

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Medizinische Psychologie

**Interkulturelle Öffnung in der stationären psychosomatischen
Rehabilitation – Herausforderungen und Ressourcen für
Patient*innen und Behandelnde**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum.
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Oriana Handtke
aus Starnberg

Hamburg 2023

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 10.10.2023**

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Holger Schulz

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

1	<u>SYNOPSIS</u>	<u>4</u>
1.1	HINTERGRUND	4
1.1.1	MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND	4
1.1.2	MIGRATION UND GESUNDHEIT	5
1.1.3	PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND	9
1.1.4	BEHANDLUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN STATIONÄREN PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATIONSKLINIKEN	11
1.1.5	BARRIEREN UND RESSOURCEN IN DER VERSORGUNG UND BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT MH	13
1.1.6	INTERKULTURELLE ÖFFNUNG VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN	17
1.2	FRAGESTELLUNGEN UND ZIELSETZUNGEN	24
1.3	METHODE UND ERGEBNISSE – KURZDARSTELLUNG DER PUBLIKATIONEN	26
1.3.1	SCOPING REVIEW ZU MAßNAHMEN INTERKULTURELLER ÖFFNUNG VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN	26
1.3.2	QUALITATIVE ERHEBUNG INTERKULTURELLER BARRIEREN UND RESSOURCEN VON PATIENT*INNEN UND BEHANDELNDEN IN STATIONÄREN PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATIONSKLINIKEN	32
1.3.3	ERPROBUNG EINER QUANTITATIVEN ERHEBUNG DER PSYCHOSOZIALEN ARBEITSBEDINGUNGEN VON MITARBEITENDEN MIT UND OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND IN STATIONÄREN PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATIONSKLINIKEN	41
1.4	DISKUSSION	49
1.4.1	INTEGRATION DER ERGEBNISSE UND IMPLIKATIONEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS	49
1.4.2	STÄRKEN UND LIMITATIONEN	62
1.4.3	FAZIT	64
2	<u>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>66</u>
3	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>67</u>
4	<u>PUBLIKATIONEN IN DER ORIGINALVERSION</u>	<u>76</u>
4.1	PUBLIKATION 1	76
4.2	PUBLIKATION 2	175
4.3	PUBLIKATION 3	187
5	<u>ZUSAMMENFASSUNG AUF DEUTSCH UND ENGLISCH</u>	<u>203</u>
5.1	ZUSAMMENFASSUNG	203
5.2	ABSTRACT	204
6	<u>ERKLÄRUNG DES EIGENANTEILS AN DEN PUBLIKATIONEN</u>	<u>205</u>
7	<u>DANKSAGUNG</u>	<u>207</u>
8	<u>LEBENS LAUF</u>	<u>208</u>
9	<u>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG</u>	<u>209</u>

1 Synopse

Die vorliegende kumulative Dissertation kombiniert verschiedene methodische Ansätze zur Erforschung der interkulturellen Öffnung auf einem internationalen Level sowie der Herausforderungen und Ressourcen der interkulturellen Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland. Grundlage hierfür sind drei empirische Publikationen, die in wissenschaftlichen peer-review Zeitschriften veröffentlicht wurden. Die erste Publikation umfasst eine Übersichtsarbeit zu implementierten Maßnahmen der interkulturellen Öffnung und deren Wirksamkeit in Gesundheitseinrichtungen. Die zweite Veröffentlichung stellt die Erkenntnisse einer qualitativen Interviewstudie dar. Mitarbeitende und Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund (MH) aus vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken wurden in diesem Rahmen zu Ressourcen und Barrieren in Hinblick auf die interkulturelle Versorgung befragt. Die dritte Veröffentlichung ist eine Machbarkeitsstudie, in der die Durchführung einer quantitativen Vergleichsstudie zu psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit und ohne MH in psychosomatischen Rehabilitationskliniken erprobt wurde.

Die Forschungsprojekte zur Umsetzung der beschriebenen wissenschaftlichen Studien wurden durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gefördert.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Menschen mit Migrationshintergrund

Im Jahr 2020 lag die Zahl der Migrant*innen weltweit bei ca. 281 Millionen Menschen (Internationale Organisation für Migration, 2020). Ein/e Migrant*in wird nach Angaben der Internationalen Organisation für Migration der Vereinten Nationen (IOM) als Person beschrieben, die ihren üblichen Wohnort innerhalb oder außerhalb nationaler Grenzen ändert, unabhängig davon, ob diese Veränderung vorübergehend oder dauerhaft ist und was die Gründe für diese sind (Internationale Organisation für Migration, 2022). Die Länder, in denen die meisten internationalen Migrant*innen leben, sind die USA mit 50,6 Millionen Migrant*innen, gefolgt von Deutschland mit 15,8 Millionen und Saudi Arabien mit 13,5 Millionen Migrant*innen (Internationale Organisation für Migration, 2020). Die

Bundeszentrale für politische Bildung definiert den Begriff Migrant*in als „Oberbegriff für Zugewanderte und Abgewanderte und bezieht sich auf Personen, die von einem Land in ein anderes Land ziehen. In Deutschland gelten Personen, die im Ausland geboren und nach Deutschland gezogen sind als Migrant*innen. Sie verfügen damit über eine eigene Migrationserfahrung und werden auch als Migrant*innen ‚der ersten Generation‘ bezeichnet“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022). Eine weitere Definition von Person mit MH in Deutschland wurde vom Statistischen Bundesamt festgelegt. Der zufolge hat eine Person einen Migrationshintergrund, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde“. Dies umfasst folgende Subkategorien:

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer*innen
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte
3. (Spät-)Aussiedler*innen
4. Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption durch einen deutschen Elternteil erhalten haben
5. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Kinder der vier zuvor genannten Gruppen (Statistisches Bundesamt, 2022).

Im Jahr 2021 hatten 27% der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund. Davon waren 40% Ausländer*innen (d.h. Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen) mit eigener Migrationserfahrung und 23% Deutsche mit eigener Migrationserfahrung (Statistische Bundesamt, 2021b). Die häufigsten Herkunftsländer der in Deutschland lebenden Migrant*innen sind die Türkei, Polen und die Russische Föderation (Statistische Bundesamt, 2022b).

1.1.2 Migration und Gesundheit

Laut der IOM besteht ein dynamischer und komplexer Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit (Internationale Organisation für Migration, 2019). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation, 1946). Um den Rahmen der vorliegenden Dissertation zu wahren, wird der Fokus auf den Aspekt der psychischen Gesundheit gelegt. Psychische Gesundheit beschreibt einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen,

produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (Weltgesundheitsorganisation, 2019).

Der Migrationsprozess, der freiwillig und geplant geschehen kann, etwa, um die eigene wirtschaftliche Lage zu verbessern oder Familienangehörigen nachzureisen, aber auch ungeplant und unfreiwillig, aufgrund von politischer Verfolgung, Krieg, Hunger, Umweltkatastrophen oder anderen Ereignissen erfolgen kann, geht mit zahlreiche existentielle Veränderungen einher (Spallek & Razum, 2016). Somit stellt die Migration eine äußerst relevante Komponente für die Gesundheit der betreffenden Personen dar (Internationale Organisation für Migration, 2019). Um den Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren zu erläutern, werden im nächsten Abschnitt drei in der Wissenschaft etablierte Modelle vorgestellt.

1.1.2.1 Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit

Healthy-Migrant-Effekt

Das Healthy-Migrant-Effekt-Modell beschreibt das Phänomen, dass Migrant*innen bei ihrer Ankunft im Zielland einen besseren Gesundheitszustand vorweisen als dessen Bevölkerung (Kirkcaldy et al., 2006; Knipper & Bilgin, 2009; Spallek & Razum, 2016). Als Grund dafür wird angeführt, dass vor allem gesunde, robuste und widerstandsfähige Menschen migrieren (Kirkcaldy et al., 2006; Knipper & Bilgin, 2009). Gleichzeitig kann auch eine Verbesserung der Lebensumstände durch die Migration für diesen Effekt verantwortlich sein (Kirkcaldy et al., 2006). Empirisch konnte dieser zwar bestätigt werden, doch mit der Aufenthaltsdauer im Zielland nahm dieser ab. In einigen Fällen konnte sogar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt werden. (Kirkcaldy et al., 2006; Knipper & Bilgin, 2009).

Zusammenfassend lässt das Modell die Aussage zu, dass besonders gesunde Individuen zur Migration aufbrechen und durch die Vorteile im Zielland diesen Zustand aufrechterhalten. Dennoch kann dieser Effekt mit der Länge der Aufenthaltsdauer im Zielland abnehmen.

Migration-Stress-Modell

Das Migrations-Stress-Modell umschreibt den Migrationsprozess als ein wesentliches kritisches Ereignis im Leben der Migrant*innen. Durch das Zusammenkommen verschiedener Stressoren im Prozess der Migration kann diese eine ungünstige Wirkung auf die Gesundheit

haben (Kupfer & Gamper, 2020). Dazu zählen eine risikoreiche Reiseroute mit zum Teil lebensbedrohlichen Bedingungen oder Gewalterfahrungen, Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen/Wohnverhältnisse, Belastungen durch aufenthaltsrechtliche Regelungen im Zielland, Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung und Ausländerfeindlichkeit sowie Entfremdung und Isolation aufgrund anhaltender Trennung und sich verändernder Beziehungen (Kirkcaldy et al., 2006). Je nach Ausprägung der Anpassungsfähigkeit der Migrant*innen und der individuellen Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien gehen die Stressoren mit psychischen und physischen Belastungen einher, die den Gesundheitszustand negativ prägen können (Kirkcaldy et al., 2006).

Dieses Modell fokussiert auf den individuellen Umgang mit dem kritischen Lebensereignis, das die Migration darstellt und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Migrant*innen.

Modell der Unterprivilegierung

Im Modell der Unterprivilegierung wird ein gesundheitlicher Nachteil von Menschen mit MH als Folge einer sozialen Benachteiligung erklärt (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020; Spallek & Razum, 2016). Diese entsteht durch soziale und wirtschaftliche Abstiegsprozesse, gesundheitsschädliche und prekäre Wohnbedingungen sowie mangelnde soziale Anerkennung und Integration (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020; Schenk, 2007; Spallek & Razum, 2016). In diesem Kontext ist der Lebensstil durch gesundheitliche Risikofaktoren und gesundheitsgefährdendes Verhalten geprägt, wodurch der allgemeine Gesundheitszustand von Betroffenen gefährdet wird (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020; Schenk, 2007).

Dieses Modell bezieht sich insbesondere auf die sozialen und gesellschaftlichen Variablen des Ziellandes und stellt einen direkten Zusammenhang der problematischen Integration von Migrant*innen und deren Gesundheit her.

Wie eben beschrieben, sind die unmittelbaren Auswirkungen der Lebensbedingungen von Menschen mit MH in Bezug auf deren Gesundheitszustand von Relevanz. Das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen sind wesentliche Aspekte ihrer allgemeinen Lebensumstände. Da die psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit MH einen wichtigen Punkt in dieser Dissertation darstellen, soll an dieser Stelle genauer auf die

psychosozialen Arbeitsbedingungen von Menschen mit MH und deren Auswirkungen auf die Gesundheit eingegangen werden.

1.1.2.2 Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit von Menschen mit MH

Theoretische Modelle suggerieren, dass die psychische Gesundheit eines Individuums mit den Arbeitsbelastungen (hohes Arbeitstempo, unsicheres Arbeitsverhältnis) und arbeitsbezogenen Schutzfaktoren (soziale Unterstützung, subjektive Bedeutung der Arbeit), also mit den psychosozialen Arbeitsbedingungen, assoziiert ist (Fuss et al., 2008; Johnson & Hall, 1988; Karasek, 1979; Nübling et al., 2005; Siegrist, 1996). Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen hohen Arbeitsanforderungen, geringer Kontrolle über die Arbeit, wenig Anerkennung sowie Unsicherheit des Arbeitsplatzes und depressiven Symptomen bei Arbeitnehmenden (Adriaenssens et al., 2015; Aronsson et al., 2017; Burns et al., 2016; Daly et al., 2019). Eine faire Behandlung und Unterstützung am Arbeitsplatz wurden hingegen als Schutzfaktoren identifiziert (Adriaenssens et al., 2015; Aronsson et al., 2017; Burns et al., 2016; Daly et al., 2019).

Neben allgemeinen Arbeitsbelastungen sind Menschen mit MH mit speziellen Hindernissen auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert, wie der Nicht-Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikationen aus dem Heimatland, geringerer Bezahlung und struktureller Diskriminierung (Kirkcaldy et al., 2006; Moyce & Schenker, 2018). Aufgrund sozialer Benachteiligung arbeiten sie häufig unter ihrem Qualifikationsniveau, sind hohen Arbeitsbelastungen und teilweise schädlichen bzw. gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt oder begeben sich in prekäre und kurzfristige Arbeitsverhältnisse (Arici et al., 2019; Daly et al., 2019; Moyce & Schenker, 2018). Doch auch in sicheren Arbeitsverhältnissen begegnen sie Belastungen und erfahren Nachteile durch eingeschränkte Sprachkenntnisse, Anpassung an kulturelle Unterschiede, Diskriminierung oder Abwertungen (Hogh et al., 2011; Moyce & Schenker, 2018; Sterud et al., 2018; Wadsworth et al., 2007). Vor allem Diskriminierungserfahrungen erhöhen das Stresserleben und das Risiko für psychische Erkrankungen (Agudelo-Suárez et al., 2011; Bhui et al., 2005; Wadsworth et al., 2007). Die negativen Konsequenzen von schwierigen Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit von Menschen mit MH wurden bereits in einer Vielzahl von Studien beschrieben (Agudelo-Suárez et al., 2011; Arici et al., 2019; Bhui et al., 2005; Moyce & Schenker, 2018).

Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass sich die erlebten psychosozialen Arbeitsbedingungen von Menschen mit und ohne MH wenig unterscheiden und darauf, dass

Menschen mit MH ihre psychosozialen Arbeitsbedingungen besser bewerten als Mitarbeitende ohne MH (Olesen et al., 2012; Ulusoy et al., 2018). Ein systematisches Review zeigt zudem nur eine geringe Evidenz für den Mediator-Effekt psychosozialer Arbeitsbedingungen auf den Zusammenhang zwischen Migrations- und Gesundheitsstatus (Sterud et al., 2018). Aufgrund der Heterogenität der Stichproben und Arbeitsumfelder sind keine eindeutigen Aussagen möglich und weitere Forschung bezüglich des Einflusses kultureller Dimensionen auf die erlebten Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf das individuelle Stresserleben sowie auf die Gesundheit ist notwendig (Capasso et al., 2016; Sterud et al., 2018).

Die teilweise herausfordernden Arbeits- und Lebensbedingungen von Menschen mit MH können eine wesentliche Wirkung auf deren physischen und psychischen Gesundheitsstatus haben. Die Ausprägungen psychischer Erkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe werden im folgenden Kapitel betrachtet.

1.1.3 Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Zu Häufigkeiten psychischer Erkrankungen von Menschen mit MH liegen international unterschiedliche Ergebnisse vor und Autor*innen deuten auf eine unbefriedigende Datenlage hin (Knipper & Bilgin, 2009; Kupfer & Gamper, 2020).

Einerseits weisen wissenschaftliche Publikationen auf höhere Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit MH im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin (Aichberger et al., 2010; Bourque et al., 2011; Close et al., 2016). Erhöhte Prävalenzzahlen finden sich vor allem bezüglich affektiver und somatoformer Störungen bei Migrant*innen der ersten Generation (Aichberger et al., 2010; Close et al., 2016; Dingoyan et al., 2017). Die Prävalenzraten für depressive Erkrankungen liegen zwischen 5% und 44% in der Gruppe der Migrant*innen und zwischen 8% und 12% für die einheimische Bevölkerung des Aufnahmelandes. Zudem zeigen Migrant*innen erhöhte Prävalenzraten für posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und psychotische Störungen (Bourque et al., 2011; Close et al., 2016). In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen in einer nicht klinischen Stichprobe von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bei 78,8% für eine psychische Erkrankung, bei 21,6% für mehr als eine psychische Erkrankung und bei 7,3% für fünf oder mehr psychische Erkrankungen (Dingoyan et al., 2017). Affektive Erkrankungen haben mit 41,9% die höchste Lebenszeitprävalenz, gefolgt von Angststörungen

(35,7%) und somatoformen Störungen (33,7%) (Dingoyan et al., 2017). Als mögliche Ursachen für erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit MH werden Belastungen durch traumatische Erfahrungen im Herkunftsland oder auf der Reise ins Zielland, Entwurzelung, Trennung von der Familie oder dem/der Partner*in, divergierende Werte im Zielland, finanzielle Belastungen, Stress durch den Akkulturationsprozess, unsichere Lebens- und Wohnverhältnisse sowie Stigmatisierungen bzw. Diskriminierung gesehen (Kirkcaldy et al., 2006; Knipper & Bilgin, 2009; Kupfer & Gamper, 2020).

Andererseits gibt es Hinweise darauf, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prävalenzraten für depressive Erkrankungen (ca. 2,5%), somatoforme Beschwerden (ca. 4,5%), generalisierte Angststörung (ca. 1%) und posttraumatische Belastungsstörung (ca. 5,5%) zwischen Menschen mit und ohne MH vorliegen (Glaesmer et al., 2009; Swinnen & Selten, 2007). Einige Studien weisen sogar darauf hin, dass Migrant*innen bei ihrer Ankunft im Zielland eine bessere psychische Gesundheit vorweisen als dessen Bevölkerung (Dhadda & Greene, 2018), wie es der Healthy-Migrant-Effekt beschreibt. Beispielsweise sind die 3-Monatsprävalenzraten von Essstörungen in der australischen Allgemeinbevölkerung (6,4%) höher als in der Population der Migrant*innen (4,5%) (Cheah et al., 2020). Auch die Inzidenzraten von Abhängigkeitserkrankungen von Migrant*innen in Schweden sind niedriger als die der einheimischen Bevölkerung. Grundsätzlich besteht die Annahme, dass der psychische Gesundheitszustand sich mit der Aufenthaltsdauer im Zielland verändert (Kirkcaldy et al., 2006).

Trotz Unterschieden in gefundenen Prävalenzraten und der Heterogenität der Studien bezüglich der untersuchten Gruppen, der psychischen Erkrankungen und der gewählten Erhebungsmethoden (Close et al., 2016; Glaesmer et al., 2009), kann von einer vergleichbaren Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei Menschen mit und ohne MH ausgegangen werden.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann die Behandlung in Deutschland in verschiedenen Settings stattfinden. Dazu zählen im Akutbereich ambulante, teil-stationäre oder stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen. Hinzu kommen die sozialpsychiatrische Behandlung und die Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., 2018; Linden, 2014). Da der Fokus dieser Dissertation auf der Behandlung von Menschen mit MH in stationären psychosomatischen

Rehabilitationskliniken liegt, soll im Folgenden genauer auf diesen Versorgungsbereich eingegangen werden.

1.1.4 Behandlung psychischer Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken

Die Behandlung psychischer Erkrankungen in psychosomatischen Rehabilitationskliniken ist eine deutsche Besonderheit (Linden, 2014). Insgesamt gibt es 195 psychosomatische Rehabilitationskliniken in Deutschland und die Behandlung kann stationär oder ambulant erfolgen (Deutsche Rentenversicherung, 2023). Die Behandlungskosten werden gewöhnlich von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Das Ziel ist in erster Linie die Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V, 2015; Linden, 2014). Entsprechend ist die Zielgruppe von Rehabilitationskliniken in der Regel definiert durch erwerbsfähige chronisch Kranke (> 6 Monate) (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V, 2015; Linden, 2014). Dies schließt somit alle Menschen mit MH aus, die in Deutschland nicht erwerbsfähig sind oder den Status als Geflüchtete oder Asylbewerber*innen haben.

Obwohl Menschen mit MH mindestens ebenso häufig an psychischen Erkrankungen leiden wie Menschen ohne MH, zeigte eine prospektive Studie, dass Menschen mit MH die Angebote psychosomatischer Rehabilitationskliniken seltener in Anspruch nehmen als Menschen ohne MH (Möske et al., 2011). Dabei scheint es Unterschiede in Bezug auf die Nationalität zu geben. So ergab die Analyse der Routinedaten zur psychosomatischen Rehabilitation der Rentenversicherung von Zollmann et al. (2016), dass Versicherte mit türkischer Nationalität mehr psychosomatische Leistungen in Anspruch nehmen als deutsche Versicherte und Versicherte anderer Nationalitäten (Zollmann et al., 2016). Der prozentuelle Anteil an Patient*innen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland liegt bei 5,8%, wohingegen diese Gruppe insgesamt 13% der Gesamtheit aller Erwerbstätigen darstellt (Statistische Bundesamt, 2021b). Das häufigste Herkunftsland der Patient*innen mit MH ist mit 2% der Gesamtpatient*innen die Türkei (Zollmann et al., 2016). Das erlaubt den Rückschluss auf eine Unterrepräsentierung der Patient*innen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahme.

Vergleicht man Patient*innen mit und ohne MH zu Beginn der Behandlung in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation, werden bereits Unterschiede deutlich: Migrant*innen weisen schwerere psychosoziale Belastungen auf (Gruner et al., 2012; Kessemeier et al., 2019; Mösko et al., 2011; Mösko et al., 2008; Nickel et al., 2006) und berichten von einer insgesamt höheren psychopathologischen Gesamtbelastung sowie somatoformen Beschwerden (Gruner et al., 2012; Kessemeier et al., 2019; Mösko et al., 2011; Schmeling-Kludas et al., 2003). Vor allem Menschen mit türkischem MH zeigen signifikant längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Beginn der Rehabilitation als Patient*innen anderer Nationalitäten, berichten häufiger von suizidalen Gedanken in den Wochen vor der Behandlung und von einem längerem vorgegangenem Krankheitsverlauf als Patient*innen ohne MH (Göbber et al., 2010; Mösko et al., 2008; Nickel et al., 2006; Schmeling-Kludas et al., 2003; Zollmann et al., 2016). Zudem haben Menschen mit türkischem MH ein niedrigeres Bildungs- und berufliches Qualifikationsniveau, sind häufiger arbeitslos, üben häufiger geringqualifizierte Tätigkeiten aus, befinden sich häufiger in unsicheren Erwerbssituationen und haben eingeschränktere finanziellen Ressourcen als Patient*innen ohne MH (Göbber et al., 2010; Mösko et al., 2008; Zollmann et al., 2016).

Bezüglich der Inanspruchnahme der Behandlungen während der psychosomatischen Rehabilitation liegt keine nennenswerte Differenz zwischen Patient*innen mit und ohne MH vor. Tendenziell nutzen Menschen mit MH seltener psychotherapeutische Einzel- und Gruppenangebote (Zollmann et al., 2016). Primär türkische Patient*innen nehmen therapeutische sowie psychoedukative Gruppen seltener in Anspruch (Zollmann et al., 2016) und bleiben signifikant kürzer in der Rehabilitation als Patient*innen ohne MH (Göbber et al., 2010). Diese Unterschiede sind jedoch nur gering ausgeprägt. Patient*innen mit MH haben insgesamt eine etwas längere Aufenthaltsdauer als Patient*innen ohne MH (Mösko et al., 2011).

Patient*innen mit MH verlassen die psychosomatische Rehabilitation mit geringeren Behandlungserfolgen als Patient*innen ohne MH (Mösko et al., 2011; Mösko et al., 2008; Zollmann et al., 2016). Dies bezieht sich vor allem auf die Ziele der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Wiedereingliederung (Göbber et al., 2010; Gruner et al., 2012; Nickel et al., 2006; Schmeling-Kludas et al., 2003; Zollmann et al., 2016). In einer Studie von Göbber et al. (2010) wurden Menschen mit türkischen MH mit einer signifikant geringer eingeschätzten beruflichen Leistungsfähigkeit entlassen als Patient*innen

ohne MH. Zudem wiesen Patient*innen mit MH eine signifikant höhere Anzahl an Rentenanträgen, Rentenwünschen und an bereits bezogenen Renten auf (Göbber et al., 2010). Laut Mösko et al. (2011) ist eine signifikante Reduktion der psychopathologischen Symptomatik aller Patient*innen nach der rehabilitativen Behandlung festzustellen (Möske et al., 2011). Werden die Subgruppen in Bezug auf die Herkunft differenziert betrachtet, so erzielen Patient*innen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei geringere Behandlungserfolge als Patient*innen aus Nord-Westeuropa und Deutschland (Möske et al., 2011). Zollmann et al. (2016) berichten, dass der Anteil der Patient*innen, die mit einem gebesserten Gesundheitszustand entlassen werden bei Patient*innen ohne MH bei 84%, bei Patient*innen mit einer anderen Nationalität bei 79% und bei Patient*innen mit türkischem MH bei 71% lag (Zollmann et al., 2016). Studien weisen in diesem Kontext darauf hin, dass vor allem die Art und Ausprägung der Ausgangsbelastung, ungünstige soziomedizinische Voraussetzungen (Rentenantrag, Arbeitsunfähigkeitszeiten) sowie sozioökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit, Bildungsabschluss, Alter) für die Unterschiede in den Behandlungserfolgen verantwortlich sind und der MH keinen bis nur einen geringen Einfluss hat (Kobelt et al., 2013; Mösko et al., 2011; Zollmann et al., 2016).

Die vorliegenden Ergebnisse deuten auf Hindernisse und Herausforderungen im Zugang und in der Behandlung von Menschen mit MH in psychosomatischen Rehabilitationskliniken hin. Aus der allgemeinen Gesundheitsversorgung liegen bereits Ergebnisse zu Barrieren und Ressourcen in der Versorgung und Behandlung von Patient*innen mit MH vor. Diese werden im Folgenden erläutert.

1.1.5 Barrieren und Ressourcen in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit MH

Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH werden seit einiger Zeit international untersucht und diskutiert (Abubakar et al., 2018; Internationale Organisation für Migration, 2019; Lebano et al., 2020; Weltgesundheitsorganisation, 2018). Sie können sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen, wie der System- (macro), Organisations- (meso) und der individuellen bzw. der klinischen (micro) Ebene (Betancourt et al., 2003; Fung et al., 2012) und manifestieren sich auf Seiten der Patient*innen, der Behandelnden, der Gesundheitseinrichtungen sowie des Gesundheitssystems (Fung et al., 2012; Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013). Dabei existieren Studien und Übersichtsarbeiten, die diese

Barrieren sowohl in der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung (Bermejo et al., 2012; Betancourt et al., 2003; Lebano et al., 2020; Suphanchaimat et al., 2015) als auch in der rehabilitativen Versorgung.(Grandpierre et al., 2018; Schwarz et al., 2015) und der psychotherapeutischen Versorgung im Speziellen (Fung et al., 2012; Mösko et al., 2013) untersuchen. Ferner wurden Faktoren zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH identifiziert (Betancourt et al., 2003; Bhui et al., 2007; Bischoff, 2003; Fung et al., 2012; Grandpierre et al., 2018; Jansen et al., 2018; Schmeling-Kludas et al., 2003; Truong et al., 2014).

1.1.5.1 Barrieren in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit MH

Auf der individuellen Ebene sind Sprachbarrieren als das größte Hindernis in der Gesundheitsversorgung von Patient*innen mit MH zu benennen (Bermejo et al., 2012; Betancourt et al., 2003; Mösko et al., 2013; Schwarz et al., 2015). Diese behindern sowohl den Zugang zu als auch die Behandlung innerhalb des Gesundheitssystems (Bermejo et al., 2012; Schwarz et al., 2015). Eingeschränkte Sprachkenntnisse erschweren das Verständnis schriftlicher und mündlicher Informationen und können dazu führen, dass Gefühle und Gedanken nicht angemessen umschrieben werden können (Grandpierre et al., 2018; Schwarz et al., 2015). Dies kann wiederum zu einer reduzierten Inanspruchnahme, zu Misstrauen und Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, zu eingeschränkter Adhärenz und zu geringeren Behandlungserfolgen führen (Betancourt et al., 2003; Schwarz et al., 2015). Unterschiede in den Vorstellungen von Krankheit und Heilung, Religion, der Rolle der Behandelnden, Geschlechterrollen sowie mangelndes interkulturelles Bewusstsein oder fehlende interkulturelle Kompetenzen der Behandelnden werden von Patient*innen mit MH ebenfalls als herausfordernd erlebt (Bermejo et al., 2012; Betancourt et al., 2003; Schwarz et al., 2015). Hinzu kommen Hindernisse wie die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems, Analphabetismus sowie Wissensdefizite bezüglich der Zugangsvoraussetzungen und zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen, welche deren Inanspruchnahme einschränken (Bermejo et al., 2012; Schwarz et al., 2015).

Herausforderungen auf der individuellen Ebene in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung von Patient*innen mit MH bestehen ebenso auf Seiten der Behandelnden. Auch hier stehen Sprachbarrieren und divergierende Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, der Behandler*in-Patient*in-Beziehung, der ärztlichen Entscheidungsfindung, Geschlechterrollen und Unabhängigkeit im Vordergrund (Grandpierre

et al., 2018; Mösko et al., 2013; Suphanchaimat et al., 2015), welche die Behandlung negativ beeinflussen (Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013; Penka et al., 2003; Suphanchaimat et al., 2015). Ein Review hat gezeigt, dass Behandelnde unter diesen Umständen dazu tendieren die Patient*innen eher oberflächlich zu ihren gesundheitlichen Problemen zu befragen, sich auf somatische Erkrankungen zu konzentrieren und psychische Belastungen zu vernachlässigen (Suphanchaimat et al., 2015). Die genannten Herausforderungen führen auf Seiten der Behandelnden zu Belastungen, die sich in Gefühlen von Überforderung oder Hilflosigkeit zeigen können und den Behandlungsprozess negativ beeinflussen sowie zu einer erhöhten Arbeitsbelastung beitragen können (Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013; Suphanchaimat et al., 2015; Wohlfart et al., 2006; Zaumseil, 2006).

Zusätzlich sind Behandelnde mit MH Stressfaktoren wie Sprachbarrieren, der Überwindung kultureller Unterschiede ihrerseits, Anpassungsleistungen an Besonderheiten des Gesundheitssystems und des jeweiligen Versorgungsbereichs (Organisation, Formalitäten, Verantwortlichkeiten) sowie Diskriminierungserfahrung konfrontiert (Hogh et al., 2011; Jansen et al., 2018; Moyce & Schenker, 2018; Sterud et al., 2018; Wadsworth et al., 2007). Mehrsprachige Mitarbeitende können zudem als Sprachmittelnde eingesetzt werden, was im Kontext dieser besonderen Verantwortung und Rolle bei gleichzeitig fehlender Qualifikation als Dolmetscher*in zu Rollenkonflikten, zusätzlichen Arbeitsbelastungen und Übersetzungsfehlern in der Behandlung führen kann (Drolet et al., 2014; Elderkin-Thompson et al., 2001).

Auf der Organisationsebene, das heißt auf der strukturellen Ebene der Gesundheitseinrichtung, berichten Behandelnde und Patient*innen davon, dass eingeschränkte strukturelle Mittel innerhalb von Gesundheitseinrichtungen die Versorgung von Patient*innen mit MH erschweren. Dazu zählen die geringe Anzahl an mehrsprachigen Behandelnden, der fehlende Zugang zu professionellen Sprachmittelnden und das Fehlen von mehrsprachigen Informations- und Diagnostikmaterialien sowie der fehlende Zugang zu Fortbildungsmöglichkeiten hinsichtlich kultureller Kompetenzen (Betancourt et al., 2003; Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013). Die genannten Einschränkungen können dafür verantwortlich sein, dass wichtige diagnostische Informationen nicht eingeholt werden können und die Behandlung nicht angemessen geplant werden kann (Grandpierre et al., 2018). Weitere Herausforderungen auf der strukturellen Ebene sind aus Sicht der Patient*innen der dominierende „westliche“ Behandlungsansatz, eingeschränkte

Möglichkeiten zur Umsetzung von Ernährungs-, Gebets- und geschlechtsspezifischen kulturellen oder religiösen Vorschriften (Betancourt et al., 2003; Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013).

Auf der Systemebene, das heißt auf der Ebene der gesetzlichen, strukturellen und gesellschaftlichen Organisation des Gesundheitssystems beziehen sich die Barrieren vor allem auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen (Fung et al., 2012; Razum, Zeeb, Meesmann, et al., 2008). Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH variiert je nach Aufenthaltsstatus (Razum, Zeeb & Schenk, 2008). So haben Geflüchtete und Asylsuchende nach dem Asylbewerbergesetz in Deutschland nur eingeschränkt Zugang zu den Gesundheitsleistungen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sind weitestgehend auf ehrenamtliche und karitative Hilfen angewiesen (Razum, Zeeb & Schenk, 2008). Doch auch für Menschen mit MH mit gesetzlichem Zugang zum Gesundheitssystem existieren Hürden im Zugang zu Gesundheitsleistungen. Diese sind die organisatorische Komplexität und Intransparenz des Gesundheitssystems und der zur Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen, der teilweise bürokratische Aufwand zur Genehmigung von (vor allem rehabilitativen) Behandlungen, lange Wartezeiten sowie die komplexe Sprache innerhalb der Gesundheitsversorgung (Betancourt et al., 2003; Schwarz et al., 2015). Somit kann der Zugang zu ambulant fachärztlichen, rehabilitativen sowie präventiven Angeboten der Gesundheitsversorgung durch die oben aufgeführten Merkmale erschwert werden (Betancourt et al., 2003; Knipper & Bilgin, 2009; Rommel et al., 2015; Schwarz et al., 2015).

Sowohl Patient*innen mit MH als auch Mitarbeitende mit und ohne MH sind mit Herausforderungen in der interkulturellen Gesundheitsversorgung konfrontiert. Barrieren bestehen auf der individuellen, der Organisations- und der Systemebene. Dennoch existieren zahlreiche Ressourcen, die die Gesundheitsversorgung von Patient*innen mit MH positiv prägen.

1.1.5.2 Ressourcen in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund

Zu den Ressourcen in der Gesundheitsversorgung von Patient*innen mit MH zählen das Bewusstsein und der Respekt für kulturelle Unterschiede auf Seiten der Behandelnden und deren Kompetenz auf diese Unterschiede durch Fragen und Hintergrundwissen einzugehen, die Fähigkeit eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und die Reflektion der eigenen kulturellen Prägungen (Butler et al., 2016; Grandpierre et al., 2018). Autor*innen betonen

ebenfalls die Wichtigkeit psychoedukativer Elemente in der psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit MH, da diese eingeschränkte therapeutische Vorerfahrung und unterschiedliche Krankheitsmodelle mitbringen (Rodewig, 2000; Schmeling-Kludas et al., 2003). Zudem werden die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Erlangung von Kenntnissen über die Organisation des Gesundheitssystem von Behandelnden und Patient*innen als hilfreich erlebt (Butler et al., 2016; Grandpierre et al., 2018). Insbesondere wird die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen als zentraler Faktor in der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit MH benannt (Grandpierre et al., 2018).

Die interkulturelle Öffnung steht im Mittelpunkt dieser Dissertation, daher soll im Folgenden auf ihre Erläuterung aus theoretischer, internationaler und deutscher Perspektive eingegangen werden.

1.1.6 Interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen

1.1.6.1 Theoretische Konzepte

Um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit MH zu verbessern und beschriebene Barrieren zu überwinden, wird auf politischer Ebene die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen gefordert (Die Bundesregierung, 2007).

Bereits seit den 1980er Jahren wird insbesondere im psychosozialen Versorgungssystem in Deutschland der Versuch unternommen die Gesundheitseinrichtungen interkulturell zu öffnen und sich an den Bedürfnissen der Migrant*innen zu orientieren, um eine gleichberechtigte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit und ohne MH zu gewährleisten (Hinz-Rommel, 1994). Handschuck und Schröder definieren interkulturelle Öffnung als „Veränderung von Aufbau- und Ablauforganisation, um beispielsweise Zugangsbarrieren für Minderheiten abzubauen. Angebote und Maßnahmen der infrastrukturellen und individuellen Versorgung werden so ausgerichtet, dass sie die in den Regionen lebenden Menschen entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil wirksam erreichen“ (Handschuck & Schröder, 2002). Machleidt (2002) schlägt in den „12 Sonnenberger Leitlinien“ konkrete Strategien vor, um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit MH positiv zu modifizieren, z. B. durch Erleichterung des Zugangs zur Regelversorgung, die Förderung der interkulturellen Kompetenzen der Behandelnden, den Aufbau multikultureller Teams, die Kooperation mit Migrant*innengruppen oder -organisationen, die Organisation und Nutzung psychologisch geschulter Dolmetschender und

mehrsprachliche Informationsmaterialien (Machleidt, 2002). In der Amsterdamer Erklärung für migrantenfreundliche Krankenhäuser (2004) wird darüber hinaus empfohlen, die Qualität der Versorgung von Menschen mit MH zu einer Priorität in der Krankenhausorganisation zu machen, spezifische Ziele und Maßnahmen festzulegen sowie einen Organisationsentwicklungsprozess auch in Verwaltung, Management und Qualitätssicherung zu etablieren (Krajic et al., 2004).

Die Diskussion um die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen hält in Deutschland bereits lange an. Expert*innen beschäftigten sich mit dessen Konzeptualisierung, formulierten theoretische Grundlagen und erstellten konkrete Handlungsanweisungen. Inwiefern dieses Konzept auf internationaler Ebene Beachtung findet, wird im nächsten Punkt beschrieben.

1.1.6.2 Interkulturelle Öffnung international

In Einwanderungsländern wie den USA, Großbritannien und Australien gibt es vergleichbare politische Entwicklungen. So wurden in den USA im Jahr 2000 die „National Culturally and Linguistically Appropriate Service Standards (CLAS Standards)“ festgelegt (U.S. Department of Health & Human Services, 2000) und die australische Regierung veröffentlichte 2005 den Leitfaden „Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation“ (Australian Government, 2005). In Großbritannien verfasste der National Health Service (NHS) 2014 „the migrant health guide“ (National Health Service, 2014).

International gibt es analog zum Konzept der interkulturellen Öffnung verschiedene Begriffe wie „cultural competence“, „cultural safety“ oder „cultural humility“ (Anderson et al., 2003; Betancourt et al., 2003; Brach & Fraser, 2000; Fung et al., 2012). Autor*innen beschreiben die Herausforderung und damit verbundene anhaltende Diskussion über die präzise Benennung des Konzeptes (Betancourt et al., 2003; Fung et al., 2012). Die Strategie „cultural safety“ entstand in Neuseeland und Kanada im Kontext der gesundheitlichen Benachteiligung indigener Bevölkerungsgruppen und begegnet den spezifischen Gesundheitsproblemen und -bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppen (Fung et al., 2012). Beim Konzept „cultural humility“ liegt der Fokus auf der kritischen Selbstreflexion des Behandelnden hinsichtlich der asymmetrischen Machtverhältnisse in der Beziehung zwischen Patient*innen und Behandelnden, die sich in einer interkulturellen Begegnung meist verstärken (Tervalon & Murray-García, 1998). Fung et al. (2012) und Betancourt et al. (2003)

beschreiben, dass das Konzept der „cultural competence“ die Konzepte der „cultural humility“, „cultural safety“ und andere („cultural responsiveness“, „cultural sensitivity“), die sich auf die Interaktion zwischen Patient*innen und Behandler*innen konzentrieren, miteinschließt. Darüber hinaus beschreibt das übergeordnete Konzept „cultural competence“ verschiedene Strategien auf den Ebenen des Gesundheitssystems und der Gesundheitseinrichtungen, welche die Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH proaktiv verbessern können (Betancourt et al., 2003; Fung et al., 2012). Die meistgenutzte Definition von „cultural competence“ wurde von Cross et al. (1989) wie folgt zusammengefasst: „Cultural competence is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency or among professionals and enable that system, agency or those professions to work effectively in cross-cultural situations“ (Cross et al., 1989).

Mehrere systematische Reviews sind der Exploration von expliziten Strategien auf verschiedenen Ebenen nachgegangen und haben diese teilweise auf ihre Effektivität geprüft (Anderson et al., 2003; Betancourt et al., 2003; Brach & Fraser, 2000; Fung et al., 2012). Betancourt et al. (2003) haben durch die Identifizierung von Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH relevante Maßnahmen zu deren Abbau abgeleitet. Sie beschreiben diese auf drei Ebenen: der Organisationsebene, der strukturellen und der klinischen Ebene (Betancourt et al., 2003). Fung et al. (2012) beschreiben „cultural competence“ ebenfalls auf drei Ebenen: macro („societal level“), meso-P („programmatic level“) und meso-I („institutional level“) und micro („individual level“) und erstellten ein Modell zu „cultural competence“ auf der Organisationsebene (meso). In diesem werden acht für die Veränderung relevante Bereiche dargestellt (Fung et al., 2012). Die Micro- und klinische Ebene aus den beiden Modellen können gleichgesetzt werden und entsprechen der Ebene der Patient*in-Behandler*in-Beziehung. Der Einsatz persönlicher kultureller Kompetenzen von Behandelnden ist eine beispielhafte Strategie auf dieser Ebene. Unter Maßnahmen auf der strukturellen Ebene verstehen Betancourt et al. (2003) Strategien, die die Struktur des Gesundheitssystems verändern, um den Zugang für Menschen mit MH zu verbessern, beispielweise durch die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten. Diese ähnelt dem „macro“ bzw. „societal level“ von Fung et al. (2012), das sich auf Regelungen, Gesetze und Richtlinien innerhalb des Gesundheitssystems bezieht. Auf der Organisationsebene im Modell von Betancourt et al. (2003), die der Mesoebene von Fung et al. (2012) entspricht geht es um Maßnahmen, die von den Gesundheitsorganisationen umgesetzt werden können, wie zum

Beispiel die Rekrutierung mehrsprachiger Behandelnder (Betancourt et al., 2003; Fung et al., 2012). Brach und Fraser (2000) leiteten aus der Literatur die neun häufigsten „cultural competence“-Strategien auf der Organisationsebene ab und erstellten ein theoretisches Modell zu deren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH (Brach & Fraser, 2000). Ähnlich dazu erstellten Anderson et al. (2003) ein analytisches Modell zu Evaluierung der Effektivität von fünf „cultural competence“-Strategien (Anderson et al., 2003). Strategien, die von allen Studien genannt werden, sind der Einsatz von Dolmetschenden oder mehrsprachigen Behandelnden, die Rekrutierung von kulturell diversen Behandelnden, Trainings kultureller Kompetenzen für Behandelnde, die Adaptierung der Gestaltung und Organisation der Gesundheitseinrichtungen und die Entwicklung kulturell adaptierter Materialien (Anderson et al., 2003; Betancourt et al., 2003; Brach & Fraser, 2000; Fung et al., 2012). Brach und Fraser (2000) nennen zusätzlich die Zusammenarbeit mit traditionellen Heilern, den Einsatz von Gemeindegesundheitsarbeitenden, die Immersion in eine andere Kultur und die Involvierung der Familie in die Behandlung (Brach & Fraser, 2000). Fung et al. (2012) geben weitere Strategien an, wie die Involvierung der Führung in den Öffnungsprozess, die Verankerung der Haltung in Richtlinien und Dokumenten sowie die Erhebung demographischer Daten und Daten zur Evaluation bzw. Monitoring des Öffnungsprozesses (Fung et al., 2012).

Zur Effektivität von Strategien zur interkulturellen Öffnung liegen international verschiedene Reviews vor (Alizadeh & Chavan, 2016; Anderson et al., 2003; Bhui et al., 2007; Diaz et al., 2017; McCalman et al., 2017; Truong et al., 2014). Strategien auf der individuellen Ebene wurden am häufigsten untersucht (Alizadeh & Chavan, 2016; Bhui et al., 2007; Truong et al., 2014). Ein systematisches Review von Reviews konnte mittlere positive Effekte von Trainings auf die interkulturellen Kompetenzen von Behandelnden und auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen feststellen, doch nur einen geringen Effekt bezüglich der Zufriedenheit und des Gesundheitsstatus der Patient*innen vorweisen (Truong et al., 2014). Bezüglich der anderen genannten Strategien liegen keine signifikanten Ergebnisse vor (Alizadeh & Chavan, 2016; Anderson et al., 2003; Bhui et al., 2007; Truong et al., 2014).

Autor*innen sind sich darüber einig, dass fehlende Vergleichsstudien, die Heterogenität der Strategien, der Zielgruppe, der Definition des Konzepts, der Settings und den untersuchten Outcomes (Patient*innen vs. Behandler*innen Outcomes) die Erforschung des Konstrukts

erschweren und daher keine evidenzbasierten Aussagen über die beschriebenen Strategien ermöglichen (Alizadeh & Chavan, 2016; Anderson et al., 2003; Bhui et al., 2007; Diaz et al., 2017; McCalman et al., 2017; Truong et al., 2014). Studien zur Integration mehrsprachiger Behandelnder haben gezeigt; wenn die Umsetzung der interkulturellen Öffnung auf struktureller Ebene nicht explizit und transparent organisiert wird, kann das zu einer erhöhten Arbeitsbelastung der mehrsprachigen Mitarbeitenden durch eine hohe Nachfrage nach mehrsprachigen Angeboten sowie durch ungeplante Dolmetscher- und Übersetzungstätigkeiten führen. Als Ergebnis entsteht eine Mehrbelastung betreffender Mitarbeitenden und eine Schwächung der Bindung zur Organisation (Drolet et al., 2014; Elderkin-Thompson et al., 2001).

Das internationale Konzept „cultural competence“ entspricht der interkulturellen Öffnung weitestgehend. In der Literatur werden mehrere Modelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten beschrieben. Autor*innen deuten auf methodische Herausforderungen bei der Erforschung des Konzepts hin und die Effektivität interkultureller Öffnungsmaßnahmen konnte nicht bestätigt werden. Inwieweit die Umsetzung interkultureller Öffnung in deutschen Gesundheitseinrichtungen untersucht wurde, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

1.1.6.3 Interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen in Deutschland

In Deutschland fanden bisher verschiedene Erhebungen zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen in der psychosozialen Versorgung statt (Beck et al., 2022; Mösko et al., 2013; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Weber et al., 2020).

Zwei Studien haben den Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Hamburg und Berlin untersucht (Möske et al., 2013; Odening et al., 2013). Dabei wurden ambulante Psychotherapeut*innen mittels eines Fragebogens zu ihrem eigenen kulturellen Hintergrund sowie dem ihrer Patient*innen, zum Umgang mit Sprachbarrieren, zur interkulturellen Sensitivität der Psychotherapeut*innen und zu Schwierigkeiten in der Behandlung von Menschen mit MH befragt (Möske et al., 2013; Odening et al., 2013). In Hamburg nahmen 485 und in Berlin 395 Psychotherapeut*innen teil. In beiden Städten waren Psychotherapeut*innen mit MH und Patient*innen mit MH unterrepräsentiert. Als größte Herausforderungen wurden divergierende Wertevorstellungen und Krankheitskonzepte genannt. Psychotherapeut*innen mit MH schätzten ihre

interkulturelle Sensitivität höher ein als Psychotherapeut*innen ohne MH. Zudem wurde ein Bedarf an fremdsprachigen Behandlungsmöglichkeiten, Dolmetschenden und Fortbildungen zu interkulturellen Kompetenzen berichtet (Möske et al., 2013; Odening et al., 2013).

Eine weitere Forschungsgruppe um Penka und Kolleg*innen hat mit Hilfe eines teilstandardisierten Erhebungsinstrumentes, dem IKÖ_P1, die interkulturelle Öffnung in 127 psychosozialen Einrichtungen in einem Berliner Bezirk erhoben. Durch face-to-face Interviews konnte eine Rücklaufquote von 92% erreicht werden. Der IKÖ_P1 wurde über einen expertenbasierten mehrstufigen Delphi-Prozess entwickelt und in einer Piloterhebung erprobt (Penka et al., 2015). Eine modifizierte Version davon benutzten Weber et al. (2020) in einer Erhebung der interkulturellen Öffnung von 18 psychosomatischen Kliniken in Bayern. Hier lag die Rücklaufquote bei 21,7% (Weber et al., 2020). Bis auf die Ärzteschaft in psychosomatischen Kliniken waren auch in diesen Versorgungsbereichen Patient*innen wie auch Behandelnde mit MH unterrepräsentiert (Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). Die Autor*innen erklärten dies durch eingeschränkte Deutschkenntnisse der Hilfesuchenden und dem Fehlen von fremdsprachigen Behandlungsangeboten oder Dolmetscherdiensten (Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). Migrationsspezifische Angebote innerhalb der Einrichtung waren selten vorhanden, wurden jedoch regelmäßig in Anspruch genommen, sofern das Angebot bestand (Weber et al., 2020). Obwohl die interkulturelle Öffnung in vielen der Einrichtungen im Leitbild fest verankert war, wurden keine weiteren konkreten Schritte zur Erfüllung des Leitbildes umgesetzt (Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). Aus Daten mehrerer Studien geht hervor, dass die geringe Studienbeteiligung zur Erforschung der interkulturellen Öffnung durch die Einschätzung des Themas als wenig relevant, durch fehlende Datenerhebung zu diesem Thema oder durch den hohen Zeitaufwand zur Studienteilnahme erklärt wurde (Odening et al., 2013; Weber et al., 2020).

Eine qualitative Studie zur interkulturellen Öffnung in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung mit pflegerischem Schwerpunkt macht deutlich, dass der Prozess fest auf der strategischen Ebene der Organisation verankert sein muss um den zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen gerecht zu werden. Im Idealfall soll dieser von der Führung gesteuert und von den Mitarbeitenden aktiv mitgestaltet werden. So hat die Gesundheitsversorgung das Potential effizienter und solidarischer gestaltet zu werden (Beck et al., 2022).

Die interkulturelle Öffnung in Deutschland wurde bereits in verschiedenen Settings untersucht. Insgesamt wurde eine Unterversorgung von Patient*innen mit MH festgestellt und entsprechende Maßnahmen waren spärlich umgesetzt. Zur Lage in der interkulturellen Öffnung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken ist bisher wenig bekannt.

1.1.6.4 Interkulturelle Öffnung in der psychosomatischen Rehabilitation

In der nationalen und internationalen Forschungsliteratur liegen umfassende Evidenzen zu Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung Menschen mit MH vor (Internationale Organisation für Migration, 2019; Kirkcaldy et al., 2006; Klein & von dem Knesebeck, 2018; Lebano et al., 2020; Weltgesundheitsorganisation, 2018). Die Schiefe Lage der Versorgung wurde in verschiedenen Versorgungsbereichen festgestellt (Möske et al., 2013; Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). Auch im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation ist die Versorgungsungleichheit umschrieben (Möske et al., 2011; Weber et al., 2020). Interkulturelle Öffnung wird als wichtigste Ressource in der Überwindung der beschriebenen Ungleichheiten genannt (Betancourt et al., 2003; Grandpierre et al., 2018). Jedoch existiert keine umfassende Übersicht zur Art der bisher implementierten und untersuchten Maßnahmen und deren Effektivität in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH. Es liegen evidente Anhaltspunkte zu Barrieren und Ressourcen in der Versorgung von Menschen mit MH aus den Bereichen der allgemeinen Gesundheitsversorgung, der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen und der medizinischen Rehabilitation vor (Betancourt et al., 2003; Grandpierre et al., 2018; Schwarz et al., 2015). Inwiefern diese Faktoren im Kontext der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland existieren und wie sie die dortige Behandlung beeinflussen ist weitestgehend unklar. Die Perspektive der Behandelnden mit MH wurde in der bisherigen Forschung untergeordnet betrachtet, obwohl sie eine integrale Rolle in der Versorgung von Patient*innen mit MH innehalten. Wie beschrieben gibt es Hinweise darauf hin, dass sie durch die Notwendigkeit kultureller Assimilationsleistungen, Sprachbarrieren oder Diskriminierungserfahrung sowie struktureller Mehrbelastungen mehr Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind als Mitarbeitende ohne MH (Hogh et al., 2011; Hoppe, 2011; Hoppe et al., 2021). Studienergebnisse zu den Arbeitsbelastungen von Mitarbeitenden mit und ohne MH in psychosomatischen Rehabilitationskliniken liegen bisher nicht vor.

1.2 Fragestellungen und Zielsetzungen

Die vorliegende Dissertation verfolgt drei Ziele:

Ziel 1: Systematischer Überblick und Erstellung eines Modells über evaluierte Maßnahmen zur Förderung der interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und/oder der gesundheitlichen Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen.

Forschungsfrage 1: Welche Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und/oder der gesundheitlichen Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen wurden in internationalen Evaluationsstudien umgesetzt?

Forschungsfrage 2: Welchen Effekt haben die aus der Literatur extrahierten Maßnahmen zur Verbesserung der interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und/oder der gesundheitlichen Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen auf die untersuchten Outcomes?

Publikation 1: Handtke O., Schilgen B., Mösko M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS ONE* 14(7): e0219971.

Ziel 2: Qualitative Untersuchung zu Barrieren und Ressourcen von Mitarbeitenden und Patient*innen mit und ohne MH während der Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland.

*Forschungsfrage 3: Welche Barrieren und Ressourcen erleben Patient*innen mit und ohne MH während ihrer Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 4: Unterscheiden sich Patient*innen mit und ohne MH bezüglich der erlebten Barrieren und Ressourcen während ihrer Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 5: Welche Barrieren und Ressourcen erleben Behandelnde mit und ohne MH in der Behandlung von Patient*innen mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 6: Unterscheiden sich die von den Behandelnden mit und ohne MH erlebten Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

Publikation 2: Handtke, O., Imgart, H., Krengel, S., Kuhnert, J., Schneider, J., & Mösko, M. (2021). Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation – eine qualitative Interviewstudie. *Rehabilitation*, 60(1), 21-28.

Ziel 3: Erprobung einer quantitativen Erhebung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken.

Forschungsfrage 7: Ist die Durchführung einer quantitativen Erhebung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitende mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken möglich?

Publikation 3: Handtke O., Günther L. V., Mösko M. (2022). Assessing the psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in inpatient mental health centres: A feasibility study. *PLoS ONE* 17(9): e0275003

1.3 Methode und Ergebnisse – Kurzdarstellung der Publikationen

1.3.1 Scoping Review zu Maßnahmen interkultureller Öffnung von Gesundheitseinrichtungen

Forschungsfrage 1: Welche Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und/oder der gesundheitlichen Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen wurden in internationalen Evaluationsstudien umgesetzt?

Forschungsfrage 2: Welchen Effekt haben die aus der Literatur extrahierten Maßnahmen zur Verbesserung der interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen und/oder der gesundheitlichen Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen auf die untersuchten Outcomes?

1.3.1.1 Methode und Materialien

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 und 2 wurde die Methode eines Scoping Reviews mit systematischer Literaturrecherche gewählt. Diese Methode erlaubt die Erforschung eines breiten Themenfeldes und das Mapping der aktuellen Kenntnislage (Pham et al., 2014).

Zur Abbildung der Fragestellung und zur Identifizierung relevanter Suchbegriffe wurden die PICO-Kriterien verwendet (Higgins & Green, 2008). Das Kriterium „Population“ wurde durch die Zielgruppe der „sprachlich und kulturell diversen Patient*innen“ festgelegt. Das Kriterium „Intervention“ wurde definiert durch „Maßnahmen“, „Pläne“ oder „Strategien“, welche in den Studien umgesetzt wurden, und „interkulturellen Öffnung“ wurde als „Outcome“-Kriterium bestimmt. Zusätzlich wurde das Kriterium „Setting“ hinzugefügt, da ausschließlich Studien identifiziert werden sollten, die in „Gesundheitseinrichtungen“ implementiert wurden. Durch die Analyse von Medical subject Headings (MeSH) und von Schlüsselwörtern relevanter Artikel wurden die Kriterien mit Suchbegriffen versehen. Der finale Suchstring wurde für die Datenbanken PsycINFO, Pubmed und Web of Science adaptiert. Bei der Literatursuche wurde kein zeitliches Kriterium festgelegt. Die Literaturrecherche wurde im August 2016 durchgeführt und ein Update erfolgte im Januar 2017.

Die Auswahl der Studien fand in zwei Schritten und anhand festgelegter Kriterien statt. Zunächst erfolgte das Titel- und Abstractscreening der Studien von drei unabhängigen Ratern. Vor Screeningbeginn wurden 100 zufällig ausgewählte Studien gescreent und die Übereinstimmung der Rater mit einer Interrater-Reliabilität von $k=0.7$ (1. Rater – 2. Rater) und $k=0.8$ (1. Rater – 3. Rater) für gut bewertet. Daraufhin folgte das Volltextscreening, das von zwei unabhängigen Ratern durchgeführt wurde, welche vorab eine Übereinstimmung von $k=0.8$ erreichten. Folgende Kriterien mussten dabei erfüllt sein: (1) Die evaluierten Maßnahmen mussten als Zielgruppe „sprachlich und kulturell diverse Menschen“, „Migrant*innen“, „Geflüchtete“ oder eine spezifische ethnische Gruppe wie „Latinos“ oder „Black Americans“ haben. (2) Es wurden nur Studien berücksichtigt, welche auf Primärdaten basierten und Stichprobengrößen $N > 2$ vorwiesen. (3) Studien mussten mindestens eine Maßnahme darstellen, dessen unmittelbares Ziel es war die Inanspruchnahme, die Versorgung oder die Behandlung der Zielgruppe oder die interkulturelle Öffnung (cultural competence) der Gesundheitseinrichtung zu verbessern. (4) Die Studie musste die quantitative oder qualitative Evaluation der Maßnahmen darstellen und (5) die Maßnahmen mussten explizit in einer Gesundheitseinrichtung implementiert worden sein.

In einem nächsten Schritt wurden relevante Informationen dazu in welchem Land und Versorgungsbereich die Studien durchgeführt wurden extrahiert, welche Zielgruppe und Outcomes anvisiert wurden sowie mit welchen Methoden die Maßnahmen evaluiert wurden. Daraufhin wurden interkulturelle Öffnungsmaßnahmen und relevante Ergebnisse aus den Studien entnommen. Extrahierten Studieninformationen wurden klassifiziert. Identifizierte Maßnahmen wurden kategorisiert und in einem Modell zusammengefasst. Ferner wurden die Ergebnisse zur Effektivität der Maßnahmen berichtet.

1.3.1.2 Ergebnisse

Nach der Entfernung von Duplikaten wurden insgesamt 8 801 Studien gescreent und 67 Studien in die Analyse eingeschlossen. Der Großteil der Studien ($n = 51$; 76%) wurde in den USA durchgeführt und 28% der Studien wurden in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung implementiert ($n = 19$), gefolgt von 16.5%, welche in der Diabetesversorgung durchgeführt wurden ($n = 11$). Fast 80% der Studien fanden in der ambulanten Versorgung statt, wohingegen 11 Studien in einem stationären Setting durchgeführt wurden. Die meistgenannte Zielgruppe war in 48% der Studien

„Latinos/Hispanics“, gefolgt von „African Americans“ als Zielgruppe in 33% der Studien. In 69% der Fälle handelte es sich um quantitative Studien, in 21% um Mixed-Method Studien und in 10% der Fälle waren es qualitative Studien. Anvisierte Outcomes wurden in vier Kategorien klassifiziert: Patient*innen Outcomes, Behandler*innen Outcomes, Outcomes zur Inanspruchnahme und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sowie Outcomes auf der Organisationsebene von Gesundheitseinrichtungen.

Identifizierte Komponenten und Strategien kultursensibler Gesundheitsversorgung wurden in 20 Kategorien sortiert, welche in vier Gruppen organisiert wurden: (1) Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung auf dem individuellen Level, (2) Maßnahmen der interkulturellen Öffnung auf dem Organisationslevel, (3) Strategien zur Implementierung des interkulturellen Öffnungsprozesses und (4) Strategien zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.

Unter (1) Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung auf dem individuellen Level wurden fünf Maßnahmen klassifiziert: Sprachlich und kulturelle Passung zwischen Behandelnden und Patient*innen, welche mit 29 Mal am häufigsten berichtet wurde, Integration kultur- oder migrationsspezifischer Konzepte in die Behandlung (22 Studien), Einsatz von sprachlich und kulturell adaptierten Materialien (27 Studien), Einbezug von Familienmitgliedern in die Behandlung (5 Studien) und Verbesserung der Kontinuität der Behandlung (13 Studien).

Unter (2) Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung auf dem Organisationslevel wurden sechs Maßnahmen gefasst: Training interkultureller Kompetenzen für Behandelnde (9 Studien), interkulturelle Personalentwicklungsmaßnahmen (12 Studien), Integration eines Dolmetscherdienstes (11 Studien), Anpassung der sozialen und räumlichen Gestaltung von Einrichtungen an die Bedürfnisse sprachlich und kulturell diverser Patient*innen (11 Studien) und Erhebung migrationsspezifischer Daten (12 Studien).

In (3) Strategien zur Implementierung des interkulturellen Öffnungsprozesses wurden fünf Maßnahmen einbezogen: Organisationale Bedarfserfassung von interkultureller Öffnung und Monitoring der Entwicklung (8 Studien), Etablierung einer Stelle oder Gruppe, die den Prozess überwacht (6 Studien), Entwicklung eines Aktionsplans (4 Studien), Bekanntmachung und Werbung für interkulturelle Öffnung innerhalb oder außerhalb der Einrichtung (7 Studien) und Beteiligung und Unterstützung durch die Leitung, welche mit 1 Mal am seltensten berichtet wurde.

Zu (4) Strategien zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zählen fünf Strategien: Integration von Gemeindegesundheitsshelfer*innen (20 Studien), Förderung der Zusammenarbeit mit Migrantengemeinden/-organisationen und Networking (10 Studien), Telemedizin (8 Studien), Outreach-Strategien zu unterversorgten Gruppen (11 Studien) und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken in Gemeinden (4 Studien).

Auf Basis der Ergebnisse wurde ein zusammenfassendes Modell zur interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen entwickelt (Abbildung 1).

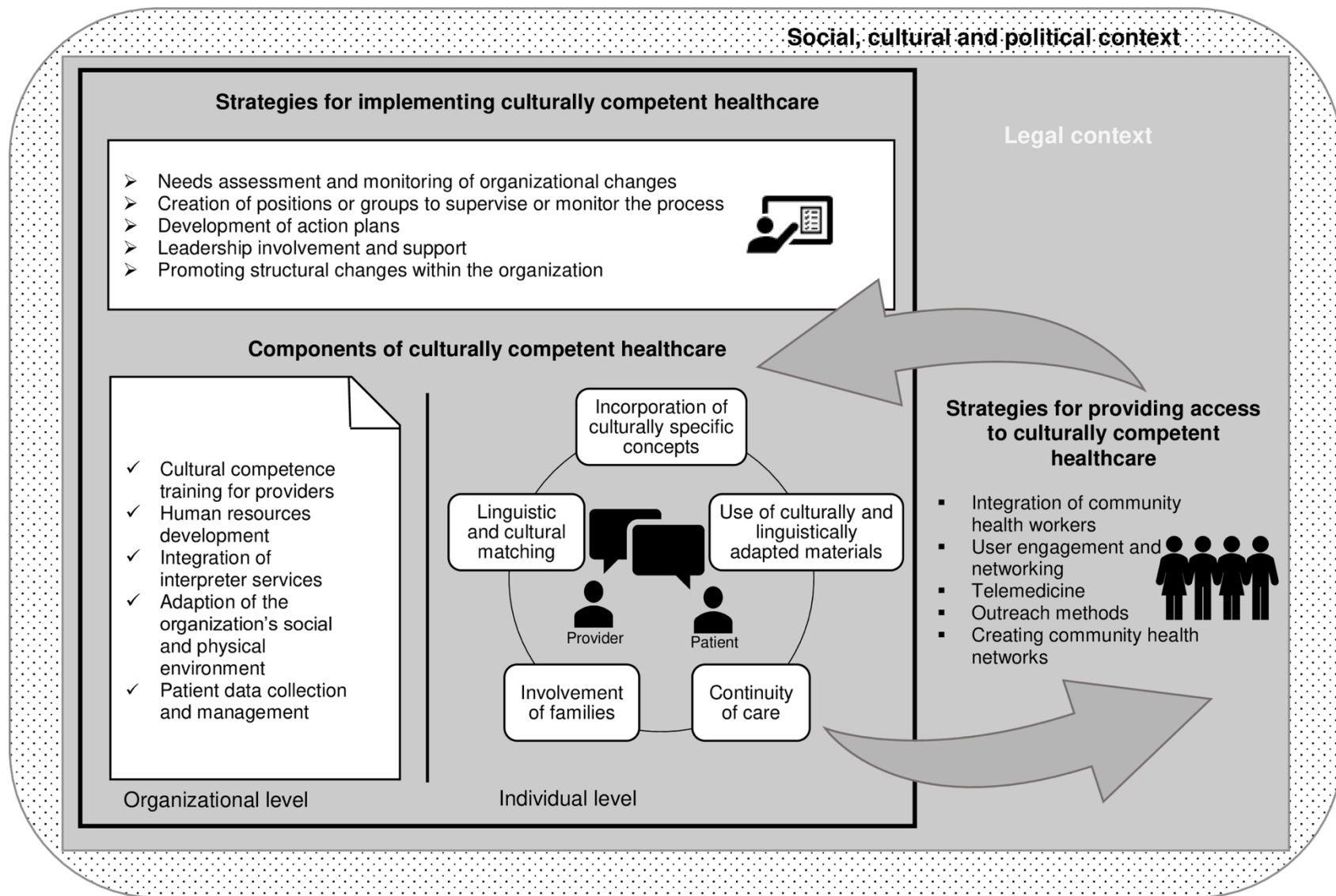


Abbildung 1. Modell zur interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen

Zur Effektivität der extrahierten Komponenten konnten keine endgültigen Schlüsse getroffen werden. Gründe hierfür waren die Heterogenität der Studien bezüglich ihrer Methoden und Outcomes sowie die methodische Umsetzung der Studien, die keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Effektivität einzelner Maßnahmen zuließ. In den meisten Fällen wurden mehrere Maßnahmen gleichzeitig umgesetzt und es lagen keine Vergleichsstudien vor. In Bezug auf 14 der extrahierten Maßnahmen waren Rückschlüsse auf die Effektivität einzelner Maßnahmen möglich. Dennoch konnten die Ergebnisse aufgrund der Heterogenität der Methoden und der Outcomes nicht integriert werden. Diese 14 Maßnahmen waren die sprachlich und kulturelle Passung zwischen Behandelnden und Patient*innen, Integration kultur- oder migrationsspezifischer Konzepte in die Behandlung, Einsatz von sprachlich und kulturell adaptierten Materialien und Einbezug von Familienmitgliedern in die Behandlung, Training interkultureller Kompetenzen für Behandelnde, interkulturelle Personalentwicklungsmaßnahmen, Integration eines Dolmetscherdienstes, Anpassung der sozialen und räumlichen Gestaltung von Einrichtungen, Erhebung migrationsspezifischer Daten, Integration von Gemeindegesundheitshelfer*innen, Telemedizin, Outreach-Strategien und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken in Gemeinden und Bekanntmachung und Werbung für interkulturelle Öffnung innerhalb und außerhalb der Einrichtung. Insgesamt waren die Ergebnisse der Studien positiv, doch oft waren die Effekte klein oder nicht signifikant. Die qualitativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass identifizierte Strategien und Komponenten von Patient*innen und dem Gesundheitspersonal als hilfreich und wertvoll angesehen wurden. Die Effektivität der einzelnen extrahierten Maßnahmen bezüglich einer Verbesserung der Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Patient*innen konnte nicht bestätigt werden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass im Rahmen dieses Scoping Reviews Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von sprachlich und kulturell diversen Menschen innerhalb von Gesundheitseinrichtungen aus der internationalen Literatur extrahiert und in einem zusammenfassenden Modell integriert wurden. Somit konnte Forschungsfrage 1 umfassend beantwortet werden. Gleichwohl ließ die Heterogenität der Studien und deren methodische Umsetzung keine eindeutigen Aussagen über die Effektivität der einzelnen extrahierten Maßnahmen zu, wodurch Forschungsfrage 2 nicht erschöpfend beantwortet werden konnte.

1.3.2 Qualitative Erhebung interkultureller Barrieren und Ressourcen von Patient*innen und Behandelnden in stationären psychosomatische Rehabilitationskliniken

*Forschungsfrage 3: Welche Barrieren und Ressourcen erleben Patient*innen mit und ohne MH während ihrer Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 4: Unterscheiden sich Patient*innen mit und ohne MH bezüglich der erlebten Barrieren und Ressourcen während ihrer Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 5: Welche Barrieren und Ressourcen erleben Behandelnde mit und ohne MH in der Behandlung von Patient*innen mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

*Forschungsfrage 6: Unterscheiden sich die von den Behandelnden mit und ohne MH erlebten Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken?*

1.3.2.1 Methode und Materialien

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden Behandelnde und Patient*innen mit und ohne MH in Kliniken der stationären psychosomatischen Rehabilitation mittels semi-strukturierter Interviews einmalig befragt. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg (Antrag 80/2015-PTK-HH) bewilligt.

Die Datenerhebung erfolgte in vier Fachkliniken für psychosomatische Rehabilitation, die von der Rentenversicherung belegt werden. Drei Kliniken sind Teil der Regelversorgung, die allen Versicherten zusteht. Eine Klinik gehört zum Teil der Regelversorgung an, zum anderen Teil bietet sie einen Behandlungsschwerpunkt für türkischsprachige Patient*innen an.

Um theoretische Sättigung zu erreichen, waren in jeder Klinik vier Interviews pro Gruppe (Mitarbeitende mit und ohne MH, Patient*innen mit und ohne MH) geplant, also insgesamt 16 Interviews pro Gruppe (Guest et al., 2006). Die Studie wurde im Rahmen der

Mitarbeiterversammlungen der Kliniken vorgestellt. Die Stichprobengewinnung erfolgte nach dem Prinzip der Selbstaktivierung, da an der Studienteilnahme Interessierte direkt als Proband*innen eingeschlossen wurden, und nach dem Prinzip der Stichprobengewinnung durch Gatekeeper (Reinders, 2005). In diesem Fall wählte ein/e für die Studie verantwortliche Mitarbeiter*in innerhalb der Kliniken geeignete Proband*innen aus und bat sie um die Studienteilnahme. Menschen mit MH wurden als Migrant*innen der ersten oder zweiten Generation definiert (Statistisches Bundesamt, 2022). Da die Interviews auf Deutsch durchgeführt wurden, waren ausreichend deutsche Sprachkenntnisse ein Kriterium für die Teilnahme. Voraussetzung für die Teilnahme der Mitarbeiter*innen war, dass sie therapeutisch, ärztlich, pflegerisch oder beratend in der Patient*innenversorgung innerhalb der Kliniken tätig waren. Die Interviews wurden mit Hilfe semi-strukturierter Interviewleitfäden auf Deutsch durchgeführt. Zur Durchführung der Interviews stellten die Kliniken je einen ruhigen Raum zur Verfügung. Die Gesamtheit der Interviews wurden von der Autorin durchgeführt.

Patient*innen wurden zu Barrieren und Ressourcen befragt, welchen sie während ihres Aufenthalts in Fachkliniken für psychosomatische Rehabilitation begegnen. Mitarbeitende wurden zunächst zu Ressourcen und Barrieren bzw. Herausforderungen in ihrer Arbeit mit Patient*innen im Allgemeinen befragt und danach speziell nach der Versorgung von Patient*innen mit MH. Vor Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmenden über die Studie informiert und ihre Teilnahmeeinwilligung eingeholt. Die Daten wurden in zwei Zeiträumen erhoben: Juni-Juli 2016 und Juni-September 2017. Durchschnittlich dauerten die Interviews mit Patient*innen 36 Min (SD = 9,76) und die Interviews mit Mitarbeitenden 46 Min (SD = 11,49). Die Interviews wurden audiodigital aufgenommen und transkribiert.

Die Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung wurde zur Datenauswertung angewendet (Mayring, 2010). Unterstützt wurde dies durch die Software MAXQDA Version 2018.2. Die erstellten Kategorien wurden mit vier qualitativ Forschenden der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf diskutiert und entsprechend ihren Empfehlungen überarbeitet, bis Konsens über den Kategorieninhalt sowie deren Benennungen erreicht wurde.

1.3.2.2 Ergebnisse

Die Stichprobe setzte sich aus 20 Patient*innen mit MH und 19 Patient*innen ohne MH sowie aus 14 Mitarbeitenden mit MH und 24 Mitarbeitenden ohne MH zusammen. Alle teilnehmenden Patient*innen mit MH waren Migrant*innen der ersten Generation und die häufigsten Herkunftsländer waren mit je 25% (n = 5) der Stichprobe die Türkei und Polen. Auf Seiten der Mitarbeitenden mit MH waren 71,5% (n = 10) Migrant*innen der ersten Generation und 28,5% (n = 4) Migrant*innen der zweiten Generation. Die häufigsten Herkunftsländer waren Russland mit 29% (n = 4) und die Türkei (n = 3). Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen machten mit 37% (n= 14) den größten Anteil der Stichprobe aus, gefolgt vom ärztlichen Personal mit 21% (n = 8) und dem Pflegepersonal mit 18,5% (n = 7). Weitere Teilnehmende waren Spezialtherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Ernährungsberater*innen.

Auf Seiten der Patient*innen konnten 21 Barrieren in neun Kategorien und 28 Ressourcen in zehn Kategorien identifiziert werden.

Beide Patient*innengruppen stimmen in 14 von 21 Barrieren und in 20 von 28 Ressourcen überein. Im Unterschied zu Patient*innen ohne MH berichteten Patient*innen mit MH von Problemen mit der festen Sitzordnung im Speisesaal der Klinik für türkischsprachige Migrant*innen, aufgeteilt nach türkisch- und deutschsprachigen Patient*innen, von Gefühlen der Angst und Scham in Gruppentherapien, Abwertungs- oder Diskriminierungserfahrungen, einem Gefühl der Fremdheit und Sprachbarrieren. Patient*innen ohne MH erlebten allerdings im Unterschied zu Patient*innen mit MH eine geringe fachliche Kompetenz und strenge Hierarchien innerhalb der Kliniken als hinderlich in ihrer Behandlung. Gleichzeitig benannten Patient*innen mit MH im Vergleich zu Patient*innen ohne MH Familienbesuche, Psychoedukation, den Austausch mit anderen Patient*innen mit MH und Maßnahmen der interkulturellen Öffnung, wie das türkischsprachige Angebot, mehrsprachige Mitarbeitende, ein kulturelles Verständnis der Mitarbeitenden und die Berücksichtigung ihrer Essgewohnheiten als Ressource. Patient*innen ohne MH bewerteten ferner die regelmäßigen Mahlzeiten als positiv.

Eine Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 1 zu finden.

Tabelle 1. Barrieren und Ressourcen für Patient*innen mit MH und ohne MH

Barrieren für Patient*innen	Ressourcen für Patient*innen
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Regeln innerhalb der Kliniken <ul style="list-style-type: none"> ○ Klinikregeln ○ Zeitliche Vorgaben ○ Sitzordnung im Speisesaal (MH) • Therapieansatz und Gestaltung des Therapieplans <ul style="list-style-type: none"> ○ Hoher Umfang des Therapieplans ○ Niedriger Grad der Individualisierung der Therapien • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktualisierung der Probleme ○ Divergierende Erwartungen ○ Umfangreiche Diagnostik • Angst/Scham in Gruppentherapien (MH) • Personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Unfreundlichkeit und wenig Unterstützung ○ Geringe fachliche Kompetenz (OH) ○ Strenge Hierarchien (OH) • Mitpatient*innen <ul style="list-style-type: none"> ○ Antipathie und Konflikte ○ Gruppenbildung ○ Psychische Erkrankungen der Mitpatient*innen ○ Abwertung oder Diskriminierung (MH) • Eingeschränkte somatische Behandlung • Allgemeines Erleben während des Aufenthalts in psychosomatischen Rehabilitationskliniken <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientierungslosigkeit ○ Aufregung ○ Gefühl von Fremdheit (MH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Regeln innerhalb der Kliniken <ul style="list-style-type: none"> ○ Patensystem ○ Sitzordnung im Speisesaal ○ Regelmäßige Mahlzeiten (OH) ○ Familienbesuch (MH) • Therapieansatz und Gestaltung des Therapieplans <ul style="list-style-type: none"> ○ Ganzheitliche Therapieansatz ○ Vielseitigkeit der Angebote ○ Flexibilität des Therapieplans • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Problembearbeitung ○ Positive Erfahrung ○ Psychoedukation (MH) • Gruppentherapien <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefühl mit Problemen nicht allein zu sein ○ Voneinander lernen ○ Beteiligung in Gruppen ○ Aufbau von Vertrauen • Personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Freundlichkeit und Unterstützung durch das Personal ○ Fachliche Kompetenz des Personals • Mitpatient*innen <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontakt und Austausch ○ Verständnis und Unterstützung ○ Gemeinsame Aktivitäten ○ Mitpatient*innen mit Migrationshintergrund (MH) • Gute somatische Behandlung

Fortsetzung Tabelle 1. Barrieren und Ressourcen für Patient*innen mit MH und ohne MH

Barrieren für Patient*innen	Ressourcen für Patient*innen
<ul style="list-style-type: none"> • Sprachbarrieren (MH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ländliche Lage und Umgebung der Kliniken • Allgemeines Erleben während des Aufenthalts in psychosomatischen Rehabilitationskliniken <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefühl von Sicherheit ○ Abstand zu einem belastenden Alltag • Interkulturelle Öffnung <ul style="list-style-type: none"> ○ Muttersprachliches Angebot für türkischsprachige Migrant*innen (MH) ○ Sprachkompetenzen der MaMH (MH) ○ Kulturelles Verständnis der MaMH (MH) • Berücksichtigung von Essgewohnheiten (MH)

(OH): Dieser Punkt wurde nur von Patient*innen ohne MH benannt

(MH): Dieser Punkt wurde nur von Patient*innen mit MH benannt

Die 14 befragten Mitarbeitende mit MH und 24 Mitarbeitende ohne MH berichteten von zehn Barrieren in fünf Kategorien bezüglich der Behandlung von Patient*innen allgemein und zusätzlich von acht Barrieren in vier Kategorien bezüglich der Behandlung von Patient*innen mit MH.

Neben allgemeinen Barrieren nannten die Mitarbeitenden acht Barrieren in der Behandlung von Patient*innen mit MH. Diese waren Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Unterschiede in der Symptombeschreibung, Defizite in der ambulanten Versorgung und die eingeschränkte interkulturelle Öffnung der Kliniken. Mitarbeitende mit MH sahen vor allem die geringe interkulturelle Öffnung der Kliniken, wie das Fehlen mehrsprachiger Mitarbeitenden und damit verbundene Mehrarbeit mehrsprachiger Mitarbeitenden durch Dolmetsch- und Übersetzungstätigkeiten und die mangelnde Unterstützung durch die Leitung als Belastung. Hinzu kamen die von Mitarbeitenden mit MH erlebten Abwertungen durch Patient*innen aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes sowie Sprachbarrieren. Allen Patient*innen in Gruppentherapien gerecht zu werden und die eingeschränkte somatische Versorgung wurde von Mitarbeitenden ohne MH als Barriere erlebt.

Eine Übersicht ist in Tabelle 2 abgetragen.

Tabelle 2. Barrieren für Mitarbeitenden in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen allgemein und von Patient*innen mit MH

Barrieren in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen allgemein	Barrieren in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen mit MH
<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Divergierende Erwartungen ○ Umgang mit schwer belasteten oder krisenhaften Patient*innen ○ Somatisches Krankheitsverständnis ○ Leid mitertragen (OH) ○ Wunsch nach Therapeutenwechsel ○ Umgang mit niedrigem Bildungsniveau und Analphabetismus • Abwertungen durch Patient*innen (MH) • Gruppentherapie (OH) • Eingeschränkte somatische Versorgung (OH) • Sprachbarrieren von MaMH (MH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Divergierende Erwartungen ○ Somatisches Krankheitsverständnis ○ Symptombeschreibung ○ Umgang mit niedrigem Bildungsniveau und Analphabetismus ○ Ambulante Versorgung • Sprachbarrieren • Wenig interkulturelle Öffnung der Klinik <ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlen von mehrsprachigen Mitarbeitenden oder Dolmetschenden ○ Fehlen von mehrsprachigen Behandlungsmaterialien ○ Mangelnde Unterstützung durch die Leitung (MH) ○ Dolmetsch- und Übersetzungstätigkeiten mehrsprachiger Mitarbeitender (MH) • Kulturelle Unterschiede

(OH): Dieser Punkt wurde nur von Mitarbeitenden ohne MH benannt

(MH): Dieser Punkt wurde nur von Mitarbeitenden mit MH benannt

Mitarbeitende nannten zehn Ressourcen in drei Kategorien hinsichtlich der Behandlung von Patient*innen im Allgemeinen und zusätzlich 13 Ressourcen in sieben Kategorien bezüglich der Behandlung von Patient*innen mit MH.

Im Vergleich zu der Behandlung der Patient*innen allgemein, bei der 10 Ressourcen genannt wurden, wurden in Bezug auf die Behandlung von Patient*innen mit MH weitere 13 Ressourcen von den Mitarbeitenden genannt. Vor allem waren dies Methoden im Umgang mit Sprachbarrieren wie Sprachgestaltung (z.B. langsam sprechen) und Gesprächsführung (z.B. häufiges Rückfragen), kulturelle Kompetenzen der Mitarbeitenden, wie Interesse für kulturelle Prägungen oder die Reflexion kultureller Diversität und eigener kultureller Prägungen sowie die interkulturelle Öffnung der Klinik, wie die Mitarbeit von Kolleg*innen mit MH, die Verfügbarkeit mehrsprachiger Materialien oder eines Dolmetschersystems. Diese Faktoren wurden ausschließlich von Mitarbeitenden ohne MH genannt.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 abgetragen.

Tabelle 3. Ressourcen von Mitarbeitenden in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen allgemein und von Patient*innen mit MH

Ressourcen in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen allgemein	Ressourcen in der Behandlung und Versorgung von Patient*innen mit MH
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Regeln innerhalb der Klinik <ul style="list-style-type: none"> ○ Transparente Behandlungsabläufe (MH) ○ Diktier- und Schreibdienst (MH) • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Veränderungs- und Therapiemotivation ○ Sichtbarer Therapieerfolg ○ Abwechslung ○ Gefühl helfen zu können ○ Über Menschen lernen ○ Beziehung aufbauen (OH) ○ Fachliche Kompetenzen lernen • Dankbarkeit und Freundlichkeit der Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieansatz und Gestaltung des Therapieplans <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexibilität des Therapieplans (OH) • Therapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Therapiemotivation und Therapieerfolg ○ Psychoedukation/Ressourcenarbeit/Alltagsunterstützung ○ Gefühl helfen zu können (MH) • Diversität der zu behandelnden Themen in Gruppentherapien (OH) • Dankbarkeit und Freundlichkeit der Patient*innen • Umgang mit Sprachbarrieren <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprachgestaltung ○ Gesprächsführung • Interkulturelle Öffnung der Klinik <ul style="list-style-type: none"> ○ Mitarbeitende mit Migrationshintergrund (OH) ○ Ausdrucksorientierte Therapien (OH) ○ Dolmetschersystem (OH) ○ Mehrsprachige Materialien (OH) • Kulturelle Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> ○ Interesse für kulturelle Prägungen ○ Erkennen und Integration kultureller Prägungen in die Behandlung ○ Reflexion kultureller Diversität und der eigenen kulturellen Prägungen (OH) ○ Migrationshintergrund der Mitarbeitenden (MH)

(OH): Dieser Punkt wurde nur von Mitarbeitenden ohne MH benannt

(MH): Dieser Punkt wurde nur von Mitarbeitenden mit MH benannt

In der vorliegenden Interviewstudie konnten erlebte Barrieren und Ressourcen von Patient*innen mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen erfasst werden. Es wurde deutlich, dass Patient*innen mit und ohne MH bezüglich der erlebten Herausforderungen und hilfreichen Aspekten viele Überschneidungen aufwiesen. Patient*innen mit MH erlebten zusätzliche Barrieren, wie Diskriminierungserfahrungen und Sprachbarrieren. Somit konnten Forschungsfragen 3 und 4 ausführlich beantwortet werden. Auch auf Seiten der Mitarbeitenden mit und ohne MH konnten Barrieren und Ressourcen in Bezug auf die allgemeine Behandlung von Patient*innen und hinsichtlich der spezifischen Behandlung von Patient*innen mit MH identifiziert werden. Dadurch erfolgte die umfassenden Beantwortungen der Forschungsfragen 5 und 6.

1.3.3 Erprobung einer quantitativen Erhebung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit und ohne Migrationshintergrund in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken

Forschungsfrage 7: Ist die Durchführung einer quantitativen Erhebung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitende mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken möglich?

1.3.3.1 Methoden und Materialien

Diese Machbarkeitsstudie wurde von der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg (Antrag 02/2016-PTK-HH) bewilligt. Ziel dieser Studie war die Erprobung der Durchführung einer quantitativen Querschnittsstudie zur Erfassung der psychosozialen Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Die Studie wurde in denselben vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken durchgeführt, in denen auch die qualitativen Interviews erhoben wurden (Publikation 2). In dieser Studie wurden die Kliniken Klinik A, B, C und D benannt. Klinik C war die Klinik mit Behandlungsschwerpunkt für türkischsprachige Migrant*innen. Zielgruppe dieser Erhebung waren Mitarbeitende mit und ohne MH aller in den Kliniken beschäftigten Berufsgruppen, kategorisiert in ärztliches Personal, administratives Personal Küchen- und Reinigungspersonal Pflegepersonal, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen und Spezialtherapeut*innen. Die Machbarkeit wurde hinsichtlich folgender Aspekte beurteilt:

(1) Implementierung der Studie in den kooperierenden Kliniken, (2) Repräsentativität der Stichprobe, (3) Reliabilität und Anwendbarkeit des ausgewählten Fragebogens – Copenhagen Psychosocial Questionnaires (COPSOQ) und (4) Variabilität der Daten (Thabane et al., 2010).

Zur Beurteilung der genannten Machbarkeitsaspekte wurden folgende Kriterien festgelegt:

(1) Erfolgreiche Implementierung der Studie nach Implementierungsplan (Abbildung 2)

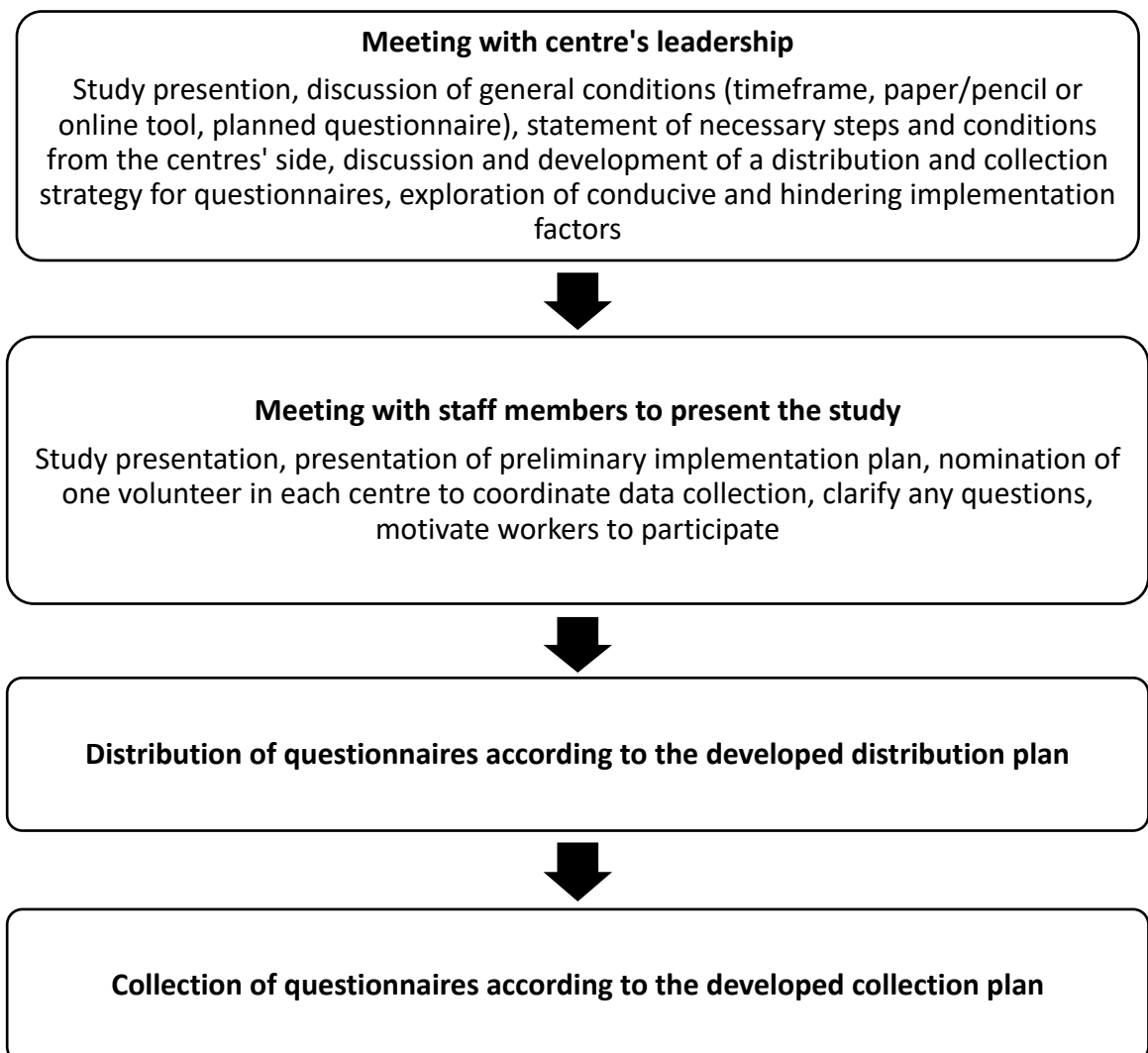


Abbildung 2. Implementierungsplan

(2) A. Eine Gesamtrücklaufquote von $\geq 40\%$ des Fragebogens sowie eine Rücklaufquote von $\geq 40\%$ in jeder Klinik und jeder Berufsgruppe (Nübling et al., 2005)

B. Die Anzahl der Mitarbeitenden mit MH konnte von den Kliniken nicht bereitgestellt werden, da diese nicht bekannt war oder nicht zur Verfügung stand. Daher konnte die Rücklaufquote von Mitarbeitenden mit MH nicht bestimmt werden. Das häufigste

Herkunftsland der Erwerbstätigen mit MH in der arbeitenden Allgemeinbevölkerung in Deutschland sind die Türkei, Polen und Italien (Statistische Bundesamt, 2022a; Statistisches Bundesamt, 2021). Zur Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe wurde daher folgendes Kriterium festgelegt: Die häufigsten Herkunftsländer der Teilnehmenden sollten die Türkei, Polen und Italien sein. Als Personen mit MH wurden Menschen definiert, die entweder selbst oder deren Eltern nach Deutschland migriert sind (Statistisches Bundesamt, 2022).

- (3) A. Die interne Konsistenz jeder Skala des Fragebogens sollte einen Wert von Cronbachs Alpha $\geq 0,7$ (Bland & Altman, 1997)
B. Quote fehlender Wert von $< 5\%$ (Schafer, 1999)
C. Feedback der Teilnehmenden bezüglich des Fragebogens
- (4) Mittelwertsunterschiede der Skalenwerte von Mitarbeitenden mit und ohne MH sollten ≥ 3 Punkten auf ≥ 5 Skalen erreichen. Ein Unterschied von ≥ 3 Punkte wird als klinisch relevant betrachtet, da dieser meistens einen statistisch signifikanten Unterschied mit kleiner Effektstärke (Cohens $d = 0,2$) darstellt (Nübling et al., 2005).

Zur Datenerhebung wurde die Kurzversion des deutschen Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) eingesetzt, um psychosoziale Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz zu erfassen (Nübling et al., 2005). Der Fragebogen wurde in einer umfangreichen Studie evaluiert und hat gute psychometrische Eigenschaften (Nübling et al., 2005). Die in dieser Studie verwendete Version besteht aus 80 Items, welche in 24 Skalen, unter 4 Themenbereiche organisiert sind.

Zur Erhebung des kulturellen Hintergrundes der Teilnehmenden wurden Fragen zu ihrem Geburtsland und den Geburtsländern ihrer Eltern hinzugefügt. Zusätzlich wurden die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Arbeitsumfang und Berufsgruppe erfragt.

Folgende Methoden wurden zu Überprüfung der genannten Machbarkeitskriterien eingesetzt:

- (1) Die Machbarkeit des Implementierungsplan wurde als bestätigt angesehen, wenn alle Schritte des Implementierungsplans in allen vier Kliniken umgesetzt wurden.
- (2) A. Die Gesamtrücklaufquote sowie die Rücklaufquoten jeder Klinik und jeder Berufsgruppe wurden berechnet

B. Der Anteil (%) der teilnehmenden Mitarbeitenden mit MH insgesamt, nach Klinik und nach Berufsgruppe wurden berechnet. Zudem werden die Herkunftsländer berichtet

(3) A. Der Anteil (%) fehlender Werte wurde berechnet

B. Cronbachs Alpha wurde für jede Skala des COPSQ berechnet und wie folgt interpretiert: $\alpha < 0.7$: akzeptabel, $\alpha < 0.8$: gut, $\alpha < 0.9$: sehr gut (Bland & Altman, 1997)

C. Die Kommentare zum Fragebogen wurden quantitativ ausgezählt und qualitativ nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2010)

(4) Mittelwerte und Standardabweichungen der COPSQ-Skalen wurden berechnet.

1.3.3.2 Ergebnisse

(1) Machbarkeit des Implementierungsplans

Alle Schritte des Implementierungsplans wurden in den vier Kliniken erfolgreich umgesetzt. Ein weiterer Zwischenschritt war, dass die Betriebsräte der Kliniken der Durchführung der Studie zunächst zustimmen mussten. Während der Planung der Datenerhebung mit den Kliniken stellte sich heraus, dass die Anzahl an Mitarbeitenden mit MH nicht übermittelt werden konnte. Dadurch blieb die Gesamtanzahl an Mitarbeitenden mit MH unbekannt.

Die Fragebögen wurden an die Kliniken per Post verschickt und von den Verantwortlichen in den Kliniken an die Mitarbeitenden verteilt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden entweder anonym in einer dafür vorgesehenen Urne gesammelt (Klinik A, B, C) oder in einem Rückumschlag direkt zurückgesendet (Klinik D). Die Teilnahme war freiwillig und die Teilnehmenden stimmte der Verwendung ihrer Daten durch das Ausfüllen und die Rücksendung des Fragebogens zu.

Die erste Phase der Datenerhebung erfolgte im Dezember 2016 in Klinik A, im November 2017 in Klinik B und C und im Februar 2018 in Klinik D. Aufgrund einer geringen Rücklaufquote erfolgte eine zweite Phase der Datenerhebung im Januar 2018 in Klinik B und C sowie im April 2018 in Klinik D. Diese war nicht geplant und stellte ebenfalls eine Abweichung vom Implementierungsplan dar. Insgesamt wurden 659 Fragebögen verteilt: 151 in Klinik A, 174 in Klinik B, 144 in Klinik C und 190 in Klinik D.

(2) Repräsentativität der Stichprobe

A. Rücklaufquote

Die Gesamtrücklaufquote lag bei 37,5% (n = 247). Die geplante Gesamtrücklaufquote von \leq 40% wurde nicht erreicht. Jedoch erfüllten Klinik A (49%) und D (43%) sowie die Gruppen des administrativen Personals (54,4%) und des psychologischen/psychotherapeutischen Personals (46,3%) die vorgesehene Rücklaufquote.

B. Mitarbeitende mit MH

Der Anteil an Mitarbeitenden mit MH lag bei 12,4% (n=30) der Gesamtstichprobe. Die häufigsten Herkunftsländer waren die Türkei (n = 7), Russland (n = 5), Polen (n=2) und Italien (n = 2), wie es von den Machbarkeitskriterien gefordert wurde.

(3) Anwendbarkeit des Fragebogens

A. Reliabilität des Fragebogens

Tabelle 4 zeigt Cronbachs Alpha der COPSOQ Skalen. Vier Skalen (Entscheidungsspielraum, Einfluss bei der Arbeit, Qualität des Feedbacks und soziale Beziehungen) waren die einzigen Skalen mit Cronbachs Alpha $< 0,7$. Alle anderen Skalen hatten einen Wert von Cronbachs Alpha $\geq 0,7$ und waren damit mindestens akzeptabel. Dadurch wurde das Machbarkeitskriterium als erfüllt angesehen.

Tabelle 4. Anzahl der Items und Cronbachs Alpha der COPSOQ Skalen

Variablen	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
<i>Anforderungen</i>		
Quantitative Anforderungen	3	.75
Emotionale Anforderungen	2	.71
Verbergen von Emotionen	1	n.a.
<i>Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten</i>		
Einfluss bei der Arbeit	4	.69
Entscheidungsspielraum	4	.46
Entwicklungsmöglichkeiten	4	.82
Bedeutung der Arbeit	3	.89
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	4	.72
<i>Soziale Beziehung und Führung</i>		
Vorhersehbarkeit	2	.72

Fortsetzung Tabelle 4. Anzahl der Items und Cronbachs Alpha der COPSOQ Skalen		
Rollenklarheit	4	.83
Rollenkonflikte	4	.81
Führungsqualität	4	.88
Soziale Unterstützung	4	.70
Feedback	2	.47
Soziale Beziehungen	2	- 1.19
Gemeinschaftsgefühl	3	.81
<i>Weitere Parameter</i>		
Work-privacy conflict	5	.92
Mobbing	1	n.a.
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	4	.76
<i>Outcomes</i>		
Gedanke an Berufsaufgabe	1	n.a.
Arbeitszufriedenheit	7	.80
Allgemeiner Gesundheitszustand	1	n.a.
Burnout	6	.88
Lebenszufriedenheit	5	.88

B. Quote fehlender Werte

Die Quote der fehlenden Werte lag bei 3,5% für die soziodemographischen Angaben und bei 1,9% für die Angaben zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen. Damit wurde das Kriterium von $\leq 5\%$ erfüllt.

C. Feedback zum Fragebogen

Siebenundzwanzig der Teilnehmenden (11,2%) gaben Feedback zum Fragebogen. Neun gaben positive Rückmeldungen zum Fragebogen und 13 gaben Hinweise zur Verbesserung des Fragebogens oder der Durchführung der Datenerhebung. Teilnehmende äußerten die Sorge, dass die Anonymität der Befragung nicht gesichert sei. Vor allem Teilnehmende mit MH befürchteten aufgrund der Angabe ihres kulturellen Hintergrunds in Kombination mit ihrem Beruf, Geschlecht und Alter leichter identifizierbar zu sein.

(4) Variabilität der Daten

Tabelle 5 zeigt die Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der COPSOQ Skalen von Mitarbeitenden mit und ohne MH. Unterschiede von ≥ 3 Punkte zeigten sich auf 11 Skalen. Damit wurde das Kriterium der Variabilität der Daten erfüllt.

Tabelle 5. Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der COPSOQ Skalen von Mitarbeitenden mit und ohne MH

Variablen	Mitarbeitende mit MH	Mitarbeitende mit MH
	n=31 M (SD)	n=210 M (SD)
<i>Anforderungen</i>		
Quantitative Anforderungen	56.3 (17.6)	55.8 (19.3)
Emotionale Anforderungen	53.3 (21.3)	55.3 (22.0)
Verbergen von Emotionen	46.8 (28.0)	48.3 (27.8)
<i>Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten</i>		
Einfluss bei der Arbeit ¹	37.5 (20.2)	37.3 (19.3)
Entscheidungsspielraum ¹	45.0 (19.4)	45.8 (17.5)
Entwicklungsmöglichkeiten ¹	67.9 (14.9)	65.7 (19.8)
Bedeutung der Arbeit ¹	86.1 (14.2)	77.3 (19.6)*
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz ¹	65.4 (16.8)	54.1 (18.9)*
<i>Soziale Beziehung und Führung</i>		
Vorhersehbarkeit ¹	57.1 (17.6)	52.6 (20.0)*
Rollenklarheit ¹	77.9 (15.3)	72.5 (16.2)*
Rollenkonflikte	43.7 (18.8)	43.6 (20.7)
Führungsqualität ¹	53.1 (24.4)	55.3 (23.7)
Soziale Unterstützung ¹	65.6 (18.8)	67.4 (18.3)
Qualität des Feedbacks	51.3 (22.1)	42.8 (21.3)*
Soziale Beziehungen	52.5 (20.6)	49.7 (17.3)
Gemeinschaftsgefühl ¹	77.8 (17.7)	75.2 (18.2)
<i>Weitere Parameter</i>		
Work-privacy conflict	45.7 (30.4)	35.8 (25.9)*
Mobbing	23.3 (24.1)	18.6 (24.4)*

Fortsetzung Tabelle 5. Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der COPSOQ
 Skalen von Mitarbeitenden mit und ohne MH

Unsicherheit des Arbeitsplatzes	20.2 (18.8)	21.2 (19.0)
<i>Outcomes</i>		
Gedanke an Berufsaufgabe	9.2 (16.7)	16.1 (21.0)*
Arbeitszufriedenheit	71.2 (16.7)	67.6 (13.7)*
Allgemeiner Gesundheitszustand ¹	67.9 (16.1)	71.5 (18.7)*
Burnout	47.9 (20.5)	43.5 (17.5)*
Lebenszufriedenheit ¹	67.4 (19.6)	68.9 (16.4)

¹ Hohe Ausprägungen repräsentieren positive Outcomes

* Differenz \geq 3Punkte

Mitarbeitende mit MH zeigten auf den Belastungsskalen „work-privacy conflict“, „Mobbing“ und „Burnout“ höhere Werte als Mitarbeitende ohne MH. Gleichzeitig ergaben sich für sie höhere Werte als bei Mitarbeitende ohne MH auf den ressourcenorientierten Skalen „Bedeutung der Arbeit“, „Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz“, „Vorhersehbarkeit der Arbeit“, „Rollenklarheit“, „Qualität des Feedbacks“ und „Arbeitszufriedenheit“. Der „allgemeine Gesundheitszustand“ unterschied sich bei Mitarbeitenden ohne MH positiv von dem der Mitarbeitende mit MH. Bezüglich der Belastungsskala „Gedanke an Berufsaufgabe“ ergaben sich für Mitarbeitende ohne MH höhere Werte als für ihre Kolleg*innen mit MH.

Alles in einem bestätigt diese Machbarkeitsstudie, dass eine Querschnittsstudie zum Vergleich der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken durchführbar ist, womit Forschungsfrage 7 positiv beantwortet werden konnte. Allerdings wurden drei Stolpersteine deutlich. Zum einen, dass die Anzahl der Mitarbeitenden mit MH in den Kliniken nicht übermittelt werden konnte, wodurch keine eindeutigen Aussagen über die Repräsentativität der Stichprobe möglich sind. Zum anderen sollte ein ausgeprägter Fokus auf die Rekrutierungsstrategie innerhalb der Kliniken gelegt werden, damit die gewünschte Rücklaufquote erreicht wird. Das gilt besonders für Mitarbeitende mit MH. Schließlich sollte die Anonymität der Teilnehmenden höchste Priorität haben und den Teilnehmenden deren absolute Gewährleistung deutlich kommuniziert werden.

1.4 Diskussion

1.4.1 Integration der Ergebnisse und Implikationen für Forschung und Praxis

Diese Dissertation kombiniert verschiedene methodische Ansätze zur Abbildung der interkulturellen Öffnung auf einem internationalen Level sowie der Herausforderungen und Ressourcen der interkulturellen Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland. Das Vorhaben wurde im Rahmen eines Scoping Reviews durch die Identifizierung interkultureller Öffnungsmaßnahmen und deren Integration in ein innovatives Modell realisiert. Zur qualitativen Analyse der Behandlungssituation von Menschen mit MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken wurden sowohl die Perspektive der Patient*innen als auch der Mitarbeitenden berücksichtigt. Darauf aufbauend wurde eine Machbarkeitsstudie mit quantitativem Ansatz zur Erhebung psychosozialer Arbeitsbelastungen von Mitarbeitenden mit und ohne MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Um den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu ermitteln, wurde als Erstes eine umfangreiche Literaturanalyse über die Maßnahmen und Strategien zur Verbesserung der Versorgung und Behandlung von Patient*innen mit MH in Form eines Scoping Reviews erstellt. Die Ergebnisse wurden folglich in ein innovatives Modell integriert und übersichtlich zusammengefasst. Das Modell hebt sich von bereits existierenden Modellen von interkultureller Öffnung (Anderson et al., 2003; Betancourt et al., 2003; Brach & Fraser, 2000; Fung et al., 2012) durch seine empirische Entwicklung und die präzise Beschreibung der Maßnahmen ab. Im Vergleich zu den bereits existierenden Reviews wurde bei dem durchgeführten Scoping-Review der sogenannte *bottom-up* Ansatz angewendet. Dieser Ansatz hat den Vorteil die identifizierten und bereits implementierten sowie wissenschaftlich evaluierten Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH aus der Literatur zu extrahieren. Daraus entstand ein Modell mit 20 Strategien auf vier verschiedenen Ebenen der interkulturellen Öffnung: der individuellen Ebene, der Organisations-, der Implementierungs- und der Zugangsebene. Im Vergleich zu dem entwickelten Modell beschrieben Fung et al. (2012) in ihrem Modell verschiedene Strategien aufgeteilt in acht Bereiche. Der Fokus lag dabei jedoch ausschließlich auf der Organisationsebene (Fung et al., 2012). In den Reviews von Brach und Fraser (2000) und Anderson et al. (2003) wurden neun bzw. fünf Strategien extrahiert und beschrieben

(Anderson et al., 2003; Brach & Fraser, 2000). Betancourt et al. (2003) identifizierten zunächst Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit MH und beschrieben Maßnahmen im Umgang mit den spezifischen Barrieren auf drei Ebenen (Betancourt et al., 2003). Durch die Methode des Scoping Reviews hatte die vorliegende Studie einen breiteren Fokus als bisherige Reviews. Dennoch finden sich in dem Modell bereits bekannte Strategien wieder. Diese sind: fremdsprachige Behandlungsangebote, Rekrutierung von mehrsprachigen Behandelnden, interkulturelle Trainings für Behandelnde, Zusammenarbeit mit Gemeindegesundheitsarbeitenden, Einbezug der Familie in die Behandlung, Adaptierung der Gestaltung und Organisation der Gesundheitseinrichtungen an die Bedürfnisse der Patient*innen mit MH, Entwicklung kulturell adaptierter Materialien, Zusammenarbeit mit Migrant*innengemeinden und Monitoring des Organisationsentwicklungsprozesses. Darüber hinaus konnten Strategien identifiziert werden, die im Kontext von interkultureller Öffnung bisher weniger Beachtung gefunden haben. Diese betreffen vor allem den Zugang zu Gesundheitsleistungen wie Angebote über Telemedizin, Etablierung von Gemeindegesundheitsnetzwerken und aufsuchenden Gesundheitsangebote. Strategien, die zwar in den bereits existierenden Modellen benannt wurden, doch über das Scoping Review nicht identifiziert werden konnten, waren die Zusammenarbeit mit traditionellen Heilenden und Verankerung der interkulturellen Öffnung in Richtlinien und Dokumenten. Das deutet darauf hin, dass diese Strategien eher einen theoretischen Charakter haben und in ihrer Umsetzung sowie Evaluation wissenschaftlich nicht überprüft wurden.

Die Ergebnisse des Reviews bestätigen methodische Herausforderungen in der Erforschung der Effektivität von interkulturellen Öffnungsmaßnahmen. Wie bereits von anderen systematischen Reviews berichtet, konnten keine eindeutigen Aussagen über die Effektivität der einzelnen Komponenten und Strategien getroffen werden (Alizadeh & Chavan, 2016; Anderson et al., 2003; Bhui et al., 2007; Diaz et al., 2017; McCalman et al., 2017; Truong et al., 2014). Das liegt vor allem daran, dass die meisten Studien gleichzeitig mehrere Strategien implementierten und dieses Vorgehen als Ganzes evaluierten. Rückschlüsse auf die Effektivität der einzelnen Komponenten und Strategien waren somit nicht möglich. Um einen breiten Überblick über existierende Strategien zu erhalten, wurden Evaluationsstudien jeglicher Art und Qualität in die Analyse eingeschlossen. Entsprechend waren ausgewählte Studien heterogen in ihren Settings, Methoden, Stichproben und untersuchten Outcomes. Das schränkte die Vergleichbarkeit der Studien ein und die quantitative Zusammenfassung der

Studienergebnisse war nicht möglich. Darüber hinaus wird die methodische Qualität der meisten Studien von Autor*innen als gering eingeschätzt und es liegen kaum Vergleichsstudien vor (Alizadeh & Chavan, 2016; Anderson et al., 2003; Bhui et al., 2007; Diaz et al., 2017; McCalman et al., 2017; Truong et al., 2014). In einem Review von McCalman et al. (2017) zu interkulturellen Öffnungsstrategien auf der Organisationsebene wurde lediglich eine von 12 Studien mit einer sehr guten Qualität bewertet (Diaz et al., 2017). Im Review von Anderson et al. (2003) lagen nur wenige Vergleichsstudien vor und jene, die vorlagen, hatten eine geringe methodische Qualität. Somit konnte die Wirksamkeit für keine der fünf extrahierten Strategien bestätigt werden (Anderson et al., 2003). Die Qualität der Studien wurde in dem durgeführten Scoping Review nicht untersucht, da der Fokus in erster Linie auf der Extraktion der Maßnahmen lag. Sofern es methodisch möglich war, wurden Effekte isolierter Strategien gefunden, doch insgesamt klein oder statistisch nicht signifikant. Trotz fehlender eindeutiger Aussagen zur Effektivität der Identifizierten Strategien und Komponenten wurden diese aus der Perspektive von Patient*innen und dem Gesundheitspersonal als hilfreich und wertvoll angesehen. Ein systematisches Review von Reviews stellte fest, dass die meisten Reviews nur einen schwachen Effekt der Strategien auf Patient*innenoutcomes (Gesundheitsstatus, Zufriedenheit) und einen moderaten Effekt auf die Outcomes der Behandelnden (interkulturelle Kompetenzen) hatten (Truong et al., 2014).

Durch das vorliegende Review erhält das vordergründig theoriegeleitete Konzept der interkulturellen Öffnung einen empirischen Grundstein. Durch seine breite Ausrichtung hebt es sich von bereits existierenden Modellen ab und stellt einen klaren Überblick über die in der Praxis erprobten und wissenschaftlich untersuchten Strategien zur interkulturellen Öffnung dar. Valide Erkenntnisse zu deren Wirksamkeit bleiben aus und somit besteht für zukünftige Studien die Aufgabe die Effektivität der einzelnen Maßnahmen zu untersuchen. Dafür sollte der Entwicklung geeigneter Evaluationsmethoden und -instrumente für das hochrelevante und komplexe Phänomen der interkulturellen Öffnung nachgegangen werden.

Nach der Extraktion und Integration von interkulturellen Öffnungsmaßnahmen auf internationalem Level folgte die qualitative Analyse von Barrieren und Ressourcen von Patient*innen sowie Behandelnden mit und ohne MH auf der Ebene der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland.

Die Interviewstudie zeigte, dass Patient*innen mit und ohne MH vergleichbaren und von ihrem Migrationsstatus primär unabhängigen Herausforderungen in psychosomatischen

Rehabilitationskliniken begegneten. Faktoren, die für beide Patient*innengruppen herausfordernd waren, waren zum Beispiel der hohe Umfang des Therapieplans, die Aktualisierung der Probleme oder von den Behandelnden divergierende Erwartungen an die Behandlung. Tatsächlich unterschieden sich die beiden Patient*innengruppen in sieben von 21 berichteten Barrieren. Das bestätigt die Annahme von Expert*innen, dass der Migrationsstatus nicht als alleinige Erklärung für Ungleichheiten in der Versorgung von Patient*innen mit MH herangezogen und nicht isoliert von anderen Faktoren betrachtet werden darf. Ansonsten kann es zu einer kulturalisierenden Betrachtung der Thematik kommen (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020; Schwarz et al., 2015). Unter Kulturalisierung wird „die Praxis verstanden, Kultur als wesentliche, zentrale und determinierende Erklärung für (individuelle) Handlungen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Konflikte oder Ausdrucksweisen zu verstehen“ (Informations- und Dokumentationsdienst für Antirassismusbearbeitung e.V., 2023). Dadurch besteht die Gefahr einer stereotypisierenden und diskriminierenden Haltung gegenüber Patient*innen mit MH, die das Behandlungsergebnis negativ beeinflussen kann (Bermejo et al., 2012; Schwarz et al., 2015).

Die interviewten Behandelnden stellten außerdem fest, dass ein niedriges Bildungsniveau und Analphabetismus bei der Behandlung von Patient*innen mit und ohne MH gleichermaßen herausfordernd waren, doch sie diesen bei Patient*innen mit MH öfter begegneten. Im Sinne des Modells der Unterprivilegierung spielt die mit dem Migrationsstatus verbundene sozioökonomische Benachteiligung eine wichtige Rolle (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020). Diese kann sich in einem geringen Bildungsniveau sowie geringen Gesundheitskompetenzen bzw. eingeschränkten Gesundheitswissen zeigen und die Behandlung für Patient*innen und Behandelnde erschweren (Kirkcaldy et al., 2006; Kupfer & Gamper, 2020). Schwarz et al. (2015) identifizierten im Kontext der medizinischen Rehabilitation migrantenspezifische Barrieren (z.B. Sprachbarrieren) und Hindernisse, die vom Migrationsstatus primär unabhängig sind (z.B. Verständnisprobleme aufgrund eines niedrigeren Bildungsstandes). Die Kumulation der beschriebenen Faktoren kann einen ungünstigen Effekt haben und sich zu „Barriere-Komplexen“ konsolidieren (Schwarz et al., 2015).

In der zukünftigen Forschung sollten Strategien zum Abbau migrationsunspezifischer Barrieren im Zugang zu und der Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken weiterentwickelt und evaluiert werden. Um eine kulturalisierende Behandlung von Menschen

mit MH zu vermeiden, sollte das Bewusstsein dafür entstehen, dass vorhandene Herausforderungen im Umgang mit Patient*innen mit MH nicht zwangsläufig auf den Migrationsstatus zurückzuführen sind, sondern, dass die mit dem Migrationsstatus verbundenen Lebensumstände sowie individuelle Risiko- und Schutzfaktoren bestehende Barrieren verstärken oder ihnen entgegenwirken können.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviewstudie bezüglich der Barrieren und Ressourcen, die spezifisch für die Behandlung von Patient*innen mit MH in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken genannt wurden, im Rahmen des Modells aus dem Scoping Review betrachtet.

Migrationspezifische Herausforderungen auf Seiten der Patient*innen waren in erster Linie Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen, und erlebte Angst- bzw. Schamgefühle in Gruppentherapien. Sprachbarrieren werden als häufigste Barriere genannt und sind ebenso wie Diskriminierungserfahrungen bereits aus anderen Studien bekannt (Bermejo et al., 2012; Schwarz et al., 2015). Die ausgeprägten Angst- oder Schamgefühle in Gruppentherapien könnten durch diese beiden Faktoren teilweise erklärt werden.

Als wichtigste Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit MH wurde die interkulturelle Öffnung genannt. Patient*innen mit MH profitierten von dem muttersprachlichen Angebot für türkischsprachige Migrant*innen, Sprachkompetenzen und dem kulturellen Verständnis der Behandelnden mit MH sowie der Möglichkeit der Einhaltung kultureller oder religiöser Vorschriften. Diese Ergebnisse basieren vor allem auf der Befragung der Patient*innen aus der Klinik mit dem Behandlungsschwerpunkt für türkischsprachige Migrant*innen. Werden diese Ergebnisse in das Modell zur interkulturellen Öffnung aus dem Scoping Review integriert, wird deutlich, dass die in der Interviewstudie berichteten Ressourcen in der Behandlung von Menschen mit MH vor allem auf der individuellen Ebene im Modell einzuordnen sind.

Trotz vorhandener Ressourcen sind Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede in der Behandlung von Patient*innen mit MH aus der Sicht der Behandelnden herausfordernd. Die kulturellen Unterschiede beziehen sich im Wesentlichen auf divergierende Vorstellungen bezüglich Geschlechterrollen, der Wichtigkeit der Familie, des Ausdrucks von Emotionen und Bedürfnissen, der Offenheit in der Problemdarstellung vor Anderen sowie der Rolle von religiösen Normen. Wie aus Studien mit Behandelnden bekannt, können Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede das Wissen über die Behandlung und die Behandlungadhärenz

negativ beeinflussen (Grandpierre et al., 2018; Suphanchaimat et al., 2015). Zudem können sie bei den Behandelnden zu dem Gefühl von Überforderung und Hilflosigkeit führen, die zu erhöhten Arbeitsbelastungen beitragen können (Grandpierre et al., 2018; Mösko et al., 2013; Suphanchaimat et al., 2015; Wohlfart et al., 2006; Zaumseil, 2006).

Behandelnde berichteten in der Interviewstudie, dass sie im Umgang mit Herausforderungen bereits praktische Strategien und hilfreiche Kompetenzen entwickelt haben, wie langsames Sprechen in einfacher Sprache bei Sprachbarrieren, den Einsatz mehrsprachige Informations- und Therapiematerialien, ausführliche Erklärungen der Krankheitskonzepte und des Versorgungssystems, Erfragen und Integration der kulturellen Prägungen in die Behandlung oder die Reflektion über kulturelle Diversität und der eigenen kulturellen Prägungen. Dazu passend deuten Ergebnisse aus der Rehabilitationsforschung darauf hin, dass ein Bewusstsein für kulturelle Prägungen, eine unvoreingenommene Haltung, eine tragfähige Beziehung zwischen Behandelnden und Patient*innen, Klärung der Erwartungen an die Behandlung und die Erläuterung des Gesundheitssystems vorteilhaft in der Behandlung von Patient*innen mit MH sind (Grandpierre et al., 2018). Befragte Behandelnde empfanden zum einen, dass durch den Umgang mit diesen Herausforderungen der Behandlungsprozess langsamer voranging als bei Patient*innen ohne MH. Zum anderen erlebten sie die kulturelle Diversität und Reflektion über ihre eigenen kulturellen Prägungen als bereichernd. Das deutet daraufhin, dass Behandelnde in der therapeutischen Arbeit mit Patient*innen mit MH den Fokus auf eine sprach- und kultursensible Gesprächsführung sowie auf (psycho)edukative Elemente hinsichtlich der Strukturen des Gesundheitssystems, der Inhalte der Behandlung und psychosomatischer Störungen legen sollten. Darüber hinaus sollte ein Raum für Behandelnde geschaffen werden, indem sie die Behandlung von Patient*innen mit MH und ihre eigenen kulturellen Prägungen kritisch reflektieren können. Dies könnte in Inter- oder Supervisionen mit Fokus auf interkulturelle Behandlungsaspekte geschehen.

Als Hindernis in der Behandlung von Patient*innen mit MH auf der Organisationsebene, welche im Modell beschrieben wird, nannten die Behandelnden die geringe interkulturelle Öffnung der Kliniken. Diese ist gekennzeichnet durch das Fehlen mehrsprachiger Mitarbeitenden sowie mehrsprachiger Behandlungs- und Informationsmaterialien und den Mangel an Unterstützung durch die Leitung im Umgang mit den Behandlungsherausforderungen von Patient*innen mit MH. Eine Studie zum Stand der interkulturellen Öffnung von psychosomatischen Kliniken in Bayern, worunter sich auch sechs

Rehabilitationskliniken befanden, bestätigte, dass die interkulturelle Öffnung in ungenügender Weise in den Kliniken implementiert war (Weber et al., 2020). Dies zeigte sich in einer Unterrepräsentierung von Mitarbeitenden mit MH mit Fremdsprachenkenntnissen, im Mangel an Angeboten zur Verbesserung interkultureller Kompetenzen der Behandelnden, am eingeschränkten Zugang zu Dolmetschenden, am fehlenden Fokus auf die Versorgung von Patient*innen mit MH im Leitbild, an wenig spezialisierten Angebote und generell an einem eingeschränkten Interesse für das Thema (Weber et al., 2020).

Im Rahmen der Interviewstudie unterschied sich die Klinik mit einem interkulturellen Behandlungsschwerpunkt diesbezüglich von den Kliniken der Regelversorgung. In dieser wurden fünf Ressourcen der interkulturellen Öffnung auf der Organisationsebene genannt: das muttersprachliche Angebot für türkischsprachige Migrant*innen, die kulturelle Diversität und Sprachkenntnisse des Personals, ausdrucksorientierte Therapien geeignet für Patient*innen mit geringen Sprachkenntnissen, die Entwicklung eines Dolmetschersystems und die Berücksichtigung von Essgewohnheiten. Im Rahmen des Reviews wurden weitere Strategien identifiziert, die auf der Organisationsebene die interkulturelle Öffnung gewährleisten. Diese sind Trainings zu interkulturellen Kompetenzen für Mitarbeitende, Adaptierung der Gestaltung und Organisation der Gesundheitseinrichtungen an die Bedürfnisse der Patient*innen mit MH beispielsweise durch eine mehrsprachige Beschilderung innerhalb der Kliniken oder der Möglichkeit religiöse Praktiken auszuüben. Überdies spielt die Erhebung migrationspezifischer Daten (Geburtsland, kulturelle Hintergrund, Muttersprache(n) etc..) eine wichtige Rolle, um die Repräsentativität von Patient*innen mit MH innerhalb der Einrichtung und individuelle Bedürfnisse der Patient*innen für die Behandlung zu erheben. Zu beachten ist, dass in der Interviewstudie nicht direkt nach interkultureller Öffnung gefragt wurde, das heißt weitere Strategien könnten implementiert gewesen sein ohne, dass von diesen berichtet wurde. Dennoch lassen die Ergebnisse aus der Studie von Weber et al. (2020) und die Erkenntnisse aus der Interviewstudie auf ein großes Optimierungspotenzial hinsichtlich der strukturellen Implementierung interkultureller Öffnung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken schließen.

Weiterhin deuten die Ergebnisse aus den Interviews und anderen Studien darauf hin, dass die strukturell gering verankerte interkulturelle Öffnung die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden, die eine fremdsprachige Behandlung anbieten erhöht (Drolet et al., 2014;

Suphanchaimat et al., 2015). Zum einen ergibt sich durch den Mangel an fremdsprachigen Mitarbeitenden bei gleichzeitig hoher Inanspruchnahme fremdsprachiger Angebote (Weber et al., 2020) eine hohe Anzahl an Patient*innen, die sich auf wenige Mitarbeitende verteilt (Drolet et al., 2014; Suphanchaimat et al., 2015). Zum anderen sind die fremdsprachigen Mitarbeitenden in den Kliniken die primären und manchmal einzigen Ansprechpartner*innen für Patient*innen mit Sprachbarrieren. In Kombination mit der ambulanten Unterversorgung dieser Patient*innen kann sich ein erhöhter Bedarf an pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Kontakten ergeben (Drolet et al., 2014). Zudem berichteten Mitarbeitende mit MH davon, dass sie für Behandelnde ohne entsprechende Sprachkenntnisse und zur Erstellung von fremdsprachigen Materialien Dolmetsch- und Übersetzungstätigkeiten übernehmen. In seltenen Fällen haben sie hierfür eine entsprechende Kompensation erhalten (Drolet et al., 2014; Elderkin-Thompson et al., 2001). Neben der zusätzlichen Arbeitsbelastung für fremdsprachige Mitarbeitende sind die Übersetzungsdienste kritisch zu werten, da sie in den meisten Fällen keine fachliche Kompetenz für die Rolle als Dolmetschende oder Übersetzende vorweisen. Dadurch kann es zu Übersetzungsfehlern mit negativer Auswirkung auf die Behandlung kommen (Drolet et al., 2014; Elderkin-Thompson et al., 2001). Studien aus der psychosozialen Versorgung geben den Hinweis, dass die Rahmenbedingungen und Ressourcen für die Implementierung der Strategien meistens ungenügend sind, selbst wenn die interkulturelle Öffnung im Leitbild verankert und der Prozess gewünscht ist (Odening et al., 2013; Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). Dadurch wird die Umsetzung der Strategien auf der Organisations- und der individuellen Ebene limitiert (Grandpierre et al., 2018).

Zur Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit MH und zur Entlastung der Mitarbeitenden ist es von großer Bedeutung, dass der Prozess der interkulturellen Öffnung als ein ganzheitlicher Organisationsentwicklungsprozess von allen Ebenen in der Klinik mitgetragen wird, entsprechende Strategien konkret umgesetzt und evaluiert werden sowie dafür entsprechende Ressourcen freigestellt werden. Aus dem Review geht hervor, dass um den Prozess der interkulturellen Öffnung als Organisationsentwicklungsprozess zu etablieren zunächst eine Bedarfsanalyse für interkulturelle Öffnung nötig ist und darauffolgend ein regelmäßiges Monitoring des Prozesses. Idealerweise sollte ein für den Prozess Verantwortlicher oder eine Gruppe an Verantwortlichen rekrutiert werden, der diesen begleitet und fördert. In Zusammenarbeit mit der Leitung sollten Aktionspläne entwickelt und schriftlich festgehalten werden. Zu guter Letzt sollte der Prozess innerhalb und außerhalb der

Klinik über Veranstaltungen und in schriftlichen Materialien bekannt gemacht werden. Vergleichbare Strategien wurden in der Interviewstudie nicht erwähnt. Die beschriebenen Maßnahmen können von Verantwortlichen in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen genutzt werden, um die interkulturelle Öffnung ziel- und ressourcenorientiert zu implementieren, in Kooperation mit den Mitarbeitenden aktiv zu gestalten und deren Effektivität zu überprüfen.

Schließlich wurden bezüglich der Strategien zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, wie sie im Modell beschrieben sind, keine Ressourcen oder Barrieren, in den Interviews identifiziert. Der Grund dafür war der fehlende Fokus auf diesen Aspekt im Interviewleitfaden. Der Zugang zu Rehabilitationskliniken in Deutschland verläuft über ein standardisiertes Antragsverfahren. Dabei spielen Haus-, Fach- und Betriebsärzte sowie die Mitarbeitenden von Rehabilitationsträgern, meistens der deutschen Rentenversicherung, eine essentielle Rolle (Deutsche Rentenversicherung, 2023). Wie Schwarz et al. (2015) in ihrer qualitativen Studie zu Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation berichten, nannten Interviewte die unzureichende interkulturelle Kompetenz der kooperierenden Ärzt*innen und Mitarbeitenden von Rehabilitationsträgern, den Mangel an kultursensiblen und mehrsprachigen Informationsmaterialien und Beratungsangebote, die nur deutschsprachig verfügbaren Antragsformulare sowie das Fehlen von mehrsprachigen Mitarbeitenden und Dolmetscherdiensten bei Rehabilitationsträgern als Zugangsbarrieren zu rehabilitativen Leistungen (Schwarz et al., 2015). Demzufolge sollte der Zugang zu Rehabilitationskliniken für Menschen mit MH verbessert werden. Die deutsche Rentenversicherung Nord hat erste Schritte in diese Richtung unternommen in dem sie die Broschüre „Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ zu Zielen und Inhalten der Rehabilitation in acht Sprachen auf ihrer Website zur Verfügung stellt (Deutsche Rentenversicherung Nord, 2023). Zudem bildet das Ethno-Medizinischen Zentrum e.V interkulturelle Gesundheitslotsen aus und bietet Infoveranstaltungen für Migrant*innen an. Im Rahmen des Angebots „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ werden Migrant*innen über die Rehabilitationsleistungen informiert (Deutsche Rentenversicherung Nord, 2023). Die strategische Unterstützung durch Gesundheitslotsen findet sich im Modell im Punkt „Integration von Gemeindeggesundheitsmitarbeitenden“ wieder.

Die kombinierte Betrachtung der Ergebnisse der Interviewstudie innerhalb des neu entwickelten Modells zur interkulturellen Öffnung deckte Ressourcen und Herausforderungen

dieses Prozesses innerhalb von psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland auf. Daraus ergeben sich vielfältige Empfehlungen für die praktische Umsetzung des Konzepts auf verschiedenen Ebenen. Beispielsweise können Führungspersonen innerhalb von Versorgungsstrukturen durch die präzise Beschreibung der Maßnahmen neue Anhaltspunkte zur Optimierung der interkulturellen Öffnung finden. Durch die strukturelle Umsetzung von beschriebenen Maßnahmen könnte die Versorgung von Patient*innen mit MH verbessert und Mitarbeitende entlastet werden. Weiterhin kann das Modell auf politischer Ebene mit seinen evidenzbasierten Methoden bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen zur Hilfe hinzugezogen werden.

Nachdem sich in der Interviewstudie eine Mehrbelastung der Mitarbeitenden mit MH abzeichnete, war das Ziel der dritten Studie der vorliegenden Dissertation eine methodisch quantitativ aufgestellte Machbarkeitsstudie durchzuführen, um die psychosozialen Arbeitsbedingungen der Mitarbeitende mit und ohne MH in psychosomatischen Rehabilitationskliniken vergleichend zu untersuchen.

Es zeigte sich, dass die Durchführung einer solchen Studie insgesamt als möglich zu bewerten ist. Dennoch sollte der Rekrutierungsstrategie zukünftig große Beachtung geschenkt werden, da bei der durchgeführten Studie die Rücklaufquote des eingesetzten Fragebogens geringer ausfiel als erwartet. Die angestrebte Gesamtrücklaufquote von $\geq 40\%$, welche in der deutschen Evaluationsstudie des COPSOQs erzielt wurde, wurde mit 37,5% fast erreicht (Nübling et al., 2005). Studien, die das psychosoziale Umfeld von Gesundheitspersonal in Krankenhäusern untersuchten, berichteten von Rücklaufquoten zwischen 37% und 39,6% (Fuss et al., 2008; Sturm et al., 2019; Wagner et al., 2018; Wagner et al., 2019). Studien, die die psychosozialen Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der Altenpflege mit dem COPSOQ erhoben, kamen auf Rücklaufquoten von 33% und 21% (Nubling et al., 2010; Ulusoy et al., 2018). Auch wenn die angestrebte Rücklaufquote knapp verfehlt wurde, scheint sie für Befragungen im Gesundheitsbereich angemessen zu sein. Generell sind die Rücklaufquoten von Fragebogenerhebungen im Gesundheitsbereich eher niedrig und können durch eingeschränkte zeitliche Ressourcen, Sorge um die Vertraulichkeit der Daten oder eine gering wahrgenommene Wichtigkeit der Studienteilnahme erklärt werden (Sudman, 1985; VanGeest & Johnson, 2011; VanGeest et al., 2007). Auch in der durchgeführten Studie wurden Sorgen um die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten in den Antworten der Freitextfragen geäußert. Das liefert eine mögliche Erklärung zum Unterschied der Raten der fehlenden Daten

bei den soziodemographischen Daten (3,5%) verglichen mit den Daten zu den psychosozialen Arbeitsbedingungen (1,9%). Forschende haben sich bereits mit der Optimierung der Rücklaufquote von Mitarbeitenden im Gesundheitssystem beschäftigt. Dabei unterscheiden sie zwischen designbasierten und anreizbasierten Strategien. Eine Metaanalyse zeigte, dass die Strategien wie den Fragebogen in einem Umschlag zu verschicken, geldliche Anreize zu setzen und ein oder zwei Erinnerungen zu senden, die höchsten Rücklaufquoten hervorbringen (Cho et al., 2013). In unserer Studie hatte Klinik A mit 49% die beste Rücklaufquote. Diese wurde ohne geldliche Anreize und ohne Erinnerungen erreicht. Das deutet darauf hin, dass andere Faktoren eine Rolle gespielt haben können, die durch die Klinik internen Faktoren erklärbar sind wie dem guten Arbeitsklima, Vertrauen in die Führung oder die Forschenden bezüglich der Vertraulichkeit der Daten und die wahrgenommene Wichtigkeit des Themas (Phillips et al., 2016; Sudman, 1985; VanGeest et al., 2007). Weitere betonen, dass die Präsenz und ein persönlicher Kontakt zu den Forschenden und der Leitung die Rücklaufquoten in Kliniken positiv beeinflussen können (Phillips et al., 2016; VanGeest et al., 2007). In zukünftigen Studien in Rehabilitationskliniken sollte daher jemand aus dem Forschungsteam in Präsenz ansprechbar sein. In der vorliegenden Studie konnte der persönliche Kontakt mit den in den Kliniken tätigen Personen lediglich eingeschränkt durchgeführt werden. Das ist der ländlichen Lage der Kliniken geschuldet und den damit einhergehenden hohen zeitlichen und finanziellen Ressourcen für Reisen dorthin.

Der Anteil der Mitarbeitenden mit MH lag bei 12,4%. In der deutschen Bevölkerung liegt der Anteil der Menschen mit MH bei 27% (Statistische Bundesamt, 2021b), was auf die Unterrepräsentierung von Mitarbeitende mit MH hinweist. In zwei Studien zur interkulturellen Öffnung in psychosomatischen Kliniken in Bayern und in psychosozialen Einrichtungen in Berlin lag der Anteil an Mitarbeitenden mit MH bei 14,6% und 13,1% (Penka et al., 2015; Weber et al., 2020). In beiden Fällen gaben die Autor*innen an, dass Mitarbeitende mit MH im Vergleich zum Bevölkerungsanteil mit MH der Region, der in Bayern bei 22,9 % und in Berlin bei 25,7% lag, unterrepräsentiert waren. In der vorliegenden Studie war die Klinik mit dem höchsten Anteil an teilnehmenden Mitarbeitenden mit MH mit 24,5% Klinik C, gefolgt von Klinik D mit 14%, von Klinik A mit 8% und Klinik B mit 3%. Der hohe Anteil von Teilnehmenden mit MH in Klinik C kann durch den Behandlungsschwerpunkt für türkischsprachige Migrant*innen erklärt werden. Vergleicht man die Ergebnisse mit dem Anteil der Menschen mit MH in der Region, wird dennoch deutlich, dass Mitarbeitende mit

MH meistens unterrepräsentiert waren. Der Anteil an Menschen mit MH liegt in Nordrhein-Westfalen, wo Klinik C liegt, bei 32% und in Hessen, wo sich Klinik D befindet, bei 36%. Klinik A erreichte mit einem Anteil von Teilnehmenden mit MH von 8% die regionale Quote von 8,6% in Mecklenburg-Vorpommern. Am meisten unterrepräsentiert waren Mitarbeitende mit MH in Klinik A, die im Vergleich zum regionalen Anteil von Menschen mit MH in Schleswig-Holstein von 19% nur einen Anteil von 3% erreichte (Statistische Bundesamt, 2021a). Der Anteil an Mitarbeitenden mit MH war unter den Ärzt*innen mit 26,7% am höchsten und übersteigt den Anteil in der Gesamtzahl von Ärzt*innen in Deutschland von 12% (Bundesärztekammer, 2018). Die Gruppe der Psycholog*innen/Psychotherapeutinnen hatte mit 17,6% den zweitgrößten Anteil an Mitarbeitenden mit MH. Ähnliche Ergebnisse wurden in psychosomatischen Kliniken in Bayern gefunden. Dort lag der Anteil an Ärzt*innen mit MH bei 23,3% und bei den Psycholog*innen bei 12,1%. In beiden Studien war der Anteil der Pflegekräfte mit MH von 4,4% in unserer Studie und 8,3% in der bayerischen Studie (Weber et al., 2020) geringer als unter Pflegekräften in Deutschland, der bei ca. 15% liegt (Afentakis & Maier, 2014).

Über die Repräsentativität der Stichprobe kann keine genaue Aussage getroffen werden, da die Gesamtzahl der Mitarbeitenden mit MH in den Kliniken nicht vorliegt. Häufig wird die Nationalität aber nicht explizit der kulturelle Hintergrund von Mitarbeitenden erhoben. Vor allem Migrant*innen der 2. Generation sind durch die Frage nach Nationalität schwer identifizierbar. Zudem müssen Kliniken und Mitarbeitenden dazu bereit sein diese Informationen mit Forschenden zu teilen. Hinzukommt, dass Mitarbeitenden mit MH eine erhöhte Sorge im Vergleich zu den Mitarbeitenden ohne MH bezüglich der Anonymität ihrer Daten hatten. Diese sind über die Angaben ihres kulturellen Hintergrundes in Kombination mit Daten zu Alter, Geschlecht, Beruf leichter zu identifizieren. Aus der Literatur sind weitere Barrieren bekannt, wie geringe Sprachkenntnisse oder Angst vor negativen Konsequenzen bei Studienteilnahmen (Schenk & Neuhauser, 2005). In zukünftigen Studien sollte mit kooperierenden Kliniken vorab geklärt werden, ob die Gesamtzahl der Mitarbeitenden mit MH zu Verfügung steht und die Kliniken nach diesem Kriterium selektiert. Somit kann die Frage geklärt werden, ob Mitarbeitenden mit MH in den Kliniken unterrepräsentiert sind, wie es bereits existierende Ergebnisse vermuten (Penka et al., 2015; Weber et al., 2020), oder ob sie in der Studie unterrepräsentiert waren, wie es aus der Migrationsforschung bekannt ist (Schenk & Neuhauser, 2005). Selbstverständlich können noch weitere Faktoren eine Rolle spielen. Im Sinne einer migrationssensiblen Forschung sollte in der Kommunikation mit

Teilnehmenden besonders darauf hingewiesen werden, dass die Vertraulichkeit der Daten gewährleistet ist und keine negativen Konsequenzen aus der Teilnahme entstehen. Weiterhin kann der Einsatz migrationssensibler und sprachsensibler Erhebungsinstrumente sowie die Durchführung migrantenspezifischer Non-Responderanalysen zur Datenauswertung in Anspruch genommen werden (Schenk & Neuhauser, 2005).

Aus den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie zur Variabilität der Daten geht hervor, dass Mitarbeitenden mit MH zum Teil höhere Belastungen aufweisen (erhöhter work-privacy-conflict, Mobbing, Burnout, niedriger Gesundheitszustand) und gleichzeitig viele Ressourcen aufweisen (höhere Bedeutung der Arbeit, Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz, Rollenklarheit, erhöhte Arbeitszufriedenheit und geringerer Gedanke an Berufsaufgabe). Die Tendenzen aus der Machbarkeitsstudie können nicht als Evidenz angesehen werden. Dennoch wurden diese in der qualitativen Studie wiedergefunden. Erhöhte Belastungen der Mitarbeitenden mit MH durch Mehrbelastungen (Burnout, erhöhter work-privacy-conflict) und Diskriminierung (Mobbing) bei gleichzeitigem Vorhandensein des Gefühls helfen zu können, wie es in den Interviews berichtet wurde, welches sich in einer höheren Einschätzung der Bedeutung der Arbeit und der Arbeitszufriedenheit äußern kann. Auch in anderen Studien zeigte sich die Tendenz, dass Mitarbeitenden mit MH ihr psychosoziales Arbeitsumfeld als positiver bewerten als Mitarbeitenden ohne MH. So berichteten Reinigungskräfte mit MH von einer höheren Kontrolle über und Anerkennung ihrer Arbeit, bessere Führungsqualität, mehr Vertrauen in die Leitung und von mehr Gerechtigkeit als ihre Kolleg*innen ohne MH (Olesen et al., 2012). Pflegekräfte mit MH in Deutschland waren weniger beeinflusst durch emotionale Belastungen, work-privacy-conflict und Rollenkonflikten (Ulusoy et al., 2018). Eine Studie aus Hamburg zeigte keine signifikanten Unterschiede in den psychosozialen Belastungen von ambulanten Pflegekräften mit und ohne MH. Dennoch gab es Unterschiede in den Prädiktoren für psychosoziale Belastungen. Bei Pflegekräften mit MH waren es ein befristeter Arbeitsvertrag und ein hoher Grad an Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit, während bei Pflegekräften ohne MH das Alter, eine Vollzeitarbeitsstelle und Überstunden Prädiktoren für psychosoziale Belastungen darstellten. Protektive Faktoren für Pflegekräfte mit MH waren eine gute Beziehung zu Kolleg*innen und Vorgesetzten, und für Pflegekräfte ohne MH flexible Arbeitszeiten (Schilgen et al., 2020).

Zusammenfassend zeigen diese uneinheitlichen Ergebnisse, dass allein der MH nicht die komplette Varianz zu erlebten psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz erklären kann. Es

besteht somit die Notwendigkeit die Zusammenhänge zwischen erlebten psychosozialen Arbeitsbelastungen und dem MH zu erforschen sowie darüber hinaus den Einfluss individueller und arbeitsplatzbezogener Faktoren mitzuberücksichtigen. Vor allem im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation besteht ein hoher Forschungsbedarf, da die psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden in diesem Bereich bisher wenig Beachtung gefunden haben.

1.4.2 Stärken und Limitationen

Die Studien der vorliegenden Dissertation bauen inhaltlichen aufeinander auf und vereinen eine Übersichtsarbeit mit qualitativen sowie quantitativen Methoden. Ausgehend von der Übersicht über die internationale Literatur zu Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von sprachlich- und kulturell diversen Menschen und der Erstellung eines innovativen Modells, wird die interkulturelle Öffnung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken sowie damit verbundene Herausforderungen und Ressourcen aus verschiedenen Perspektiven umfassend beleuchtet. Es konnten neue Erkenntnisse bezüglich des Stands der Umsetzung der interkulturellen Öffnung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken gewonnen werden. Zudem wurde der Fokus auf die Perspektive der versorgenden Mitarbeitenden gelegt, vor allem derer mit eigenem MH, die in der Vergangenheit im Vergleich zur Perspektive der Patient*innen, vernachlässigt wurde. Es wurden ferner methodische Herausforderung in der Erforschung der interkulturellen Öffnung identifiziert. Zum einen die Herausforderung in der Erforschung der Effektivität von einzelnen Maßnahmen und zum anderen in der Erforschung von individuellen Belastungsfaktoren der Mitarbeitenden bezogen auf das Thema der interkulturellen Arbeit in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Daraus konnten elementare Empfehlungen für zukünftige Studien abgeleitet werden.

Dennoch müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Die Gleichsetzung der Zielgruppen des Reviews von „culturally and linguistically divers patients“ und die der Interviews von “Patient*innen mit Migrationshintergrund“ kann kritisch betrachtet werden. Die Begriffe stammen aus unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Migrationsgeschichten und -strömen. Zudem beinhalten sie teilweise unterschiedliche Gruppen. Die Gruppen, die unter dem in Deutschland verwendete Begriff „mit Migrationshintergrund“ zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer*innen,

zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedler*innen, Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption, durch einen deutschen Elternteil erhalten haben oder mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Kinder der vier zuvor genannten Gruppen sind eindeutig beschrieben (Statistisches Bundesamt, 2022). Der Begriff „culturally and linguistically diverse“ umfasst hingegen alle Menschen, die sich selbst zu einer ethnischen und sprachlichen Minderheit zählen. Dazu gehören beispielsweise auch indigene Bevölkerungsgruppen und Migrant*innen der 3. Generation (Betancourt et al., 2003; Bhui et al., 2007; Brach & Fraser, 2000; Grandpierre et al., 2018). Das kann die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränken. Ähnlich verhält es sich mit den Begriffen „interkulturelle Öffnung“ und „cultural competence“. Während die „interkulturelle Öffnung“ einen Prozess beschreibt, bei dem es vor allem um strukturelle Veränderungen geht, beschreibt „cultural competence“ vorrangig konkrete Strategien, Konzepte oder Verhaltensweisen, die für diesen Prozess nötig sind. In beiden Fällen ist es höchst herausfordernd die beiden Konzepte adäquat zu operationalisieren. Die Strategien, die sich im Kontext der beiden Begriffe finden lassen, sind jedoch nahezu identisch und verfolgen das Ziel die Gesundheitsversorgung von kulturell und sprachlich diversen Menschen zu verbessern.

Im Rahmen des Scoping Reviews waren präzise Schlussfolgerungen hinsichtlich der Effektivität interkultureller Öffnungsmaßnahmen nicht möglich. Dadurch konnte Forschungsfrage 2 nicht umfassend beantwortet werden. Das stellt eine Limitation dieser Arbeit dar. Das lag zum einen an der Heterogenität der Studien und der Outcomes. Aus methodischer Sicht war die Auswahl eines Scoping Reviews, das per Definition einen weiten Fokus bezüglich Methoden und Outcomes hat, (Pham et al., 2014), zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 weniger geeignet als zur Beantwortung der Forschungsfrage 1. Zum anderen wurde die Qualität der eingeschlossenen Studien nicht bewertet, wodurch die Validität und Generalisierbarkeit der Aussagen der Studien nicht überprüft wurde. Aufbauend auf dem Scoping Review sollte ein systematisches Review folgen mit engerem Fokus auf eine spezifische Fragestellung, klar definierten Outcomes und geeigneten Forschungsmethoden.

Die Stichprobengewinnung durch Selbstaktivierung und durch Gatekeeper im Rahmen der Interviewstudie stellt ferner eine Limitation dieser Arbeit da. Beide Strategien können zu einem Selektionsbias geführt haben. Zum einen haben sich nur bestimmte – wahrscheinlich an dem Thema interessierte – Mitarbeitende zur Studienteilnahme gemeldet. Zum anderen

entstand durch die Bestimmung geeigneter Patient*innen durch die Gatekeeper eine Vorauswahl der Teilnehmenden, die möglicherweise durch unbekannte Selektionskriterien, wie Offenheit der Patient*innen oder die Qualität des Kontakts zwischen Gatekeeper und anvisierter Stichprobe) beeinflusst wurde. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Sowohl die Interviewstudie als auch die Machbarkeitsstudie wurden in lediglich vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Diese geringe Zahl schränkt die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Daten auf andere Einrichtungen des Gesundheitssystems als auch auf andere (psychosomatische) Rehabilitationseinrichtungen ein. Dies muss bei der Übertragung der Ergebnisse oder der Umsetzung von weiteren Forschungsvorhaben beachtet werden.

1.4.3 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorliegende Dissertation einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der interkulturellen Öffnung auf einem internationalen Level sowie der Ressourcen und Herausforderungen der interkulturellen Versorgung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken leistet.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie verdeutlichen, dass Patient*innen mit MH von den Angeboten stationärer psychosomatischer Rehabilitationskliniken durchaus profitieren und gleichzeitig mit mehr Herausforderungen konfrontiert sind als Patient*innen ohne MH. Um eine gleichwertige Behandlung zu gewährleisten, ist der Prozess der interkulturellen Öffnung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken von enormer Bedeutung. Bei dem Prozess sollten Herausforderungen, die vom Migrationsstatus der Patient*innen primär unabhängig sind, ebenfalls im Blick behalten werden. Insgesamt sollte beachtet werden, dass der interkulturelle Öffnungsprozess nicht allein von den Behandelnden getragen werden kann. Allgemein wurde die Behandlung von Patient*innen mit MH als kulturell und sprachlich herausfordernd erlebt, obwohl Behandelnde bereits Umgangsstrategien damit gefunden haben. Dennoch wurde die Behandlung dadurch oft als zeit- und energieintensiv erlebt. Vor allem Mitarbeitende mit MH, die eine fremdsprachige Behandlung anbieten, berichteten in der Interviewstudie von erhöhten Arbeitsbelastungen durch eine hohe Anzahl an Patient*innen und zusätzlichen fachfremden Aufgaben. Dies kann zu erhöhten arbeitsbezogenen Belastungen führen. Die identifizierten Überlastungsrisiken

sollten in der Versorgungspraxis unbedingt Berücksichtigung finden und zur Entlastung der Behandelnden mehr Ressourcen für die Behandlung von Patient*innen mit MH zur Verfügung gestellt werden. Das bedeutet, dass interkulturelle Öffnung nicht bei der Rekrutierung kulturell und sprachlich diversen Personals endet, sondern, dass interkulturelle Öffnung einen organisationsumfassenden strukturellen Veränderungsprozess darstellt, der von allen Mitarbeitenden getragen, geplant, implementiert und vor allem von der Leitung unterstützt werden sollte. Im Rahmen des im Scoping Review erstellten innovativen Modells wird die Erläuterung zahlreicher Strategien auf vier verschiedenen Ebenen zur Verfügung gestellt, die zur Umsetzung dieses komplexen und wichtigen Prozesses beitragen. Das Ziel weiterer Forschungsarbeiten sollte die Überprüfung der Effektivität von einzelnen Maßnahmen interkultureller Öffnung auf verschiedenen Ebenen sein sowie die Untersuchung der Einflüsse dieses Prozesses auf die Arbeitsbedingungen und psychosoziale Gesundheit der Mitarbeitenden.

2 Abkürzungsverzeichnis

MH = Migrationshintergrund

IOM = Internationalen Organisation für Migration

COPSOQ = Copenhagen Psychosocial Questionnaire

3 Literaturverzeichnis

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., Sawyer, S. M., Sheikh, K., Tollman, S., Spiegel, P. & Zimmerman, C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*, 392(10164), 2606-2654. doi:10.1016/s0140-6736(18)32114-7
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*, 52(2), 649-661. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Afentakis, A. & Maier, T. (2014). Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In S. Bundesamt (Ed.), *Wirtschaft und Statistik* (pp. 173-182.).
- Agudelo-Suárez, A. A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A. M., Ruiz-Frutos, C., Felt, E. & Benavides, F. G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11, 652. doi:10.1186/1471-2458-11-652
- Aichberger, M. C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M. A., Nickels, E., Heimann, H. M., Ströhle, A., Reischies, F. M., Heinz, A. & Rapp, M. A. (2010). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Eur Psychiatry*, 25(8), 468-475. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.11.009
- Alizadeh, S. & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), e117–e130.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems - A systematic review. *Am J Prev Med*, 24(3), 68-79. doi:10.1016/s0749-3797(02)00657-8
- Arici, C., Ronda-Perez, E., Tamhid, T., Absekava, K. & Porru, S. (2019). Occupational Health and Safety of Immigrant Workers in Italy and Spain: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 16(22). doi:10.3390/ijerph16224416
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L. & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 264. doi:10.1186/s12889-017-4153-7
- Australian Government. (2005). *Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation*. Commonwealth of Australia.
- Beck, P., Mratschkowski, A. & Matusiewicz, D. (2022). Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen fördert einen solidarischen Umgang. *Gesundheitswesen*, 84(4), 333-335. doi:10.1055/a-1236-3630
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(8), 944-953. doi:10.1007/s00103-012-1511-6
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*, 118(4), 293-302. doi:10.1093/phr/118.4.293

- Bhui, K., Stansfeld, S., McKenzie, K., Karlsen, S., Nazroo, J. & Weich, S. (2005). Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *Am J Public Health, 95*(3), 496-501. doi:10.2105/ajph.2003.033274
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K. & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res, 7*. doi:10.1186/1472-6963-7-15
- Bischoff, A. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals – A review of effective intervention*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Bland, J. M. & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *Bmj, 314*(7080), 572. doi:10.1136/bmj.314.7080.572
- Bourque, F., van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med, 41*(5), 897-910. doi:10.1017/s0033291710001406
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev, 57 Suppl 1*, 181-217. doi:10.1177/1077558700057001s09
- Bundesärztekammer. (2018). *Ärztstatistik 2018*. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2022). Glossar Migration – Integration – Flucht & Asyl. Retrieved from <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270612/migrant/>
- Burns, R. A., Butterworth, P. & Anstey, K. J. (2016). An examination of the long-term impact of job strain on mental health and wellbeing over a 12-year period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 51*(5), 725-733. doi:10.1007/s00127-016-1192-9
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., Rosser, S., Larson, S., Allen, M., Fu, S. & Kane, R. L. (2016). *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Capasso, R., Zurlo, M. C. & Smith, A. P. (2016). Ethnicity and Stress at Work: A Literature Review and Suggestions for Future Research. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science,, 15*(1), 1-20. doi:10.9734/BJESBS/2016/24340
- Cheah, S. L., Jackson, E., Touyz, S. & Hay, P. (2020). Prevalence of eating disorder is lower in migrants than in the Australian-born population. *Eat Behav, 37*, 101370. doi:10.1016/j.eatbeh.2020.101370
- Cho, Y. I., Johnson, T. P. & VanGeest, J. B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Eval Health Prof, 36*(3), 382-407. doi:10.1177/0163278713496425
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D. & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health, 12*(1), 47. doi:10.1186/s12992-016-0187-3
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington D.C: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

- Daly, A., Carey, R. N., Darcey, E., Chih, H., LaMontagne, A. D., Milner, A. & Reid, A. (2019). Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *Int J Environ Res Public Health*, 16(5). doi:10.3390/ijerph16050735
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2018). *Dossier - Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung*. Retrieved from https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf
- Deutsche Rentenversicherung. (2023). Die Seele heilen mit einer psychosomatischen Reha. Retrieved from https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Presse/Meldungen/2021/211013_reha-tipp_psychosomatische_reha.html
- Deutsche Rentenversicherung Nord. (2023). MiMI - Mit Migranten für Migranten. Retrieved from https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/DE/Services/MiMi/mimi_node.html
- Dhadda, A. & Greene, G. (2018). 'The Healthy Migrant Effect' for Mental Health in England: Propensity-score Matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. *J Immigr Minor Health*, 20(4), 799-808. doi:10.1007/s10903-017-0570-z
- Diaz, E., Ortiz-Barreda, G., Ben-Shlomo, Y., Holdsworth, M., Salami, B., Rammohan, A., Chung, R. Y., Padmadas, S. S. & Krafft, T. (2017). Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *Eur J Public Health*, 27(3), 433-439. doi:10.1093/eurpub/ckx001
- Die Bundesregierung. (2007). *Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege - neue Chancen*. Berlin: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.
- Dingoyan, D., Schulz, H., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., von Wolff, A., Strehle, J., Wittchen, H., Koch, U., Heinz, A. & Mösko, M. (2017). Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany. *BMC PSYCHIATRY*, 17(1), 177.
- Drolet, M., Savard, J., Benot, J., Arcand, I., Savard, S., Lagace, J., Lauzon, S. & Dubouloz, C. J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: challenges for bilingual professionals. *Qual Health Res*, 24(3), 295-305. doi:10.1177/1049732314523503
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C. & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Soc Sci Med*, 52(9), 1343-1358. doi:10.1016/s0277-9536(00)00234-3
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (2015). *Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung - Ein Wegweise für Migranten*. Hannover.
- Fung, K., Lo, H.-T., Srivastava, R. & Andermann, L. (2012). Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcult Psychiatry*, 49(2), 165-184.
- Fuss, I., Nubling, M., Hasselhorn, H. M., Schwappach, D. & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8, 353. doi:10.1186/1471-2458-8-353

- Glaesmer, H., Wittig, U., Brahler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? *Psychiatr Prax*, 36(1), 16-22. doi:10.1055/s-2008-1067566
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund: Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 58, 181 – 187.
- Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R. & Potter, B. (2018). Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 23. doi:10.1186/s12913-017-2811-1
- Gruner, A., Oster, J., Muller, G. & von Wietersheim, J. (2012). Symptomatik, Krankheitsmodelle, Behandlungserleben und Effekte bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Z Psychosom Med Psychother*, 58(4), 385-393. doi:10.13109/zptm.2012.58.4.385
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18, 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Handschuck, H. & Schröer, H. (2002). Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. *neue praxis* 5, 511-521.
- Higgins, J. & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.
- Hinz-Rommel, W. (1994). *Interkulturelle Kompetenz, ein neues Anforderungsprofil an die soziale Arbeit*. Münster/New York: Waxmann.
- Hogh, A., Carneiro, I. G., Giver, H. & Rugulies, R. (2011). Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scand J Psychol*, 52(1), 49-56. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00840.x
- Hoppe, A. (2011). Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *J Occup Health Psychol*, 16(2), 187-201. doi:10.1037/a0021728
- Hoppe, A., Bamberg, E. & Kößler, F. J. (2021). Stress und Gesundheit in der interkulturellen Arbeitswelt. In P. Genkova, T. Ringeisen, & F. T. L. Leong (Eds.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (pp. 435-448). Wiesbaden: Springer.
- Informations- und Dokumentationsdienst für Antirassismusbearbeitung e.V. (2023). Glossar: Kulturalisierung. Retrieved from https://www.idaev.de/recherchetools/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=67&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bcontroller%5D=Term&cHash=e72c8c3f9a9812752a28ff9adb135e53
- Internationale Organisation für Migration. (2019). World Migration Report 2020. Geneva, Switzerland.
- Internationale Organisation für Migration. (2020). Total number of international migrants at mid-year 2020. Retrieved from https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs &t=2020
- Internationale Organisation für Migration. (2022). IOM Definition of migrant. Retrieved from <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- Jansen, E., Hanel, P. & Klingler, C. (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative

- interview study in rehabilitative settings. *Public Health*, 160, 1-9.
doi:10.1016/j.puhe.2018.03.017
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2).
- Kessemeier, F. M., Bassler, M., Petermann, F. & Kobelt-Pönicke, A. (2019). Therapeutische Allianz und Rehabilitationszufriedenheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation – Analyse routinemäßig erhobener Daten. *Phys Med Rehab Kuror*. doi: 10.1055/a-0862-0657
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit - Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49(9), 873-883. doi:10.1007/s00103-006-0021-9
- Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health*, 17(1), 160. doi:10.1186/s12939-018-0876-z
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). Migration und Gesundheit.: Konrad-Adenauer-Stiftung Archiv.
- Kobelt, A., Göbber, J. & W, P. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Phys Med Rehab Kuror*, 23(06), 353 – 357.
- Krajic, K., Trummer, U. & Wirtenberger, M. (2004). Migrant Friendly Hospitals in a culturally diverse Europe. The “Amsterdam Declaration” provides new momentum for improving health services for migrants and ethnic minorities and for developing more personalised services for all patients. Vienna: HPH newsletter 24/04.
- Kupfer, A. & Gamper, M. (2020). Migration als gesundheitliche Ungleichheitsdimension? Natio-ethno-kulturelle Zugehörigkeit, Gesundheit und soziale Netzwerke. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim - Klärner, I. Moor, H. von der Lippe, & N. Vonneilich (Eds.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D. & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1), 1039. doi:10.1186/s12889-020-08749-8
- Linden, M. (2014). Psychosomatic inpatient rehabilitation: the German model. *Psychother Psychosom*, 83(4), 205-212. doi:10.1159/000358852
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland. *Nervenarzt*, 73, 1208-1212.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (11. ed.). Weinheim: Beltz Verlag.
- McCalman, J., Jongen, C. & Bainbridge, R. (2017). Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *Int J Equity Health*, 16(1), 78. doi:10.1186/s12939-017-0571-5
- Möske, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2013). Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother*, 20(5), 434-446. doi:10.1002/cpp.1785

- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 465-474.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med*, 176-182.
- Moyce, S. C. & Schenker, M. (2018). Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. *Annu Rev Public Health*, 39, 351-365. doi:10.1146/annurev-publhealth-040617-013714
- National Health Service. (2014). Migrant health guide. Retrieved from <https://www.gov.uk/topic/health-protection/migrant-health-guide>
- Nickel, C., Lojewski, N., Muehlbacher, M., Cangoez, B., Müller-Rabe, T., Buschmann, W., Mitterlehner, F. O., Lahmann, C., Egger, C., Kettler, C., Rother, N., Tritt, K., Bachler, E., Fartacek, R., Leiberich, P., Gil, F. P., Rother, W. K., Loew, T. H. & Nickel, M. T. (2006). Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen*, 68, 147-153.
- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Dortmund/Berlin /Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Nubling, M., Vomstein, M., Schmidt, S. G., Gregersen, S., Dulon, M. & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10, 428. doi:10.1186/1471-2458-10-428
- Odening, D., Jeschke, K., Hillenbrand, D. & Möske, M. (2013). Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45, 53-72.
- Olesen, K., Carneiro, I. G., Jorgensen, M. B., Flyvholm, M. A., Rugulies, R., Rasmussen, C. D., Sogaard, K. & Holtermann, A. (2012). Psychosocial work environment among immigrant and Danish cleaners. *Int Arch Occup Environ Health*, 85(1), 89-95. doi:10.1007/s00420-011-0642-7
- Penka, S., Faisst, H., Vardar, A., Borde, T., Mosko, M. O., Dingoyan, D., Schulz, H., Koch, U., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung- Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 65(9-10), 353-362. doi:10.1055/s-0035-1549961
- Penka, S., Krieg, S., Hunner, C. & Heinz, A. (2003). Different explanatory models for addictive behaviour in Turkish and German youths in Germany: significance for prevention and treatment. *Nervenarzt*, 74(7), 581-586.
- Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A. & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*, 5(4), 371-385. doi:10.1002/jrsm.1123
- Phillips, A. W., Reddy, S. & Durning, S. J. (2016). Improving response rates and evaluating nonresponse bias in surveys: AMEE Guide No. 102. *Med Teach*, 38(3), 217-228. doi:10.3109/0142159x.2015.1105945
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-K. & Ulrich, R. (2008).

- Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit.* Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, O., Zeeb, H. & Schenk, L. (2008). Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Deutsche Ärzteblatt*, 105(47).
- Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden.* München: Oldenbourg.
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut*, 45(6), 350-355. doi:10.1007/s002780000123
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S. & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status - Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 543–552. doi:10.1007/s00103-015-2145-2
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Stat Methods Med Res*, 8(1), 3-15. doi:10.1177/096228029900800102
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health*, 52(2), 87-96. doi:10.1007/s00038-007-6002-4
- Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie (Vol. 48): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Schilgen, B., Nienhaus, A. & Mösko, M. (2020). The Extent of Psychosocial Distress among Immigrant and Non-Immigrant Homecare Nurses-A Comparative cross Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5). doi:10.3390/ijerph17051635
- Schmeling-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? . *Rehabilitation*, 42(363-370).
- Schwarz, B., Markin, K., Salman, R. & Gutenbrunner, C. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation (Stuttg)*, 54(6), 362-368. doi:10.1055/s-0041-108279
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27-41.
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 153–166). Wiesbaden: VS Verlag.
- Statistische Bundesamt. (2021a). Migration und Integration - Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Bundesländern. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-laender.html>
- Statistische Bundesamt. (2021b). Migration und Integration - Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/liste-migrationshintergrund-geschlecht.html#116670>
- Statistische Bundesamt. (2022a). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2021. Fachserie 1. Reihe 2.2.
- Statistische Bundesamt. (2022b). Migration und Integration - Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund im weiteren Sinn nach ausgewählten Geburtsstaaten. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-staatsangehoerigkeit-staaten.html>

- Statistisches Bundesamt. (2021). Migration und Integration - Bevölkerung in Privathaushalten 2021 nach Migrationshintergrund. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-beteiligung-erwerbsleben.html;jsessionid=876852F796A4BEB3069AA4C4B43B9582.internet731>
- Statistisches Bundesamt. (2022). Bevölkerung - Migration und Integration. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html?view=getColorboxEntry>
- Sterud, T., Tynes, T., Mehlum, I. S., Veiersted, K. B., Bergbom, B., Airila, A., Johansson, B., Brendler-Lindqvist, M., Hviid, K. & Flyvholm, M. A. (2018). A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada. *BMC Public Health*, 18(1), 770. doi:10.1186/s12889-018-5703-3
- Sturm, H., Rieger, M. A., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M. & Maschmann, J. (2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One*, 14(1), e0209487. doi:10.1371/journal.pone.0209487
- Sudman, S. (1985). Mail surveys of reluctant professionals. *Evaluation Review*, 9, 349-360.
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*, 15, 390. doi:10.1186/s12913-015-1065-z
- Swinnen, S. G. & Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 190, 6-10. doi:10.1192/bjp.bp.105.020800
- Tervalon, M. & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*, 9(2), 117-125. doi:10.1353/hpu.2010.0233
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L. & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Med Res Methodol*, 10, 1. doi:10.1186/1471-2288-10-1
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Service Research*, 14. doi:10.1186/1472-6963-14-99
- U.S. Department of Health & Human Services. (2000). National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. Retrieved from <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/standards>
- Ulusoy, N., Wirth, T., Lincke, H. J., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2018). Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. *Z Gerontol Geriatr*. doi:10.1007/s00391-018-1414-8
- VanGeest, J. B. & Johnson, T. P. (2011). Surveying nurses: identifying strategies to improve participation. *Eval Health Prof*, 34(4), 487-511. doi:10.1177/0163278711399572
- VanGeest, J. B., Johnson, T. P. & Welch, V. L. (2007). Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. *Eval Health Prof*, 30(4), 303-321. doi:10.1177/0163278707307899
- Wadsworth, E., Dhillon, K., Shaw, C., Bhui, K., Stansfeld, S. & Smith, A. (2007). Racial discrimination, ethnicity and work stress. *Occup Med (Lond)*, 57(1), 18-24. doi:10.1093/occmed/kql088

- Wagner, A., Hammer, A., Manser, T., Martus, P., Sturm, H. & Rieger, M. A. (2018). Do Occupational and Patient Safety Culture in Hospitals Share Predictors in the Field of Psychosocial Working Conditions? Findings from a Cross-Sectional Study in German University Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*, 15(10). doi:10.3390/ijerph15102131
- Wagner, A., Rieger, M. A., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Martus, P., Lessing, C. & Hammer, A. (2019). Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 53. doi:10.1186/s12913-018-3862-7
- Weber, A. W., Erim, Y. & Georgiadou, E. (2020). Current status of the intercultural opening at hospitals and rehabilitation centres for psychosomatic medicine and psychotherapy in Bavaria. *Z Psychosom Med Psychother*, 66(1), 20-31. doi:10.13109/zptm.2020.66.1.20
- Weltgesundheitsorganisation. (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (deutsche Übersetzung).
- Weltgesundheitsorganisation. (2018). *Health of refugees and migrants Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. Retrieved from <https://www.who.int/migrants/publications/EURO-report.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). Psychische Gesundheit – Faktenblatt.
- Wohlfart, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie*. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.
- Zaumseil, M. (2006). Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie* (pp. 3-50). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D. & Erbstosser, S. (2016). Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. *Rehabilitation (Stuttg)*, 55(6), 357-368. doi:10.1055/s-0042-120085

4 Publikationen in der Originalversion

4.1 Publikation 1

Handtke O., Schilgen B., Mösko M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. PloS ONE 14(7): e0219971

RESEARCH ARTICLE

Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision

Oriana Handtke *, Benjamin Schilgen, Mike Mösko

Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

* oriana.handtke@studium.uni-hamburg.de



Abstract

Background

Culturally and linguistically diverse patients access healthcare services less than the host populations and are confronted with different barriers such as language barriers, legal restrictions or differences in health beliefs. In order to reduce these disparities, the promotion of cultural competence in healthcare organizations has been a political goal. This scoping review aims to collect components and strategies from evaluated interventions that provide culturally competent healthcare for culturally and linguistically diverse patients within healthcare organizations and to examine their effects on selected outcome measures. Thereafter, we aim to organize identified components into a model of culturally competent healthcare provisions.

Methods and findings

A systematic literature search was carried out using three databases (Pubmed, PsycINFO and Web of Science) to identify studies which have implemented and evaluated cultural competence interventions in healthcare facilities. PICO criteria were adapted to formulate the research question and to systematically choose relevant search terms. Sixty-seven studies implementing culturally competent healthcare interventions were included in the final synthesis. Identified strategies and components of culturally competent healthcare extracted from these studies were clustered into twenty categories, which were organized in four groups: Components of culturally competent healthcare—Individual level; Components of culturally competent healthcare—Organizational level; Strategies to implement culturally competent healthcare and Strategies to provide access to culturally competent healthcare. A model integrating the results is proposed. The overall effects on patient outcomes and utilization rates of identified components or strategies were positive but often small or not significant. Qualitative data suggest that components and strategies of culturally competent healthcare were appreciated by patients and providers.

OPEN ACCESS

Citation: Handtke O, Schilgen B, Mösko M (2019) Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. PLoS ONE 14(7): e0219971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>

Editor: Catherine Suzanne Todd, FHI360, UNITED STATES

Received: January 9, 2019

Accepted: July 6, 2019

Published: July 30, 2019

Copyright: © 2019 Handtke et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the manuscript and its Supporting Information files.

Funding: The study was funded by the Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) (<http://www.reha-vffr.de>). OH and MM received the funding. The funders did not play any role in the study design, data collection, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Conclusion

This scoping review used a bottom-up approach to identify components and strategies of culturally competent healthcare interventions and synthesized the results in a model of culturally competent healthcare provision. Reported effects of single components or strategies are limited because most studies implemented a combination of different components and strategies simultaneously.

Introduction

The United Nations state “the world is on the move, and the number of international migrants today is higher than ever before.” [1]. The associated growing diversification of societies offers many opportunities for societal and economic growth but often presents a challenge for receiving countries. Consequences can include inequalities and discrimination in different areas [2]. The European Union (EU) and the Constitution of the World Health Organization (WHO) ratified the universal right to health as a fundamental human right. Nevertheless, inequalities in access to healthcare exist worldwide and are related to the legal and socioeconomic status of each individual and the laws and policies of each country [3, 4]. In fact, culturally and linguistically diverse patients (CLDP) access healthcare services less than the host populations and are confronted with different barriers [3–7]. These barriers include the organization and complexity of healthcare systems, legal restrictions on access to certain health services, linguistic and cultural barriers, discrimination and limited competencies or unawareness of providers. These are often intertwined with individual factors such as low health literacy, employment status, fear of stigma, language barriers or differences in health beliefs and behaviors [2–7]. Betancourt identified three levels of sociocultural barriers to healthcare: organizational barriers, structural barriers and clinical barriers. Organizational barriers, which affect availability and acceptability of healthcare for CLDP, refer for instance to the degree to which the population’s cultural and linguistic diversity is represented in the leadership and workforce of healthcare organizations. Structural barriers emerge from the complexity and bureaucracy of healthcare systems. Specifically, the absence of interpreter services and of culturally and linguistically adapted materials, increased wait times among CLDP populations and problems in referrals to specialist care cause dissatisfaction and inequalities. Clinical barriers occur in patient/provider interactions and can be seen as sociocultural differences which are not identified, accepted or understood. These can lead to mistrust, dissatisfaction, decreased adherence and poorer health outcomes [8].

The implementation of cultural competence in healthcare facilities seemed to be the answer to these disparities, and traditional receiving countries have been working towards it [8–12]. Indeed, the demand for culturally competent healthcare systems has reached the political levels of diverse countries. The National Culturally and Linguistically Appropriate Service Standards (CLAS Standards) were introduced in 2000 in the United States [13], and in 2005 the Australian government published “Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation” [14]. In 2007 the “cultural opening” of healthcare facilities was demanded by a representative of the German federal government [15] and the NHS has offered the migrant health guide since 2014 [16].

There are different definitions, names and implementation guidelines for the concept of cultural competence or cultural competency [12, 17]. The most commonly used definition is the one by Cross et al. (1989): „Cultural competence is a set of congruent behaviors, attitudes,

and policies that come together in a system, agency or among professionals and enable that system, agency or those professions to work effectively in cross-cultural situations” [18]. This definition emphasizes that cultural competence is implemented on different levels of care. Corresponding to their identified barriers, Betancourt et al. (2003) differentiate between three levels of interventions: organizational, structural and clinical cultural competence interventions [8]. Fung et al. (2012) take a systemic approach and define cultural competence on macro, meso (institutional and programmatic) and micro levels, by which macro reflects the societal level, meso the organizational and micro the individual clinical level [10]. The German concept of “cultural opening” describes the process of adapting or “opening” facilities and is hence a process of organizational development which includes interventions on different levels within facilities [19].

Existing systematic reviews have focused on defining theoretical concepts [8, 9, 20] or on the effectiveness of cultural competence interventions [11, 12, 17, 21, 22]. Individual cultural competence among healthcare providers was examined most frequently [12, 20]. A systematic review of reviews on cultural competence in healthcare found moderate positive effects of individual cultural competence trainings on provider outcomes (knowledge, skills, attitudes) and on access and utilization outcomes but only weak effects on patient outcomes (satisfaction, health status) [12]. Other interventions that were often identified by authors of existing reviews were the recruitment of bilingual staff, the use of interpreters and the translation of treatment materials [9, 11, 12, 20]. All together these reviews were not able to determine the effectiveness of interventions because of the lack of comparative studies and objective outcome measures [11, 12, 17, 21–23]. A number of systematic reviews were conducted which often focused on conceptual models and definitions or broad categories of cultural competence and derived interventions or strategies from those. We chose a bottom-up approach in order to extract culturally competent components or strategies from healthcare interventions designed to be culturally competent. The methodology of a scoping review appears appropriate for capturing the presumed diversity of components and strategies to provide culturally competent healthcare to CLDPs.

This scoping review aims to collect components and strategies from evaluated interventions that provide culturally competent healthcare for CLDPs within healthcare organizations and to examine their effects on selected outcome measures. Thereafter, we aim to organize identified components into a model of culturally competent healthcare provisions.

Methods

The review was guided by the question “What are components or strategies extracted from evaluated culturally competent healthcare interventions that were designed to provide healthcare for culturally and linguistically diverse patients (CLDP) in healthcare organizations?”

Search strategy

A systematic literature search was carried out in following databases: Pubmed, PsycINFO and Web of Science. The search was conducted in August 2016 and updated in January 2017 to include studies published during/after August 2016. No restrictions were set. Furthermore, lists of references of relevant articles were manually examined for the purpose of identifying further eligible studies.

The PICO criteria were adapted [24] in order to formulate the research question and to systematically choose relevant search terms. We concentrated on the criteria Population (e.g., migrants, culturally and linguistically diverse patients), Intervention (e.g., program, standard, strategy) and Outcome (e.g., increasing cultural competences or cross-cultural opening). The

search string is available in the [S1 File](#). More precisely, we searched for studies which evaluated cultural competence interventions quantitatively or qualitatively in order to increase cultural competence in healthcare facilities. Additionally, we included the criterion Setting (e.g., hospitals, clinics, health centers) because we were exclusively interested in interventions implemented in healthcare facilities. Analyses of Medical subject Headings (MeSH) and of key terms of related articles were used to identify search terms. These were discussed by the authors and combined to a search string, which was adapted for each database. As recommended by Arksey and O'Malley (2005) we started the search with a wide approach in order to create a comprehensive map of the field.

Eligible criteria and assessment

The selection process was divided into two screening phases. First, a screening of titles and abstracts was conducted followed by full text screening.

In the first screening phase, studies evaluating interventions located at healthcare organizations and aiming to improve cultural competence of healthcare facilities and/or healthcare for CLDP were included. Studies reporting the existing level of cultural competence of healthcare facilities or studies evaluating interventions in other facilities (e.g., schools, community centers) were excluded. In the event that the setting of the intervention was not identifiable in title or abstract, studies were nonetheless included in order to be examined in full text screening. Studies evaluating cultural competence trainings on an individual provider level were excluded because systematic reviews have already shown their positive effect on provider outcomes (e.g., knowledge, skills and attitudes) and their satisfying effect on patient outcomes (e.g., satisfaction, health status) [12]. At this stage all study types as well as all publication types except for reviews and meta-analysis studies were deemed eligible.

The title and abstract screening was carried out by three independent raters. Prior to this first screening phase all raters screened 100 randomly chosen articles each and reached an interrater reliability of $\kappa = 0.7$ (main author—first rater) and $\kappa = 0.8$ (main author—second rater). Disagreement was discussed in regular meetings and screening criteria were specified along the screening process.

Eligible criteria for full text screening were specified and iteratively adapted during the second screening phase [25]. The criteria were divided into the following categories: Design, Recipient Population, Content, Method and Context. The category Design (criterion 1) included only studies with a sample size of more than two and only studies using primary data. Hence, reviews, meta-analysis studies, study protocols and letters to the editors were excluded. The Recipient Population consisted of migrants, CLDP, ethnic minorities (e.g., Latino population, Native Americans, South Asian Americans) or refugees (criterion 2). In order to be considered eligible regarding their content, studies had to examine interventions that aim to improve healthcare utilization, provision or treatment for CLDP and/or cultural competence in healthcare facilities (criterion 3). Additionally, they needed to be evaluated with quantitative or qualitative research methods (Method; criterion 4). Furthermore, studies that only focus on (psychometric) evaluation of instruments were not eligible. Interventions had to be implemented explicitly in inpatient or outpatient settings such as hospitals; health or medical centers; health facilities; health organizations; (medical) trusts or sites or clinics in order to meet the Context criterion (criterion 5). If study participants were recruited in healthcare facilities, but the intervention was located elsewhere, these studies were excluded. Studies located in general practice or community centers were excluded, as well. Only studies published in English or German and meeting all criteria were included. Detailed screening criteria are available in the [S1 Table](#).

In the full-text screening the remaining articles were screened by two independent researchers. They reached an interrater reliability of $k = 0.8$, which was considered to be satisfying. Both raters met on a regular basis throughout the screening process to ensure a high level of consensus and to discuss any uncertainties.

Data extraction and summary

Data extracted from the studies were summarized into two spreadsheets. One spreadsheet describing the characteristics of healthcare interventions included following information: Authors, name and location of the intervention, target group and components of the interventions. (S2 Table) [26]. The second spreadsheet incorporated study characteristics and results: outcome measures, study type, study participants (N, ethnicity) and main results (S3 Table). To assure the accuracy of extracted data, they were verified by two independent researchers. Single components and strategies for providing culturally competent healthcare extracted from studies were clustered and organized into a model. In order to determine their effects, studies were checked for results relating to single components. Descriptive statistics were used to summarize the data.

Results

Study selection

The initial search in the databases provided a total of 10,701 citations. Through the update in January 2017, an additional 542 publications were found. Four articles were added from a manual search. After adjusting for duplicates 8,801 records remained for the title and abstract screening, and 455 studies met criteria for inclusion in the first selection phase. 23 articles then had to be discarded because the full-text publications of the studies were not available. 432 articles were finally included for the full-text screening. Of these, 67 met the inclusion criteria in the second selection phase and were eligible to be included in the final synthesis (Fig 1).

General study characteristics

The general characteristics of included studies are summarized in Table 1. Studies included in the final synthesis were published between 1990 and 2017 and were all written in English.

The majority of studies were conducted in the United States ($n = 51$; 76%). 28% of the interventions were implemented in the mental health field including substance abuse and neuropsychology ($n = 19$), followed by 16.5% implemented in diabetes care/prevention ($n = 11$). Included studies applied a quantitative study design in 69%, a mixed method design in 21% and 10% were qualitative studies. Fourteen studies were randomized controlled trials (RCTs) [27–40] with two cluster randomizations [27, 28]. RCTs compared one to three interventions with the control intervention, which was typically treatment as usual. Twelve studies were interrupted time series studies [41–52]. Other study types included controlled before and after studies [53–60], historically controlled studies [61–63], cross-sectional studies [64–67], cohort studies [68, 69] and incidence studies [70, 71]. All mixed methods studies used congruent triangulation [72–85], except for one that chose a sequential transformative design [86]. Qualitative studies included four case studies [87–90], and the methods of data collection used were interviews [90–92], focus groups [89, 93] or open-ended questions [88]. The number of participants ranged from 6 [41] to 5963 [43] participants. Twenty-nine studies focused on one ethnic group [27, 30–36, 39, 41, 42, 47–49, 51, 57, 69, 75, 77–80, 82–85, 87, 89, 92] while thirty-three included more than one ethnic group [28, 29, 37, 38, 40, 43–46, 50, 52–56, 58–68, 70–73, 86, 91, 93] and five studies did not report the ethnicity of their participants [74, 76, 81, 88, 90].

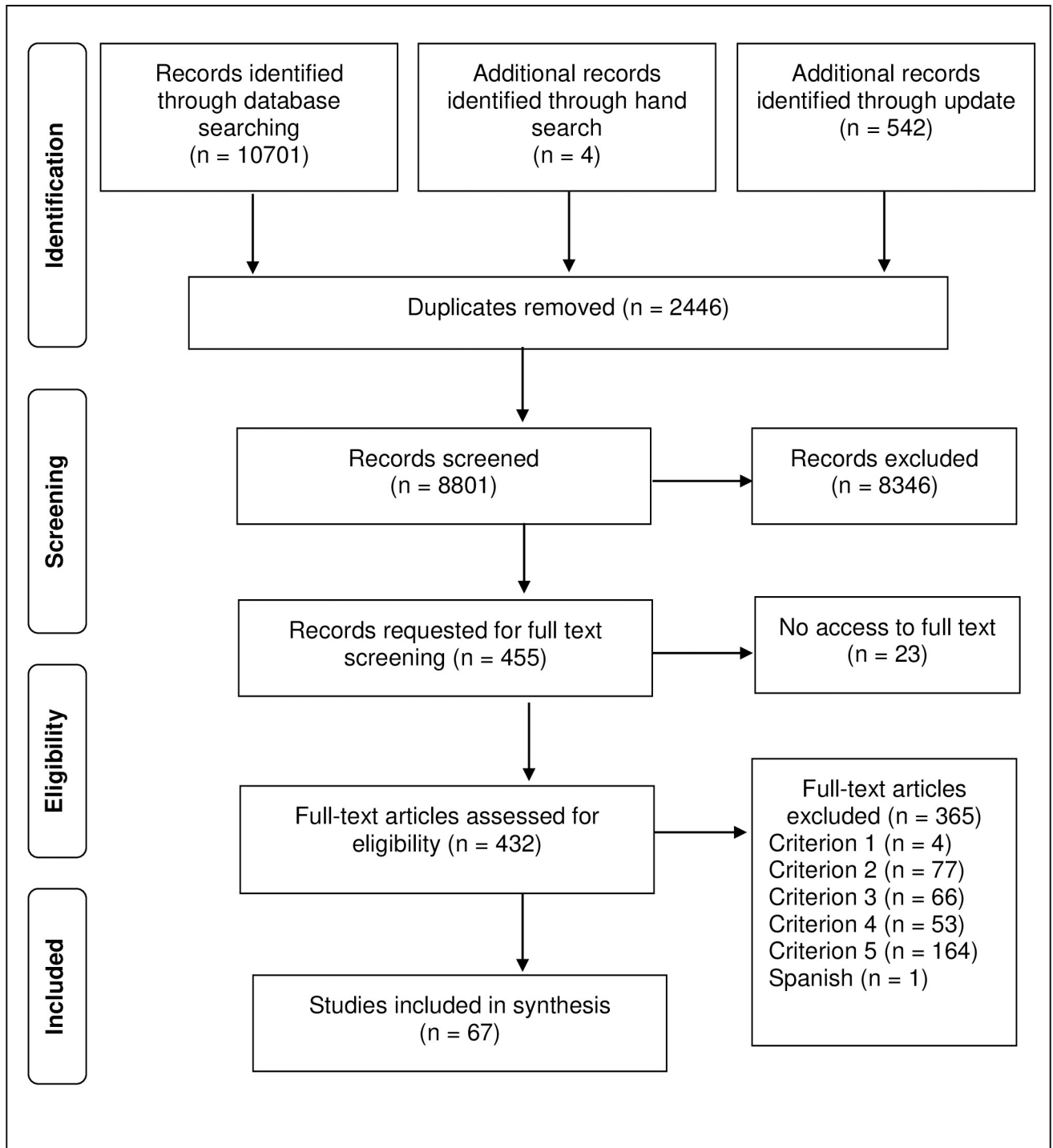


Fig 1. PRISMA flowchart.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971.g001>

Measured outcomes were patient outcomes, provider outcomes, organizational outcomes and utilization, coverage and access outcomes [12]. Psychological health outcomes such as reduction in symptoms of mental illness [28, 33, 35, 36, 47, 48, 52, 59, 61, 85] and in regard to

Table 1. General characteristics of included studies (n = 67).

Characteristics	Number of studies (%)
Country of origin	
United States	51 (76)
Europe	6 (9)
Canada	5 (7.5)
Australia/New Zealand	3 (4.5)
Others	2 (3)
Medical fields	
Mental health	19 (28)
Diabetes care/prevention	11 (16.5)
Pediatric care	8 (12)
Cancer care/prevention	7 (10.5)
Pregnancy care and postnatal care	4 (6)
Hypertension care	2 (3)
No specific medical field	13 (19.5)
Others	3 (4.5)
Study design	
Quantitative design	45 (69)
Mixed-Method design	15 (21)
Qualitative design	7 (10)
Participants' ethnicities^a	
Latinos/Hispanics	32 (48)
African Americans	22 (33)
Whites	19 (28)
Asians (not specified)	9 (13)
People from South Asia	8 (12)
People from East Asia	8 (12)
People from African countries	7 (10.5)
People from Southeast Asia	6 (9)
Native populations	6 (9)
Other	17 (25)
Ethnicity not specified	5 (7.5)
Outcome measures	
Patient outcomes	
Psychological health	18 (27)
Physical health	14 (21)
Patient satisfaction / experience with intervention	14 (21)
Health literacy / patient empowerment	12 (18)
Treatment adherence	9 (13)
Psychosocial outcomes	8 (12)
Learned health behaviors	3 (4.5)
Perceived cultural competence / sensitivity	2 (3)
Others	3 (4.5)
Provider outcomes	
Cultural competence	3 (4.5)
Satisfaction with intervention	2 (3)
Knowledge in targeted condition	2 (3)
Practice change	1 (1.5)

(Continued)

Table 1. (Continued)

Characteristics	Number of studies (%)
Utilization, coverage and access outcomes	
Utilizations rates of healthcare	9 (13)
Rates of cancer screening	4 (6)
Improvements in care	3 (4.5)
Improvements in access	2 (3)
Others	3 (4.5)
Organizational outcomes	
Workforce diversity among staff	2 (3)
Costs of the intervention	2 (3)
Organizational cultural competence	1 (1.5)
Diversity climate	1 (1.5)
Feasibility, acceptability and utility of the interventions	12 (6)

^a 33 studies included more than one ethnic group

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971.t001>

health, concepts such as self-efficacy [34, 73, 86] or distress [49, 51] were assessed the most frequently.

Categorizations of identified culturally competent components and strategies

Extracted components and strategies of the 67 culturally competent healthcare interventions were clustered into 20 sub-categories of components, which were then grouped into four categories: (1) Components of culturally competent healthcare within facilities–Individual level; (2) Components of culturally competent healthcare within facilities–Organizational level; (3) Specific strategies to provide access to culturally competent healthcare; (4) Strategies to implement culturally competent healthcare within facilities. Descriptions of components and strategies including the references can be found in Table 2. The components of identified culturally competent healthcare interventions and their assigned categories are available in the S4 Table. The component “Cultural and linguistic matching” was identified the most, more precisely in 29 studies, followed by “Use of culturally adapted/appropriate written or visual material”, which was found in 27 studies. The component “Involvement of the facilities’ leadership” as a strategy to implement culturally competent healthcare within facilities was identified the least, specifically in 3 studies. Almost 80% of the interventions were located in outpatient facilities. Only eleven studies collected data in inpatient settings.

Effects of identified components and strategies

Quantitative and qualitative results from studies implementing the identified components or strategies are reported below. Importantly, only the results which indicate a relation between an isolated component or strategy and an outcome measure are considered. Results related to the implementation of multiple components or strategies simultaneously are not reported because in this case the effects of single components or strategies on outcome measures cannot be confirmed.

Components of culturally competent healthcare–Individual level

Linguistically and cultural matching. After the recruitment of a bilingual Russian internist at the Denver Medical Center (USA) with the goal of improving diabetes care for Russian

Table 2. Identified components to provide culturally competent healthcare.

<i>Identified components</i>	<i>Number of studies</i>
Components of culturally competent healthcare within facilities–Individual level	
1. Linguistic and/or cultural matching: Medical professionals are bilingual/bicultural and/or representatives of the target community and share the same cultural background as their patients [28, 30, 33, 35–38, 41–43, 47–49, 51, 52, 56, 57, 59, 61, 64, 65, 68, 69, 71, 73, 77, 82, 84, 87]	29
2. Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts: culturally specific aspects are integrated into the one-on-one contact between patients and providers:	22
- Patients’ problems, explanatory models [27, 36, 40, 41, 61, 82, 91]	7
- Perceptions of access barriers into healthcare [28, 52, 62]	3
- General cultural values or norms	10
- Experiences caused by migration such as acculturation stress or racism [36, 41, 53, 85, 91]	5
- Use of culturally specific language patterns	
o the use of dichos–“Spanish language proverbs and sayings” [41, 87]	2
o following common verbal and nonverbal communication norms [36, 41, 87]	3
- Use of Specific culturally competent communication methods	
o ethnographic methods [75]	1
o construction of illness narratives [82]	1
o the Culturally Enhanced Video Feedback Engagement (CEVE) [40]	1
o intervention or the Engagement Interview Protocol (EIP) [82]	1
o Cultural Formulation Interview (CFI) [91]	1
- Race-specific data [38]	1
3. Use of culturally and linguistically adapted/appropriate written or visual material: materials are linguistically and culturally adapted:	27
- Educational and therapy written materials or handouts [27–31, 36, 38, 39, 42, 47, 49, 51, 54, 55, 60, 66, 71, 72, 75, 76, 78, 82, 83, 86]	24
- Videos [34, 37, 39, 51, 72]	5
- Therapy manuals [47]	1
- Consent forms [54]	1
- Policy brochures [55]	1
- Patient satisfaction surveys [76]	1
- Screening instruments [52]	1
Different strategies of adaptation were identified:	
- Translating the materials into different languages [27, 30, 34, 37, 42, 52, 72, 75, 78, 83]	10
- Adapting them to low literacy and education levels [29, 30, 34, 42, 49, 60, 72, 75, 83]	9
- Including culturally sensitive treatment recommendations [27, 47, 49, 51]	4
- Integrating illustrations of characters from target communities [34, 38, 42, 51]	4
- Addressing barriers to care [28]	1
- Integrating culturally specific art into intervention material [31]	1
4. Involvement of families: Families are informed or involved in the treatment process [61, 62, 65, 73, 85]	5
5. Continuity of care: Patients are offered further support after their initial treatment through:	13
- Referral to specialized facilities which offer further culturally appropriate support [27, 28, 60]	3
- Telephone calls	
o as reminders or follow-ups after or before an intervention [28, 32, 56, 57, 77]	5
o to offer further support [33, 83]	2
- Home visits [43]	1
- Communication with or referral to primary care provider [32, 33, 57, 82]	4
- Sending out postcards or mail [77]	1
- Follow-up in clinic visits [52, 82]	2

(Continued)

Table 2. (Continued)

Identified components	Number of studies
- Giving out records/documents to patients to continue care themselves or at another place [71]	1
Components of culturally competent healthcare within facilities—Organizational level	
1. Cultural competence training for healthcare providers: Providers receive training to improve their ability to work efficaciously with CLDP [27, 45, 54, 55, 60, 76, 79, 80, 82]	9
2. Human resources development: Changes in staff are implemented to meet healthcare needs:	12
- Recruitment of bilingual and bicultural staff/oversea staff [43, 50, 54, 60, 61, 67, 93]	7
- Capacity building (individuals from target communities are recruited and medically trained) [71, 77, 81]	3
- Creation of a new position as reference-nurse in charge of migrant care issues [46]	1
- Expansion of the role of pharmacist to treating five minor pediatric conditions [66]	1
3. Integration of interpreter services: Language interpretation is made available [46, 50, 54, 57, 58, 60, 75, 76, 82, 88, 89]	11
4. Adaption of the facility's social and physical environment: The health facility's environment and organization are appropriate for CLDP	11
- Provision of cultural foods used	
o to educate participants about healthy eating [42, 49]	2
o as an opportunity for participants to socialize [75, 80]	2
o to increase well-being in clinic settings [63, 88]	2
- Making the complaints procedure available in all languages [88]	1
- Integrating a 15-minute prayer break into support group [75]	1
- Changing the facility's physical environment	
o display of culturally sensitive calendars, magazines, comment cards, bilingual restroom signs, posters, art featuring people from different cultures, displaying toys for patients' children [55, 58]	2
o decoration with art from refugee's native countries [81]	1
o placement of twelve kiosks in a hospital offering multilingual help to patients and visitors [76]	1
o instalment of a sweat lodge [70]	1
5. Patient data collection and management: Patient data are collected to	12
- Better tailor care to individual patients [32, 46, 57, 58, 60, 62, 65, 73]	8
- Monitor frequency of contact with patients from migrant groups [88]	1
- Identify potential patients or individuals at risk [71, 73, 77, 92]	4
Strategies for providing access to culturally competent healthcare	
1. Integration of community health workers (CHW): Peer or community workers are integrated into care to	20
- Educate patients during home or clinic visits [29, 30, 32, 39, 42, 44, 56, 73, 83]	9
- Help patients navigate the system [43, 57, 65, 68, 81, 89, 90, 92]	8
- Mediate between patients and providers [62, 74, 79, 83, 89]	5
2. User engagement and networking: Strategies to assure cultural appropriateness of healthcare interventions and/or reducing barriers by cooperating with	10
- Target communities [37, 42, 45, 51, 54, 70, 86]	7
- Institutions [77, 88]	2
- Facilities engaging in the same process [61]	1
- International medical graduates in training [50]	1
In order to	
- Reduce access barriers [37, 42, 54, 77]	4
- Assure cultural appropriateness [37, 42, 50, 51, 70, 86]	6
- Obtain guidance/consultation [45, 61, 77, 88]	4
3. Telemedicine: Healthcare is provided through videos or webcam to overcome limited access to culturally and linguistically appropriate treatment:	8

(Continued)

Table 2. (Continued)

Identified components	Number of studies
- Offering treatment with a psychiatrist through webcam communication [35, 84]	2
- Offering education or prevention interventions through videos [34, 37, 38, 58]	4
- Offering education or prevention interventions through computer-based written information [78, 86]	2
4. Outreach methods: Any type of health service that mobilizes healthcare workers to provide services to the population, outside of the location where they usually work and live	11
- Mailed packages [31–33, 58, 92]	5
- Home visits [30, 32, 38, 71, 83]	5
- Telephone calls [30, 92]	2
- Remote clinics [58, 77, 79]	3
5. Creating community health networks: Health facilities engage in activities concentrating on cooperation and exchange with other institutions within communities [43, 50, 54, 71]	4
Strategies for implementing culturally competent healthcare within facilities	
1. Needs assessment and monitoring of organizational changes: Strategies for planning and monitoring organizational changes	8
- Organizational level assessment [45, 60, 76]	3
- Assessment of provider needs or barriers [72, 76, 88]	3
- Assessment of patient needs [81]	1
- Assessment with patients, providers and representatives of target communities [70]	1
- Assessment of the main language groups [88]	1
2. Creation of positions or groups to monitor and supervise the process	6
- Diversity coach [60]	1
- Multicultural consultation group [88]	1
- “Cultural competence committee” [45]	1
- “Interdepartmental and interprofessional working group”(“Health for All Network“) [46]	1
- “Steering group committee to the ethos of WHO/UNICEF Baby friendly hospital initiative”[72]	1
- “New Immigrant Support Network“(NINS) [76]	1
3. Development of action plans: Specific goals and strategies of implementation of cultural competence are recorded [45, 60, 72, 88]	4
4. Leadership involvement and support: Leadership is involved in the process of implementing cultural competence to support and promote the process [45, 60, 76]	3
5. Promoting structural changes within the organization: Strategies to promote structural changes among their staff members to assure their implementation	7
- Adaptations of procedures and policies [72]	1
- Brief presentations of changes/process to staff members [46]	1
- Distributions of brochures presenting changes [46]	1
- Public events promoting changes [46]	1
- Signalling to staff and stakeholders that cultural competence is a high priority [76]	1
- Protected time was administered to staff members to attend cultural competence training [78]	1
- Establishment of a competition program [58, 76]	1

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971.t002>

patients, there was a significant reduction in diastolic blood pressure and cholesterol ($p < .0002$) among Russian diabetes patients. HbA1c and systolic blood pressure also decreased, albeit not significantly [69]. The Portuguese-speaking patients of a clinic within an urban safety-net hospital system in the US where 95% of staff members spoke Portuguese, were more likely to receive adequate care with a difference of 28% compared with patients receiving care in other clinics. No differences were found for emergency room use and inpatient care [64].

Hispanic clients with severe mental illness treated by a Hispanic clinician in the context of assertive community treatment in the US, showed less improvement in symptoms of psychosis than those treated by a White clinician ($p = .001$). Interactions for other outcomes were not significant [59]. Patients in a culturally focused psychiatric consultation intervention program for Latino Americans with depression agreed that it is more important that their providers speak their language than that they have the same cultural background [82].

Incorporation of culturally specific concepts. At the Martha Eliot Health Center (USA) Latino/a patients with anxiety participating in an allocentric (“the tendency to define oneself in relationship to others”) relaxation intervention, which was considered more appropriate for the Latin culture, practiced allocentric imagery exercises significantly ($p < .01$; $M = 3.1$, $SD = 1.8$) more often than idiocentric imagery exercises ($M = 2.1$, $SD = 2.2$) [48]. No group changes in postpartum depressive symptoms were identified compared to treatment as usual after a preventive postpartum depression intervention that put value on integrating different aspects of Latino culture at a public sector women’s clinic (USA). Nonetheless, long-term rates of major depression were lower (14% vs. 25%) representing a small effect size ($h = 0.28$) [36]. Aviera (1996) noted that the use of *dichos*, Spanish language proverbs, in a therapy group for Spanish speaking psychiatric in-patients in the US are useful for “building rapport, decreasing defensiveness, enhancing motivation and participation in therapy, improving self-esteem, focusing attention, facilitating emotional exploration, articulating feelings, developing insight, and exploring cultural values and identity” [87] for Spanish-speaking patients. The CEVE is a “one-session clinical intervention that integrates the use of shared observations of videotaped interactions with the cultural framing of the family’s problem in a culturally congruent manner”. Families receiving the CEVE at an outpatient clinic in the US reported significantly higher ratings for therapeutic alliance and perceived therapist cultural competence ($F(1,15) = 10.03$; $p < .01$) [40]. The Cultural Formulation Interview, “a cross-cultural assessment tool”, was considered useful in eliciting data to determine the nature of the problem from patients’ perspectives, developing and maintaining the therapeutic relationship and communication, educating the patient and in implementing treatment plans at New York Presbyterian Hospital (USA) [91].

Use of culturally and linguistically adapted/appropriate written or visual material. Watching characters with the same cultural background in an educational telenovela intervention for diabetes patients in the context of the SHL-program (Sugar, Heart, and Life) at four community health centers in the US led to a mix of low and high levels of viewer identification among participants and to improved feelings of self-efficacy: 17% indicated general optimism or motivation for engaging in diabetes self-care, and 10.5% indicated a specific plan for behavior change [34].

Involvement of families. Parental satisfaction with a family-centered intervention for children within the Pediatric Resident Continuity clinic at the Mattel Children’s Hospital (USA) were 8.5 points higher for Spanish-speaking families than for English-speaking families, albeit not significantly ($p = .003$) [65]. In the context of a community based approach to diabetes control at multiple health centers in the US, focus group discussions suggest that through family involvement patients from African American, Latino or Asian background “felt they were better able to treat their disease, that they were more comfortable talking about their diabetes with their families and friends, and that they felt more confident and in control of their lives”. [73].

Components of culturally competent healthcare—Organizational level

Cultural competence trainings for providers. In a patient-centered culturally sensitive healthcare intervention program based in two community-based primary care clinics in the US cultural sensitivity ratings of providers’ behaviors and attitudes by African American

patients increased significantly ($F(1, 14) = 4.549, p = .05$) after provider training and more at the intervention clinic than at the control clinic, however, the differences were not significant [55]. Also, significant increases in providers' self-rated knowledge ($t(34) = -7.96, p < .001$), awareness ($t(34) = -6.79, p < .0019$) and skills ($t(34) = -4.49, p < .001$) in cultural competence was observed after a bilevel cultural competence intervention at a community mental health center in the US [45]. Furthermore, providers receiving training within the National Center for Healthcare Leadership Diversity demonstration project in two US hospitals presented greater changes on all three individual level competencies—increase in diversity attitudes, decrease in implicit bias, and increase in racial/ethnic identity—than providers in the control hospital [60].

Human resources development. Two interventions focused on the integration of qualified overseas nurses and midwives in Australia and the UK. The authors described the integration process of overseas nurses and offered support from the recruiting organizations. More than 90% of the questioned overseas nurses found the support strategies useful, especially personal support and a welcoming atmosphere upon arrival and orientation. All nurses who were supported by the program remain employed [67]. Stakeholders found that the program was resource-intensive and questioned the cost-effectiveness of this method for meeting employment needs. Senior nurses and many ward managers thought it beneficial to promote the ethnic diversity of the nursing workforce [93]. Another study concentrated on the expansion of the role of pharmacists in treating five minor pediatric conditions in a pediatric clinic (USA). Service provided by pharmacist was comparable to the service provided at the standard acute care clinic; patients were more likely to have shorter wait time (<15-minute wait) and were more likely to receive written information than patients evaluated by physicians. In addition, patient satisfaction was high [66].

Integration of interpreter services. Bekaert reports that even though a language and advocacy services was installed at Horton General Hospital (UK), relatives were still translating for patients due to costly systems [88]. Furthermore, some patients in a culturally focused psychiatric consultation intervention program for Latino Americans with depression reported that even though interpreters were available, waiting for interpreters or having interpreters involved in private medical conversations was challenging [82].

Adaption of the organization's social and physical environment. After the implementation of a Cambodian menu for postpartum women at Saints Medical Center (USA) in combination with a staff training program on breastfeeding, there were no significant difference between breastfeeding initiation rates among Cambodian women and non-Cambodians (66.7% Cambodian vs. 68.9% non-Cambodian $p = .874$), although before its implementation Cambodian mothers were significantly less likely to initiate breastfeeding than non-Cambodian mothers (16.7% Cambodian vs. 60.6% non-Cambodian $p = .003$) [63]. The option of having an ethnic meal was not chosen because patients did not trust the mechanism of provision at Horton General Hospital (UK) [88], and it was considered enjoyable but not essential by women refugees at an ambulatory healthcare facility [75]. The installment of a sweat lodge on hospital property, where traditional ceremonies were held, improved care for Native Americans, which resulted in increased admissions of this population (4.77% to 7.50%) [70].

Data collection and management. Bekaert et al. (2000) reports that at Horton General Hospital (UK) "data collection was still not carried out regularly because staff felt it would be an imposition."

Strategies for providing access to culturally competent healthcare

Integration of community health workers (CHW) to educate patients during home or clinic visits. CHW were generally bicultural/bilingual and were also able to conduct minor

medical procedures. Culica et al. (2008) found significant reductions ($p < .05$) in mean HbA1c levels of culturally diverse diabetes patients from baseline to six months (8.14% to 7.36%) and 12 months (8.14% to 7%) after attending educational clinic visits carried out by a CHW at an urban community clinic (USA). In the context of a clinic-based colorectal cancer screening promotion program (USA), the integration of a CHW in combination with mailed educational material on colorectal cancer screening increased the number of screenings to 31% compared to 26% in the control group among Hispanic patients but the differences were not significant ($p = .28$) [30]. In the study by Tu et al. (2006), a culturally competent clinic-based educational program promoting fecal occult blood testing (FOBT) screenings among Chinese patients including motivational videos on colorectal cancer screening and carried out by a trilingual and bicultural health educator increased the screening rate to 69.5% compared to 27.6% in the treatment as usual condition [39]. A culturally and linguistically tailored health coach intervention for Chinese-American diabetes patients at two outpatient medical care units, in which patients were closely accompanied by their health coach during and after treatment, resulted in decreased mean HbA1c levels at follow-up (-0.40%) compared to the treatment as usual group (+0.04%), however this difference was not statistically significant [57]. Black or Latina navigators were integrated at Capital Breast cancer Center (USA) for women with abnormal mammogram results to ensure follow-up screenings among a population with low screening rates. Due to the intervention, 80% of women in need of further screening returned within a median time interval of 39 (range: 6–400) days which is below the recommended time of 60 days [68]. The advocates or liaisons who are integrated into the clinic team work lower stress for patients and providers through improved communication, increased safety of treatment, improved understanding, trust and connectedness, which in turn leads to higher efficacy of treatment and greater improvements in applying health recommendations in an outpatient oncology clinic (USA) as well as in primary care community clinics (Israel) [74, 79].

Telemedicine. Psychiatric treatment offered by a bilingual psychiatrist via webcam led to a significant reduction in symptom severity and disability ratings as well as improvements in quality of life over time ($p > .001$) among Hispanic patients at a community health center (USA), but differences to treatment as usual delivered by a primary health provider were not significant [35]. The ratings of acceptability on a five-point-Likert scale ranged between 3.19 to 4.69, showing a high acceptability among Korean-speaking patients who were treated by a Korean-speaking psychiatrist via webcam at two mental health centers in the US [84]. Multilingual educational videos were significantly more beneficial than usual care ($p > .001$) for Punjabi and Chinese patients at a university-based pulmonary medicine clinic in Canada [37].

Outreach methods. An RCT by Coronado (2011) shows that a culturally competent mailed colorectal screening packet led to a 26% screening rate compared to 2% in clinic-based usual care ($p < .001$) and to a 31% screening rate if combined with telephone reminders and an educational home visit by a health promoter and a medical assistant ($p < .001$). Additionally, patients assigned to a home-based educational program on living donor kidney transplantation in addition to a clinic based program at Shands Hospital at the University of Florida (USA) were more likely to have had living donor inquiries (OR:1.7; CI = 1.2–3) and a living donor evaluation (OR:2.7; CI = 1.4–5.4) and live donor kidney transplantation (OR: 3.0; CI = 1.5–5.9) than patients in the clinic-based program only [38]. Watkins et al. (1990) developed a strategy of early case finding by visiting women enrolled in their project and providing them with guidelines to identify culturally diverse pregnant farmworker women and referring them to a migrant health center in North Carolina (USA), which increased prenatal visits from a mean of 7.4 to a mean of 9.7 over one year and decreased the number of children with low birth weight from 13 to 6 over 2 years.

Creating community health networks. In order to improve healthcare for CLDP, health facilities engaged in activities concentrating on cooperation and exchange with other institutions within communities. In the context of a health clinic for refugees in Canada, initial intake assessments and basic services were performed at the reception house by case workers and trained professionals, while comprehensive care was provided at the refugee health clinic and more specialist services by community providers. Language support was also provided by the reception house. As a result, the likelihood of an individual requiring a physician specialist went down 45% as a result of seeing a refugee health clinic physician (OR = .55; $p = .004$) and refugees' wait time to see a healthcare provider decreased from 30 to 21 days (Ratio of mean = .70; $p < .001$) [50]. A regional health collaborative formed by New York Presbyterian aimed to create a "medical village" by transforming clinics into patient-centered medical homes in a large Hispanic community. Patient-centered medical homes included multidisciplinary care teams, patient education, electronic health records system with up-to-date patient information and, disease registry and were linked to other providers and community institutions. This led to a 9.2% decrease of mean visits per patient to the emergency department following implementation of the model ($p = 0.001$). During the same period, hospitalizations for the cohort dropped by 5.8% ($p = 0.25$) [43].

Strategies for implementing culturally competent healthcare

Promoting changes within the organization. In order to improve healthcare for migrants, the "Migrant Friendly Hospital Initiative" in Geneva (Switzerland) decided to give to all new staff members a brief presentation of the initiative and about interpreter services during their mandatory orientation day. Aside from distributing brochures on the "Health for all Network", migrant friendly services and information on the work with an interpreter, the hospital also organized numerous public events to raise awareness for its initiative. Hospital staff was significantly more likely to use the service of interpreters and other migrant friendly structures at the hospital. Overall, providers' awareness increased and difficulties working with migrant patients decreased significantly [46]. The "Sick-Kids Cultural Competence Initiative" at the Hospital for Sick Children (Canada) established a Champion program in which cultural competence champions obtained advanced cultural competence education and became designated change agents and role models. Over 2,100 hospital staff members attended the workshops. Participants fulfilled 78% of the documented commitments to change and planed on realizing another 16% of commitments. Commitments to change were related to changes in practice, beliefs or attitudes and to continuing education related to culture and culturally competent care. Following a Cultural Competence Initiative promoting interpreter services, a significant increase in the use of face-to-face interpretation and a doubling of the number of minutes of telephone interpretation use was observed [76].

Model of culturally competent healthcare provision

Extracted components and strategies were organized into a model, the "Model of culturally competent healthcare provision" (Fig 2). Importantly, the model is embedded in the legal context of a given country's health system that regulates the organization of the system and the access to healthcare for individuals depending on their legal status in the country in question. Then again, the legal context is shaped by the political and social context of a country. In conclusion, the possibilities and usefulness of implementing identified strategies and components depend on the health system in which they are implemented as well as on the legal, social and political context of the country or region.

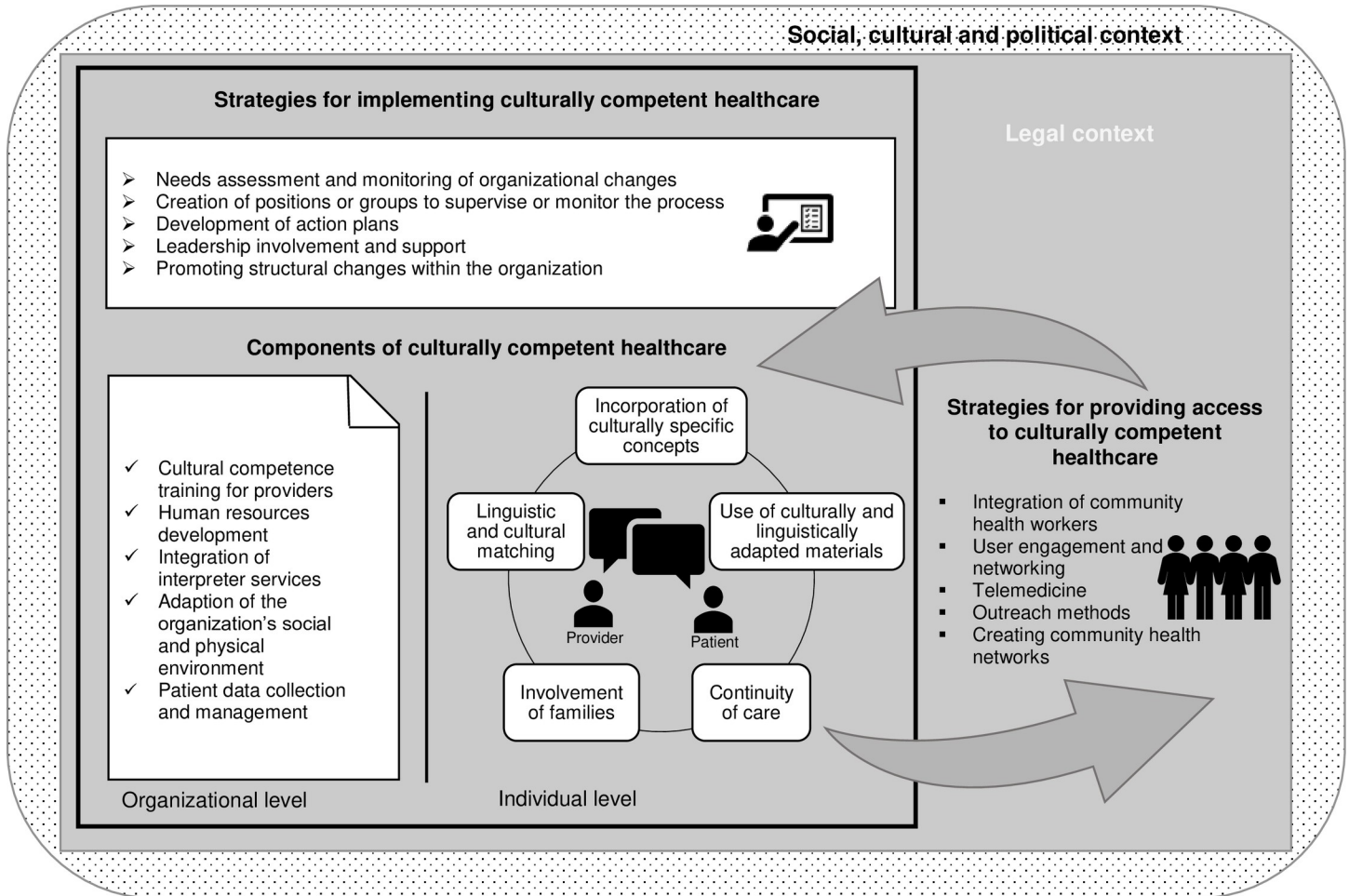


Fig 2. Model of culturally competent healthcare provision.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971.g002>

Discussion

This review systematically searched for evaluated culturally competent healthcare interventions from which components and strategies for providing culturally competent healthcare to CLDP were collected and their effects on outcome measures were examined. Twenty categories of components were identified and clustered into four groups. A model integrating those interventions is proposed. Data on the effects of identified components and strategies were not available for all categories because in most studies a combination of multiple strategies and components was implemented simultaneously, and therefore statements about the effects of single categories were not possible. However, for fifteen categories qualitative and/or quantitative data were available, but synthesis of data was difficult because of the diversity of studies and outcome measures. In general, the effects of identified components and strategies were positive but often small or not significant compared to treatment as usual. Qualitative data suggest that these components and strategies were appreciated and found helpful by patients and providers. Furthermore, they confirmed many of the components and strategies proposed by existing conceptual models or frameworks of cultural competence [8–10, 21]. Existing models and reviews have already mentioned implementing the following strategies: providing care in different languages, recruiting bicultural/bilingual healthcare professionals, training healthcare

staff in cultural competence, integrating community health workers, including individual patients' families into care, adapting the environment by offering ethnic meals and, written material in different languages, collaborating with minority communities and monitoring of the organizational development. Nonetheless, this review identified strategies used to improve healthcare for CLDP which are not included in existing models. These are primarily related to improving access to culturally competent healthcare for CLDP: telemedicine, outreach methods and the creation of community health networks. In fact, it appears that these strategies address the socioeconomic differences often associated with culturally and linguistically diverse backgrounds, rather than the actual cultural backgrounds themselves (e.g., Outreach methods for Hispanic farmworkers). Some strategies are integrated in conceptual frameworks but were not often found in empirical studies. These include adapting policies and integrating traditional healers into care.

Reported evidence is limited in this review because the majority of studies implemented multiple components or used different strategies simultaneously, and outcomes could therefore not be attributed to one specific component or strategy. Other authors noted that the methodological quality of included studies is often insufficient to support the effectiveness of culturally competent interventions [9, 11, 12, 21, 22]. Truong's systematic review of reviews on cultural competence outlined that most reviews only found weak evidence for improvements in patient outcomes and moderate improvement in provider outcomes and utilization rates [12]. Diaz et al. state in their scoping review that the main cultural competence interventions in 57 of 83 studies were declared beneficial for the primary outcome as well as for secondary outcomes in 13 studies. In 12 interventions no effects were observed compared with standard care [22]. The effectiveness of organizational system-level interventions was not confirmed because interventions were "context-specific, there were too few comparative studies and studies did not use the same outcome measures" [11]. In this review comparative studies were available but generally compared an innovative culturally competent health intervention to treatment as usual. This approach is problematic, because it gives no information on whether the health intervention, the culturally competent components or a combination of both can be determined to be effective. Anderson et al. (2003) stated in their review that no sufficient evidence was found to determine the effectiveness of workforce diversity, use of interpreter services, patient-provider matching, use of culturally and linguistically appropriate health education materials and culturally specific settings. In the present review, moderate effects on patient outcomes were found for patient-provider matching. A systematic review on race and racial concordance on patient-physician communication studies demonstrated that racial discordance is related to poorer communication [94]. Brach and Fraser (2000) highlighted that even though a relationship between communication, adherence and outcomes exists, it has not been demonstrated specifically for linguistic matching. They found some evidence that the provision of professional interpreter had positive effects on utilization and satisfaction and reduced disparities in healthcare [9], which could not be verified in this review. Integrating community health workers had again positive but modest effects on patient outcomes and utilization rates, which has also been confirmed by Brach and Fraser (2000).

The strength of this review lies in its overall approach. The use of a scoping review methodology with a systematic literature search allowed for a broad overview on studies implementing culturally competent health interventions in healthcare facilities. A bottom-up approach was used, and components and strategies have been extracted from practice instead of deriving interventions from theoretical concepts of cultural competence. In this way we created a model based on feasible and actually implemented interventions. Compared to existing models, this model summarizes a variety of strategies on different levels. The "Analytic framework used to evaluate the effectiveness of healthcare system interventions to increase cultural

competence” by Anderson et al. (2003) included five strategies, while the conceptual model by Brach and Fraser (2000) identified nine major cultural competency techniques. Fung et al. (2012) proposed strategies in 24 subdomains organized in eight domains for implementing organizational cultural competence, but these only concentrated on the organizational level. This model provides 20 strategies on four different levels. In addition to strategies on the individual and organizational level, the model points out how change within healthcare organization can be implemented and how patients can better access culturally competent healthcare, which was not as thoroughly considered by previous models. In combination with the detailed description of the strategies and components in Table 2, this review provides researchers, facility leaders and policy or decision makers with a unique catalogue of feasible strategies aiming to battle healthcare disparities and enhance healthcare for all patients. Importantly, it highlights that health systems and facilities are integrated into specific social, cultural, legal and political contexts that affect one another and influence the possibilities of implementing chosen strategies.

Some limitations must be considered. We included in our search different groups of culturally and linguistically diverse patients, such as migrants including refugees and asylum seekers but also racial or ethnic groups and minorities. Obviously, these groups are very heterogeneous and their needs and perceived barriers to healthcare may differ substantially. Nevertheless, we chose to include all different groups to create a broad overview of generally possible strategies. When implementing strategies, their appropriateness for the specific target group must be considered. In addition, interventions needed to be located explicitly in a healthcare organization, otherwise they were excluded from the review. Notably, interventions for CLDP are often implemented in community institutions such as community centers, churches or schools, but the focus of this review was to identify strategies implemented in healthcare organizations. Only studies published in English or German were considered to be included in the review, which may have caused a selection bias, and some relevant studies in other languages may have been excluded.

The majority of studies (76%) were from the US, and almost all studies were from industrialized countries. The US hosts the largest number of international migrants in the world with approximately 53% of migrants from Latin America, 25% from Asia, 14% and from Europe [95]. This is also reflected in the targets groups of identified studies, of which 48% were designated for Hispanics or Latinos. Interestingly, only 9% of studies were from the European countries of the UK, the Netherlands and Switzerland, even though Germany, Spain, the UK and France accommodate the highest numbers of approximately 31.9 million non-European Union (EU) nationals in Europe [96]. The high number of studies from the US is understandable but it limits the generalizability of the results and possibly the transferability to other health systems and groups. Importantly, the developed model does not claim to be comprehensive or completed but rather serves as an empirical baseline that needs to be verified and further developed. In this context it would be an asset to identify connections between target groups, types of implemented strategies, the respective health systems’ organization and perhaps even the legal, social and political context in chosen countries.

Despite the limitations of this review it provides a unique overview and categorization of culturally competent healthcare provision. Unfortunately, the effectiveness of identified components and strategies could not be confirmed and was even often impossible to evaluate because either no control group was available or the chosen control group did not give any information on the effectiveness of the culturally competent components but rather on the health intervention in combination with culturally competent elements. This presents a challenge for future research on the effectiveness of cultural competence in healthcare. An option would be to simplify or reduce the number of implemented components and to choose more appropriate control groups. Another option would be to improve the research methods in

order to be able to evaluate single components of complex interventions. Using qualitative study designs might help to better understand what strategies are helpful to overcome healthcare disparities why and for whom. It is essential to keep the heterogeneity among CLDP in mind and to carefully consider interactions between societal, cultural, health related and personal factors to explain and reduce healthcare disparities.

Supporting information

S1 File. Search terms.

(DOCX)

S1 Table. Screening criteria.

(DOCX)

S2 Table. Characteristics of healthcare interventions.

(DOCX)

S3 Table. Study characteristics and results.

(DOCX)

S4 Table. Identified culturally competent components/strategies and categorization.

(DOCX)

Author Contributions

Conceptualization: Oriana Handtke, Mike Mösko.

Data curation: Oriana Handtke.

Formal analysis: Oriana Handtke, Benjamin Schilgen.

Funding acquisition: Mike Mösko.

Investigation: Oriana Handtke.

Methodology: Oriana Handtke, Mike Mösko.

Supervision: Mike Mösko.

Visualization: Oriana Handtke.

Writing – original draft: Oriana Handtke.

Writing – review & editing: Oriana Handtke, Benjamin Schilgen, Mike Mösko.

References

1. United Nations. For a world on the move: The UN Summit for Refugees and Migrants: UN Refugees and Migrants; 2016 [Available from: <http://refugeesmigrants.un.org/world-move-un-summit-refugees-and-migrants>].
2. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* (London, England). 2018; 392(10164):2606–54.
3. World Health Organization (WHO) Region of Americas. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 2018.
4. World Health Organization (WHO) European Region. Health of refugees and migrants Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 2018.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD; 2016.

6. Mösko M, Gil-Martinez F, Schulz H. Crosscultural opening in German outpatient mental health care service—Explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Psychology & Psychotherapy*. 2013; 20(5):434–46.
7. Brzoska P, Razum O. Betriebliches Gesundheitsmanagement und medizinische Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, editors. *Fehlzeiten-Report 2015*. Berlin: Springer-Verlag; 2015.
8. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*. 2003; 118(4):293–302. [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4) PMID: 12815076
9. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical care research and review: MCRR*. 2000; 57 Suppl 1:181–217.
10. Fung KL Hung-Tat; Srivastava Rani; Andermann Lisa. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcultural psychiatry*. 2012; 49(2):165–84 <https://doi.org/10.1177/1363461512439740> PMID: 22508635
11. McCalman J, Jongen C, Bainbridge R. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *International journal for equity in health*. 2017; 16(1):78. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0571-5> PMID: 28499378
12. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Service Research*. 2014;14.
13. U.S. Department of Health & Human Services. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care 2000 [Available from: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/standards>.
14. Australian Government. Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation. In: Council NHaMR, editor.: Commonwealth of Australia; 2005.
15. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration. *Gesundheit und Integration—Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Berlin: Bonner Universitäts-Buchdruckerei; 2007.
16. National Health Service. Migrant health guide: Public Health England; 2014 [Available from: <https://www.gov.uk/topic/health-protection/migrant-health-guide>.
17. Bhui KW N.; Edonya P.; McKenzie K.; Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC health services research*. 2007;7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-7>
18. Cross TLB, B.J; Dennis K.W; Isaacs M.R. *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington D.C: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center; 1989.
19. Mösko M. Cross-cultural Opening—a long way to achieve substantial changes in the German mental health care system. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2015; 92(1):79–88.
20. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*. 2016; 24(6):e117–e30. <https://doi.org/10.1111/hsc.12293> PMID: 26499469
21. Anderson LMS S. C.; Fullilove M. T.; Fielding J. E.; Normand J.; Task Force Community Preventive, Se. Culturally competent healthcare systems—A systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2003; 24(3):68–79.
22. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, et al. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *Eur J Public Health*. 2017; 27(3):433–9. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx001> PMID: 28339883
23. Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J, et al. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.
24. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.; 2008.
25. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19–32.
26. The Cochrane Public Health Group. *Data Extraction and Assessment Template 2011* [Available from: <http://ph.cochrane.org/review-authors>.
27. Beune EvC E. P. M.; Beem L.; Mohrs J.; Agyemang C. O.; Ogedegbe G.; Haafkens J. A. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial. *PloS one*. 2014; 9(3).
28. Cooper LAD B. K. G.; Ford D. E.; Roter D. L.; Primm A. B.; Larson S. M.; Gill J. M.; Noronha G. J.; Shaya E. K.; Wang N. Y. Comparative Effectiveness of Standard versus Patient-Centered Collaborative

- Care Interventions for Depression among African Americans in Primary Care Settings: The BRIDGE Study. *Health services research*. 2013; 48(1):150–74. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01435.x> PMID: 22716199
29. Cooper LAR D. L.; Carson K. A.; Bone L. R.; Larson S. M.; Miller E. R.; Barr M. S.; Levine D. M. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *Journal of general internal medicine*. 2011; 26(11):1297–304. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1794-6> PMID: 21732195
 30. Coronado GDG I.; Longton G.; Levy L.; Jimenez R. Effectiveness of a Clinic-Based Colorectal Cancer Screening Promotion Program for Underserved Hispanics. *Cancer*. 2011; 117(8):1745–54. <https://doi.org/10.1002/cncr.25730> PMID: 21472722
 31. Doorenbos AZJ Clemma; Corpuz Rebecca; Forquera Ralph; Buchwald Dedra. A randomized controlled calendar mail-out to increase cancer screening among urban American Indian and Alaska Native patients. *Journal of Cancer Education*. 2011; 26(3):549–54. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0217-z> PMID: 21472495
 32. Gary TLB-T M.; Yeh H. C.; Hill-Briggs F.; Bone L. R.; Wang N. Y.; Levine D. M.; Powe N. R.; Saudek C. D.; Hill M. N.; McGuire M.; Brancati F. L. The Effects of a Nurse Case Manager and a Community Health Worker Team on Diabetic Control, Emergency Department Visits, and Hospitalizations Among Urban African Americans With Type 2 Diabetes Mellitus A Randomized Controlled Trial. *Archives of internal medicine*. 2009; 169(19):1788–94. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.338> PMID: 19858437
 33. Hatcher SC Nicole; Wikiriwhi Karen; Durie Sir Mason; Pillai Avinesh. Te Ira Tangata: A Zelen randomized controlled trial of a culturally informed treatment compared to treatment as usual in Maori who present to hospital after self-harm. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016; 51(6):885–94. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1194-7> PMID: 26956679
 34. Kline KNM J. R.; Rustveld L. O.; Glover T. L.; Chauca G.; Reed B. C.; Jibaja-Weiss M. L. Incorporating Cultural Sensitivity into Interactive Entertainment-Education for Diabetes Self-Management Designed for Hispanic Audiences. *Journal of health communication*. 2016; 21(6):658–68. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1153758> PMID: 27166651
 35. Moreno FAC Jenny; Dumbauld James; Humke Michelle; Byreddy Seenaiiah. Use of standard Webcam and Internet equipment for telepsychiatry treatment of depression among underserved Hispanics. *Psychiatric Services*. 2012; 63(12):1213–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100274> PMID: 23026854
 36. Munoz RFL H. N.; Ippen C. G.; Diaz M. A.; Urizar G. G.; Soto J.; Mendelson T.; Delucchi K.; Lieberman A. F. Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/ Mothers and babies course. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(1):70–83.
 37. Poureslami IS J.; Nimmon L.; FitzGerald J. M. Culturally Specific Evaluation of Inhaler Techniques in Asthma. *Respiratory Care*. 2016; 61(12):1588–96. <https://doi.org/10.4187/respcare.04853> PMID: 27827331
 38. Rodrigue JRC D. L.; Kaplan B.; Howard R. J. A randomized trial of a home-based educational approach to increase live donor kidney transplantation: Effects in blacks and whites. *American Journal of Kidney Diseases*. 2008; 51(4):663–70. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.11.027> PMID: 18371542
 39. Tu SPT V.; Yasui Y.; Chun A.; Yip M. P.; Acorda E.; Li L.; Bastani R. Promoting culturally appropriate colorectal cancer screening through a health educator—A randomized controlled trial. *Cancer*. 2006; 107(5):959–66. <https://doi.org/10.1002/cncr.22091> PMID: 16865681
 40. Yasui MH, David B. Shared understanding as a gateway for treatment engagement: A preliminary study examining the effectiveness of the Culturally Enhanced Video Feedback Engagement intervention. *Journal of clinical psychology*. 2014; 70(7):658–72. <https://doi.org/10.1002/jclp.22058> PMID: 24382705
 41. Armengol CG. A multimodal support group with Hispanic traumatic brain injury survivors. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 1999; 14(3):233–46. PMID: 10381976
 42. Bender MS, Nader PR, Kennedy C, Gahagan S. A culturally appropriate intervention to improve health behaviors in Hispanic mother-child dyads. *Childhood obesity (Print)*. 2013; 9(2):157–63.
 43. Carrillo JES N. S.; Deland E. L.; Fleck E. M.; Mucaria J.; Guimento R.; Kaplan S.; Polf W. A.; Carrillo V. A.; Pardes H.; Corwin S. J. A Regional Health Collaborative Formed By NewYork-Presbyterian Aims To Improve The Health Of A Largely Hispanic Community. *Health Affairs*. 2011; 30(10):1955–64. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0635> PMID: 21976340
 44. Culica DW J. W.; Harker K.; Prezio E. A. Effectiveness of a Community Health Worker as Sole Diabetes Educator: Comparison of CoDE with Similar Culturally Appropriate Interventions. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2008; 19(4):1076–95. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0076> PMID: 19029738
 45. Delphin-Rittmon MEF, Elizabeth H.; Bellamy Chyrell D.; Diaz Annette; Johnson Kevin; Molta Victoria; Williamson Bridgett; Cruza-Guet Maria-Cristina; Ortiz Jose. Learning from those we serve: Piloting a culture competence intervention co-developed by university faculty and persons in recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2016; 39(1):14–9. <https://doi.org/10.1037/prj0000155> PMID: 26571094

46. Hudelson PD, Melissa Dominice; Perneger Thomas; Durieux-Paillard Sophie. A "migrant friendly hospital" initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PLoS one*. 2014; 9(9).
47. Kanter JWS-R A. L.; Rusch L. C.; Busch A. M.; West P. Initial Outcomes of a Culturally Adapted Behavioral Activation for Latinas Diagnosed With Depression at a Community Clinic. *Behavior Modification*. 2010; 34(2):120–44. <https://doi.org/10.1177/0145445509359682> PMID: 20176914
48. La Roche MJB C.; D'Angelo E. A Culturally Competent Relaxation Intervention for Latino/as: Assessing a Culturally Specific Match Model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2011; 81(4):535–42. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01124.x> PMID: 21977939
49. Mauldon MM G. D.; Cagganello M. Tomando Control: a culturally appropriate diabetes education program for Spanish-speaking individuals with type 2 diabetes mellitus—evaluation of a pilot project. *The Diabetes educator*. 2006; 32(5):751–60. <https://doi.org/10.1177/0145721706291999> PMID: 16971708
50. McMurray JB K.; Breward M.; Alder R.; Arya N. Integrated Primary Care Improves Access to Healthcare for Newly Arrived Refugees in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014; 16(4):576–85. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9954-x> PMID: 24293090
51. Melkus GDS G.; Jefferson V.; Chyun D.; Tuohy B.; Robinson T.; Kaisen A. A culturally competent intervention of education and care for black women with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*. 2004; 17(1):10–20. PMID: 14991551
52. Yu JC Lucia Perfetti; Chandra Lalita; Dias Agnelo; Lai Ting-Fun May. Reducing cultural barriers to substance abuse treatment among Asian Americans: A case study in New York City. *Journal of substance abuse treatment*. 2009; 37(4):398–406. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.05.006> PMID: 19553065
53. Alegria M, Polo A, Gao S, Santana L, Rothstein D, Jimenez A, et al. Evaluation of a patient activation and empowerment intervention in mental health care. *Medical care*. 2008; 46(3):247–56. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318158af52> PMID: 18388839
54. Anand KJSS R. J.; Giles K.; Shah S. H.; Juarez P. D. Pediatric Intensive Care Unit Mortality Among Latino Children Before and After a Multilevel Health Care Delivery Intervention. *Jama Pediatrics*. 2015; 169(4):383–90. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3789> PMID: 25706478
55. Ferdinand LA. Impact of a pilot patient-centered culturally sensitive health care intervention on the health outcomes of racial/ethnic minority and low-income primary care patients with hypertension. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2009; 69(7-B):4417.
56. Gilmer TPP-T A.; Walker C. Outcomes of project dulce: A culturally specific diabetes management program. *Annals of Pharmacotherapy*. 2005; 39(5):817–22. <https://doi.org/10.1345/aph.1E583> PMID: 15769828
57. Ivey SL, Tseng W, Kurtovich E, Lui B, Weir RC, Liu J, et al. Evaluating a Culturally Competent Health Coach Intervention for Chinese American Patients with Diabetes. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*. 2012; 25(2).
58. Nowalk MPZ R. K.; Lin C. J.; Raymund M.; Tabbarah M.; Wilson S. A.; McGaffey A.; Wahrenberger J. T.; Block B.; Hall D. G.; Fox D. E.; Ricci E. M. Raising adult vaccination rates over 4 years among racially diverse patients at inner-city health centers. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56(7):1177–82. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01769.x> PMID: 18547362
59. Ortega ANR R. Hispanic client-case manager matching: Differences in outcomes and service use in a program for homeless persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(5):315–23. PMID: 12011612
60. Weech-Maldonado R, Dreachslin JL, Epane JP, Gail J, Gupta S, Wainio JA. Hospital cultural competency as a systematic organizational intervention: Key findings from the national center for healthcare leadership diversity demonstration project. *Health care management review*. 2016.
61. Chow WS M.; Shiida T.; Hirose A.; Law S.; Leszcz M.; Sadavoy J. Adapting ACT to serve culturally diverse communities: a comparison of a Japanese and a Canadian ACT team. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2011; 62(8):971–4.
62. Dahhan NM D.; Chegary M.; Bosman D.; Wolf B. Ethnic diversity outpatient clinic in paediatrics. *BMC health services research*. 2012; 12.
63. Galvin SG X.; Feldman-Winter L.; Chaudhuri J.; Merewood A. A practical intervention to increase breastfeeding initiation among Cambodian women in the US. *Maternal and child health journal*. 2008; 12(4):545–7. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0263-7> PMID: 17690958
64. Goncalves MC Benjamin; Mulvaney-Day Norah; Alegria Margarita; Kinrys Gustavo. Retention in mental health care of Portuguese-speaking patients. *Transcultural psychiatry*. 2013; 50(1):92–107. <https://doi.org/10.1177/1363461512474622> PMID: 23427258
65. Hamilton LJL, Carlos F.; Presson Angela P.; Klitzner Thomas S. Effects of a Medical Home Program for children with special health care needs on parental perceptions of care in an ethnically diverse patient

- population. *Maternal and child health journal*. 2013; 17(3):463–9. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1018-7> PMID: 22569944
66. Kalister HN R. D.; Read L.; Walters C.; Hrachovec J.; Graham E. A. Pharmacy-based evaluation and treatment of minor illnesses in a culturally diverse pediatric clinic. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1999; 153(7):731–5.
 67. Ohr SOB S.; Holm D. The transition of overseas qualified nurses and midwives into the Australian healthcare workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2016; 34(2):27–36.
 68. Opong BAD C.; Coleman T.; Torres T.; Adams-Campbell L. L. Time to Diagnostic Evaluation After Mammographic Screening in an Urban Setting. *Journal of Womens Health*. 2016; 25(12):1225–30.
 69. Mehler PSL R. A.; Pines I.; Doll K. A community study of language concordance on Russian patients with diabetes. *Ethnicity & disease*. 2004; 14(4):584–8.
 70. Tolman AR R. Implementation of a culture-specific intervention for a Native American community. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 1998; 5(3):381–92.
 71. Watkins ELL K.; Harlan C.; Young S. A MODEL PROGRAM FOR PROVIDING HEALTH-SERVICES FOR MIGRANT FARMWORKER MOTHERS AND CHILDREN. *Public Health Reports*. 1990; 105(6):567–75. PMID: 2124357
 72. Edwards GA J.; Kumar R. R. Meeting the challenge: implementing the Baby Friendly Hospital Initiative in a culturally diverse country. *The practising midwife*. 2011; 14(6):12, 4–6. PMID: 21739730
 73. Garvin CCC A.; Chrisman N.; Chen R.; Brunson E. A community-based approach to diabetes control in multiple cultural groups. *Ethnicity & disease*. 2004; 14(3):83–92.
 74. Gil SH, Mary C.; Niess Dawn. The limited English proficiency patient family advocate role: Fostering respectful and effective care across language and culture in a pediatric oncology setting. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2016; 33(3):190–8. <https://doi.org/10.1177/1043454215611082> PMID: 26589355
 75. Halcon LLR, Cheryl L.; Monsen Karen A. Evaluating health realization for coping among refugee women. *Journal of Loss and Trauma*. 2010; 15(5):408–25.
 76. Karmali KG L.; Levy J.; Keatings M. Enhancing cultural competence for improved access to quality care. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2011; 14 Spec No 3:52–7.
 77. Kim JD D. D. Teleophthalmology for First Nations Clients at Risk of Diabetic Retinopathy: A Mixed Methods Evaluation. *Jmir Medical Informatics*. 2015; 3(1).
 78. Kurth AEC Nok; Cleland Charles M.; Crespo-Fierro Michele; Pares-Avila Jose A.; Lizcano John A.; Norman Robert G.; Shedlin Michele G.; Johnston Barbara E.; Sharp Victoria L. Linguistic and cultural adaptation of a computer-based counseling program (CARE+ Spanish) to support HIV treatment adherence and risk reduction for people living with HIV/AIDS: A randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2016; 18(7):317–32.
 79. Levin-Zamir DK S.; Yaakovson O.; Lev B.; Kay C.; Verber G.; Lieberman N. Refuah Shlema: a cross-cultural programme for promoting communication and health among Ethiopian immigrants in the primary health care setting in Israel Evidence and lessons learned from over a decade of implementation. *Global health promotion*. 2011; 18(1):51–4. <https://doi.org/10.1177/1757975910393172> PMID: 21721302
 80. O'Shaughnessy RN Julia; Chiumento Anna; Hassan Amira; Rahman Atif. Sweet Mother: Evaluation of a pilot mental health service for asylum-seeking mothers and babies. *Journal of Public Mental Health*. 2012; 11(4):214–28.
 81. Reavy KH J.; Hereford M.; Crosby K. A new clinic model for refugee health care: adaptation of cultural safety. *Rural and remote health*. 2012;12(1).
 82. Trinh N-HTH, Patrick N.; Flaherty Katherine; Traeger Lara N.; Inamori Aya; Brill Charlotte D.; Hails Katherine; Chang Trina E; Bedoya C; Fava Maurizio; Yeung Albert. Evaluating patient acceptability of a culturally focused psychiatric consultation intervention for Latino Americans with depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014; 16(6):1271–7. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9924-3> PMID: 24097287
 83. Wennerstrom AB Tap; Harden-Barrios Jewel; Price-Haywood Eboni G. Integrating community health workers into a patient-centered medical home to support disease self-management among Vietnamese Americans: Lessons learned. *Health promotion practice*. 2015; 16(1):72–83. <https://doi.org/10.1177/1524839914547760> PMID: 25139872
 84. Ye JS Ruth; Lukaszewski Tim; Yun Karen; Kim Soo Hyun; Rust George. Telepsychiatry services for Korean immigrants. *Telemedicine and E-Health*. 2012; 18(10):797–802. <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0041> PMID: 23234426
 85. Barrio CY A. M. Culturally Based Intervention Development: The Case of Latino Families Dealing With Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*. 2010; 20(5):483–92. <https://doi.org/10.1177/1049731510361613> PMID: 22121328

86. Menon US L. A.; Belue R.; Rugen K.; Martin K. R.; Kinney A. Y. Interactive, culturally sensitive education on colorectal cancer screening. *Medical care*. 2008; 46(9):S44–S50.
87. Aviera A. "Dichos" therapy group: a therapeutic use of Spanish language proverbs with hospitalized Spanish-speaking psychiatric patients. *Cultural diversity and mental health*. 1996; 2(2):73–87. PMID: [9225563](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9225563/)
88. Bekaert S. Minority integration in rural healthcare provision: an example of good practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*. 2000; 14(45):43–5. <https://doi.org/10.7748/ns2000.07.14.45.43.c2891> PMID: [11974206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11974206/)
89. Riggs EM Sumaiya; Brown Stephanie; Dawson Wendy; Petschel Pauline; Tardiff Waan; Norman Fiona; Vanpraag Dannielle; Szwarc Jo; Yelland Jane. Cultural safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: An Australian qualitative study. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2017;No Pagination Specified.
90. Vargas RBR G. W.; Jackson C. A.; Rodriguez R.; Freeman H. R. Characteristics of the original patient navigation programs to reduce disparities in the diagnosis and treatment of breast cancer. *Cancer*. 2008; 113(2):426–33. <https://doi.org/10.1002/ncr.23547> PMID: [18470906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18470906/)
91. Aggarwal NKD Ravi; Nicasio Andel V.; Boiler Marit; Lewis-Fernandez, Roberto. Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethnicity & health*. 2015; 20(1):1–28. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.857762> PMID: [25372242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25372242/)
92. Redwood DP Ellen; Lopez Ellen D.; Skewes Monica; Johnson Rhonda; Christensen Claudia; Sacco Frank; Haverkamp Donald. A process evaluation of the Alaska Native Colorectal Cancer Family Outreach Program. *Health Education & Behavior*. 2016; 43(1):35–42.
93. Gerrish KG V. Integration of overseas Registered Nurses: evaluation of an adaptation programme. *Journal of advanced nursing*. 2004; 45(6):579–87. PMID: [15012635](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15012635/)
94. Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muniz R, Hernandez MH, Jewell ST, Matsoukas K, et al. The Effects of Race and Racial Concordance on Patient-Physician Communication: A Systematic Review of the Literature. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2018; 5(1):117–40. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0350-4> PMID: [28275996](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28275996/)
95. International Organization for Migration (IOM). General Information on the United States of America [Internet]. 2019 [Available from: <https://www.iom.int/countries/united-states-america>].
96. International Organization for Migration (IOM). Regional Overview on Europe and Central Asia [Internet]. 2019 [Available from: <https://www.iom.int/europe-and-central-asia>].

S1 File. Search terms

Search terms PubMed

Outcome - 1

"cultural competence"[ALL] OR "cultutal competences"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "competence"[ALL]) OR ("cultural"[ALL] AND "competences"[ALL])

OR

"cultural competency"[Mesh] OR "cultural competency"[ALL] OR "cultural competencies"[Mesh] OR "cultural competencies"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "competency"[ALL]) OR ("cultural"[ALL] AND "competencies"[ALL])

OR

"cross-cultural competence"[ALL] OR "cross-cultural competences"[ALL] OR ("cross-cultural"[ALL] AND "competence"[ALL]) OR ("cross-cultural"[ALL] AND "competences"[ALL])

OR

"cross-cultural competency"[ALL] OR "cross-cultural competencies"[Mesh] OR "cross-cultural competencies"[ALL] OR ("cross-cultural"[ALL] AND "competency"[ALL]) OR ("cross-cultural"[ALL] AND "competencies"[ALL])

OR

"transcultural competence"[ALL] OR "transcultural competences"[ALL] OR ("transcultural"[ALL] AND "competence"[ALL]) OR ("transcultural"[ALL] AND "competences"[ALL])

OR

"transcultural competency"[ALL] OR "transcultural competencies"[Mesh] OR "transcultural competencies"[ALL] OR ("transcultural"[ALL] AND "competency"[ALL]) OR ("transcultural"[ALL] AND "competencies"[ALL])

OR

"multicultural competence"[ALL] OR "multicultural competences"[ALL] OR ("multicultural"[ALL] AND "competence"[ALL]) OR ("multicultural"[ALL] AND "competences"[ALL])

OR

"multicultural competency"[ALL] OR "multicultural competencies"[Mesh] OR "multicultural competencies"[ALL] OR ("multicultural"[ALL] AND "competency"[ALL]) OR ("multicultural"[ALL] AND "competencies"[ALL])

OR

"intercultural competence"[ALL] OR "intercultural competences"[ALL] OR ("intercultural"[ALL] AND "competence"[ALL]) OR ("intercultural"[ALL] AND "competences"[ALL])

OR

"intercultural competency"[ALL] OR "intercultural competencies"[Mesh] OR "intercultural competencies"[ALL] OR ("intercultural"[ALL] AND "competency"[ALL]) OR ("intercultural"[ALL] AND "competencies"[ALL])

OR

"cultural sensitivity"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "sensitivity"[ALL])

OR

"cultural safety"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "safety"[ALL])

OR

"cultural security"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "security"[ALL])

OR

"cultural literacy"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "literacy"[ALL])
OR
"cultural awareness"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "awareness"[ALL])
OR
"cultural respect"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "respect"[ALL])
OR
"cultural framework"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "framework"[ALL])
OR
"cultural congruence"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "congruence"[ALL])
OR
"cultural capability"[ALL] OR ("cultural"[ALL] AND "capability"[ALL])
OR
"cross-cultural opening"[ALL] OR ("cross-cultural"[ALL] AND "opening"[ALL])
OR
"intercultural opening"[ALL] OR ("intercultural"[ALL] AND "opening"[ALL])
OR
"culturally competent"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "competent"[ALL])
OR
"culturally sensitive"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "sensitive"[ALL])
OR
"culturally safe"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "safe"[ALL])
OR
"culturally aware"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "aware"[ALL])
OR
"culturally congruent"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "congruent"[ALL])
OR
"culturally appropriate"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "appropriate"[ALL])
OR
"migrant-friendly"[ALL]
OR
"culturally competent care"[Mesh] OR "culturally competent care"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND
"competent"[ALL] AND "care"[ALL])
OR
"culturally competent practice"[ALL] OR ("culturally"[ALL] AND "competent"[ALL] AND
"practice"[ALL])

AND Setting - 2

"organization"[ALL] OR "organizations"[Mesh] OR "organisation"[ALL] OR "organisations"[ALL] OR
"organizational"[ALL] OR "organisational"[ALL]
OR
"organizational level"[ALL] OR "organisational level"[ALL] OR ("organizational"[ALL] AND "level"[ALL])
OR ("organisational"[ALL] AND "level"[ALL])
OR
"meso level"[ALL] OR ("meso"[ALL] AND "level"[ALL])
OR
"health care system"[ALL] OR ("health"[ALL] AND "care"[ALL] AND "system"[ALL])

OR
"delivery of health care"[ALL] OR ("delivery"[ALL] AND "health"[ALL] AND "care"[ALL])
OR
"health care"[ALL] OR ("health"[ALL] AND "care"[ALL])
OR
"health care practice"[ALL] OR ("health"[ALL] AND "care"[ALL] AND "practice"[ALL])
OR
"hospital"[ALL] OR "hospitals"[Mesh]
OR
"institution"[ALL] OR "institutions"[ALL]
OR
"clinic"[ALL] OR "clinics"[ALL]
OR
"health service"[ALL] OR "health services"[Mesh] OR ("health"[ALL] AND "service"[ALL]) OR
("health"[ALL] AND "services"[ALL])
OR
"mental health service"[ALL] OR "mental health services"[Mesh] OR ("mental"[ALL] AND
"health"[ALL] AND "service"[ALL]) OR ("mental"[ALL] AND "health"[ALL] AND "services"[ALL])
OR
"health facility"[ALL] OR "health facilities"[Mesh] OR ("health"[ALL] AND "facility"[ALL]) OR
("health"[ALL] AND "facilities"[ALL])
OR
"mental health facility"[ALL] OR "mental health facilities"[Mesh] OR ("mental"[ALL] AND
"health"[ALL] AND "facility"[ALL]) OR ("mental"[ALL] AND "health"[ALL] AND "facilities"[ALL])

AND Intervention - 3

"standard"[ALL] OR "standards"[ALL]
OR
"strategy"[ALL] OR "strategies"[ALL]
OR
"measure"[ALL] OR "measures"[ALL]
OR
"changes"[ALL]
OR
"plan"[ALL] OR "plans"[ALL] OR "planning"[ALL]
OR
"development"[ALL] OR "developments"[ALL]
OR
"intervention"[ALL] OR "interventions"[ALL]
OR
"policy"[Mesh] OR "policy"[ALL] OR "policies"[ALL]
OR
"program"[ALL] OR "programs"[ALL] OR "programme"[ALL] OR "programmes"[ALL]
OR
"guideline"[Mesh] OR "guidelines"[ALL]
OR

"implementation"[ALL] OR "implementations"[ALL] OR "implementing"[ALL]

OR

"approach"[ALL] OR "approaches"[ALL]

OR

"action"[ALL] OR "actions"[ALL]

OR

"procedure"[ALL] OR "procedures"[ALL]

OR

"method"[ALL] OR "methods"[ALL]

AND Population - 4

(cultural* AND divers*) OR (linguistic* AND divers*) OR (racial* AND divers*)

OR

"linguistically diverse"[ALL] OR ("linguistically"[ALL] AND "diverse"[ALL])

OR

"ethnically diverse"[ALL] OR ("ethnically"[ALL] AND "diverse"[ALL])

OR

"racially diverse"[ALL] OR ("racially"[ALL] AND "diverse"[ALL])

OR

"foreign born"[ALL]

OR

"migrant born"[ALL]

OR

"migration background"[ALL] OR "migrant background"[ALL] OR ("migration"[ALL] AND "background"[ALL]) OR ("migrant"[ALL] AND "background"[ALL])

OR

"Transients and Migrants"[Mesh] OR "Transients and Migrants"[ALL] OR "Transient and Migrant"[ALL] OR ("Transients"[ALL] AND "Migrants"[ALL]) OR ("Transient"[ALL] AND "Migrant"[ALL])

OR

"migrant"[ALL] OR "migrants"[ALL]

OR

"emigrants and immigrants"[Mesh] OR "emigrants and immigrants"[ALL] OR "emigrant and immigrant"[ALL] OR ("emigrants"[ALL] AND "immigrants"[ALL]) OR ("emigrant"[ALL] AND "immigrant"[ALL])

OR

"immigrant"[ALL] OR "immigrants"[ALL]

OR

"refugees"[Mesh] OR "refugees"[ALL] OR "refugee"[ALL]

OR

"asylum seeker"[ALL] OR "asylum seekers"[ALL] OR ("asylum"[ALL] AND "seeker"[ALL]) OR ("asylum"[ALL] AND "seekers"[ALL])

OR

"ethnicity"[ALL] OR "Ethnic Groups"[Mesh] OR "Ethnic Groups"[ALL] OR ("Ethnic" [ALL] AND "Groups"[ALL]) OR "Ethnic Group"[ALL] OR ("Ethnic" [ALL] AND "Group"[ALL])

OR

"minority"[ALL] OR "minorities"[ALL] OR "minority groups"[Mesh] OR "minority groups"[ALL] OR "minority group"[ALL] OR ("minority"[ALL] AND "groups"[ALL]) OR ("minority"[ALL] AND "group"[ALL])
OR
"race"[ALL] OR "races"[ALL] OR "racial groups"[ALL] OR "racial group"[ALL] OR ("racial"[ALL] AND "groups"[ALL]) OR ("racial"[ALL] AND "group"[ALL])
OR
"underserved population"[ALL] OR "underserved populations"[ALL] OR ("underserved"[ALL] AND "population"[ALL]) OR ("underserved"[ALL] AND "populations"[ALL])
OR
"illegal immigrant"[ALL] OR "illegal immigrants"[ALL] OR ("illegal"[ALL] AND "immigrant"[ALL]) OR ("illegal"[ALL] AND "immigrants"[ALL])
OR
"undocumented immigrants"[Mesh] OR "undocumented immigrants"[ALL] OR "undocumented immigrant"[ALL] OR ("undocumented"[ALL] AND "immigrants"[ALL]) OR ("undocumented"[ALL] AND "immigrant"[ALL])
OR
"allochtonous populations"[ALL] OR ("allochtonous"[ALL] AND "population"[ALL]) OR ("allochtonous"[ALL] AND "populations"[ALL])

Search terms Web of Science

Outcome - 1

"cultural competence" OR "cultutal competences" OR ("cultural" AND "competence") OR ("cultural" AND "competences")
OR
"cultural competency" OR "cultural competency" OR "cultural competencies" OR "cultural competencies" OR ("cultural" AND "competency") OR ("cultural" AND "competencies")
OR
"cross-cultural competence" OR "cross-cultural competences" OR ("cross-cultural" AND "competence") OR ("cross-cultural" AND "competences")
OR
"cross-cultural competency" OR "cross-cultural competencies" OR "cross-cultural competencies" OR ("cross-cultural" AND "competency") OR ("cross-cultural" AND "competencies")
OR
"transcultural competence" OR "transcultural competences" OR ("transcultural" AND "competence") OR ("transcultural" AND "competences")
OR
"transcultural competency" OR "transcultural competencies" OR "transcultural competencies" OR ("transcultural" AND "competency") OR ("transcultural" AND "competencies")
OR
"multicultural competence" OR "multicultural competences" OR ("multicultural" AND "competence") OR ("multicultural" AND "competences")
OR

"multicultural competency" OR "multicultural competencies" OR "multicultural competencies" OR
("multicultural" AND "competency") OR ("multicultural" AND "competencies")
OR
"intercultural competence" OR "intercultural competences" OR ("intercultural" AND "competence")
OR ("intercultural" AND "competences")
OR
"intercultural competency" OR "intercultural competencies" OR "intercultural competencies" OR
("intercultural" AND "competency") OR ("intercultural" AND "competencies")
OR
"cultural sensitivity" OR ("cultural" AND "sensitivity")
OR
"cultural safety" OR ("cultural" AND "safety")
OR
"cultural security" OR ("cultural" AND "security")
OR
"cultural literacy" OR ("cultural" AND "literacy")
OR
"cultural awareness" OR ("cultural" AND "awareness")
OR
"cultural respect" OR ("cultural" AND "respect")
OR
"cultural framework" OR ("cultural" AND "framework")
OR
"cultural congruence" OR ("cultural" AND "congruence")
OR
"cultural capability" OR ("cultural" AND "capability")
OR
"cross-cultural opening" OR ("cross-cultural" AND "opening")
OR
"intercultural opening" OR ("intercultural" AND "opening")
OR
"culturally competent" OR ("culturally" AND "competent")
OR
"culturally sensitive" OR ("culturally" AND "sensitive")
OR
"culturally safe" OR ("culturally" AND "safe")
OR
"culturally aware" OR ("culturally" AND "aware")
OR
"culturally congruent" OR ("culturally" AND "congruent")
OR
"culturally appropriate" OR ("culturally" AND "appropriate")
OR
"migrant-friendly"
OR

"culturally competent care"[Mesh] OR "culturally competent care" OR ("culturally" AND "competent" AND "care")
OR
"culturally competent practice" OR ("culturally" AND "competent" AND "practice")

AND Setting - 2

"organization" OR "organizations" OR "organisation" OR "organisations" OR "organizational" OR "organisational"
OR
"organizational level" OR "organisational level" OR ("organizational" AND "level") OR ("organisational" AND "level")
OR
"meso level" OR ("meso" AND "level")
OR
"health care system" OR ("health" AND "care" AND "system")
OR
"delivery of health care" OR ("delivery" AND "health" AND "care")
OR
"health care" OR ("health" AND "care")
OR
"health care practice" OR ("health" AND "care" AND "practice")
OR
"hospital" OR "hospitals"
OR
"institution" OR "institutions"
OR
"clinic" OR "clinics"
OR
"health service" OR "health services"[Mesh] OR ("health" AND "service") OR ("health" AND "services")
OR
"mental health service" OR "mental health services"[Mesh] OR ("mental" AND "health" AND "service") OR ("mental" AND "health" AND "services")
OR
"health facility" OR "health facilities"[Mesh] OR ("health" AND "facility") OR ("health" AND "facilities")
OR
"mental health facility" OR "mental health facilities"[Mesh] OR ("mental" AND "health" AND "facility") OR ("mental" AND "health" AND "facilities")

AND Intervention - 3

"standard" OR "standards"
OR
"strategy" OR "strategies"
OR
"measure" OR "measures"

OR
"changes"
OR
"plan" OR "plans" OR "planning"
OR
"development" OR "developments"
OR
"intervention" OR "interventions"
OR
"policy" OR "policies"
OR
"program" OR "programs" OR "programme" OR "programmes"
OR
"guideline" OR "guidelines"
OR
"implementation" OR "implementations" OR "implementing"
OR
"approach" OR "approaches"
OR
"action" OR "actions"
OR
"procedure" OR "procedures"
OR
"method" OR "methods"

AND Population - 4

(cultural* AND divers*) OR (linguistic* AND divers*) OR (racial* AND divers*)
OR
"linguistically diverse" OR ("linguistically" AND "diverse")
OR
"ethnically diverse" OR ("ethnically" AND "diverse")
OR
"racially diverse" OR ("racially" AND "diverse")
OR
"foreign born"
OR
"migrant born"
OR
"migration background" OR "migrant background" OR ("migration" AND "background") OR
("migrant" AND "background")
OR
"migrant" OR "migrants"
OR
"immigrant" OR "immigrants"
OR
"refugees" OR "refugee"

OR
"asylum seeker" OR "asylum seekers" OR ("asylum" AND "seeker") OR ("asylum" AND "seekers")
OR
"ethnicity" OR "Ethnic Groups" OR "Ethnic Groups" OR ("Ethnic" AND "Groups") OR "Ethnic Group"
OR ("Ethnic" AND "Group")
OR
"minority" OR "minorities" OR "minority groups" OR "minority groups" OR "minority group" OR
("minority" AND "groups") OR ("minority" AND "group")
OR
"race" OR "races" OR "racial groups" OR "racial group" OR ("racial" AND "groups") OR ("racial"
AND "group")
OR
"underserved population" OR "underserved populations" OR ("underserved" AND "population") OR
("underserved" AND "populations")
OR
"illegal immigrant" OR "illegal immigrants" OR ("illegal" AND "immigrant") OR ("illegal" AND
"immigrants")
OR
"undocumented immigrants" OR "undocumented immigrants" OR "undocumented immigrant" OR
("undocumented" AND "immigrants") OR ("undocumented" AND "immigrant")
OR
"allochtonous populations" OR ("allochtonous" AND "population") OR ("allochtonous" AND
"populations")

Search terms PsycInfo

Outcome - 1

(cultural AND competence) OR (cultural AND competences)
OR
("cultural" AND "competency") OR ("cultural" AND "competencies")
OR
("cross-cultural" AND "competence") OR ("cross-cultural" AND "competences")
OR
("cross-cultural" AND "competency") OR ("cross-cultural" AND "competencies")
OR
("transcultural" AND "competence") OR ("transcultural" AND "competences")
OR
("transcultural" AND "competency") OR ("transcultural" AND "competencies")
OR
("multicultural" AND "competence") OR ("multicultural" AND "competences")
OR
("multicultural" AND "competency") OR ("multicultural" AND "competencies")
OR
("intercultural" AND "competence") OR ("intercultural" AND "competences")
OR
("intercultural" AND "competency") OR ("intercultural" AND "competencies")

OR
("cultural" AND "sensitivity")
OR
("cultural" AND "safety")
OR
("cultural" AND "security")
OR
("cultural" AND "literacy")
OR
("cultural" AND "awareness")
OR
("cultural" AND "respect")
OR
("cultural" AND "framework")
OR
("cultural" AND "congruence")
OR
("cultural" AND "capability")
OR
("cross-cultural" AND "opening")
OR
("intercultural" AND "opening")
OR
("culturally" AND "competent")
OR
("culturally" AND "sensitive")
OR
("culturally" AND "safe")
OR
("culturally" AND "aware")
OR
("culturally" AND "congruent")
OR
("culturally" AND "appropriate")
OR
("migrant-friendly")
OR
("culturally" AND "competent" AND "care")
OR
("culturally" AND "competent" AND "practice")
OR
exp Cultural Sensitivity/

AND Setting - 2

"organization" OR "organizations" OR "organisation" OR "organisations" OR "organizational" OR "organisational"

OR
("organizational" AND "level") OR ("organisational" AND "level")
OR
("meso" AND "level")
OR
("health" AND "care" AND "system")
OR
("delivery" AND "health" AND "care")
OR
("health" AND "care")
OR
("health" AND "care" AND "practice")
OR
"hospital" OR "hospitals"
OR
"institution" OR "institutions"
OR
"clinic" OR "clinics"
OR
("health" AND "service") OR ("health" AND "services")
OR
("mental" AND "health" AND "service") OR ("mental" AND "health" AND "services")
OR
("health" AND "facility") OR ("health" AND "facilities")
OR
("mental" AND "health" AND "facility") OR ("mental" AND "health" AND "facilities")
OR
exp PSYCHIATRIC HOSPITALS/ or exp HOSPITALS/
OR
exp Health Care Services/ or exp Mental Health Services/ or exp Community Mental Health Services/
or exp Community Services/

AND Intervention - 3

"standard" OR "standards"
OR
"strategy" OR "strategies"
OR
"measure" OR "measures"
OR
"changes"
OR
"plan" OR "plans" OR "planning"
OR
"development" OR "developments"
OR
"intervention" OR "interventions"

OR
"policy" OR "policies"
OR
"program" OR "programs" OR "programme" OR "programmes"
OR
"guideline" OR "guidelines"
OR
"implementation" OR "implementations" OR "implementing"
OR
"approach" OR "approaches"
OR
"action" OR "actions"
OR
"procedure" OR "procedures"
OR
"method" OR "methods"
OR
exp HEALTH CARE POLICY/

AND Population - 4

(cultural* AND divers*) OR (linguistic* AND divers*) OR (racial* AND divers*)
OR
("linguistically" AND "diverse")
OR
("ethnically" AND "diverse")
OR
("racially" AND "diverse")
OR
"foreign born"
OR
"migrant born"
OR
"migration background" OR "migrant background"
OR
"migrant" OR "migrants"
OR
"immigrant" OR "immigrants"
OR
"refugees" OR "refugee"
OR
("asylum" AND "seeker") OR ("asylum" AND "seekers")
OR
"ethnicity" OR ("Ethnic" AND "Groups") OR ("Ethnic" AND "Group")
OR
"minority" OR "minorities" OR ("minority" AND "groups") OR ("minority" AND "group")
OR

"race" OR "races" OR ("racial" AND "groups") OR ("racial" AND "group")

OR

("underserved" AND "population") OR ("underserved" AND "populations")

OR

("illegal" AND "immigrant") OR ("illegal" AND "immigrants")

OR

("undocumented" AND "immigrants") OR ("undocumented" AND "immigrant")

OR

("allochtonous" AND "population") OR ("allochtonous" AND "populations")

S1 Table. Screening criteria

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Population		
(1)	Migrants, refugees, linguistically and culturally diverse patients, ethnic minorities, Latinos/as, black African American, etc...	Culturally diverse patients AND LGBT patients
Design		
(2)	<ul style="list-style-type: none"> • Primary data • N > 2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reviews, Meta-analyses • Study protocols • Single-case-studies • Letter to the editor
Content		
(3)	<ul style="list-style-type: none"> • Description of at least one intervention which aims at <ul style="list-style-type: none"> ○ improving healthcare utilization of (2) ○ OR healthcare provision for (2) ○ OR healthcare treatment of (2) ○ OR cultural competence in healthcare facilities • Interventions must be described • If necessary: Sets of interventions which were evaluated as a whole (they may also include cultural competence trainings for providers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation of the current degree/state of cultural competence in healthcare facilities or of providers/staff members • Cultural competence trainings for providers or staff members • Studies evaluating cultural competence surveys
Method		
(4)	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative or qualitative evaluation of the intervention 	
Context		
(5)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicit description of implementation in <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospital ○ OR Health/ Primary Care/ Treatment Center/Centre ○ OR Clinic ○ OR Site ○ OR Trust ○ OR Health facility ○ OR Health organization/organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions implemented in schools, community centers, libraries, etc... • Participants were only recruited in healthcare facilities

S2 Table. Characteristics of healthcare interventions

Authors	Country	Target group	Type of intervention	Goal	Components of the intervention
Aggarwal, N. et al. (2015)	USA	Mixed	Use of Cultural Formulation Interview for the DSM-5	Improve mental health assessments	<ul style="list-style-type: none"> CFI in itself designed to be culturally sensitive
Alegría, M. et al. (2008)	USA	Minority populations	The Right Question Project-Mental Health (RQP-MH) is a patient self-reported activation and empowerment strategy in mental health care	Improve attention and retention in mental healthcare	<ul style="list-style-type: none"> Incorporation of cultural components that could influence minority patients' experiences when taking an active role in care (not specified)
Anand, K. J. S. et al. (2015)	USA	Latino children	Multilevel Health Care Delivery Intervention at pediatric intensive care unit (PICU)	Reduce mortality rates in pediatric intensive care units of Latino children	<ul style="list-style-type: none"> Education of health care professionals regarding culturally competent care Recruitment efforts to increase the number of bilingual staff Availability of 24-hour interpreter services in the ED and PICU Translation of consent forms and educational materials for patients and families Culturally sensitive end-of-life care discussions, with participation of palliative care services (not specified) Outreach efforts and contacts with the Latino community to remove barriers to health care access Help from the city government and local health department for preventive services .
Armengol, C. G. (1999)	USA	Hispanics	Multimodal culturally sensitive and neuropsychologically informed support group addressing barriers to emotional, social, and vocational adjustment among high-level functioning Hispanic/Latino traumatic brain injury survivors	Improve support for TBI survivors	<ul style="list-style-type: none"> Bicultural and bilingual provider Incorporation of culturally specific themes (acculturation, stressors of the migratory experience) Incorporation of attitudes and belief about disability, health care and support networks Use of dichos Patterns of interaction common among less acculturated Hispanics/Latinos were followed Integration of Hispanic values
Aviera, A. (1996)	USA	Hispanics/Latinos	"Dichos" Therapy Group: a therapeutic use of Spanish language proverbs with hospitalized Spanish-speaking psychiatric patients	Improve treatment acceptability	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual provider Use of Dichos to promote „cultural ambiance“ and help to deal with resistance and impasse
Barrio, C. et al. (2010)	USA	Mexican Americans	Culturally based family intervention for Spanish-speaking Latino families with a relative diagnosed with schizophrenia	Improve treatment for people with schizophrenia	<ul style="list-style-type: none"> Integration of familism, spirituality and religiousness, nonjudgmental cultural attributions, biculturalism, and cross- border living and resources

Bekaert, S (2000)	UK	Ethnic minority group	Minority integration and healthcare provision a hospital setting	Improve healthcare for ethnic minorities	<ul style="list-style-type: none"> • Formation of a multicultural consultation group planning and implementing interventions • Design of 5 year plan to lead to standardization of health care for ethnic minority groups • Invitation of the joint commissioning development manager for ethnic minorities in Oxfordshire to guide practice • Identification of staff's needs (informal survey) • Record keeping and monitoring of episodes of contact with people from minority groups • Reference packs, containing general guidance (e.g. regarding diet, language, name, religious groups, birth, death, concepts of illness) • Identification of the main language groups of the area (survey) • Language and advocacy Services were made available • Provision of ethnic menus • Complaints procedure made available in all languages
Bender, M. et al. (2013)	USA	Mexicans	„Vida Saludable“: A culturally appropriate intervention to improve health behaviors in Hispanic mother-child dyads	Improve prevention of obesity in mother-child dyads	<ul style="list-style-type: none"> • Trained (by investigators) bilingual promotora • Culturally adapted instrument measuring beverage consumption • Lessons were tailored, including visual images of typical Hispanic families • Cooking class with cultural foods • study materials were forward-translated into Spanish • Materials and curriculum were designed with special attention to culture, low literacy (less than 3rd grade) • Cultural adaptation based on stakeholders' input, focus group feedback •
Beune, E. et al. (2014)	Netherlands	Ghanaians and African-Surinamese	Patient education intervention on blood pressure (BP) and treatment adherence for patient of African origin with uncontrolled hypertension	Improve education for people with uncontrolled hypertension	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporating culturally-specific aspects of patients' perceptions (based on Arthur Kleinman) • culturally appropriate written educational materials (specific languages, customs, habits, norms and dietary cultures) • referrals to neighborhood facilities that support patients in adopting healthier lifestyles and are suitable for Surinamese and Ghanaian people • Nurse practitioner (NP) trained in specific knowledge of hypertension in the Ghanaian / Surinamese communities and general cross-cultural counselling techniques
Carrillo, J. E. et al. (2011)	USA	Hispanics	A regional health collaborative	Improve healthcare for a Hispanic communities	<ul style="list-style-type: none"> • Four multiyear strategies: • Establishing patient-centered medical homes • Transforming clinics into medical homes • Medical home designation • Related Goals: building a workforce that could address the linguistic, cultural, and health literacy needs of patients (set up an Office of Care Management, improving access through a centralized contact center for information and appointment scheduling, improve cultural competency by

					<p>employing bilingual and bicultural community health workers and “navigators” of the health system)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information technology solutions have included the development of a personal health record for each patient, patient-specific disease dashboards, and a population-based disease registry. • Implementing a targeted care intervention: the targeted care intervention focused on the critical hospital-to-home transition period to minimize preventable readmissions • creating a “medical village”: (geographically defined community with a number of patient-centers medical homes linked to other providers and community-based resources) • collaboration with the New York City and State health departments to help local physician practices adopt electronic health record systems, transform themselves into patient-centered medical homes, and establish health information exchanges.
Chow, W. et al. (2011)	Canada and Japan	Culturally diverse communities	Adapted assertive community treatment (ACT) model in Mount Sinai Hospital and KUINA Center	Improve healthcare for culturally diverse communities	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion of bilingual and bicultural staff • Assignment of clinicians to patients on the basis of cultural and language requirements • Incorporation of cultural and ethnic elements into assessment and treatment plans (e.g. traditional Chinese medicines) • Promoting culturally appropriate supportive housing • Incorporating families in clients’ rehabilitation plans • Delivering multifamily psychoeducational groups • Prioritizing and incorporating cultural formulation and clients’ explanatory models • Having a general practitioner who is also a psychotherapist on the team to enhance assessment, management, and follow-up of clients’ general medical and counseling needs • Staff training • Exchange with KUINA Center in Japan
Cooper, L. A. et al. (2011)	USA	Mixed	Patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients	Improve care for patients with hypertension	<ul style="list-style-type: none"> • Trained community health workers (CHWs) administered the intervention • Physician communication skills training: Skills relevant to increasing patient engagement, activation • All patients received a monthly health education newsletter designed to meet the needs of low literate adult readers
Cooper, L. A. et al. (2013)	USA	African Americans	Patient-centered collaborative care interventions for depression among African Americans in primary care settings	Improve depression treatment for African Americans	<ul style="list-style-type: none"> • initial needs assessment (Standard assessment + questions on access barriers, attribution of illness, use of spirituality and concerns about treatment; social stressors and communication problems with health professionals) • Contact information for culturally sensitive psychotherapists as appropriate one-on-one telephone follow-ups by a Depression case manager (African American woman)

					<ul style="list-style-type: none"> Educational material: culturally targeted materials designed to address barriers to depression treatment
Coronado, G. D. et al. (2011)	USA	Hispanics	Clinic-based colorectal cancer screening promotion program	Improve prevention of colorectal cancer	<ul style="list-style-type: none"> Providers were Spanish-speaking Mailed packet contained materials in English and Spanish Telephone reminders Educational home visit by health promoter (community members) and a medical assistant All project materials were developed for a low literacy audience
Culica, D. et al. (2008)	USA	Hispanics	Community Health Worker as Sole Diabetes Educator (CoDE)	Improve healthcare education for patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual community health workers Individual education visits, which addressed recommended diabetes knowledge and self-management skills assessment and case management visits
Dahhan, N. et al. (2012)	Netherlands	Ethnic minorities	The Mosaic Outpatient Clinic (MOC)	Improve healthcare of chronic sick ethnic minority children	<ul style="list-style-type: none"> Patient centered consultation and exploration of culturally sensitive issues in the health care process Mediators serve as the interface, translating language and interpreting culture, between the health care provider and the ethnic minority patient Data collection of complete medical history, of demography, family situation, concepts, problems and experiences about healthcare and disease of parents Development of parents' profiles Development of individual treatment plan (e.g. follow-up consultations, referrals) Plan was discussed with patients and parents by the healthcare worker and supervisor together
Delphin-Rittmon, M. E. et al. (2016)	USA	Ethnically diverse community	Bilevel cultural competence intervention	Improve mental healthcare for ethnically diverse patients	<ul style="list-style-type: none"> Development of a bilevel training intervention for providers in cooperation with persons in recovery (PIR) with diverse ethnic backgrounds Cultural competence training for staff members Implementation of an ongoing cultural competence committee Organizational level cultural competence assessment Development of a cultural competence plan in consultation with the agency leadership, faculty and PIR that matched the agency's capacity for implementation
Doorenbos, A. et al. (2011)	USA	Native Americans	Calendar mail-out with cancer related health-message	Improve cancer screening rates	<ul style="list-style-type: none"> Native art each month matching cancer health-related message
Edwards, G. et al. (2011)	United Arab Emirates	Culturally diverse mothers	WHO/Unicef Babyfriendly Hospital initiative in to increase breastfeeding rates	Improve breastfeeding rates after birth in a hospital	<ul style="list-style-type: none"> Establishment of a steering group committed to the ethos of BFHI Assessment of barriers to and knowledge on breastfeeding in hospital Formulation of a 10 steps plan Policies and procedures to support the changes in practice were developed Development of an education program for all staff

					<ul style="list-style-type: none"> • Development of an antenatal BFHI educational program for women and their families • Invitation to talk to a breastfeeding advocate about the 10 steps, demonstration of “how-to” • Promotion of rooming in, skin-to-skin contact and early feeding • Staff breastfeeding course / workshop (mandatory, 20 hours) • A set of booklets in different languages was produced • Flyer and DVD were made for women who may have trouble reading • A lactation clinic was set up • Mother to mother groups set up
Ferdinand, L.A. (2009)	USA	Culturally diverse patient	Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care (PC-CSHC) Intervention Program	Improve healthcare for culturally diverse patients	<ul style="list-style-type: none"> • Changing the physical health care clinic environment and clinic policies (culturally sensitive calendar, educational brochures, magazines, comment cards, bilingual restroom signs, posters, art featuring people from different cultures, bilingual policy brochures, displaying toys for patients’ children, DVDs and videos on health topics shown in the waiting area) • Training health care providers and office staff to engage in culturally sensitive behaviors and attitudes • Patient Empowerment Training (overview of health disparities problem, skills training, small group discussion on how the skills-training components could be used in practice, questions to provider panel about their healthcare or the healthcare system)
Galvin, S. et al. (2008)	USA	Cambodian women	Project HELP (Hospital Education in Lactation Practices): Intervention to increase breastfeeding initiation among Cambodian women	Improve number of breastfeeding initiation among Cambodian women	<ul style="list-style-type: none"> • Creation of a Cambodian menu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Staff visit of the Cambodian market to consider nutritional content and the financial feasibility of purchasing foods ○ The Cambodian interpreter cooked traditional recipes in the hospital kitchen, to educate the hospital chef, the director of food and nutrition, and hospital dietitians • The Cambodian menu was made available to all postpartum women
Garvin C.C. et al. (2004)	USA	Culturally diverse patients	A community based approach to diabetes control	Improve healthcare for culturally diverse patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Support Groups: Contracting agencies established regularly scheduled support group meetings for diabetes patients and their support network. These group meetings have been tailored to meet the cultural needs of each of the 3 broad racial/ethnic groups provided in the patients’ primary language • Peer Education: One full time equivalent peer educator per racial/ethnic community facilitates support groups, assists in education and self-management classes, and arranges for the dissemination of diabetes materials in community settings. • Education Classes: topics were dealt with in a culturally relevant manner (focus on community concerns, cultural barriers, that arise when people try to make changes) • Self-Management classes: These classes assist diabetes patients in increasing their confidence in their ability to manage their disease

					<ul style="list-style-type: none"> Enhanced Use of a Diabetes Registry: Software used to create diabetes registries within each of the participating community clinics, so that individuals who have not received appropriate services can be identified and targeted for interventions. Case Coordination for Appropriate Patients using the Diabetes registry to improve and monitor patients' care
Gary, T. L. et al. (2009)	USA	African American	Nurse case manager and a community health worker team to improve care for patient with diabetes Mellitus Type 2	Improve healthcare for patients with diabetes Mellitus Type 2	<ul style="list-style-type: none"> Telephone calls to remind participants about preventive health screenings A written summary of their health care utilization was sent to the participant's primary care provider Participants received DM-specific information in the mail individualized, culturally tailored care provided by a nurse case manager (NCM) and a community health worker (CHW) (not specified) development of culturally tailored intervention action plans (IAPs) developed to address traditional cardiovascular risk factors and nontraditional obstacles to optimal DM care and self-management .
Gerrish, K. et al. (2004)	UK	Overseas nurses	Adaptation program for overseas Registered nurses	To improve overseas recruitment	<ul style="list-style-type: none"> Period of supervised practice together with taught input minimum of 10 weeks of supervised practice in a designated clinical area Each overseas nurse was supported by one or more registered nurse mentors .
Gil, S. et al. (2016)	USA	Patients and families with limited English proficiency	The Limited English Proficiency (LEP) Patient Family Advocate Role	Improve pediatric care in oncology settings	<ul style="list-style-type: none"> The LEP Patient Family Advocate role was created with the aim of improving access, promoting effective communication, and equalizing care for children with cancer from families with LEP. Role 1: Specialized Medical Interpreter Role 2: Cultural Liaison: The LEP advocate provides expertise and guidance to the health care team in the target-language's culture(s), and to the family in the dominant U.S. culture and the culture of Western medicine. Role 3: Healthcare Systems Advocate/Adjunct Case Management: The LEP advocate is readily available to assist the health care team with internal and external coordination across the continuum of care.
Gilmer, T. P. et al. (2005)	USA	Ethnic minorities	Project Dulce, a combined stepped-care diabetes nurse case management program and culturally oriented peer-led self-empowerment training program	Improve healthcare for patients with diabetes and reduce costs	<ul style="list-style-type: none"> One-on-one visits: Initial visit with nurse and additional visits with nurse and dietitian Telephone contact is used for appointment reminders and to answer specific questions Group self-management training program: curriculum delivered by trained peer educators (or promotoras) who are from the patient population, have diabetes themselves, and are of the same cultural/ethnic group as the participants. Classes are taught in the patients' native language .

Goncalves, M. et al. (2013)	USA	Portuguese speaking patients	The Portuguese Mental Health Program (PMHP)	Improve mental health care for Portuguese speaking patients	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual and bicultural staff to serve children and adults from Brazil, Portugal, and Cape Verde 95% of the providers speak Portuguese
Halcon, L. L. et al. (2010)	USA	Ethiopian and Somali refugee women	Health Realization, a community-delivered, psychoeducational, mental health intervention that focuses on resilience	Improve mental health support for women refugees	<ul style="list-style-type: none"> Culturally adapted and translated educational materials including visual cues for participants who did not read their native written language socializing and sharing an East African dinner intervention in English with concurrent translation 15-minute prayer break was held promptly at sunset during each session use of ethnographic methods as culturally appropriate ways to explain the concepts through traditional stories, pictures, proverbs, and faith-based metaphors and teachings
Hamilton, L. J. et al. (2013)	USA	Ethnically diverse	Pediatric Medical Home Program: primary care model focused on providing intensive care coordination for medically complex, ethnically diverse children with special health care needs	Improve care for medically complex, ethnically diverse children with special health care needs	<ul style="list-style-type: none"> Designated full-time, bilingual family liaison who acts as a bilingual healthcare system navigator, does triage of parents' questions and concerns, ensures that the care plan is implemented, obtains outside medical records and insurance authorizations, forms relationships and interacts with community agencies General pediatrician who develops, maintains, and manages a written care plan for each patient Patients receive an "All About Me" Binder, which includes a problem list, care plan, medication list, and physician contact information, which is updated regularly Family involvement in the development of the care plan and the program
Hatcher, S. et al. (2016)	New Zealand	Maori	Culturally informed treatment in Maori who present to hospital after self-harm	Improve measures of care after an episode of self-harm for Maori patients	<ul style="list-style-type: none"> Therapists are Maori. the process of therapy explicitly incorporates Maori cultural beliefs and values which we chose to describe using a powhiri (welcoming ceremony) model Cultural assessment: establishing where both the therapist and the patient belong and what connections they have Patient support for up to 2 weeks: 1-2 face-to-face or telephone sessions Postcard contact for one year: Eight postcards were sent containing a short message offering support Improved access to primary care: encouraging participants to attend their GP for a physical health check paying particular attention to cardiovascular risk factors especially alcohol and smoking Problem solving therapy (PST)
Hudelson, P. et al. (2014)	Switzerland	Migrants	Migrant Friendly Hospital" Initiative	To improve healthcare for migrants	<ul style="list-style-type: none"> Creation an interdepartmental and interprofessional working group ("Health for All Network") Creation of a reference-nurse post at the hospital for migrant care issues Inclusion of patient language data in the electronic patient file, in order to facilitate timely identification of patients requiring interpreter services

					<ul style="list-style-type: none"> • Promotion of a national telephone interpreting service in 4 emergency services at the HUG, where access to face-to-face interpreters is rare • Brief presentation to all new staff during an obligatory staff orientation day about interpreter services and other “migrant friendly” services at the HUG • Development and dissemination of brochures containing information about the “Health For All Network”; migrant friendly services at the HUG and when and how to work with an interpreter • Organization of a number of public events to bring attention to the Health For All Network and its activities
Ivey, S.L. et al. (2012)	USA	Chinese American	Culturally and linguistically competent health coach intervention for Chinese-American patients with Diabetes	Improve healthcare for Chinese-American patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • All health coaches, the dietitian, and most physicians were ethnically and linguistically matched to their Chinese patients. • Pre-visit meeting: health coach meets with patient to complete routine assessments, data gathering, medication reconciliation, determination of patient agenda • Data entry: health coach enters data into chronic disease management database • Physician visit: Physician uses summary of patient’s current and historical data from the database • Post-visit meeting: health coach meets with patient to ensure that patient understands the care plan, assist patient in scheduling follow-up appointments, navigating the referral system • 3-month follow-up visit is scheduled with the primary care physician • Health coach makes follow-up phone call to patient • Diabetes education visit with registered dietitian • Recommendations took into account cultural implications • Physicians who did not speak their patient’s language would communicate with their patient through a clinic interpreter.
Kalister, H. et al. (1999)	USA	Immigrant families	Pharmacy-Based Treatment of Minor Illnesses	To improve access to nonprescription medicines for home treatment of minor childhood illnesses	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacists are trained to evaluate and to treat children and adolescents aged with minor acute illnesses • Development of protocols and encounter forms for pharmacist evaluation of 5 pediatric condition • Development of educational materials in English for each condition. The English pamphlets were then translated and published in 8 bilingual formats.
Kanter, J. et al. (2010)	USA	Latinas	Culturally Adapted Behavioral Activation (BAL) for Latinas with depression	Improve engagement and retention in mental health treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual provider • BAL manual was culturally adapted • the BAL manual listed free, low-cost, and culturally sensitive activation homework assignments • attention was paid to cultural values such as <i>familismo</i>, <i>personalismo</i>, <i>marianismo</i>, and <i>machismo</i> and how they influence activation • key BAL terms and therapy materials such as activity monitoring forms were translated into Spanish

Karmali, K. et al. (2011)	Canada	Culturally diverse children and their families	Cultural Competence Initiative at the Hospital for Sick Children (SickKids)	Improve healthcare for culturally diverse children	<ul style="list-style-type: none"> • Establishment of the New Immigrant Support Network (NISN) to improve access to quality healthcare and partnered with multiple stakeholders, departments and worked closely with the senior management team • Cultural competence education to healthcare providers and managers • Translation of patient education materials in up to nine languages • Needs-assessment (organizational and provider level) • Cc learning modules were individually tailored for different staff groups • Placement and implementation of 12 kiosks that provide in multiple languages to help patients and families find their way around the hospital • Patient satisfaction survey was translated into seven languages to determine how effectively the hospital meets the needs of its population • Promotion of the use of face-to-face and telephone interpretation services • Establishment of a Champions Program: champions received advanced education in cultural competence and acted as change agents and role models • Allowing protected time for staff from different departments to attend the cultural competence education and training
Kim, J. et al. (2015)	Canada	First Nations (aboriginal Canadians) communities	Teleophthalmology service delivery model	Improve access to teleophthalmology care for First Nations communities	<ul style="list-style-type: none"> • First Nations technicians and a trained teleophthalmology eye care nurse travelled to the remote First Nations communities in a truck that was dedicated to the teleophthalmology project • Adherence to First Nations' cultural values as most important aspects of the project • Involvement of First Nations communities from the beginning • Exchange with the British Columbia Association of Optometrist • Naming of potential patients by participating First Nations communities • Phone calls from the ITHA team to schedule individual screening appointments during clinics to be held in their communities • All clients were contacted after their appointments and were mailed copy of their report • Development of a clinical procedure and protocol manual • Specialized one-on-one training for team members in teleophthalmology • Distribution of educational material in the waiting area, small MP3 players with which to listen to diabetes education content while awaiting their appointments • Capacity building opportunity to three First Nations youth and continued education
Kline, K. N. et al. (2016)	USA	Hispanics	SHL-program (Sugar, Heart, and Life), a culturally sensitive entertainment-education telenovela for patients with diabetes mellitus	Improve education on diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally sensitive narratives through focus groups (72 people) • English and Spanish versions • culturally sensitive characters and situations (Example of Hispanic families) • Special design considerations were made, including minimal use of on-screen text, narration by professional voiceover talent, and user-friendly navigation

Kurth, A. E. et al. (2016)	USA	Hispanics / Latinos	Linguistic and cultural adaptation of a computer-based counseling program (CARE+ Spanish)	Improve HIV treatment adherence and risk reduction for people living with HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> Intervention was delivered in Spanish Cultural equivalence was assured through forward-back translation method and feedback from target group
La Roche, M. J. et al. (2011)	USA	Latinos	A Culturally Competent Relaxation Intervention for Latino/as (CCRI) with anxiety	Improve treatment adherence and effectivity in treatment for anxiety	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual providers Inclusion of allocentric (the tendency to define oneself in relationship to others) relaxation interventions, considered to be more appropriate for Latinos
Levin-Zamir, D. et al. (2011)	Israel	Ethiopian refugees	Refuah Shlema: a cross-cultural program for promoting communication and health among Ethiopian immigrants	Improving health for Ethiopian immigrants	<ul style="list-style-type: none"> Integrating Ethiopian immigrant liaisons in primary care as intercultural mediators In-service training of clinical staff to increase cultural awareness and sensitivity Health education community activities
Mauldon, M. et al. (2006)	USA	Latinos / Hispanics	Tomando Control, a culturally appropriate diabetes education program for Spanish-speaking individuals with diabetes mellitus	Improve education on diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual providers Handouts and 2 nutritional guides specific to Latino diets (written at the fifth- to seventh-grade level) Provision of culturally adapted and nutritionally sound meals Use of written materials was minimized, and demonstration/return demonstration of skills was emphasized
McMurray, J. et al. (2014)	Canada	Refugees	Government assisted refugees (GARs) health clinic	Improve healthcare for refugees	<ul style="list-style-type: none"> Partnership between a health clinic for GARs, local reception centre and community providers Gateway services are provided by Reception House case workers and trained professionals Comprehensive care is delivered by family physicians at the refugee health clinic Language supports (interpreters) funded by Reception House Ancillary services are delivered in the community by a variety of providers Establishment of protocols and guidelines for diagnosis and management of diseases Initial intake assessments performed onsite at Reception House within days of GARs' arrival international medical graduates in training whose input has enhanced the cultural sensitivity and competence of clinic processes
Mehler, P. S. et al. (2004)	USA	Russian patients	Language and cultural concordance in Russian patients with diabetes	Improve healthcare for patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Arrival of a bilingual Russian internist trained in USA and Russia

Melkus, G. D. et al. (2004)	USA	Blacks	Culturally competent intervention of education and care for Black women with Type 2 Diabetes	Improve healthcare for Black patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitive-behavioral intervention program • Two of the four nurses and the lay health assistant were black American women • Presentation and discussion were the primary methods used for each session • Written materials and videotapes using illustrations and video characters of black Americans • Culturally specific recipes were incorporated and used as handouts • Feedback on material through focus groups and from the community advisory board of local black leaders and community members
Menon, U. et al. (2008)	USA	Mixed	Interactive, computer based culturally sensitive education on colorectal cancer screening	Improve colorectal cancer screening rates	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally adaptation of the intervention based on focus group discussion with representatives of target population (not specified)
Moreno, F.A. et al. (2012)	USA	Hispanics	Standard webcam telepsychiatry treatment of depression	Improve access to culturally competent care	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual psychiatrists
Munoz, R. F. et al. (2007)	USA	Latinas	Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course: Health promotion group for prevention postpartum depression for Low-income Latinas	Improve prevention of postpartum depression	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual providers • Reinforcing values such as collectivism and familismo • Validating Latinas' values and beliefs regarding pregnancy, childrearing practices, and motherhood • Addressing Latinas' attitudes toward mental illness and seeking mental health services • participant course manual was written and adapted considering the sample's education level and intra-group cultural, racial, and linguistic differences • Adhering to common cultural verbal and nonverbal communication norms • Validating the role of religion and spirituality in the health and healing of Latinas • Allowing to relate frustrations and painful experiences of discrimination and racism • Expanding Latinas' knowledge without devaluing their cultural beliefs
Nowalk, M. P. et al. (2008)	USA	Culturally diverse adults	Individualized, culturally appropriate interventions to raise adult vaccination rates	To improve vaccination rates of culturally diverse patients	<ul style="list-style-type: none"> • Educational sessions for all clinical staff • Immunization posters throughout the health center (also posters in Vietnamese and Spanish) and vaccination poster competition • Immunization videos in the waiting room • Reminders to all eligible adults (review of patient's chart) • Created a provider prompt for immunizations in its electronic medical record • Center held four influenza vaccination clinics in the surrounding neighborhood • Immunization quiz for clinical and clerical staff • Contest for the most prolific vaccinator • Vaccinators and vaccinees received a small treat at the time of vaccination

Ohr, S.O. et al. (2016)	Australia	Overseas nurses	The transition of overseas qualified nurses and midwives into the Australian healthcare workforce	To improve overseas recruitment	<ul style="list-style-type: none"> The Overseas Staff Support Program aims to improve the experience of the overseas qualified staff Support prior to arrival, on arrival and on commencement of their work
Oppong, B. et al. (2016)	USA	Minority women	Culturally sensitive patient care paradigm	Improve the process of cancer screening for patients at risk of breast cancer	<ul style="list-style-type: none"> Women who require additional workup after screening mammogram are assigned a patient navigator, who facilitates the diagnostic evaluation with further imaging or biopsies There are two navigators and they reflect the population serviced by CBCC, Black and Hispanic with one being a fluent Spanish speaker
Ortega, A. N. et al. (2002)	USA	Hispanics	Access to Community Care and Effective Services and Supports Program for homeless persons with severe mental illness	Improve access to mental healthcare for homeless people	<ul style="list-style-type: none"> Rely on principles of assertive community treatment (ACT) Client-clinician ethnic and language matching
O'Shaughnessy, R. et al. (2012)	UK	West African women	Sweet mother, mental health promotion group for West African women and their babies	Improve prevention of mental health problems of mothers and infants	<ul style="list-style-type: none"> Culturally appropriate food Providers are culturally trained
Poureslami, I. et al. (2016)	Canada	Punjabi and Chinese people	Video Education/self-management regarding inhaler use for Punjabi and Chinese patients	Improve education on health behavior (inhaler use) of people with asthma	<ul style="list-style-type: none"> Development of intervention materials using a community based participatory research approach, actively involving Punjabi and Chinese subjects Translation of videos and all materials in 3 languages (Mandarin, Cantonese or Punjabi) Cultural beliefs and practices from the 3 target communities were applied Educators/Providers from target communities
Reavy, K. et al. (2012)	USA	Non-English speaking refugees	C.A.R.E. (Culturally Appropriate Resources and Education): a clinic model for refugee health care	Improve healthcare for refugees	<ul style="list-style-type: none"> Needs-assessment in focus groups with women from the refugee communities Role of health advisor was created Integration of certified medical interpreter Patient group appointments for prenatal care Patients appointment for pediatric well-baby care Languages spoken include Arabic, Burmese, Dari, Farsi, French, Karen, Kirundi, Lingala, Nepali, Pashtu, Russian, Somali, Swahili, and Uzbek (On average, 5 different non-English languages are spoken at each clinic) Decoration with art from refugees' native countries Scheduling of taxi transportation Training of interested bilingual adults to take the medical interpretation certification test

Redwood, D.G. et al. (2016)	USA	Alaska Natives	Alaska Native Colorectal Cancer (CRC) Family Outreach Program	Improve colorectal cancer screening rates	<ul style="list-style-type: none"> • CRC cases are ascertained annually from the Alaska Native Tumor Registry • A CRC screening patient navigator uses the information to provide direct outreach to Alaska Native family members encouraging them to get screened for CRC using telephone and mailed reminders, scheduling them into the screening clinic, and guiding them through the cancer screening process • First-degree relative lists are also sent annually to regional Tribal Clinical Directors for use by their facilities in identifying patients at increased risk of CRC. • Asking to CRC patients for a contact list of their first-degree relatives. •
Riggs, E. et al. (2017)	Australia	Refugee women from Burma	Culturally safe group pregnancy care	Improve pregnancy care among refugee women from Burma	<ul style="list-style-type: none"> • Women had individual antenatal appointments (according to the hospital schedule) with a „caseload” midwife and either a telephone or on-site professional interpreter • Group information sessions: co-facilitated by the midwife, bicultural worker, and maternal and child health nurse.
Rodrigue, J R. et al. (2008)	USA	Blacks	Home-based education approach to increase live donor kidney transplantation	To improve numbers of livedonor kidney transplantation	<ul style="list-style-type: none"> • The transplant surgeon and/or nephrologist talked to the patients about LDKT during a routine clinic visit • Patients attended a nurse-led education session with other transplant patients. Family members were also invited. • Patients also received written materials about LDKT and living donations • Patients received a home visit (interactive; e.g. “roundable” format) by transplant health educators, who met with the patient (and his/her invited guest; family members, friends, co-workers) to discuss LDKT and living donor donation. • Patients watched a brief 15-minute videotape on living kidney donation during home visit and also received written material • For black patients, a culturally sensitive educational approach was used: use of minority health educators and written brochures that highlight minority transplant recipients and their living donors and we integrated race-specific data into the discussion (e.g. unique transplant concerns of Blacks, specific LDKT rates)
Tolman, A. et al. (1998)	USA	Native Americans	Implementation of a culture-specific intervention for a Native American community	Improve access to psychiatric services for Native Americans	<ul style="list-style-type: none"> • Needs-assessment with hospital administrator, a Native American social worker, three Native American patients and tribal elders • Installment of a Sweat Lodge on hospital property constructed by officially sanctioned representatives of the Reservation with appropriate materials according to Native traditions • Ceremonies at the Sweat Lodge were led by tribal elders and included Native American patients, Native and non-Native staff from the hospital and interested consumers
Trinh, N.T. et al. (2014)	USA	Latinos	Culturally Focused Psychiatric Consultation	Improve depression	<ul style="list-style-type: none"> • The CFP consultation included two visits: • Initial assessment by a clinician (psychiatrist or psychologist):

			(CFP) Intervention for Latino Americans with Depression	treatment for Latino patients	<ul style="list-style-type: none"> • After engaging patients, clinicians reviewed with them their diagnoses and treatment recommendations • Follow-up after 2 weeks: visit with their CFP clinician to address their use of and questions about the toolkit. • Clinicians shared recommendations with primary care providers via e-mail. • Consultation provided in English or Spanish • Clinicians used the Engagement Interview Protocol (EIP) which integrates patients' illness beliefs into psychiatric assessment and evaluation to improve the acceptance of psychiatric treatment among culturally diverse populations • All clinicians were trained specifically in the use of the EIP model • Clinicians develop co-constructed illness narratives with patients and reframe the Western concept of depression into more culturally resonant forms • Materials were also available on audio compact disc (CD) in English and Spanish.
Tu, S. P. et al. (2006)	USA	Chinese Americans	Health promotion for promoting fecal occult blood test (FOBT) screenings for Chinese patients	Improve colorectal cancer screening rates	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual materials (a video, a motivational pamphlet, an informational pamphlet, and FOBT instructions) • Clinic-based education promoting fecal occult blood testing (FOBT) screening carried out by a trilingual and bicultural health educator •
Vargas, R.B. et al. (2008)	USA	Minority women	The original patient navigation programs to reduce disparities in the diagnosis and treatment of breast cancer	Improve diagnosis and treatment of breast cancer for minority women	<ul style="list-style-type: none"> • Patient navigation' is an intervention that was designed and implemented to reduce disparities in breast cancer care for poor women in the largely African-American and Latino community of Harlem, New York City, in 1990.
Watkins, E. L. et al. (1990)	USA	Migrant farmworkers	Model program to deliver primary healthcare services to migrant farmworker women and children	Improve healthcare of migrant farmworkers	<ul style="list-style-type: none"> • The project emphasized coordinated services for migrant farmworker mothers and children • Collection of medical data of migrant farm worker women and children from medical records • Employment of multidisciplinary staff (two nurses, a nutritionist and a social worker all Spanish speaking) • Outreach and early case finding (Home visits to women enrolled in the project and provision of guidelines for identifying pregnant women and referring them to the center) • Coordination between the center's programs and other health and social service agencies • Availability of immunization supplies, protocols, educational materials, and services of consultants • The social worker provided counseling and facilitated access to community resources • Tracking system to encourage continuity of care :Migrant farmworker women and children were given copies of their health records, together with

					<p>stamped postcards to notify center staff of their new location when they moved.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal patients were given a bilingual (Spanish-English) prenatal weightgain • Record and another bilingual record, to provide continuous data on the growth of each child. • Health education program conducted to train migrant farmworker women as lay health advisors
Weech-Maldonado, R. et al. (2016)	USA	Culturally diverse patients	National center for healthcare leadership diversity demonstration project	To improve healthcare for culturally diverse patients	<ul style="list-style-type: none"> • Battery of preassessments • Diversity coach discussed the preassessment results with the leadership team • Development of organizational and individual level action plans in collaboration with leadership team and CEO • Executive coaching and training • Implementation of diversity leadership • Implementation of strategic human resource management • Promotion of patient cultural competency (provision of interpreter services and translated materials for limited English proficient patients, delivery of care, physical environment, and links to supportive services and providers) • Repetition of quantitative assessment battery to determine pre-post intervention change • Post-project feedback and planning for sustainable change and further improvements
Wennerstrom, A. et al. (2015)	USA	Vietnamese Americans	Patient Resource and Education Program (PREP) to Support Disease Self-Management Among Vietnamese Americans	Improve chronic disease management	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of bilingual community health workers (CHW) in patient-centered medical homes (PCMHs) • Each CHW was paired with a medical office assistant (MOA) who served as the primary PCMH contact • CHWs conducted home visits for each patient which included tailored health coaching • Activities of CHW included building patient self-management capacity through individual and family education, collaborative goal setting, providing links to supportive community resources, basic interpretation, patient and community advocacy and interacting with health care providers. • Adaptation wording of Vietnamese documents that were congruent with the local dialect • To accommodate limited literacy we used handouts with colorful diagrams and simple language and visual aids • CHWs called patients weekly to troubleshoot challenges and offer support
Yasui, M. et al. (2014)	USA	Minority families	Culturally Enhanced Video Feedback Engagement Intervention (CEVE)	Improve client engagement in child and family intervention for child disruptive	<ul style="list-style-type: none"> • Shared understanding through cultural framing of the family's problem in a culturally congruent manner based on shared observations • Cultural Ecogram (CE uses pictorial cues of a range of cultural and ecological influences) and Integrated Video Feedback

				behaviors disorders	
Ye, J. et al. (2012)	USA	Korean Americans	Telepsychiatry service	Improve access to culturally competent care	<ul style="list-style-type: none"> • Korean-speaking psychiatrist
Yu, J. et al. (2009)	USA	Asian Americans	Culturally Adaptation of the Healthcare Intervention Services (HIS) Model to deliver substance abuse intervention services to Asian Americans	Improve access to substance abuse treatments for Asian Americans	<ul style="list-style-type: none"> • interventionists who speak the language the client is most comfortable in • Screening: the Simple Screening Instrument (SSI) for alcohol-and drug abuse was translated into seven major Asian languages: Chinese, Korean, Japanese, Vietnamese, Hindi, Farsi, and Bengali. • Brief intervention: Clients assessed as "at risk" would receive a brief intervention. The interventionist specifically addresses any misunderstandings or barriers to treatment common among Asian Americans. A take home package in their own language. • Full intervention with a referral: Services offer clients with a substance abuse problem the opportunity to change the direction of their lives. • follow-up would provide the opportunity to assess the efficacy of the intervention and, if needed, an opportunity for further intervention.

S3 Table. Study characteristics and results

Authors	Outcome measures	Study type	Study participants	Results
Aggarwal, N. et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - CFI feasibility - CFI acceptability - CFI clinical utility 	Qualitative study: Interviews with patients and clinicians	<p>Participants (N=46)</p> <p>Patients (n=32 patients)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-Hispanic White: 4 - African-American: 5 - Hispanic/Latino: 22 <p>Research clinicians (n=7)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-Hispanic White: 2 - Hispanic/Latino: 3 - Asian: 1 Mixed: 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Patients and clinicians thought that the foremost communication functions of the CFI were to <ul style="list-style-type: none"> - Determine and monitor the nature of the problem - Develop, maintain, and conclude the therapeutic relationship - Patient education and implementation of treatment plans - We found four main tasks within these functions: <ul style="list-style-type: none"> - Enhancing rapport through satisfaction with the interview - Eliciting data - Eliciting the patient's perspective - Perceiving data at multiple levels - Communication care - Recognizing communication barriers - Most communication functions of the CFI fell under clinical utility with only some under acceptability and none under feasibility
Alegría, M. et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - changes in self-reported patient activation - changes in self reported patient empowerment - treatment attendance (defined by the proportion of visits attended divided by the number of visits scheduled) retention in treatment (defined as 4 or more visits during the 6-month follow-up period) 	Controlled before-after study	<p>Pretest (N= 231)</p> <p>Intervention (n=141)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 5 (3.55%) - Latino: 117 (82.98%) - African American: 10 (7.09%) - other: 9 (6.38%) <p>Control (n=90)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 18 (20.0%) - Latino: 68 (75.56%) - African American: 1 (1.11%) - other: 3 (3.33%) <p>Posttest (N=221)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No evidence of an effect on self- reported patient empowerment. - Statistically significant effect of the intervention on self-reported patient activation ($p=.049$) - Intervention participants were 29% more likely to attend their scheduled visits than comparison participants (OR=1.29, 95% CI=1.16 –1.43) Intervention participants were over twice as likely to be retained in treatment (adjusted OR=2.78, 95% CI=1.33– 5.79)
Anand, K. J. S. et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Mortality rate at discharge 	Controlled before-after study	<p>Preintervention (N= 3891)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 2105 (54. 1%) - White American: 1601 (41.1 %) - Latino: 185 (4.8 %) <p>Postintervention (N= 4179)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Odds of mortality decreased significantly for Latino children (OR, 0.24; 95% CI, 0.06-0.88; $p =.03$) but not for white and African American children (OR, 1.02; 95%CI, 0.73-1.43; $p =.90$)

			<ul style="list-style-type: none"> - African American: 2287 (54.7%) - White American: 1718 (41.1%) Latino: 174 (4.2%) 	
Armengol, C. G. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Perceived abilities to cope efficaciously - Impact of those perceived abilities on mood and expectations of success 	Interrupted-time-series study (before-after + follow up)	Participants (N=6) <ul style="list-style-type: none"> - 100% Latinos/Hispanics 	<ul style="list-style-type: none"> - A significant difference in scores between pre- and postintervention assessments was obtained on all measures (Feelings of hopelessness, self-regulatory difficulty, sense of purpose; $p < .005$)
Aviera, A. (1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Not specified 	Case report study	<ul style="list-style-type: none"> - Group size ranged from 5 to 10 patients Immigrants from Mexico and Central America, Cuba and Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> - Dichos are useful for building rapport, decreasing defensiveness, enhancing motivation and participation in therapy, improving self-esteem, focusing attention, facilitating emotional exploration, articulating feelings, developing insight, and exploring cultural values and identity
Barrio, C. et al. (2010)	Family outcomes <ul style="list-style-type: none"> - knowledge of the illness - family burden - family well-being, family warmth - expressed emotion - coping - social support - cultural concepts domains - treatment satisfaction Client outcomes <ul style="list-style-type: none"> - symptom severity - quality of life - family warmth - medication compliance - service use 	Mixed Method Design Concurrent Triangulation <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: RCT Qualitative: Focus groups with patients	Dyads (N=59) <ul style="list-style-type: none"> - Intervention (n=26 dyads) - Control condition (n= 33 dyads) Mexican Americans: 82% of family members born in Mexico 52% of clients born in USA	Perceived Change in Knowledge <ul style="list-style-type: none"> - increased illness knowledge - increased cultural knowledge through culturally supportive environment and cultural validation - appreciated psychoeducational material that elucidated a biopsychosocial perspective while validating their Latino family cultural context - renewed cultural pride in their Mexican heritage Perceived Change in Attitude <ul style="list-style-type: none"> - change of attitude from one of stigma attached to the illness to one of acceptance and understanding Perceived Change in Practices and Behaviors <ul style="list-style-type: none"> - a greater sense of empowerment in becoming more assertive about seeking treatment
Bekaert, S. (2000)	Improvements in care	Good practice case study	Not specified	<ul style="list-style-type: none"> - Improvements have been made to policies, plans and practices of health and social services in Oxfordshire - Information folder were not used to capacity - Data collection was still not carried out regularly because staff felt it would be an imposition - Opportunity to choose a ethnic meal was not taken up because clients didn't trust the mechanism of provision - Relatives were still translating for patients

				- Poor service response to language needs due to costly systems
Bender, M. et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - children's consumption of sugar-sweetened beverages (SSB) - mothers' pedometer steps BMI 	Interrupted-time-series study (before-after + follow up)	Mother-Child Dyads (N=33) Mothers: 100% born in Mexico Children: 100% Hispanic	<ul style="list-style-type: none"> - By postintervention, SSB consumption declined significantly for soda by 82% ($p<.0167$), and other sugary drinks by 73% ($p<.0167$), whereas decreased consumption for juice by 30% was not significant - Maternal step counts significantly increased for weekdays by 69% and weekend days by 49% <p>Maternal BMI decreased significantly($p<.05$) while children's BMI% remained stable</p>
Beune, E. et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Primary outcome</i>: between-group difference in the proportion of patients with a SBP reduction of at least 10 mmHg at 6 months - <i>Secondary outcome</i>: mean between-group differences in changes in SBP and DBP and adherence to lifestyle and medication recommendations from baseline to 6 months 	Controlled cluster-randomized trial	Participants (N=149) Intervention (n= 71) <ul style="list-style-type: none"> - Ghanaian: 20 (28%) - Surinamese: 51 (72%) Control (n= 68) <ul style="list-style-type: none"> - Ghanaian: 26 (38%) - Surinamese: 42 (62%) 	<ul style="list-style-type: none"> - SBP level decreased by at least 10 mmHg among 48% of the patients in the intervention group, compared to 43% of the patients in the control group. After adjustment the estimated between-group difference was not significant ($p=0.19$) - The mean SBP and DBP level in the intervention and control group decreased from baseline to follow-up assessment. After adjustment the estimated between-group difference in improvement was statistically significant for DBP ($p=0.03$) but not for SBP
Carrillo, J. E. et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Visit to emergency department - inpatient hospital utilization metrics 	Interrupted-time-series study (before-after)	Patients (N=5963)	<ul style="list-style-type: none"> - Mean visits per patient to the emergency department decreased 9.2% after implementation of the patient-centered medical home model: 0.59 (SD=1.176) vs. 6-months later: 0.53 (SD=1.083); $p=0.001$ - During the same period, hospitalizations for the cohort dropped 5.8 % decrease: 1503 vs. 6 months later:1416; $p=0.25$
Chow, W. et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Reduction in hospital days - Total admissions - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) scores - Clients satisfaction 	Historically controlled study	Mount Sinai Hospital ACT (N=66) <ul style="list-style-type: none"> - Chinese: 30 (46%) - Tamil: 12 (18%) - Vietnamese: 9 (14%) - Caribbean: 7 (10%) - Other: 8 (12%) KUINA Center ACT (N=40) Japanese: 40 (100%)	Mount Sinai ACT <ul style="list-style-type: none"> - Mean reduction of hospital days: 78% (from 97 to 21 days) - Reduction of total admission: 57% (from 104 to 45) - BPRS scores: from 57 (SD=20) to 45 (SD=6), $p<.001$ - Satisfaction ratings in the "satisfied" and "very satisfied" categories: 45 clients (91%) and 14 family (100%) KUINA ACT <ul style="list-style-type: none"> - Mean reduction of hospital days: 72% (SD = \pm48%, from 60\pm115 to 17\pm60) - Reduction of total admission: 57% (from 14 to 8) - BPRS scores: from 58 (SD=22) to 47 (SD=3), $p<.005$

				<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction ratings in the “satisfied” and “very satisfied” categories: 40 clients (95%) and 20 family (90%)
<p>Cooper, L. A. et al. (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Physician communication behaviors - Patient ratings of physicians’ participatory decision-making (PDM) - Patient involvement in care (PIC) - Reported adherence to medications - Systolic and diastolic blood pressure (BP) and BP control 	<p>Randomized controlled trial</p>	<p>Clinicians (N=41) <i>Intensive (n=22)</i> African American: 5 (23%) Asian: 6 (27%) White: 10 (45%) Hispanic/Latino: 1 (5%) <i>Minimal (n=19)</i> African American: 7 (37%) Asian: 4 (21%) White: 8 (42%)</p> <p>Patients (N=279) <i>Physician + Patient Intensive (n=83)</i> African American: 52 (62.6%) Asian: 2 (2.4%) White: 29 (34.9%) <i>Physician Minimal/ Patient Intensive (n=57)</i> African American: 38 (66.7%) Asian: 1 (1.8%) White: 18 (31.6%) <i>Physician Intensive/ Patient Minimal (n=84)</i> African American: 51 (60.7%) American Indian: 1 (1.2%) White: 32 (38.1%) <i>Physician + Patient Minimal (n=55)</i> African American: 32 (58.2%) American Indian: 1 (1.8%) White: 22 (40.0%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbal dominance diminished (improved) significantly in all patient visits relative to the simulation with little difference by the physician intervention group. - Patient report of physicians’ PDM showed significantly greater improvements among patient+ physician intensive group than the patient + physician minimal group - Two aspects of the PIC, physician facilitation and information exchange, showed improvements for intensive relative to minimal groups. - Changes in patient-reported adherence to medications at 12 months did not differ for any of the intervention groups compared to the patient+physician minimal intervention group. - In the overall sample, changes in systolic and diastolic BP at 12 months did not differ for any of the intervention groups when compared to the patient+physician minimal intervention group. However, among patients who had uncontrolled BP at baseline, large reductions in systolic BP were observed among patients in the patient+physician intensive
<p>Cooper, L. A. et al. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depression symptom reduction - Patient reports of depression treatment - Patient ratings of their clinicians participatory decision-making skills - Patient ratings of the depression case manager and adherence to case management 	<p>Cluster randomized controlled study</p>	<p>Participants (N=159) <i>Primary care clinicians (n=27)</i> Intervention (n=11) - African American: 5 (45%) - White: 6 (55%) Control (n=16) - African American: 3 (19%) - Asian: 6 (38%) - White: 6 (38%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Both groups experienced statistically highly significant reductions in mean depression severity score and in mental health functioning - At 12 months, 33% of the patient-centered group and 42% of the standard group achieved remission from depression; this difference was not statistically significant - Patient self-report of taking any anti-depressant medication remained low throughout the study regardless of intervention assignment. Between-group comparisons from baseline to

			<ul style="list-style-type: none"> - Other: 1(6%) <p><i>Patients (n=132)</i> Intervention (n=67) Control (n=65) All African American</p>	<p>12 months were not statistically significant for any type of depression treatment.</p> <ul style="list-style-type: none"> - At enrollment, shortly after the clinician intervention, 73.4% of patients in the patient-centered versus 62.9% of patients in the standard group rated their clinician as participatory - There were no statistically significant differences in the odds of rating their clinician as participatory among patients in the patient- centered versus standard group from baseline to 12 months and from baseline to 18 months. - At 12 months, patients in the patient-centered group had statistically significantly higher odds of rating their DCM as extremely helpful at identifying concerns and improving adherence to treatment
Coronado, G. D. et al (2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Our primary outcomes: postintervention differences between intervention and usual care groups in FOBT screening participation. - Secondary outcomes: awareness and intention to receive an FOBT test 	Randomized controlled trial	<p>Patients (N=635)</p> <ul style="list-style-type: none"> - usual care group (n=165) - mailed FOBT only group (n=168) - mailed FOBT and outreach group (n=168) <p>All Hispanics</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Screening rates were 26% mailed FOBT only and 31% in the mailed FOBT and outreach groups both were statistically larger than the usual care group ($p<.001$) - Awareness of FOBT varied across intervention arm (usual care: 60%; mailed FOBT only: 84 %; mailed FOBT + outreach: 79%; $p<.01$) - Substantial differences were noted in the proportions of respondents who were considering having an FOBT in the next few months (usual care: 35%; mailed FOBT only: 57%; mailed FOBT+outreach: 68%; $p=.07$) - Having heard of a colonoscopy and attitudes about colorectal cancer and screening were similar across intervention arms.
Culica, D. et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Health indicators: HbA1c level, blood pressure measurements, height measurements, weight measurements, body mass index (BMI) 	Interrupted-time-series study (+ comparison with partial participation group)	<p>Participants (N=55)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Full participators group (n=36) - Partial participators group (n=19) <ul style="list-style-type: none"> - African American: 9 (16.36%) - Hispanic: 42 (76.36%) - Other: 4 (7.27%) 	<ul style="list-style-type: none"> - There were significant reductions in mean HbA1c in the full participators group ($p<.05$) - In the partial participators group, the mean HbA1c was not changed significantly from baseline to six months, but it was significantly reduced at 12 months when compared with baseline HbA1c ($p<.05$) - The logistic regression showed the effectiveness of having a community health worker as the sole diabetes educator delivering the CoDE educational program during the study period

<p>Dahhan, N. et al. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feasibility of the MOC (e.g. the number of patients attendance, willingness from patients to participate) - Influences on the health care process (e.g. knowledge of disease, adherence to treatment, Dutch language skills) - Use of hospital facilities (the number of admissions, visits to the POPD and ED) 	<p>Historically controlled study</p>	<p>Patients and their parents (N=189)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moroccan: 100 (53%), - Turkish: 51(27%), - Surinam: 13 (7%) “other ethnic minority”: 25 (13%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Over 95% of the parents were willing to participate and more than 90% of the parents proved to be satisfied with the MOC. - The ability to speak and understand Dutch was sufficient in 58% and health literacy in 88%. - Knowledge of disease was sufficient in 59% and the sense of disease severity in 69% of the parents. - In patients with asthma the number of admissions and visits to the POPD was significantly reduced. Unclear result for patients with diabetes and metabolic disease.
<p>Delphin-Rittmon, M. E. et al. (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individual cc - Organizational cc 	<p>Interrupted-time-series study (before-after)</p>	<p>Provider assessment (N=34)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 65% - Black: 29% - Hispanic or Latino: 8% - Asian: 3% - Missing: 3% <p>Organizational cc assessment (N=125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 78% - Black: 18% - Hispanic or Latino: 10% - Other: 3% - Asian: 2% Indian/Native American: 2% 	<ul style="list-style-type: none"> - Significant increases in providers’ multicultural knowledge, awareness, and skills. - Qualitative responses demonstrated the contribution of the experiences of persons in recovery to the training - Significant improvements in the agency’s cultural competence policies (e.g., implementation of strategies to hire and retain a diverse workforce)
<p>Doorenbos, A. et al. (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Receipt of individual cancer screening procedures (lung, breast, colorectal and prostate cancer) 	<p>Randomized controlled trial</p>	<p>Participants (N=5 633)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention (n=2695) - Control (n=2668) <p>All were Native Americans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - The calendar with health messages did not result in increased receipt of any cancer-related outcomes compared to the calendar without health messages
<p>Edwards, G. et al. (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Staff knowledge about breastfeeding - Women's knowledge about breastfeeding - Satisfaction with the advice women have received 	<p>Mixed Method Design: Concurrent Triangulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: Interrupted-time-series study (before-after) Qualitative: Interviews 	<p>Quantitative (N=279 staff members)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethnicity not specified <p>Qualitative (N=8 women who had given birth 24hr before)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indian: 2 - Phillipines: 2 Pakistan, Ukraine, Jordan, Egypt: 1 each 	<ul style="list-style-type: none"> - Mean knowledge score of staff members increased form 76.44 to 83 - Breastfeeding rates on discharge and skin-to-skin contact increased - There were 4 clear themes that emerged from the interviews with the women: Positive education, positive experience, learning something new, incidental unrelated issues - Women were very satisfied with the help and support they had received. But lack of information for women who could not write or read.

<p>Ferdinand, L.A. (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient participants' perceived level of cultural sensitivity in healthcare - Systolic and diastolic blood pressure 	<p>Controlled before-after study</p>	<p>Health care providers (N=32)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 9.4% - Asian American/Pacific Islander: 3.1% - European American: 75% Hispanic: 9.4% - "other": 3.1% <p>Office staff (N=16)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 25% - European American: 75% <p>Patients (N=224)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 49% - European American: 51% 	<ul style="list-style-type: none"> - The cultural sensitivity ratings of providers' behaviors and attitudes by African American patients increased in both clinics. At the intervention clinic more than their counterparts at the control clinic at post-intervention but the difference was not significant. - The mean diastolic and systolic blood pressure readings of patient participants did not significantly differ from intervention to control group
<p>Galvin, S. et al. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Breastfeeding initiation": women offering any amount of breastmilk to their infants in the hospital 	<p>Historically controlled study</p>	<p>Before intervention (N= 197)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambodian: 12 - Non-Cambodian: 175 <p>After intervention (N= 163)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambodian: 12 - Non-Cambodian: 151 	<ul style="list-style-type: none"> - Prior to the intervention, Cambodian mothers were significantly less likely to initiate breastfeeding than non-Cambodian mothers (16.7% Cambodian vs. 60.6% Non-Cambodian $p=.003$). - Post-intervention, no significant difference between breastfeeding initiation rates among Cambodian women and non-Cambodians (66.7% Cambodian vs.68.9% Non-Cambodian $p=.874$)
<p>Garvin C.C. et al. (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: diabetes knowledge, social support level, attitudes, self-efficacy, and health status - Qualitative: experiences in REACH activities, and in living with diabetes, following their REACH involvement 	<p>Mixed Method Design Congruent triangulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: Interrupted-time-series stay (before-after) <p>Qualitative: Focus groups</p>	<p>Patients (N=396) Quantitative data (n=348) Qualitative data (n=48) All African American, Latino or Asian</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Significant increase in physical activity from 76% to 84%, in knowledge on how often hemoglobin A1 c should be checked from 54% to 69%, in knowledge on the best way to take care of their feet from 77% to 85%, to be able to care for diabetes including reported ability to keep blood sugar in good control from 48% to 58%, to keep weight under control from 44% to 55% - positive and significant changes in 10 of 12 specific items of dietary behaviors - People felt that they had not been fully informed by their clinicians, and believed that more information would assist them in adapting to their chronic disease - Through the classes and support groups, participants learned how to prepare for their doctor appointments and class activities, conducting intervention groups in their native languages, contributed to their knowledge about diabetes. - People felt that they were better able to treat their disease and more comfortable talking about their diabetes with their families and friends and they felt more confident and in control of their lives

				<ul style="list-style-type: none"> - In addition to what they eat, many participants have changed how much they eat. Other changes that focus-group respondents reported concerned physical activity and interacting with doctors.
Gary, T. L. et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Primary outcome: emergency department (ER) visits - Secondary outcomes: hospitalizations, hemoglobin A1c levels 	Randomized controlled trial	Patients (N=488) Minimal (n=253) Intensive NCM/CHW (n=235) All African American	<ul style="list-style-type: none"> - At 24 months, the intensive intervention group had fewer ER visits (23%) compared with the minimal intervention group. A similar trend was shown for hospitalizations (9%). - At 36-Months: those who had a higher frequency of CHW visits, but not necessarily NCM visits, were significantly less likely to have ER visits and hospitalizations compared with the minimal intervention group ($p < .05$) - Mean (SD) within-group changes for the intensive group were favorable for HDL-C and diastolic blood pressure ($p < .05$)
Gerrish, K. et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Perceived degree of 'success' of the program and the basis on which these judgements were made 	Qualitative study	Oversea nurses (N=17) From China, the Philippines, India, and Sub-Saharan Africa	<ul style="list-style-type: none"> - Enabling the overseas nurses gain professional registration was stressed by all stakeholders. - The success of the program depended on the extent to which overseas nurses fulfilled the expectations of a registered nurse in the area in which they worked. Whereas the nurses were developing new skills, they were also constrained by restrictions on their scope of practice. - The program was resource intensive in terms of the amount of support required to enable the nurses to register. Stakeholders questioned the cost-effectiveness of this approach to tackling recruitment - Most overseas nurses wanted to continue their professional development by undertaking education program relevant to their area of practice. - Senior nurses and many ward managers saw one of the main benefits of overseas nurse recruitment as promoting the ethnic diversity of the nursing workforce. It was anticipated that overseas nurses would contribute through sharing their international experience.
Gil, S. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - The level of satisfaction and experiences of parents and health care providers 	Mixed Methods Design Congruent Triangulation: Quantitative: cross-sectional study Qualitative: open-ended question	Participants (N=27) Parents of different patients (n=12) health care staff (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> - Six themes were identified from the qualitative data: <ul style="list-style-type: none"> - Continuity of Care: health staff recognized that the LEP patients and families were at risk for fragmented care, and the presence and actions of the LEP Patient Family Advocate helped address that risk. - Decreasing Stress and Burden: Continuity in care improved communication and also decreased parents' stress.

				<ul style="list-style-type: none"> - Patient Safety: Both staff and parents felt that the LEP Patient Family Advocate role enhanced the safety of complex chemotherapy treatment and created safer systems for families caring for their child at home - Trust and Connectedness: Parents expressed trust in the LEP Patient Advocate's competence as an interpreter, which helped them feel understood. Staff identified the benefits of a consistent, specialized interpreter. Staff also recognized that the social conversations that help develop trust are easily lost when there is a language barrier, but the LEP Patient Advocate helped create that level of interaction. - Communication: Parents recognized that the LEP Patient Advocate helped them be understood and enhanced the ability to communicate about their child. - Respect. Parents and staff recognized that the LEP Patient advocate role facilitated effective communication, which also demonstrated respect for patients and families. - High levels of satisfaction were reported (between 4.2 and 5 of 5)
Gilmer, T. P. et al. (2005)	<p>Clinical outcomes (hemoglobin HbA1c, blood pressure, cholesterol level)</p> <ul style="list-style-type: none"> - costs 	Controlled before-after study	<p>Participants (N=348)</p> <p>Intervention (n=188)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latino: 70 (37%) - non-Latino white: 51 (27%) - Asian: 36 (19%) - African American: 7 (4%) - other/unknown: 24 (13%) <p>Control (n=160)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latino: 48 (30%) - non-Latino white: 35 (22%) - Asian: 27 (17%) - African American: 11 (7%) other/unknown: 39 (24%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation in Dulce was related to significant improvements in HbA1c ($p=0.001$), both systolic and diastolic blood pressure ($p<0.001$), total cholesterol, and LDL-C ($p<0.05$). - Total costs were higher for Dulce participants during the first year of disease management. Total costs, however, mask an interesting offset. While expenditures for pharmacy/supplies and disease management increased under Dulce, expenditures on hospital and emergency department care declined, although the change was not statistically significant.

<p>Goncalves, M. et al. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Receiving adequate treatment - (ER) use of patients with a psychiatric diagnosis Receipt of any inpatient care for a psychiatric diagnosis 	<p>Cross-sectional study with comparative group</p>	<p>PMHP (N=828) Non-PMHP (N=500) Total (N=1328)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 55.4% - Black: 2.1% - Hispanic: 2.4% Other: 40.0% 	<ul style="list-style-type: none"> - PMHP patients were more likely to receive adequate care (≥ 8 psychotherapy visits: PMHP: 58.5%vs. non-PMHP: 30.4 % – Difference: 28.1%; ≥ 4 visits with Pharmacotherapy: PMHP: 67.5% vs. non-PMHP: 38.8% – Difference: 28.7%). - No significant differences identified for ER use and inpatient care.
<p>Halcon, L. L. et al. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feasibility - Accessibility - Acceptability of the HR intervention 	<p>Mixed Method Design Concurrent Triangulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: non-controlled before-and-after study - Qualitative: analysis of session evaluation transcripts 	<p>Participants (N=19)</p> <p>Somali: 9 Oromo: 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% of participants were retained and 93% maintained attendance over the eight sessions - Participants rated transportation and child-care support as essential, and food as enjoyable but nonessential. - Ratings on cultural relevance and translation were positive - Statistically significant difference in the groups' mean posttest scores
<p>Hamilton, L. J. et al. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Family experiences of health care 	<p>Cross-sectional with comparative group</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Children (patients): 41 - Parents: 22 Primary English speakers: 14 Primary Spanish speakers: 27 	<ul style="list-style-type: none"> - The mean score of positive parental perceptions of health care of Spanish speaking families was 8.5 points higher than of English speaking families ($p=.003$) - No statistically significant differences were noted in individual questions between Spanish and English speakers
<p>Hatcher, S. et al. (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primary outcome: the self-rated change in scores on the Beck Hopelessness Scale - Secondary outcomes: <ul style="list-style-type: none"> - measures of anxiety, depression, suicidality and quality of life - sense of belonging - cultural impact profile of Maori cultural knowledge - repeated self-harm - health service use 	<p>Zelen randomised controlled trial</p>	<p>Patients (N=167)</p> <p>Intervention group (n=95) Control group (n = 72) All were Maori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention group: greater change in hopelessness scores at 3 (-4.5 vs. -1.3) and 12 months (-6.6 vs.-2.8) - The proportion of people re-presenting to emergency departments for reasons other than self-harm after 12 months was significantly lower in those who consented to the intervention (44.2 vs. 61.1 %; $p=0.03$) - No significant differences between the groups on any of the continuous outcome measures at 3 or 12 month follow up

<p>Hudelson, P. et al. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Staff knowledge - Attitudes and reported practices regarding the care of migrant patients 	<p>Interrupted-time-series study (before-after)</p>	<p>Before intervention (N=1336) Swiss: 676 (51.1%) Other: 646 (48.9%) After Intervention (N=745) Swiss: 431 (58%) Other: 312 (42%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respondents significantly more likely to have received training on working with an interpreter - Respondents were significantly more likely to have had contact with several Migrant Friendly structures at the HU - Respondents were significantly more likely to be encouraged by their supervisors to use professional interpreters and to work effectively with an interpreter - Respondents were significantly less likely to rate as source of difficulty: lack of experience with migrant patients, patient's lack of French, lack of access to professional interpreters, lack of translated patient materials, patient's lack of knowledge of how hospital functions
<p>Ivey, S.L. et al. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HbA1c value 	<p>Controlled before-after study</p>	<p>Patients (N=92)</p> <p>Primary language spoken at home: Intervention group (n=46) Cantonese: 30 (65.2%) Mandarin: 9 (19.6%) English: 1 (2.2%) Other: 4 (8.7%) more than one language: 2 (4.4%)</p> <p>Control group (n=46) Cantonese: 37 (80.4%) Mandarin: 3 (6.5%) Other: 5 (10.9%) more than one language: 1 (2.2%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No statically significant differences in the mean change in HbA1c level. - The mean baseline HbA1c was similar among participants in the intervention group and in the control group (intervention: 7.60 vs. 7.62) - At follow-up, between 5 and 8.5 months after the initial physician visit, mean HbA1c had decreased among intervention participants, while mean HbA1c among control participants increased slightly (intervention: 7.24 vs. 7.63)
<p>Kalister, H. et al. (1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Safety and patient satisfaction of pharmacist service - The appropriateness of the pharmacy treatment 	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Participants (N=232)</p> <p>Patients (n=191)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somali: 46 (24.0%) - Vietnamese: 30 (15.7%) - White: 29 (15.2%) - African American: 27 (14.1%) <p>Parents (n=41)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 22 children returned to the clinic for an unscheduled acute care visit within 1 week of a pharmacy evaluation (14 for reasons unrelated to the initial pharmacist encounter, 3 because the condition for which they had been seen had not improved, 4 patients returned with usual or expected complications of the initial illness as diagnosed at the pharmacy visit) - Patient's satisfaction: Parents were similarly confident in the care that their children received from both pharmacists and physicians. Pharmacist and physician interactions differed most in the wait time and consistency of supplying written information - Detailed retrospective review of 48 medical records revealed minor documentation errors in 12 (25%), major

				documentation errors in 2 (4%), and failure to refer to a physician when stipulated by protocol in 7 (15%)
Kanter, J. et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Treatment adherence - Treatment drop-out and completion - Initial estimates of effect sizes and clinical significance for the Beck Depression Inventory-II and the Hamilton Rating Scale for Depression 	Interrupted-time-series study (before and after)	Participants (N=10) Latinas from: <ul style="list-style-type: none"> - Mexico: 60% - Puerto Rico: 30% - United States: 10% 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapists reported engaging in a mean of 3.24 BA techniques per session (of 4 possible techniques). - Specific activation assignments were reported being scheduled in 93% of sessions - Most homework was partially completed in 84% of sessions - Mean completed sessions 7.7 (Md = 10) over mean weeks 12.4 (Md = 10) - There was a significant decrease in depression severity on the BDI-II ($p=.002$, $d=1.67$) the HRSD ($p<.001$, $d=1.57$)
Karmali, K. et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Effectiveness of the cultural competence initiative - Discipline- and department-specific participation in the workshops - Practice change (Change in interpreter service use) - Patient satisfaction (survey) 	Mixed Method Design: Concurrent Triangulation <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: Interrupted-time-series study (before-after) Qualitative: Interviews, commitment documents	<ul style="list-style-type: none"> - About 800 workshop participants completed the commitment-to-change activity - 2 542 commitments were documented 54 participants were followed up and interviewed	<ul style="list-style-type: none"> - Over 2,100 hospital staff attended the workshops - 78% of commitments documented had been achieved and participants indicated intent to act on another 16% of commitments. - Results show a significant increase in the use of face-to-face interpretation and a doubling of the number of minutes of telephone interpretation use - Results indicate a more than 5% increase in satisfaction
Kim, J. et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilization measurement - System and use measurement - Community health provider feedback - Operational cost measurement 	Mixed Methods Design Congruent triangulation: Quantitative: cross-sectional study Qualitative: open-ended survey	Screening (N=524) Information quality ratings (N=7) Community health provider feedback (N=11) All First Nations (aboriginal Canadians)	<ul style="list-style-type: none"> - Teleophthalmology clinics were held in 43 of 51 communities - 26.7% of all clients screened were referred for additional treatment - 5 of 7 the respondents were highly satisfied with the system. - 4 of 7 respondents indicated that they used the system constantly throughout the day. - Most providers were very satisfied or satisfied with all aspects - The direct per-client cost of teleophthalmology was less than the direct per-client cost of traditional ophthalmology screening
Kline, K. N. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - viewer involvement, - perceived self-efficacy 	Randomized controlled trial	Participants (N=248) <ul style="list-style-type: none"> - Intervention (n=123) - Control (n=125) 100% Hispanic	<ul style="list-style-type: none"> - There was a mix of low and high levels of viewer identification among participant, in total 50% demonstrated similarity identification - More than a quarter of participants reported feelings of self-efficacy related to viewing the telenovela: 17% indicated general optimism or motivation for engaging in diabetes self-

				care, and 10.5% indicated a specific plan for behavior change.
Kurth , A. E. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention effectiveness: HIV-1 viral load , adherence to medications and sexual transmission risk behaviors - Acceptability of the tool among participants, - Acceptability and system efficiency issues among clinic providers 	<p>Mixed Method Design Concurrent Triangulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: RCT <p>Qualitative: Focus groups with providers and exit interviews with participants</p>	<p>Participants (N=433)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention (n=226) - Control (n=207) <p>Latino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention: 218 (96.9%) Control:191 (92.7%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Although intervention participants had reduced viral loads ($f2=0.0003$), increased ART adherence ($f2=0.002$), and decreased sexual transmission risk behaviors over time, patterns of change in the intervention group were not more favorable than in the control group. - The majority of participants were comfortable discussing medications and sex with their providers. Some participants did not because they felt they had other resources for information. - The majority of participants reported a positive experience with using the tablet computer. - Providers agreed that multiple approaches in HIV treatment are important. However, they felt that there are no substitutes for the provider-patient relationship, personalism in Latino culture, and loyalty to a provider.
La Roche, M. J. et al (2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitive and physiological symptoms of anxiety - Depression and distress levels - Self-orientation - Number of times participants practiced the relaxation tape during the week (Weekly log) 	<p>Interrupted-time-series study (3 measures)</p>	<p>Participants (N=44)</p> <p>All Latinos/as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puerto Rico: 20 (45.5%) were of - Dominican Republic: 19 (43.2%) - other Latin American countries: 5 (11.4%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Level of anxiety decreased from the baseline assessment to the post-CCRI assessments ($p<.01$) - Significant decrease of depressive symptoms, however, these decreases were not clinically significant ($p=.02$) - Treatment adherence on the CCRI was correlated with reductions in anxiety ($pr=-.34$, $p<.05$), but not with depressive symptoms ($pr=-.06$; $p>.05$) - Participants practiced AIEs $p<.01$; $M=3.1$, $SD=1.8$) significantly more frequently than IIEs ($M=2.1$, $SD=2.2$)
Levin-Zamir, D. et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - satisfaction and access to care - capacity building among staff - short-term and long-term cost of intervention - health quality indicators - evidence of improved health status 	<p>Mixed Method Design:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitative: In-depths interviews Open-ended questionnaires - Quantitative Cross-sectional study 	<p>Ethiopian Immigrants (N=666) to assess satisfaction and access to care Others not specified</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction and access to care: Findings from both perspectives showed that the liaisons were integrated into the clinic team work, assisted in in-depth communication to meet the individual's needs, monitoring medication taking, maintaining contact with the families and performing home visits. The liaisons greatly contributed to building trust and confidence in the efficacy of treatment and in applying health recommendations. - Capacity building among staff: Group discussions with the staff elicited the information needed to understand the contribution of the capacity building component, and what was still lacking in order to support their work with the immigrants on a daily basis.

				<ul style="list-style-type: none"> - Resulting use of evidence : The evidence showed that a large number of unnecessary medical tests were performed in clinics where the programme was not implemented. However, in spite of the evidence, many decision-makers still place the burden on immigrants to adapt themselves, after so many years living in the country, preventing the programme to be expanded to all clinics serving the Ethiopian community.
Mauldon, M. et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Physiologic (HbA1c, body mass index, lipids) - Psychosocial (diabetes-related distress and health beliefs) - diabetes knowledge and language-based acculturation variables 	Interrupted-time-series study (3 measures)	Participants (N=16) 100% Hispanic <ul style="list-style-type: none"> - Puerto Rico: 11 (68%) - Caribbean: 2 (13%) - Central/South America: 3 (19%) 	<ul style="list-style-type: none"> - There was a statistically significant reduction in mean HbA1c (2.08% mean reduction in HbA1c, $p=.001$) - Improvement and then slight relapse in total cholesterol (TC) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels (not statistically significant) - There was a statistically significant increase in average high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) (42 to 45 mg/dL [1.08 to 1.16 mmol/L], $p<.001$) - There was improvement that was statistically significant in knowledge ($p=.003$) - Overall, there was not a statistically significant difference in scores of psychological distress
McMurray, J. et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Wait times for physician and specialist care - Access to allied health services and physician specialists - Familiarity with the healthcare system - Perceived family well-being 	Interrupted-time-series study (before-after)	Government assisted refugees (GAR) Before intervention (N=466) After intervention (N=406) <ul style="list-style-type: none"> - 38 different countries of birth 40 countries listed as the country of last residence 	<ul style="list-style-type: none"> - GARs were no more likely to see any healthcare provider after the clinic opened (OR=.99; $p=0.151$) - The likelihood of an individual requiring a physician specialist went down 45 % as a result of seeing an refugee health clinic physician (OR=.55; $p=.004$) - Refugees' wait time to see a healthcare provider decreased from 30 to 21 days (Ratio of mean=.70; $p<.001$) - Reported improvements in ability to understand health care system" was significant at all stages ($p<.01$) - The overall model predicting that GARs "reported problems accessing healthcare" was significant ($p<.01$) - The overall model predicting "reported improvements in family health" was not significant
Mehler, P. S. et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Glycemic, lipid, blood pressure control 	Retrospective cohort study	Russian patients (N=55)	<ul style="list-style-type: none"> - There was a significant improvement in the levels of glycemic, lipid, and blood pressure - Hemoglobin A1c levels: from 8.4% to 8.0% ($p<.007$) - LDL cholesterol: 20% from 126 mg/ dL to 102 mg/dL ($p<.0002$) - Diastolic blood pressure: 82.7 mm Hg to 76.3 mm Hg ($p<.0002$)

<p>Melkus, G. D. et al. (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Glycemic control - Weight - Body mass index - Diabetes-related emotional distress 	<p>Interrupted-time-series study (before and after)</p>	<p>Participants (N=25) 100% Black women</p>	<ul style="list-style-type: none"> - The mean fasting blood glucose significantly improved (from 184 (SD=17) to 161 (SD=13.5); $p<.05$) - significant improvement in glycosylated hemoglobin (from 8.0% to 6.9% $p<.002$) - There was a significant decrease in mean BMI from the baseline value (32.1 kg/m² (SD = 7.5) to 31.7 kg/m (SD=7.8) $p<.005$). - Mean weight was also significantly decreased (from 193.2 lbs (SD=10.3) to 191.0 lbs (SD=10.5); $p<.03$) - Significant decrease in level of diabetes-related emotional distress (PAID) was observed (from 49.3 (SD=26) to 40.3 (SD=22); $p<.01$) - DM-knowledge emotional stress increased by one point (not statistically significant) - Self-efficacy did not change significantly
<p>Menon, U. et al. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feasibility - Perceived risk - Self-efficacy for FOBT - Endoscopy - Knowledge 	<p>Mixed Method Design Sequential Transformative: - Qualitativ: Focus groups Quantitative: RCT</p>	<p>Participants (N=206)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative (n=7): 2 focus groups - Quantitativ (n=199) Intervention (n=101) - African American: 78 (52.3%) - Others: 23 (46%) Control (n=98) - African American: 71 (47.7%) Others: 27 (54.0%) 	<ul style="list-style-type: none"> - After focus groups changes were made to the program leading to a visually appealing, easy to understand and navigate, self-paced program. - 80% said the education helped them decide to get screening - 49% agreed it helped them overcome barriers - 91% agreed it was useful - 68% thought it raised new concerns about cancer, but only 30% said it made them worry about CRC - 95% agreed their doctor's office should continue giving such education - 99% said they would inform family about the program
<p>Moreno, F.A. et al (2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - depression symptoms - quality of life - functional ability measures 	<p>Randomized controlled trial</p>	<p>Participants (N=167) Intervention (n=80) Control (n=87) All Hispanics</p>	<ul style="list-style-type: none"> - For patients in both treatment conditions, significant reductions in symptom severity were seen over time (all measures changed significantly) - 65 patients (41%) achieved remission in depression but the differences between groups were not significant. - Significant increases in quality of life over time for both treatment groups. - Disability ratings decreased significantly over time for both treatment groups. - A significant main effect of time for disability ratings/depression symptoms/quality of life and a significant interaction of time by intervention favoring the Webcam intervention was observed.

Munoz, R. F. et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Postpartum depressive symptoms - Postpartum MDE (major depression episode) incidence 	Randomized controlled trial	Participants (N=41) Intervention (n=21) <ul style="list-style-type: none"> - Mexico: 15 (71.4%) - U.S.A.: 4 (19%) - Latin America: 2 (9.6%) Control (n=20) <ul style="list-style-type: none"> - Mexico: 8 (40%) - U.S.A.: 4 (20%) - Other - Latin America: 6 (30%) - Other: 2 (10%) 	<ul style="list-style-type: none"> - No significant group changes in postpartum depressive symptoms. - MDE incidence rates of 14% for the intervention condition versus 25% for the comparison condition represent a small effect size ($h = 0.28$)
Nowalk, M. P. et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Annual influenza vaccination status - Cumulative pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) status 	Controlled before-and-after study	Patients (N=568) <ul style="list-style-type: none"> - Health Center A n=151 - Health Center B n=104 - Health Center C n=146 - Health Center D n=106 - Health Center E n=61 - Non-white: 349 (61.4%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Significant differences between intervention and nonintervention sites overall in Year 1 (from n=13 (21.3%) to n=226 (44.6%), $p<.001$) Year 3 (from n=89 (%28.4) to n=126 (49.4%), $p=.001$), and Year 4 (from n=12 (19.7%) to n=248 (48.9%) $p<.001$), with no significant difference between intervention and nonintervention sites in Year 2 - The same pattern of change was true for non-whites; although for whites, a significant difference between intervention and nonintervention sites occurred only in Year 1 - Rates of PPV vaccination did not increase significantly.
O'Shaughnessy, R. et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Impact of the intervention on the quality of the mother-infant relationship 	Mixed Methods Design Congruent Triangulation: <ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ: Focus groups - Quantitativ: CARE Index video microanalysis and session-by-session evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Group sessions ranged between 4 to 12 mothers and babies - Session-by-session questionnaire: n=57 - West Africa (mothers): Gambia, Sierra Leone, Ivory Coast and Nigeria 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% felt the group was helpful at every sessions - About 76 % of women reported feeling better after the group - Positive changes in the quality of mother-child relationships were observed - Themes emerging from reflective group conversations: Being together and talking together versus being alone, the experience of feeling safe, learning about motherhood and parenting, mother and baby relationship
Ohr S.O. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - usefulness of the support strategies - effectiveness of the support strategies 	cross-sectional study	Oversea nurses and midwives (N=65) <ul style="list-style-type: none"> - the countries where their first nursing qualifications were achieved were India (62%), UK (8%), and 10 other countries 	<ul style="list-style-type: none"> - More than 90% of the respondents found the support strategies useful for their transition. The most useful strategies were personal support and a welcoming atmosphere on arrival, and an orientation specifically designed for OQNMs to acclimatize into the Australian culture and nursing workforce. - Other respondents expressed the need to be informed of all available support strategies and a need to have further

				<p>support. In fact, 66% of them were aware of the Overseas Staff Support Program</p> <ul style="list-style-type: none"> - All of OQNMs who were supported by the program remain employed in the District, and there have been a decreased number of referrals to the OSSP program manager to address issues of concern once work had commenced - 92% of respondents stated they would recommend, or have recommended the District as a potential employer.
Oppong, B. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Intervals (in days) between the screening and diagnostic visits 	Retrospective cohort study	<p>Patients (N=4605)</p> <p>52% Black 41% Hispanic 4% White 2% Asian</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1% other 	<p>Follow-up after screening mammography</p> <ul style="list-style-type: none"> - 451 (9.8%) women required additional workup and were assigned at Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS). - The median interval between screening and diagnostic imaging was 39 (range 6-400 days). 29% followed up in ≤ 30 days and 64% returned in ≤ 60 days. - Time to follow-up (in days) after screening mammography was significantly different for „race“ (Black: 37 (6-276); Hispanic: 42 (11-400); White: 22 (9-94); Asian: 30 (22-89); $p=0.03$) - No differences in the receipt of additional imaging based on race <p>Follow-up for biopsy</p> <ul style="list-style-type: none"> - 162 out of 451 (35.9%) were recommended to have biopsy. - 132 (81.5%) underwent biopsy within a median of 21 days (interquartile range: 0-221 days). - Time to biopsy (in days) was significantly different for „race“ (Black: 18 (3-116); Hispanic: 34 (1-221); White: 18 (8-88); Asian: 50 (10-60); $p<.01$)
Ortega, A. N. et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - General psychiatric problems - Depression - Symptoms of psychosis - Alcohol problems - Drug problems - Overall quality of life - Social support 	Controlled before-and-after study	<p>Clients (N= 5795)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 2333 (42%) - Hispanic: 242 (4%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hispanics had more serious problems than whites on several measures of psychiatric and substance abuse domains - Hispanics showed less improvement than whites on several measures of psychiatric status and service use - Significant association with ethnic matching: when treated by a Hispanic clinician, Hispanic clients showed less improvement in symptoms of psychosis
Poureslam i, I. et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Participants' ability to use inhalers - Understanding of physicians' instruction on asthma therapy 	Randomized controlled trial	<p>Participant (N=85)</p> <p>Group 1 (n=22)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chinese: 12 - Punjabi: 10 <p>Group 2 (n=21)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Among all participants there was a statistically significant difference in mean score of correct use of inhaler over time ($p<.001$) - Only in group 1 the correct use of inhalers improved significantly over time (51%; $p<.001$)

			<ul style="list-style-type: none"> - Chinese: 11 - Punjabi: 10 Group 3 (n=20) - Chinese: 9 - Punjabi: 11 Control (n=22) - Chinese: 10 - Punjabi: 12 	<ul style="list-style-type: none"> - Chinese subjects showed significantly greater improvement compared with Punjabi subjects ($p < .001$) - Understanding Physician's instruction on medication improved significantly in all participants in the 3 groups over time $p < .008$ - Group 1 showed the greatest improvement compared with the 3 other groups ($p < .039$)
Reavy, K. et al (2012).	<ul style="list-style-type: none"> - lived experiences - efficiency - effectiveness of the role of health advisor - patient healthcare outcomes 	<p>Mixed Method Design: Concurrent Triangulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: Retrospective cohort study <p>Qualitative: observations, focus groups, interview</p>	<p>Health advisors (N=14) Unduplicated prenatal and pediatric patients (N= 227)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - decrease of 'no-show' rate, or missed clinic appointments: from 25% to 2.5% - The main themes emerging from the focus group: <i>Communication</i> - Health advisor role was important for cultural safety as evidenced regarding a stronger refugee voice - The caring and friendship extended to the refugees by the health advisors is the basis for bridging the cultures and establishing trust in the healthcare system - Challenge for the health advisor is that the role is not given the same respect and power as that of CMI <i>Navigating the system</i> - Transportation to and from the clinic is the one of the first areas that a health advisor assists the refugee - Lack of experience and understanding in navigating the Western healthcare system included using the elevator to access specialty care on the second floor or fears that their blood was being drained when prenatal blood tests were drawn <i>Community</i> - Clinic creates a community of maternal and pediatric patients within the context of receiving health care and education. - Pregnant women who initially would not make eye contact with anyone, within 2 weeks have been observed to be smiling and chatting with the other patients.

<p>Redwood, D.G. (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Program formation/evolution - Outreach responses - Successful components and strengths of the program - Program barriers and challenges 	<p>Qualitative study: Interviews</p>	<p>Key informants (N=8) All Alaska Native and non-Native stakeholders</p>	<p>Key Themes of the evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Program formation: Incremental approach to program development - Program evaluation: Additional funding used to hire dedicated outreach staff (patient navigators); improved outreach tracking system and patient materials; improved endoscopic access for patients - Outreach responses: Increased awareness of CRC and the need for screening among population served; fear of finding cancer; wanting to prevent cancer by getting screened; needing help navigating the system to get screened, familial support for screening. - Relatives' screening rates increased from about 25 relatives screened per year in the early 2000s to 90 screened in 2008. - Strengths: Geographically and ethnically defined patient population; screening costs covered by Alaska Tribal Health System; support by hospital leadership (Chief of Surgery); only program collecting this information and using it for outreach among Alaska Native people, dedicated staff time, Alaska Native patient navigators who receive intensive training in motivational interviewing and patient outreach techniques - Barriers and challenges: Culturally heterogeneous population from across state; still patients due for screening; need for more education on benefits of screening (patients) and screening referral guidelines (providers); reliance on grant funding for program operations; need for improved data sharing and reporting in Alaska Tribal Health System
<p>Riggs, E. et al. (2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Women's experiences of the program 	<p>Case study</p>	<p>Participants (N=19) All Karen women from Burma</p>	<p>Experiences with the program:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Women reported feeling prepared, confident, and reassured, with the greatest benefits coming from shared learning and storytelling with peers, and developing trusting relationships with a team of professionals, all supported by communication in their language. - Participants reported that care providers were welcoming, valued them, listened, and responded to their needs. The program offered a safe place where women had a sense of belonging and could connect with others and talk in their own language about shared experiences. <p>Challenges in the hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication and privacy: The only negative aspect of women's care was related to their experiences in the hospital at the time of childbirth. This was mostly the

				experience for women booked to another hospital where the caseload midwife did not work. Women mentioned lack of privacy in hospitals as a significant issue of dissatisfaction.
Rodrigue, J R. et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Primary outcome: proportion of enrolled patients in both groups with living donor inquiries, at least 1 potential living donor evaluated, and LDKTs 1 year after study participation. - Secondary outcomes: number of individuals who participated in the education sessions and patient's LDKT knowledge, willingness to talk to others about possible living donor donation, and concerns about pursuing LDKT 	Randomized controlled trial	<p>Patients (N=132) Clinic-based (n= 69) White: 40 Black: 29</p> <p>Clinic based+Home based(n= 63) White: 32 Black: 31</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patients assigned to CB+HB group were more likely to had living donor inquiries (OR:1.7; CI=1.2-3), a living donor evaluated (OR:2.7; CI=1.4-5.4) and LDKT (OR: 3.0; CI=1.5-5.9) - White patients were more likely to have had living donor inquiries (OR: 2.4; CI=1.2-4.7), a living donor evaluated (OR: 1.9; CI= 1.1-3.5) and LDKT (OR: 2.0; CI= 1.3-4) - Both black and white patients assigned to the CB+HB group were more likely to have someone evaluated as potential living donor and LDKT than their counterparts in the CB group. - Patients in the CB+HB group showed more improvement in knowledge (CB+HB: +2.8 vs. CB: +1.5), willingness to talk (CB+HB: +2.4 vs. CB: +0.2) and a greater alleviation of concerns (CB+HB: -2.5 vs. CB: -0.1)
Tolman, A. et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilization rates/ admissions to hospital 	Incidence study	Not specified Caucasian, Black, Hispanic, Asian, Native American	<ul style="list-style-type: none"> - Sustained and upward shift in the percentage of admissions of Native Americans since the Sweat Lodge and other interactive efforts began - Mean Percentage of Total Admissions before intervention: Caucasian: 86.73; Black: 2.01; Asian: 0.74; Hispanic: 5.76; Native American: 4.77 - Mean Percentage of Total Admissions after intervention: - Caucasian: 84.93 ; Black: 1.63; Asian: 1.16; Hispanic: 4.78; Native American: 7.50

<p>Trinh, N.T. et al. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - treatment satisfaction - acceptability 	<p>Mixed Method Design Congruent Triangulation: Quantitative: cross-sectional study Qualitative: In-depth Interviews</p>	<p>Participants (N=90)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participants for satisfaction scale (n=63) - Participants for in-depth interviews (n=27) <p>All Latinos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptability <ul style="list-style-type: none"> - the response to the program was very positive - the vast majority reported that their expectations of the program were met - The majority of participants reported that they did not discuss the consultation with their PCPs. - Most believed it was important that their providers speak their language. Some reported that although interpreters are available, waiting for interpreters or having interpreters involved in sensitive medical and mental health conversations were significant challenges - Treatment satisfaction: <ul style="list-style-type: none"> - 85 % of participants responded positively to all questions of the satisfaction scale - 96 % of respondents liked the treatment they received in the program - Cultural emphasis of clinicians, 98 % agreed that the clinician was sensitive to their culture or background, and 85 % agreed that the clinician understood their culture or background - End-results from the program: 85 % reported that being in the program made them feel less sad, 85 % agreed that the program helped them understand what depression was or how it can be treated, 96 % were satisfied with the results they received, and 98 % would recommend this program to a friend or family member
<p>Tu, S. P. et al. (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FOBT screening rates 	<p>Randomized controlled trial</p>	<p>Participants (N=210)</p> <p>Intervention (n= 105) Control (n=105) 100% Chinese</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Among the intervention patients, 69.5% received FOBT screening, compared with 27.6% of control patients (effect size: 42 % points) - The adjusted odds of FOBT slightly increased greater in the intervention arm compared with the control arm 5.98 (95% CI = 3.29, 10.85)

<p>Vargas, R.B. et al. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Not specified 	<p>Qualitative multistakeholder case study: in-depth, semistructured interviews with patient navigators and their colleagues to describe the original patient navigation programs</p>	<p>Not specified</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient navigation operated within a distinct system of care, bound by a specific clinical course, typically starting at the point of a suspicious finding for breast cancer to completing the diagnostic workup, then, if necessary, completion of staging to completion of therapy - We identified 3 core processes in patient navigation systems: <ul style="list-style-type: none"> - providing mediators and removing barriers to get patients through the steps of care - documenting patient barriers and flow - using the feedback on barriers for implementing system level change - Currently, patient navigation is not a recognized reimbursed service Thus, the programs that we visited use an ad hoc combination of grant funding, overhead funds, and oncology practice reimbursement revenues to support patient navigation
<p>Watkins, E. L. et al. (1990)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Children's birth weight - Children's immunization - Proportion of women breastfeeding - Utilization - Impact 	<p>Incidence study</p>	<p>Pregnant farm worker women (N=359)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 12 % - Black: 25% - Hispanic: 58 % - Haitian: 5% <p>Children ages birth to 5 years (N=560)</p> <ul style="list-style-type: none"> - White: 10 % - Black: 21% - Hispanic :66 % Haitian: 2% 	<ul style="list-style-type: none"> - Decrease of children with low birth weight from 13 in to 6 in 2 years - Increase of children with complete immunization from 41% to 63% to 62% - Increase of children receiving a developmental screen from 34 % to 84% to 77% - Increase in prenatal visits from mean of 7.4 to a mean of 9.7 - Increase in proportion of women breastfeeding their newborns from 31% to 52%. - Significant decrease in visits to the center among infants and 1-year-old children: mean number from 4.5 visits 3.1 visits - The population-based approach increased the case finding and follow up activities of the center
<p>Weech-Maldonado, R. et al. (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diversity leadership - Strategic human resource management - Patient cultural competency - Individual level competencies - Diversity climate - Workforce diversity 	<p>Controlled before-and-after study</p>	<p>Staff members (N=287)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nonclinical staff: 6.7% - Clinical support staff or licensed clinicians: 12.9% - Nursing: 64.3% - Medicine: 1.6% - Administration: 14.5% <ul style="list-style-type: none"> - White: 67.7% - Black: 25.1% - Hispanic: 1.8% 	<ul style="list-style-type: none"> - The intervention hospitals outperformed their respective control hospitals within each health system for change in diversity leadership, strategic human resource management, diversity climate, and all three individual level competencies: diversity attitudes, implicit bias, racial/ethnic identity - Results were mixed for patient cultural competency and workforce diversity

			Other: 5.4%	
Wennerstrom, A. et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Patient satisfaction - Care Team and Project Team Process Evaluation of PREP 	<p>Mixed Method Design Congruent Triangulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitative: Cross-sectional study <p>Qualitative study: structured team meetings and patient satisfaction surveys</p>	<p>Patients (N=31) Patients with hypertension (n=17) patients with diabetes (n=14) All Vietnamese</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative themes: the program influenced dietary modifications, home self-monitoring of blood pressure and blood glucose, and medication adherence. Some participants noted that PREP prompted behavior changes among family members who participated in home visits. - 90% of respondents agreed that PREP met expectations and taught them better chronic disease management and that CHW in-person meetings and phone calls were helpful. - CHW-patient Interactions: Positive feedback on cultural appropriateness of patient education but challenges in structuring communications around nutrition, physical activity, and medications, discussing mental health because of associated cultural stigma of depression and feeling unprepared to answer specific questions - CHW care team integration: CHWs were successful in educating about PCMH services, specialty care and health care facilities. - Challenges consisted in establishing routine case conferences: coordinating part-time CHWs and Work flow inefficiency related to processing referrals to CHWs working at an external agency and duplication of MOA and CHW efforts to document care. - Clinical staff did not understand the full range of roles that CHW can fill
Yasui, M. et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Session Attendance - Pre-Post Parent Self-Agency Therapeutic Alliance - Cultural Competence 	Randomized controlled trial	<p>Study families (N=19) Intervention (n= 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 4 - Latino: 3 - Asian American: 1 - Multiple ethnicities: 1 <p>TAU (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - African American: 4 - Latino: 4 - Asian American: 0 - Multiple ethnicities: 2 	<ul style="list-style-type: none"> - Session attendance: Treatment completed (out of 7 sessions): CEVE: 55%; TAU: 30% - Parent agency: Significant interaction of intervention condition and family, suggesting that CEVE families reported a significantly higher increase in parent agency compared to TAU interaction of intervention: condition x family, $F(1,15) = 10.03; p < .01$ - Alliance and Cultural Competence: Families receiving the CEVE reported higher alliance and perceived therapist cultural competence - Therapeutic Alliance: An effect for the Task subscale indicates that clients assigned to the CEVE reported higher ratings on this dimension than clients assigned to TAU ($p < .001$) - Across all three subscales, there was a main effect of condition, suggesting that the CEVE reported higher

				<p>therapeutic alliance compared to TAU (Task: $d=3.58$; Bond: $d=2.90$ and Goal: $d=2.16$)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cultural Competence: Significant main effects of condition were found for all subscales, suggesting that the CEVE had a significantly increased client-perceived therapist cultural competence
Ye, J. et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Feasibility of telepsychiatry - Acceptability of telepsychiatry 	<p>Mixed Method Design Congruent Triangulation: Quantitative: cross-sectional study Qualitative: Open-ended questions</p>	<p>Participants (N=16) all Korean</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Things liked about the video interview: Convenience and easy access; Language/cultural factors; personal factors of the telepsychiatrist (eg. the attitude of the provider) - Things disliked about the video interview: Technical factors of the device; Difficulties in establishing a rapport with the psychiatrist. - The ratings of acceptability of the telepsychiatry assessed by the process measure were high, ranging from 3.19 to 4.69
Yu, J. et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Substance use - Social connectedness - Employment and education - Health, behavioral, and social consequences - Utility of the HIS model 	<p>Interrupted-time-series study (before-after)</p>	<p>Participants screened (N=5621)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chinese Americans (67.8%), - South Asian Americans: Indians, Bengalis, and Pakistanis (together 12.4%), - Koreans (11.9%) - Filipino (3.5%). - others Asians (less than 2%) <p>Screened positive (n=687) Brief intervention (n=267) Full intervention (n= 358)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - The results demonstrate a positive rate of change in five of six areas tested: - Substance use: the rate of change is 59.4% ($p < .05$) indicating more Asian clients did not use alcohol or drug within 30 days 6 months after treatment intake. Criminal justice area: rate of change is 11.9% ($p < .05$), indicating less involvement with the criminal justice system for 6 months after the completion of treatment. - Social connectedness: positive rate of change at 17.5% as compared to the national average of 5%. - Employment and education: positive rate of change is demonstrated at 10.1%, lower than the national average of 21% Stability of housing: no measurable change as compared to the national average rate of change that is reported at 10%. - Health, behavioral, and social consequences: the study demonstrated a 4% positive rate of change, showing an overall improvement in healthy living after treatment

S4 Table. Identified culturally competent components/strategies and categorization

Authors	Type of intervention	Identified culturally competent components and strategies	Categorization
Aggarwal, N. et al. (2015)	Use of Cultural Formulation Interview for the DSM-5	<ul style="list-style-type: none"> • CFI in itself designed to be culturally sensitive 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of culturally specific concepts in individual contacts
Alegría, M. et al. (2008)	The Right Question Project-Mental Health (RQP-MH) is a patient self-reported activation and empowerment strategy in mental health care	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of cultural components that could influence minority patients' experiences when taking an active role in care (not specified) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of culturally specific concepts in individual contacts
Anand, K. J. S. et al. (2015)	Multilevel Health Care Delivery Intervention at pediatric intensive care unit (PICU)	<ul style="list-style-type: none"> • Education of health care professionals regarding culturally competent care • Recruitment efforts to increase the number of bilingual staff • Availability of 24-hour interpreter services in the ED and PICU • Translation of consent forms and educational materials for patients and families • Culturally sensitive end-of-life care discussions, with participation of palliative care services (not specified) • Outreach efforts and contacts with the Latino community to remove barriers to health care access • Help from the city government and local health department for preventive services 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or ○ Consent forms • Cultural competence training for healthcare providers • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Recruitment of bilingual and bicultural staff/oversea staff • Integration of interpreter services • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ with target communities ○ to reduce access barriers • Creating community health networks
Armengol, C. G. (1999)	Multimodal culturally sensitive and neuropsychologically informed support group addressing barriers to emotional, social, and vocational adjustment among high-level functioning Hispanic/Latino traumatic brain injury survivors	<ul style="list-style-type: none"> • Bicultural and bilingual provider • Incorporation of culturally specific themes (acculturation, stressors of the migratory experience) • Incorporation of attitudes and belief about disability, health care and support networks • Use of dichos • Patterns of interaction common among less acculturated Hispanics/Latinos were followed • Integration of Hispanic values 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and cultural matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients' problems, explanatory models ○ General cultural values or norms ○ Experiences caused by migration such as acculturation stress or racism ○ Use of culturally specific language patterns
Aviera, A. (1996)	"Dichos" Therapy Group: a therapeutic use of Spanish language proverbs with hospitalized Spanish-speaking psychiatric patients	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual provider • Use of Dichos to promote „cultural ambiance“ and help to deal with resistance and impasse 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and cultural matching • Use of culturally specific language patterns
Barrio, C. et al. (2010)	Culturally based family intervention for Spanish-speaking Latino families with a	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of familism, spirituality and religiousness, nonjudgmental cultural attributions, biculturalism, and cross-border living and resources 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural values or norms

	relative diagnosed with schizophrenia		<ul style="list-style-type: none"> ○ Experiences caused by migration such as acculturation stress or racism • Integration of families
Bekaert, S (2000)	Minority integration and healthcare provision a hospital setting	<ul style="list-style-type: none"> • Formation of a multicultural consultation group planning and implementing interventions • Design of 5 year plan to lead to standardization of health care for ethnic minority groups • Invitation of the joint commissioning development manager for ethnic minorities in Oxfordshire to guide practice • Identification of staff's needs (informal survey) • Record keeping and monitoring of episodes of contact with people from minority groups • Reference packs, containing general guidance (e.g. regarding diet, language, name, religious groups, birth, death, concepts of illness) • Identification of the main language groups of the area (survey) • Language and advocacy Services were made available • Provision of ethnic menus • Complaints procedure made available in all languages 	<ul style="list-style-type: none"> • Creation of positions or groups to monitor and supervise the process • Integration of interpreter services • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ○ Make the complaints procedure available in all ○ Providing cultural foods to increase well-being in clinic settings • Patient data collection and management: <ul style="list-style-type: none"> ○ to monitor frequency of contact with patients from migrant groups • Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> ○ assessment of provider needs or barriers ○ Assessment of the main language groups • Development of action plans • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ With institutions ○ To obtain guidance
Bender, M. et al. (2013)	„Vida Saludable“: A culturally appropriate intervention to improve health behaviors in Hispanic mother-child dyads	<ul style="list-style-type: none"> • Trained (by investigators) bilingual promotora • Culturally adapted instrument measuring beverage consumption • Lessons were tailored, including visual images of typical Hispanic families • Cooking class with cultural foods • study materials were forward-translated into Spanish • Materials and curriculum were designed with special attention to culture, low literacy (less than 3rd grade) • Cultural adaptation based on stakeholders' input, focus group feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultural and linguistic matching • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Educate patients during home or clinic visits • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ translating the materials into different languages ○ adapting materials to low literacy and education ○ integrating illustrations of characters from target communities • Adaption of the facility's social and physical environment

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Providing cultural foods used to educate participants about healthy eating ● User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ target communities ○ to reduce access barriers ○ to assure cultural appropriateness
Beune, E. et al. (2014)	Patient education intervention on blood pressure (BP) and treatment adherence for patient of African origin with uncontrolled hypertension	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporating culturally-specific aspects of patients' perceptions (based on Arthur Kleinman) ● culturally appropriate written educational materials (specific languages, customs, habits, norms and dietary cultures) ● referrals to neighborhood facilities that support patients in adopting healthier lifestyles and are suitable for Surinamese and Ghanaian people ● Nurse practitioner (NP) trained in ● specific knowledge of hypertension in the Ghanaian / Surinamese communities and general cross-cultural counselling techniques 	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients' problems, explanatory models ● Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ translating the materials into different languages ○ including culturally sensitive treatment recommendations ● Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Referral to specialized facilities which offer further culturally appropriate support ● Cultural competence training for healthcare providers
Carrillo, J. E. et al. (2011)	A regional health collaborative	<ul style="list-style-type: none"> ● Four multiyear strategies: ● Establishing patient-centered medical homes ● Transforming clinics into medical homes ● Medical home designation ● Related Goals: building a workforce that could address the linguistic, cultural, and health literacy needs of patients (set up an Office of Care Management, improving access through a centralized contact center for information and appointment scheduling, improve cultural competency by employing bilingual and bicultural community health workers and "navigators" of the health system) ● Information technology solutions have included the development of a personal health record for each patient, patient-specific disease dashboards, and a population-based disease registry. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Linguistic and/or cultural matching ● Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Home visits ○ Referral to specialized facilities which offer further culturally appropriate support ● Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Help patients navigate the system ● Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Recruitment of bilingual and bicultural staff/overseas staff ● Creating community health networks ● Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ better tailor care for individual patients

		<ul style="list-style-type: none"> • Implementing a targeted care intervention: the targeted care intervention focused on the critical hospital-to-home transition period to minimize preventable readmissions • creating a “medical village”: (geographically defined community with a number of patient-centers medical homes linked to other providers and community-based resources) • collaboration with the New York City and State health departments to help local physician practices adopt electronic health record systems, transform themselves into patient-centered medical homes, and establish health information exchanges. 	
Chow, W. et al. (2011)	Adapted assertive community treatment (ACT) model in Mount Sinai Hospital and KUINA Center	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion of bilingual and bicultural staff • Assignment of clinicians to patients on the basis of cultural and language requirements • Incorporation of cultural and ethnic elements into assessment and treatment plans (e.g. traditional Chinese medicines) • Promoting culturally appropriate supportive housing • Incorporating families in clients’ rehabilitation plans • Delivering multifamily psychoeducational groups • Prioritizing and incorporating cultural formulation and clients’ explanatory models • Staff training • Exchange with KUINA Center in Japan 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients’ problems, explanatory models • Involvement of families • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Recruitment of bilingual and bicultural staff/overseas staff • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ with facilities engaging in the same process ○ to obtain guidance
Cooper, L. A. et al. (2011)	Patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients	<ul style="list-style-type: none"> • Trained community health workers (CHWs) administered the intervention • Physician communication skills training: Skills relevant to increasing patient engagement, activation • All patients received a monthly health education newsletter designed to meet the needs of low literate adult readers 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to educate patients during home or clinic visits • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ adapting materials to low literacy and education levels
Cooper, L. A. et al. (2013)	Patient-centered collaborative care interventions for depression among African Americans in primary care settings	<ul style="list-style-type: none"> • initial needs assessment (Standard assessment + questions on access barriers, attribution of illness, use of spirituality and concerns about treatment; social stressors and communication problems with health professionals) • Contact information for culturally sensitive psychotherapists as appropriate one-on-one telephone follow-ups by a Depression case manager (African American woman) • Educational material: culturally targeted materials designed to address barriers to depression treatment 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultural matching • Incorporation of culturally specific concepts <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceptions of access barriers into healthcare • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Referral to specialized facilities which offer further culturally appropriate ○ Telephone calls as reminders or follow-ups after or before an intervention • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ by addressing barriers to care
Coronado, G. D. et al. (2011)	Clinic-based colorectal cancer screening promotion program	<ul style="list-style-type: none"> • Providers were Spanish-speaking • Mailed packet contained materials in English and Spanish • Telephone reminders • Educational home visit by health promoter (community members) and a medical assistant • All project materials were developed for a low literacy audience 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and cultural matching • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ educational and therapy written materials or handouts ○ translating the materials into different languages ○ adapting materials to low literacy and education levels • Integration of community health workers to educate patients during home or clinic visits • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ home visits ○ telephone calls
Culica, D. et al. (2008)	Community Health Worker as Sole Diabetes Educator (CoDE)	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual community health workers • Individual education visits, which addressed recommended diabetes knowledge and self-management skills • assessment and case management visits 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ To educate patients during home or clinic visits
Dahhan, N. et al. (2012)	The Mosaic Outpatient Clinic (MOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Patient centered consultation and exploration of culturally sensitive issues in the health care process • Mediators serve as the interface, translating language and interpreting culture, between the health care provider and the ethnic minority patient • Data collection of complete medical history, of demography, family situation, concepts, problems and experiences about healthcare and disease of parents • Development of parents' profiles • Development of individual treatment plan (e.g. follow-up consultations, referrals) • Plan was discussed with patients and parents by the healthcare worker and supervisor together 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceptions of access barriers into healthcare • Involvement of families • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Intermediate between patients and providers • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ better tailor care for individual patients
Delphin-Rittmon, M. E. et al. (2016)	Bilevel cultural competence intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Development of a bilevel training intervention for providers in cooperation with persons in recovery (PIR) with diverse ethnic backgrounds • Cultural competence training for staff members • Implementation of an ongoing cultural competence committee • Organizational level cultural competence assessment 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultural competence training for healthcare providers: • Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> ○ Organizational level assessment • Creation of positions or groups to monitor and supervise the process • Development of action plans

		<ul style="list-style-type: none"> • Development of a cultural competence plan in consultation with the agency leadership, faculty and PIR that matched the agency's capacity for implementation 	<ul style="list-style-type: none"> • Involvement of the facilities' leadership • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ with target communities ○ to obtain guidance/consultation
Doorenbos, A. et al. (2011)	Calendar mail-out with cancer related health-message	<ul style="list-style-type: none"> • Native art each month matching cancer health-related message 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ integrating culturally specific art into intervention material • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Mailed packages
Edwards, G. et al. (2011)	WHO/Unicef Babyfriendly Hospital initiative in to increase breastfeeding rates	<ul style="list-style-type: none"> • Establishment of a steering group committed to the ethos of BFHI • Assessment of barriers to and knowledge on breastfeeding in hospital • Formulation of a 10 steps plan • Policies and procedures to support the changes in practice were developed • Development of an education program for all staff • Promotion of breast feeding • A set of booklets in different languages was produced • Flyer and DVD were made for women who may have trouble reading 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ Videos ○ translating the materials into different languages ○ adapting it to low literacy and education levels • Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> ○ assessment of provider needs or barriers • Creation of positions or groups to monitor and supervise the process • Development of action plans • Promoting structural changes within the organization <ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptations of procedures and policies
Ferdinand, L.A. (2009)	Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care (PC-CSHC) Intervention Program	<ul style="list-style-type: none"> • Changing the physical health care clinic environment and clinic policies (culturally sensitive calendar, educational brochures, magazines, comment cards, bilingual restroom signs, posters, art featuring people from different cultures, bilingual policy brochures, displaying toys for patients' children, DVDs and videos on health topics shown in the waiting area) • Training health care providers and office staff to engage in culturally sensitive behaviors and attitudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or ○ Policy brochures • Cultural competence training for healthcare providers
Galvin, S. et al. (2008)	Project HELP (Hospital Education in Lactation	<ul style="list-style-type: none"> • Creation of a Cambodian menu: 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption of the facility's social and physical environment

	Practices): Intervention to increase breastfeeding initiation among Cambodian women	<ul style="list-style-type: none"> ○ Staff visit of the Cambodian market to consider nutritional content and the financial feasibility of purchasing foods ○ The Cambodian interpreter cooked traditional recipes in the hospital kitchen, to educate the hospital chef, the director of food and nutrition, and hospital dietitians ● The Cambodian menu was made available to all postpartum women 	<ul style="list-style-type: none"> ○ to increase well-being in clinic settings
Garvin C.C. et al. (2004)	A community based approach to diabetes control	<ul style="list-style-type: none"> ● Support Groups: Contracting agencies established regularly scheduled support group meetings for diabetes patients and their support network. These group meetings have been tailored to meet the cultural needs of each of the 3 broad racial/ethnic groups provided in the patients' primary language ● Peer Education: One full time equivalent peer educator per racial/ethnic community facilitates support groups, assists in education and self- management classes, and arranges for the dissemination of diabetes materials in community settings. ● Education Classes: topics were dealt with in a culturally relevant manner (focus on community concerns, cultural barriers, that arise when people try to make changes) ● Enhanced Use of a Diabetes Registry: Software used to create diabetes registries within each of the participating community clinics, so that individuals who have not received appropriate services can be identified and targeted for interventions. ● Case Coordination for Appropriate Patients using the Diabetes registry to improve and monitor patients' care 	<ul style="list-style-type: none"> ● Linguistic and/or cultural matching ● Involvement of families ● Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Educate patients during home or clinic visits ● Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ better tailor care for individual patients ○ to identify potential patients or individuals at risk ● Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural values or norms
Gary, T. L. et al. (2009)	Nurse case manager and a community health worker team to improve care for patient with diabetes Mellitus Type 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Telephone calls to remind participants about preventive health screenings ● A written summary of their health care utilization was sent to the participant's primary care provider ● Participants received DM-specific information in the mail ● individualized, culturally tailored care provided by a nurse case manager (NCM) and a community health worker (CHW) (not specified) ● development of culturally tailored intervention action plans (IAPs) developed to address traditional cardiovascular risk factors and nontraditional obstacles to optimal DM care and self-management 	<ul style="list-style-type: none"> ● Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to educate patients during home visits ● Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Home visits ○ Mailed packages ● Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Telephone calls as reminders or follow-ups after or before an intervention ○ Communication with primary care provider ● Patient data collection and management: <ul style="list-style-type: none"> ○ To better tailor care for individual patients

Gerrish, K. et al. (2004)	Adaptation program for overseas Registered nurses	<ul style="list-style-type: none"> • Period of supervised practice together with taught input • minimum of 10 weeks of supervised practice in a designated clinical area • Each overseas nurse was supported by one or more registered nurse mentors • 	<ul style="list-style-type: none"> • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Recruitment of bilingual and bicultural staff/overseas staff
Gil, S. et al. (2016)	The Limited English Proficiency (LEP) Patient Family Advocate Role	<ul style="list-style-type: none"> • The LEP Patient Family Advocate role was created with the aim of improving access, promoting effective communication, and equalizing care for children with cancer from families with LEP. • Role 1: Specialized Medical Interpreter • Role 2: Cultural Liaison: The LEP advocate provides expertise and guidance to the health care team in the target-language's culture(s), and to the family in the dominant U.S. culture and the culture of Western medicine. • Role 3: Healthcare Systems Advocate/Adjunct Case Management: The LEP advocate is readily available to assist the health care team with internal and external coordination across the continuum of care. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to intermediate between patients and providers
Gilmer, T. P. et al. (2005)	Project Dulce, a combined stepped-care diabetes nurse case management program and culturally oriented peer-led self-empowerment training program	<ul style="list-style-type: none"> • One-on-one visits: Initial visit with nurse and additional visits with nurse and dietitian • Telephone contact is used for appointment reminders and to answer specific questions • Group self-management training program: • curriculum delivered by trained peer educators (or promotoras) who are from the patient population, have diabetes themselves, and are of the same cultural/ethnic group as the participants. • Classes are taught in the patients' native language 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to educate patients during home or clinic visits • Continuity of care • Telephone calls <ul style="list-style-type: none"> ○ as reminders or follow-ups after or before an intervention
Goncalves, M. et al. (2013)	The Portuguese Mental Health Program (PMHP)	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual and bicultural staff to serve children and adults from Brazil, Portugal, and Cape Verde • 95% of the providers speak Portuguese 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching
Halcon, L. L. et al. (2010)	Health Realization, a community-delivered, psychoeducational, mental health intervention that focuses on resilience	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally adapted and translated educational materials including visual cues for participants who did not read their native written language • socializing and sharing an East African dinner • intervention in English with concurrent translation • 15-minute prayer break was held promptly at sunset during each session 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Use of Specific culturally competent communication methods • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ translating the materials into different languages

		<ul style="list-style-type: none"> • use of ethnographic methods as culturally appropriate ways to explain the concepts through traditional stories, pictures, proverbs, and faith-based metaphors and teachings 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ adapting it to low literacy and education levels • Integration of interpreter services • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ◦ Providing cultural foods as an opportunity for participants to socialize ◦ Integrated a 15-minute prayer break into support
Hamilton, L. J. et al. (2013)	Pediatric Medical Home Program: primary care model focused on providing intensive care coordination for medically complex, ethnically diverse children with special health care needs	<ul style="list-style-type: none"> • Designated full-time, bilingual family liaison who acts as a bilingual healthcare system navigator, does triage of parents' questions and concerns, ensures that the care plan is implemented, obtains outside medical records and insurance authorizations, forms relationships and interacts with community agencies • General pediatrician who develops, maintains, and manages a written care plan for each patient • Patients receive an "All About Me" Binder, which includes a problem list, care plan, medication list, and physician contact information, which is updated regularly • Family involvement in the development of the care plan and the program 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Involvement of families • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ◦ Help patients navigate the system • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ◦ to better tailor care for individual patients
Hatcher, S. et al. (2016)	Culturally informed treatment in Maori who present to hospital after self-harm	<ul style="list-style-type: none"> • Therapists are Maori. • the process of therapy explicitly incorporates Maori cultural beliefs and values which we chose to describe using a powhiri (welcoming ceremony) model • Cultural assessment: establishing where both the therapist and the patient belong and what connections they have • Patient support for up to 2 weeks: 1-2 face-to-face or telephone sessions • Postcard contact for one year: Eight postcards were sent containing a short message offering support • Improved access to primary care: encouraging participants to attend their GP for a physical health check paying particular attention to cardiovascular risk factors especially alcohol and smoking 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ◦ General cultural values or norms • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ◦ Telephone calls to offer further support ◦ Sending out postcards ◦ Communication or referral to primary care provider
Hudelson, P. et al. (2014)	Migrant Friendly Hospital" Initiative	<ul style="list-style-type: none"> • Creation an interdepartmental and interprofessional working group ("Health for All Network") • Creation of a reference-nurse post at the hospital for migrant care issues 	<ul style="list-style-type: none"> • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ◦ Creation of a new position as reference-nurse in charge of migrant care issues • Integration of interpreter services • Patient data collection and management

		<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion of patient language data in the electronic patient file, in order to facilitate timely identification of patients requiring interpreter services • Promotion of a national telephone interpreting service in 4 emergency services at the HUG, where access to face-to-face interpreters is rare • Brief presentation to all new staff during an obligatory staff orientation day about interpreter services and other “migrant friendly” services at the HUG • Development and dissemination of brochures containing information about the “Health For All Network”; migrant friendly services at the HUG and when and how to work with an interpreter • Organization of a number of public events to bring attention to the Health For All Network and its activities 	<ul style="list-style-type: none"> ○ better tailor care for individual patients • Creation of positions or groups to monitor and supervise the process • Promoting structural changes within the organization <ul style="list-style-type: none"> ○ Brief presentations of changes/process to staff members ○ Distributions of brochures presenting changes ○ Public events promoting changes
Ivey, S.L. et al. (2012)	Culturally and linguistically competent health coach intervention for Chinese-American patients with Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • All health coaches, the dietitian, and most physicians were ethnically and linguistically matched to their Chinese patients. • Pre-visit meeting: health coach meets with patient to complete routine assessments, data gathering, medication reconciliation, determination of patient agenda • Data entry: health coach enters data into chronic disease management database • Physician visit: Physician uses summary of patient’s current and historical data from the database • Post-visit meeting: health coach meets with patient to ensure that patient understands the care plan, assist patient in scheduling follow-up appointments, navigating the referral system • 3-month follow-up visit is scheduled with the primary care physician • Health coach makes follow-up phone call to patient • Recommendations took into account cultural implications • Physicians who did not speak their patient’s language would communicate with their patient through a clinic interpreter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Integration of community health worker <ul style="list-style-type: none"> ○ to help patients navigate the system • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Telephone calls as reminders or follow-ups after or before an intervention ○ Referral to primary care provider • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ to better tailor care for individual patients • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural norms or values • Integration of interpreter services
Kalister, H. et al. (1999)	Pharmacy-Based Treatment of Minor Illnesses	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacists are trained to evaluate and to treat children and adolescents aged with minor acute illnesses • Development of educational materials in English for each condition. The English pamphlets were then translated and published in 8 bilingual formats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Expansion of the role of pharmacist to treating five minor pediatric conditions • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts

Kanter, J. et al. (2010)	Culturally Adapted Behavioral Activation (BAL) for Latinas with depression	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual provider • BAL manual was culturally adapted • the BAL manual listed free, low-cost, and culturally sensitive activation homework assignments • attention was paid to cultural values such as <i>familismo</i>, <i>personalismo</i>, <i>marianismo</i>, and <i>machismo</i> and how they influence activation • key BAL terms and therapy materials such as activity monitoring forms were translated into Spanish 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and cultural matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ◦ General cultural values or norms • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ◦ Educational and therapy written materials or handouts
Karmali, K. et al. (2011)	Cultural Competence Initiative at the Hospital for Sick Children (SickKids)	<ul style="list-style-type: none"> • Establishment of the New Immigrant Support Network (NISN) to improve access to quality healthcare and partnered with multiple stakeholders, departments and worked closely with the senior management team • Cultural competence education to healthcare providers and managers • Translation of patient education materials in up to nine languages • Needs-assessment (organizational and provider level) • Cc learning modules were individually tailored for different staff groups • Placement and implementation of 12 kiosks that provide in multiple languages to help patients and families find their way around the hospital • Patient satisfaction survey was translated into seven languages to determine how effectively the hospital meets the needs of its population • Promotion of the use of face-to-face and telephone interpretation services • Establishment of a Champions Program: champions received advanced education in cultural competence and acted as change agents and role models • Allowing protected time for staff from different departments to attend the cultural competence education and training 	<ul style="list-style-type: none"> • Creation of positions or groups to monitor and supervise the process • Involvement of the facilities' leadership • Promoting structural changes within the organization • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ◦ Educational and therapy written materials or handouts ◦ Patient satisfaction surveys • Cultural competence training for healthcare providers • Integration of interpreter services • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ◦ placement of twelve kiosks in a hospital offering multilingual help to patients and visitors • Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Organizational level assessment ◦ assessment of provider needs or barriers
Kim, J. et al. (2015)	Teleophthalmology service delivery model	<ul style="list-style-type: none"> • First Nations technicians and a trained teleophthalmology eye care nurse travelled to the remote First Nations communities in a truck that was dedicated to the teleophthalmology project • Adherence to First Nations' cultural values as most important aspects of the project • Involvement of First Nations communities from the beginning • Exchange with the British Columbia Association of Optometrist 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ◦ Remote clinic • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ◦ as reminders or follow-ups after or before an intervention ◦ Sending out postcards or mail • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts:

		<ul style="list-style-type: none"> • Naming of potential patients by participating First Nations communities • Phone calls from the ITHA team to schedule individual screening appointments during clinics to be held in their communities • All clients were contacted after their appointments and were mailed copy of their report • Capacity building opportunity to three First Nations youth and continued education 	<ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural values or norms • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacity building • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ with institutions ○ to reduce access barriers ○ to obtain guidance/consultation • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ to identify potential patients or individuals at risk
Kline, K. N. et al. (2016)	SHL-program (Sugar, Heart, and Life), a culturally sensitive entertainment-education telenovela for patients with diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally sensitive narratives through focus groups (72 people) • English and Spanish versions • culturally sensitive characters and situations (Example of Hispanic families) • Special design considerations were made, including minimal use of on-screen text, narration by professional voiceover talent, and user-friendly navigation 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Videos ○ translation into different languages ○ adapting it to low literacy and education levels ○ integration of characters from the target community • Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> ○ offering education or prevention through videos
Kurth, A. E. et al. (2016)	Linguistic and cultural adaptation of a computer-based counseling program (CARE+ Spanish)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention was delivered in Spanish • Cultural equivalence was assured through forward-back translation method and feedback from target group 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material • Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> ○ offering education or prevention through computer-based written information
La Roche, M. J. et al. (2011)	A Culturally Competent Relaxation Intervention for Latino/as (CCRI) with anxiety	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual providers • Inclusion of allocentric (the tendency to define oneself in relationship to others) relaxation interventions, considered to be more appropriate for Latinos 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural values or norms
Levin-Zamir, D. et al. (2011)	Refuah Shlema: a cross-cultural program for promoting communication and health among Ethiopian immigrants	<ul style="list-style-type: none"> • Integrating Ethiopian immigrant liaisons in primary care as intercultural mediators • In-service training of clinical staff to increase cultural awareness and sensitivity • Health education community activities 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Intermediate between patients and providers • Cultural competence training for healthcare providers • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Remote clinics
Mauldon, M. et al. (2006)	Tomando Control, a culturally appropriate diabetes education	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual providers • Handouts and 2 nutritional guides specific to Latino diets (written at the fifth-to seventh-grade level) 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic matching • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material

	program for Spanish-speaking individuals with diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Provision of culturally adapted and nutritionally sound meals • Use of written materials was minimized, and demonstration/return demonstration of skills was emphasized 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ adapting materials to low literacy and education levels ○ including culturally sensitive treatment recommendations
McMurray, J. et al. (2014)	Government assisted refugees (GARs) health clinic	<ul style="list-style-type: none"> • Partnership between a health clinic for GARs, local reception centre and community providers • Gateway services are provided by Reception House case workers and trained professionals • Comprehensive care is delivered by family physicians at the refugee health clinic • Language supports (interpreters) funded by Reception House • Ancillary services are delivered in the community by a variety of providers • Establishment of protocols and guidelines for diagnosis and management of diseases • Initial intake assessments performed onsite at Reception House within days of GARs' arrival • international medical graduates in training whose input has enhanced the cultural sensitivity and competence of clinic processes 	<ul style="list-style-type: none"> • Creating community health networks • Integration of interpreter services • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ international medical graduates in training ○ to assure cultural appropriateness
Mehler, P. S. et al. (2004)	Language and cultural concordance in Russian patients with diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Arrival of a bilingual Russian internist trained in USA and Russia 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching
Melkus, G. D. et al. (2004)	Culturally competent intervention of education and care for Black women with Type 2 Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Two of the four nurses and the lay health assistant were black American women • Written materials and videotapes using illustrations and video characters of black Americans • Culturally specific recipes were incorporated and used as handouts • Feedback on material through focus groups and from the community advisory board of local black leaders and community members 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ Videos ○ including culturally sensitive treatment recommendations ○ integrating illustrations of characters from target communities • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ target communities ○ to assure cultural appropriateness
Menon, U. et al. (2008)	Interactive, computer based culturally sensitive education on colorectal cancer screening	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally adaptation of the intervention based on focus group discussion with representatives of target population (not specified) 	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> ○ offering education or prevention through computer-based written

			<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ with target communities ○ to assure cultural appropriateness
Moreno, F.A. et al. (2012)	Standard webcam telepsychiatry treatment of depression	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual psychiatrists 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic matching • Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> ○ offering treatment with a psychiatrist through webcam communication
Munoz, R. F. et al. (2007)	Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course: Health promotion group for prevention postpartum depression for Low-income Latinas	<ul style="list-style-type: none"> • Bilingual providers • Reinforcing values such as collectivism and familismo • Validating Latinas' values and beliefs regarding pregnancy, childrearing practices, and motherhood • Addressing Latinas' attitudes toward mental illness and seeking mental health services • participant course manual was written and adapted considering the sample's education level and intra-group cultural, racial, and linguistic differences • Adhering to common cultural verbal and nonverbal communication norms • Validating the role of religion and spirituality in the health and healing of Latinas • Allowing to relate frustrations and painful experiences of discrimination and racism • Expanding Latinas' knowledge without devaluing their cultural beliefs 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic matching • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients' problems, explanatory models ○ General cultural values or norms ○ following common verbal and nonverbal communication norms • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material
Nowalk, M. P. et al. (2008)	Individualized, culturally appropriate interventions to raise adult vaccination rates	<ul style="list-style-type: none"> • Immunization posters throughout the health center (also posters in Vietnamese and Spanish) and vaccination poster competition • Created a provider prompt for immunizations in its electronic medical record • Center held four influenza vaccination clinics in the surrounding neighborhood • Immunization quiz for clinical and clerical staff • Contest for the most prolific vaccinator • Vaccinators and vaccinees received a small treat at the time of vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ○ Changing the facility's physical environment • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ better tailor care for individual patients • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Mailed packages ○ Remote clinics • Promoting structural changes within the organization • Telemedicine

			<ul style="list-style-type: none"> ○ offering education or prevention through videos
Ohr, S.O. et al. (2016)	The transition of overseas qualified nurses and midwives into the Australian healthcare workforce	<ul style="list-style-type: none"> • The Overseas Staff Support Program aims to improve the experience of the overseas qualified staff • Support prior to arrival, on arrival and on commencement of their work 	<ul style="list-style-type: none"> • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Recruitment of bilingual and bicultural staff/overseas staff
Oppong, B. et al. (2016)	Culturally sensitive patient care paradigm	<ul style="list-style-type: none"> • Women who require additional workup after screening mammogram are assigned a patient navigator, who facilitates the diagnostic evaluation with further imaging or biopsies • There are two navigators and they reflect the population serviced by CBCC, Black and Hispanic with one being a fluent Spanish speaker 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to help patients navigate the system
Ortega, A. N. et al. (2002)	Access to Community Care and Effective Services and Supports Program for homeless persons with severe mental illness	<ul style="list-style-type: none"> • Rely on principles of assertive community treatment (ACT) • Client-clinician ethnic and language matching 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching
O'Shaughnessy, R. et al. (2012)	Sweet mother, mental health promotion group for West African women and their babies	<ul style="list-style-type: none"> • Culturally appropriate food • Providers are culturally trained 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ○ Providing cultural foods used as an opportunity for participants to socialize • Cultural competence training for healthcare providers
Poureslami, I. et al. (2016)	Video Education/self-management regarding inhaler use for Punjabi and Chinese patients	<ul style="list-style-type: none"> • Development of intervention materials using a community based participatory research approach, actively involving Punjabi and Chinese subjects • Translation of videos and all materials in 3 languages (Mandarin, Cantonese or Punjabi) • Cultural beliefs and practices from the 3 target communities were applied • Educators/Providers from target communities 	<ul style="list-style-type: none"> • User engagement and networking <ul style="list-style-type: none"> ○ target communities ○ to assure cultural appropriateness • Cultural and linguistic matching • Incorporation of culturally specific concepts <ul style="list-style-type: none"> ○ General cultural values or norms • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ videos ○ translating the materials into different languages Telemedicine ○ offering education or prevention through videos
Reavy, K. et al. (2012)	C.A.R.E. (Culturally Appropriate Resources and Education): a clinic model for refugee health care	<ul style="list-style-type: none"> • Needs-assessment in focus groups with women from the refugee communities • Role of health advisor was created • Integration of certified medical interpreter • Languages spoken include Arabic, Burmese, Dari, Farsi, French, Karen, Kirundi, Lingala, Nepali, Pashtu, Russian, 	<ul style="list-style-type: none"> • Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> ○ assessment of patient needs • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacity building • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ Help patients navigate the system

		<p>Somali, Swahili, and Uzbek (On average, 5 different non-English languages are spoken at each clinic)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decoration with art from refugees' native countries • Training of interested bilingual adults to take the medical interpretation certification test 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of interpreter services • Adaption of the facility's social and physical environment <ul style="list-style-type: none"> ○ decoration with art from refugee's native countries
Redwood, D.G. et al. (2016)	Alaska Native Colorectal Cancer (CRC) Family Outreach Program	<ul style="list-style-type: none"> • CRC cases are ascertained annually from the Alaska Native Tumor Registry • A CRC screening patient navigator uses the information to provide direct outreach to Alaska Native family members encouraging them to get screened for CRC using telephone and mailed reminders, scheduling them into the screening clinic, and guiding them through the cancer screening process • First-degree relative lists are also sent annually to regional Tribal Clinical Directors for use by their facilities in identifying patients at increased risk of CRC. • Asking to CRC patients for a contact list of their first-degree relatives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ○ to help patients navigate the system • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Mailed packages ○ Telephone • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ○ to identify potential patients or individuals at risk
Riggs, E. et al. (2017)	Culturally safe group pregnancy care	<ul style="list-style-type: none"> • Women had individual antenatal appointments (according to the hospital schedule) with a „caseload“ midwife and either a telephone or on-site professional interpreter • Group information sessions: co-facilitated by the midwife, bicultural worker, and maternal and child health nurse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers to <ul style="list-style-type: none"> ○ Help patients navigate the system ○ Intermediate between patients and providers • Integration of interpreter services
Rodrigue, J R. et al. (2008)	Home-based education approach to increase live donor kidney transplantation	<ul style="list-style-type: none"> • The transplant surgeon and/or nephrologist talked to the patients about LDKT during a routine clinic visit • Patients attended a nurse-led education session with other transplant patients. Family members were also invited. • Patients also received written materials about LDKT and living donations • Patients received a home visit (interactive; e.g. “roundable” format) by transplant health educators, who met with the patient (and his/her invited guest; family members, friends, co-workers) to discuss LDKT and living donor donation. • Patients watched a brief 15-minute videotape on living kidney donation during home visit and also received written material • For black patients, a culturally sensitive educational approach was used: use of minority health educators and written brochures that highlight minority transplant recipients and their living donors and we integrated race-specific data 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ○ Educational and therapy written materials or handouts ○ integrating illustrations of characters from target communities • Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> ○ Videos • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ○ Home visits • Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> ○ Race specific data

		into the discussion (e.g. unique transplant concerns of Blacks, specific LDKT rates)	
Tolman, A. et al. (1998)	Implementation of a culture-specific intervention for a Native American community	<ul style="list-style-type: none"> Needs-assessment with hospital administrator, a Native American social worker, three Native American patients and tribal elders Installment of a Sweat Lodge on hospital property constructed by officially sanctioned representatives of the Reservation with appropriate materials according to Native traditions Ceremonies at the Sweat Lodge were led by tribal elders and included Native American patients, Native and non-Native staff from the hospital and interested consumers 	<ul style="list-style-type: none"> Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> instalment of a sweat lodge Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> assessment with patients, providers and representatives of target communities
Trinh, N.T. et al. (2014)	Culturally Focused Psychiatric Consultation (CFP) Intervention for Latino Americans with Depression	<p>The CFP consultation included two visits:</p> <ul style="list-style-type: none"> Initial assessment by a clinician (psychiatrist or psychologist): After engaging patients, clinicians reviewed with them their diagnoses and treatment recommendations Follow-up after 2 weeks: visit with their CFP clinician to address their use of and questions about the toolkit. Clinicians shared recommendations with primary care providers via e-mail. Consultation provided in English or Spanish Clinicians used the Engagement Interview Protocol (EIP) which integrates patients' illness beliefs into psychiatric assessment and evaluation to improve the acceptance of psychiatric treatment among culturally diverse populations All clinicians were trained specifically in the use of the EIP model Clinicians develop co-constructed illness narratives with patients and reframe the Western concept of depression into more culturally resonant forms Materials were also available on audio compact disc (CD) in English and Spanish. 	<ul style="list-style-type: none"> Linguistic and/or cultural matching Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> Patients' problems, explanatory models Use of specific culturally competent communication methods (Illness narratives and EIP) Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> Educational and therapy written materials or handouts Integration of interpreter services Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> Follow-up in clinic visits Communication or referral to primary care provider Cultural competence training for healthcare providers
Tu, S. P. et al. (2006)	Health promotion for promoting fecal occult blood test (FOBT) screenings for Chinese patients	<ul style="list-style-type: none"> Bilingual materials (a video, a motivational pamphlet, an informational pamphlet, and FOBT instructions) Clinic-based education promoting fecal occult blood testing (FOBT) screening carried out by a trilingual and bicultural health educator 	<ul style="list-style-type: none"> Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> Educational and therapy written materials or Videos Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> Educate patients during home or clinic visits

Vargas, R.B. et al. (2008)	The original patient navigation programs to reduce disparities in the diagnosis and treatment of breast cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Patient navigation' is an intervention that was designed and implemented to reduce disparities in breast cancer care for poor women in the largely African-American and Latino community of Harlem, New York City, in 1990. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> ◦ Help patients navigate the system
Watkins, E. L. et al. (1990)	Model program to deliver primary healthcare services to migrant farmworker women and children	<ul style="list-style-type: none"> • The project emphasized coordinated services for migrant farmworker mothers and children • Collection of medical data of migrant farm worker women and children from medical records • Employment of multidisciplinary staff (two nurses, a nutritionist and a social worker all Spanish speaking) • Outreach and early case finding (Home visits to women enrolled in the project and provision of guidelines for identifying pregnant women and referring them to the center) • Coordination between the center's programs and other health and social service agencies • Tracking system to encourage continuity of care: Migrant farmworker women and children were given copies of their health records, together with stamped postcards to notify center staff of their new location when they moved. • Prenatal patients were given a bilingual (Spanish-English) prenatal weightgain Record and another bilingual record, to provide continuous data on the growth of each child. • Health education program conducted to train migrant farmworker women as lay health advisors 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguistic and/or cultural matching • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ◦ Educational and therapy written materials or handouts • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ◦ Giving out records/documents to patients to continue care themselves or at another place • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ◦ Capacity building • Patient data collection and management <ul style="list-style-type: none"> ◦ to identify potential patients or individuals at risk • Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> ◦ Home visits • Creating community health networks
Weech-Maldonado, R. et al. (2016)	National center for healthcare leadership diversity demonstration project	<ul style="list-style-type: none"> • Battery of preassessments • Diversity coach discussed the preassessment results with the leadership team • Development of organizational and individual level action plans in collaboration with leadership team and CEO • Executive coaching and training • Implementation of diversity leadership • Implementation of strategic human resource management • Promotion of patient cultural competency (provision of interpreter services and translated materials for limited English proficient patients, delivery of care, physical environment, and links to supportive services and providers) • Repetition of quantitative assessment battery to determine pre-post intervention change • Post-project feedback and planning for sustainable change and further improvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> ◦ Educational and therapy written materials or handouts ◦ adapting it to low literacy and education levels • Cultural competence training for healthcare providers • Human resources development <ul style="list-style-type: none"> ◦ Recruitment of bilingual and bicultural staff/oversea staff • Integration of interpreter services • Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ◦ Referral to specialized facilities which offer further culturally appropriate support

			<ul style="list-style-type: none"> Needs assessment and monitoring of organizational changes <ul style="list-style-type: none"> Organizational level assessment Creation of positions or groups to monitor and supervise the process Development of action plans Involvement of the facilities' leadership
Wennerstrom, A. et al. (2015)	Patient Resource and Education Program (PREP) to Support Disease Self-Management Among Vietnamese Americans	<ul style="list-style-type: none"> Integration of bilingual community health workers (CHW) in patient-centered medical homes (PCMHs) CHWs conducted home visits for each patient which included tailored health coaching Activities of CHW included building patient self-management capacity through individual and family education, collaborative goal setting, providing links to supportive community resources, basic interpretation, patient and community advocacy and interacting with health care providers. Adaptation wording of Vietnamese documents that were congruent with the local dialect To accommodate limited literacy we used handouts with colorful diagrams and simple language and visual aids CHWs called patients weekly to troubleshoot challenges and offer support 	<ul style="list-style-type: none"> Integration of community health workers <ul style="list-style-type: none"> Educate patients during home or clinic visits Intermediate between patients and providers Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> Educational and therapy written materials or handouts translating the materials into different adapting it to low literacy and education levels Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> Telephone calls to offer further support Outreach methods <ul style="list-style-type: none"> Home visits
Yasui, M. et al. (2014)	Culturally Enhanced Video Feedback Engagement Intervention (CEVE)	<ul style="list-style-type: none"> Shared understanding through cultural framing of the family's problem in a culturally congruent manner based on shared observations Cultural Ecogram (CE uses pictorial cues of a range of cultural and ecological influences) and Integrated Video Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporation of culturally specific concepts <ul style="list-style-type: none"> Patients' problems, explanatory models Use of specific culturally competent communication methods (CEVE)
Ye, J. et al. (2012)	Telepsychiatry service	<ul style="list-style-type: none"> Korean-speaking psychiatrist 	<ul style="list-style-type: none"> Linguistic matching Telemedicine <ul style="list-style-type: none"> offering treatment with a psychiatrist through webcam communication
Yu, J. et al. (2009)	Culturally Adaptation of the Healthcare Intervention Services (HIS) Model to deliver substance abuse intervention services to Asian Americans	<ul style="list-style-type: none"> interventionists who speak the language the client is most comfortable in Screening: the Simple Screening Instrument (SSI) for alcohol-and drug abuse was translated into seven major Asian languages: Chinese, Korean, Japanese, Vietnamese, Hindi, Farsi, and Bengali. Brief intervention: Clients assessed as "at risk" would receive a brief intervention. The interventionist specifically addresses 	<ul style="list-style-type: none"> Linguistic and/or cultural matching Incorporation of culturally specific concepts into individual contacts <ul style="list-style-type: none"> Perceptions of access barriers into healthcare Use of culturally and linguistically adapted written or visual material <ul style="list-style-type: none"> Screening instruments

		<p>any misunderstandings or barriers to treatment common among Asian Americans. A take home package in their own language.</p> <ul style="list-style-type: none">• Full intervention with a referral: Services offer clients with a substance abuse problem the opportunity to change the direction of their lives.• follow-up would provide the opportunity to assess the efficacy of the intervention and, if needed, an opportunity for further intervention.	<ul style="list-style-type: none">○ translating the materials into different languages• Continuity of care<ul style="list-style-type: none">○ Follow-up in clinic visits
--	--	---	---

4.2 Publikation 2

Handtke, O., Imgart, H., Krengel, S., Kuhnert, J., Schneider, J., & Mösko, M. (2021). Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation – eine qualitative Interviewstudie. *Rehabilitation*, 60(1), 21-28.

Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient/innen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation

Eine qualitative Interviewstudie

Barriers and Resources in Inpatient Psychosomatic Rehabilitative Care of Migrant Patients

A Qualitative Interview Study

Autoren

Oriana Handtke¹ , Hartmut Imgart² , Sabine Krengel³, Judith Kuhnert⁴, Jens Schneider⁵, Mike Mösko^{1, 6} 

Institute

- 1 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 2 Parkland-Klinik, Bad Wildungen-Reinhardshausen
- 3 AHG Klinik Waren (Müritz)
- 4 Curtius Klinik, Bad Malente-Gremsmühlen
- 5 Johannesbad Kliniken Fredeburg, Schmollenberg-Bad Fredeburg
- 6 Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

Schlüsselwörter

Psychosomatische Rehabilitationskliniken, Interkulturelle Öffnung, Patient/innen mit Migrationshintergrund, Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund

Keywords

inpatient psychosomatic rehabilitative care, cultural competences, migrant patients, migrant healthcare providers

online publiziert 05.11.2020

Bibliografie

Rehabilitation 2021; 60: 21–28

DOI 10.1055/a-1270-2100

ISSN 0034-3536

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Oriana Handtke
 Institut für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 Deutschland
oriana.handtke@studium.uni-hamburg.de



Zusätzliches Material (Tab. 3–5) zu diesem Beitrag finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-1270-2100>

ZUSAMMENFASSUNG

Patient/innen mit Migrationshintergrund nehmen Angebote der psychosomatischen Rehabilitation seltener in Anspruch und erreichen niedrigere Behandlungserfolge als Patient/innen ohne Migrationshintergrund. In der Gesundheitsversorgung begegnen Patient/innen mit Migrationshintergrund verschiedenen Prozessbarrieren und individuellen Hindernissen, die die Behandlung erschweren können. Studien haben gezeigt, dass auch für Mitarbeiter/innen in Gesundheitseinrichtungen die Behandlung von Patient/innen mit Migrationshintergrund herausfordernd sein kann.

Ziel dieser Studie ist es, Barrieren und Ressourcen von Patient/innen mit und ohne Migrationshintergrund zu erheben, die sie während ihrer Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken erleben, und miteinander zu vergleichen. Ferner sollen die Barrieren und Ressourcen von Mitarbeiter/innen mit und ohne Migrationshintergrund in der Behandlung von Patient/innen mit und ohne Migrationshintergrund erfasst und ebenfalls verglichen werden.

Es wurden insgesamt 77 semi-strukturierte Interviews geführt (20 Patient/innen mit Migrationshintergrund und 19 ohne, sowie 14 Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, 24 ohne). Die Daten wurden transkribiert und nach der Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung ausgewertet.

Patient/innen mit und ohne Migrationshintergrund profitieren nach eigenen Angaben von der Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Die wichtigsten Barrieren für Patient/innen mit Migrationshintergrund und Mitarbeiter/innen sind Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, divergierende Erwartungen sowie die eigenschränkte interkulturelle Öffnung der Rehabilitationskliniken. Sofern diese implementiert ist, profitieren Patient/innen mit Migrationshintergrund und Mitarbeiter/innen ohne Migrationshintergrund von ihr,

während v. a. Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund diese gewährleisten und unter Mehrbelastungen leiden.

ABSTRACT

Patients from migrant descent access inpatient psychosomatic rehabilitative care less and achieve less treatment success than patients from the host populations. They are confronted with different process barriers in the healthcare system which combined with individual barriers can inhibit successful treatment. Studies have shown that working with migrant patients may also be challenging for healthcare providers.

This study aims to assess and compare barriers and resources faced by migrant and non-migrant patients during their treatment in inpatient psychosomatic rehabilitative care. Also, the aim is to assess and compare barriers and resources faced by healthcare providers in treating migrant and non-migrant pa-

tients in order to identify barriers and resources specific to working with migrant patients.

A total of 77 semi-structured interviews were conducted (20 migrant and 19 non-migrant patients as well as 14 migrant and 24 non-migrant healthcare providers). Data were transcribed and analyzed applying the method of qualitative content analysis (Mayring) with inductive categories.

Migrant and non-migrant patients stated that they profit from the treatment in inpatient psychosomatic rehabilitative care. The greatest barriers for both migrant patients and healthcare providers are language barriers, cultural differences, differences in expectations regarding the treatment and limited organizational cultural competences. As far as organizational cultural competences are implemented, they are profitable for migrant patients and non-migrant healthcare providers. However, migrant healthcare workers seem responsible for implementing culturally competent care and suffer from increased workload.

Hintergrund

In Deutschland weisen 23,5% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (MH) auf [1]. Studien deuten darauf hin, dass Menschen mit MH seltener Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen [2, 3] und verschiedenen Barrieren im Zugang sowie in der Versorgung begegnen. Menschen mit MH sind ebenso von psychischen Erkrankungen betroffen wie Menschen ohne MH [4]. Dennoch nehmen sie stationäre psychosomatische Rehabilitationsangebote seltener in Anspruch [5].

Zu Beginn der stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung berichten Patient/innen mit MH (PaMH) von einer insgesamt höheren psychopathologischen Gesamtbelastung [5–7], längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten [8, 9] und weisen häufiger chronifizierte Krankheitsverläufe auf als Patient/innen ohne MH (PaOH) [10, 11]. Bezüglich der erhaltenen therapeutischen Leistungen während der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung unterscheiden sich PaMH und PaOH nicht oder nur geringfügig [8]. PaMH verlassen die Rehabilitation jedoch mit geringeren Behandlungserfolgen als PaOH [5, 8, 12].

Menschen mit MH begegnen während ihrer Behandlung in Gesundheitseinrichtungen verschiedenen Prozessbarrieren. Diese umfassen divergierende Vorstellungen von Krankheit und Heilung, die organisatorische Komplexität des Gesundheitssystems sowie Diskriminierungserfahrungen innerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Häufig kommen persönliche Hindernisse hinzu, wie Angst vor Stigmatisierung oder geringe Gesundheitskompetenz. Die größten Barrieren stellen eingeschränkte Sprachkenntnisse in der Mehrheitsprache bis hin zu Analphabetismus in der Muttersprache sowie das Fehlen von professionellen Sprachmittler/innen in Gesundheitseinrichtungen dar [2, 13–16].

Auch Behandler/innen begegnen Prozessbarrieren in der Behandlung von PaMH. Besonders herausfordernd sind Sprachbarrieren sowie unterschiedliche Vorstellungen von Behinderung, Unabhängigkeit, Entscheidungsfindung und Geschlechterrollen [15].

Diese können zu Kommunikationsproblemen, Gefühlen von Überforderung oder Hilflosigkeit führen [14, 15, 17].

Um die gesundheitliche Versorgung von PaMH zu verbessern, wird die interkulturelle Öffnung (IKÖ) von Gesundheitseinrichtungen angestrebt [18]. IKÖ ist ein Organisationsentwicklungsprozess mit dem Ziel, Zugangs- und Prozessbarrieren für PaMH gezielt abzubauen, beispielsweise durch den Aufbau multikultureller Teams, die Verfügbarkeit geschulter Dolmetscher/innen oder mehrsprachiger Informationsmaterialien [19, 20]. Die IKÖ stellt eine wichtige Ressource dar, um negative Erfahrungen zu verringern, die Adhärenz zu stärken und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Eine begrenzte IKÖ verhindert hingegen, dass den Behandler/innen Mittel zu Verfügung gestellt werden, um beschriebene Barrieren zu bewältigen [15].

Bis heute existiert keine qualitative Studie, die Prozessbarrieren und Ressourcen in der Behandlung von PaMH aus Sicht der Patient/innen und Behandler/innen mit und ohne MH in psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland erforscht. In der Erforschung von erlebten Barrieren und Ressourcen von Behandler/innen wurde die Perspektive von Behandler/innen mit MH bis heute vernachlässigt, obwohl sie eine wesentliche Rolle in der Behandlung von PaMH spielen.

Ziel dieser Studie ist es, Barrieren und Ressourcen von Patient/innen mit und ohne MH zu erheben und zu vergleichen, die sie während ihrer Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken erleben. Ferner sollen die Barrieren und Ressourcen von Mitarbeiter/innen mit und ohne MH in der Behandlung von Patient/innen im Allgemeinen und von PaMH im Speziellen erfasst und verglichen werden.

Methode

Studiendesign

Diese qualitative Interviewstudie wurde von der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg (Antrag 80/2015-PTK-

HH) bewilligt. Mitarbeiter/innen und Patient/innen mit und ohne MH wurden im Rahmen semi-strukturierter Interviews einmalig befragt. Eine Person mit MH wurde nach dem statistischen Bundesamt als eine Person definiert, die selber oder mindestens eines ihrer Elternteile nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde [21].

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die von der Rentenversicherung belegt werden. Eine Klinik hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von türkischsprachigen Patient/innen, weshalb sie speziell für diese Studie ausgewählt wurde. Die drei anderen Kliniken repräsentieren die Regelversorgung. Die Leitungen der Kliniken sowie die Betriebsräte haben dem Vorhaben vor Beginn der Studie zugestimmt. Nachdem das Ziel und die geplante Durchführung der Studie den therapeutischen, ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter/innen aller Kliniken vorgestellt wurden, wurden diese um ihre Teilnahme gebeten. Auf Wunsch der Kliniken und aus Gründen der Einfachheit übernahm je ein/eine Mitarbeiter/in pro Klinik die Rekrutierung der Teilnehmenden. Mitarbeiter/innen, die an der Studie teilnehmen wollten, konnten sich bei der verantwortlichen Person melden. In Kliniken in denen sich nur wenige Mitarbeiter/innen meldeten, wurden diese direkt angesprochen und um die Teilnahme gebeten. Patient/innen wurden unter Berücksichtigung ihrer psychischen Belastbarkeit und ihrer deutschen Sprachkenntnisse von der verantwortlichen Person ausgewählt und um ihre Teilnahme gebeten. Zusätzlich hing ein Informationsblatt in den Kliniken aus, das darauf hinwies, dass Proband/innen für die Studie gesucht wurden. Interessierte konnten sich bei der zuständigen Person melden. Zur Erreichung der theoretischen Sättigung wurde eine Stichprobengröße von 16 Teilnehmenden pro Gruppe (MaOH, MaMH, PaOH und PaMH) festgelegt [22]. Somit waren je vier Interviews pro Klinik pro Gruppe geplant. Alle Interviews wurden von der Erstautorin in der jeweiligen Klinik anhand semi-strukturierter Interviewleitfäden auf Deutsch durchgeführt. Der Interviewleitfaden für Patient/innen deckte die Dimensionen „Eindrücke und Erfahrungen zu Beginn des Rehabilitationsaufenthalts“, „Beschreibung der Angebote in den Kliniken“, „Beschreibung des Kontakts zu Mitarbeiter/innen“, „Beschreibung des Zusammenlebens mit Mitpatient/innen“, „Beschreibung der häuslichen Versorgung“ und „Soziodemografische Daten“ ab. Auf allen Dimensionen wurde zunächst neutral nach den Erfahrungen der Patient/innen gefragt und danach ggf. nach positiven und negativen Aspekten. Der Interviewleitfaden der Mitarbeiter/innen bildete die Dimensionen „Beschreibung ihres Aufgabenbereichs“, „Beschreibung der Arbeit mit Patient/innen allgemein“, „Beschreibung der Arbeit mit PaMH“ und „Soziodemografische Daten“ ab. Auch hier wurden die Themen zunächst offen exploriert und danach ggf. nach Ressourcen oder Barrieren bzw. Herausforderungen gefragt. Die Erstautorin hat keinen MH, ist Psychologin und hat die Interviews als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kontext ihrer Promotion durchgeführt. Die Kliniken stellten jeweils einen ruhigen Raum zu Verfügung, in dem die Interviews durchgeführt wurden.

Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden über die Studie informiert und ihre Einwilligung zur Teilnahme eingeholt.

Die Interviews wurden in 2 Zeiträumen erhoben: Juni–Juli 2016 und Juni–September 2017. Die durchschnittliche Dauer der Interviews mit Patient/innen lag bei 36 Min (SD = 9,76) und die der Interviews mit Mitarbeiter/innen bei 46 Min (SD = 11,49). Die Interviews wurden audiodigital aufgenommen und transkribiert.

Datenauswertung

Die Daten wurden nach der Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung ausgewertet [23]. Zur Datenauswertung wurde die Software MAXQDA Version 2018.2 benutzt. Die Daten wurden von der Erstautorin kodiert und kategorisiert. Vorläufige Kategorien wurden in der Arbeitsgruppe mit vier qualitativen Forscher/innen diskutiert und entsprechend der Empfehlungen überarbeitet. Die Kategorien wurden daraufhin erneut mit 2 Mitgliedern aus der Arbeitsgruppe besprochen bis Konsens über Kategorieninhalt und -benennung erreicht wurde.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 39 Patient/innen interviewt, 20 PaMH und 19 PaOH (► **Tab. 1**). Mehrheitlich waren die Interviewten Frauen, wobei die PaMH durchschnittlich zwei Jahre älter waren als die PaOH.

Es wurden 38 Mitarbeiter/innen interviewt, 14 MaMH und 24 MaOH (► **Tab. 2**). 71 % der MaMH sind selbst nach Deutschland migriert, während 29 % der Mitarbeiter/innen Migrant/innen zweiter Generation waren. Die Herkunftsländer der MaMH in dieser Stichprobe waren Russland, Türkei, Syrien, Tschechien und Ungarn. Insgesamt beteiligten sich mehr Frauen, mit 79 % bei den MaMH und 71 % bei den MaOH.

Die Anzahl der durchgeführten Interviews unterscheidet sich von der geplanten, da aus Gründen der Wertschätzung alle Personen miteingeschlossen wurden, die den Wunsch hatten an der Studie teilzunehmen. Die Stichprobe der MaMH besteht lediglich aus 14 Personen, da in einer Klinik weniger als 4 MaMH arbeiteten.

Insgesamt konnten die von Patient/innen und Mitarbeiter/innen berichteten Barrieren und Ressourcen in 12 Themenkomplexe kategorisiert werden. Patient/innen nannten 21 Barrieren in neun Kategorien, von denen 5 nur von PaMH und 2 nur von PaOH berichtet wurden. Gleichzeitig beschrieben sie 28 Ressourcen in 10 Kategorien. Sieben Ressourcen wurden ausschließlich von PaMH und eine ausschließlich von PaOH genannt. Eine Übersicht ist in ► **Tab. 3 (online)** abgebildet.

In der Versorgung und Behandlung von Patient/innen im Allgemeinen nannten Mitarbeiter/innen 10 Barrieren in fünf Kategorien und zusätzlich acht Barrieren in vier Kategorien bezüglich der Behandlung von PaMH. Die Ergebnisse sind in ► **Tab. 4 (online)** zusammengefasst. Mitarbeiter/innen berichteten von zehn Ressourcen in drei Kategorien in Bezug auf die Versorgung und Behandlung von Patient/innen im Allgemeinen. Zusätzlich wurden 13 Ressourcen in sieben Kategorien hinsichtlich der Behandlung von PaMH genannt. Eine Übersicht ist in ► **Tab. 5 (online)** zu finden.

Therapieansatz und Gestaltung der Therapiepläne

Der ganzheitliche Therapieansatz der Rehabilitationskliniken wurde von Patient/innen als sinnvoll und förderlich angesehen. Die Viel-

► **Tab. 1** Soziodemografische Daten der Patient/innenstichprobe.

Soziodemografische Daten	PaMH (n = 20)	PaOH (n = 19)
Alter (Durchschnitt)	50,4	48,2
Frauen (%)	18 (90)	10 (53)
Geburtsland (%)		
Deutschland		19 (100)
Türkei	5 (25)	
Polen	5 (25)	
Kasachstan	3 (15)	
Bosnien	2 (10)	
Ecuador	1 (5)	
Finnland	1 (5)	
Portugal	1 (5)	
Tunesien	1 (5)	
Ungarn	1 (5)	
Jahre in D (Durchschnitt)	28,3	
Ausbildung / Schulabschluss		
Abgeschlossenes Studium	8 (40)	3 (15,8)
Abgeschlossene Ausbildung	7 (35)	13 (68,4)
Abitur	0	1 (5,3)
Realschulabschluss	1 (5)	2 (10,5)
Hauptschulabschluss	1 (5)	0
Grundschulabschluss	3 (15)	0
Aufenthaltsdauer in Klinik ¹ (Durchschnitt in Wochen)	4	4,5

¹ zum Zeitpunkt der Befragung.

seitigkeit und der hohe Grad an Flexibilität der Therapiepläne wurden von ihnen geschätzt. Diesen erlebten auch Mitarbeiter/innen als hilfreich in Bezug auf die Behandlung von PaMH. Patient/innen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen war es dadurch möglich Angebote, denen sie sprachlich schwer folgen konnten, durch eher ausdrucksorientierte Angebote zu ersetzen. Nichtsdestotrotz löste der hohe Umfang der Therapiepläne bei Patient/innen beider Gruppen Stress aus. Zudem wünschten sie sich oftmals eine Individualisierung und eine bessere Anpassung der Therapien an ihre Bedürfnisse.

Organisation und Regeln innerhalb der Kliniken

Klinikregeln und zeitliche Vorgaben wurden von Patient/innen zwar respektiert, doch als einschränkend erlebt. Die Sitzordnung im Speisesaal wurde von Patient/innen beider Gruppen als positiv gesehen, da sie Unsicherheiten entgegenwirkte. Dennoch ärgerte sich ein PaMH über die Aufteilung nach deutsch- und türkischsprachigen Patient/innen im Speisesaal, da diese die Kontaktaufnahme zu PaOH erschwerte. Patient/innen schätzten das Patensystem, bei welchem neuen Patient/innen ein Pate zur Unterstützung in der Anfangszeit zugeteilt wird. Zwei PaMH profitierten von dem regelmäßigen Essen. Eine PaMH war erfreut darüber, dass ihre Familie

► **Tab 2** Soziodemografische Daten der Mitarbeiter/innenstichprobe.

Soziodemografische Daten	MaMH (n = 14)	MaOH (n = 24)
Alter (Durchschnitt)	43,1	43,7
Frauen (%)	11 (79)	17 (71)
Geburtsland (%)		
Deutschland	4 (29)	24 (100)
Russland	4 (29)	n. a.
Türkei	3 (21)	n. a.
Syrien	1 (7)	n. a.
Tschechien	1 (7)	n. a.
Ungarn	1 (7)	n. a.
Jahre in Deutschland ¹ (Durchschnitt)	18,4	n. a.
Berufsgruppen		
Psycholog/innen/Psychotherapeut/innen	6 (43)	8 (33)
Ärztliches Personal	5 (36)	3 (13)
Pflegepersonal	3 (21)	4 (16)
Körper-/Physio-/Tanz-/Musiktherapeut/innen		5 (21)
Sozialarbeiterin		3 (13)
Ernährungsberater/in		1 (4)
Arbeitsdauer in Klinik (Durchschnitt)	5,1	8,9
Arbeitsstunden (Durchschnitt/Woche)	34,8	34,2

¹ Bezieht sich auf Mitarbeiter/innen mit eigener Migrationserfahrung.

zu Besuch kommen dürfte. MaMH erlebten die transparenten Behandlungsabläufe und -konzepte sowie den Diktier- und Schreibdienst als hilfreich.

Therapeutische Behandlung

In der therapeutischen Behandlung waren die Aktualisierung ihrer Probleme und ihrer Symptomatik sowie die umfangreiche Diagnostik für Patient/innen schwierig. Gleichzeitig profitierten sie von der Problembearbeitung sowie von positiven Erfahrungen während der Therapien, wie bspw. Stressabbau und Freude an Sportangeboten. Mitarbeiter/innen erlebten die Therapie- und Veränderungsmotivation der Patient/innen, einen sichtbaren Therapieerfolg, das Gefühl helfen zu können, viel über Menschen lernen zu können, die Beziehungsarbeit, die Möglichkeit fachliche Kompetenzen zu erlernen und die Abwechslung in ihrer Tätigkeit als Ressourcen. Divergierende Erwartungen an die Behandlung stellten sowohl für Patient/innen als auch Mitarbeiter/innen ein Hindernis dar. So hatten manche Patient/innen eine somatische Behandlung erwartet und waren enttäuscht über die Behandlung psychischer Probleme. Aus Sicht der Mitarbeiter/innen erwarteten vor allem PaMH oftmals eine direktiv-somatische Behandlung, welche sich von der geplanten psychotherapeutischen Behandlung unterschied. Dies spiegelte sich in der Symptombeschreibung von PaMH, die von Mitarbeiter/innen oft als stark somatisch orientiert erlebt wurde und einem somatischen Krankheitsverständnis wider. Mitarbeiter/innen erzählten, dass eine tiefgehende Therapie in der vorgesehe-

nen Zeit oft nicht möglich war, da zunächst ein Bewusstsein für psychische Prozesse und Probleme geschaffen werden musste. Die Behandlung von PaMH konzentrierte sich daher oft auf Psychoedukation, Ressourcenarbeit und Alltagsunterstützung. Dazu passend gaben PaMH an, vor allem von der Psychoedukation zu profitieren und sich mehr Materialien zum Nachlesen zu wünschen. Laut der Mitarbeiter/innen hatten PaOH hingegen oft sehr hohe Ansprüche an soziale und therapeutische Leistungen. Den Mitarbeiter/innen zufolge war der Umgang mit einem somatischen Krankheitsverständnis sowie der Barriere niedriges Bildungsniveau oder Analphabetismus bei der Behandlung von PaMH als auch PaOH gleichermaßen hinderlich, doch begegneten sie ihnen öfter bei PaMH. Die geringe Verfügbarkeit von mehrsprachigen ambulanten psychotherapeutischen Angeboten schränkten zudem eine angemessene Nachsorge und die Therapiemotivation von PaMH ein. Weitere allgemeine Barrieren für Mitarbeiter/innen waren der Umgang mit schwer belasteten oder krisenhaften Patient/innen, der Wunsch nach einem Therapeutenwechsel und Leid mit zu ertragen.

Gruppentherapien

PaMH verspürten in Gruppentherapien teilweise Angst und Scham davor, die eigenen Probleme mit anderen zu teilen. Dennoch stellten die Gruppentherapien insofern eine große Ressource dar, als die Patient/innen beider Gruppen erkannten, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine waren, voneinander lernen konnten, Vertrauen aufbauen konnten und merkten, dass es hilfreich ist, sich in den Gruppen zu beteiligen. Für MaOH war es in Gruppentherapien zum Teil herausfordernd, allen Patient/innen im gleichen Umfang gerecht zu werden. Jedoch berichteten sie, dass PaMH die Gruppen mit zusätzlichen Themen bereicherten, wie beispielsweise Entwurzelung, von denen auch PaOH profitierten.

Kontakt zum Personal

Das Personal wurde von Patient/innen als große Ressource benannt. Vor allem die ausgeprägte Freundlichkeit, der hohe Grad an Unterstützung in verschiedenen Situationen und eine hohe fachliche Kompetenz wurden geschätzt. Unfreundliche oder wenig unterstützende Mitarbeiter/innen sowie eine geringe fachlicher Kompetenz wurden jedoch als belastend erlebt. Eine PaMH störte sich an den strengen personellen Hierarchien in der Klinik, da diese zu einer angespannten Atmosphäre führten (PaOH-6).

Kontakt zu Patient/innen

Patient/innen profitierten sehr von dem offenen Kontakt und dem persönlichen Austausch mit Mitpatient/innen. Zwischen ihnen herrschten viel Verständnis und Unterstützung, welche sie in ihrem Alltag oft nicht bekamen. Gemeinsame Aktivitäten in Gruppen brachten Freude und Ablenkungen von Problemen. Dennoch konnte der Kontakt zu Mitpatient/innen auch hinderlich für das Wohlbefinden sein, wenn es zu Antipathien und Konflikten kam. Es bildeten sich schnell Gruppen, was es für manche Patient/innen schwer machte, in Kontakt zu treten. Die psychischen Probleme der Mitpatient/innen lösten Unsicherheiten aus und wurden teilweise als belastend erlebt. Eine besondere Barriere für PaMH stellte die Abwertung oder Diskriminierung durch Mitpatient/innen dar, beispielsweise in Form von abwertenden Kommentaren oder Grup-

penausschluss. Daneben wurde der Kontakt zu Patient/innen aus dem gleichen Kulturkreis von PaMH als Ressource benannt.

Für Mitarbeiter/innen waren Dankbarkeit und Freundlichkeit der Patient/innen wichtige Ressourcen in ihrer Arbeit. MaMH berichteten jedoch von Abwertungen durch Patient/innen, die sie als Barriere in ihrer Arbeit sahen. So kam es vor, dass Patient/innen ihre Kompetenzen anzweifelten, abwertende Äußerungen bezüglich ihrer kulturellen Zugehörigkeit machten oder Mitarbeiter/innen in stellvertretende weltpolitische Konflikte verwickelten.

Somatische Versorgung in den Kliniken

Patient/innen wünschten sich oftmals eine bessere somatische Versorgung in den Kliniken, andere waren jedoch mit der vorhandenen zufrieden. MaOH merkten an, dass eine umfassende somatische Versorgung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken nicht möglich ist.

Lage der Rehabilitationskliniken

Die Lage der Rehabilitationskliniken in ländlichen Gebieten wurde von Patient/innen sehr geschätzt. PaMH bemerkten, sie konnten in der ruhigen Umgebung entspannen und ihre Situation reflektieren.

Allgemeines Erleben während des Aufenthalts in psychosomatischen Rehabilitationskliniken

Die unbekannte Umgebung und Situation, sich in einer stationären Rehabilitationsbehandlung zu befinden, war zu Beginn des Aufenthalts sowohl für PaMH als auch PaOH herausfordernd. Dies äußerte sich in Orientierungslosigkeit innerhalb der Klinik, Aufregung sowie dem Gefühl von Fremdheit bei PaMH. Gleichzeitig erlebten Patient/innen während ihres Aufenthalts ein Gefühl von Sicherheit innerhalb der Kliniken und profitierten von dem Abstand zu einem oft belastenden Alltag.

Sprachbarrieren

Sprachbarrieren wurden von Mitarbeiter/innen und PaMH als Barriere erlebt. Sofern Sprachbarrieren bei PaMH bestanden, waren diese in der Behandlung und der Kontaktaufnahme zu Mitpatient/innen hinderlich, was letztendlich zum sozialen Rückzug führte. Beide Gruppen von Mitarbeiter/innen konnten aufgrund von Sprachbarrieren den PaMH wichtige Informationen oft nicht vermitteln oder nicht einholen. Um dennoch eine Behandlung durchführen zu können, passten Mitarbeiter/innen ihre Sprachgestaltung und Gesprächsführung an, indem sie beispielsweise langsamer sprachen und mehr Rückfragen stellten. MaMH erlebten teilweise auch ihre eigenen eingeschränkten Deutschkenntnisse als Barriere, um ihre Arbeit wie gewünscht ausführen zu können.

Interkulturelle Öffnung

Im Rahmen der IKÖ profitierten PaMH von dem muttersprachlichen Angebot der Klinik mit Schwerpunkt für türkischsprachige Migrant/innen und von der Behandlung durch mehrsprachige Mitarbeiter/innen. Sie konnten sich sprachlich besser ausdrücken und innere Vorgänge besser benennen. Auch Patient/innen ohne Sprachbarriere betonten, dass das kulturelle Verständnis der Behandler/innen die Problembearbeitung erleichterte. Ferner schätzten PaMH die Möglichkeit der Einhaltung kultureller oder religiöser Vorschriften

beim Essen. MaOH beschrieben die vorhandene IKÖ ebenfalls als Ressource. So berichteten sie, dass der Austausch mit mehrsprachigen Kolleg/innen bzgl. PaMH hilfreich ist. Zudem erlebten MaOH ausdrucksorientierte Therapien, aufgrund der geringen sprachlichen Anteile, als förderlich in der Arbeit mit PaMH, ebenso wie ein klinikinternes Dolmetschersystem und die Verfügbarkeit von mehrsprachigen Gesundheitsinformationen. MaMH hingegen bemängelten eine wenig ausgeprägte IKÖ der Kliniken. Es fehlte an mehrsprachigen Behandler/innen und Behandlungsmaterialien. Dies führte dazu, dass mehrsprachige Mitarbeiter/innen von PaMH oft als einzige Ansprechpartner/innen gesehen wurden. In Kombination mit wenig Unterstützung durch die Leitung führte dies zu vermehrten Arbeitsbelastungen der MaMH. Sofern die Kliniken interkulturell geöffnet waren, übernahmen MaMH Übersetzungs- und Dolmetschertätigkeiten neben ihren behandlerischen Aufgaben. Diese zusätzlichen Tätigkeiten, für die sie nicht ausgebildet waren, führten zu erheblichen zeitlichen und psychischen Belastungen. Auch für MaOH waren Gespräche mit Dolmetscher/innen herausfordernd, da sie mehr Zeit in Anspruch nahmen und Unsicherheiten entstanden, ob adäquat übersetzt wurde.

Kulturelle Unterschiede und Kompetenzen

Kulturelle Unterschiede zu PaMH waren für MaOH und teilweise für MaMH hinderlich, selbst wenn diese dieselbe Sprache sprachen. Hinderliche Unterschiede bezogen sich vor allem auf die Rolle von Frauen und Männern, die Wichtigkeit der Familie, den Ausdruck von Emotionen und Bedürfnissen, die Offenheit in der Problemdarstellung vor Anderen, Essgewohnheiten und religiöse Normen. Zum Umgang mit diesen Barrieren berichteten Mitarbeiter/innen von kulturellen Kompetenzen, nämlich dem Interesse für und der Integration der kulturellen Prägungen in die Behandlung. Zudem rückten PaMH Themen wie kulturelle Diversität und Diskriminierung in den Vordergrund, wodurch MaOH ihre eigenen kulturellen Prägungen, Einstellungen und Vorurteile reflektierten. Der eigene Migrationshintergrund von MaMH stellte für sie in der Arbeit mit PaMH eine Ressource dar. Laut MaMH erleichterte das geteilte kulturelle Verständnis die Behandlung von PaMH. Zudem hatten sie den Eindruck, generell ein besseres Verständnis für migrationsspezifische Erfahrungen zu haben als MaOH und kulturelle Unterschiede leichter reflektieren zu können.

Diskussion

Patient/innen mit und ohne MH berichten von ähnlichen Ressourcen und Barrieren während ihres Aufenthalts in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Dennoch erleben PaMH zusätzlich Barrieren, profitieren jedoch auch von der IKÖ der Rehabilitationskliniken. Für Mitarbeiter/innen ist vor allem der Umgang mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden herausfordernd. Mitarbeiter/innen bewerten die Diversität der Patient/innen als positiv, und haben interkulturelle sowie kommunikative Kompetenzen entwickelt. Die Anwendung dieser bedarf jedoch zusätzlicher zeitlicher und personeller Ressourcen, welche momentan nicht in ausreichender Weise von den Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Dies führt zu einer erhöhten Belastung der Mitarbeiter/innen.

PaMH unterscheiden sich von PaOH vornehmlich in folgenden Punkten: Diskriminierungserfahrungen, Angst und Scham in Grup-

pentherapien und Sprachbarrieren. Die Ergebnisse entsprechen teilweise denen eines internationalen Reviews. Dieses nennt Sprachbarrieren, die Verwendung von schriftlichen Materialien und die Abwesenheit von Dolmetscher/innen, als wichtigste Hindernisse für PaMH in der rehabilitativen Versorgung [15]. Als positiv erlebten PaMH die muttersprachliche Behandlung, Mitpatient/innen mit MH, Berücksichtigung von Essgewohnheiten, Familienbesuche und Psychoedukation. Ergebnisse aus der Literatur zeigen, dass ein Bewusstsein für kulturelle Prägungen, eine unvoreingenommene Haltung, eine tragfähige Beziehung zwischen Behandler/innen und Patient/innen, Klärung der Erwartungen an die Behandlung, sprach- und kultursensible Materialien, die Möglichkeit einer gleichgeschlechtlichen Behandlung und die Erläuterung des Gesundheitssystems hilfreich für PaMH in der rehabilitativen Versorgung sind [15]. Schmelting-Kludas et al. (2003) betonen ebenfalls die Wichtigkeit psychoedukativer Elemente in der Behandlung von PaMH, da diese eingeschränkte therapeutische Vorerfahrung und unterschiedliche Krankheitsmodelle mitbringen [10].

Die von Mitarbeiter/innen berichteten Barrieren in der Behandlung von Patient/innen mit und ohne MH unterscheiden sich in einigen Punkten. Barrieren, die spezifisch in Bezug auf die Behandlung von PaMH genannte wurden, waren Unterschiede in der Symptombeschreibung, Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Defizite in der ambulanten Versorgung und die eingeschränkte IKÖ der Kliniken. Ferner sind divergierende Erwartungen an die Behandlung, ein somatisches Krankheitsverständnis und ein niedriges Bildungsniveau bzw. Analphabetismus aus der Literatur bekannte Barrieren [14–16, 24]. In dieser und anderen Studien wurden diese Barrieren ebenso für PaOH berichtet [25], jedoch in geringerem Umfang. Es wird deutlich, dass bei der Identifizierung von Barrieren Vorsicht vor Kulturalisierung gegeben sein muss.

Spezifische Belastungen für MaMH stellen Dolmetscher- und Übersetzungstätigkeiten, die muttersprachliche Behandlung sowie die eingeschränkte IKÖ der Kliniken dar. Der Einsatz von Gesundheitspersonal als Dolmetscher/innen und Übersetzer/innen ohne entsprechende Qualifikation ist kritisch zu sehen, da es zu Übersetzungsfehlern und Missverständnissen kommen kann [28]. MaMH berichten, dass diese zu einem überfordernden Workload ohne zeitliche oder finanzielle Kompensation oder Gratifikation führen. Studien aus Kanada zeigen, dass ohne organisationale Anpassungen mehrsprachige Mitarbeiter/innen einem überfordernden Workload ausgesetzt sind, welcher zu hohen Belastungen führt und die Bindung der Mitarbeiter/innen an die Kliniken reduziert [26, 27]. Auch in dieser Studie äußerten MaMH den Wunsch nach organisationalen Veränderungen, nämlich Unterstützung durch die Leitung, entsprechende Kompensation für Dolmetscher- und Übersetzungstätigkeiten und die Aufstockung mehrsprachigen Personals. Zusammengefasst verlangen sie nach einer umfassenden IKÖ der Kliniken. Es ist zu vermuten, dass die IKÖ aktuell hauptsächlich von MaMH gewährleistet wird und dementsprechend zu Belastungen führt, während MaOH und PaMH von ihr profitieren.

Stärken und Limitationen

Eine Stärke dieser Studie ist, dass sowohl Menschen mit und ohne MH befragt und die Ergebnisse verglichen wurden. So konnte Kulturalisierung entgegengewirkt werden. Die hohe Anzahl an Interviews (N = 77) und die Diversität der Befragten bezüglich der Be-

rufgruppen, ihrer kulturellen Hintergründe und Sprachkenntnisse versprechen eine gute Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Dennoch müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Die Daten wurden lediglich in vier Kliniken erhoben, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere psychosomatische Rehabilitationskliniken einschränkt. Durch die Heterogenität der Stichproben mit MH können keine Aussagen über spezifische migrantische Subgruppen getroffen werden.

Die angewandte Rekrutierungsmethode könnte zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Sie beruhte in erster Linie auf der Motivation der Mitarbeiter/innen und Patient/innen an der Studie teilzunehmen sowie auf der Einschätzung der Deutschkenntnisse und der psychischen Belastbarkeit der Patient/innen durch die/den verantwortliche/n Mitarbeiter/in. Dadurch könnten vor allem Mitarbeiter/innen mit einer ausgeprägten Offenheit und Kompetenz für das Thema teilgenommen haben. Auf Seiten der Patient/innen könnte dies dazu geführt haben, dass vor allem jene interviewt wurden, die bereits relevante Ressourcen mitbringen, wie gute Deutschkenntnisse, eine ausreichende Belastbarkeit und Offenheit. Befragte PaMH hatten zudem ein mittleres bis hohes Bildungsniveau, da 75 % ein abgeschlossenes Studium oder eine abgeschlossene Ausbildung vorwies. Ein höheres Bildungsniveau hängt mit einer verbesserten Gesundheitskompetenz zusammen, die wiederum das Gesundheitsverhalten und die Nutzung von Gesundheitsleistungen positiv beeinflusst [29].

KERNBOTSCHAFT

Patient/innen mit und ohne MH profitieren nach eigenen Angaben von der Behandlung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Die wichtigsten Barrieren für PaMH und Mitarbeiter/innen in der Behandlung von PaMH sind Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, divergierende Erwartungen und die eigenschränkte IKÖ der Rehabilitationskliniken. Sofern diese implementiert ist, profitieren PaMH und MaOH von ihr, während v. a. MaMH diese gewährleisten und unter Mehrbelastungen leiden.

Förderung

Das Projekt wurde vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) finanziert.

Danksagung

Wir danken den Mitarbeiter/innen der Kliniken, die die Interviewpartner/innen rekrutiert und somit die Umsetzung dieser Studie möglich gemacht haben. Zudem danken wir allen Interviewten für Ihre Bereitschaft und ihre Offenheit.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Migration und Integration – Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund. 2017
- [2] World Health Organization (WHO) European Region. Health of refugees and migrants Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. 2018
- [3] Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International journal for equity in health* 2018; 17: 160. doi:10.1186/s12939-018-0876-z
- [4] Risch R, Dingoyan D, von Wolff A et al. The relative risk of mood and anxiety disorders in people with migration background in comparison to their host society – a systematic review. Paper presented at the 3rd World Congress of Cultural Psychiatry of the World Association of Cultural Psychiatry. 2012 London
- [5] Mösko M, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 465–474
- [6] Gruner A, Oster J, Muller G et al. Symptomatik, Krankheitsmodelle, Behandlungserleben und Effekte bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2012; 58: 385–393. doi:10.13109/zptm.2012.58.4.385
- [7] Kessemeier FM, Bassler M, Petermann F et al. Therapeutische Allianz und Rehabilitationszufriedenheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation – Analyse routinemäßig erhobener Daten. *Phys Med Rehab Kuror* 2019; 29: 267–274. doi: 10.1055/a-0862-0657
- [8] Zollmann P, Pimmer V, Rose AD et al. Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. *Die Rehabilitation* 2016; 55: 357–368. doi:10.1055/s-0042-120085
- [9] Kobelt A, Göbber J. WP Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Phys Med Rehab Kuror* 2013; 23: 353–357
- [10] Nickel C, Lojewski N, Muehlbacher M et al. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 147–153
- [11] Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation* 2003; 42: 363–370
- [12] Mösko M, Schneider J, Koch U et al. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 176–182
- [13] Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet (London, England)* 2018; 392: 2606–2654. doi:10.1016/s0140-6736(18)32114-7
- [14] Mösko MO, Gil-Martinez F, Schulz H. Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clinical psychology & psychotherapy* 2013; 20: 434–446. doi:10.1002/cpp.1785
- [15] Grandpierre V, Milloy V, Sikora L et al. Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC health services research* 2018; 18: 23. doi:10.1186/s12913-017-2811-1
- [16] Schwarz B, Markin K, Salman R et al. Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation* 2015; 54: 362–368. doi:10.1055/s-0041-108279

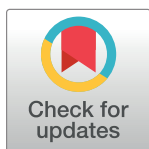
- [17] Zaumseil M. Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In: Wohlfart E, Zaumseil M, Hrsg. *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2006
- [18] Die Bundesregierung. *Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – neue Chancen*. Berlin: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2007
- [19] Handschuck H, Schröer H. Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. *neue praxis* 2002; 5: 511–521
- [20] Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2002; 73: 1208–1212
- [21] Statistisches Bundesamt (Destatis). *Bevölkerung – Migration und Integration*. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html Stand: 06.04.2020
- [22] Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* 2006; 18: 59–82. doi: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- [23] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag; 2010
- [24] Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W et al. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research* 2015; 15: 390. doi:10.1186/s12913-015-1065-z
- [25] Schury K, Beutel ME, Gerzymisch K et al. Rehabilitants' Expectations and Informational Needs Concerning Inpatient Psychosomatic Rehabilitation – Results of a Qualitative Analysis. *Die Rehabilitation* 2018; 58: 304–311. doi:10.1055/a-0645-9142
- [26] Drolet M, Savard J, Benot J et al. Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: challenges for bilingual professionals. *Qualitative health research* 2014; 24: 295–305. doi:10.1177/1049732314523503
- [27] Vézina M, Bourbonnais R, Marchand A et al. Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) [Work stress and mental health among adults living in Quebec: Health survey of Canadian communities (Cycle 1.2)]. Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec; 2008
- [28] Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social science & medicine* (1982) 2001; 52: 1343–1358. doi:10.1016/s0277-9536(00)00234-3
- [29] Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Dtsch Arztebl International* 2017; 144: 53–60. doi:10.3238/arztebl.2017.0053

4.3 Publikation 3

Handtke O., Günther L. V., Mösko M. (2022). Assessing the psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in inpatient mental health centres: A feasibility study. *PLoS ONE* 17(9): e0275003

RESEARCH ARTICLE

Assessing the psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in inpatient mental health centres: A feasibility study

Oriana Handtke^{1*}, Lisa Viola Günther¹, Mike Mösko^{1,2}**1** Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany,**2** Department of Applied Human Sciences, Magdeburg-Stendal University of Applied Sciences, Stendal, Germany* oriana.handtke@studium.uni-hamburg.de**OPEN ACCESS**

Citation: Handtke O, Günther LV, Mösko M (2022) Assessing the psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in inpatient mental health centres: A feasibility study. PLoS ONE 17(9): e0275003. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003>

Editor: Sonu Goel, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, INDIA

Received: March 20, 2022

Accepted: September 8, 2022

Published: September 28, 2022

Copyright: © 2022 Handtke et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The DOI to our data set is: [10.6084/m9.figshare.21151567](https://doi.org/10.6084/m9.figshare.21151567).

Funding: This study was funded by the German Social Accident Insurance Institution for the Health and Welfare Services. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Abstract

The number of migrant workers in Germany has increased over the last decades and will probably further increase in the context of a growing cultural diversity of the population and shortage of skilled professionals. Since migrant workers face different challenges, they may experience poorer psychosocial work environments than non-migrants. A negative psychosocial work environment can increase burnout and depression symptoms. To this date no study has investigated differences in the perceived psychosocial work environment in the mental health field. The aim of this study is to evaluate the feasibility of a cross sectional study comparing the perceived psychosocial work environment of migrants and non-migrant workers in inpatient mental health centres in Germany. The study was conducted in four inpatient mental health centres in Germany using the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. All staff members (N = 659) categorized in seven professional groups were invited to participate in the study. The feasibility of the study was determined by four criteria (1) Implementation of the study in inpatient mental health centres (2) Representativity of the sample (3) Reliability and usability of the questionnaire and (4) Variability of collected data. Three of four feasibility criteria were achieved. The study was successfully implemented in four mental health centres, the usability of the used questionnaire was confirmed as well as the variability of the data. The targeted response rate was partially met, and the total number of migrant workers could not be provided, which limits the representativity of the sample. In conclusion, a main study is feasible, but an effort must be put in an effective recruitment strategy to obtain valid results.

Introduction

Worldwide there are 164 million migrant workers [1]. 68% of migrant workers live in high income countries and Germany is after the United States the primary destination of

international migrants [1]. In 2018, 18% of the workforce in Germany were foreign born. Including workers that were born in Germany from migrant descent, the proportion of migrant workers increases to 25% of the German working population [2]. The most common countries of origin are Turkey, Poland, Romania and Italy [3]. As in most European countries, migrant workers often work as low-wage and semi or unqualified workers [4]. Workers in the cleaning trade present the highest proportion of migrant workers with 33%, followed by food production and preparation with 31%. However, in the context of shortage of skilled professionals in Germany, the number of migrant workers increases also among qualified workers [3]. Especially, in the medical field, where physicians and nurses are needed, the number of migrant workers has been growing. In 2019, 7% of workers in the medical field were foreign-born [3]. The number of foreign-born physicians has doubled since 2011 and increased to 12% of working physicians in 2018 [5] while 15% of nurses in Germany are migrant workers [6].

Internationally, qualified and unqualified migrant workers appear to be particularly vulnerable to be confronted with problematic psychosocial work environments. Psychosocial work environment refers to “interpersonal and social interactions that influence behavior and development in the workplace” [7]. Theoretical models suggest that workers’ mental health is associated with risk (e.g. high demands, job insecurity) and protective (e.g. high social support, predictability) factors of the work environment [8–12]. Research confirmed this relationship and showed that high demands, low job control, high work load, low reward and job insecurity increase burnout and depression symptoms, while high levels of job support and workplace justice serve as protective factors [13–16]. Notably, migrant workers are more likely to work in high demand jobs, below their level of qualification, in low-skilled positions, in low security jobs and are exposed more often to hazardous working conditions than non-migrant workers [16–21]. Additionally, they face stress factors such as language barriers, cultural differences and discrimination [18,22–24]. However, research also presents evidence that migrant workers report better psychosocial work environment than non-migrant workers [25,26].

To this date, there is no study comparing perceived psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in the mental healthcare sector. Generally, little is known about the work environments in the mental health sector, but mental health workers have a particularly high risk of experiencing stress and burnout compared to workers in other sectors and professions [27,28]. A review of studies concentrating on burnout among applied psychologists notes that workload and perceived time pressure were identified as the most significant job demands. Among community-based mental health service providers, the work environment was characterized by unfavorable leadership style, role conflicts and work overload, which were predictive of burnout symptoms [28].

We plan a multicenter cross-sectional study to identify differences in perceived psychosocial work environment of migrants and non-migrants in inpatient mental health centres in Germany. However, getting access to inpatient mental health centres for research and involving health professionals in research can be challenging due to lack of time or interest in the research topic and doubts about its value [29–31]. Further, the proportion of migrants working in inpatient mental health centres is unknown and challenges in their recruitment can lead to their underrepresentation in study samples [32]. To ensure that the implementation of the study including recruitment, data collection and data interpretation will be successful, we decided to conduct this feasibility study. The aim of this study is to evaluate the feasibility of a cross sectional study comparing the perceived psychosocial work environment of migrants and non-migrants in inpatient mental health centres in Germany.

Materials and methods

This study was funded by the German Social Accident Insurance Institution for the Health and Welfare Services and its ethical approval was obtained by Ethics Committee of The Chamber of Psychotherapists in Hamburg. Study participation was voluntary and data collection was anonymous. Additionally, an information letter was attached to the questionnaire. This stated that by sending back the questionnaire the participants agree to their data being processed in this study. The names of the participating centres were not declared.

Setting and participants

The study was conducted in cooperation with four inpatient mental health centres in Germany, which are referred to as Centre A, B, C and D. All centres offer inpatient rehabilitative mental healthcare, which is covered by the German pension insurance. Centre C is specialized on treating patients from Turkey or from Turkish descent and offer treatment in Turkish additionally to German. All staff members were eligible for participation. The total population of staff members was $N = 659$ with $n = 151$ in Centre A, $n = 174$ in Centre B, $n = 144$ in Centre C and $n = 190$ in Centre D. Staff members were categorized into administrative staff ($n = 57$; 8.6%), kitchen- and cleaning staff ($n = 96$; 14.6%), nurses ($n = 136$; 20.6%), physicians ($n = 62$, 9.4%), psychologists/ psychotherapists ($n = 110$; 16.7%), therapists (occupational, physical, dance, music, dietitians, social workers) ($n = 127$; 19.3%) and others ($n = 71$; 10.8%). The proportion of migrant workers in each centre could not be provided by the centres' leadership because the cultural background of employees was either not collected or was preserved by data protection policy.

Objectives of the feasibility study

Feasibility was evaluated by measuring following aspects (1) Implementation of the study in inpatient mental health centres (2) Representativity of the sample (3) Reliability and usability of the questionnaire and (4) Variability of collected data [33].

Following criteria of feasibility were determined:

1. Each step of the implementation plan (flow diagram 1) needs to be achieved in each centre
2. A. Response rates $\geq 40\%$ overall, in each centre and in each professional group based on the response rate in the German COPSQ validation report [12].
B. Unfortunately, the total number of migrant workers in the centres is unknown. Therefore, the response rate of migrant workers cannot be determined. The most common countries of origin are Turkey, Poland and Italy in the general working population in Germany [2]. Therefore, these should be the most common countries of origin in the sample. Migrant workers are defined as workers whose parents or themselves migrated to Germany [2].
3. A. Internal consistency of each scale should be acceptable with Cronbach's Alpha ≥ 0.7 [34]
B. Small amount of total missing value of $< 5\%$ [35]
C. Feedback on the questionnaire
4. Mean differences of ≥ 3 points between migrant and non-migrant workers on ≥ 5 scales [36]. Differences of ≥ 3 points are interpreted as clinically relevant since a difference of 3 points generally represents a statistical difference of small effect size (Cohen's $d = 0.2$) [36].

Study implementation plan

A study implementation plan with necessary steps was developed a priori by the research team and is presented in Fig 1.

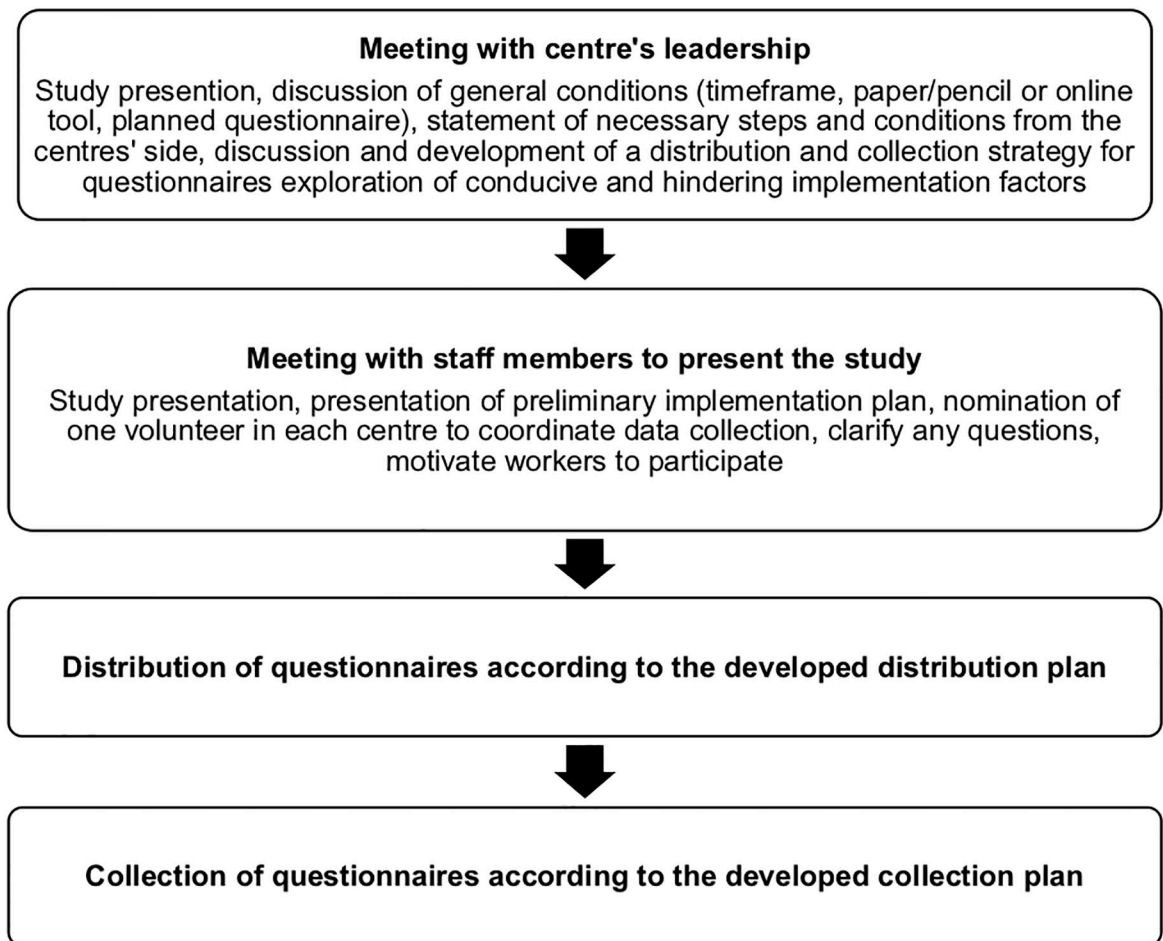


Fig 1. Study implementation plan.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003.g001>

The questionnaire

The validated Copenhagen Psychosocial questionnaire (COPSOQ) was used to assess psychosocial factors and work strain. The COPSOQ is a well-established tool used across different sectors. It is based on the Job-Demand-Support model [9] and the Effort-Reward Imbalance model [11] but aims to cover a broader concept of psychosocial stress and factors of the work environment [12].

The questionnaire consisted of 80 items attributed to 24 scales organized in five parameters (“Demands”, “Influence and development”, “Interpersonal relations and leadership”, “Further parameters” and “Outcomes”). The short version of the COPSOQ in German was used for the “Demands” section and its middle version for the sections “Influence and development”, “Interpersonal relations and leadership” and “Further parameters”. For economic reasons, further shortenings were made in the sections “Further parameters” and “Outcomes” as suggested by the study’s validation report [12].

Scales were answered on a four, five, seven or ten points Likert scale. They ranged numerically from 0 to 100 with, 0 representing the lowest anchor points and 100 the highest [37]. The answer “I have no supervisor/no colleagues” was treated as missing value, as instructed by the questionnaire’s validation report [12]. The COPSOQ presents good psychometric qualities

(objectivity, reliability, validity, generalizability and sensitivity) with Cronbach's Alpha between .60 and .90, except for the scale "Feedback (Cronbach's Alpha = 0.58) [12,37,38].

The cultural background was assessed in the section "Statements about yourself and your workplace" at the end of the questionnaire. Participants were asked, if they or his/her parents were born in another country than Germany and if yes in which. Additionally, participants who migrated themselves were asked, for how many years they have been living in Germany.

In the section "Statements about yourself and your workplace" participants were also invited to indicate their sex, age, professional group, working time.

One open question at the end of the questionnaire asked for a feedback on the questionnaire.

According to the COPSOQ validation report it approximately takes 20 minutes to fill out the questionnaire.

Methods of feasibility assessment

1. Feasibility of the study implementation plan was rated as successful if each step was implemented in all 4 centres. Methods and challenges in the implementation are reported.
2. A. Response rates were calculated overall, for each centre and each professional group.
B. Percentage of migrant workers were calculated overall, in each centre and professional group. Also, their most common countries of origin were determined.
3. A. Percentage of missing value (<5%) was calculated.
B. Cronbach's Alpha was calculated for each scale and interpreted as $\alpha < 0.7$ (acceptable), $\alpha < 0.8$ (good), $\alpha < 0.9$ (very good) [34].
C. Feedback given on the questionnaires was analyzed quantitatively and qualitatively with the qualitative content analysis [39].
4. Means and standard deviations of COPSOQ scales scores were calculated. According to recommendations from the validation report, scale scores were used to replace missing values if at least half of the single items on that scale were answered [12].

Data analysis was carried out with SPSS 28.

Results

(1) Feasibility of the study implementation plan

All steps of the implementation plan were successfully conducted in each centre. In the initial meetings with the centres' leadership the study was briefly presented. All leaders recognized the importance of the topic and gave their consent for study implementation. The leader of Center A suggested that the distribution strategy should be discussed with all staff members to determine which is most convenient for them. This approach was then proposed to and approved by the other centres' leaders. All leaders agreed that the timeframe to fill out the questionnaire should be 30 minutes and that staff members could answer it during worktime. Also, we agreed that the first reminder should be send 4 weeks after the first distribution if the response rate is not achieved. Since not all staff members have access to a personal computer at the centres, a paper/pencil survey was found more favorable than an online survey. Due to limited finances a small chocolate bar was included to the questionnaires as an incentive to be handed out to staff members. The leader of Centre B noted that a hindering factor for the study could be the small number of migrant workers. Unfortunately, the centres were unable to provide that exact number, because the cultural background of employees was either not

collected or was preserved by data protection policy. This was an unexpected issue. Nonetheless, the lack of research on the given topic and the usage of a validated instrument were seen as conducive implementation factors by the centres. As all centres' leaders pointed out, it was mandatory for the centre's work council to check the study's reasonableness and to approve the study. This step was unexpected, and it took on average 3 weeks for the work councils to approve the study. Only after the work councils' approval the meetings with staff members could be organized. They were scheduled in the slots of the general staff meetings in each centre. Since general staff meetings do not include cleaning and kitchen staff and because of conflicting timetables, they were not present in the initial staff meetings, but their leaders were informed afterwards. In the staff meetings the theoretical background and the preliminary implementation plan were presented. A distribution and collection strategy for the questionnaires best suited for each centre was developed and a volunteer responsible for coordinating the study was found. Also, all questions of staff members were answered or discussed. Overall, staff members were interested and motivated to participate in the study. The primary concern was that they would not have time to fill out the questionnaire in their work time.

The questionnaire and an information letter about the study were distributed to all staff members either by the head of each professional group in their team meetings (Centre B), by putting them into the employees' mailbox at the centre (Centre A and C), or by sending them with employees' salary statements (Centre D). Three centres decided it was most convenient to collect the questionnaires in a designated box and to send the package to the researchers (Centre A, B, C). Centre D attached a return envelope, so employees could send the questionnaires directly back to the authors. As explained in the information letter participation was voluntary and anonymous and consent to participate was given by sending back the completed questionnaire.

Initial data collection took place in December 2016 in Centre A, in November 2017 in Centre B and C and in February 2018 in Centre D with a small reminder via Email and/or in team meetings 4 weeks after the distribution of questionnaires. Initially, only one data collection phase was planned but due to small response rates staff members were asked to participate again in January 2018 in Centre B and C as well as in April 2018 in Centre D.

The study was successfully implemented in each centre, but two additional steps were necessary: getting the approval of the centre's work council and a second data collection phase to improve response rates. Further, an important problem was identified, namely that the centres could not provide the total number of migrant workers.

(2) Representativity of the sample

A. Response rates. The overall response rate was 37.5% ($n = 247$). More specific, the response rates were 49% ($n = 74$), 24% ($n = 41$), 35% ($n = 50$) and 43% ($n = 82$) for Centre A, B, C and D respectively. As presented in [Table 1](#). Response rates among professional groups were 54.4% ($n = 31$) for administrative staff, 24% ($n = 23$) for kitchen- and cleaning staff, 33.1% ($n = 45$) for nurses, 24.2% ($n = 15$) for physicians, 46.3% ($n = 51$) for psychologists/psychotherapists, 37.8% ($n = 48$) for therapists and 7% ($n = 23$) for others. The planned response rate of $\leq 40\%$ was partially achieved: in centre A and D as well as for administrative staff and psychologists/psychotherapists.

B. Migrant workers. In six cases information about the cultural background was missing, so they were excluded from the analyses. The percentage of migrant workers was 12.4% ($n = 30$). 15 workers (50%) indicated they migrated themselves and 15 (50%) indicated their parents migrated to Germany. [Table 1](#). presents sample characteristics. The most frequent countries of origin were Turkey ($n = 7$), Russia ($n = 5$), Italy ($n = 2$) and Poland ($n = 2$). Other

Table 1. Sample characteristics stratified by migrants (N = 30) and non-migrants (N = 211).

Characteristics	Migrants (n = 30) n (%)	Non-migrants (n = 211) n (%)	Total (N = 241) n (%)
Gender			
Female	23 (77)	176 (83)	199 (83)
Male	6 (20)	30 (14)	36 (15)
Missing	1 (3)	5 (2)	6 (2)
Age			
≤ 24	1 (3)	7 (3)	8 (3)
25–34	10 (33)	35 (17)	45 (19)
35–44	8 (27)	51 (24)	59 (24)
45–54	3 (10)	81 (38)	84 (35)
≥ 55	7 (23)	35 (17)	42 (17)
Missing	1 (3)	2 (1)	3 (1)
Working time			
Part time (< 15 hours/week)	0	10 (5)	10 (4)
Part time (15–34 hours/week)	12 (40)	116 (55)	128 (53)
Full time (≥ 35 hours/week)	18 (60)	82 (39)	100 (4)
Missing	0	3 (1)	3 (1)
Professional group			
Administrative staff	4 (13)	27 (13)	31 (13)
Kitchen- and cleaning staff	4 (13)	19 (9)	23 (9)
Nurses	2 (7)	43 (20)	45 (19)
Physicians	4 (13)	11 (5)	15 (6)
Psychologists/Psychotherapists	9 (30)	42 (20)	51 (21)
Therapists	7 (23)	41 (19)	48 (20)
Others	0	23 (11)	23 (9)
Missing	0	5 (2)	5 (2)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003.t001>

countries of origin were Great Britain, Spain, Ukraine, Hungary, Slovakia, Morocco and Kyrgyzstan. Eight participants did not declare their country of origin. The most common country of origin was Turkey but also Poland and Italy, which was required by the feasibility criteria.

The proportion of participating migrant workers were 8.1% (n = 6) in Centre A, 2.6% (n = 1) in Centre B, 24.5% (n = 12) in Centre C and 13.8% (n = 11) in Centre D. Among professional groups the proportion of participating migrant workers was 7.8% (n = 4) for administrative staff, 17.4% (n = 4) for kitchen and cleaning staff, 4.4% (n = 2) for nurses, 26.7% (n = 4) for physicians, 17.6% (n = 9) for psychologists/psychotherapists, 14.6% (n = 7) for therapists and 0% for others. Table 2 presents the numbers of participating migrant and non-migrant workers stratified by centre and professional group.

(3) Usability of the questionnaire

A. Reliability of the questionnaire. As a measure of the internal consistency of the COPSOQ scales Table 3 presents the number of items and Cronbach's alpha of the COSOQ scales.

B. Missing value. The percentage of missing values of the COPSOQ was 1.9% and 3.5% of the sociodemographic questions. So, the criterion of missing value <5% was achieved.

C. Feedback on the questionnaire. Twenty-seven participants (11.2%) gave written feedback on the questionnaire. Nine comments approved or complimented the questionnaire as it is, thirteen comments proposed some improvements regarding the questionnaire or data

Table 2. Migrant and non-migrant workers stratified by centre and professional group.

	Centre A n = 74 (%)		Centre B n = 38 (%)		Centre C n = 49 (%)		Centre D n = 80 (%)		Total
	Mig.	Non-mig.	Mig.	Non-mig.	Mig.	Non-mig.	Mig.	Non-mig.	
Administrative staff	1 (1)	6 (8)	0	6 (16)	0	6 (12)	3 (4)	9 (11)	31 (13)
Kitchen- and cleaning staff	3 (4)	1 (1)	0	8 (21)	0	1 (2)	1 (1)	9 (11)	23 (10)
Nurses	0	18 (24)	0	1 (3)	1 (2)	8 (16)	1 (1)	16 (20)	45 (19)
Physicians	0	4 (5)	0	2 (5)	3 (6)	0	1 (1)	5 (6)	15 (6)
Psychologists/Psychotherapists	1 (1)	11 (15)	0	8 (21)	6 (12)	13 (27)	2 (3)	10 (12)	51 (21)
Therapists	1 (1)	15 (20)	1 (3)	11 (29)	2 (4)	2 (4)	3 (4)	13 (16)	48 (20)
Others	0	12 (16)	0	0	0	5 (10)	0	6 (8)	23 (10)
Missing	0	1 (1)	0	1 (3)	0	2 (4)	0	1 (1)	5 (2)
Total	6 (8)	68 (92)	1 (3)	37 (97)	12 (24)	37 (76)	11 (15)	69 (86)	241 (100)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003.t002>

Table 3. Number of items and Cronbach's alpha of the COSOQ scales.

Variables	Number of items	Cronbach's Alpha
Demands		
Quantitative demands	3	.75
Emotional demands	2	.71
Hiding emotions	1	n.a.
Influence and development		
Influence at work	4	.69
Degree of freedom at work	4	.46
Possibilities for development	4	.82
Meaning of work	3	.89
Workplace commitment	4	.72
Interpersonal relations and leadership		
Predictability	2	.72
Role clarity	4	.83
Role conflicts	4	.81
Quality of leadership	4	.88
Social support	4	.70
Quality of feedback	2	.47
Social relations	2	- 1.19
Sense of community	3	.81
Further parameters		
Work-privacy conflict	5	.92
Mobbing	1	n.a.
Job insecurity	4	.76
Outcomes		
Intention to leave	1	n.a.
Job satisfaction	7	.80
General health	1	n.a.
Burnout	6	.88
Satisfaction with life	5	.88

The scales “Degree of freedom at work”, “Quality of feedback” and “Influence at work” were the only scales with Cronbach's alpha <0.7 and therefore not acceptable. Cronbach's alpha of the scale “Social relations” is negative, which means that the two items are negatively correlated and do not represent a reliable scale. Overall, the internal consistency of the scales is acceptable.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003.t003>

collection, three comments criticized some aspects within the centres, one claimed that the questions were not easy to answer, and one gave an indication on the “relevance of the results for east and west Germany”. Following aspects were proposed to be added to the questionnaire: strain due to work underload, physical limitations, duties outside the area of responsibility or in replacement situations as well as private strain and appreciation of one’s work by colleagues and supervisors. It was further noted that it should be differentiated between “profession” and “job” as well as colleagues and supervisors, and that answers should also be asked in regard to the centre’s leadership not only supervisors. Also, it was indicated that in small institutions anonymity was not secured because questions were too personnel and that a secure return envelope should be provided to assure anonymity.

A generally acceptable internal consistency of the scales, a low percentage of missing values and positive comments on the questionnaire indicate a good usability of the questionnaire. However, the elevated missing values of sociodemographic factors and the comments on anonymity indicate that participants have been worried about the confidentiality of their data.

(4) Variability of the data

[Table 4](#) shows means and standard deviations of both groups on each COPSOQ scale.

Discussion

This study evaluated the feasibility of a cross sectional study comparing the perceived psychosocial work environment of migrants and non-migrant workers in inpatient mental health centres in Germany. Three of four feasibility criteria were achieved. The study was successfully implemented in four mental health centres, the usability of the used questionnaire was confirmed as well as the variability of the data. The representativity of the sample is satisfactory but limited, since the targeted response rate was only partially met, and the total number of migrant workers could not be provided.

The study was successfully implemented in all four centres. The targeted response rate of 40% was achieved in Centre A and D as well as for administrative staff and psychologists/psychotherapists. The overall response rate (37.5%) and the response rate in Centre C (35%) and in the professional group of therapists (37.8%) came close to the targeted response rate. Other studies exploring the psychosocial work environment of health workers in hospitals reported response rates between 37% and 39.6% [8,40–42]. Studies using the COPSOQ questionnaire in geriatric care described response rates of 21% [26] and 33% [43] for nurses. Consequently, the feasibility goal was only partially met but the general response rate of 37.5% is similar to studies in the medical field. Generally, healthcare workers show low participation rates in survey studies due to time constraints, poor perceived value of the survey, problems with confidentiality, and perceptions of bias [44–46]. Worries about confidentiality were also expressed by participants in this study, especially migrant workers, because they are more easily identifiable. This could explain the elevated missing values on the sociodemographic questions. The low response rate of workers from the kitchen and cleaning staff could be explained by the fact that they were not present at the staff meeting where the study was present and did not know about the study or felt excluded. The topic of the questionnaire which is related to mental health may explain the good response rate of psychologists/psychotherapist who may have seen an important value of the study. This may have increased the motivation to participate [45]. Researchers have worked on strategies to improve response rates of healthcare workers, mainly focusing on physicians and nurses [47]. They are categorized into design- or incentive-based interventions [47]. A meta-analysis identified that mailed surveys, monetary compensation and one or two follow-ups produced the highest response rates [47]. In this study the highest response rate of

Table 4. COPSOQ scales' means (standard deviations) and differences between migrant and non-migrant workers.

Variables	Migrant workers n = 31 M (SD)	Non-migrant workers n = 210 M (SD)
Demands		
Quantitative demands	56.3 (17.6)	55.8 (19.3)
Emotional demands	53.3 (21.3)	55.3 (22.0)
Hiding emotions	46.8 (28.0)	48.3 (27.8)
Influence and development		
Influence at work ¹	37.5 (20.2)	37.3 (19.3)
Degree of freedom at work ¹	45.0 (19.4)	45.8 (17.5)
Possibilities for development ¹	67.9 (14.9)	65.7 (19.8)
Meaning of work ¹	86.1 (14.2)	77.3 (19.6)*
Workplace commitment ¹	65.4 (16.8)	54.1 (18.9)*
Interpersonal relations and leadership		
Predictability ¹	57.1 (17.6)	52.6 (20.0)*
Role clarity ¹	77.9 (15.3)	72.5 (16.2)*
Role conflicts	43.7 (18.8)	43.6 (20.7)
Quality of leadership ¹	53.1 (24.4)	55.3 (23.7)
Social support ¹	65.6 (18.8)	67.4 (18.3)
Quality of feedback	51.3 (22.1)	42.8 (21.3)*
Social relations	52.5 (20.6)	49.7 (17.3)
Sense of community ¹	77.8 (17.7)	75.2 (18.2)
Further parameters		
Work-privacy conflict	45.7 (30.4)	35.8 (25.9)*
Mobbing	23.3 (24.1)	18.6 (24.4)*
Job insecurity	20.2 (18.8)	21.2 (19.0)
Outcomes		
Intention to leave	9.2 (16.7)	16.1 (21.0)*
Job satisfaction	71.2 (16.7)	67.6 (13.7)*
General health ¹	67.9 (16.1)	71.5 (18.7)*
Burnout	47.9 (20.5)	43.5 (17.5)*
Satisfaction with life ¹	67.4 (19.6)	68.9 (16.4)

¹ High scores represent positive outcomes.

* Difference ≥ 3 points.

Differences between migrant and non-migrant workers of ≥ 3 points occurred on 11 scales: “Meaning of work”, “Workplace commitment”, “Predictability”, “Role clarity”, “Quality of feedback”, “Work-privacy conflict”, “Mobbing”, “Intention to leave”, “Job satisfaction”, “General health”, and “Burnout”. Therefore, the criterion of data variability is met, which supports the feasibility of the study.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275003.t004>

Centre A (49%) was achieved without any follow-ups or monetary compensation, therefore other factors may have influenced the response rate. Possibly, (inter-)personal factors such as a good working climate, trust in the centres leadership and researchers regarding confidentiality or knowledge and perceived value of the study may have influenced the response rates [45,46,48]. Studies suggest that personalized contact from researchers, medical peers or authorities can also improve response rates [45,48]. Consequently, a focus should be put on engaging more personally with participants by personalized mail or a greater presence of the research team in the centres in the main trial. Also, an emphasis should be put on including

kitchen- and cleaning staff in staff meetings and on recruiting physicians who had lower response rates than the other professional groups.

The distribution of migrant workers among different professional groups was unexpected compared to the general working population. The percentage of migrant workers in low wage and unqualified positions are high, especially in the cleaning trade or food production and preparation [3,4]. In this sample most migrant participants worked as qualified workers and were psychologists, therapists or physicians. The proportion of migrant workers among the kitchen and cleaning staff was with 5% ($n = 1$) lower as expected from the literature. The same is true for the sample of nurses, in which 4.4% ($n = 2$) were from migrant descent compared to 15% in the general population of nurses in Germany [6]. Nevertheless, the proportion of participating migrant physicians with 38.9% exceeded the number of migrant physicians (12%) in the population of working physicians in Germany [5]. The proportion of migrant workers among psychologists and physicians in this sample may have increased due to the focus on treating patients from Turkish descent of Centre C, which offers psychological and medical care in Turkish. Centre C had with 24.5% the highest rate of participating migrants, which coincides with the proportion of persons from migrant descent in the general German population [3]. Accordingly, the most common country of origin was Turkey but also Poland and Italy, which also coincide with the general population of migrant workers in Germany [3].

Mean differences of perceived workplace environment of ≤ 3 points occurred on eleven scales, which according to the authors of the COPSOQ indicates a difference of small effect size [36]. A previous study found statistically significant differences with small to medium effect sizes between migrant and non-migrant nurses on the scales “emotional demands”, “work-privacy conflict”, “role conflicts” and “possibilities for development”. Mean differences were of ≤ 8 points. Mean differences of ≤ 3 points occurred on the scales “role clarity” and “sense of community”, but they were not statistically significant [26]. Similar to existing studies [25,26], this study found that migrant workers perceive their workplace environment equally or more favorable than non-migrant workers on seven of the eleven scales, but worse on the scales “work-privacy-conflict”, “mobbing”, “general health” and “burnout”. Importantly, since this is a feasibility study these results are not statistically significant but provide information on the variability of the data. The significance of these differences will be examined in the main trial.

The internal consistency of three scales were not acceptable. In comparison, the German COPSOQ validation study also reported Cronbach's alpha < 0.7 for the scales “Quality of feedback”, “Influence at work” and for “Social relations” [12]. The internal consistency of the scale “Degree of freedom at work” was good in the German validation study but insufficient in the Danish validation study [12]. Further, the scales “Quantitative demands” and “Job insecurity” did not achieve an acceptable internal consistency in the German validation study but did in this study [12]. Accordingly, the internal consistency in this feasibility study is comparable to the validation reports which supports the usability of the questionnaire in the target sample.

Limitations

The feasibility study was only conducted in four mental health clinics. In other centres the implementation plan might not have been possible or other obstacles might have occurred.

An important and unexpected limitation was that the centres were not able to provide the total number of migrant workers. The proportion of participants from migrant descent in this sample was 12.4%. This has led to two different sample sizes (211 vs. 30) which can cause a loss of statistical power and small effects. In other studies, using the COPSOQ a difference in sample sizes were occurring but it was smaller or even negligible [25,26]. It is possible that the number of migrant workers were low in the included centres. A strategy to overcome this

problem in the main trial is to ask in initial meetings with the centres' leadership if this number is available and accessible for the researchers. If not or if the number is small, the centre is not eligible for study participation. Nonetheless, this is an important result of this feasibility study and identified a crucial problem in determining migrant workers response rate and therefore the representativity of the sample.

The targeted response rate of $\leq 40\%$ which is based on the response rate of the COPSOQ validation report may be a limitation of this study. Compared to other research fields which target response rates of 60–70% it seems low which can impact the generalizability and applicability of the results [49]. Nonetheless, compared to studies from the same research field it appeared realistic [8,40–42].

To include second generation migrants in the group of migrant workers may be a limitation because they were professionally socialized in Germany. Nevertheless, workers from migrant descent may perceive their psychosocial work environment differently because they may be in charge of providing care for patients from migrant descent or offer treatment in different languages which can increase job strain [50]. If possible, it would be interesting to compare first and second-generation migrant workers in the main trial.

The questionnaire was only distributed in German and in written format which may have excluded migrant workers with limited German language skills. Indeed, their perceived psychosocial work environment may differ and be more challenging due to language barriers, so their answers may have been enriching.

Conclusion

The study was successfully implemented in four mental health centres, the usability of the used questionnaire was confirmed as well as the variability of the data. The targeted response rate was partially met, and the total number of migrant workers rests unknown, which limits the representativity of the sample. In conclusion, a main study is possible, but the focus must be put on an effective recruitment strategy to obtain valid results.

Author Contributions

Conceptualization: Oriana Handtke.

Data curation: Oriana Handtke, Lisa Viola Günther.

Formal analysis: Oriana Handtke, Lisa Viola Günther.

Funding acquisition: Mike Mösko.

Investigation: Oriana Handtke.

Methodology: Oriana Handtke, Mike Mösko.

Project administration: Oriana Handtke, Mike Mösko.

Supervision: Mike Mösko.

Visualization: Oriana Handtke.

Writing – original draft: Oriana Handtke.

Writing – review & editing: Oriana Handtke, Lisa Viola Günther, Mike Mösko.

References

1. International Organization for Migration. World Migration Report 2020. Geneva: International Organization for Migration; 2019.

2. German Federal Statistical Office. Population in private households by migration background and employment status [Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Beteiligung am Erwerbsleben] 2018 [<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-beteiligung-erwerbsleben.html;jsessionid=876852F796A4BEB3069AA4C4B43B9582.internet731>].
3. German Federal Statistical Office. Statistical Yearbook 2019 [Statistisches Jahrbuch 2019]. 2019.
4. Hoppe A. Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *Journal of occupational health psychology*. 2011; 16(2):187–201. <https://doi.org/10.1037/a0021728> PMID: 21244167
5. German Medical Association. Statistics of Physicians on the 31st december 2018 [Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2018] 2018.
6. Afentakis A, Maier T. Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: Bundesamt S, editor. *Wirtschaft und Statistik 2014*. p. 173–82.
7. Jacobs K, Hellman M, Markowitz J, Wuest E. Psychosocial Work Environment. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer; 2013.
8. Fuss I, Nubling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC public health*. 2008; 8:353. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-353> PMID: 18840296
9. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*. 1988; 78(10):1336–42. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336> PMID: 3421392
10. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24(2).
11. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*. 1996; 1(1):27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27> PMID: 9547031
12. Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. Methods for the assessment of mental work load—testing of a measuring procedure (COPSOQ) [Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)]. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2005.
13. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*. 2015; 52(2):649–61. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004> PMID: 25468279
14. Burns RA, Butterworth P, Anstey KJ. An examination of the long-term impact of job strain on mental health and wellbeing over a 12-year period. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016; 51(5):725–33. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1192-9> PMID: 26875152
15. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdóttir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*. 2017; 17(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7> PMID: 28302088
16. Daly A, Carey RN, Darcey E, Chih H, LaMontagne AD, Milner A, et al. Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph16050735> PMID: 30823505
17. Arici C, Ronda-Pérez E, Tamhid T, Absekava K, Porru S. Occupational Health and Safety of Immigrant Workers in Italy and Spain: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224416> PMID: 31718048
18. Moyce SC, Schenker M. Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. *Annual review of public health*. 2018; 39:351–65. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714> PMID: 29400993
19. Somerville K, Walsworth S. Vulnerabilities of highly skilled immigrants in Canada and the United States. *Am Rev Can Stud*. 2009; 39:147–61.
20. Liu X, Bowe SJ, Milner A, Li L, Too LS, LaMontagne AD. Job Insecurity: A Comparative Analysis between Migrant and Native Workers in Australia. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph16214159> PMID: 31661926
21. Liu X, Bowe SJ, Milner A, Li L, Too LS, Lamontagne AD. Differential Exposure to Job Stressors: A Comparative Analysis Between Migrant and Australia-Born Workers. *Annals of work exposures and health*. 2019; 63(9):975–89. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxz073> PMID: 31621876

22. Wadsworth E, Dhillon K, Shaw C, Bhui K, Stansfeld S, Smith A. Racial discrimination, ethnicity and work stress. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2007; 57(1):18–24. <https://doi.org/10.1093/occmed/kql088> PMID: 16928781
23. Sterud T, Tynes T, Mehlum IS, Veiersted KB, Bergbom B, Airila A, et al. A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada. *BMC public health*. 2018; 18(1):770. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5703-3> PMID: 29925349
24. Hogh A, Carneiro IG, Giver H, Rugulies R. Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scandinavian journal of psychology*. 2011; 52(1):49–56. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00840.x> PMID: 21054415
25. Olesen K, Carneiro IG, Jorgensen MB, Flyvholm MA, Rugulies R, Rasmussen CD, et al. Psychosocial work environment among immigrant and Danish cleaners. *International archives of occupational and environmental health*. 2012; 85(1):89–95. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0642-7> PMID: 21556838
26. Ulusoy N, Wirth T, Lincke HJ, Nienhaus A, Schablon A. [Psychosocial burden and strains in geriatric nursing: comparison of nursing personnel with and without migration background]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2018.
27. Green AE, Albanese BJ, Shapiro NM, Aarons GA. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological services*. 2014; 11(1):41–9. <https://doi.org/10.1037/a0035299> PMID: 24564442
28. Johnson J, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International journal of mental health nursing*. 2018; 27(1):20–32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416> PMID: 29243348
29. Broyles LM, Rodriguez KL, Price PA, Bayliss NK, Sevick MA. Overcoming barriers to the recruitment of nurses as participants in health care research. *Qualitative health research*. 2011; 21(12):1705–18. <https://doi.org/10.1177/1049732311417727> PMID: 21844286
30. Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Family practice*. 2008; 25(2):105–12. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn015> PMID: 18417465
31. Asch S, Connor SE, Hamilton EG, Fox SA. Problems in recruiting community-based physicians for health services research. *Journal of general internal medicine*. 2000; 15(8):591–9. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02329.x> PMID: 10940152
32. Sheikh A. Why are ethnic minorities under-represented in US research studies? *PLoS medicine*. 2006; 3(2):e49. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030049> PMID: 16370583
33. Thabane L, Ma J, Chu R, Cheng J, Ismaila A, Rios LP, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*. 2010; 10:1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1> PMID: 20053272
34. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ (Clinical research ed)*. 1997; 314(7080):572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572> PMID: 9055718
35. Schafer JL. Multiple imputation: a primer. *Statistical methods in medical research*. 1999; 8(1):3–15. <https://doi.org/10.1177/096228029900800102> PMID: 10347857
36. Nübling M, Vomstein M, Haug A, Nübling T, Stöbel U, Hasselhorn H, et al. Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg—Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit. Freiburg: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS); 2012.
37. Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2005.
38. Nubling M, Stossel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. Measuring psychological stress and strain at work—Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *Psycho-social medicine*. 2006; 3:Doc05. PMID: 19742072
39. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse—Grundlagen und Techniken*. 11. ed. Weinheim: Beltz Verlag; 2010.
40. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, et al. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PloS one*. 2019; 14(1):e0209487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487> PMID: 30608945
41. Wagner A, Hammer A, Manser T, Martus P, Sturm H, Rieger MA. Do Occupational and Patient Safety Culture in Hospitals Share Predictors in the Field of Psychosocial Working Conditions? Findings from a Cross-Sectional Study in German University Hospitals. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph15102131> PMID: 30262790

42. Wagner A, Rieger MA, Manser T, Sturm H, Hardt J, Martus P, et al. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2019; 19(1):53. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7> PMID: 30665401
43. Nubling M, Vomstein M, Schmidt SG, Gregersen S, Dulon M, Nienhaus A. Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC public health*. 2010; 10:428. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-428> PMID: 20663137
44. VanGeest J, Johnson TP. Surveying nurses: identifying strategies to improve participation. *Evaluation & the health professions*. 2011; 34(4):487–511. <https://doi.org/10.1177/0163278711399572> PMID: 21454329
45. VanGeest JB, Johnson TP, Welch VL. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review. *Evaluation & the health professions*. 2007; 30(4):303–21. <https://doi.org/10.1177/0163278707307899> PMID: 17986667
46. Sudman S. Mail surveys of reluctant professionals. *Evaluation Review*. 1985; 9:349–60.
47. Cho YI, Johnson TP, Vangeest JB. Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & the health professions*. 2013; 36(3):382–407. <https://doi.org/10.1177/0163278713496425> PMID: 23975761
48. Phillips AW, Reddy S, Durning SJ. Improving response rates and evaluating nonresponse bias in surveys: AMEE Guide No. 102. *Medical teacher*. 2016; 38(3):217–28. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1105945> PMID: 26648511
49. Fincham JE. Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the Journal. *American journal of pharmaceutical education*. 2008; 72(2):43. <https://doi.org/10.5688/aj720243> PMID: 18483608
50. Handtke O, Imgart H, Krenge S, Kuhnert J, Schneider J, Mösko M. [Barriers and Resources in Inpatient Psychosomatic Rehabilitative Care of Migrant Patients]. *Die Rehabilitation*. 2021; 60(1):21–8.

5 Zusammenfassung auf Deutsch und Englisch

5.1 Zusammenfassung

Menschen mit Migrationshintergrund zeigen eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen stationärer psychosomatischer Rehabilitationskliniken, obwohl sie mindestens ebenso häufig an psychischen Erkrankungen leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie begegnen Barrieren auf der individuellen, der Organisations- sowie auf der Systemebene. Daher wird die interkulturelle Öffnung von Kliniken und des Gesundheitssystems gefordert. Diese Dissertation kombiniert verschiedene methodische Ansätze zur Abbildung der interkulturellen Öffnung auf einem internationalen Level sowie der Herausforderungen und Ressourcen der interkulturellen Behandlung in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland. Dieser Ansatz führte zunächst zu einer umfangreichen Analyse der existierenden Strategien zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in Form eines Scoping Reviews, welche in einem innovativen Modell zusammengefasst wurden. Darauf folgte eine qualitative Interviewstudie in vier stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland, die zeigte, dass die größten Herausforderungen in der interkulturellen Behandlung Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede sind. Patient*innen mit Migrationshintergrund sind in der Behandlung mit mehr Barrieren konfrontiert als Patient*innen ohne Migrationshintergrund und profitieren von interkulturellen Öffnungsprozessen. Für Mitarbeitende ist die Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund mit verschiedenen Herausforderungen und zuweilen mit erhöhten Arbeitsbelastungen verbunden. Interkulturelle und kommunikative Kompetenzen helfen ihnen mit diesen umzugehen. Dennoch stehen aktuell wenig Ressourcen im Sinne der interkulturellen Öffnung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken zur Verfügung. Darauf aufbauend wurde eine Vergleichsstudie zur quantitativen Erhebung der psychosozialen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden mit und ohne Migrationshintergrund in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken konzipiert und deren Durchführung zunächst im Rahmen einer Machbarkeitsstudie erprobt. Es zeigte sich, dass die Durchführung einer solchen Studie in vier Kliniken möglich war, doch ein besonderer Fokus auf die Rekrutierungsstrategien gelegt werden muss.

Zusammenfassend leistet diese Dissertation einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Konzepts der interkulturellen Öffnung auf einem internationalen Level

sowie zur Erforschung der interkulturellen Öffnung und damit verbundene Ressourcen und Herausforderungen in stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken.

5.2 Abstract

Patients from migrant descent access inpatient psychosomatic rehabilitative care less often than non-migrant patients, even though their prevalence rates of mental health disorders are at least as high as in the host population. Patients are confronted with different barriers on the individual, the organizational and the system level. Culturally competent healthcare organizations and systems are requested to meet the needs of culturally and linguistically diverse patients. This dissertation used different methodological approaches to combine an overview of strategies to improve cultural competence within healthcare organizations on an international level with the experiences of culturally and linguistically diverse patients and healthcare providers in inpatient psychosomatic rehabilitative care clinics in Germany. This has firstly led to a scoping review identifying evaluated strategies to improve cultural competence which were integrated into an innovative model. Secondly, qualitative interviews were conducted with patients and healthcare providers from migrant descent and the host population in four clinics of psychosomatic rehabilitative care. Language barriers and cultural differences were identified as the most important barriers. Patients from migrant descent reported more challenges than patients from the host population and appreciated cultural competences within in the clinics. Providing mental health care to patients from migrant descent was experienced as challenging by healthcare providers and as stressful at times due to an elevated workload. Communicative and individual cultural competence are useful in communication with patients from migrant descent. Providers feel that on an organizational level not enough resources are provided to work effectively around cultural and linguistic barriers. Building on this, a comparative quantitative study assessing the psychosocial work environment and workload of workers from migrant descent and the host population in inpatient psychosomatic rehabilitative care clinics was conceptualized and a feasibility study was conducted in the context of this dissertation. A comparative study was successfully implemented but an effort must be put in an effective recruitment strategy.

In conclusion, this dissertation provides an important contribution to the conceptual development of cultural competence on an international level and to the scientific knowledge of related challenges and resources in inpatient psychosomatic rehabilitative care in Germany.

6 Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen

Publikation 1: Handtke, O., Schilgen B. & Mösko, M. Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision.

Konzeptualisierung: Handtke, O., Mösko, M.
Methodenentwicklung: Handtke, O.
Datenauswertung: Handtke O., Schilgen B.
Ergebnisdiskussion: Handtke O., Mösko, M.
Erstellung des Manuskripts: Handtke, O.
Feedback zum Manuskript: Schilgen B., Mösko M.
Betreuung: Mösko, M.

Publikation 2: Handtke, O., Imgart, H., Krenge S., Kuhnert, J., Schneider, J. & Mösko M. Barrieren und Ressourcen in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation – eine qualitative Interviewstudie.

Konzeptualisierung: Handtke, O, Mösko M.
Methodenentwicklung: Handtke, O., Imgart, H., Krenge S., Kuhnert, J., Schneider, J. & Mösko M.
Datenerhebung: Handtke, O., Imgart, H., Krenge S., Kuhnert, J. & Schneider, J.
Datenauswertung: Handtke, O. Mösko, M.
Erstellung des Manuskripts: Handtke, O.
Feedback zum Manuskript: Imgart, H., Krenge S., Kuhnert, J., Schneider, J. & Mösko M.
Betreuung: Mösko, M.

Publikation 3: Handtke, O., Günther, L.V. & Mösko M. Assessing the psychosocial work environment of migrant and non-migrant workers in inpatient mental health centres: A feasibility study.

Konzeptualisierung: Handtke, O, Mösko M.
Methodenentwicklung: Handtke O, Mösko M.
Datenerhebung: Handtke O.
Datenauswertung: Handtke O., Günther L.V.
Erstellung des Manuskripts: Handtke O.
Feedback zum Manuskript: Günther, L.V., Mösko M.
Betreuung: Handtke, O.

7 Danksagung

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

8 Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

9 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: