

## KAPITTEL 10

# Rom, roller og restriksjoner: Forskningsetiske problemstillinger i etnografisk profesjonsforskning

Hanna Marie Ihlebæk Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag, Høgskolen i Østfold

**Abstract:** This chapter deals with ethical issues in ethnographic research, a methodological approach in which the researcher aims to build empathic relationships with the people studied to obtain an insider point of view on ongoing activities. Based on a situation that arose during fieldwork among nurses in a Norwegian hospital ward, the chapter reflects on methodological choices and ethical dilemmas that ethnographic research entails related to 1) how and when we researchers should enter the different rooms that comprise the field in our studies; 2) the roles we claim and are ascribed while in the field, and 3), considerations of how, when, and why we decide to leave. A main contribution of the chapter is to show and discuss how an ethical awareness can be enacted in meeting the unforeseen realities 'on the spot' and not only by adhering to bureaucratic regulations 'from the desktop'. Furthermore, the chapter claims that to establish such an awareness we need broader and more open discussions about actual ethical dilemmas in ethnographic research, in order to promote ethical accountability as a discretionary, and hence relational, ongoing, and collective way of reasoning among qualitative researchers.

**Keywords:** research ethics, study of professions, participant observation, discretion

## Innledning

Dette kapittelet løfter fram forskningsetiske problemstillinger som gjør seg gjeldende i kvalitativ forskning der etnografiske metoder tas i bruk og hvor målet er å komme tett på (Hastrup, 2010; Wind, 2008). Bakgrunnen er en spenning som ser ut til å ha vokst fram de senere årene relatert til spørsmålet om hva som er god forskningsetikk. På den ene siden ses en økende vektlegging av personvernregler med krav om forhåndsgodkjenning av behandling av personopplysninger etter bestemmelser definert i personvernforordningen (GDPR) og personopplysningsloven. På den andre siden står den kvalitative forskerens ønske om å bidra med viktig og ny innsikt basert i en metodologi og epistemologi der samtykke, sårbarhet, anonymitet og sensitive opplysninger alltid vil være relasjonelt, situasjonelt og kontekstuel (Vike & Fürst, 2020; Øye et al., 2016).

Erfaringen fra ulike prosjekter i en norsk kontekst viser at denne spenningen kanskje gir seg spesielt sterkt utslag når forskningen gjennomføres i ulike profesjonskontekster, som sykehus eller skole, der etiske hensyn kan sies å være allestedsnærværende (Lundh, 2020; Olsvold, 2010; Rysst, 2020; Øye et al., 2016). Bekymringen som har blitt løftet fram er at personvernregler knyttet til sensitive opplysninger, sårbarhet og samtykke medfører at forskere ikke lenger vil få tilgang til institusjoner eller grupper av mennesker i samfunnet og perspektivene de representerer. Med dette vil forskerens akademiske frihet stå på spill, etnografiske metoder marginaliseres, og samfunnet står i fare for å gå glipp av viktige innsikter og kritisk kunnskap (Vike & Fürst, 2020; Øye et al., 2016).

I dette kapittelet vil jeg trekke på de metodiske refleksjonene og diskusjonene disse erfaringene og bekymringene har ført til, i tillegg til egne opplevelser fra et etnografisk feltarbeid på et norsk sykehus. Målet er å illustrere hvordan etiske dilemmaer konkret kommer til uttrykk når vi beveger oss rundt i feltet vi har fått tilgang til, og å diskutere hvordan vi kan gå fram for å møte disse. Et sentralt poeng er dermed å vise hvordan etiske dilemmaer i kvalitativ forskning kan forvaltes «on the spot», og ikke bare «on the desktop» (Øye et al., 2016). Jeg hevder at det handler om en etisk bevissthet knyttet til hvem vi er og hvordan vi framstiller oss selv, men også hvordan vi blir møtt i de rommene vi går inn i. Det fordrer også at vi nærmer oss feltet og menneskene som er der med varsomhet, at vi innser at det ikke er for oss ting står på spill, og at det sosiale samspillet ikke er én samlet reise der alle aktørene sikter mot ett felles mål (van der Geest, 2007; Wind, 2008).

Før man kommer dit må det allikevel gjøres et arbeid fra en «desktop» med å beskrive og vurdere de etiske betingelsene og rammene for prosjektet knyttet til forvaltning av personvernregler. Jeg vil derfor begynne med å gjøre rede for hvordan jeg gikk fram for å få tilgang til sykehusavdelingen som utgjorde mitt felt. Deretter går jeg inn i en spesifikk erfaring fra feltarbeidet og beskriver en situasjon der jeg plutselig lå an til å få en mer aktiv rolle enn det jeg selv var komfortabel med i gjennomføringen av en biopsi. Spørsmålene som fremkom under og i etterkant vil deretter blir brukt til å diskutere løpende metodiske valg som forskere i etnografiske studier må ta, og hvordan disse kan ha ulike etiske implikasjoner.

Først, hva som utgjør feltets ulike rom og vurderinger knyttet til hvordan og når vi bør, eller får, tre inn i disse. Deretter hvilke ulike roller man kan ta eller blir tildelt i aktivitetene som pågår i rommene man er til stede i. Til slutt, hensyn relatert til hvordan og når vi velger å forlate rommene vi har inntatt. Kapittelet avsluttes med å trekke på profesjonsteoretiske forståelser av skjønn (Grimen & Molander, 2008; Molander, 2013) for å belyse hvordan vi som kvalitative forskere kan ta ansvar – og bli holdt ansvarlige – for våre etiske vurderinger og beslutninger. Altså hvordan vi redegjør for «kunnskapingen» (Leseth & Tellmann, 2018, s. 145), og utøvelsen av forskerrollen, i et rom omgitt av restriksjoner.

## Tilgang til og innpass i en sykehusavdeling

Som del av mitt doktorgradsarbeid gjennomførte jeg i 2017 deltakende observasjon og intervjuer blant sykepleiere på en kreftavdeling ved et norsk sykehus. Hensikten med studien var å utforske hva kunnskap i sykepleie er og hvordan sykepleiekunnskap formes gjennom det faktiske arbeidet (Ihlebak, 2022). For å få tillatelse til å gjennomføre prosjektet fra min arbeidsgiver og forskningsavdelingen ved sykehuset der studien skulle finne sted meldte jeg studien til NSD – Norsk senter for forskningsdata (nå Sikt) for vurdering av prosjektets behandling av personopplysninger opp mot kravene i personopplysningsloven. NSD vurderte at studien tilfredsstilte disse kravene.

Prosjektet innebar ikke registrering av personopplysninger om pasienter, og NSD la til grunn at helsepersonell innhentet tillatelse til at jeg kunne være til stede som observatør fra den enkelte pasient. I perioden der deltakende observasjon og intervjuer ble gjennomført var jeg ansatt i en null prosent stilling ved avdelingen, og undertegnet dermed taushetserklæring

på lik linje med andre sykehusansatte. I løpet av de fem månedene som feltarbeidet varte fulgte jeg arbeidet til ti sykepleiere tett ved å gå med dem på deres ulike skift. Alle sykepleierne og andre ansatte på avdelingen, som leger og helsefagarbeidere, hadde fått muntlig, og tilgang til skriftlig, informasjon om studien. Sykepleierne jeg fulgte undertegnet skriftlig informert samtykke til både observasjon og intervju i forkant av at disse aktivitetene ble gjennomført.

Å få tilgang til et felt etter vurdering av formelle krav til behandling av personopplysninger er ikke det samme som å få innpass som deltakende observatør med mål om å oppnå en grad av tilhørighet og et innenfra-blikk (Fangen, 2010; Wind, 2008). På lik linje med andre som har gjort etnografiske studier blant helsepersonell på sykehus (Johannessen, 2018; Olsvold, 2010; Wind, 2008), og i samråd med sykehusavdelingens ledelse, valgte jeg å være ikledd den hvite buksen og skjorten som bæres av ulike yrkesgrupper på et sykehus, men med et skilt der det stod «forsker» i stedet for sykepleier, helsefagarbeider eller assistent. Tanken var at dette både ville sikre hensyn til smittevern og samtidig gjøre det enklere for meg å få tilgang til ulike rom og aktiviteter og dele relevante erfaringer med sykepleierne. I løpet av de fem månedene som feltarbeidet varte opplevdes dette som uproblematisk og bidro til viktige innsikter i sykepleiernes arbeid og sykehusets indre liv. Samtidig viste det seg at dette var et metodisk valg som også skulle by på etiske utfordringer.

## En antropolog og en benmargsbiopsi

En dag jeg fulgte en sykepleier som jeg hadde fått et godt og fortrolig forhold til, skjønnte jeg at noe var på gang som var litt utenom det vanlige. Legene på avdelingen skulle gjennomføre en biopsi på en av pasientene, og dette måtte skje raskt. Det hastet med videre diagnostisering og behandling, og prøven måtte oversendes til et spesiallaboratorium på et annet sykehus innen et visst klokkeslett samme dag. Sykepleieren som skulle assistere i gjennomføringen mente at dette måtte jeg være med på. Det var ikke så ofte at de gjorde denne type undersøkelse, og det ville være en fin mulighet for meg til å se sykepleiere og leger i aksjon sammen. Det samme kommuniserte hun også til en sykepleierstudent som var i praksis ved avdelingen. Etter litt organisering med å finne fram nødvendig utstyr, en siste sjekk av prosedyren og delegering av oppgaver relatert til andre pasienter, var

sykepleieren klar og åpnet døren til pasientrommet der biopsien skulle finne sted.

Når vi kommer inn i rommet ligger pasienten på siden i den store sykehussengen med ryggen mot døren og ansiktet vendt mot vinduet med utsikt til skogen. Kroppen er dekket av et grønt klede slik at kun den nakne ryggen ligger åpen mot verden og de to legene som er i gang med forberedelser. Studenten og jeg blir stående nærmest døren litt bak legene ved fotenden av sengen, mens sykepleieren sjekker at utstyr er på plass. Overlegen kjenner på pasientens rygg, markerer og forklarer til legen i spesialisering (LIS) hvordan dette skal foregå, mens de flytter oppmerksomheten mellom pasientens kropp, et sengebord der de pakker ut og danderer det sterile utstyret, og en tralle på den andre siden der sprøyter, nåler, og reagensrør til blodprøver og biopsi ligger klart.

Overlegen kommuniserer med pasienten og forteller at de nå vil gi lokalbedøvelse slik at den virker før selve prøven skal tas, og at pasienten ikke vil kjenne noe av selve biopsien før nålen er helt inne. Da vil det komme et stikk, som et elektrisk støt ned i bena, og det er viktig at pasienten ligger helt stille. Han beroliger pasientene med at de skal informere om alt de skal gjøre underveis. Pasienten svarer «ok» med spak stemme. Mens sykepleieren går ut for å forberede selve forsendelsen begynner legene å desinfisere stikkstedet. Overlegen forklarer hvor og hvordan LIS-legen må føre nålen inn, at hun til slutt vil føle motstand og da må bruke kraft for å komme gjennom. Jeg opplever at det er en konsentrert og litt spent stemning i rommet.

Plutselig sier overlegen at de er klare, og med et lite nikk og en kort beskjed ber han oss om å ta på oss hansker. Sykepleieren er ikke tilbake, og det er kun studenten og meg til stede. Jeg føler en umiddelbar panikk reise seg og ser skrekkslagen på studenten, som også ser litt urolig ut. Hva skal jeg gjøre? Si høyt at jeg er sosialantropolog og bare er med som observatør, avsløre at jeg ikke er helsefaglig utdannet og muligens med det gjøre den engstelige pasienten, som ikke nødvendigvis har oversikt over hvem som er i rommet, enda mer engstelig? Tie og gjøre som legene sier? Hva hvis de ber meg gjøre noe jeg ikke kan eller har lov til å gjøre? Hvor går egentlig den grensen? Hva om jeg nå bidrar til å ødelegge inngrepet og prøven, noe som vil forsinke diagnostisering og behandling og være katastrofalt for pasienten?

Lammet av disse tankene tar jeg meg selv i å gripe et par hansker, og tar dem på meg mens hjertet dunker i brystet. Legene tar blodprøver og gir reagensrørene til oss. Jeg ser på studenten og gjør som henne, rigger prøvene så rolig jeg kan fram og tilbake, mens jeg tenker at så lenge jeg gjør dette kan jeg ikke få noen nye oppgaver. Idet jeg ser at de gjør klar den kraftige biopsinålen kommer sykepleieren tilbake. Rolig fører hun studenten til den andre siden av sengen, setter seg ned på en stol og tar pasientens hånd: «Dette kommer til å gå bra. Det er snart over. Legene vet hva de gjør», sier hun.

Studenten tar over og sykepleieren går i gang med å assistere legene. Jeg lener meg inntil veggen, sniker meg ut døren, fortsatt med høy puls og puster lettet ut.

Denne historien har jeg i etterkant delt med sykepleiere jeg har møtt i ulike situasjoner, med studenter som del av undervisning i kvalitativ metode, og med andre forskere i ulike faglige og mer eller mindre formelle situasjoner. Den har ført til hevede øyebryn, sjokkartet latter, fine refleksjoner og, ikke minst, gode metodiske diskusjoner rundt etiske dilemmaer vi som kvalitative forskere plutselig kan befinne oss i og må ta stilling til og handle på. Ofte ender det opp i samtaler om de juridiske rammene for etnografiske studier og utfordringer som kan oppstå relatert til personvern hensyn og ivaretagelse av enkeltindividers integritet.

Blant antropologer i Norge har det økende begrunnelsesansvaret som implementeringen av GDPR og personopplysningsloven har medført skapt bekymring for etnografiens legitimitet, og med det et forskningsetisk engasjement (Vike & Fürst, 2020). Viktigheten av etnografiske metoders eksplorerende og intersubjektive tilnærming for å oppnå ny og kritisk kunnskap, og nødvendigheten av å anerkjenne etiske hensyn som en pågående og dynamisk prosess i dialogen og samhandlingen mellom forsker og deltakere, løftes her fram (Rysst, 2020; Vike & Fürst, 2020; Øye et al., 2016). Jeg vil nå trekke på disse innsiktene og erfaringer fra andre etnografiske sykehusstudier for å belyse ulike etiske aspekter ved biopsihistorien og hvordan disse er knyttet til konkrete metodiske valg relatert til det å tre inn i et rom, min væren i rommet og spørsmålet om når jeg skulle forlate det.

## Å tre inn i et rom

Biopsihistorien starter med at jeg blir invitert til å observere en aktivitet som sykepleieren jeg fulgte den dagen, og som jeg hadde etablert en fortrolig relasjon til, skulle være en del av. Pasienten hadde tidligere blitt informert om min rolle og gitt tillatelse til at jeg var til stede sammen med sykepleierne. Selv om det som skulle skje den dagen ikke var en dagligdags aktivitet, var det å bli tatt med på ulike aktiviteter som angikk pasientene en helt vanlig og naturlig del av det å gjøre et feltarbeid blant sykepleiere på et sykehus.

På bakgrunn av dette reflekterte jeg ikke over om jeg skulle tre inn i rommet der biopsien skulle finne sted eller ikke. Det som skjedde i rommet illustrer imidlertid at deltakende observasjon som metode fordrer en etisk bevissthet rundt hvilke dører som åpner eller lukker seg og hvilke faktorer

som påvirker valget om å gå inn. Først krever det en erkjennelse av at feltet ikke er en statisk størrelse bestående av fastlagte rom med tilhørende aktiviteter som kan defineres eller beskrives i forkant av en studie. Deretter krever det innsikt i det faktum at tilgang til de ulike rommene som feltet utgjøres av heller ikke er gitt, men et pågående forhandlingsspørsmål som stadig må avklares mellom forskeren og deltakerne i en studie (Wind, 2008).

At sykehusavdelingen som skulle utgjøre feltet i min studie ikke bestod av et forutsigbart og forhåndsdefinerbart sett med rom ble tidlig klart da feltarbeidet var i gang. Ikledd den hvite sykehusuniformen fikk jeg mulighet til å følge sykepleieres arbeid på avdelingen, inn i og tett på aktivitetene som foregikk i en rekke små rom jeg ikke kjente til på forhånd. Det var gjennom å få være med gjennom korridorene – til tunkontoret der sykepleierne hadde sin base, lunsj- og møterommet, medisinerrommet, skylle-rommet og ikke minst inn i pasientrommene – at sykepleieres arbeid og kunnskapen det fordret stod fram og ble utforsket og data konstruert. Å kunne bevege seg mer eller mindre fritt rundt i feltet på denne måten var vesentlig for å få innsikt i kompleksiteten i det pasientrettede arbeidet, men også for å forstå det som foregikk i en større kontekst som omfattet andre aktører i og utenfor avdelingens og sykehusets vegger.

Det å søke tilgang og ha frimodighet til å utforske og tre inn i ulike rom som åpner seg er altså en forutsetning for å kunne gi tykke beskrivelser (Geertz, 1973). Det vil si å gjøre rede for flere kontekster enn den hendelsen man observerer finner sted i, det Sørhaug (1996) beskriver som kontekstens kontekst. En slik eksplorerende tilnærming er i kjernen av etnografiens epistemologiske og metodiske ståsted der målet er å søke innsikt i sosiale relasjoner og folks atferd og praksiser, og rommene man går inn i, fysisk og tematisk, er analytisk definerte størrelser som blir til mens man går (Øye et al., 2016). Etnografisk metode innebærer altså at man som forsker møter verden som noe ukjent som må utforskes og forstås på sine egne premisser, og at det som overrasker ofte representerer spesielt verdifulle data (Fangen, 2010; Rysst, 2020; Vike & Fürst, 2020).

Denne iboende uforutsigbarheten innebar at jeg måtte finne en rolle som gjorde det mulig å få dele og delta i relevante aktiviteter som kunne oppstå, sammen med sykepleierne som jeg fulgte. Det å ikle seg sykepleieruniform med et skilt der det stod «forsker» var ett slikt metodisk valg som gjorde at jeg ofte fikk være med der det skjedde, og som bidro til at det var naturlig for sykepleieren å invitere meg inn i rommet der biopsien skulle finne sted. Dette var ikke i utgangspunktet et kontroversielt metodisk valg

for en som skal gjøre feltarbeid i en helseinstitusjon. Flere har beskrevet hvordan det å være kledd i hvitt er en viktig inngangsbillett i en sykehusverden, ved at man framstår som lite synlig og at ingen dermed stiller spørsmål til hvem du er eller hvor du går (Johannessen, 2018; Melby, 2007; Olsvold, 2010; Wind, 2008).

Andre har påpekt at det å kle seg som sine informanter når man gjør forskning i en profesjonskontekst som et sykehus kan være etisk problematisk, noe min inntreden i rommet der biopsiundersøkelsen skulle finne sted også vitner om. Chambliss (1996, s. 192) anmoder om at sykehusetnografer «don't wear a lab coat», da dette kan bli sett på som et uttrykk for at man er villig til å bøye på sannheten om hvem man er for å få tilgang, noe som kan sette tilliten til deltakerne på prøve. Uavhengig av profesjonskontekst og måter å kle seg på viser dette viktigheten av å skape tillit ved å alltid spille med åpne kort, å ikke ta inngangsbilletten for gitt og å ikke trenge seg på der man ikke er ønsket (Fangen, 2010). I situasjonen jeg befant meg i hadde jeg blitt invitert inn. Selv om jeg gikk kledd i hvitt hendte det imidlertid også at jeg ble bedt om å stå utenfor eller selv avstod fra å gå inn i et rom, ofte basert på en helhetlig vurdering av situasjonen pasienten eller pårørende befant seg i.

Da kommer jeg til det andre poenget i denne delen, nemlig at det å bevege seg inn og ut av fysiske og tematiske rom innebærer en pågående forhandling mellom forskeren og aktørene som befinner seg i rommet (Olsvold, 2010; Wind, 2008). For meg var det å få tre inn i et rom alltid et spørsmål som ble avklart i dialog mellom meg og sykepleierne, men også mellom sykepleiere, som fungerte som mine portvoktere, og leger, pasienter eller pårørende. En slik forhandling er et ledd i byggingen av relasjoner og tillit mellom forskeren og informantene og et metodisk redskap som gir essensiell kunnskap om folks liv, erfaringer, sosialitet og moralske fellesskap (Hastrup, 2010). Når og hvor man bør gå inn henger sammen med egenskaper ved feltet man inngår i, som hvilke aktiviteter som skal finne sted, hva som står på spill og hvilke roller for deltakelse som er tilgjengelige for forskeren (Wind, 2008).

Det å dele profesjonsbakgrunn med sine informanter kan være en fordel i en slik sammenheng, ved at man lettere får innpass som en som forstår det som foregår på innsiden (Allen, 2004; Olsvold, 2010). Samtidig gir heller ikke dette nødvendigvis eller automatisk tilgang til alle de rommene en som forsker ønsker å tre inn i. Gitte Wind (2008), som har bakgrunn som sykepleier, beskriver hvordan hun gjentatte ganger ble nektet tilgang til et av pasientrommene i revmatismeavdelingen der hun gjennomførte sin



studie. Hun forklarer dette med at tilstanden til pasientene ved avdelingen ikke krevde at man jobbet i team. Avdelingen var heller ikke et sted for studentpraksis, og rommene hadde en privat karakter. Det var altså ikke en naturlig rolle tilgjengelig for henne i pasientrommene, på tross av at hun tidligere hadde jobbet som sykepleier og også var kledd i sykepleieruniform (Wind, 2008).

Hvilke rom som eksisterer og er tilgjengelige, hvordan og hvorfor rom kan åpne eller lukke seg og hvilke vi bør søke til eller avstå fra å gå inn i, er dermed spørsmål vi må ha et aktivt forhold til under et feltarbeid, uavhengig av profesjonsbakgrunn eller kjennskap til feltet man forsker i (Olsvold, 2010; Wind, 2008). Det handler om å finne og ikle seg en rolle og være åpen og nysgjerrig, men også være sensitiv for aktivitetene som foregår og situasjonen til menneskene i rommene vi ønsker å tre inn i. Det er gjennom å utforske dette landskapet av rom og relasjoner at innsikt om feltet konstitueres, og vi kan finne vår plass i de rommene vi får tilgang til og ender opp med å være til stede i.

## Å være i rommet

På det tidspunktet da biopsieepisoden fant sted hadde jeg vært ved avdelingen over en lengre tid, og følte at jeg hadde funnet min rolle. Jeg skjønnte ganske raskt at sykepleierne var vant til å ha både studenter og nyansatte med seg under opplæring, og min tilstedeværelse som forsker innebar at jeg ble tildelt en rolle som dels lignet en students og dels en assistents. Jeg var en som var interessert i og observerte arbeidet deres og stilte spørsmål til det de gjorde, og som kunne brukes til å bistå med stell eller utlevering av mat og drikke. Gjennom deltakelse i ulike aktiviteter over tid, som previsitt og pasientbesøk, opplevde jeg også aksept og forståelse for min tilstedeværelse fra legene, helsefagarbeidere, pasienter og pårørende.

Biopsihistorien ble en påminner om at forhandlingen rundt hvem man blir sett og møtt som ikke er over idet man har fått formell tilgang eller innpass i rommene som feltet består av. Den viser først hvordan egenskaper ved forskeren, de vi velger og de vi ikke kan velge selv, kan påvirke graden av aktiv deltakelse i feltet, og hvordan rollene vi ender opp med å få ikke er statiske størrelser. Videre var situasjonen en vekker for min forståelse av hvordan etiske hensyn som sårbarhet og samtykke plutselig kan aktualiseres og må håndteres som relative og relasjonelle størrelser relatert til aktivitetene og menneskene i rommene vi er til stede i.

Det å måtte ta stilling til om man skal gå inn i det som foregår som en aktiv deltaker eller forbli en observatør er ikke ukjent blant antropologer og andre som har gjennomført etnografiske studier. I metodelitteraturen er dette omtalt som et aktivt rollevalg på et kontinuum fra det å være en fullstendig deltaker til ikke-deltakelse som en utenforstående observatør (Fangen, 2010, s. 72–80; Spradley, 1980, s. 58–62). I realiteten veksler man ofte mellom å være aktiv og passiv, som deltakende observatør eller observerende deltaker i løpet av et feltarbeid, en rolle Tjora (2021, s. 71) har gitt betegnelsen interaktiv observasjon. Som biopsihistorien illustrer er det heller ikke alltid opp til forskeren selv å velge hvilken rolle man får i konkrete situasjoner som oppstår.

Gitte Wind (2008) problematiserer hvordan det å gjøre deltakende observasjon på et sykehus innebærer at ingen av rollene som finnes der, pasient, pårørende eller helsepersonell, gir mulighet for full deltakelse. Målet må dermed være å sette seg i en posisjon som gjør at man som forsker på best mulig måte kan dele relevante erfaringer med sine informanter for å oppnå forståelse og bygge tillitsrelasjoner. Dette er en erkjennelse jeg gikk inn i feltarbeidet med, på lik linje med andre som har gjort feltarbeid i helsekontekster (Hougaard, 2020; Johannessen, 2018; Olsvold, 2010). Med betegnelsen «forsker» på navneskiltet hverken søkte eller kunne jeg være en fullstendig deltaker i noen annen rolle enn nettopp det, med et ønske om å få være til stede og med det få innsikt i utøvelsen av sykepleie.

Jeg opplevde heller aldri at sykepleierne anså meg som noe annet enn en utenforstående, selv om vi delte mange egenskaper og erfaringer som gjorde at jeg etter hvert fikk et fortrolig forhold til flere. I tillegg til å følge dem i arbeidet kledd i hvitt som dem, var jeg en yrkesaktiv kvinne i 40-årene med barn, noe som gjorde at vi hadde flere felles referansepunkter i livet enn om jeg for eksempel hadde vært en mann i sivil. På tross av dette ble jeg selvsagt aldri en av sykepleierne. De forholdt seg til meg som forskeren som var interessert i arbeidet deres, en samtalepartner og, etter hvert som tiden gikk, en som kunne assistere dem i visse oppgaver. Det siste innebar at graden av deltakelse økte i takt med at et gjensidig tillitsforhold ble etablert, og jeg beveget meg med det mer selvstendig rundt på avdelingen.

Det var hit jeg var kommet da biopsihistorien fant sted. Jeg var blitt så trygg i min rolle og relasjonene til de jeg omgikk i felt at det å bli tatt for å være sykepleier, student eller assistent overrumplet meg. På tross av at både legen og pasienten var informert om min rolle som forsker på avdelingen, og tidligere hadde gitt samtykke til min tilstedeværelse, framstod

plutselig min observatørrolle som delvis eller muligens skjult. Basert på min bekledning og plassering i rommet virket jeg å være ute av syne for deltakerne, noe som i tilfelle representerte et brudd på det informerte samtykket (Tjora, 2021). Nærheten til feltet var blitt et metodisk og dermed et etisk problem som ikke bare kunne gå ut over pasienten, men også legene som var i ferd med å delegere ansvar til meg, en gruppe som ikke er definert som sårbar eller utsatt i forskningsetiske deklarasjoner og retningslinjer (Solbakk, 2014).

Lignende erfaringer kan vi se fra andre etnografiske studier på sykehus. Sykepleier og forsker Nina Olsvold (2010) beskriver hvordan hun i et feltarbeid på sykehus avstod fra å delta for aktivt i sykepleieres arbeid for ikke å komme for nær, men erfarte i møter med leger å allikevel bli ansett som helsefaglig ansatt. De hvite klærne anonymiserte henne som en som var uvesentlig for legene, og dette forhindrete ofte mulighet for informert samtykke. I sin studie av arbeidsorganisering blant kirurger ble Peter Hougaard (2020) bedt om å assistere i en akutt amputasjon, til protester fra sykepleierne. Selv om hans rolle som forsker var kjent, ble hans sykepleierbakgrunn brukt av legen som argument for at han kunne bistå (Hougaard, 2020, s. 35–37). Disse tilfellene er kanskje ikke profesjonsetisk problematiske, men like fullt et forskningsetisk dilemma, fordi det rokker ved betingelsene for tilstedeværelsen.

Samlet viser eksemplene over hvordan man som deltakende observatør blir en del av et allerede eksisterende nettverk av roller, sosiale posisjoner og relasjoner og kan bli fanget av det (Fainzang, 2007). Hvem man blir forstått som kan endres over tid og er relativt, avhengig av situasjoner som oppstår, men også hvilke empatiske relasjoner som etableres, og de forutsetningene og interessene ulike deltakere dermed har for å vektlegge visse egenskaper ved forskeren framfor andre (Øye et al., 2016). Det er altså summen av valgene forskeren selv tar, som bekledning, og av egenskaper, som kjønn, alder og yrkes- eller profesjonsbakgrunn, kombinert med tilgjengelige roller i feltene vi inntar som påvirker hvem folk ser oss som, og dermed grad av nærhet og deltakelse i et felt (Wind, 2008).

Biopsihistorien og de andre eksemplene jeg har brukt i avsnittene over illustrerer dermed at etnografisk metode er en normativ sosial praksis med en iboende etisk uforutsigbarhet som man må ha et pågående refleksivt forhold til (Olsvold, 2010; Øye et al., 2016). Det å være til stede i et rom og inngå i relasjoner med andre forplikter. Det handler om å skape tillit, å sette seg i noens posisjon for å komme tett på, men samtidig sørge for å

opprettholde analytisk distanse og en moralsk relasjon til feltet man er til stede i og blir en del av (Fainzang, 2007; Fangen, 2010; Wind, 2008). Slik kan vi unngå å innlede empatiske relasjoner som binder og blinder oss, og innta rom det vil være uetisk å gå ut av.

## Å forlate et rom

En siste refleksjon i lys av biopsihistorien er at det også er nødvendig å kontinuerlig ta stilling til spørsmålet om når man bør gå ut av et rom, basert på etiske aspekter ved aktiviteter eller situasjoner som oppstår, måter og grader vi blir involvert på, eller stemninger, kroppslige opplevelser og emosjoner som settes i sving i andre, eller i forskeren selv. Det å forvalte en slik sensitivitet handler først og fremst om å ivareta deltakernes integritet på en forsvarlig måte, men kan samtidig være en viktig kilde til kunnskap om feltet man forsker i.

Situasjonen jeg var til stede i under biopsiundersøkelsen følte som en evighet. Dette skyldtes kanskje at jeg ble utrolig fokusert, på alle detaljer i det som skjedde og på stemningen i rommet, men også fordi blikket ble rettet innover, mot meg selv og mine egne opplevelser og følelser. Først erkjennelsen av at jeg ikke hadde oversikt over hva som egentlig skulle skje, hva jeg hadde lov til å gjøre og ikke, og redselen for å trække over denne grensen. Deretter vissheten om at jeg måtte ta en avgjørelse som følte sosialt dramatisk, nemlig å skape et brudd i det som foregikk ved å gi meg til kjenne og måtte forholde meg til de reaksjonene som da kunne komme. I realiteten varte episoden noen få, korte minutter, og dramaet jeg opplevde var kun en personlig indre storm. Allikevel gav opplevelsen meg noen sentrale innsikter, både om sykepleieres rolle i relasjon til pasientene og legene, men også min egen rolle som forsker.

Antropologer som Stoller (1989), Csordas (1990) og Pink (2015) har fremmet hvordan det å rette oppmerksomhet mot egne sanselige og kroppslige opplevelser er et viktig metodisk verktøy som gir essensielle innsikter og som kan gjøre forskeren i stand til å skape stemningsfulle og levende etnografier. Det å ikke seg og bære sykepleieuniform var en måte for meg å søke sanselige erfaringer i felt på. Alt fra lydene og lukten i kjelleren der de ansatte hentet ut klærne, stemningen i garderoben, opplevelsen av uniformeringens anonymitet idet jeg i raskt sykepleiertempo gikk gjennom korridorene opp til avdelingen, til det å få delta i stell, med synet, lukten, lyden og vekten av syke kropper tett på min. Bevisstheten rundt

disse sanseinntrykkene gjorde også at jeg ble oppmerksom på hvordan sykepleiere bruker sansene som en viktig kilde til innsikt om pasientenes tilstand (Thlebæk, 2018).

Den kroppslige erfaringen i biopsisituasjonen gav meg en innsikt av en litt annen art. Med høy puls og bankende hjerte opplevde jeg meg fanget i en situasjon der det føltes umulig å gjøre det jeg visste var rett, nemlig gi meg til kjenne eller forlate rommet jeg hadde tredd inn i. Det var noe med den alvorfulle og konsentrerte stemningen, pasientens sårbarhet og legens autoritet da han bad oss ta på hanskene som gjorde at jeg ikke klarte å umiddelbart heve røsten og med det skape et brudd i det som foregikk. Det som ville være formelt korrekt i lys av retningslinjer for informert samtykke samsvarte altså ikke med det jeg opplevde som sosialt akseptabelt. En lignende erfaring gjorde Olsvold (2010) seg i sin sykehusstudie. Fordi hun, som beskrevet tidligere, opplevde å være usynlig og ubetydelig for legene ikledd sykepleieruniform, valgte hun i visse situasjoner å underlegge seg de sosiale normene knyttet til hvem som kunne ta ordet i et rom, på bekostning av å introdusere seg, som hun mente ville være det etisk korrekte (Olsvold, 2010, s. 77).

I lys av Olsvolds refleksjoner forstod jeg noe nytt om min egen reaksjon, og dermed om feltet jeg hadde blitt en del av, nemlig kompleksiteten i det sosiale samspillet mellom leger og sykepleiere. Jeg hadde ved flere anledninger erfart at sykepleiere stilte spørsmål ved legenes vurderinger eller beslutninger og diskuterte ulike pasientrettede avgjørelser med dem på en tilsynelatende likeverdig måte. I biopsisituasjonen opplevde jeg imidlertid på kroppen at det eksisterer mer eller mindre uttalte regler for når legenes autoritet slår inn, og som i dette tilfellet handlet om gjennomføringen av en medisinsk undersøkelse. Da sykepleieren kom tilbake geleidet hun studenten til den andre siden av sengen som for å vise at sykepleierrollen innebar å berolige og observere pasienten, mens hun selv gikk i gang med å assistere legene med det de måtte trenge. Jeg stod tilbake uten en konkret oppgave å fylle, og kunne lettet forlate rommet.

Også i andre situasjoner opplevde jeg at det var riktig å gå, men da basert på en negativ følelse av å være overflødig eller i veien. Dette kunne handle om å lese kroppsspråket til en stresset sykepleier som hadde gitt meg tillatelse til å være med, men tilsynelatende skiftet mening, eller det kunne være en endret stemning blant pasienter og pårørende. Det å være til stede, beklemmt stående langs en vegg eller i utkanten av det som skjer, å gjøre sitt beste for å ikke ta plass eller å kjede seg og prøve å finne utveier som gjør at man kan trekke seg tilbake, er kjente følelser for mange som har

gjort feltarbeid, helt tilbake til Malinowskis tid (Malinowski, 1967). I kontekster som et sykehus kan man i tillegg oppleve reaksjoner på stemninger i et rom eller spenninger i en relasjon som gjør at det føles nødvendig å gå eller kanskje heller umulig å bli.

I løpet av mitt feltarbeid hendte det at jeg plutselig ble kvalm eller svimmel basert på sterke inntrykk eller en intens stemning. Det kunne handle om stillheten av bunnløs sorg, kroppslige lukter, synet av sår eller tydelige tegn på sterke smerter. Gitte Wind (2008) har beskrevet hvordan hun, som antropolog med sykepleiebakgrunn, nettopp gjennom lignende fysiske erfaringer fikk øynene opp for at hun var til stede i feltet som forsker og ikke som helsefaglig utdannet. Denne typen reaksjoner vil være kontraproduktive for en sykepleier og må avlæres for å kunne utføre jobben de er satt til å gjøre.

«Compathy», definert som det å kjenne et annet menneskes fysiske smerte som en smerte i sin egen kropp (Morse & Mitcham, 1997, s. 650), er imidlertid ikke nødvendigvis ufordelaktig for en antropolog, men kan være et steg videre fra empati til det å kunne forstå og sette seg inn i situasjonen til «den andre». Med dette hevder Wind (2008) at selv om det å gjøre deltakende observasjon innebærer å erkjenne at vi aldri er like investert eller forpliktet som de vi ønsker å forstå noe om, er vi allikevel ikke rene observatører (van der Geest, 2007). I stedet er vi vitner til det som foregår, og den åpenheten og sensitiviteten det fordrer innebærer å være mottakelig for erfaringene til dem man forsker på og situasjoner de står i (Wind, 2008).

Det finnes altså ikke noen standarder for eller et enkelt svar på når man bør gå eller bli. Det handler om evnen til å ta inn stemninger, være sensitiv og oppmerksom på hvordan en selv og andre opplever det som foregår, kommunisert gjennom ord eller kroppslige uttrykksformer som tonefall, blikk, gestikulering eller resignasjon (Engelsrud, 2005). Mer overordnet handler også dette om å kritisk vurdere vår egen opptreden, og å veie behovet for data opp mot hensynet til å bygge moralske sosiale relasjoner i felt. Slike kontinuerlige vurderinger kan forstås som skjønnsmessige dilemma (Anspach, 1993) som forskeren må ta kontinuerlig stilling til.

## **Etiske vurderinger som skjønnsmessige dilemma**

Som en avslutning på dette kapitlet vil jeg trekke på profesjonssosiologiske teorier om skjønn for å belyse spørsmålet om hvordan vi kan stå til ansvar, og bli holdt ansvarlige, for de etiske vurderingene og valgene vi

som forskere tar «on the spot» (Øye et al., 2016). I kapittelet har jeg forsøkt å løfte fram hvordan forskningsetiske dilemmaer i etnografisk forskning kommer til uttrykk som noe relasjonelt, situasjonelt og kontekstuel, basert på metodens iboende uforutsigbarhet (Vike & Fürst, 2020; Øye et al., 2016). Handlingsvalgene forskeren kontinuerlig må ta kan dermed forstås som en form for skjønnsbasert praksis relatert til et forskningsetisk fronesis, en praktisk visdom med mål om å fremme det som er moralsk godt (Grimen, 2008; Tracy & Carmichael, 2010).

Grimen og Molander (2008) forklarer skjønn som det rommet profesjonsutøvere har for å gjøre egne vurderinger og beslutninger når de skal løse utfordringer som ikke har en klar løsning, det vi si praktiske problemer med en grad av ubestemthet eller utvetydighet ved seg. Bruk av skjønn er nødvendig for å sikre fleksibilitet og hensyn til individuelle behov og situasjoner, men kan også misbrukes og føre til vilkårlig behandling av personer etter profesjonsutøverens eget forgodtbefinnende. Handlingsrommet er dermed ikke ubegrenset, men eksisterer som et «hull i en smultring» omkranset av ulike restriksjoner, som handlingsregler eller normer, som er fastsatt av en myndighet, og som profesjonsutøveren står til ansvar for (Grimen & Molander, 2008; Molander, 2013).

Slik profesjonsutøveren er bundet av en mer eller mindre formalisert moralkodeks relatert til sitt samfunnsoppdrag og samtidig skal ivareta pasientens eller brukerens beste, kan også det forskningsetiske handlingsrommet sies å være omsluttet av rammer som binder forskeren i en dobbel relasjon. På den ene siden skal vi oppfylle de forskningsetiske prinsippene og normene som gjelder for å kunne bidra med sann og gyldig kunnskap til samfunnet. På den andre siden skal vi ivareta hensynet til personvern for deltakerne i en studie (Leseth & Tellmann, 2018, s. 144). Delegeringen av en slik skjønnsmyndighet er ifølge Molander (2013) basert på tillit til at de som forvalter den har vilje og evne til å gjøre dette på en forsvarlig og best mulig måte.

Bekymringen relatert til forvaltningen av forskningsetikk som har vokst fram blant kvalitative forskere de senere årene, spesielt relatert til etnografiske metoder, kan kanskje sies å handle om dette tillitsforholdet. Mange opplever at etiske hensyn har blitt ensbetydende med overholdelse av retningslinjer for personvern som må defineres i forkant av et prosjekt og som vi holdes ansvarlige for. Man opplever også at tilliten til forskernes evne til å forvalte disse hensynene ved bruk av etnografiske metoder, spesielt i kontekster der sårbare grupper er til stede, er svekket (Vike & Fürst, 2020).



Ansvarliggjøringsmekanismer har tradisjonelt blitt delt inn etter retning, som vertikalt eller horisontalt, utenfra eller innenfra (Molander, 2013). Frustrasjonen blant antropologer og andre kan i lys av dette forstås som et uttrykk for at ansvaret har gått fra et internt anliggende, som noe som har virket horisontalt og vært forvaltet innenfra, til krav som kommer ovenfra, som ekstern kontroll fra en utenforstående myndighet. Med dette oppleves den akademiske friheten forskningsmiljøene har hatt knyttet til å definere problemstillinger, metodiske tilnærminger og forskningsfelt å stå for fall (Vike & Fürst, 2020).

Som et alternativ til denne retningsbaserte forståelsen har Molander (2013) i samarbeid med Harald Grimen introdusert to andre hovedtyper av ansvarliggjøringsmekanismer. Disse går på tvers av den vanlige inndelingen, og retter seg mot den strukturelle og den epistemiske dimensjonen ved skjønn. Den første omfatter mekanismer som innskrenker skjønnrommet gjennom restriksjoner eller sanksjoner som påvirker atferden eller reduserer makten til aktørene som har fått tildelt skjønnsmyndighet (Molander, 2013). Herunder ligger retningslinjer og regelverk som forskeren er underlagt, og det er ofte denne typen ansvarliggjøring som er i fokus når man snakker om etiske aspekter ved et forskningsprosjekt.

Den epistemiske typen handler om mekanismer som har som mål å forbedre betingelsene for, og kvaliteten på, resonneringen som vurderingene våre bygger på, det vil si på valg som tas i rommet for skjønn, i hullet i smultringen (Molander, 2013). Det kan være å legge til rette for god opplæring, sørge for støttende praksiser samt bygge motiverende miljøer og aktive argumentasjonsfellesskap. Skjønnsmessige beslutninger kan da forstås som innbakt i og formet av vår interaksjon med andre, som våre informanter, som en form for distribuert skjønnsutøvelse (Goodwin, 2014; Johannessen, 2016; Molander, 2013).

I dette kapitlet har jeg forsøkt å bidra til et slikt argumentasjonsfellesskap ved å vise fram konkrete metodiske valg og etiske implikasjoner som kan oppstå i et feltarbeid når man bestemmer seg for å gå inn i rom, er til stede i det og til slutt forlater det. Målet med en slik dialog må være at forskningsetikk og personvern hensyn kan sees i sammenheng og bli et kollektivt anliggende, heller enn den enkelte forsker eller forskergruppes individuelle ansvar overfor en kontrollerende myndighet (Øye et al., 2016). For å få til dette må spørsmålet om hvordan vi best kan forvalte forskningsetiske problemstillinger i etnografisk forskning ta utgangspunkt i metodens eksplorerende og intersubjektive tilnærming, der kunnskap skapes i møte mellom mennesker, i balansen mellom rom, roller og restriksjoner.



## Forfatterbiografi

**Hanna Marie Ihlebæk** er sosialantropolog med en ph.d. i profesjonsstudier fra OsloMet og er ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold. Hun forsker på spørsmål om profesjon, kunnskap og arbeid og har gjort flere feltarbeid i helsesettinger. Doktorgradsstudien utforsket kunnskap i utøvelse av sykepleie på en kreftavdeling. Ihlebæk har en spesiell interesse for hvordan etnografiske metoder kan gi innsikt i digitaliseringens betydning for helse- og velferdstjenestene. Ihlebæk har i flere år deltatt i programkomiteen for Kvalitativt metodeforum ved Senter for profesjonsforskning.

## Referanser

- Allen, D. (2004). Ethnomethodological insights into insider–outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nursing Inquiry*, 11(1), 14–24. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00201.x>
- Anspach, R. R. (1993). *Deciding who lives: Fateful choices in the intensive-care nursery*. University of California Press.
- Chambliss, D. F. (1996). *Beyond caring: Hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. University of Chicago Press.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- Engelsrud, G. (2005). The lived body as experience and perspective: Methodological challenges. *Qualitative Research*, 5(3), 267–284. <https://doi.org/10.1177/1468794105054455>
- Fainzang, S. (2007). Anthropology and medicine: Empathy, experience and knowledge. I S. Faizang, *Facing distress. Distance and proximity in times of illness* (s. 1–20). <https://hal.science/hal-00373603>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Geertz, C. (1973). Thick description: Toward an interpretative theory of culture. I C. Geertz (Red.), *The interpretation of cultures: Selected essays* (s. 3–30). Basic Books.
- Goodwin, D. (2014). Decision-making and accountability: Differences of distribution. *Sociology of Health & Illness*, 36(1), 44–59. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12042>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Universitetsforlaget.
- Hastrup, K. (2010). *Ind i verden: En grundbog i antropologisk metode* (2. utg.). Hans Reitzel.
- Hougaard, P. F. (2020). *Tid, rom og kirurgers autonomi – en etnografisk studie av sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksis og profesjonelle autonomi* [Doktorgradsavhandling, OsloMet – storbyuniversitetet]. ODA. <https://hdl.handle.net/10642/9294>
- Ihlebæk, H. M. (2018). Blood, sweat, and tears: Making sense of senses in expert nursing. *Ethos*, 46(4), 477–497. <https://doi.org/10.1111/etho.12220>
- Ihlebæk, H. M. (2022). *The knowing body and a body of knowledge: An ethnographic study of professional knowledge in use in clinical nursing* [Doktorgradsavhandling, OsloMet – storbyuniversitetet]. ODA. <https://hdl.handle.net/11250/2989797>
- Johannessen, L. (2016). How triage nurses use discretion: A literature review. *Professions & Professionalism*, 6(1). <https://doi.org/10.7577/pp.1446>

- Johannessen, L. E. F. (2018). *Between standardisation and discretion: The priority setting of triage nurses* [Doktorgradsavhandling, OsloMet – storbyuniversitetet]. ODA. <https://hdl.handle.net/10642/6310>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Lundh, L. (2020). Personvernregler og forskningsetikk: Blir det fortsatt mulig å gjøre antropologisk skoleforskning? *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 31(3), 177–190. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2020-03-03>
- Malinowski, B. (1967). *A diary in the strict sense of the term*. Routledge & Kegan Paul.
- Melby, L. (2007). *Prat, penn og papir: En sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <http://hdl.handle.net/11250/268035>
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: Mekanismer for ansvarliggjøring. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier* (Bd. 2, s. 44–54). Universitetsforlaget.
- Morse, J. M. & Mitcham, C. (1997). Compathy: The contagion of physical distress. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 649–657. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00360.x>
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle: Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Pink, S. (2015). *Doing sensory ethnography* (2. utg.). Sage.
- Rysst, M. (2020). Antropologisk forskning i sensitive felt: Retningslinjer til besvær. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 31(3), 191–200. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2020-03-04>
- Solbakk, J. H. (2014, 10. oktober). *Sårbare grupper*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston.
- Stoller, P. (1989). *The taste of ethnographic things: The senses in anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Sørhaug, T. (1996). Tykke og tynne beskrivelser. Om høstingsøkonomi og sosiale klienter i en storby. I T. Sørhaug (Red.), *Fornuftens fantasier: Antropologiske essays om moderne livsformer* (s. 33–52). Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Tracy, F. & Carmichael, P. (2010). Research ethics and participatory research in an interdisciplinary technology-enhanced learning project. *International Journal of Research & Method in Education*, 33(3), 245–257. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2010.511716>
- van der Geest, S. (2007). Is it possible to understand illness and suffering? *Medische Antropologie*, 19(1), 9–21.
- Vike, H. & Fürst, E. L. (2020). Forskningsetikk og forskningens frihet: Utfordringer for antropologifaget. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 31(3), 165–176. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2020-03-02>
- Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 79–89. <https://doi.org/10.1080/13648470802127098>
- Øye, C., Sørensen, N. & Glasdam, S. (2016). Qualitative research ethics on the spot: Not only on the desktop. *Nursing Ethics*, 23(4), 455–464. <https://doi.org/10.1177/0969733014567023>