

Kulturkompet

– en historie om en sjelden profesjonell distansering

■ **ARILD AAMBØ** • Seniorrådgiver ved NAKMI, tidligere spesialist i allmennmedisin

■ **HARALD SIEM** • Seniorrådgiver ved NAKMI • Lege, samfunnsmedisiner

■ **SAFIO BILQEYR JIMALE** • Velferdsviter

Med utgangspunkt i historien til en somalisk jente med en sjelden lidelse vil vi vise hvordan tenkemåter og prosedyrer som både er vanlige og i mange tilfeller funksjonelle, kan bli misforstått og virke sårende for en person som befinner seg i en marginalisert situasjon.

Suad ble født inn i en velstående familie i Mogadishu tidlig på 80-tallet. Før hun kan huske, hadde flere av hennes eldre søsken forlatt Somalia på grunn av urolighetene der. Selv minnes hun først og fremst forvirringen. Ingen visste hva de skulle gjøre. Mange kjøpte våpen for å beskytte seg og sine – selv om de ikke ante hvordan de skulle brukes. En dag da Suad lekte på gaten, ble hun truffet av en kule i armen, sannsynligvis avfyrt av en som prøvde sitt våpen for første gang. Hun merket at det gjorde vondt, men forstod ikke hvorfor. Da armen etter hvert ble tung og hoven, tok moren henne med til legen. Røntgen viste at det satt en kule der, men ingen kunne gjøre noe med det.

For å slippe unna de verste krigshandlingene tok mor med seg Suad og hennes søsken til noen bekjente på landsbygda hvor de bodde en stund. Deretter gikk veien til Djibouti. Så snart det var ordnet med visum, reiste de videre til Italia, hvor Suad ble operert og kulen fjernet, og deretter til Sveits hvor flere av familien etter hvert ble samlet. Suad, som har lest utkastet til artikkelen, og har gitt sitt samtykke til at hennes historie brukes på denne måten, forteller selv:

I Sveits ... jeg var vel 12–13 år gammel ... kom jeg ut for en sykkelulykke. Jeg fikk hjerne-rystelse, noe som førte til at jeg utviklet synsforstyrrelser, hodepine og svimmelhet. Legene ba meg om ikke se på TV eller lese de første ukene, og deretter ta det med ro noen måneder. Det gjorde jeg, men så døde min far plutselig, og like etter flyttet vi til Norge for å gjenforenes med mine søsken. Sorgen og all forandringen med flytting og det nye landet gjorde symptomene verre. Det var så ille at det kunne svartne for begge øynene noen ganger, men siden det gikk fort over og jeg trodde jeg visste hva det kom av, tok jeg det med ro. Etter å ha vært noen måneder på mottak, fikk vi opphold og flyttet inn i en leilighet i Tromsø. Det syntes jeg var greit, for det var ikke noe koselig i mottakene. Jeg følte meg ikke sett som det barnet jeg var, som en som kanskje ikke helt ville være der jeg befant meg. Men jeg ble venner med barna der, og jeg fikk også mange venner etter at vi flyttet til Tromsø. Likevel vet jeg i dag at jeg var veldig deprimert som barn. Det er rart at ingen oppdaget dette. Jeg sleit med skyldfølelse og følte meg ikke elsket. Jeg husker jeg gråt ofte, og selv om jeg hadde venner og ikke var alene, følte jeg meg ensom. Jeg overså alle disse følelsene siden jeg ikke ønsket dem.

En kveld mistet jeg synet, og da dette var- te lenger enn jeg var vant med, ble jeg redd. På legevakten forklarte legen at dette nok skyldtes den tidligere sykkelulykken, at jeg hadde et postcommotiosyndrom og at jeg burde ta det med ro. Jeg godtok det, men plagene kom tilbake gang på gang, og etter hvert fikk jeg angst når jeg skulle gå ut alene fordi det kunne svartne for øynene. Smått om senn ble jeg større og begynte å gå til legen alene. Jeg oppsøkte fastlegen flere ganger, ofte for hodepine, svimmelhet og magesmerter, men med en gang jeg nevnte sykkelulykken, fikk jeg samme svar. Jeg ble etter hvert veldig forsiktig – både med familien, som ikke forstod hva jeg slet med, og overfor helsevesenet som serverte samme forklaring samme hva jeg kom med. Jeg skulle ikke plage noen, eller få dem til å tro noe stygt om meg. Det var slitsomt.

Etter noen år flyttet vi til Oslo. Jeg hadde da begynt å legge kraftig på meg, så mye at jeg etter kort tid fikk strekkmerker på magen. Synsforstyrrelsene fortsatte, og jeg svettet mye om natten, ble slapp og frøs mye. Jeg var nå blitt flinkere til å forklare mine plager, og fastlegen sendte meg til slutt til sykehuset for å ta noen blodprøver. Det viste seg at jeg hadde forhøyet kortisol. Flere prøver fulgte, og det ble etter hvert påvist en væske-



ansse lidelse og

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergreper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.

HOVEDBUDSKAP

- Fremmedfrykt skaper behov for distansering, forenkling og kontroll, som igjen kan føre til at kommunikasjonen vanskeliggjøres og fordreies.
- Mye av den kunnskapen vi besitter om *den Andre* tjener til å holde vedkommende fast i en påfallende entydighet, og bidrar således til å sette folk i bås.
- Det vi tror vi vet, hindrer oss ofte fra å vite hva vi ikke vet.
- I møte med innvandrerpasienten er det et stort behov for kunnskap på ulike felt, men fremfor alt behov for at helsearbeideren viser genuin interesse for pasientens og dennes situasjon, lokker frem pasientens egen kunnskap og forståelse og tar denne på alvor. Slik skapes forutsetninger for felles kunnskapsutvikling.

fylt cyste som løftet chiasma opticum. Mer ble det ikke sagt eller gjort den gangen. Men noe plaget meg. Jeg var unormalt trist og det gjorde vondt i magen. Gråtende og fortvilt dro jeg til legevakten. Her ble plagene tolket som kjærlighetssorg. Det er til å le av, men det står faktisk i journalen som jeg nå, etter at jeg er blitt voksen, har lest. Ingen fortalte meg at kortisol er et stresshormon. Det måtte jeg finne ut av selv.

I denne historien er der mange løse tråder og mye vi ikke vet. Fremfor alt vet vi ikke hvilke overveielser de legene hun hadde vært i kontakt med måtte ha gjort seg. Historien kan dessuten, i likhet med de fleste illustrasjoner, tolkes på ulike måter. Vi kan likevel gjøre oss noen refleksjoner, her vesentlig ut fra Suads perspektiv.

'Det vanligste er det mest sannsynlige'

I allmennpraksis må vi ofte slå oss til ro med at det vanligste er det mest sannsynlige. Følgelig må legen i mange tilfeller ty til en vurdering av sannsynligheter som grunnlag for sine handlingsvalg (1). Slik også her. Etter en lettere hodeskade er det ikke helt uvanlig at det oppstår et post-



FOTO: WIKIPEDIA COMMONS/ILUSTRASJONSFOTO AV JENTA HAR INGEN TILKNYTNING TIL PERSONEN OMTALT I ARTIKKELEN. KART/FLAGG: COLOURBOX. COLLAGE: 07 MEDIA



commotio-syndrom, og Suads synsforstyrrelser, hodepine og svimmelhet kunne således godt være en følge av sykkelulykken. Men hva når symptomene strekker seg over år, når de tiltar, når nye symptomer kommer til og nye funn blir gjort? Burde ikke da legen orientere seg bredere? I Suads tilfelle skjedde det først etter lang tid.

Flere ganger dro jeg til legen med hodepine som hadde vart i flere dager. Et par ganger ble jeg hentet med ambulanse på grunn av sterk svimmelhet, oppkast og nummenhet i høyre siden av ansiktet. Det ble visst nok påvist noen antistoffer, TIA-anfall ble nevnt, og jeg ble livredd for å få hjerneslag. Under en slik konsultasjon nevnte jeg noe om økonomi. Etterpå så jeg i journalen at «vi lever på sosialen og sliter økonomisk». Det mente overlegen gav meg en psykosomatisk lidelse! Jeg som aldri har levd på sosialen eller har brydd meg noe om penger i det hele tatt!

Etter flere år ble jeg endelig henvist til sykehuset hvor det ble tatt MRI av hodet. Bildet viste en cystisk forandring i sella turcica og et lett løft av chiasma opticum. Når legene satte alle mine plager sammen med MR-funnene, mistenkte de hypofysesvikt. Men dette fikk jeg først rede på i 2012. Jeg var hos øyelege til kontroll på grunn av noen medikamenter jeg brukte, da øyelegen plutselig spurte: «Hvem følger opp cysten din?» Jeg forstod ingen ting, og bad om at han skrev ut til meg det som stod i journalen. Der leste jeg om funnene og nevrologenes tolkning: «... tynt vev og empty sella syndrom». Det var da gått 16 år siden jeg begynte å få synsforstyrrelser og 11 år siden cysten ble oppdaget for første gang. Jeg bad straks om at det ble tatt en ny MRI, for jeg hadde jo fortsatt plager, og jeg ville vite hvordan dette var nå. Cysten er der fremdeles, men den trykker ikke lenger på chiasma opticum. Jeg ble så sint! Jeg følte meg hjelpeløs og lurert ... etter så mange år med plager, hvor min ungdomstid ble ødelagt av sykdom og angst.

Empty sella er et ikke helt uvanlig røntgenologisk funn og skyldes at hypofysen presses flat mot gulvet i sella turcica, i dette tilfellet sannsynligvis av en cyste. Dette kan gi symptomer som uspesifikk hodepine, synsforstyrrelser, og i noen tilfeller føre til hypofysesvikt (2–5). Men Suads forhøyede kortisolverdier passer ikke med hypofysesvikt. Dessuten hadde hun allerede som ung begynt å legge kraftig på seg. Hun fikk «strekkermerker» på magen og var plaget av hodepine, synsforstyrrelser og slapphet, og hun led av unormal tristhet. Ble hun utredet for dette? Suad tror ikke det, men hun vet ikke:

Ingen har diagnostisert min hypofyselidelse og ingen har sagt noe om hvorfor jeg la på meg så mye på så kort tid. Ingen har heller forklart eller brydd seg om at jeg hadde forhøyet kortisol. Jeg hadde ikke hypofysesvikt, det var diagnose, kan man si. At hypo-



Suad reagerte sterkt på at hennes ansikt skulle skjules bak et A4-ark. For henne handlet dette ikke om anonymitet, men om ikke å bli sett. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

fysen ikke virket som den skal var ikke viktig for legene, og det blir litt skremmende for meg i dag.

«Vi trodde ikke ...»

Nå må det sies at hypofyselidelser ikke er vanlig i allmennpraksis. En kombinasjon av empty sella og forhøyet serum kortisol er enda sjeldnere (6). Det er derfor ikke underlig at det tok mange år før legene kom på sporet av hva som ga symptomene. Men for Suad var det ikke selve sykdommen som var det verste. Det som satte seg fast og ble så vanskelig, var møtet med legene:

Det er mye som plager meg ved det jeg opplevde på sykehuset. Siden jeg la på meg mye på kort tid, fikk jeg strekkmerker på magen. Dette syntes en av overlegene var rart, og han ville ta bilde av magen min mens ansiktet mitt var gjemt bak et A-4 ark for å skjule hvem jeg var. Han skulle vise bildene av meg til sine studenter, sa han. Selv om jeg var blitt spurt om tillatelse og var 19 år og myndig, vet jeg i dag at det var et overgrep. Des-

perat etter å få hjelp, som jeg var, virket legens spørsmål bare forvirrende. Jeg var da ikke i stand til å tenke og slett ikke til å ta en slik avgjørelse.

Når jeg så spurte legen hvorfor det hadde tatt så lang tid før diagnosen ble stilt, så svarte han rett ut at: «Vi trodde ikke at du kunne ha en slik lidelse!» Jeg ble krenket, selv om jeg der og da ikke la merke til det. Det skjedde ubevisst. Ingen var ond mot meg, men jeg opplevde det som at legene ble kalde og avvisende. Mangelen på oppmerksomhet og interesse fra andre var tung å bære.

Suad reagerte sterkt på at hennes ansikt skulle skjules bak et A4-ark. For henne handlet dette ikke om anonymitet, men om ikke å bli sett. Hennes ansikt ble bokstavelig talt gjort usynlig, skjult bak et standardformat. I asylmottaket ble hun ikke sett som det barnet hun var. Nå ble hun ikke sett som et helt menneske, og forståelig nok oppfattet hun legens svar som: «Vi trodde ikke at du, en svart kvinne som er kommet hit som flyktning fra det krigs-

herjede, muslimske Somalia, kunne ha en slik lidelse». Forskning viser at flyktninger er traumatiserte. Det er gjengs oppfatning at somaliere har diffuse smerter som det er vanskelig å finne ut av. De skygger unna psykiatrien. Tuberkulose forekommer hyppig og somaliske jenter er kjønnslemlestet. De er fattigere, opplever mer problemer på boligmarkedet, og utsettes ofte for diskriminering. Det sier statistikken. Hvem kan da mistenke et symptomgivende empty sella? Like ille er det at legene ikke fant det verdt å forsøke å forklare henne hva hun led av. Trodde de at hun, en svart kvinne fra det krigsherjede Somalia, slett ikke kunne forstå hva dette dreide seg om?

Medisinsk sett handler Suads historie altså om en sjelden lidelse hvor det gikk svært lang tid før en adekvat diagnose ble stilt. Det er uheldig, men slikt kan skje, og det kan ramme alle. Menneskelig sett handler historien om en person som følte at hun verken ble sett eller hørt, og slett ikke tatt alvorlig. For en som forsøker å finne seg til rette i et fremmed land, kan slikt være vanskelig å bære, og for Suad tok det lang tid før hun kunne forsones seg med sin situasjon. Hun forteller selv:

Først følte jeg at det var noe galt med meg selv. Så følte jeg at det var noe galt med min familie, men nå forstår jeg at det er noe galt med den somaliske kulturen ... og en god del galt med den såkalte velferdsstaten som ikke hjalp meg i alle disse årene. Jeg føler at legene jeg var i kontakt med gjorde sitt beste, men de forventet ikke at jeg, en svart somalisk jente, kunne ha en slik sykdom. Med forhøyet kortisol er det vel rimelig å spørre en pasient om hvordan hun eller han har det psykisk? Jeg blir så rørt av å fortelle om dette! Jeg blir lett rørt når jeg snakker om ting som har satt spor hos meg. At legene var vitne til mine plager, men aldri spurte meg riktig spørsmål eller gav meg nok informasjon om funnene, det gjør vondt.

Da jeg var yngre, tolket jeg det som at ingen brydde seg om meg og at jeg verken ble hørt eller tatt på alvor. I dag tolker jeg det som legetabber. Men dette er tabber som kunne vært unngått dersom de hadde vært opptatt av å gi meg god behandling på lik linje med alle andre. I dag har jeg det dessuten mye bedre. Vi blir påvirket av våre omgivelser, men problemet oppstår når vi tar det negative med videre i livet. Nå er jeg gift og har fire barn. Jeg har snakket ut om tingene og har ikke så mye å bære på lenger. Og jeg er i ferd med å ta høyere utdanning. Nå kjenner jeg mine rettigheter og vet at jeg må stå opp for disse. Derfor har jeg det bedre nå.

Selvforsterkende prosesser

Suads historie bærer preg av tenkemåter og prosedyrer som er vanlige og ofte også

funksjonelle. I en travel allmennpraksis må vi raskt oppfatte og vurdere store mengder informasjon. Vi støtter oss da gjerne til «habits of mind», det vil si tillærte, lynraske tankeprosesser som, blant annet, innebærer at vi anvender tidligere ervervet kunnskap for å løse nye problemer. Det er fornuftig, det er effektivt, men det kan også være farlig. Vi har nemlig en tilbøyelighet til å dyrke våre meninger. Det vil si at vi søker informasjon som støtter det standpunktet vi allerede har inntatt; vi tolker informasjonen slik det passer oss best; og vi husker best den informasjonen som støtter våre egne synspunkter. Med andre ord: Vi havner lett i selvforsterkende prosesser som gjør oss blinde for andre virkelighetsoppfatninger. I forskningen kalles dette *confirmation bias*. En annen fare springer ut fra vår tendens til å holde en ting eller et fenomen fast i en slags entydighet, det vil si at vi danner oss *stereotypier* eller forenklede mentale bilder av personer eller grupper av mennesker som tilsynelatende har felles karakteristiske trekk. Selv om slike stereotypier kan være nyttige i enkelte sammenhenger, for eksempel når det gjelder å gjenkjenne visse sykdomsbilder, gjør ureflektert bruk oss blinde for det unike, det spesielle, det personlige.

Suads historie viser at for pasienter som befinner seg i en sårbar situasjon, kan en slik blindhet bli utslagsgivende. Her ble legenes blindhet dessuten ytterligere forsterket, først gjennom antakelsen om at «det vanligste er det mest sannsynlige» – en antakelse som gjorde at legene lenge ikke oppdaget pasientens egentlige problemer – og dernest gjennom medisinsens behov for konfidensialitet og avstand.

Avstandstaging som beskyttelsesreaksjon

Når vi står overfor folk som vi tror er ulike oss selv, er det ikke uvanlig at vi avgrenser oss. Vi setter opp symbolske gjerder eller gjør oss utilgjengelige på andre måter. Vi tar avstand. Men når noen tar avstand fra andre, skjer det noe på begge sider. Den som avgrenser seg kan fort miste interessen og bli uengasjert (7, s. 24). Den som holdes på avstand, vil på sin side kunne føle seg tilsidesatt og neglisjert. Og når en ikke regnes med, kan en fort begynne å tvile på seg selv og sin verdi som medmenneske. I Suads tilfelle kan det virke som om de legene hun snakket med ikke maket å bli med inn i hennes historie, å være der for henne. En viss frykt for det fremmedartede kan vi vel også ane. Det er derfor viktig at vi som leger reflekterer over våre profesjo-

nelle verdier, vår praksis og vårt behov for en viss profesjonell distanse. Slik refleksjon er en forutsetning for og en viktig del av det vi i dag forstår med begrepet kulturkompetanse.

Kulturkompetanse

Grovt sagt handler kulturkompetanse om evnen til å legge til rette for gode og meningsfulle kliniske møter på tvers av kulturelle skillelinjer. De siste årene har det skjedd en betydelig utvikling i hva som legges i det. På 70- og 80-tallet ble kultur gjerne oppfattet som noe som karakteriserer en bestemt gruppe mennesker, gjerne definert ut fra opprinnelse eller etnisk tilhørighet. Ut fra slik kunnskap ble det så antatt at en kunne vite noe om den enkelte. Vi ser da at det ofte slår feil, og, kanskje viktigere, det kan virke svært sårende å bli tillagt tanker og egenskaper på et så generelt grunnlag.

Utover 90-tallet ble det lagt mer og mer vekt på at kulturen er dynamisk og i stadig endring, og at personer i ulik grad omfavner sin gruppes kulturelle verdier og etterlever dens kulturelle forventninger. Individet kommer i sentrum, og helsearbeideren må utvikle sin kulturelle sensitivitet i møte med den enkelte (8). Men heller ikke dette er uproblematisk. Ukritisk aksept av ulikhet kan lett skli over i kultur- og verdi-relativisme som i verste fall gir grobunn for tanker og handlinger som er uforenlige med medisinsens og samfunnets verdi-grunnlag.

Kulturell ydmykhet

I dagens samfunn må helsearbeideren imidlertid forholde seg til et stadig økende kulturelt mangfold, i engelsk litteratur gjerne kalt «super-diversity» (9). Erkjenningen av at det da er umulig stadig å ha gyldig forhåndskunnskap om Den Andre (10), har de siste tiårene ført til selvransakelse og større bevissthet om betydningen av ens egen kultur. Alle kommer vi fra et sted, og vi har alle personer rundt oss som vi både er avhengige av og føler lojalitet overfor. Den virkelige utfordringen ligger således ikke i å forstå andre kulturer, men i å forstå ens egen. I det flerkulturelle samfunnet trenger vi derfor å reflektere kritisk over egne holdninger, fordommer og verdier. En slik reflekterende holdning i møter mellom personer med ulik kulturell bakgrunn kalles gjerne kulturell ydmykhet (11). Det handler om å kunne møte Den Andre ansikt til ansikt (10), anerkjenne Den Andres behov og ressurser, og at



også Den Andre er sosialt verdifull og kan ta egne valg (12).

Og når det vanlige ikke strekker til, må det være rom for intuisjon og kreativitet (1, s 82). Helsearbeideren må våge å nærme seg innvandrerpasienten som et medmenneske, vise interesse og engasjement, selv om det skulle innebære et oppgjør med egne holdninger. I følge antropologen Marianne Gullestad krever refleksjon, diskusjon og kritikk trygghet, og det er denne tryggheten som skal til for å gjøre samfunnet mer rommelig (13, s. 66). Vi tror at refleksjon, diskusjon og selvkritikk utøvet i trygghet også kan skape en mer tilgjengelig, romslig, inkluderende, og respektfull helsetjeneste. Og respekten blir satt pris på, som dette utsnittet av en høyt utdannet sør-amerikansk kvinnes brev til sin gynekolog bærer vitne om:

You were the first medical doctor who showed genuine interest in my health and who saw me as a human being entitled to your best. With you, for the first time in Oslo I experienced a doctor acting as researcher in doing diagnostic work. With you, I experienced a doctor who acknowledged intelligence in his patient and engaged in dialogue, including for choice of treatment. I wish to commend you for

choosing to act in ways that give the name of your profession a good and proper connotation. I write to thank you for having chosen to be caring and compassionate as a fellow human being.

Vi vil gjerne tro at det blant allmennleger finnes mange som har holdninger som denne gynekologen. For eksempel følte Suad at hennes fastlege var den eneste som tok hennes problemer alvorlig da hun fortalte henne at: «Eneste måten å bli kvitt problemet på er å tappe ut væsken, men det kan føre til andre problemer. Kanskje er den beste løsningen at du venner deg til å leve med disse plagene?» I dag, mener Suad, er plagene lette å håndtere, for nå vet hun hva de kommer av, at det ikke er farlig, kun plagsomt. Innsikten gjorde henne i stand til å reflektere over sin egen situasjon, akseptere problemene, se mulighetene og vokse på det. I møtet med det ukjente og fremmedartede vil kanskje en tilsvarende refleksjon være nyttig også for legen?

REFERANSER

1. Hunskaar, S. red (2003) Allmennmedisin Oslo: Gyldendal akademisk.
2. What is Empty Sella Syndrome? NINDS Emph Sella Syndrome Information Page National Institute of Neurological disorders and Stroke. Lastet ned 15.03.2015.
3. Guinto, G. et al (2002) Primary Empty Sella syndrome: The Role of Visual System Herniation Surg Neurol Vol. 58, s. 42–8.
4. Ciacciari, E. et al (1994) Empty Sella in children and adolescents with possible hypothalamic-pituitary disorders J Clin Endocrinol Metab Vol. 78, No. 3, s. 761–71.
5. Naing, S. & Frohman, L.A. (2007) The Empty Sella Pediatr Endocrinol Rev Vol. 4, No. 4, s. 335–42.
6. Manavela, M.P. et al (2001) The association of Cushing's Disease and Primary Empty Sella Turcica Pituitary 4, s. 145–151.
7. Gullestad, M. (1985) Livsstil og likhet Oslo: Universitetsforlaget.
8. Magelsen, R. (2008) Kultursensitivitet: Om å finne likheten i forskjellene Oslo: Akribe AS.
9. Vertovec, S. (2007) Super-diversity and its implications Ethnic and Racial Studies Vol. 30, No. 6, s. 1024–1054.
10. Lévinas, E. (2004) Den Annens humanisme Oslo: Aschehoug & Co.
11. Tervalon, M. & Murray-García, J. (1998) Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education Journal of Health Care for the Poor and Underserved Vol.9, No. 2, s. 117–125.
12. Honneth, A. (1990/2003) Behovet for anerkendelse København: Hans Reitzels forlag.
13. Gullestad, M. (2002) Det norske sett med nye øyne Oslo: Universitetsforlaget.

■ A.AA@NAKMI.NO

I møte med det ukjente og fremmede er det tidvis vanskelig å se individene bak alle.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

