne erfaringer fra prosjektarbeid og samtidig tilegne seg kunnskap om ulike kulturelle og helsemessige aspekter i denne gruppen, hentet fra andres arbeid og erfaring.

Prosjektet og dets fremdrift ble også presentert internt i Nasjonalforeningen for folkehelsen, både gjennom intranettet og fagbladet «Fagnytt» (Fagnytt nr 4. 2011.)

I tillegg ble det også kort informert om dette tilbudet på Nasjonalforeningens hjemmeside i forbindelse med informasjon om hjertelinjen.

Kap 3. Resultater og resultatvurdering

Målsetting

Målet med dette prosjektet var hovedsakelig å nå frem til den pakistanske befolkningen (målgruppen) med kunnskap om primær og sekundær forebygging og rehabilitering av hjerte- og karsykdom. I tillegg hadde prosjektet som målsetting å bedre helse gjennom tilrettelagt og tilgjengelig informasjon, og styrke målgruppens allmennkunnskap om hjerte- og karsykdom. Og, i følge prosjektplanen skulle disse målene oppnås primært gjennom etableringen og driften av «Hjertelinjen på urdu/punjabi».

Begge målene for prosjektet ble nådd i løpet av prosjekttiden. Dette skjedde, stort sett, gjennom promoteringsarbeidet rettet mot målgruppen og i liten grad gjennom etableringen og betjeningen av «Hjertelinjen på urdu/punjabi».

Promoteringsarbeidet rettet mot målgruppen

Slik som planlagt, ble det ansatt urdotalende helsepersonell (prosjektleder) med nødvendig kompetanse til å betjene telefonlinjen. Hennes faglige og personlige bakgrunn samt erfaring og arbeid innenfor feltet, gjorde det mulig å nå andre innvandrergupper også som viste interesse for prosjektet, i tillegg til den pakistanske befolkningen. Siden hun allerede hadde kjennskap til miljøet gjennom tidligere kurs- og foredragsvirksomhet, fikk hun lettere mulighet til å etablere kontakt og presentere prosjektet i de ulike miljøene. Hennes faglige bakgrunn og formidlingsevne samt språklige og kulturelle tilretteleggingen førte til at disse møtene ble oppfattet som svært informative og derfor ettertraktet, evaluert gjennom deltakerantallet og deres aktivitet deltakelse ved gjentatte anledninger.

Med hensyn til blant annet praktiske årsaker, valgte prosjektleder en mer inkluderende strategi for å promotere «Hjertelinjen på urdu/punjabi». Prosjektets målgruppe var den pakistanske befolkningen der andre etniske grupper ikke var inkludert. Dette kunne føre til vanskeligheter i promoteringsarbeidet for de fleste organisasjoner ofte har en blanding av medlemmer med forskjellig etnisk bakgrunn. Å presentere et prosjekt som kun inkluderte en del av den større gruppen (den pakistanske gruppen blant de andre sub-gruppene), ville da være vanskelig.

Foredragstemaene som ble knyttet til prosjektpresentasjonene i målgruppen, tjente som kunnskaps-økende generelt om kropp, helse og livsstil, og samtidig ga grunnlag for spørsmål knyttet til helse og hjertets funksjon. Siden både presentasjonene og foredragene var tilrettelagt målgruppen, hadde prosjektlederen også bedre mulighet til å nå de ulike grupperingene innenfor målgruppen (kjønnsmessig gruppering, utdannelses-/kunnskapsnivå, erfaringer med det norske helsevesenet osv). Gjennom dette promoteringsarbeidet i Oslo-området, klarte da prosjektleder å nå frem til målgruppen i tillegg til indere og tamilere, med kunnskap om forebygging og rehabilitering av hjerte- og karsykdom.

Siden disse møtene ofte var åpne for hele familier, hadde prosjektleder mulighet til å nå personer både med og uten hjerte- og karsykdom, og på denne måten styrke kunnskapen om en forebyggende og rehabiliterende livsstil slik at flere personer i samme husholdning kunne støtte hverandre i det daglige livet. Gjennom deltakelse i disse møtene, fikk deltakerne mulighet til å få informasjon tilpasset deres

kunnskapsnivå og behov. På denne måten har prosjektet nådd en større del av målgruppen og informert dem om bedre helse og sykdom gjennom tilrettelagt og tilgjengelig informasjon, og styrket målgruppens allmennkunnskap om hjerte- og karsykdom.

Antallet deltakere på disse møtene var som regel minst 15 personer (ofte over 60 deltakere). Prosjektleder hadde da bedre og bredere mulighet til å oppfylle prosjektet målsettingene på en mer ressurs-effektiv måte gitt prosjektets ressursmessige begrensninger.

Innenfor prosjektets rammeverk er det likevel vanskelig å måle/evaluere i hvilken grad målgruppens helse ble bedret. I forhold til prosjektets mål om å nå frem med kunnskap til målgruppen, kunne dette evalueres fortløpende gjennom den aktive og engasjerte deltakelsen og diskusjonene som fant sted i de ulike presentasjonsmøtene.

Betjeningen av «Hjertelinjen på urdu/punjabi»

Promoteringsarbeidet førte til at 2 personer benyttet telefontjenesten, hvor de henholdsvis var av indisk og pakistansk opprinnelse.

Begge innringerne svarte positivt da de ble spurt om informasjonen de fikk gjennom telefonsamtalen besvarte deres spørsmål og ga dem informasjonen de søkte.

Erfaringene fra promoteringsarbeidet bekreftet, i tillegg, tidligere erfaringer om at kunnskapsnivået i den sørasiatiske befolkningsgruppen er svært varierende og legger ofte vekt på annen kunnskap enn vestlig vitenskap. Dermed mangler målgruppen (muligens) den samme grunnleggende (helse-) kunnskapen slik den finnes i den generelle norske befolkningen. Og, de har derfor ikke samme mulighet til å stille spørsmål og/eller søke informasjon knyttet til hjerte- og karsykdom, for eksempel gjennom et slikt rådgivningstelefontjeneste.

Program/undervisningspresentasjon om prosjektet

Program/undervisningspresentasjonen om prosjektet var tilpasset målgruppen og deres heterogenitet ut ifra prosjektleders erfaringer fra tidligere virksomhet. Presentasjonene var preget av tilrettelagte bilder og lite tekst. Siden leseferdighetene i denne gruppen er varierende, var det mer gunstig å bruke bilder. Samtidig ble presentasjonene mer åpne, innholdsmessige, og kunne lettere tilrettelegges den enkelte deltakergruppen og deres kunnskap, ønsker og behov. Dermed ble presentasjonene mer dynamiske, autentiske og naturlige upåvirket av hvor mange ganger de var brukt tidligere, samtidig som verken foredragsholder eller deltakere ble «låst» av teksten i presentasjonene. Av praktiske hensyn (språk, konsentrasjon/fokus ol) hadde hvert presentasjonsbilde egen tittel og gjerne par stikkord om innholdet i det aktuelle presentasjonsbildet. På denne måten var ikke presentasjonene språkavhengige i forhold til målgruppen, og kan videre brukes som mal for presentasjoner i andre målgrupper.

Promoteringsmaterieell

Promoteringsmaterialet var en god visuell støtte til den muntlige informasjonen som ble gitt i disse møtene. Likevel, viste erfaringene at dette materialet, spesielt brosjyrene med magnetkort, hadde noen begrensninger blant annet at det var gitt lite/ingen informasjon om helsepersonalets bakgrunn (den som betjente «Hjertelinjen på urdu/punjabi»), om når (dag og tid) og hvordan linjen ble betjent (man hadde

mulighet til å legge igjen beskjed til prosjektleder dersom man ringte utenom telefонтiden for denne telefонтjenesten). Noe av denne utfordringen ble i praksis løst ved å stifte prosjektleders visittkort til de aktuelle brosjyrene.

Når det gjelder plakaten i dette materialet, informerte de kun om hjertelinjen generelt, både på norsk og urdu, uten videre informasjon om at linjen var delvis betjent av urdu-/punjabitalende helsepersonell.

Siden teksten i brosjyrene og plakaten var enten på norsk eller urdu, kan dette ha ekskludert andre innvandrergupper med interesse og behov for informasjon knyttet til dette prosjektet, uten at dette påvirker prosjektets målsetting. En slik erfaring kan være en konstruktiv betraktning i andre prosjekter som gjelder innvandrerbefolkningen hvor man ikke bare prøver ut nye tiltak men også kartlegger og/eller evaluerer behovene i gruppene.

Kontakt og samarbeid med helsevesenet

Å etablere kontakt og samarbeid med sykehusene og hjertesyrkepleierne var en av delmålene i promoteringen av «Hjertelinjen på urdu/punjabi». De ulike sykehusene har sannsynligvis ulike strategier og mål i forhold til deltakelse i prosjekter og dette påvirket i hvilken grad prosjektleder fikk etablert kontakt og samarbeid. Arbeidet varierte fra presentasjoner for en liten gruppe på ca 3 personer til presentasjoner for en gruppe på 20 eller flere personer. Kontakten med de ulike kontaktpersonene (sykehusene og hjertesyrkepleierne) ble satt i gang våren 2011. Av ulike og dels ukjente årsaker var det vanskelig å oppnå kontakt med noen av sykehusene (Diakonhjemmet, Lovisenberg- og Drammen sykehus).

Prosjektleder viste interesse for å presentere prosjektet for den aktuelle pasientgruppen og gruppen med aktuell helsepersonell, og fristet med relevante foredrag knyttet til kosthold, uten at dette førte til videre promotering av prosjektet på det tidspunktet.

På Aker sykehus ble det formidlet en interesse for prosjektet knyttet til hjerterehabiliteringen, men siden de fleste deltakerne hadde norsk bakgrunn fikk prosjektleder beskjed om at behovet for prosjektpromoteringen ville meldes til prosjektleder når det var relevante deltakere fra målgruppen i rehabiliteringen. Det ble dermed ikke holdt presentasjonsmøte på Akersykehus, og kortfattet informasjon ble gitt til hjerterehabiliteringen gjennom helsepersonalet som betjener hjertelinjen til vanlig.

Akershus sykehus (høsten 2011) derimot tok ivrig imot både prosjektleder og -presentasjonen, annonserte møtet grundig på forhånd slik at det var ca 25 deltakere til promoteringsmøtet. Kontaktpersonen ved sykehuset viste positiv interesse for prosjektet, og det ble avsatt en time slik at prosjektleder kunne grundig forklare bakgrunnen, nytten og behovet for slike tilrettelagte tiltak som «Hjertelinjen på urdu/punjabi». Sykehuset inviterte også til videre og mer omfattende prosjektpromotering i begynnelsen av 2012, men disse kunne ikke ivaretas da prosjektet var i sin avslutningsfase.

For å oppnå kontakt med hjertesyrkepleierne i forbindelse med prosjektpromoteringen, ble det sendt skriftlig informasjon til de aktuelle sykepleierne. Virkningen av denne promoteringsmåten er vanskelig å kartlegge siden det mangler tilbakemelding (forespørsel om prosjektmateriale og/eller videre informasjon) fra gruppen.

Siden både prosjektet og tjenesten ble evaluert underveis, forsøkte prosjektleder også å nå målgruppen gjennom enkelte og aktuelle fastlegekontorer der interessen og engasjementet til dette prosjektets målsetting var stor. Prosjektet ble presentert for disse legene og promoteringsmaterialet ble lagt igjen på deres kontor for videre utdeling. Her ble fastlegene oppfordret til å informere om tjenesten og gjerne dele ut promoteringsmaterialet til pasientene i prosjektets målgruppe. I samtale med disse fastlegene, har prosjektleder blitt opplyst om at målgruppen, etter fastlegenes erfaring, sjeldent benytter eller oppsøker slike telefontjenester (blant annet diabetes-linjen, kreft-linjen) selv om behovet for informasjon er stort i denne målgruppen.

Begrensninger og lærdom for videre arbeid

Tatt resultatene og erfaringene fra dette prosjektet i betraktning, er det gunstig å involvere berørte personer og grupper fra målgruppen aktivt med i målformuleringen og prosjektplanleggingen. Det er viktig i denne sammenheng å kartlegge målgruppen i samarbeid med kompetente personer fra målgruppen slik at språklige, kulturelle og andre relevante faktorer (kunnskap, lese-/skriveferdigheter, utdanningsnivå) er belyst og tatt i betraktning i den første planleggingsfasen.

Målgruppens deltakelse både i antall og aktivitetsomfang, i promoteringsmøtene, viser en etterspørsel etter slik kunnskap og informasjon som setter individet i bedre stand til å forstå og søke den hjelpen det trenger. Samtidig viser disse erfaringene at det er lettere å nå denne gruppen i gruppesammenheng enn enkeltvis og gjennom personlig oppmøte enn gjennom telefonen. På dette tidspunktet i utviklingskurven for den aktuelle målgruppen, kan det være mer ressurskrevende (tid, økonomiske kostnader, tilgang til egnet helsepersonell) å drive et tiltak som denne telefontjenesten, slik resultatene og erfaringene fra dette prosjektarbeidet også tyder på. Det kan hende at årsakene til dette er at telefonen er en forholdsvis nyere og ofte dyrere ressurs for denne gruppen (hovedsakelig med oppvekst i Pakistan, India og Sri Lanka) sammenliknet med den norske befolkningen hvor telefonen er en veletablert og hyppig brukt ressurs. Det er også mulig at disse gruppene som har en sterkere gruppe-kultur (der hvert individ identifiseres som et medlem av en gruppe f.eks. familie, slekt, osv.) kan nåes bedre gjennom gruppe-baserte tiltak enn individ-baserte tiltak fordi gruppe-baserte tiltak er mer i tråd med deres egen kultur og tradisjoner. Andre mulige årsaker kan også inkludere at denne gruppen oppsøker mer «ansikt-til-ansikt» kontakt fordi de er vant til og eksponert for mer av dette.

Prosjektleder var også tidvis sykemeldt over lenger perioder og dette påvirket også tiden prosjektet i virkeligheten hadde rådighet over. Og dermed er det grunn til å tro at, i denne gruppen, trenger slike tiltak mer tid (antakeligvis mer enn 2 år avhengig av stillingsprosenten, slik erfart i dette prosjektet) til å etableres. Etableringen vil også avhenge av blant annet gruppens kunnskapsbakgrunn om hjerte- og karsykdom (i dette tilfellet) og deres kunnskap og holdning angående bruken av liknende telefontjenester.

Kap 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Nasjonalforeningen kan med hell tre inn i innvandtermiljøene, men med strategier som er tilpasset de ulike gruppene kulturelt/språklig fremfor å bruke (kulturelt og språklig) norsk kultur som eneste fremgangsmåte.

Slik resultatene og erfaringene fra dette prosjektet viser, er det mer effektivt, ressursmessig, å oppfylle liknende målsetting for eksempel gjennom aktive og tilrettelagte møter på gruppebasis slik det ble gjort i promoteringsarbeidet for dette prosjektet. Prosjektresultatene og erfaringene viser også viktigheten av å bruke aktuelle fagpersoner med relevant kulturell bakgrunn (norsk og andre kulturer) i planlegging av prosjektet før prosjektbeskrivelsen er klargjort.

I tråd med bakgrunnen for dette prosjektet, trenger og søker målgruppen videre kunnskap, og hovedsakelig gjennom presentasjonsmøtene ble prosjektets målsetting nådd. Deltakerne har vist takknemlighet for et slikt prosjekt direkte og gjennom sitt oppmøte og aktive deltakelse.

Erfaringene fra den allerede etablerte hjertelinjen viser også at det er lettere å nå kontakt med målgruppen (den generelle befolkningen i Norge) på individnivå dersom hjertelinjen presenteres gjennom direkte, personlig kontakt. Annonsering gjennom informasjonsmateriell alene fører til en mindre effekt av opplysningsarbeidet hos målgruppen. De erfaringene høstet fra dette prosjektarbeidet er nokså likt erfaringene nevnt over i denne sammenheng.

Nasjonalforeningen for folkehelsen avslutter selve «Hjertelinjen på urdu/punjabi» da foreløpig resultater viser at dette ikke er et velegnet tiltak for å nå gruppen.

Litteraturliste:

Cox K. & Wilson, E. (2003): Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. Journal of Advanced Nursing. Volume 43 Issue 1, Pages 51 – 61.

Eakin, E.G, et al. (2007): Telephone interventions for physical activity and dietary behaviour change: A systematic review. Am J Prev Med 32(5).

Hanssen T.A., Nordrehaug J.E., Eide G.E., Hanestad B.R. (2009): Improving outcomes after acute myocardial infarction: Implementing post-discharge intervention providing information and support. Eur J Cardiovascular Prev Rehabil. 2007 Jun; 14 (3):429-37

Jenum A.K., Holme I., Graff-Iversen S. (2005): Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. Diabetologia (2005) 48: 435-439.

Kale, Emine(2007): "Vi tar det vi har" om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. NAKMI skriftserie om minoriteter og helse 2/2006

Kumar K, Deeming A, Gordon C, Nightingale P, Raza K.(2009):Experience with a Punjabi, Urdu and Hindi rheumatology telephone helpline.: Musculoskeletal Care, Jan 7

Kumar B.N., Meyer H.E., Wandel M., Dalen I., Holmboe-Ottesen G. (2006): Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. International Journal of Obesity (2006) 30, 684-690.

Larsen, Ingegerd Frøyshov (2000): Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere. Tidsskrift Norske legeforening:120;2804-2806.

Mistiaen, P. & Poot, E. (2003): Telephone follow-up, initiated by hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home (Review). The Cochrane Library 2009, issue 2.

Statistisk sentralbyrå, 2008: Innvandrers helse 2005/2006

Statistisk sentralbyrå 2009: Innvandrere i Norge. Hvem er de, og hvordan går det med dem?