

Arbeid og psykisk helse



IPS – Hvordan komme i gang?

Forord

Psykisk helsevern har gjennomgått store reformer de siste 20 årene i de fleste vestlige land, fra store sentralinstitusjoner til integrering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i lokalsamfunnene. Den siste omdreiningen i denne viktige menneskehetsrettslige utviklingen er at mennesker med alvorlig psykiske lidelser også har en rett til å jobbe og at arbeid er en viktig faktor i mestring og bedring ved psykiske lidelser.

Forskerne Deborah Becker og Bob Drake, ved Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire, USA - er det miljøet i verden som har jobbet lengst og mest systematisk med å utvikle metodikk på dette feltet. Støttet av Johnson & Johnson Foundation og av amerikanske myndigheter har de utviklet en evidensbasert retning som kan vise til gode resultater over lang tid. Den implementeres nå i mange amerikanske stater i tillegg til at mange land i Europa og andre deler av verden begynner å prøve ut denne evidensbaserte tilnærmingen.

Tilnærmingen kalles Individual Placement and Support (IPS) og er en svært systematisk måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Med ordinært arbeid menes en jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, betalt på vanlig måte, men det stilles ikke krav til et minste antall timer pr. uke eller reduksjon i ulike stønader mv. De amerikanske forskerne har laget et Implementerings Kit som består av en rekke hefter som nokså detaljert beskriver hovedpunktene i denne tilnærmingen og måten den gjennomføres på:

- IPS - Hvordan bruke modulene
- IPS - Komme i gang
- IPS - Hvordan bygge et tilbud
- IPS - Hvordan sikre kvalitet
- IPS - Evidens
- IPS - Opplæring av IPS konsulenter

Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert oversettelsen av dette materialet og tanken er at ved å ha tilgang til en norsk versjon vil det bli lettere for norske beslutningstakere og fagfolk å sette seg inn i denne tilnærmingen og vurdere den for norske forhold. Vi har fått tillatelse fra forfatterne til å oversette dette materialet til norsk. Materialet er ikke kulturelt oversatt, i betydningen sammenlignet med amerikanske systemer og ordninger opp mot norske, men er en direkte språklig oversettelse.

Samtidig har Bransjeforeningen søkt om midler til et Farve prosjekt med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet som vil arbeide med å peke på problemstillinger som må løses knyttet til en eventuell implementering av denne metodikken i Norge. Dette arbeidet er planlagt ferdigstilt innen september 2011.

Oslo 12/2- 2011

Arne Svendsrud
Bransjeforeningen Arbeid & Inkludering

Stig Nygård

Arbeids – og velferdsdirektoratet

Kildeangivelser

Dette dokumentet er utarbeidet av New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) under kontraktsnummer 280-00-8049 og Westat under kontraktsnummer 270-03-6005, sammen med SAMHSA, U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Neal Brown, M.P.A., og Crystal Blyler, Ph.D., har fungert som myndighetenes prosjektansvarlige.

Ansvar

Synspunktene, meningene og innholdet i denne publikasjonen er forfatternes og bidragsyternes og avspeiler ikke nødvendigvis synspunktene, meningene og retningslinjene til Center for Mental Health Services (CMHS), SAMHSA eller HHS.

Offentlighet

Alt materiale i dette dokumentet er offentlig, og kan gjengis eller kopieres uten tillatelse fra SAMHSA. Vi setter pris på kildeangivelse. Denne publikasjonen kan likevel ikke reproduseres eller distribueres mot betaling uten spesifikk skriftlig tillatelse fra Office of Communications, SAMHSA, HHS.

Elektronisk tilgang til publikasjonen og elektroniske kopier av den

Denne publikasjonen kan lastes ned eller bestilles på www.samhsa.gov/shin. Eller ring SAMHSAs helseinformasjonsnettverk på **1-877-SAMHSA-7** (1-877-726-4727) (engelsk og spansk).

Anbefalt kildeangivelse

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Supported Employment: Getting Started with Evidence-Based Practices* DHHS pub. nr. SMA-08-4364, Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

Opprinnelig utgitt av

**Center for Mental Health Services
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
1 Choke Cherry Road Rockville, MD 20857, USA**

DHHS-publikasjon nr. SMA-08-4364 Trykket i 2009

Denne KIT-modulen er en del av en serie KIT-moduler for evidensbasert praksis som er utarbeidet av Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Dette heftet er en del av en KIT-modul for IPS som består av en DVD, en CD-ROM og sju hefter:

IPS – Hvordan bruke modulene

IPS – Komme i gang

IPS – Hvordan bygge et tilbud

IPS – Opplæring av IPS-konsulenter

IPS – Hvordan sikre kvalitet

IPS – Evidens

IPS – Bruk av multimedia

IPS – Komme i gang

IPS – Komme i gang gir deg en oversikt over aktivitetene som normalt omfattes av EBP-programmer og forklarer hvordan du skaper kulturelt kompetente EBP-programmer. Dette heftet er spesielt relevant for:

- de offentlige helsetjenester personale som utvikler og administrerer EBP-programmer

Innholdsfortegnelse

Skape konsensus: bygge opp støtte for endring

Integrere EBP-programmet i retningslinjer og prosedyrer

Vurdere behovet for opplæring

Overvåking og regelmessig evaluering

Maksimere effektiviteten ved å gjøre tjenestene kulturelt kompetente

IPS – Komme i gang

Skape konsensus: bygge opp støtte for endring

Endringer i et system påvirker interessenter forskjellig. Når det gjøres endringer i det psykiske helsevernet, bør organisasjonene derfor forvente varierte reaksjoner fra personale, lokalsamfunn, deltakere og pårørende. Ettersom misforståelser kan kullkaste forsøkene på å implementere EBP-programmer, er det viktig å skape konsensus for å implementere EBP-programmer i samfunnet.

Opplæring av kun behandlere er ikke effektivt. Erfaringene til myndigheter og organisasjoner for helsetjenester som har implementert evidensbasert praksis (EBP-programmer) med godt resultat, underbygger dette. Opplæring av behandlere bør følges opp av et bredt spekter av implementeringsaktiviteter, blant annet følgende:

- bygge opp støtte for EBP-programmet
- integrere EBP-programmet i organisasjonens retningslinjer og prosedyrer
- lære opp personale i hele organisasjonen om grunnleggende EBP-prinsipper
- sørge for kontinuerlig overvåking og evaluering av programmet

Denne oversikten presenterer et *generelt utvalg* av aktiviteter for vellykket implementering av EBP-programmer. Du finner retningslinjer for og forslag om EBP-spesifikke aktiviteter i øvrige deler av hver KIT-modul.

Hvordan bygge opp støtte for EBP-programmet

Konsensussskapende aktiviteter skal bygge opp støtte for implementeringen av EBP-programmer. Her er noen eksempler på slike aktiviteter:

Trinn 1 Identifiser viktige interessenter eller personer som vil bli påvirket av EBP-programmet. Interessenter kan være personale på alle nivåer i organisasjoner, ansatte hos de offentlige helsetjenester eller representanter for deltakere og deres pårørende. Avhengig av EBP-modellen vil du kanskje også bygge relasjoner med andre samfunnsorganisasjoner, for eksempel aktører innen IPS, overnattingstilbud for hjemløse, matutdelingsprosjekter, politiet, sykehus, kollegastøtteprogrammer og interessegrupper for deltakere og deres pårørende.

Trinn 2 Inviter en potensiell EBP-talsperson fra hver interessentgruppe til å delta i en EBP-referansegruppe. Ifølge organisasjoner som har implementert EBP-programmer med godt resultat, er det avgjørende å finne frem til personer som støtter prosjektet, og opprette en referansegruppe. Selv om det umiddelbart kan virke som om en slik komité vil forsinke prosessen, er all tid som brukes til å samle støtte fra interessenter, vel anvendt tid.

Det er liten sjanse for at EBP-programmer skal lykkes dersom samfunnet ikke innser at det er nødvendig, kostnadseffektivt, verdt innsatsen og i samsvar med samfunnets verdier og organisasjonens filosofi. De offentlige helsetjenester og organisasjoner må formidle en tydelig visjon og et sterkt engasjement til viktige interessenter om å implementere EBP-programmet. Ved å danne en referansegruppe med potensielle talspersoner fra hver interessentgruppe vil det være mulig å spre informasjon i store deler av samfunnet. Gi komitémedlemmene grunnleggende opplæring i hovedprinsippene for EBP-programmet, og be dem deretter om å arrangere informasjonsmøter og ellers regelmessig informere sine interessentgrupper.

Trinn 3 Be om råd. Ved å danne en referansegruppe og gi medlemmene opplæring om EBP-programmet tidlig i planleggingsprosessen kan du be komitémedlemmene om råd i alle faser av implementeringsprosessen. Samfunnsaktører kan bidra til å vurdere hvor klare samfunnet og organisasjonen er for å implementere EBP-programmet og relaterte aktiviteter. Når EBP-programmet er på plass, kan komitémedlemmene holde EBP-personalet informert om relevante samfunnstrender som kan påvirke leveransen av EBP-tjenester.

EBP-referansegrupper er avgjørende for å opprettholde EBP-programmet over tid. Når EBP-personale skiftes ut eller kompetent personale slutter og må erstattes, eller når finansieringen av eller kravene til programmet endrer seg, er det viktig å ha støttespillere i samfunnet og politisk støtte. En veletablert komité kan hjelpe EBP-programmet gjennom endringer.

Trinn 4 Utarbeide en handlingsplan. Når viktige interessenter forstår prinsippene for EBP-programmet, bør referansegruppen utarbeide en handlingsplan for implementering. Handlingsplaner skisserer aktiviteter og strategier for utvikling av EBP-programmet, blant annet følgende:

- integrasjon av EBP-prinsippene i helsemyndighetenes og -organisasjonenes retningslinjer og prosedyrer
- skissering av både innledende og kontinuerlige opplæringsopplegg for interne og eksterne interessenter
- utvikling av prosedyrer for regelmessig overvåking og evaluering av EBP-programmet

Baser aktivitetene i handlingsplanen på behovene til den aktuelle befolkningsgruppen, lokalsamfunnet og organisasjonen.

Trinn 5 Involver referansegruppen i den løpende evalueringen av EBP-programmet.

Komitémedlemmene kan bidra til å definere målene som skal nås. De kan bidra til å integrere kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Integrer EBP-programmet i retningslinjer og prosedyrer

Undersøk retningslinjer og prosedyrer

Myndigheter og organisasjoner for helsetjenester som har implementert EBP-programmer med godt resultat, viser betydningen av å integrere EBP-programmet i retningslinjer og prosedyrer. Du må for eksempel umiddelbart fatte beslutninger om rekruttering av personale til EBP-programmet. De offentlige helsetjenester kan støtte implementeringsprosessen ved å integrere kriterier for personalrekruttering i regelverket. Organisasjonen bør velge en leder for EBP-programmet og behandlere basert på helsemyndighetenes regelverk og kvalifikasjonene som EBP-programmet krever. Nye stillingsbeskrivelser for EBP bør integreres i retningslinjene for organisasjonens personalavdeling. EBP-spesifikke forslag i *IPS – Hvordan bygge et tilbud* vil hjelpe personale hos de offentlige helsetjenester og i organisasjoner for mental helse med å finne frem til riktig type og antall ansatte, definere roller og utvikle en tilsynsstruktur.

Ledere i organisasjoner og hos de offentlige helsetjenester bør også gå gjennom administrative retningslinjer og prosedyrer og sørge for at de er kompatible med EBP-prinsippene. Det kan for eksempel hende at prosedyrene for inn- og utskrivning, behandlingsplanlegging og tjenesteleveranse bør endres. Sørg for at retningslinjer og prosedyrer omfatter informasjon om hvordan man identifiserer de deltakerne som sannsynligvis har størst fordeler av EBP-programmet, og hvordan inklusjons- og eksklusjonskriterier bør integreres i henvisningsmekanismene. Å integrere EBP-prinsipper i retningslinjer og prosedyrer vil danne grunnlaget for EBP-programmet og sørge for at programmet er levedyktig. Undersøk retningslinjer og prosedyrer tidlig i prosessen. De fleste endringer vil bli gjennomført i planleggingsfasen, men gjennom regelmessig overvåking og evaluering av programmet (*se nedenfor*) kan du med jevne mellomrom vurdere behovet for flere endringer.

For å starte implementering av EBP-programmet

- Definer viktige interessentgrupper som vil bli påvirket av implementering av EBP-programmet.
- Finn frem til potensielle talspersoner fra hver gruppe, og inviter dem til å delta i en EBP-referansegruppe.
- Be komiteen om råd under prosessen.
- Utarbeid en handlingsplan.
- Skisser komitémedlemmenes ansvarsområder, for eksempel:
 - delta i grunnleggende EBP-opplæring
 - formidle grunnleggende informasjon om EBP-programmet til sine interessentgrupper
 - gi råd i alle faser av implementeringsprosessen
 - delta i løpende evaluering av EBP-programmet

Identifisere finansieringsaspekter

Å identifisere og adressere økonomiske hindringer er avgjørende ettersom spesifikke kostnader er knyttet til å starte nye EBP-programmer og opprettholde dem. Identifiser kort- og langsiktige finansieringsmekanismer for EBP-tjenester, innbefattet midler fra føderale myndigheter, delstatsmyndigheter og lokale myndigheter samt midler fra private fond. Du kan lage prognoser for oppstartskostnadene i samarbeid med EBP-referansegruppen ved å identifisere følgende:

- tidsforbruk uten kompensasjon til møter med interessenter
- tidsforbruk til personalopplæring
- tidsforbruk til strategisk planlegging
- reiser for å studere andre EBP-programmer
- kostnader til nødvendig teknologi (mobiltelefoner og datamaskiner) eller andre engangsutgifter som påløper i forbindelse med første implementering

Du bør også identifisere finansieringsmekanismer for nåværende EBP-tjenester og for støtte til løpende kvalitetsforbedringstiltak, som kontinuerlig opplæring, tilsyn, teknisk assistanse, kvalitetskontroll og resultatovervåking. Det kan også være behov for å revidere reglene for kompensasjon som styres av tjenestedefinisjoner og -kriterier. Dette kan innebære møter på tvers av etater og organisasjoner på nasjonalt nivå, delstatsnivå og lokalt nivå.

Det finnes nyttige ressurser som kan hjelpe deg med å implementere EBP-programmet

Mye materiell er tilgjengelig gjennom U.S. Department of Health and Human Services (<http://www.hhs.gov>) om hvordan Medicaid og Medicare kan bidra til å finansiere nødvendige tjenester. Hvis du implementerer EBP-programmer, er følgende publikasjon en nyttig ressurs: *Using Medicaid to Support Working Age Adults with Serious Mental Illnesses in Community: A Handbook*, utgitt av Assistant Secretary of Planning and Evaluation, januar 2005.

<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/handbook.pdf>

Denne håndboken er en glimrende introduksjon til Medicaid-programmet. Den beskriver de viktigste funksjonene og inneholder rettighetsinformasjon, hvilke helsetjenester som dekkes, samt frivillige tjenester og unntak. Den inneholder også nyttig informasjon for delstater som søker om Medicaid-finansiering for å implementere følgende:

- psykiatriopplæring for pårørende
- ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet)
- sykdomsbehandling og rehabilitering
- integrert behandling av parallelle lidelser
- medisinerings
- IPS
- botrening
- deltakertilpassede tjenester
- kollegastøtte

Vurdere behovet for opplæring

Et av de neste trinnene i implementeringen av EBP-programmet er å utarbeide en opplæringsplan. Du kan måle hvor mye opplæring som kreves, ved å vurdere hvor forberedt samfunnet er. Hvis samfunnet ikke vet noe om EBP-programmet og ikke ser behovet, må du kanskje gjennomføre en rekke opplæringsaktiviteter. Hvis et samfunn allerede forstår EBP-programmet og vet hvordan det kan adressere problemer som samfunnet ønsker å løse, er det kanskje ikke nødvendig med så mange opplæringsaktiviteter.

Du kan informere viktige interessentgrupper ved først å undervise din EBP-referansegruppe og deretter be medlemmene om å videreformidle informasjon om formålet med og fordelene ved EBP-programmet. I tillegg til å vurdere opplæringsbehovet i samfunnet generelt bør organisasjonens ledere undersøke hvor mye personalet på alle nivåer i organisasjonen vet om EBP-programmet. Organisasjoner som har implementert EBP med godt resultat, understreker hvor viktig det er å gjennomføre grunnleggende opplæring om EBP-programmet for personalet på alle nivåer i organisasjonen. Å undervise og engasjere personalet vil sørge for støtte for EBP-programmet. På lang sikt vil EBP-personale som har fått god opplæring, enklere få henvisninger gjennom samarbeid med personale i andre tjenesteprogrammer, og på den måten legge til rette for et enhetlig behandlingsopplegg.

Kontinuerlig opplæring på arbeidsplassen er en effektiv metode for å formidle bakgrunnsinformasjon, filosofien og verdiene bak EBP-programmet samt de grunnleggende formålene med EBP-tjenestens komponenter i et komfortabelt miljø. Vurder å involvere medlemmene i referansegruppen i beslutninger om hyppighet og innhold i forbindelse med den grunnleggende EBP-opplæringen.

Tilby mer intensiv opplæring for programansvarlige og behandlere

Personale på alle nivåer i organisasjonen bør få grunnleggende EBP-opplæring, men programansvarlige og behandlere trenger mer intensiv opplæring. Hjelp behandlere med å integrere EBP-prinsippene i sin daglige praksis ved å tilby omfattende opplæring til dem som leverer EBP-tjenester. Hver KIT-modul inneholder en rekke EBP-spesifikke opplæringsverktøy som hjelper deg med å organisere både grunnleggende og intensiv opplæring.

Selv om det meste av kompetansen som behandlere trenger kan formidles ved hjelp av disse opplæringsverktøyene, viser erfaring og forskning at den mest effektive måten å tilegne seg EBP-kompetanse på er gjennom rådgivning under praktisk arbeid. Rådgivere kan gi omfattende opplæring og kasusbasert konsultasjon til EBP-behandlere.

Rådgivere kan også bistå myndigheter og organisasjoner for helsetjenester med følgende:

- gi grunnleggende informasjon til viktige interessenter
- vurdere hvor klart samfunnet er for endringer
- bidra til å integrere EBP-prinsipper i retningslinjer og prosedyrer
- utarbeide planer for kontinuerlig opplæring

I mange organisasjoner for helsetjenester er det stor gjennomtrekk av personale. Dette innebærer at EBP-programmet ikke kan opprettholdes uten kontinuerlig opplæring til alle ansatte.

Mange organisasjoner synes også det er nyttig at programansvarlige og behandlere gjør seg kjent med strukturen og prosessene i praksisen ved å besøke organisasjoner som har implementert EBP-programmet med godt resultat.

Tidlig i prosessen må de ansvarlige hos myndigheter og i organisasjoner for helsetjenester avgjøre hvordan de skal oppnå følgende:

- identifisere interne og eksterne interessenter som skal ha grunnleggende opplæring
- avgjøre hvor ofte grunnleggende opplæring skal tilbys
- identifisere hvem som skal sørge for opplæringen
- identifisere EBP-personale og medlemmer i referansegrupper som skal ha omfattende opplæring
- definere opplæringsformatet for kontinuerlig opplæring av EBP-personale
- avgjøre om EBP-personale skal besøke et modell-EBP-program

EBP-spesifikke forslag i *IPS – Hvordan bygge et tilbud* vil hjelpe ansatte hos myndigheter og i organisasjoner for helsetjenester med å utarbeide en EBP-opplæringsplan.

Overvåking og regelmessig evaluering

Viktige interessenter som implementer EBP-programmer, spør seg kanskje om to ting:

- **Er EBP-programmet implementert som planlagt?**
- **Har EBP-programmet ført til ønskede resultater?**

Å stille seg selv disse to spørsmålene og bruke svarene til å forbedre programmet er en avgjørende faktor for å lykkes med EBP-programmet.

- Svar på det første spørsmålet ved å **registrere prosessmål** (ved hjelp av EBP-kvalitetsskala og Generell organisasjonsindeks). Prosessmålene angir hvordan tjenestene utføres.
- Svar på det andre spørsmålet ved å **registrere resultatmål**. Resultatmålene registrerer resultatene eller måloppfyllelsen til programmet.

Mens du forbereder implementeringen av et EBP-program, anbefaler vi at du utarbeider et kvalitetssikringssystem ved å bruke både prosess- og resultatmål for å overvåke og forbedre programmets kvalitet fra oppstartsfasen og gjennom hele programmets levetid. Under *IPS – Hvordan sikre kvalitet* i KIT-modulen er det en EBP-spesifikk kvalitetsskala, en generell organisasjonsindeks og eksempler på resultatmål. Disse målene kan integreres i eksisterende kvalitetssikringsprogrammer eller være til hjelp når organisasjoner utarbeider nye.

Hvorfor du bør registrere prosessmål

Prosessmål, for eksempel EBP-kvalitetsskala og Generell organisasjonsindeks, hjelper deg med å vurdere om kjerneelementene i EBP-programmet er på plass i din organisasjon. Undersøkelser viser at jo flere poeng en organisasjon

oppnår på kvalitetsskalaen, desto større er sannsynligheten for at organisasjonen oppnår gode resultater (Becker m.fl., 2001; Bond og Salyers, 2004). Derfor er det viktig å overvåke både kvalitet og resultater.

Prosessmål gjør at personalet i en organisasjon på en objektiv og strukturert måte kan avgjøre om tjenestene utføres på den måten som i henhold til utførte studier gir ønskede resultater. Å generere prosessmål er en meget bra metode for å finne svakheter i programmet, samtidig som de bidrar til å klargjøre programmets sterke sider. Prosessmål gir også de offentlige helsetjenester et komparativt rammeverk for evaluering av EBP-programmene i hele delstaten. Helsemyndighetene kan identifisere trender i hele delstaten og unntak fra disse trendene.

Hvorfor du bør registrere resultatmål

Mens prosessmålene registrerer hvordan tjenestene utføres, registrerer resultatmålene programmets resultater. Hvert tjenestetiltak har både kortsiktige og langsiktige mål i forhold til deltakerne. Deltakerne har dessuten egne mål som de håper å nå ved å motta helsetjenester. Disse målene blir til resultater, og resultatene kan angis med spesifikke måleverdier.

Noen resultater er direkte følger av et tiltak, som at noen skaffer seg jobb etter å ha deltatt i et IPS-program. Andre resultater er indirekte, som at deltakeren får bedre livskvalitet fordi vedkommende har en jobb. Noen resultater er konkrete og målbare, som antall dager en person har arbeidet i løpet av en måned. Andre er subjektive, som at noen er fornøyd med EBP-tjenestene.

I tillegg til å registrere EBP-kvalitetsmål bør du derfor også registrere resultatmål som hjemløshet, hospitalisering, fengselsopphold og rehabilitering, faktorer som viser hvilken effekt tjenestene har på deltakerne. Løpende overvåking av kvalitet og resultater er en bra metode for å sikre at EBP-programmet er effektivt.

Et kvalitetssikringssystem vil hjelpe deg med å

- finne sterke og svake sider ved programmet
- utarbeide handlingsplaner for å forbedre programmet
- bidra til at deltakerne når sine bedringsmål
- levere helsetjenester på en effektiv og rasjonell måte

Hvordan prosess- og resultatdata forbedrer EBP-programmer

Å registrere og bruke prosess- og resultatdata kan forbedre deltakelsen og personalets effektivitet.

Tenk over følgende lille historie:

Deltakerne i et program for delvis hospitaliserte, som var støttet av et offentlig psykiatrisk helsesenter, viste jevnt over svært liten interesse for yrkesrettede aktiviteter. Programmets personale begynte å samle inn informasjon hver måned om deltakernes yrkesopplæringsstatus, og rapporterte resultatene til programrådgiveren. Hver tredje måned sendte rådgiveren informasjonen tilbake til dem i form av et enkelt stolpediagram.

De positive resultatene av å registrere og bruke informasjon om deltakernes yrkesrettede aktiviteter viste seg nesten umiddelbart. Tre måneder etter at dette overvåkingssystemet ble startet, hadde andelen av programmets deltakere som viste interesse for yrkesrettede aktiviteter, økt fra 36 til 66 %. Etter ytterligere tre måneder var 72 % av deltakerne i programmet involvert i en eller annen form for yrkesrettet aktivitet.

Dette eksempelet viser at å dele prosess- og resultatdata med deltakere, kan stimulere til deltakelse i EBP-programmet.

Formidling av evalueringsdata kan dessuten forbedre effektiviteten til EBP-personalet ved å styrke motivasjonen, den faglige kompetansen og følelsen av å lykkes. I sin studie av vellykkede organisasjoner observerte Peters og Waterman (1982) følgende:

Det slår oss hvor viktig det er med tilgjengelig informasjon som sammenligningsgrunnlag mellom kolleger. Det er overraskende at dette er den grunnleggende kontrollmekanismen i organisasjoner som lykkes. Det dreier seg ikke om noen militær modell i det hele tatt. Det er ingen kommandolinje der det ikke skjer noe før sjefen ber noen om å utføre en oppgave. Generelle mål og verdier

formidles, og informasjon deles i så stor grad at de ansatte raskt forstår om jobben blir gjort eller ikke — og hvem som gjør eller ikke gjør en god jobb (s. 266).

Under *IPS – Hvordan sikre kvalitet* kan medlemmene i kvalitetssikringsteamet finne informasjon om hvordan de kan analysere og bruke prosess- og resultatdata for å forbedre EBP-programmet.

Maksimer effektiviteten ved å gjøre tjenestene kulturelt kompetente

Kulturell kompetanse er en tilnærming til leveranse av tjenester som forutsetter at tjenester er mer effektive dersom de leveres innenfor den mest relevante og meningsfulle kulturelle og kjønns- og alderstilpassede sammenhengen for dem som skal motta tjenestene.

Du kan forbedre kvaliteten i EBP-programmet ved å sørge for at det er kulturelt kompetent — at det er behovstilpasset for deltakere fra ulike kulturer. For det første er det viktig å forstå hva kultur og kulturell kompetanse er, og hvordan disse begrepene påvirker behandlingen.

Hva kultur er, og hvordan den påvirker behandlingen

Bredt definert er *kultur* en felles arv eller et sett oppfatninger, normer og verdier som deles av en gruppe mennesker. Det forutsettes ofte at mennesker som plasseres i samme etniske gruppe — enten på bakgrunn av manntall eller ved at de identifiserer seg selv — har samme kultur; men mennesker som plasseres i samme gruppe på denne måten, har ikke nødvendigvis samme kultur.

Det er stort mangfold innenfor hver hovedkategori. Noen individer kan i varierende grad identifisere seg med en gitt etnisk kultur, mens andre kan identifisere seg med flere kulturer, for eksempel knyttet til religion, yrke, seksuell orientering, region eller grad av funksjonshemming.

Kultur er et dynamisk begrep. Den endrer seg kontinuerlig og påvirkes både av menneskers oppfatninger og av krav fra omgivelsene. Innvandrere fra andre deler av verden har med seg sin egen kultur, men begynner gradvis å tilpasse seg og utvikle nye hybridkulturer som gjør at de kan fungere i den dominerende kulturen. Denne prosessen kalles *akkulturasjon*. Selv grupper som har oppholdt seg i et land i mange generasjoner, kan dele oppfatninger og skikker som er påvirket av mange andre kulturer. Denne kompleksiteten krever en individualisert tilnærming til kultur og kulturell identitet når det gjelder helsetjenester.

Kultur påvirker mange sider ved behandlingen, også oppfatningen mennesker har om hvorvidt behandling i det hele tatt er nødvendig. Kultur påvirker oppfatningene de har med seg i den kliniske situasjonen, språket de bruker for å uttrykke disse oppfatningene og måten de håndterer problemer på.

Kultur påvirker familiestrukturen, bosituasjonen og hvor mye støtte de får i vanskelige perioder. Kultur påvirker også hvordan mennesker søker hjelp, om de begynner med å oppsøke fastlegen, et program for helsetjenester, en prest, en åndelig veileder eller et familieoverhode. Kultur påvirker dessuten i hvilken grad mennesker stigmatiserer psykiske problemer og hvor stor tillit de har til behandlingsapparatet.

Kultur handler ikke bare om deltakerne

Det er lett å tro at kultur utelukkende handler om deltakerne, men kultur handler også om dem som utfører og administrerer tjenestene. Deres faglige kultur påvirker hvordan de organiserer og utfører behandlingen. Noen kulturelle påvirkningsfaktorer er mer selvsagte enn andre — som hvordan behandlere stiller spørsmål eller hvordan de samhandler med deltakere. Ikke så selvsagte, men like viktige faktorer er:

- organisasjonens driftstider
- hvor stor vekt personalet legger på kontakt med pårørende og lokalsamfunn
- i hvilken grad personalet respekterer kulturen til deltakerne

Å være klar over at kultur påvirker så mange aspekter av behandlingen innen helsesektoren, understreker hvor viktig det er å tilpasse organisasjonens praksis slik at den avspeiler og respekterer mangfoldet i samfunnet som skal betjenes.

Behovet for kulturell kompetanse

I mange tiår har organisasjoner for helsetjenester unnlatt å ta hensyn til det økende mangfoldet i samfunnet. Mennesker fra minoritetskulturer har ofte oppfattet programmene som uegnede og vanskelig tilgjengelige. De har avvist å motta behandling, sluttet å lete etter behandlingstilbud eller – hvis de har funnet et tilbud – hoppet av.

Dette har ført til problematiske misforhold. Mange minoritetsgrupper har hatt mindre tilgang til behandling, har i mindre grad benyttet behandlingstilbudene og har fått behandling med dårligere kvalitet. Misforholdene har vært mest tydelige for etniske grupper som:

- amerikanere av afrikansk herkomst
- indianere og eskimoer
- amerikanere av asiatiske herkomst
- amerikanere av latinsk herkomst
- innfødte på Hawaii og andre Stillehavsoyer

Men misforholdene har også påvirket andre grupper som:

- kvinner og menn
- barn og eldre
- mennesker i distriktene
- mennesker med ulike religioner
- mennesker med ulike seksuelle orienteringer
- mennesker med fysiske eller utviklingsrelaterte funksjonshemninger

Samlet sett har disse misforholdene ført til at millioner av mennesker har pådratt seg unødige funksjonshemninger på grunn av psykisk lidelse.

På slutten av 1980-tallet begynte helsesektoren å ta tak i disse misforholdene ved hjelp av en ny tilnærming til behandling som ble kalt kulturell kompetanse. Opprinnelig ble *kulturell kompetanse* definert som et sett helhetlige atferdsmønstre, holdninger og retningslinjer som ble brukt i et system, en organisasjon eller blant fagfolk for å sørge for at oppgavene kunne utføres effektivt i flerkulturelle sammenhenger. *Kulturell kompetanse* skal:

- gi deltakere bedre tilgang til behandling
- skape tillit
- engasjere deltakere i behandlingen og sørge for at de fullfører den

Hva er kulturell kompetanse?

I rapporten om emnet *kulturell kompetanse* fra Surgeon General er det definert i sin mest generelle form som

«... leveranse av tjenester med tanke på kulturelle hensyn til etniske minoritetsgrupper, innbefattet språk, historisk bakgrunn, tradisjoner, oppfatninger og verdier» (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

I de fleste tilfeller henviser *kulturell kompetanse* til et sett veiledende prinsipper som er utarbeidet for at leverandører av helsetjenester, organisasjoner og systemer skal kunne oppfylle behovene i flerkulturelle samfunn, blant annet hos etniske minoriteter.

Deltakere, pårørende, leverandører, beslutningstakere og ledere har lenge innsett de selvsagte fordelene ved kulturell kompetanse, men det har ikke vært utført tilstrekkelig forskning for å identifisere de viktigste bestanddelene i konseptet. Derfor har fagmiljøet fremdeles problemer med å definere kulturell kompetanse, ta det i bruk og måle resultatene.

Ordet *kompetanse* er litt villedende. Det impliserer normalt et sett kriterier som kan brukes for å evaluere et program. Dette er foreløpig ikke tilfelle; det er fremdeles forsket for lite på kulturell kompetanse. I dette tilfellet innebærer kompetanse at ansvaret for å tilpasse behandling til ulike kulturelle grupper ligger hos systemet, ikke hos deltakeren. Enhver leverandør eller leder som er involvert i å levere behandling – fra de offentlige helsetjenester til klinisk

ansvarlige og behandlere – er ansvarlige for å forsøke å gjøre programmene tilgjengelige, egnede, fristende og effektive for de flerkulturelle samfunnene de skal betjene. For mange er dette allerede en selvfølge.

Hvordan kulturell kompetanse er relatert til EBP-programmer

Ifølge Surgeon General er evidensbasert praksis beregnet på alle deltakere som behandles, uansett kulturbakgrunn. Men EBP-programmer må ofte justeres for å gjøre dem tilgjengelige og effektive for kulturelle grupper som har et språk eller et atferdsmønster som avviker fra befolkningsgruppene i den opprinnelige studien. Justeringene skal hjelpe til med å implementere EBP-programmer ved bruk av KIT-modulene uten å endre programmene.

For å levere kulturelt kompetente EBP-programmer må du ganske enkelt tilpasse dem til de unike samfunnene du betjener, enten det gjelder selve praksisen eller sammenhengen der praksisen utføres. I fremtiden vil det kanskje bli utarbeidet spesifikke kvalitetsmål for evaluering av programmets kulturelle kompetanse, men dette er ikke på plass ennå. Forskningsgrunnlaget for kulturell kompetanse er for liten.

I mellomtiden kan og bør EBP-programmer tilpasses til de kulturelle gruppene som betjenes, for eksempel ved å oversette informasjonsbrosjyrer til språket som benyttes i ulike miljøer. Du finner mer informasjon under *Hvordan bruke kulturell kompetanse i praksis*.

Mange leverandører spør:

Hvordan kan vi vite om EBP-programmene egner seg for en spesifikk etnisk eller kulturell gruppe når forskningen som støtter denne praksisen, ble utført på en svært annerledes befolkningsgruppe?

Svaret er at vi aldri kan være sikre før vi forsøker, men den begrensede forskningen som er utført, tyder på at EBP-programmer, kanskje med noen små modifikasjoner, fungerer på tvers av kulturer. Ettersom EBP-programmene representerer den beste behandlingen som er tilgjengelig i dag, er det dessuten rett og rimelig at de er tilgjengelige for alle som kan ha bruk for dem. Likevel må vi spørre oss: **Hvordan gjør vi dette på en effektiv måte?**

Hvordan bruke kulturell kompetanse i praksis

Siden målet er at alle programmer skal bli mer kulturelt kompetente, foreslår vi noen enkle trinn som vil bidra til at organisasjonene kan betjene ulike grupper mer effektivt. Disse trinnene gjelder for alle sider ved program; de er ikke begrenset til kun EBP-programmet. Husk at disse retningslinjene ikke er preskriptive, men illustrative:

- Forstå den etniske og kulturelle demografien hos befolkningsgruppen som betjenes.
- Gjør deg spesielt kjent med én eller to av de gruppene du oftest møter.
- Opprett en referansegruppe for kulturell kompetanse som består av deltakere, deltakernes pårørende og lokale organisasjoner.
- Oversett skjemaer og brosjyrer.
- Tilby å sammenføre deltakeren med en behandler som har tilsvarende bakgrunn.
- Sørg for å ha tilgang til kvalifiserte tolker.
- Spør deltakerne om deres kulturelle bakgrunn og identitet.
- Integrerer kulturell bevissthet i vurderingen og behandlingen av deltakere.
- Utnytt eksisterende nettverk som storfamilier og grupper i lokalsamfunnet som representerer deltakerens kultur.
- Kontakt religiøse og åndelige organisasjoner for å oppmuntre dem til å henvise deltakere eller for å bruke dem som ekstra støttenettverk.
- Tilby personalet opplæring i kulturresponsiv kommunikasjon eller samtalekompetanse.
- Forstå at én kultur kan anse en atferd som psykopatologisk, mens en annen kultur kan anse samme atferd som normal.
- Vær oppmerksom på at deltakere fra andre kulturer kan ha andre oppfatninger om årsakene til og behandlingen av sykdom.

Hvordan de offentlige helsetjenester kan bidra

Nedenfor er det noen eksempler på hvordan de offentlige helsetjenester kan bidra til å utvikle et mer kulturelt kompetent system for mental helse:

- Utnevnt noen med deltids- eller heltidsansvar for å forbedre og overvåke den kulturelle kompetansen.
- Utarbeid en strategiplan for å integrere kulturell kompetanse i systemet for helsetjenester.
- Opprett en referansegruppe med representanter fra alle viktige etniske og kulturelle grupper som betjenes.
- Sett i verk tiltak mot faktorer som hindrer behandling (som kulturelle, språklige, geografiske eller økonomiske hindringer).
- Forsøk å ansette personale som avspeiler befolkningssammensetningen i samfunnet som betjenes.
- Gjennomfør interne evalueringer av organisasjonens kulturelle kompetanse.
- Registrer og analyser data for å avdekke eventuelle misforhold i forbindelse med tjenestene.
- Opprett spesifikke ressurser for opplæring i kulturell kompetanse.
- Integrer kulturell kompetanse i prosessene for kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring.

Du finner flere forslag om tilpassing av EBP-programmer for ulike grupper i de øvrige heftene i KIT-modulen.

Fem scenarier som handler om kulturell kompetanse

Scenario — integrert behandling av parallelle lidelser

Kevin er en 40 år gammel, hjemløs afroamerikaner i Chicago, som i ti år har sirkulert mellom fengselet, gaten og hospitser for hjemløse. På hospitlet nektet han å motta hjelp for det personalet mente var en kombinasjon av langvarig og ubehandlet schizofreni og alkoholisme.

En kveld var han så beruset at han gikk ut i gaten foran en bil og ble alvorlig skadet. På sykehuset ble han behandlet for de fysiske skadene og satt på antipsykotika etter at psykiatere hadde stilt diagnosen schizofreni.

Da han ble utskrevet fra sykehuset, ble Kevin henvist til et integrert behandlingsprogram for parallelle lidelser. Den behandlingsansvarlige innså at Kevin hadde behov for aggressiv behandling for å unngå å bli uteligger igjen, og anbefalte derfor parallell behandling av alkoholismen og schizofrenien. Spesialisten på integrert behandling var en afroamerikansk psykiater som forsto at de mange årene med fremmedgjøring, diskriminering og utsatthet som Kevin beskrev, hadde bidratt til de parallelle lidelsene.

Spesialisten på integrert behandling gikk målrettet inn for å etablere et tillitsforhold. Han samarbeidet med behandlingsteamet for å sikre at Kevin i tillegg til psykiatrisk behandling og hjelp med rusproblemene, også fikk sosial trening og et trygt sted å bo. Da Kevin var frisk nok og mens han fremdeles gikk i gruppeterapi for sine parallelle lidelser, var et av hans første skritt mot rehabilitering å kontakte sin gamle mor, som ikke hadde hørt fra ham på ti år.

Scenario — ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet)

En prest i Baltimore kontaktet byens program for aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet (ACT = Assertive Community Treatment) med et uvanlig problem: Et medlem i menigheten fortalte at et annet medlem — en eldre kvinne fra Jamaica — slo sin voksne datter fordi hun «oppfører seg som en idiot hele tiden». Ifølge menighetsmedlemmet hendte det til og med at moren låste inn sin voksne datter i kjelleren.

Året før hadde et medlem av ACT-gruppen kontaktet lokale prester for å fortelle dem om programmet. ACT-gruppen hadde innsett at det var behov for bedre kommunikasjon og referanser. Tettere samarbeid mellom organisasjonene ville øke sjansene for rehabilitering gjennom mer sosial støtte og bedre forståelse for behandlingsopplegget. Noen deltakere mente imidlertid at behandlingen var i strid med deres religion.

ACT-gruppen skaffet en rettslig kjennelse på at myndighetene kunne gå inn i hjemmet til den jamaikanske moren. De fant den traumatiserte, 25 år gamle datteren innesperret i kjelleren, aktivt psykotisk og med merker som tydet på fysisk vold. Gruppen stilte diagnosen schizofreni for datteren og fant et egnet sted å bo for henne.

De satte i verk en intensiv kombinasjon av medisiner, individuell psykoterapi og gruppeterapi, inkludert traumebehandling og sosial trening. Gjennom sine kontakter med kirken og lokalsamfunnet hjalp gruppen datteren med å skaffe seg klær og åndelig støtte.

Gruppen oppdaget at morens etniske gruppe fra Jamaica trodde at datterens psykiske sykdom var et tegn på at hun var besatt av djevelen. Gruppen kontaktet moren for å fortelle henne om schizofreni og for å legge til rette for at datteren eventuelt etter hvert kunne flytte hjem igjen.

Scenario — sykdomsbehandling og rehabilitering

Lupita, en 17 år gammel niendeklassing, kom til akuttmottaket etter et selvmordsforsøk. Vakthavende psykiater var tilfeldigvis den samme som ett år tidligere hadde stilt diagnosen bipolar lidelse for Lupita. Han trodde at hun hadde tatt medikamentene sine som hun skulle, men blodprøvene viste nå ingen spor av psykofarmaka.

Psykiateren forsøkte å kommunisere med Lupitas engstelige foreldre som ventet utenfor, men oppdaget at de kun snakket spansk, ikke engelsk. Psykiateren hadde feilaktig gått ut fra at Lupita, en andregenerasjons innvandrer fra Mexico, i stor grad var integrert, og at det samme var tilfelle med foreldrene hennes. Hun kontaktet en behandler ved sykehusets tospråklige avdeling for sykdomsbehandling og rehabilitering, som fikk vite at foreldrene i månedsvis hadde følt seg maktesløse mens de hadde observert at datteren sank stadig dypere ned i en alvorlig depresjon fordi hun ikke tok medikamentene sine.

Behandleren fra den tospråklige avdelingen, hvis familie også hadde immigrert fra landsbygda i Mexico, visste hvordan hun forsiktig kunne spørre foreldrene om de kunne lese og forstå doseringsanvisningene for Lupitas medikament. Da de fant ut at familien hadde begrensede leseferdigheter både på engelsk og spansk, tilpasset de behandlingsopplegget slik at det ikke var nødvendig å bruke skriftlige anvisninger. De presenterte også det tospråklige behandlingsprogrammet for Lupita og familien hennes. Sykehuset hadde opprettet programmer for spansktalende familier på grunn av det høye antallet spansktalende i området.

Ved de ukentlige besøkene oversatte den tospråklige behandleren for familien og hjalp dem med planleggingen av Lupitas psykoterapi. Sammen porsjonerte de den riktige kombinasjonen av piller i et doseringsbrett. Da de fant ut at familien ikke hadde telefon, samarbeidet den tospråklige behandleren med dem for å finne en nabo de kunne ringe fra, og dit sykehuset kunne ringe. På den måten kunne de holde kontakten og sørge for at Lupita tok medikamentene sine.

Scenario — psykiatriopplæring for pårørende

I vanskelige tider stoler mange innfødte på Hawaii på at stammens eldre, tradisjonelle helbredere, familie og lærere skal løse problemer for dem ved hjelp av sin visdom og kulturelle praksis. En praksis av denne typen er *ho'oponopono*, en tradisjonell kulturell prosess for å opprettholde harmoniske relasjoner i familier gjennom strukturerte diskusjoner om konflikter. Ho'oponopono benyttes også til personlig helbredelse og veiledning i vanskelige tider.

Da Kawelo mistet jobben som elektriker, spurte en psykiatrisk behandler om han visste om noen eldre i lokalsamfunnet som kjente til tradisjonelle hawaiiske helbredelsesmetoder. Kawelos behandler visste hvor viktig det var å utnytte støtten i lokalsamfunnet, og foreslo at familien skulle forsøke ho'oponopono.

Kawelo og behandleren kontaktet familien og stammens eldre for å arrangere et møte. Under møtet informerte behandleren om Kawelos sykdom. De diskuterte symptomer og tegn på mulige tilbakefall.

Behandleren spurte de eldre om hvordan de som gruppe kunne bidra til Kawelos rehabilitering. Etter lang overveielse besluttet familien at en måte å hjelpe Kawelo på, var å delta i ho'oponopono for å forstå hva slags problemer han hadde og finne ut hvordan familien kunne hjelpe ham med å helbrede seg selv. Noen familiemedlemmer takket også ja til å delta i psykiatriopplæringsprogrammet for pårørende (FPE) for å lære mer om hans psykiske sykdom og bidra til rehabiliteringen.

Under FPE-programmet deltok familien i strukturerte gruppeøkter sammen med flere familier. Ettersom en viktig del av helbredelsen i den innfødte hawaiiske kulturen er å dele positive og negative følelser i et åpent, trygt og kontrollert miljø, var familiens deltakelse i en kombinasjon av ho'oponopono og FPE til stor hjelp for Kawelo.

Scenario — IPS

Jing er en tospråklig spesialist på IPS. Etter en uformell gjennomgang av arbeidet sitt, anslår hun at rundt 30 % av deltakerne hun jobber med er asiatiske, men bakgrunnen deres varierer voldsomt, fra Taiwan til Kambodsja, og utdanningsnivået er også varierende.

En av deltakerne med bipolar lidelse hun jobber med, immigrerte nylig fra Kina. Han har grunnskoleutdannelse, men snakker mandarin og svært lite engelsk. Ettersom Jing snakker mandarin flytende, kunne hun utføre en grundig evaluering av deltakerens kompetanse og søke etter egnede jobber på en målrettet og effektiv måte.

Jing finner frem til flere import/eksport-bedrifter i området med ansatte som kun snakker mandarin. Hun og deltakeren finner en jobb, selv om deltakeren ville ha fått en bedre betalt stilling hvis han hadde behersket engelsk. Jing og deltakeren finner ut at han skal beholde denne jobben en stund, samtidig som han deltar på et intensivt kveldskurs i engelsk for innvandrere.

Jing støtter deltakeren på jobben under de neste månedene. Når deltakeren behersker engelsk bedre, begynner han og Jing å lete etter en bedre betalt jobb, noe de også finner. Jing fortsetter å støtte deltakeren og hjelper ham med å tilpasse seg til de høyere kravene i den nye jobben.

Utvalgte ressurser i forbindelse med kulturell kompetanse

Ressursene nedenfor er aktuelle for alle EBP-programmer i forbindelse med kulturell kompetanse. Disse ressursene er for deltakere og deres pårørende, de offentlige helsetjenester, ledere, programansvarlige og behandlere. Ressurser relatert til hvert enkelt EBP-program er angitt under *IPS – Evidens* i de enkelte KIT-modulene.

Nasjonale ressurser for deltakere og pårørende

Center for Mental Health Services

Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAMHSA's Health Informasjon Network
Rockville, MD 20857, USA
Telefon: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)
(engelsk og spansk)
www.samhsa.gov/shin

First Nations Behavioral Health Confederacy

Telefon: (406) 732-4240 Montana, USA
Telefon: (505) 275-3801 Albuquerque, NM, USA
pauletterunningwolf@hotmail.com

National Alliance on Mental Illness (NAMI)

Colonial Place Three
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201-3042, USA
Telefon: (800) 950-NAMI (6264)
Faks: (703) 524-9094
TTY: (703) 516-7227
www.nami.org

National Asian American Pacific Islander Mental Health Association

1215 19th Street, Suite A Denver, CO 80202, USA
Telefon: (303) 298-7910
Faks: (303) 298-8081
www.naapimha.org

National Institute of Mental Health (NIMH)

Office of Communications
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663, USA
Telefon: (866) 615-NIMH (6464)
Faks: (301) 443-4279
TTY: (301) 443-8431
www.nimh.nih.gov

National Latino Behavioral Health Association

P.O. Box 387

506 Welch, Unit B
Berthoud, CO 80513, USA
Telefon: (970) 532-7210
Faks: (970) 532-7209
www.nlbha.org

National Leadership Council on African American Behavioral Health

6904 Tulane Drive Austin, TX 78723-2823, USA
Telefon: (512) 929-0142
Faks: (512) 471-9600
tkjohnson@mail.utexas.edu

Mental Health America

2001 North Beauregard Street, 6th Floor
Alexandria, VA 22311, USA
Telefon: (800) 969-6642
Telefon: (703) 684-7722
Faks: (703) 684-5968
TDD: (800) 433-5959
www.nmha.org

Ressurser for de offentlige helsetjenester

Aponte, C. og Mason, J. (1996). A demonstration project of cultural competence self-assessment of 26 agencies. I M. Roizner, *A practical guide for the assessment of cultural competence in children's mental health organizations* (s. 72–73). Boston, USA: Judge Baker Children's Center.

California Mental Health Ethnic Services Managers with the Managed Care Committee. (1995). *Cultural competency goals, strategies and standards for minority health care to ethnic clients*. Sacramento: CA, USA: Mental Health Directors' Association.

Carpinello, S. E., Rosenberg, L., Stone, J., Schwager, M. og Felton, C. J. (2002). Best practices: New York State's campaign to implement evidence-based practices for people with serious mental disorders. *Psychiatric Services*, 53(2), 153-5.

Chorpita, B. F. og Nakamura, B. J. (2004). Four considerations for dissemination of intervention innovations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 364–367.

Dillenberg, J. og Carbone, C. P. (1995). *Cultural competency in the administration and delivery of behavioral health services*. Phoenix, AZ, USA: Arizona Department of Health Services.

Knisley, M. B. (1990). *Culturally sensitive language: community certification standards*. Columbus, OH, USA: Ohio Department of Mental Health.

National Implementing Research Network. (2003). *Consensus statement on evidence-based programs and cultural competence*. Tampa, FL, USA: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

New York State Office of Mental Health. (1998). *Cultural competence performance measures for managed behavioral healthcare programs*. Albany, NY, USA: New York State Office of Mental Health.

New York State Office of Mental Health. (1998). *Final Report: Cultural and Linguistic Competency Standards*. Albany, NY, USA: New York State Office of Mental Health.

Pettigrew, G. M. (1997). *Plan for culturally competent specialty mental health services*. Sacramento, CA, USA: California Mental Health Planning Council.

Phillips, D., Leff, H. S., Kaniasty, E., Carter, M., Paret, M., Conley, T. og Sharma, M. (1999). *Culture, race and ethnicity (C/R/E) in performance measurement: A compendium of resources; Version 1*. Cambridge, MA, USA: The Human Services Research Institute (Evaluation Center@HSRI).

Siegel, C., Davis-Chambers, E., Haugland, G., Bank, R., Aponte, C. og McCombs, H. (2000). Performance measures of cultural competency in mental health organizations. *Administration and Policy in Mental Health, 28*, 91 – 106.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Consumer mental health report card. Final report: task force on a consumer-oriented mental health report card*. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Cultural competence standards in managed mental health care services: Four underserved/underrepresented racial/ethnic groups. HHS pub. nr. SMA 00-3457. Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE) and Human Services Research Institute (The Evaluation Center@HSRI). (1999). *Notes from a roundtable on conceptualizing and measuring cultural competence*. Boulder, CO, USA: WICHE, Publications.

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE). (1997). *Cultural competence standards in managed mental health care for four underserved/ under represented racial/ethnic groups*. Boulder, CO, USA: WICHE Publications.

Center for Mental Health Services

Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAMHSA's Health Information Network
Rockville, MD, USA
Telefon: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)
(engelsk og spansk)
www.samhsa.gov/shin

Hogg Foundation for Mental Health

The University of Texas at Austin P.O. Box 7998
Austin, TX 78713-7998, USA
Telefon: (800) 404-4336
Faks: (512) 471-5041
<http://www.hogg.utexas.edu>

Ressurser for helseledere

Lopez, L., Jackson, V. H. (1999). *Cultural competency in managed behavioral healthcare: An overview*. I V. H. Jackson, L. Lopez (red.). Cultural competency in managed behavioral healthcare. Providence, RI: Manisses Communications Group, Inc.

Center for Mental Health Services

Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAMHSA's Health Information Network
Rockville, MD, USA
Telefon: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)
(engelsk og spansk)
www.samhsa.gov/shin

Human Services Research Institute

2336 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02140, USA

Telefon: (617) 876-0426

www.hsri.org

National Alliance of Multi-Ethnic Behavioral Health Associations

1875 I Street, NW Suite 5009

Washington, DC 20006, USA

Telefon: (202) 429-5520

www.nambha.org

National Center for Cultural Competence

Georgetown University Center for Child og Human Development

3300 Whitehaven Street, NW Suite 3300

Washington, DC 20057, USA

Telefon: (202) 687-5387

TTY: (202) 687-5503

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE)

Mental Health Program P.O. Box 9752

Boulder, CO 80301-9752, USA

www.wiche.edu

Ressurser for programansvarlige

Barrio, C. (2000). The cultural relevance of community support programs. *Psychiatric Services*, 51, 879–874.

Issacs, M. R. og Benjamin, M. P. (1991). *Toward a culturally competent system of care: programs which utilize culturally competent principles*. Washington, DC, USA: Georgetown University Child Development Center.

Leong, F. (1998). Delivering and evaluating mental health services for Asian Americans. I *Report of the roundtable on multicultural issues in mental health services evaluation*. Tucson, AZ, USA: Human Services Research Institute (The Evaluation Center,@HSRI).

Musser-Granski, J. og Carrillo, D. F. (1997). The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. *Community Mental Health Journal* 33, 51 – 60.

Phillips, D., Leff, H. S., Kaniasty, E., Carter, M., Paret, M., Conley, T. og Sharma, M. (1999). *Culture, race and ethnicity (C/R/E) in performance measurement: A compendium of resources; Version 1*. Cambridge, MA, USA: Human Services Research Institute (The Evaluation Center@HSRI).

Ponterotto, J. G. og Alexander, C. M. (1996). Assessing the multicultural competence of counselors and clinicians. I L. A. Suzuki, P. J. Meller, J. G. Ponterotto (red.) *Handbook of multicultural assessment: clinical, psychological, and educational applications* (s. 651 – 672). San Francisco, USA: Jossey-Bass.

Tirado, M. D. (1996). *Tools for monitoring cultural competence in health care*. San Francisco, USA: Latino Coalition for a Healthy California.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

Instrumenter for evaluering av kulturell kompetanse

Consolidated Culturalogical Assessment Toolkit (C-CAT)

Ohio Department of Mental Health, 2003.

- måler kulturell kompetanse i systemer og organisasjoner for helsetjenester
- inneholder omfattende opplærings- og promosjonsmaterieill

For mer informasjon:

<http://www.ccatoolkit.org/C-CAT.shtml>

Multiethnic Advocates for Cultural Competence

Columbus, OH, USA: 43215

Telefon: (614) 221-7841

www.maccinc.net

Cross-Cultural Counseling Inventory (CCCI)

- måler kunnskapsnivå, holdninger og oppfatninger om kulturelt mangfold
- måler krysskulturell rådgivningskompetanse

For mer informasjon:

LaFromboise, T., Coleman, H., Hernandez, A. (1991). Development and factor structure of the cross-cultural counseling inventory-revised. *Professional Psychology, Research and Practice* 22 (5), 380–388.

Cultural Acceptability of Treatment Survey (CATS)

Human Services Research Institute (HSRI), 1998.

- måler kulturell kompetanse i forbindelse med tjenester
- måler tilpasninger og praksis i organisasjoner
- måler preferanser og tilfredshet blant deltakere

For mer informasjon:

Human Services Research Institute 2336 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02140, USA

Telefon: (617) 876-0426

Faks: (617) 492-7401

www.hsri.org

Cultural Competency Assessment Scale (CCAS)

Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, 2000.

- vurderer organisasjonens nivå med hensyn til kulturell kompetanse
- konsistent med EBP-kvalitetsinstrumenter

For mer informasjon:

Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research

140 Old Orangeburg Road

Orangeburg, NY 10962, USA

Telefon: (845) 398-5500

Faks: (845) 398-5510

<http://www.rfmh.org/nki/>

Multicultural Counseling Awareness Scale (MCAS)

- vurderer kulturell bevissthet, kunnskap og kompetanse
- egen rapport med 45 punkter

For mer informasjon:

Ponterotto, J. G., Alexander, C. M. (1996) Assessing the multicultural competence of counselors and clinicians in L. A. Suzuki, P. J. Meller, J. G. Ponterotto (red.) *Handbook of multicultural assessment: Clinical, psychological, and educational applications* (s. 651 – 672) San Francisco, USA: Jossey-Bass.

Multicultural Counseling Inventory (MCI)

- vurderer bevissthet, kunnskap, kompetanse og relasjoner
- egen rapport med 43 punkter

For mer informasjon:

Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., Wise, S. L. (1994). Development of the multicultural counseling inventory: a self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology* 41, 137 – 148.

Ressurser for behandlere

Aguirre-Molina M., Molina C. W. og Zambrana R. E. (red.) (2001). *Health issues in the Latino community*. San Francisco, CA, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Alvidrez, J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community Mental Health Journal* 35, 515 – 530.

American Psychiatric Association. (2000). Appendix I: Outline for cultural formulation and glossary of culture-bound syndromes. I *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fjerde utgave, tekstrevisjon (DSM-IV-TR). Washington, DC, USA: forfatter.

Aranda, M. P. (1990). Culture friendly services for Latino elders. *Generations* 14, 55 – 57.

Atkinson, D. R., Morten, G. og Sue, D. (1983). *Counseling American minorities*. Dubuque, IA, USA: Wm. C. Brown.

Atkinson, D. R. og Gim, R. H. (1989). Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 209 – 213.

Baldwin, J. A. og Bell, Y. (1985). The African Self-Consciousness Scale: An Afrocentric personality questionnaire. *The Western Journal of Black Studies* 9, 61 – 68.

Bauer, H., Rodriguez, M. A., Quiroga, S., Szkupinski, S. og Flores-Ortiz, Y. G. (2000). Barriers to health care for abused Latina and Asian immigrants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11, 33 – 44.

Belgrave, F. Z. (1998). *Psychosocial aspects of chronic illness and disability among African Americans*. Westport, CT, USA: Auburn House/ Greenwood Publishing Group, Inc.

Berkanovic, E. (1980). The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys. *American Journal of Public Health* 70, 1273 – 1276.

Bichsel, R. J. (1998). Native American clients' preferences in choosing counselors. *Dissertation Abstracts International: Del B: Science and Engineering*, 58, 3916.

Branch C. og Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research Review*, (suppl. 1), 181 – 217.

Browne, C. T. (1986). An anguished relationship: The white institutionalized client and the non-white paraprofessional worker. *Journal of Gerontological Social Work Special Issue: Ethnicity and Gerontological Social Work*, 9, 3 – 12.

Bull Bear, M. og Flaherty, M. J. (1997). *The continuing journey of Native American people with serious mental illness: Building hope*. Boulder, CO, USA: WICHE Publications.

- Carter, R. T. og Qureshi, A. (1995). A typology of philosophical assumptions in multicultural counseling and training. I J. G. Ponterotto, J. M. Casas, C. M. Alexander (red.) *Handbook of multicultural counseling* (s. 239–262). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- The Chinese Culture Connection. (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 18, 143–164.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. og Issacs, M. R. (1989). *Toward a culturally competent system of care*. Washington, DC, USA: Georgetown University Child Development Center.
- Cuellar, I., Harris, C. og Jasso, R. (1980). An acculturation scale for Mexican-American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2, 199–217.
- Dana, R. H. (1998). *Understanding cultural identity in intervention and assessment*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publication, Inc.
- Davies, J., McCrae, B. P., Frank, J., Dochnahl, A., Pickering, T., Harrison, B. m. fl. (1983). The influence of client-clinician demographic match on client treatment outcomes. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 45–53.
- Feliz-Ortiz, M., Newcomb, M. D. og Meyers, H. (1994). A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 99–115.
- Gallimore, R. (1998). Accommodating cultural differences and commonalities in research and practice. I *Report of the roundtable on multicultural issues in mental health services evaluation*. Cambridge, MA, USA: Human Services Research Institute. (The Evaluation Center® HSRI).
- Gaw, A. C. (red.) (1993). *Culture, ethnicity, and mental illness*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Gaw, A. C. (red.) (2001). *Concise guide to cross-cultural psychiatry*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Gilvarry, C. M., Walsh, E., Samele, C., Hutchinson, G., Mallett, R., Rabe-Hesketh, S. m.fl. (1999). Life events, ethnicity and perceptions of discrimination in patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 600–608.
- Gopaul-McNicol, S. A. og Brice-Baker, J. (1998). *Cross-cultural practice: assessment, treatment and training*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Healy, C. D. (1998). African Americans' perceptions of psychotherapy: analysis of barriers to utilization. Dissertation Abstracts International: Del B: Science and Engineering, 55(9-B), 5121.
- Helms, J. E. (red.) (1990). *Black and white racial identity: Theory, research, and practice*. New York, USA: Greenwood Press.
- Hernandez, N. E. (1999). The relationship between ethnic matching and non-matching of Black, Hispanic, and White clinicians and clients and diagnostic and treatment decisions. *Dissertation Abstracts International: Del A: Humanities and Social Sciences*, 60, 550.
- Herrera J., Lawson, W. og Sramek, J. (1999). *Cross cultural psychiatry*. West Sussex: John Wiley Sons, Ltd., Storbritannia
- Hinkle, J. S. (1994). Practitioners and cross-cultural assessment: a practical guide to information and training. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development Special Issue: Multicultural Assessment*, 27, 103–115.
- Jenkins, J. H. (1992). Too close for comfort: schizophrenia and emotional over involvement among Mexican families. I A. D. Gaines, (red.) *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatries* (s. 203–221). Albany, NY, USA: SUNY Press.
- Kohn, L. P., Oden, T., Munoz, R. F., Robinson, A. og Leavitt, D. (2002). Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African American women. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 497–504.
- Lefley, H. (1990). Culture and chronic illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 277–286.

- Lewis, R. (1996). Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 133–144.
- Lin, T. og Lin, M. (1978). Service delivery issues in Asian-North American communities. *American Journal of Psychiatry*, 135, 454–456.
- Lopez, S. (1997). Cultural competence in psychotherapy: a guide for clinicians and their supervisors. I C. E. Watkins, Jr. (red.) *Handbook of psychotherapy supervision* (s. 570–588). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Marin, G., Sabogal, F., Van Oss Marin, B., Otero-Sabogal, R. og Perez-Stable, E. (1987). Development of a short acculturation scale for Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 9, 183–205.
- Melzich, J., Kleinman, A., Fabrega, H. og Parron, D. (red.) (1996). *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Miranda, J., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D. A. og Belin, T. (2003). Treating depression in predominantly low-income young minority women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290(1), 57–65.
- Nader, K., Dubrow, N., Stamm, B. og Hudnall, B. (1999). *Honoring differences: Cultural issues in the treatment of trauma and loss*. Philadelphia, PA, USA: Brunner/Mazel, Inc.
- Opaku, S. A. (red.) (2001). *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Parker, R., Williams, M., Weiss, B. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552–557.
- Phinney, J. (1992). The multigroup ethnic identity measure: a new scale for use with adolescents and young adults from diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7, 156–176.
- Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 459–514.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M. og Weems, C. F. (2003). Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: Treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1179–1187.
- Ponterotto, J. G. m.fl. (1996). Development and initial validation of the multicultural counseling awareness scale. I G. R. Sodowsky og J. C. Impara (red.) *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (s. 247–282). Lincoln, NE, USA: Buros Institute of Mental Measurements.
- Ponterotto, J. G., Casas, J. M. og Alexander, C. M. (red.) (1995). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Rossello, J. og Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734–745.
- Saldana, D. H. (1994). Acculturative stress: minority status and distress. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 116–128.
- Saldana, D. H., Dassori, A. M. og Miller, A. L. (1999). When is caregiving a burden? Listening to Mexican American women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21, 283–301.
- Samaan, R. A. (2000). The Influences of race, ethnicity and poverty on the mental health of children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11, 100–110.
- Sanchez, A. M. og McGuirk, F. D. (1994). *The journey of Native American people with serious mental illness: Building hope*. Boulder, CO, USA: WICHE Publications.
- Sandhu, D. S., Portes, P. R. og McPhee, S. A. (1996). Assessing cultural adaptation: Psychometric properties of the cultural adaptation pain scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 15–25.
- Shinagawa, L. H. og Jang, M. (1998). *Atlas of American diversity*. Walnut Creek, USA: AltaMira Press.

- Smith, M. og Mendoza, R. (1996). Ethnicity and pharmacogenetics. *Mt. Sinai Journal of Medicine*, 63, 285–290.
- Sodowsky, G. R. Taffe, R. C., Gutkin, T. B. og Wise, S. L. (1994). Development of the multicultural counseling inventory: a self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 137–148.
- Straussner. (red.) (2001). *Ethnocultural factors in substance abuse treatment*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Strickland, W. J. og Strickland, D. L. (1996). Partnership building with special populations. *Family and Community Mental Health*, 19, 21-34.
- Sue, S. (1981). Programmatic issues in the training of Asian-American psychologists. *Journal of Community Psychology*, 9, 293–297.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440–448.
- Sue, D. W. Carter, R. T. Casas, J. M. Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M. m.fl. (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc.
- Suinn, R. M. Richard-Figueroa, K., Lew, S. og Vigil, P. (1987). The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: An initial report. *Educational and Psychological Assessment*, 47, 401–407.
- Thompson, V. L. (1995). The multidimensional structure of racial identification. *Journal of Research in Personality*, 29, 208–222.
- Trevino, F. M. (1986). Standardized terminology for Hispanic populations. *American Journal of Public Health*, 77, 69–72.
- Tseng, W. S. (red.) (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego, CA, USA: Academic Press.
- Tseng, W. S. og Seltzer J. S. (red.) (2001). *Culture and psychotherapy*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.
- Uba, L. (1994). *Asian Americans: Personality patterns, identity, and mental health*. New York, USA: Guilford.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Cultural Issues in Substance Abuse Treatment*. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Vega, W. A. og Rumbaut, R. G. (1991). Ethnic minorities and mental health. *Annual Review of Sociology*, 17, 351–383.
- Yeh, M., Eastman, K. og Cheung, M. K. (1994). Children and adolescents in community health centers: Does the ethnicity or the language of the therapist matter? *Journal of Community Psychology*, 22, 153–163.

Målemetoder for behandlere for å fastsette kulturell identitet

Acculturation Rating Scale for Mexican Americans (ARSMA)

Cuellar, I., Harris, C. og Jasso, R. (1980). An acculturation scale for Mexican-American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2, 199–217.

African Self-Consciousness Scale

Baldwin, J. A. og Bell, Y. (1985). The African Self-Consciousness Scale: An Afrocentric Personality Questionnaire. *The Western Journal of Black Studies*, 9, 61–68.

Black Racial Identity Attitude Scale-Form B (BRIAS-Form B)

Helms, J. E. (red.). (1990). *Black and White racial identity: Theory, research, and practice*. New York, USA: Greenwood Press.

Chinese Values Survey

The Chinese Culture Connection. (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143–164.

Cultural Adaption Pain Scale (CAPS)

Sandhu, D. S., Portes, P. R. og McPhee, S. A. (1996). Assessing cultural adaptation: psychometric properties of the cultural adaptation pain scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 15–25.

Cultural Information Scale (CIS)

Saldana, D. H. (1994). Acculturative stress: minority status and distress. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 116–128.

Multidimensional Measure of Cultural Identity for Latino and Latina Adolescents

Feliz-Ortiz, M., Newcomb, M. D. og Meyers, H. (1994). A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents.

Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 16, 99–115.

Multidimensional Racial Identity Scale (MRIS) — Revised

Thompson, V. L. (1995). The multidimensional structure of racial identification. *Journal of Research in Personality* 29 (1995): 208–222.

Multigroup Ethnic Identity Measure (MEIM)

Phinney, J. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure: A new scale for use with adolescents and young adults from diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7, 156–176.

Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale (SL-ASIA)

Suinn, R. M., Richard-Figueroa, K., Lew, S. og Vigil, P. (1987). The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: An Initial Report. *Educational and Psychological Assessment*, 47, 401-407.

Short Acculturation Scale for Hispanics (SASH)

Marin, G., Sabogal, F., Van Oss Marin, B., Otero-Sabogal, R. og Perez-Stable, E. (1987). Development of a short acculturation scale for Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 183—205.

White Racial Identity Attitude Scale I(WRIAS)

Helms, J. E. og Carter, R. T. (1990). Development of the White Racial Identity Inventory. I J. E. Helms (red.) *Black and White racial identity: Theory, research, and practice* (s. 67–80). New York, USA: Greenwood Press.

DHHS-publikasjon nr. SMA 08-4364
Trykket i 2009

22576.0409.7765020404

