

## FAGUTVIKLING

# Sykepleiere må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

**I intensivavdelinger er det avgjørende at sykepleiere har kulturell kompetanse. Det vil berolige etniske minoritetspasienter og deres pårørende og forbedre kommunikasjonen med dem.**

### [Britta Kolossa](#)

Intensivsykepleier  
Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF

### [Johanna Saren](#)

Intensivsykepleier  
Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF

### [Lise-Merete Alpers](#)

Intensivsykepleier og førsteamanuensis  
Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høgskole

### [Flerkulturell](#)

### [Intensivpasient](#)

Sykepleien 2021;109(87490):e-.87490

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.87490](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87490)

### Hovedbudskap

I den norske velferdsmodellen er det en overordnet verdi at helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige og uavhengige av religion, kultur, etnisitet og kjønn. Det stiller krav til sykepleiere i møte med etniske minoritetspasienter, ikke minst dersom pasientene er akutt og kritisk syke og innlagt på en intensivavdeling. Det er derfor viktig at sykepleiere har kulturell kompetanse til å møte disse pasientene.

Andelen innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn er stadig økende i Norge og utgjør i dag 18,5 prosent av befolkningen (1).

I den norske velferdsmodellen er det en overordnet verdi at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige og uavhengige av religion, kultur og etnisitet. Det betyr at alle skal ha tilgang til tjenester av like god kvalitet, som er tilpasset den enkelte (2).

Et likeverdig behandlingstilbud vil si at pasienter med ulike forutsetninger og behov iblant må behandles ulikt, og at det er tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter.

## **Helsepersonell må være bevisst på egne holdninger**

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (3) er helsepersonells kompetanse på alle nivåer avgjørende for å sikre innvandrere likeverdige helse- og omsorgstjenester. I forskningslitteraturen kalles ofte denne kompetansen for kulturell kompetanse.

Kulturell kompetanse kan defineres som «attitudes, knowledge and skills necessary for providing quality care to diverse populations» (4). Holdninger og bevissthet (*attitudes*) beskrives i forskningslitteraturen som helt sentralt og grunnleggende for at sykepleiere skal kunne utvikle kulturell kompetanse.

Det innebærer å være bevisst på egne verdier og oppfatninger, blant annet på egne stereotypier, fordommer og antakelser angående mennesker som er annerledes enn en selv (5).

### **«Helsepersonell trenger kunnskap om ulike oppfatninger om helse og sykdom og hvordan disse kan påvirke atferden.»**

Kunnskap (*knowledge*) på dette området er beskrevet som «the process of seeking and obtaining a sound educational foundation about diverse cultural and ethnic groups» (6, s. 182). Det innebærer blant annet å ha forståelse for den historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunnen til den enkelte pasienten.

Det betyr også at helsepersonell trenger kunnskap om ulike oppfatninger om helse og sykdom og hvordan disse kan påvirke atferden. Det innebærer å ha forståelse for pasientens verdensbilde, som er grunnlaget for handlinger og tolkninger (5).

Ferdigheter (*skills*) i denne sammenhengen medfører at sykepleiere har evne til å samle kulturelle data som er relevante for den enkelte pasienten, og tar hensyn til kultur i vurderinger (5).

Som disse studiene viser, vektlegger en del forskning behovet for kulturell kompetanse hos sykepleiere generelt (5, 7), men svært få studier har rettet søkelyset mot behovet for slik kompetanse ved intensivavdelinger.

Hensikten med denne artikkelen er derfor å beskrive litteraturen om sykepleieres behov for kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter på intensivavdelinger på sykehus.

## **Metode**

Vi gjennomførte litteratursøk i databasene Ovid MEDLINE og CINAHL i 2020. I MEDLINE søkte vi på MESH-termer kombinert etter følgende struktur: (critical care OR intensive care units OR critical care nursing OR critical illness) AND (cultural competency OR cultural diversity OR culturally competent care OR transcultural nursing).

Tilsvarende termer har vi søkt etter i titler, sammendrag og forfatteres nøkkelord. I CINAHL er *subject headings* kombinert etter følgende struktur: (cultural diversity OR cultural competence OR cultural sensitivity OR transcultural care OR transcultural nursing) AND (intensive care units OR critical care nursing OR burn nursing OR coronary care nursing).

Vi avgrenset søkene til voksne pasienter og litteratur som er skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk. Søkene ble også avgrenset til artikler som er publisert de siste ti årene, for å finne ny forskning og gjøre antallet treff håndterlig. Totalt antall treff i Ovid MEDLINE var 59 og i CINAHL 74.

Vi leste artiklenes titler og sammendrag for å avgjøre relevansen. Senere gjennomførte vi manuelle søk på interessante referanser vi fant i artikler fra tidligere søk, slik at litteraturen ikke ble begrenset av forhåndsbestemte søkeord (8).

Vi gjorde også søk etter litteratur vi ble gjort oppmerksom på gjennom ressurspersoner eller kollegaer (9). Derfor benyttet vi sentrale studier som ble publisert for mer enn ti år siden. En stor del av forskningslitteraturen vi fant, er utviklet innenfor sykepleiefaget. I tillegg har vi benyttet bøker, avhandlinger og nettsider som bygger på forskning.

## **Resultater**

Ut fra litteraturgjennomgangen er kommunikasjon og bruk av tolk, samhandling med pårørende og pasienter med tidligere traumer sentrale områder der det er kompetansebehov hos sykepleiere på intensivavdeling.

### ***Kommunikasjon er en stor utfordring***

Kommunikasjonsproblemer beskrives som den største utfordringen i møte med innvandrerpasienter på intensivavdelinger. Det kan føre til misforståelser og stress både når det gjelder informasjon fra intensivsykepleieren til pasienten og de pårørende og omvendt (10, 11).

Dette kan være spesielt utfordrende når pasienter skal få informasjon som inneholder dårlige nyheter knyttet til den medisinske tilstanden (12). Kommunikasjonsproblemer oppstår ikke bare på grunn av ulike språk, men også på grunn av kulturelle forskjeller som ulikt kroppsspråk og krisereaksjoner som kan oppleves som fremmede for helsepersonell (13).

Utfordringer med kommunikasjon vil også påvirke den psykiske opplevelsen av å være intensivpasient. Ifølge Van Keer og medarbeidere (14) er det viktig for intensivpasienter med innvandrerbakgrunn å kunne formidle sine behov knyttet til smerte og å kunne snakke om angst og redsel for døden.

Behovet for sosial kontakt og informasjon som ikke bare er relatert til den medisinske situasjonen, har også stor betydning.

### ***Det kan være vanskelig å skaffe tolk***

Ifølge rapporten «Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester» utgitt av Folkehelseinstituttet (15) er helsepersonells kommunikasjonsferdigheter og bevissthet på utfordringer med språkbarrierer avgjørende for å redusere faren for misforståelser.

Det er viktig at samhandling foregår på en måte som pasienten forstår. Dårlig kommunikasjon er en risiko for pasientsikkerheten og kan påvirke pasientens liggetid på sykehus. Behovet for tolk kan dermed være større i akutt- og krisesituasjoner enn i andre situasjoner.

En årsak til dette er at mange som er i en krisesituasjon og sjokktilstand, vil benytte morsmålet sitt, også dersom de kan forholdsvis godt norsk. I tillegg kan et komplisert fagspråk være krevende å forstå for dem. Det er rimelig å anta at de fleste innvandrere med kort botid (under fire år), med unntak av skandinaver, vil ha behov for tolk (15).

## **«Det er de pårørende som skal ha informasjon og ta seg av den syke. Pasienten skal skånes og beskyttes.»**

I akutte situasjoner er det ofte vanskelig å få tak i en tolk (11). I tillegg ønsker ikke alltid pårørende og pasienten å bruke det. Begge deler kan føre til at pårørende blir brukt som tolk.

Det kan bidra til usikkerhet om hvorvidt det som blir sagt, blir tolket riktig på grunn av språkbegrensninger hos den som tolker, eller hvorvidt korrekt informasjon blir gitt videre til pasienten eller de pårørende. I en del kulturer er det ikke uvanlig at den som er syk, ikke informeres direkte.

Det er de pårørende som skal ha informasjon og ta seg av den syke. Pasienten skal skånes og beskyttes. Forskning viser at dette kan oppleves som stressende og skape usikkerhet hos intensivsykepleiere (10, 11).

Det kan også være en utfordring at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap om bruk av tolk. For eksempel kan helsepersonell tro at tolken oppklarer misforståelser, mens tolkene mener at helsepersonell og pasienter selv må finne ut om de misforstår hverandre (7).

Ifølge Tolkeforbundets yrkesetiske retningslinjer (16) består tolkens oppgave kun i å tolke det som blir sagt av samtalepartene.

### ***Storfamilie gjør det nære nettverket større***

Familiestrukturer varierer mellom land og kulturer. Det norske samfunnet er preget av en individualistisk kultur, det vil si at autonomi og retten til å ta selvstendige avgjørelser og være uavhengig av familien står sentralt.

Land i Asia, Afrika, Sør- og Øst-Europa er i større grad påvirket av en kollektivistisk kultur der familien eller klanen er sterkt knyttet til og avhengig av hverandre (17, 18).

Storfamilien inkluderer flere generasjoner – ofte tanter, onkler, kusiner og fettere i tillegg til foreldre, barn og besteforeldre. Dette gjør det nære nettverket større. I møte med det norske helsevesenet, der autonomi er sentralt, kan det lett oppstå misforståelser (17).

Det er for eksempel ikke gitt at det er pasientens ektefelle som skal stå som nærmeste pårørende ved en sykehusinnleggelse (19). Mange minoritetsgrupper har en mer patriarkalsk og hierarkisk tilnærming enn den norske, og det kan for eksempel være en fetter eller onkel som har ansvar for å ta imot informasjon om pasienten på familiens vegne (17).

Det er heller ikke uvanlig at minoritetspasienter kan ha mange pårørende på besøk. Sykepleiere på intensivavdelinger kan oppleve dette som utmattende, spesielt dersom besøkstid og sykehusrutiner ikke respekteres. Mange pårørende ønsker å være hos pasienten hele døgnet (19).

En studie av Høye og Severinsson (10) viser at spesielt kvinnelige intensivsykepleiere føler seg nedvurdert når de ikke blir behandlet med den respekten de forventer. Intensivsykepleierne føler et ansvar for å ha kontroll og skape ro rundt pasienten og andre pasienter og pårørende på avdelingen, noe som oppleves som vanskelig for mange pårørende (10).

### ***Sykepleiere må ha kunnskap om retraumatisering***

Pasienter med flyktningbakgrunn eller med traumer fra krig eller tortur kan oppleve retraumatisering i forbindelse med undersøkelser, behandling og prosedyrer som blir utført på sykehus. Eksempler på torturmetoder kan være elektrisk støt, å bli holdt atskilt fra andre, å være innelåst eller brenning og vold.

Oftest er det profesjonelle, som helsepersonell, som utfører dette (20). Både en overdrevet utagerende eller innelukket atferd kan indikere at pasienter har opplevd å bli torturert (15).

På en intensivavdeling kan undersøkelser, intubering i forbindelse med respiratorbehandling og bruk av smittevernutstyr fremkalle reaksjoner hos pasienter som tidligere har blitt torturert (7).

## **Diskusjon**

Temaene som utpeker seg som mest utfordrende for intensivsykepleiere i møte med innvandrerpasienter, er kommunikasjon, samhandling med pårørende og møte med pasienter som har opplevd traumer enten i hjemlandet eller på flukt derfra.

## ***En profesjonell tolk er viktig***

Ifølge forskningslitteraturen er kommunikasjon den største utfordringen i møte med innvandrerpasienter og deres pårørende (21). Det er fare for misforståelser og mistillit på grunn av ulike oppfatninger og forventninger.

Å benytte tolk er ofte en forutsetning for god kommunikasjon (7). I akutsituasjoner og en travel hverdag er det vår erfaring at det ikke alltid blir prioritert. Det vil også kunne være vanskelig å få tak i tolk på kort varsel.

En mulighet kan være å benytte tolk via telefon eller video, noe som ikke behøver å påvirke pasienttilfredsheten sammenliknet med en tilstedeværende tolk (22). Likevel viser en studie av Coleman og Angosta (21) at sykepleiere foretrekker at tolken møter på avdelingen.

## **«Sykepleieres evne til å samarbeide med tolker er en sentral del av deres kulturelle kompetanse.»**

Det kan oppstå dilemmaer dersom pårørende eller ansatte med samme språkbakgrunn skal benyttes som tolk. Det er spesielt alvorlig å benytte barn som tolk (10), noe som i dag er forbudt. Det kan kun gjøres unntak for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskade eller i en nødssituasjon (23).

Det er derfor viktig også ved intensivavdelinger å benytte profesjonelle tolker. Sykepleieres evne til å samarbeide med tolker er en sentral del av deres kulturelle kompetanse (5).

Det er også viktig å være klar over at noen kan være skeptiske til bruk av tolk. For eksempel kan pasienter og pårørende fra små etniske samfunn være redd for at tolken kjenner dem igjen og ikke overholder taushetsplikten (7). Tolken har et ansvar for å undersøke habilitet før tolkeoppdraget (24).

Oftest benyttes tolk ved legesamtaler, men det kan også være viktig å bruke tolk når intensivsykepleiere skal samle data om pasienten og informere om daglige rutiner og prosedyrer.

Intensivpasienter med dårlige språkkunnskaper får ofte færre av de hverdagslige samtalene, og manglende kommunikasjon kan øke risikoen for delir (14). Derfor kan det være viktig å bruke tolk også inne hos intensivpasienten med kun en sykepleier til stede.

## ***Innkomstsamtalen bør gjennomføres tidlig***

Ferdigheter i å kommunisere med pårørende er også en viktig del av sykepleieres kulturelle kompetanse (5). Vår erfaring som intensivsykepleiere er at en innkomstsamtale med pårørende så tidlig som mulig har stor betydning for å utveksle informasjon og gjøre avklaringer.

Her har pårørende mulighet til å fortelle hva som er viktig for dem under oppholdet, og vi som intensivsykepleiere kan samle data om pasienten og informere om forhold og rutiner på intensivavdelingen. For å oppnå et godt utfall av slike samtaler mener vi det er avgjørende at intensivsykepleiere har kulturell kompetanse.

Et aktuelt tema å få informasjon om er andre måter å forstå sykdom og behandling på enn biomedisinsk sykdoms- eller behandlingstenkning. Ayurveda, unanimesisin og kinesisk medisin er eksempler på systemer innenfor såkalt humoralteori.

Her er sykdommer et resultat av ubalanse, og målet er å gjenopprette balansen. Eksempler på behandling kan være massasje, urter og kostholdsterapi, men behandlingen har ulike former innenfor de ulike systemene. Fordi pårørende sjelden spontant forteller om dette, kan det være nødvendig å etterspørre slik informasjon (7).

I kollektivistiske samfunn er det vanlig med mange pårørende til stede ved en sykehusinnleggelse (7). Det kan oppleves som stressende og være vanskelig å legge til rette for (10, 11). I samtaler med pårørende har vi erfart at den nærmeste familien kan føle at det er ubehagelig å si nei til religiøse ledere og andre personer i det sosiale nettverket.

Slike ting kan det være viktig å avklare tidlig i en inntakssamtale. Sykepleierne kan dermed legge til rette for og bidra til å avgrense antallet besøkende og samtidig informere om besøkstider og pårønderom.

### ***De pårørende må involveres***

I kommunikasjon med pårørende til etniske minoritetspasienter er det fare for at handlinger og oppførsel vurderes ut fra ens egen kultur og eget verdensbilde, noe som ofte skaper konflikter og misforståelser. Det er derfor viktig å være bevisst på egne holdninger og stereotyper (25).

I en del religioner er bruk av symboler ved sykesengen av stor betydning for troen på helbredelse (11). Temaer som kan tas opp i inntakssamtalen, kan for eksempel være hvorvidt hår og hud skal dekkes ved besøk, og bruk av religiøse symboler som amuletter og ikoner. Pasientene kan også informeres om muligheten til å benytte bønne- og stillerom.

Ved dødsfall på en intensivavdeling kan det ifølge Høye og Severinsson (11) oppstå konflikt mellom pårørendes behov for å våke over den døde i lang tid og sykepleiernes behov for å ha kontroll over det kliniske miljøet av hensyn til andre pasienter. I slike situasjoner er det behov for kunnskap hos helsepersonell, men også muligheter for praktiske løsninger.

## **«Pasienter og pårørende som er vant til å leve i en storfamilie, kan føle seg ensomme når de ikke har familien rundt seg.»**

Et annet tema det er aktuelt å snakke med pårørende om, er formidling av medisinsk informasjon. I en del kulturer er det vanlig at familien informeres om diagnose og prognose i stedet for pasienten (7, 11).

Det bør avklares tidlig med de nærmeste pårørende eller pasienten hvem som skal få informasjon, og hvem som skal kontaktes. Det må komme tydelig frem og være dokumentert i behandlingsplanen. Pasienter og pårørende som er vant til å leve i en storfamilie, kan føle seg ensomme når de ikke har familien rundt seg (14).

I mange land er det de pårørende som steller og mobiliserer den syke. Hvis de ikke får mulighet til å være delaktig rundt pasienten, kan det oppleves som sårende og skape mistillit til personalet (11).

### ***Situasjoner kan være retraumatiserende***

Tortur utføres i en del land i sykehusmiljøer som kan minne om en intensivavdeling. Dersom en har vært utsatt for elektroshokk, tvangsmating, kvelnings- og drukningstortur, søvnnektelse, skarpt lys og skarpe lyder, er det mange situasjoner under et intensivopphold som kan vekke ubehag og oppleves som truende og retraumatiserende (15).

For eksempel kan EKG-elektroder minne om tidligere gjennomgått tortur. På samme måte kan opphold i små rom, bruk av ulike typer masker som ved administrering av oksygen og intubering ved behov for respiratorbehandling virke retraumatiserende (7, 15).

Vår erfaring er at dette temaet i liten grad er vektlagt verken i videreutdanning eller internundervisning på intensivavdelinger. Men det er viktig at intensivsykepleiere har kunnskap om det for å forstå pasientenes reaksjoner og eventuelt kunne kommunisere med dem om dette.

## Konklusjon

Kulturell kompetanse hos helsepersonell er avgjørende for å kunne yte likeverdige helsetjenester. På en intensivavdeling er det avgjørende at sykepleiere har slik kompetanse både for å redusere stress hos pasienter og pårørende og for sin egen del.

Språkproblemer og kommunikasjon kan være en stor utfordring. Det er derfor viktig å benytte en profesjonell tolk i kommunikasjon med både pasienter og pårørende for å oppnå tillit og få kunnskap om hva som er viktig for dem. Det er behov for konkret, praksisnær kunnskap hos sykepleiere.

Samtidig er bevissthet om egne holdninger en del av den kulturelle kompetansen. Det er derfor viktig at dette implementeres i både bachelor- og intensivutdanningen, og at kulturell kompetanse settes på dagsordenen i de enkelte intensivavdelingene, for eksempel på fagdager og i opplæring av sykepleiere.

## Referanser

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Landbakgrunn for innvandrere i Norge. Oslo: SSB; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring> (nedlastet 28.10.2021).
2. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester. Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013–2017). Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf) (nedlastet 28.10.2021).
4. The California Endowment. Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals. California: The California Endowment; 2003.
5. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: the journey continues. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates; 2007.
6. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002;13(3):181–4.
7. Alpers L-M. Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. Oslo: Oslomet; 2017.
8. Brunton G, Stansfield C, Thomas J. Finding Relevant Studies. I: Gough D, Oliver S, Thomas J, red. *An introduction to systematic reviews*. London: Sage Publications; 2012.
9. Gough D, Oliver S, Thomas J. Introducing systematic review. I: Gough D, Oliver S, Thomas J, red. *An introduction to systematic review*. London: Sage Publications; 2012.
10. Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008;24(6):338–48.
11. Høye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(4):858–67.
12. Van Keer RL, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(12):2199–207.
13. Bøhn H, Dypedahl M. Veien til interkulturell kompetanse. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.

14. Van Keer RL, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J. Mental well-being of patients from ethnic minority groups during critical care: a qualitative ethnographic study. *BMJ Open*. 2017;7(9):e014075.
15. Folkehelseinstituttet. Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester. Ekspertnotat for Akuttutvalget. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015.
16. Tolkeforbundet. Tolkeforbundets yrkesetiske retningslinjer 2017. Oslo: Tolkeforbundet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.tolkeforbundet.no/om/etikk/godtolk> (nedlastet 28.10.2021).
17. Eriksen TH, Sajjad TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
18. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2019.
19. Listerfeldt S, Fridh I, Lindahl B. Facing the unfamiliar: nurses' transcultural care in intensive care – a focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2019;55:102752.
20. Bärnhielm S. Transkulturell psykiatri. Stockholm: Natur och kultur; 2014.
21. Coleman JS, Angosta AD. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: a silent shift. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(5–6):678–89.
22. Joseph C, Garruba M, Angela M. Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with in-person services: a systematic review. *Australian Health Review*. 2018;42(2):168–77.
23. Lov 10. juni 2016 nr. 23 om endringer i forvaltningsloven (endringslov til forvaltningsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23> (nedlastet 28.10.2021).
24. NOU 2014: 8. Tolkning i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2014.
25. Almutairi AF, Dahinten VS, Rodney P. Almutairi's critical cultural competence model for a multicultural healthcare environment. *Nurs Inq*. 2015;4(22):317–25.





STRESSREDUKSJON: I akutt- og krisesituasjoner vil mange pasienter med innvandrerbakgrunn benytte morsmålet sitt, også blant dem som kan norsk forholdsvis godt. Behovet for tolk kan derfor være ekstra stort. *Illustrasjonsfoto: Plainpicture / NTB*