

Moralsk stress i ambulancearbejdet

En kvalitativ interviewundersøgelse

Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 164.939
Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 68,7
Studienummer: 20204211

Studerende: Magnus Kjær Lerche

Vejleder: Thomas Borchmann

10. Semester, Psykologi,
Kandidatspeciale

Aalborg Universitet
Dato: 30/05-2025

Abstract

This thesis focuses on the causes, manifestations and coping strategies related to moral stress, with particular attention to the processes that lead to successful reconciliation in emergency service (EMS) work. The concept of moral distress originates in nursing practice where it is a well-recognised stressor. However, only a few studies have investigated moral distress in other fields, such as EMS work. The aim of this thesis is to provide insights into moral distress in EMS work to help facilitate better interventions.

The thesis consists of six chapters. The first chapter introduces the research agenda and outlines the research questions. The second chapter explores the concept of moral distress through a review and discussion of the existing research. This review reveals that an adequate understanding of moral distress must consider not only moral constraints but also moral conflicts, moral uncertainty, delayed moral distress, and accumulated moral distress. Additionally, it becomes evident that an adequate understanding of moral distress must also consider the complex sociopolitical environment that healthcare professionals must navigate.

The third chapter outlines pragmatism as the scientific standpoint of the thesis and presents the methods chosen for data collection and data analysis. The data collected consists of three qualitative semi-structured interviews with EMS professionals consisting of two men and one woman. The data has been analysed using thematic analysis. Ethical considerations of the study are also discussed.

In the fourth chapter, the data is analysed. Moral constraints such as institutional and hierarchical limitations (external constraints) and lack of competence or inattention (internal constraints) emerge as significant causes of moral distress. Moral uncertainty – such as lack of closure and uncertainty about the patient's condition – serves both as an independent cause and amplifier for other forms of moral distress. Moral conflicts – such as the conflict between prioritizing patient safety versus personal safety, or patient autonomy versus the perceived best course of action – also play a central role in EMS moral distress. Additionally, some first responders experience delayed moral distress upon later realizing they made mistakes. These sources of moral

distress manifest as frustration, feelings of powerlessness, self-blame, sympathy for patients, and painful moral emotions such as guilt and shame.

First responders employ a range of individual coping strategies – such as breaking the rules to act morally and rationalizing one's actions to reduce the emotional discomfort. Older EMS professionals also engage in cultivating a collective masculinity culture in which the job's inherent vulnerabilities are denied – ultimately limiting their younger peers' coping opportunities. However, first responders also rely on collective coping communities, where dark humour and team dialogue provide effective ways to cope with moral distress. For such dialogue to lead to reconciliation, it must contain certain qualities such as validation, understanding and professionalism.

The fifth chapter discusses the findings, which both reflect and extend previous research by discussing interrelated factors – such as budget cuts, understaffing, high demands and work-related uncertainties, which pressure first responders who, for moral reasons, put their personal safety aside to help patients. The fatigue resulting from such self-sacrifice can lead to inattention and mistakes, thereby contributing to further moral stress. The study argues that further research is needed on interrelated causes of moral distress – such as the different moral conflicts that EMS professionals experience.

While the study adds valuable insight into how first responders cope with moral distress, the findings may have been presented in a somewhat decontextualised manner, underemphasizing the fact that EMS professionals work in pairs that influence one another's coping strategies. Finally, the quality of the study is discussed, along with its potential implications for various stakeholders and recommendations for interventions against moral distress in EMS work. The study argues that focused efforts are needed to educate leaders and EMS professionals about the causes and coping of moral distress thereby helping to destigmatize these experiences. It is also recommended that hospitals produce flyers encouraging patients to seek out and provide closure to EMS professionals. Efforts to support collective coping – such as providing EMS professionals with formal education in crisis psychology and enhancing informal debriefing and dialogue – are also recommended. For psychologists, it is recommended to apply a social perspective in therapy.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	- 2 -
KAPITEL 1 INDLEDNING	1
1.1 PROJEKTETS ANLIGGENDE	1
1.2 BEVÆGGRUNDE FOR PROJEKTETS ANLIGGENDER	1
1.3 PROJEKTETS OPBYGNING	2
KAPITEL 2 MORALSK STRESS I AMBULANCEARBEJDET	3
2.1 TEORETISERINGER AF MORALSK STRESS.....	4
2.1.1 Jametons traditionelle definition og teoretisering	4
2.1.2 Indledende- og reaktiv moralsk stress	5
2.1.3 Eksterne og interne moralske begrænsninger	6
2.1.4 Moralske konflikter	7
2.1.5 Andre definitioner og teoretiseringer	8
2.1.6 Opsamling på teoretiseringer af moralsk stress	11
2.2 UDLØSENDE FAKTORER FOR MORALSK STRESS	11
2.2.1 Eksterne begrænsninger for moralsk handlen	11
2.2.2 Interne begrænsninger for moralsk handlen.....	12
2.2.3 Specifikke udløsende faktorer i ambulancearbejdet	13
2.3 MANIFESTATIONER AF MORALSK STRESS	14
2.4 HÅNTERINGSSTRATEGIER OG KENDETEGN VED PROCESSER, DER FØRER TIL SELVFORSONING .	15
2.4.1 Individuel håndtering.....	15
2.4.2 Kollektiv håndtering	18
2.4.3 Kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning.....	22
2.5 OPSAMLING AF KAPITEL 2	24
KAPITEL 3 PROJEKTETS VIDENSKABSTEORETISKE AFSÆT OG METODE.....	25
3.1 PROJEKTETS VIDENSKABSTEORETISKE AFSÆT.....	26
3.1.1 Pragmatisme	26
3.1.2 Refleksiv Pragmatisme.....	27
3.2 UNDERSØGELSESDSIGN	29
3.2.1. Det semistrukturerede interview og interviewguide	29
3.2.2 Rekruttering af deltagere	30
3.2.3 Transskriptionskonvention.....	31
3.2.4 Analysemetode	31
3.3 ETISKE OVERVEJELSER OG RETNINGSLINJER.....	32

KAPITEL 4 ANALYSE.....	33
4.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	34
4.1.1 Alexander.....	34
4.1.2 Birgit.....	34
4.1.3 Carsten.....	35
4.2 KONFLIKTER OG HÆNDELSESFORLØB, DER GIVER ANLEDNING TIL MORALSK STRESS I AMBULANCEARBEJDET.....	35
4.2.1 Forhindringer for moralsk handlen.....	35
4.2.2 Manglende afklaring og uvished.....	39
4.2.3 Moralske konflikter i ambulancearbejdet	40
4.2.4 Oplevelsen af at have handlet forkert	43
4.3 MANIFESTATIONER AF MORALSK STRESS I AMBULANCEARBEJDET.....	44
4.3.1 Manifestationer af forhindringer for moralsk handlen	44
4.3.2 Manifestationer af manglende afklaring og uvished.....	46
4.3.3 Manifestationer af moralske konflikter i ambulancearbejdet	47
4.3.4 Manifestationer af oplevelsen af at have handlet forkert.....	49
4.4 HÅNTERINGSSTRATEGIER OG KENDETEGN VED PROCESSER, DER FØRER TIL SUCCESFULD SELVFORSONING.....	49
4.4.1 Individuel håndtering.....	49
4.4.2 Kollektiv håndtering	55
4.4.3 Kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning.....	57
KAPITEL 5 DISKUSSION	60
5.1 DISKUSSION AF UNDERSØGELSENS FUND OG UDVALGTE BELASTNINGSSAMMENSPIL	60
5.1.1 Diskussion af konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet	60
5.1.2 Diskussion af manifestationer af moralsk stress.....	62
5.1.3 Diskussion af håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning.....	63
5.2 DISKUSSION AF FORSKNINGSKVALITET	66
5.3 POTENTIELLE UDBYTTER AF UNDERSØGELSENS FUND.....	68
5.3.1 Borgere og fremtidige brugere af ambulancetjenesten.....	68
5.3.2 Ambulancereddere og faglige repræsentanter.....	68
5.3.3 Arbejdsgivere og ledelsesrepræsentanter i ambulancetjenesten	69
5.3.4 Psykologer, der har stressramte ambulancereddere i behandling	69
5.3.5 Forskere med interesse for ambulancearbejdet.....	70
KAPITEL 6 KONKLUSION	71

BILAG.....	74
PENSUMOPGØRELSE	75
REFERENCER	82

Oversigt over figurer:

Figur 1 Typologi over individuelle strategier til håndtering af moralsk stress i ambulancearbejdet af Barbee et al. (2016).....	17
--	----

Kapitel 1 Indledning

1.1 Projektets anliggende

Dette kandidatspeciales anliggende er dels at kortlægge, hvilke konflikter eller hændelsesforløb, der kan give anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet og hvordan en sådan stress manifesterer sig. Og dels at undersøge, hvorledes ambulancereddere søger at håndtere denne moralske stress, og om der er særlige kendetegn ved de processer, der fører til succesfuld selvforsoning i forhold til den moralske stress. Udformet som en egentlig problemformulering, er de spørgsmål, som jeg vil forsøge at besvare, henholdsvis:

- 1) *Hvilke konflikter eller hændelsesforløb giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet, og hvordan manifesterer denne stress sig?*
- 2) *Hvorledes søges denne stress håndteret, og er der nogle særlige kendetegn ved de processer, som fører til succesfuld selvforsoning i forhold til den moralske stress?*

1.2 Bevæggrunde for projektets anliggender

Der er både faglige og personlige bevæggrunde for kandidatspecialets anliggende. En psykologfaglig bevæggrund for at undersøge årsager til og manifestationer af moralsk stress blandt ambulancereddere er, at flere studier peger på, at reddernes psykiske velbefindende er under pres (Petrie et al., 2018; Alexander & Klein, 2001; Jonsson et al., 2003; Sterud et al., 2006). Nogle studier retter særligt opmærksomheden mod de negative følelsestilstande, der knytter sig til moralsk stress, og deres betydning for udviklingen af psykiske lidelser og ubehag blandt reddere i det præhospitale felt (Regehr et al., 2002; Jonsson & Segesten, 2004). Forskningen i de konkrete faktorer, som giver anledning til disse følelsestilstande og til moralsk stress i ambulancearbejdet, er dog sparsom. Jeg har derfor en psykologfaglig interesse i at bidrage til en kortlægning af de konflikter eller hændelsesforløb, der potentielt udløser moralsk stress i ambulancearbejdet – samt en interesse i at belyse, hvordan denne stress kommer til udtryk.

Derudover udspringer min interesse for at undersøge reddernes håndtering af moralsk stress også af en faglig motivation. Forskningen i håndtering af moralsk stress

er ligeledes også sparsom sammenlignet med eksempelvis studier af øvrige sundhedsprofessionelle. Enkelte undersøgelser peger dog på, at sundhedsprofessionelle ofte indleder en refleksiv spørgeproces som en del af deres håndtering af moralsk stress (Musto & Schreiber, 2012; Jonsson & Segesten, 2004). Denne spørgeproces tager form af refleksioner som: *"Gjorde jeg mit bedste?"* og *"Gjorde jeg nok?"*. Hvad der bidrager til at besvare sådanne spørgsmål og hvad der muliggør selvforsoning, er ligeledes også underbelyst i ambulancearbejdet. Jeg har derfor også en interesse i at afdække kendetegnene ved de processer, der fører til succesfuld selvforsoning. Min samlede interesse i disse to delanliggender udspringer desuden af et ønske om at levere forskning, som på sigt kan bidrage til at udvikle interventioner, der kan afhjælpe eller mindske det ubehag, som redderne oplever i forbindelse med moralsk stress.

I tillæg til de faglige bevæggrunde har jeg også en personlig motivation for mit emnevalg. Gennem mit arbejde som kystlivredder og talsperson hos Trygfonden Kystlivredning har jeg mødt flere kolleger, der har fortalt om samvittighedskvaler og selvbefejdelser i forbindelse med livredderarbejdet. Flere – inklusiv mig selv – har oplevet at sætte spørgsmålstejn ved egen tilstrækkelighed og formåen efter redningsaktioner, hvor man har stået med et andet menneskes liv i hænderne. Mine kolleger fortæller om en form for moralsk rumination, hvor de reflekterer over situationen og stiller spørgsmål som: *"Kunne vi have gjort noget anderledes? Var min redning god nok? Overså jeg et symptom? Hvorfor hjalp behandlingen ikke?"*. Disse oplevelser og historier har gjort indtryk på mig og afspejler også den måde ambulancereddere beskriver deres oplevelser på. Jeg har derfor også en personlig interesse i at undersøge moralsk stress og hvordan denne stress håndteres i ambulancearbejdet.

1.3 Projektets opbygning

I kapitel 2, *Moralsk stress i ambulancearbejdet*, gennemgår jeg et udvalg af definitioner og teoretiseringer af moralsk stress. Jeg inddrager i den forbindelse eksempler på studier af moralsk stress, herunder dens årsager, manifestationer og håndtering. Hovedparten af den inddragede forskning stammer fra social- og velfærdsområdet generelt, da forskningen i moralsk stress primært har haft fokus på sygeplejearbejdet. Jeg inddrager dog også studier, der specifikt omhandler ambulancearbejdet.

I kapitel 3, *Videnskabsteori og metode*, redegør jeg for det videnskabsteoretiske afsæt for undersøgelsen, som er baseret på pragmatismen. Derudover gennemgår jeg

mit valgte undersøgelsesdesign, herunder valg af interviewmetode, rekruttering af deltagere, anvendt transskriptionskonvention og analysemetode. Kapitlet afsluttes med en redegørelse for de etiske overvejelser, jeg har gjort mig i forbindelse med undersøgelsens gennemførelse.

I kapitel 4, *Analyse*, præsenteres specialets analytiske fund. Jeg indleder med en kort præsentation af informanterne og gennemgår herefter tre hovedtemaer: 1) *konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet*, 2) *manifestationer af moralsk stress* og 3) *håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning*.

I kapitel 5, *Diskussion*, diskuterer jeg undersøgelsens fund i relation til eksisterende forskning og reflekterer herefter over undersøgelsens forskningskvalitet. Kapitlet afsluttes med en præsentation af de potentielle udbytter, som forskellige interessegrupper vil kunne få ud af at læse mit kandidatspeciale. I kapitel 6, *Konklusion*, afrunder jeg specialet med en opsummering af undersøgelsens hovedpointer og konklusioner.

Kapitel 2 Moralsk stress i ambulancearbejdet

I det følgende kapitel gennemgår jeg et udvalg af definitioner og teoretiseringer af moralsk stress. Jeg starter med at redegøre for Jametons (1984) traditionelle definition og teoretisering af moralsk stress, som er baseret på observationer inden for sygeplejefaget. Herefter gennemgår jeg nogle nyere teoretiseringer af moralsk stress og diskuterer deres styrker og svagheder. Dernæst behandler jeg forskningen i udløsende faktorer for moralsk stress. Desuden inddrager jeg et udvalg af studier, som belyser nogle af de psykiske og emotionelle manifestationer af moralsk stress. Herefter gennemgår jeg et udvalg af studier, som har undersøgt, hvordan moralsk stress forsøges håndteret. Her skelner jeg mellem individuel håndtering samt ubevidst og bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau, og kollektiv håndtering på sektorielt niveau. I det afsluttende afsnit gennemgår jeg et udvalg af studier, som har undersøgt de kvaliteter ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning i forhold til moralsk stress.

I kapitlet inddrager jeg både forskning, der fokuserer specifikt på ambulancearbejdet, og forskning, der omhandler sundhedsprofessionelle generelt, idet det meste forskning på området, herunder pionerforskningen, er foretaget med fokus på

sygeplejearbejdet. Derudover inddrages enkelte undersøgelser af belastningshåndteringsstrategier fra studier inden for servicearbejde, som andre forskere har anvendt som reference i studier af ambulancearbejdet.

2.1 Teoretiseringer af moralsk stress

I dette afsnit gennemgår jeg en række definitioner og teoretiseringer af moralsk stress. Jeg starter med at redegøre for og diskutere Jametons (1984) traditionelle definition og teoretisering af moralsk stress, som særligt fokuserer på *institutionelle begrænsninger* for moralsk handlen. Herefter redegør jeg for Jametons (1993) udvidelse af begrebet moralsk stress, som inkluderer *indledende-* og *reaktiv moralsk stress*. Dernæst behandler jeg andre teoretiseringer, der blandt andet har medført et fokus på *interne begrænsninger* for moralsk handlen (Wilkinson, 1987), *moralske konflikter* (Fourie, 2015), *moralsk usikkerhed* samt *akkumuleret moralsk stress* (Cambell et al., 2016). Jeg diskuterer desuden nogle styrker og svagheder ved disse teoretiseringer. Afslutningsvist fremlægger jeg, hvad jeg vurderer som en særlig stærk teoretisering af moralsk stress, der er fremsat af Källemark et al. (2004).

2.1.1 Jametons traditionelle definition og teoretisering

Forskningen i moralsk stress indledes af Jameton (1984), som i midten af 1980'erne sætter ord på en stigende tendens af sygeplejersker, der beretter om moralske dilemmaer og tilhørende negative emotioner i deres arbejde. Jameton beskriver sygeplejerskernes oplevelser af hændelser, der er i konflikt med deres professionelle værdier. Disse hændelser efterlader dem med en følelse af ikke at kunne indfri deres moralske forpligtelse over for patienten og resulterer derfor i moralsk stress. Eksempler på sådanne hændelser er begrænsninger i mulighederne for at give den rette livsforlængende og medicinske behandling samt problemer i kommunikations- og beslutningsprocesserne mellem patient, pårørende og institutionen, hvilket medfører forringet livskvalitet for patienten (Jameton, 1984). Hans bog fra 1984 markerer et vigtigt skifte i forskningen i sygeplejerskers psykiske velbefindende og medvirker i høj grad til at sygeplejerskers oplevelser med moralske dilemmaer og moralsk stress anerkendes som en belastning i arbejdet (Musto & Rodney, 2018, p. 9).

Jameton (1985, p. 6) skelner mellem *moralsk usikkerhed*, *moralske dilemmaer* og *moralsk stress*. Ifølge Jameton (1984, p. 6) opstår *moralsk usikkerhed* i situationer,

hvor aktøren er i tvivl om, hvorvidt der foreligger et etisk dilemma eller er usikker på, hvilke etiske eller moralske principper og værdier, der gælder i situationen. Derimod opstår *moralske dilemmaer* når mere end ét moralsk princip gælder og som støtter modstridende handlinger (Jameton, 1984, p. 6).

Jameton (1984, p. 6) definerer moralsk stress som: ”At være i en situation, hvor man ved, hvad der er det rigtige at gøre, men hvor institutionelle begrænsninger gør det næsten umuligt at handle” (min oversættelse). Med denne definition anerkender Jameton det problematiske ved institutionelle forhindringer for moralsk handlen. Disse efterlader sygeplejerskerne med en følelse af at have svigtet patienten samt af ikke at have honoreret deres egne professionelle og personlige værdier. Siden Jametons oprindelige definition af moralsk stress blev fremlagt i 1984, har begrebet været genstand for forskningsmæssig granskning. Flere mangler er siden blevet identificeret (Musto & Rodney, 2018, pp. 10-11). Eksempelvis efterlyses et mere temporalt og dynamisk aspekt i teoretiseringen (Cambell et al., 2016). Der mangler også en mere præcis forståelse af forhindringerne for moralsk handlen, som også kan være lokaliseret internt i aktøren (Musto & Rodney, 2016). I den forbindelse diskuteres det også, hvorvidt begrænsninger for moralsk handlen overhovedet er en nødvendig faktor i teoretiseringen af moralsk stress. Der argumenteres i stedet for, at teoretiseringen også bør inkludere *moralske konflikter* (Fourie, 2015), hvilket jeg uddyber senere.

2.1.2 Indledende- og reaktiv moralsk stress

Jameton (1993) udvider selv teoretiseringen af moralsk stress ved at inddele begrebet i to yderligere kategorier: *indledende* og *reaktiv moralsk stress*. Indledende moralsk stress involverer negative følelsetilstande som frustration, vrede og angst, når institutionelle begrænsninger eller hierarkiske konflikter forhindrer én i at handle moralsk. *Reaktiv moralsk stress* refererer til det psykiske ubehag, der udspringer af ikke at kunne handle i forhold til den indledende stress, og som manifesterer sig i selvbebrejdelser, skyldfølelser og afmagt (Jameton, 1993, pp. 544-547).

Jameton definerer således reaktiv stress med henvisning til den indledende stress, hvilket indikerer, at reaktiv moralsk stress ikke kan opleves uafhængigt af den indledende stress (Cambell et al., 2016, p. 4). Cambell et al. (2016, p. 4) mener dog, at denne betingelse for reaktiv moralsk stress, repræsenterer en utilstrækkelig forståelse. Forfatterne argumenterer for en forståelse af reaktiv moralsk stress, som ikke

nødvendigt er betinget af en forudgående oplevelse af indledende stress. Nødsituationer kan eksempelvis foranledige en proces, hvor behovet for handling forhindrer én i at forstå situationens fulde omfang. Således kan der opstå blokeringer for overhovedet at opleve indledende moralsk stress. Ved senere refleksion over situationen kan aktøren dog blive bevidst om de forhindringer, der har været for moralsk handlen, og dermed opleve reaktiv stress – uafhængigt af oplevelsen af indledende moralsk stress (Cambell et al., 2016, pp. 4-5).

Et andet omdiskuteret aspekt ved Jametons traditionelle teoretisering og den senere udvidelse er manglen på anerkendelse af *akkumuleret moralsk stress* (Cambell et al., 2016, p. 4). Pointen er her, at den traditionelle definition implicerer, at hver episode, som medfører moralsk stress, er dramatisk og livsforandrende. Ligeledes indikerer selve begrebet *stress* en stærk emotionel reaktion på at være forhindret i at handle moralsk. Dette er dog ikke altid tilfældet. I stedet er mange tilfælde af moralsk stress blot *mildt* ubehagelige. Isoleret set medfører disse milde tilfælde ikke til stærke emotionelle reaktioner, men over tid kan de akkumulere og manifestere sig i pinefulde emotionelle følelsetilstande (Cambell et al., 2016, p. 4).

2.1.3 Eksterne og interne moralske begrænsninger

Efter Jameton har der været talrige forsøg på at præcisere definitionen og teoretiseringen af moralsk stress. På baggrund af et empirisk studie definerer Wilkinson (1987) for eksempel moralsk stress som: ”*Den psykiske ubalance og de negative følelsetilstande en person oplever, når personen træffer en moralsk beslutning, men som ikke kan følge den moralske beslutning til dørs ved at udføre den moralske handling, som beslutningen fordrer*” (Wilkinson, 1987, p. 16, min oversættelse). Den bagvedliggende teoretisering for Wilkinsons (1987) definition adskiller sig fra Jametons ved at udvide forståelsen af moralske begrænsninger til også at inkludere *interne begrænsninger*. Wilkinson (1987, p. 21) finder nemlig, at begrænsninger enten kan være *eksterne* eller *oplevede interne* begrænsninger. Ved at inkludere et perceptionselement i sin teoretisering af moralsk stress lægger Wilkinson fundamentet for nyere studier, som begynder at bevæge sig væk fra et snævert fokus på eksterne begrænsninger. Interne begrænsninger refererer til oplevede sociale eller psykiske faktorer, som i praksis forhindrer aktøren i at handle moralsk (Johnstone & Hutchinson, 2015, p. 7; Hamric et al., 2012, p. 2; Davis & Fowler, 2018).

2.1.4 Moralske konflikter

Andre studier, heriblandt studier af Fourie (2015) og Cambell et al. (2016), argumenterer for, at det er nødvendigt at inddrage *moralske konflikter* i teoretiseringen af moralsk stress. Ifølge Fourie (2015) er Jametons definition af moralsk stress utilstrækkelig til at forklare sygeplejerskers oplevelser af moralsk stress, når moralske begrænsninger ikke er til stede. Pointen er, at selvom moralske begrænsninger udgør et vigtigt aspekt, så kan moralsk stress også opstå, selvom man ikke er forhindret i at handle moralsk. Med andre ord er moralsk stress ikke nødvendigvis betinget af moralske begrænsninger. Fourie (2015, p. 93) argumenterer i den forbindelse for, at Jametons traditionelle definition er for snæver, idet den indbygger en specifik og ekskluderende årsagsforståelse. Scenarier, hvor moralsk stress opleves uden tilstedeværelsen af moralske begrænsninger, kan ifølge denne definition ikke kategoriseres som moralsk stress (Fourie, 2015, p. 93).

Denne afgrænsning udelukker ifølge Fourie (2015, p. 93) andre potentielle årsager til moralsk stress, herunder moralske konflikter eller moralske dilemmaer. Fourie (2015, pp. 93-94) argumenterer i den forbindelse for, at *moralske konflikter* bør indtages i definitionen. Hun definerer moralske konflikter som: "*Situationer hvor normative faktorer, såsom moralske principper, værdier eller pligter kolliderer og kræver modstridende handlinger*" (Fourie, 2015, pp. 93-94, min oversættelse). Moralske konflikter svarer i hverdagsforståelsen til det, der ofte betegnes som et *moralsk dilemma* (Fourie, 2015, p. 94). I en hverdagsforståelse af et moralsk dilemma vil ét moralsk princip lægge vægt på én bestemt del af situationen, mens et andet moralsk princip vægter en anden, hvilket skaber tvivl om, hvilken handling, der er bedst. Ofte vil ét princip dog vinde over de andre og være retningsgivende for handlingen. Alligevel kan aktøren opleve usikkerhed og ubehag, fordi flere vigtige moralske hensyn og principper er på spil (Fourie, 2015, p. 94).

I et mere filosofisk perspektiv forstås moralske dilemmaer imidlertid som den specifikke konflikt mellem moralske pligter, men hvor ingen løsning fremstår fordelagtig. I sådanne tilfælde vil konflikten uundgåeligt føre til et moralsk nederlag, fordi indfrielsen af én moralsk pligt vil krænke en anden. Det er nu Fouries (2015, p. 94) pointe, at Jameton anvender begrebet *dilemma* tvetydigt i sine tekster, hvilket skaber uklarhed om, hvorvidt han henviser til en filosofisk forståelse eller til en mere hverdagsmæssig forståelse. Jametons egen definition lyder: "*Når to (eller flere) tydelige*

moralske principper gælder, men støtter modstridende handlinger” (Jameton, 1984, p. 6, min oversættelse). Denne definition minder således om definitionen af moralske konflikter.

På baggrund af denne diskussion argumenterer Fourie (2015, pp. 94-95) for, at moralsk stress både kan opstå i situationer, hvor man er forhindret i at handle moralsk, og i situationer, hvor moralske konflikter er repræsenteret. Med andre ord, er der et behov for at udvide definitionen af moralsk stress til også at inkludere moralske konflikter, eller i hvert fald et behov for at udvide definitionen, så den ikke udelukkende forudsætter moralske begrænsninger. Fourie (2015, p. 97) byder derfor ind med følgende definition af moralsk stress: *”Moralsk stress er en psykisk reaktion på moralske udfordrende situationer herunder moralske begrænsninger eller moralske konflikter, eller begge”* (min oversættelse).

Styrken ved Fouries definition er, at den både inddrager *psykisk reaktion* og *moralske konflikter*. Definitionen tydeliggør, at moralsk stress indebærer en form for psykisk respons, hvilket var uklart i Jametons oprindelige definition. Samtidig kan definitionen både rumme moralske begrænsninger og moralske konflikter. En mulig indvending, der kan rettes mod Fouries definition er dog, at både *psykiske reaktioner*, *moralske begrænsninger* og *moralske konflikter* fortsat synes at være for generelle. De psykiske reaktioner kan ideelt set gøres mere detaljeret ved at inkludere specifikke reaktioner som skyldfølelse, angst og vrede, der typisk er forbundet med moralsk stress. Andre forskere argumenterer ligeledes for, at der kan være yderligere faktorer, der forårsager moralsk stress ud over *moralske begrænsninger* og *moralske konflikter* (Cambell et al., 2016). Fourie adresserer dette delvist ved at anvende det bredere udtryk *moralske udfordrende situationer* i sin definition, men hun går ikke i dybden med disse yderligere faktorer.

2.1.5 Andre definitioner og teoretiseringer

Cambell et al. (2016, pp. 2-4) har til formål at motivere til en udvidet forståelse af moralsk stress ved at præsentere seks cases, hvor sundhedsprofessionelle oplever moralsk stress, men af årsager, der falder udenfor grænseværdierne af den traditionelle teoretisering.

Den første faktor er *moralsk usikkerhed*. Af Jametons (1984) traditionelle teoretisering af moralsk stress fremgår det at aktøren ved, hvad den korrekte moralske

handling er, men er begrænset i at foretage den. Ifølge Cambell et al. (2016, p.4) er dette dog ikke altid tilfældet. Livet som moralsk aktør er komplekst. Det er derfor ofte svært eller direkte umuligt at vide, hvad der er den korrekte moralske handling. Ligeledes kan usikkerhed angående ens professionelle roller og pligter eller mangel på information om situationen, bidrage til moralsk usikkerhed, fordi de vanskeliggør at træffe den korrekte moralske beslutning. Trods denne manglende viden eller usikkerhed, kan aktøren dog stadig føle ubehag i form af følelser som skyld. Aktøren kan således have en stærk overbevisning om at have gjort noget forkert uden overhovedet at vide, hvad den korrekte handling er (Cambell et al., 2016, p. 4).

Den anden, tredje og fjerde faktor er henholdsvis *akkumuleret moralsk stress*, *forsinket moralsk stress* og *moralske dilemmaer*. Disse er behandlet andetsteds i kapitlet, og vil derfor blot blive opsummeret her. *Akkumuleret moralsk stress* er oplevelsen af milde tilfælde af moralsk stress, som isoleret set ikke medfører svære psykiske reaktioner, men som over tid kan akkumulere og manifestere sig i svære psykiske reaktioner (Cambell et al., 2016, p. 4). *Forsinket moralsk stress* er oplevelsen af reaktiv moralsk stress ved senere refleksion over en situation, hvori aktøren opdager at have været moralsk kompromitteret. Dette skyldes ofte nødsituationer, hvor behovet for handlen medfører blokeringer i at kunne begribe situationen til fulde (Cambell et al., 2016, pp. 4-5). *Moralske dilemmaer* nævnes også som en faktor, men da diskussionen trækker på Fouries (2015) pointer, går jeg ikke i dybden med den her. For kort at opsummere, argumenteres der for, at moralsk stress ikke kun er betinget af moralske begrænsninger, men også kan opleves i forbindelse med hændelser, hvor der ikke er én entydigt fordelagtig moralsk handlen (Cambell et al., 2016, p. 5).

Den femte faktor er *dårligt moralsk held*. Her er udfaldet af ens moralske handlinger uden for ens kontrol. Aktøren kan således træffe den korrekte moralske beslutning ud fra de umiddelbare tilgængelige informationer, som senere viser sig at medføre negative konsekvenser. Moralsk stress kan altså også opleves, selvom aktøren ikke er skyldig i at have handlet forkert i situationen (Cambell et al., 2016, pp. 5-6).

Endelig er den sjette faktor *moralsk stress ved associering*. Pointen er her, at moralsk stress også kan opleves ved blot at være associeret med en institution, organisation eller andre aktører, som har uforenelige moralske værdier i forhold til ens egne. Moralsk stress kan derfor også opstå, selvom aktøren ikke selv handler umoralsk, men blot er associeret med andre, som gør (Cambell et al., 2016, p. 6).

Cambell et al. (2016) adresserer med andre ord en række mangler i den traditionelle teoretisering af moralsk stress, og advokerer for at udvide definitionen, så den inkluderer ovenstående aspekter. Deres bud på en definition, der kan rumme disse forskellige aspekter, lyder: *"Moralsk stress = en eller flere selvrettede negative følelser eller attituder, som opstår i respons til ens opfattede involvering i en situation, der ikke opfattes som moralsk ønskværdigt"* (Cambell et al., 2016, p. 6, min oversættelse). Flere forhold er her værd at bemærke. For det første, at de negative følelser skal være *selvrettede* – eksempelvis selvkritik, skyld og skamfølelse samt forlegenhed, lavt selv-værd eller vrede rettet mod én selv og ens handlinger. Det udelukker således udadrettede negative følelser som for eksempel vrede eller foragt mod andre (Cambell et al., 2016, p. 6). Et andet forhold, der er værd at bemærke er, at definitionen inkluderer individets opfattelse af både *involveringen i situationen* og af situationens moralske *ønskværdighed*. Styrken ved disse inklusioner er, at definitionen kan rumme individuelle forskelle og variationer i oplevelsen af moralsk stress. Dette kan dog også anskues som en svaghed. På den ene side kan definitionen siges at rumme begrebets komplekse og flersidede natur. På den anden side bliver en sådan definition både diagnostisk og analytisk meningsløs – den kan rumme *for* meget (McCarthy & Deady, 2008, p. 259).

Jeg vil runde afsnittet af med at fremhæve en sidste definition, som jeg finder særlig interessant. I et empirisk studie af moralsk stress blandt forskellige faggrupper på et hospital, finder Källemark et al. (2004), at moralsk stress også kan opstå som følge af konfliktende mål og interesser mellem aktørerne i organisationen. I særdeleshed danner konflikter mellem organisationens interesser og patientens interesser grundlag for moralsk stress (Källemark et al., 2004, p. 1082). På baggrund af disse observationer udvides Jametons definition af moralsk stress, så den lyder således: *"Traditionelle negative stress symptomer, som hidrører fra situationer, der involverer etiske dilemmaer, hvor omsorgspersonen føler, at han/hun ikke er i stand til at honorere alle interesser og værdier i spil"* (Källemark et al., 2004, pp. 1082-1083, min oversættelse).

Denne definition anerkender det komplekse og forbundne miljø, som sundhedsprofessionelle navigerer i. Ligeledes anerkender den det faktum, at interessekonflikter altid er iboende i organisationer. Organisationer kan nemlig ses som politiske arenaer, hvor forskellige interessantgruppers magt- og interessekonflikter udspiller sig. Al organisatorisk aktivitet har derfor en politisk dimension, og kan forstås som

interessebaseret og interessevaretagende (Morgan, 2006, pp. 202-206). Det politiske spil medfører således en række forskellige og konkurrerende krav, forpligtelser og virkeligheder for aktøren i organisationen. Dette forhold understreger behovet for et øget fokus på kontekstuelle organisatoriske og sociale forhold i teoretiseringen af årsager til moralsk stress. Anlæggelsen af et politisk perspektiv får betydning for blandt andet forskere og praktikere, som bør rette fokus mod aktørernes vanskeligheder ved at kunne honorere krav fra forskellige interessentgrupper – heriblandt fra patienten, de pårørende, den fagprofessionelle selv, kollegaer og ledere, og også de juridiske og bureaukratiske samt velfærdsstatens og samfundets generelle krav og interesser (Rai & Soon, 2018, p. 146).

2.1.6 Opsamling på teoretiseringer af moralsk stress

I dette afsnit har jeg undersøgt både traditionelle og nyere definitioner og teoretiseringer af moralsk stress. Denne gennemgang danner således grundlaget for specialets forståelse af begrebet. Afslutningsvis vil jeg fremhæve vigtigheden af en mere nuanceret teoretisering af moralsk stress, som inkluderer *moralske konflikter* og *moralsk usikkerhed* samt et mere temporalt og dynamisk perspektiv, der inkluderer *forsinket moralsk stres* og *akkumuleret moralsk stress*. Jeg vil desuden igen fremhæve Kälvemark et al. (2004)'s definition af moralsk stress, som jeg finder særlig stærk, da den anerkender de komplekse sociopolitiske forhold, som sundhedsprofessionelle uundgåeligt må forholde sig til og navigere i.

2.2 Udløsende faktorer for moralsk stress

I dette afsnit vil jeg give eksempler på en række udløsende faktorer for moralsk stress. Først præsenterer jeg faktorer inden for social- og sundhedsarbejdet, som er det primære fokus i den eksisterende forskning. Her skelner jeg mellem *eksterne* og *interne begrænsninger* for moralsk handlen. Bagefter zoomer jeg ind på en række udløsende faktorer, der er specifikke for ambulancearbejdet.

2.2.1 Eksterne begrænsninger for moralsk handlen

Eksterne begrænsninger for moralsk handlen refererer til de organisatoriske, institutionelle og sociopolitiske forhold, som hæmmer muligheden for at handle moralsk

(Walton, 2018, pp. 87-90). Eksempler på dette er velfærdssystemets eller den enkelte institutions struktur, som kan begrænse muligheden for at handle moralsk – for eksempel når institutionelle protokoller eller regler står i vejen for at imødekomme patientens behov (Hamric et al., 2012, pp. 1-3). Herudover kan faktorer som underbemanding, besparelser og høj personaleudskiftning føre til lavere kvalitet i plejen, fordi ressourcemangel, i form af begrænset tid, udstyr og sengepladser, reducerer muligheden for at tilbyde patienten den nødvendige behandling og omsorg (Kälvemark et al., 2004, pp. 1078-1080). Endelig skaber bureaukratiske regler, statslige love samt økonomiske incitamentsstrukturer et pres på sundhedspersonalet for at følge strikse og ufravigelige behandlingsplaner, hvilket yderligere begrænser deres mulighed for at udøve faglig og moralsk dømmekraft (Hamric et al., 2012, pp. 1-3; Kälvemark et al., 2004, pp. 1080-1081).

2.2.2 Interne begrænsninger for moralsk handlen

Interne begrænsninger for moralsk handlen referer til personlige karakteristika og oplevede begrænsninger hos individet, herunder følelsen af magtesløshed, manglende selvsikkerhed og utilstrækkelig viden og kompetencer. Det inkluderer også vanskeligheder ved at identificere etiske problemer i situationen, en begrænset forståelse af situationens kompleksitet, manglende kendskab til alternative behandlingsplaner, lav moralsk følsomhed samt en tendens til at være socialiseret til at følge ordrer – også når de strider imod egne værdier (Walton, 2016, pp. 84-85). Ifølge Walton (2016, pp. 84-85) udøver sundhedsprofessionelle deres moralske agens, når de foretager vurderinger baseret på deres forståelse af rigtigt og forkert. Hvert individ besidder kerneoverbevisninger og værdier, der fungerer som et moralsk kompas, og som stammer fra deres oplevede livserfaringer. Sundhedsprofessionelle har eksempelvis ofte en forestilling om, hvad der udgør et acceptabelt smerteniveau for en patient, eller hvad der karakteriserer en værdig død. Når disse forestillinger udfordres – eksempelvis gennem krav om at handle i strid med egne værdier – og når følelser som magtesløshed og lav selvtillid forhindrer dem i at ytre sig, kan det føre til oplevelsen af moralsk stress (Walton, 2016, pp. 84-85; Hamric et al., 2012, pp. 1-3).

2.2.3 Specifikke udløsende faktorer i ambulancearbejdet

Som eksempel på et empirisk studie af specifikke udløsende faktorer for moralsk stress i ambulancearbejdet har jeg valgt Jafari et al. (2019). I dette studie identificeres fem hovedfaktorer og 13 underkategorier, der relaterer sig til oplevelsen af moralsk stress blandt ambulancereddere. Den første faktor er *manglende viden og kompetencer*, som begrænser reddernes mulighed for at yde behandling af høj kvalitet. En underkategori her er *manglende viden og erfaring*, hvilket kan føre til ineffektiv og usikker behandling. En anden underkategori er *samarbejde med inkompetente kolleger*, hvilket kan give anledning til moralsk stress, når redderne bliver vidne til behandling af lav kvalitet eller direkte fejlbehandling (Jafari et al., 2019, p. 197).

Den anden faktor vedrører *begrænset mulighed for at overholde behandlingsprotokoller*. Denne faktor omfatter både eksterne begrænsninger og moralske konflikter. En underkategori er *kunstig service*, som henviser til situationer, hvor redderne yder unødvendig behandling eller transport af patienter af frygt for juridiske konsekvenser – for eksempel at forsøge genoplivning, selvom personen udviser tydelige tegn på død, eller at transportere en person, der reelt ikke har brug for hjælp. En anden underkategori er *arbejde i uforudsigelige og usikre situationer*, hvori der opstår forskellige konflikter mellem hensynet til redderens egen sikkerhed, eller pligten til at hjælpe patienten – eksempelvis ved risiko for smitsomme sygdomme. En tredje underkategori er *forstyrrelser fra lægfolk*, som dækker over de forstyrrende elementer fra tilskuere eller forsamlinger ved ulykkessteder (Jafari et al., 2019, pp. 197-198).

Den tredje faktor er *forhindringer for at kunne udøve behandling*. Her nævnes som underkategori *mangel på ressourcer og udstyr*. En anden underkategori er *forhindringer i at nå hurtigt frem til ulykkesstedet* – eksempelvis på grund af trafikpropper, lange afstande, utilstrækkelig skiltning eller fejlagtige oplysninger fra alarmcentralen. En tredje underkategori er *obligatorisk lydighed for systemet*, hvor redderne er tvunget til at udføre opgaver, der forlængere reaktionstiden – for eksempel unødvendige patienttransport – i stedet for straks at kunne reagere på nye nødkald (Jafari et al., 2019, p. 198).

Den fjerde faktor er *ineffektiv interprofessionel kommunikation*, som dækker over utilstrækkelige kommunikationslinjer og hierarkiske udfordringer mellem forskellige samarbejdsinstanser. En underkategori er her *ringe interprofessionel interaktion* – for eksempel mellem reddere, brandvæsen og politi. En anden underkategori er

ringe interprofessionel tillid, som henviser til mangel på gensidig tillid internt mellem ambulancereddere eller mellem reddere og de øvrige sundhedsprofessionelle – herunder læger og sygeplejersker – hvilket kan hæmme behandlingsprocessen på grund af konflikter og uoverensstemmelser (Jafari et al., 2019, pp. 198-199).

Den femte faktor er *konflikter i værdisystemer*. En underkategori er her *nægtelse af behandling*, hvor redderne oplever moralsk stress i spændingsfeltet mellem patientens ret til at nægte behandling og reddernes faglige og moralske pligt til at redde liv. En anden underkategori er *udfordringer i at opnå samtykke*, som kan opstå i nødsituationer, hvor patienten ikke er i stand til at samtykke – for eksempel på grund af mental sygdom eller fordi personen er for ung til selv at samtykke. En tredje underkategori er *udfordringer i forhold til at fortælle sandheden*. Hændelser i denne kategori er karakteriseret ved et pres på de etiske principper som fortrolighed og ærlighed – for eksempel når pårørende beder redderne om at skjule sandheden om patientens tilstand, eller når fortroligheden kommer under pres på grund af politiets efterspørgsel og krav på oplysninger til deres efterforskninger (Jafari et al., 2019, p. 199).

2.3 Manifestationer af moralsk stress

Der hersker en relativ konsensus i forskningslitteraturen om de fysiske, emotionelle og psykiske manifestationer af moralsk stress. Generelt er der enighed om, at indledende moralsk stress manifesterer sig i psykiske reaktioner som *vrede*, *frustration* og *angst*. Hvis denne stress ikke bliver forløst, kan den, som tidligere nævnt, udvikle sig til reaktiv moralsk stress, som kommer til udtryk i form af *afmagt*, *skyldfølelse*, *selvbebrejdelser*, *lavt selvværd* samt fysiske reaktioner som *øget grådlabilitet*, *søvnbesvær*, *mareridt* og *nedsat appetit* (Deady & McCarthy, 2010, p. 209).

Et systematisk review foretaget af Rittenmayer & Hoffman (2009) forsøger at kortlægge manifestationerne af moralsk stress blandt sygeplejersker. Her rapporteres om yderligere følelsesmæssige konsekvenser som *depression* samt *følelsesmæssig afstumpethed*. Et andet litteraturreview af Oh & Gastmans (2015, p. 24) identificerer ligeledes *følelsesmæssig udmattelse* og *depersonalisering* over for patienten som fremtrædende manifestationer. Desuden peges der på en tendens til *øget kynisme* i mødet med patienter.

Andre studier har rettet fokus mod de konsekvenser, moralsk stress har for individets selvopfattelse. Et empirisk studie af Kelly (1998, pp. 1137-1138) beskriver,

hvordan sygeplejersker oplever *krakelerede selvbilleder*, *skuffelse*, *tvivl* og *selvbebrejdelser*, når de ikke formår at leve op til egne personlige standarder og normer for god sygeplejepraksis. Disse fund understøttes også af Jonsson & Segesten (2004, pp. 219-220), der i et empirisk studie af ambulanceredderes oplevelser med traumatiske hændelser beskriver, hvordan redderne oplever negative følelsestilstande såsom *svigt* og *skyldfølelse*, når det ikke lykkes at redde patientens liv.

Redderne beskriver desuden, hvordan oplevelsen af at have fejlet i deres professionelle pligt giver anledning til *skamfølelse* og et brud i selvopfattelsen, der også ledsages af *søvnproblemer*, *mareridt*, *lavt selvværd* samt en grundlæggende følelse af *utilstrækkelighed* og *afmagt*. I samme studie fremhæver Jonsson & Segesten (2004, pp. 219-220), at ambulancereddere ofte engagerer sig i en reflektiv spørgeproces som en del af deres forsøg på at håndtere den moralske stress. Denne proces omfatter spørgsmål som: "*Gjorde jeg nok?*" og "*Kunne jeg have gjort noget anderledes?*", hvilket jeg uddyber senere.

2.4 Håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til selvforsoning

I det følgende afsnit gives eksempler på studier af *individuel håndtering*, *ubevidst- og bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau* og *kollektiv håndtering på sektorielt niveau* af moralsk stress. Afsnittet afsluttes med en præsentation af *kendetegn ved de processer, der fører til succesfuld selvforsoning*.

2.4.1 Individuel håndtering

Som eksempler på individuel håndtering af moralsk stress har jeg valgt et empirisk studie af Barbee et al. (2016), der undersøger reddernes emotions- og problemfokuserede håndteringsstrategier i ambulancearbejdet. Derudover inddrages et empirisk studie af Forozeiya et al. (2019) inden for sygeplejearbejde, som delvist overskrider den klassiske opdeling i emotions- og problemfokuserede håndteringsstrategier ved at beskrive en mere dynamisk håndteringsform, hvor der veksles mellem at *vende sig væk, mod og med* moralsk stress.

2.4.1.1 Emotions- og problemfokuseret håndtering

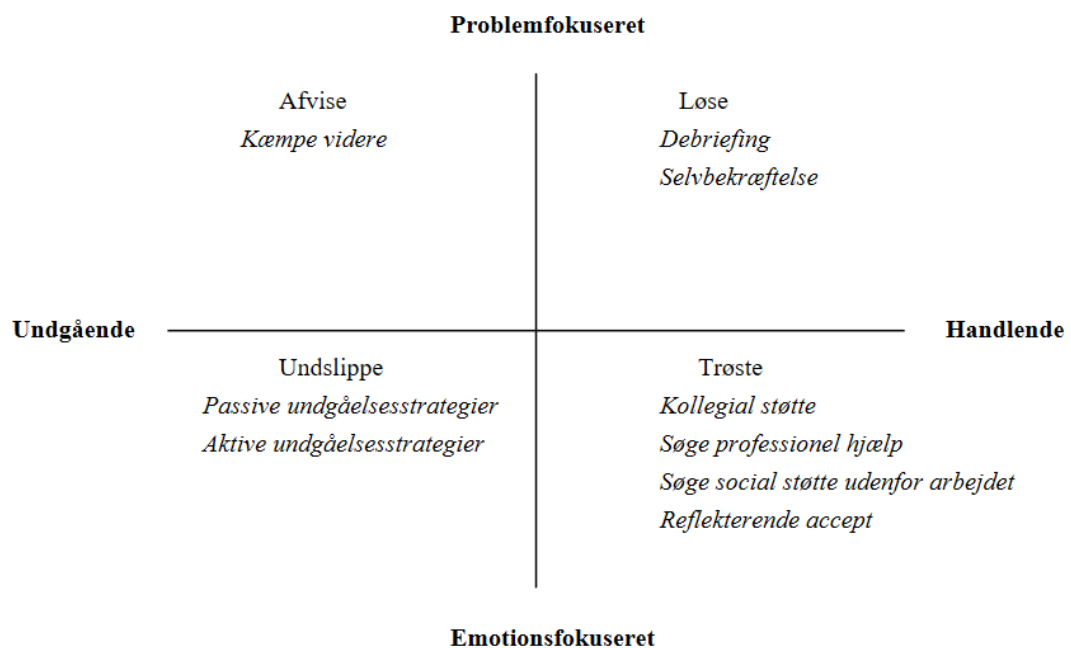
I et kvalitativt fokusgruppstudie med 98 reddere i en ambulancetjeneste i USA undersøger Barbee et al. (2016, pp. 455-457), hvordan ambulancereddere og paramedicinere håndterer det særlige traume, der opstår, når det ikke lykkes at redde et barns liv. Studiet inddrages her, da det tilbyder en overskuelig typologi over reddernes individuelle håndteringsstrategier. Typologien tager afsæt i en teoretisk skelnen mellem *problem- og emotionsfokuserede* strategier (Lazarus & Folkman, 1984) samt *undgåelses- og handlingsorienterede* strategier (Roth & Cohen, 1986).

Ifølge Lazarus & Folkman (1984, pp. 148-152) søger *problemfokuserede* håndteringsstrategier at løse eller ændre den situation, der medfører stress, mens *emotionsfokuserede* håndteringsstrategier har til formål at regulere den følelsesmæssige respons på problemet. Ifølge Roth & Cohen (1986, p. 813) er *undgåelsesorienterede* strategier kendetegnet ved kognitive og følelsesmæssige forsøg på at distancere sig fra stressfaktoren og det tilhørende følelsesmæssige ubehag gennem for eksempel benægtelse, distraktion eller undertrykkelse, mens *handlingsorienterede* strategier er karakteriseret ved en aktiv konfrontation af stressfaktoren og det tilknyttede ubehag.

På baggrund af dette teoretiske oprids inddeler Barbee et al. (2016, pp. 466-468) reddernes håndteringsforsøg i fire kategorier: 1) *Løse*, som involverer problemfokuserede handlingsstrategier, 2) *Trøste*, som involverer emotionsfokuserede handlingsstrategier, 3) *Afvise*, som involverer problemfokuserede undgåelsesstrategier og 4) *Undslippe*, som involverer emotionsfokuserede undgåelsesstrategier. Forfatterne præsenterer ikke en hierarkisk rækkefølge af de håndteringsstrategier, der knytter sig til hver kategori, og de analyseres heller ikke i en bestemt sekvens, hvorfor de blot opsummeres i figur 1.

En første håndteringsstrategi er *at kæmpe videre*, som indebærer at fortsætte arbejdet uden at have haft mulighed for at bearbejde oplevelsen på grund af manglende tid og ressourcer. En anden strategi er *at opsøge kollegial støtte*, som omhandler at søge social støtte i praksisfællesskabet. En tredje strategi er *at opsøge professionel hjælp*, som omhandler at opsøge psykologer eller andre sundhedsprofessionelle. En fjerde strategi er *at bruge kritisk incident debriefing*, som er den formelle metode til debriefing i ambulancetjenesten. En femte strategi er *at søge social støtte uden for arbejde* – for eksempel fra familie eller venner. En sjette og mere overordnet strategi er *personlige håndteringsstrategier*, som indeholder forskellige strategier, der inddeles

i fire undertemaer: 1) *passive undgåelsesstrategier*, der inkluderer a) *at forholde sig roligt og holde en professionel position i situationen*, b) *ikke at dvæle ved situationen*, c) *at tage fri fra arbejde*, d) *at begrave smerten*, e) *at lade tiden gå* og f) *at bruge alkohol og rusmidler*. 2) *Aktive undgåelsesstrategier*, der inkluderer a) *at læse*, b) *at fokusere på sine egne børn*, c) *at skabe travlhed i hverdagen*, d) *at træne og dyrke motion*, e) *at engagerer sig i en hobby*. 3) *Reflekterende accepterende strategier*, som involverer en række brede temaer i form af a) *at græde og lade det slippe*, b) *at engagere sig i stille refleksion*, c) *at forsøge at kontekstualisere begivenheden i et større perspektiv*, d) *at finde mening i livet* og e) *at finde mening i arbejdet*. 4) *Selvbekræftelse*, der inkluderer det at evaluere egne præstationer positivt samt at tænke over forbedringspunkter ved a) *at genafspille situationen for at sikre at man gjorde alt, der var muligt*, b) *at opsøge sundhedspersonale for at diskutere eventuelle årsager og andre behandlingstiltag for at øge ens faglighed*, c) *at anerkende egen indsats og arbejde* og endelig d) *at erkende sine egne begrænsninger* (Barbee et al., 2016, pp. 461-465).



Figur 1 Typologi over individuelle strategier til håndtering af moralsk stress i ambulancearbejdet af Barbee et al. (2016)

2.4.1.2 Vende sig væk, mod og med moralsk stress

Som et andet eksempel på et studie af individuel håndtering, har jeg valgt det empiriske interviewstudie af Forozeiya et al. (2019, p. 26), der delvist overskrider den

traditionelle opdeling i emotions- og problemfokuserede strategier. Her beskrives sygeplejersker håndtering af moralsk stress som en dynamisk proces, hvor de veksler mellem at vende sig *væk*, *mod* og *med* den moralske stress.

At vende sig væk beskrives som en undgående- og distraherende strategi. Denne strategi indebærer bestemte afløb for den moralske stress ved for eksempel at tage en pause, lave en kop kaffe, gå udenfor og trække luft eller midlertidigt trække sig fra kollegiale relationer for at samle tankerne. Sygeplejerskerne anvender også selve arbejdet som en distraktion ved at fordybe sig i opgaver (Forozeiya et al., 2019, p. 26). Derudover anvendes sygemelding som en bevidst strategi for at undgå at møde op på arbejde med en falsk attitude eller en facade, der dækker over uforløst moralsk stress (Forozeiya et al., 2019, p. 26).

At vende ende sig mod indebærer en støttesøgende strategi, hvor sygeplejerskerne opsøger andre sygeplejersker for at ventilere deres oplevelser og med et håb om at blive mødt med forståelse, bekræftelse og støtte. Sygeplejerskerne understreger vigtigheden af støtte fra kollegaer med kendskab til arbejdets kontekstuelle forhold, da udefrakommende ikke i samme grad forstår den moralske kompleksitet. Samtaler med erfarne sygeplejerske hjælper især de yngre sygeplejersker til at forstå den moralske stress som strukturelt betinget snarere end som tegn på personlig utilstrækkelighed. (Forozeiya et al., 2019, p. 26).

At bevæge sig med er den tredje strategi, som beskrives gennem metaforen *at være græs i vinden*. Metaforen illustrerer, hvordan sygeplejersker midlertidigt kan blive tynget af belastende situationer, men rejser sig igen gennem deres erfaring, viden og arbejdsmæssige engagement. Denne strategi er således kendetegnet ved en aktiv vilje til at skabe meningsfulde ændringer i praksis ved at engagere sig i forskellige gøremål – for eksempel gennem dialog med læger og pårørende, organisering af pårørendemøder og formidling af bekymringer til ledelsen (Forozeiya et al., 2019, pp. 26-27). Studiet bidrager således med en mere dynamisk forståelse af individuelle håndteringsstrategier sammenlignet med for eksempel Barbee et al. (2016).

2.4.2 Kollektiv håndtering

I det følgende afsnit redegør jeg for reddernes kollektive håndtering. Jeg skelner mellem *ubevidst* og *bevidst* kollektiv håndtering på *organisatorisk* niveau og kollektiv håndtering på *sektorielt* niveau. Som eksempler på undersøgelser af *ubevidst* kollektiv

håndtering på *organisatorisk* niveau, har jeg valgt Menzies (1960) klassiske studie af ubevidste sociale forsvarssystemer blandt sygeplejersker samt to studier af Steen et al. (1997) og Kyed (2014), der undersøger, hvordan kulturelle- og diskursive fortolkningsrepertoarer i ambulancetjenesten påvirker reddernes individuelle muligheder for at håndtere psykosociale belastninger i arbejdet.

Som eksempel på et studie af *bevidst* kollektiv håndtering på *organisatorisk* niveau inddrager jeg Korczynskis (2003) empiriske undersøgelse af kollektive håndteringsfællesskaber blandt callcenteransatte. Jeg inddrager studiet da det senere anvendes som reference i senere forskning i ambulancearbejdet (Kyed, 2014).

Endelig inddrager jeg Blidsøes (2013) studie som eksempel på kollektiv håndtering på *sektorielt* niveau. Her belyses blandt andet, hvordan fagforeninger og tillidsrepræsentanter forsøger at håndtere belastende arbejds- og ansættelsesvilkår i ambulancetjenesten.

2.4.2.1 Ubevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau

Som et eksempel på en undersøgelse af *ubevidst* kollektiv håndtering på *organisatorisk* niveau har jeg blandt andet valgt Menzies (1960) studie, der undersøgte sygeplejerskers ubevidste sociale forsvarssystemer og disses betydning for relationerne mellem sygeplejerskerne. Menzies (1960, pp. 98-100) observerede, at selve arbejdet med alvorligt syge patienter og uforudsigelige prognoser, danner kimen til noget af den grundlæggende angst i sygeplejearbejdet. Sygeplejerskerne konfronteres dagligt med død og lidelse, hvilket afføder en række følelsesmæssige reaktioner som medfølelse, skyld, kærlighed, angst, men også vrede og forargelse over patienterne. Hertil kommer også et organisatorisk forventningspres om, at sygeplejerskerne skal rumme og håndtere patienternes projektioner af angst, frygt og depression.

Ifølge Menzies (1960, pp. 98-100) er det dog ikke kun arbejdets karakter, der skaber angst – det er også selve de strategier, der udvikles kollektivt for at håndtere den. Menzies (1960) zoomer således ind på de socialt konstituerede værnesystemer blandt sygeplejerskerne, som dannes på baggrund af behovet for at reducere oplevelsen af angst, skyld, tvivl og usikkerhed i arbejdet. Ifølge Menzies (1960, pp. 109-110) er disse forsvarssystemer kendetegnet ved primitive håndteringsstrategier, som omhandler forsøg på at fjerne situationer, begivenheder, opgaver, aktiviteter og relationer, der forårsager angsten. Et centralt fund er at disse ubevidste kollektive strategier – og

det konformitetspres, de indebærer – blokerer for udviklingen af mere hensigtsmæssige og fleksible håndteringsstrategier, og samtidig reproducerer de faktisk de psykosociale arbejdsmiljøbelastninger i sygeplejefaget.

Menzies (1960, pp. 109-117) viser også, at hvis individets egne håndteringsformer afviger for meget fra det sociale forsvarssystems strategier, vil det føre til et sammenbrud i individets relation til det sociale system og organisationen. En sygeplejerske, der fastholder egne håndteringsstrategier, risikerer at blive en provokation for de andre kollegaer og oplever derfor både arbejdets iboende angst og en angst for at stå udenfor det sociale fællesskab. Menzies (1960) studie bidrager med to centrale pointer til mit speciale: For det første, at individuelle belastningshåndteringsforsøg altid må forstås i sammenhæng med kollektive værnesystemer. For det andet, at belastningshåndteringsforsøg- og strategier ikke nødvendigvis er bevidste, men ofte ubevidst forankrede i sociale strukturer.

Som supplerende eksempler på undersøgelser af *ubevidst* kollektiv håndtering på *organisatorisk* niveau, har jeg valgt to studier af Steen et al. (1997) og Kyed (2014), som undersøger, hvordan kulturelle idealer og diskurser påvirker den individuelle redders håndtering af psykosociale arbejdsmiljøbelastninger i ambulancearbejdet. Steen et al. (1997) undersøger en ambulancevirksomhed i Norge og identificere her en dominerende maskulinitetskultur, som en indgroet del af organisationskulturen, der udmønter sig i en *”jeg kan håndtere alt”* holdning. Dyrkelsen af en sådan maskulinitetskultur hæmmer dialog om psykiske belastninger og sårbarhed i arbejdet. På kort sigt understøtter dette en funktionel og stabil samhandlingsorden, men på længere sigt har det negative konsekvenser for reddernes psykiske trivsel (Steen et al., 1997, pp. 60-62).

Kyeds (2014) danske ph.d.-afhandling undersøger, hvordan kulturelle og professionsrelaterede fortolkningsrepertoarer i Falck præger reddernes håndtering af psykosociale arbejdsmiljøbelastninger. Kyed (2014, pp. 119-120) tolker reddernes metafortællinger om *Tarzan*- og *John Wayne*-syndromerne som udtryk for kulturelle og diskursive idealer og forestillinger om henholdsvis fysisk formåen og psykisk robusthed. Særligt *John Wayne*-syndromet repræsenterer en benægtelse af arbejdets psykiske og følelsesmæssige konsekvenser (Kyed, 2014, pp. 119-120).

Kyed (2014, pp. 119-148, 196-202, 207-235) beskriver dog også et igangværende kulturskifte. Således sammenfatter betegnelsen *syndromet* et kulturskifte fra dyrkelsen af maskulinitetsideal til en kultur, der godt kan rumme bløde værdier og

sårbarhed. Studierne af Kyed (2014) og Steen et al. (1997) viser således, hvordan dynamiske kulturelle og diskursive fortolkningsrepertoarer producerer og reproducerer normer for arbejdspraksis – og dermed også for, hvordan redderne forsøger at håndtere arbejdets psykosociale- og emotionelle belastninger.

2.4.2.2 Bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau

Som et eksempel på en undersøgelse af *bevidst* kollektiv håndtering på *organisatorisk* niveau, har jeg valgt et studie af Korczynski (2003), som undersøger, hvordan callcenteransatte håndtere arbejdets belastninger gennem *håndteringsfællesskaber*. Jeg indtager studiet, fordi det anvendes som teoretisk reference i Kyeds (2014) undersøgelse af kollektiv håndtering blandt ambulancereddere. Korczynski (2003, pp. 55-56) har som formål at belyse de kollektive aspekter af callcenterarbejdet, særligt med fokus på, hvordan medarbejderne håndterer de følelsesmæssige belastninger, der følger af den daglige interaktion med utilfredse og vrede kunder.

Kundeinteraktionen udgør ifølge Korczynski (2003, pp. 61-71) både en kilde til arbejdsglæde, men også til frustration, smerte og følelsesmæssigt slid. For at håndtere disse belastninger søger medarbejderne støtte hos deres kollegaer. De kollegiale relationer fungerer som et kollektivt håndteringsfællesskab, hvor arbejderne kan dele deres oplevelser og ventilere de negative følelser. Håndteringsfællesskaberne har således en eksplicit funktion i forhold til at lindre de belastninger, der stammer fra interaktionen med kunderne og det tilhørende krav om følelsesregulering.

Kyed (2014) trækker på Korczynskis begreber og fund i hans analyse af, hvordan ambulancereddere kollektivt håndtere de psykosociale belastninger, der er iboende i ambulancearbejdet. Kyed (2014, pp. 89-117, 189-190, 197-200) belyser, hvordan redderne indgår i nære og vigtige makkerpar, teams og generelt stærke kollegiale fællesskaber, der fungerer som vigtige håndteringsfællesskaber blandt redderne. Håndteringsfællesskaberne spiller en væsentlig rolle i at bearbejde de emotionelle belastninger i arbejdet gennem forståelse, humor og følelsesmæssig støtte. Håndteringsfællesskaberne repræsenterer således en bevidst kollektiv strategi til at lindre ambulancearbejdets belastninger.

2.4.2.3 Kollektiv håndtering på sektorielt niveau

Som et eksempel på en undersøgelse af kollektiv håndtering på *sektorielt* niveau, har jeg endeligt valgt et studie af Blidsøe (2013), som blandt andet undersøger, hvordan fagforeninger og tillidsrepræsentanter forsøger at skabe bedre arbejds- og ansættelsesvilkår for ambulancereddere.

Tillidsrepræsentanterne fungerer som centrale aktører med mandat til at varetage reddernes interesser gennem deltagelse i overenskomstforhandlinger og lokale dialoger om arbejdsvilkår. Blidsøe (2013, p. 31) viser imidlertid, at denne formelle funktion udvides uformelt. Tillidsrepræsentanternes formelle rolle som forhandler for reddernes interesser medfører sommetider, at de bliver kontaktet direkte og privat af kolleger, der ønsker at lette deres frustrationer – ofte uden om de formelt etablerede kanaler. Dermed forskydes rollen fra en formel forhandler til en uformel støtteperson, hvilket skaber et pres på tillidsrepræsentanternes funktion, da arbejdet samtidig er ulønnet, udføres i fritiden og sjældent ledsages af formel uddannelse i forbindelse med varetagelse af funktionen.

Foruden dette forhold peger Blidsøe (2013, pp. 31-32) på, at redderne også oplever en manglende opbakning fra deres fagforening, som ellers burde varetage deres interesser om bedre og mere sikre arbejdsvilkår. Det fremhæves, at det præhospitale område i Danmark er karakteriseret ved at kommercielle virksomheder konkurrerer med andre aktører på området om at varetage ambulancedriften efter udbud.

Blidsøe (2013, pp. 31-32) beskriver i den sammenhæng, at redderne oplever, at fagforeningen har indgået et for tæt samarbejde med virksomheden, der har fået udliciteret ansvaret for at varetage ambulancedriften. Dette skaber et oplevet loyalitetsbrud, hvor redderne føler sig svigtet af deres faglige repræsentanter, som prioriterer virksomhedens og fagforeningens fælles interesse i at vinde fremtidige udbud, frem for at kæmpe for bedre arbejdsvilkår, hvilket resulterer i en oplevelse af tab af kollektiv stemme og indflydelse blandt redderne.

2.4.3 Kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning

Som eksempler på undersøgelser af *kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning*, inddrager jeg studier af Jonsson & Segesten (2004) og Musto &

Schreiber (2012), som undersøger emnet inden for henholdsvis ambulancearbejdet og sygeplejearbejdet.

Jonsson & Segesten (2004) undersøger reddernes oplevelser med negative følelsestilstande i form af skyld og skam, som udspringer af traumatiske hændelser, hvor det ikke lykkedes at redde patientens liv (Jonsson & Segesten, 2004, pp. 119-220). Redderne forsøger blandt andet at håndtere disse følelser gennem en reflektiv spørgeproces, hvor spørgsmål som ”*Gjorde jeg nok?*” anvendes til at bekræfte egen formåen og tilstrækkelighed. Ifølge Jonsson & Segesten (2004, pp. 217-222) anvender redderne især uformelle samtaler med deres kolleger for at lindre disse følelser. Forfatterne tager afsæt i Bions container-contained begreb til at forklare reddernes behov for at indgå i dialog med deres kolleger. Gennem disse dialoger projiceres de negative følelser over i en lyttende og forstående kollega, der fungerer som en beholder for disse følelser, der samtidig renser dem og gør dem tålelige. Hvis dialogerne rummer kvaliteter som lydhørhed, forståelse og rumlighed, kan de facilitere en relationel håndtering af oplevelserne og dermed muliggøre en succesfuld selvforsoning.

Et andet studie på rområdet er det empiriske studie af Musto & Schreiber (2012), som undersøger og kortlægger de kvalitative træk ved dialogprocessen, som sygeplejersker også anlægger som et led i deres håndteringsforsøg af moralsk stress. I deres studie beskriver sygeplejerskerne at opleve moralsk stress og tilhørende negative følelsestilstande, når de ikke kan leve op til kravene fra patientrelationen, især hvis det er relateret til problemer angående patientens, sygeplejerskernes egen eller kollegernes sikkerhed (Musto & Schreiber, 2012, p. 139).

Ligesom redderne påbegynder sygeplejerskerne en reflektiv spørgeproces med spørgsmål som: ”*Gjorde jeg mit bedste?*” til at håndtere oplevelserne. Sygeplejerskerne beskriver, at de i denne proces, begynder at reflektere over hændelsen, deres rolle i den, samt hvad de kunne have gjort anderledes. Sygeplejerskerne opsøger i den forbindelse enten formel eller uformel dialog med supervisor, kolleger, professionelle organer, venner eller familie (Musto & Schreiber, 2012, pp. 141-142).

Når sygeplejerskerne opsøger formel dialog gennem debriefing eller kliniske runder, sker det i et forsøg på at aktivere en fælles problemløsningsproces. Dog opleves disse dialoger ofte utilstrækkelige, fordi debriefingerne er overfladiske, præget af fravær af nøgleaktører og mangler anerkendelse og lydhørhed af sygeplejerskernes erfaringer. Supervision er dog påskønnet af sygeplejerskerne, da det anses som et vigtigt

forum til håndteringen af moralsk stress og et essentielt forum til sikring og vedligeholdelse af etisk sygeplejeps (Musto & Schreiber, 2012, pp. 141-142).

Sygeplejerskerne identificerer desuden nogle forhåbninger for udbytter af dialogen relativt til, hvem de opsøger. De henvender sig til kolleger med håb om rådgivning og vejledning. Dialog med professionelle organer er ofte initieret af sygeplejerskerne selv og rodfæstet i et ønske om at vide, om de har handlet i overensstemmelse med praksisstandarden. Venner og familie opsøges primært for at modtage følelsesmæssig støtte (Musto & Schreiber, 2012, p. 142).

Musto & Schreiber (2012, pp. 142-143) identificerer fire centrale kvaliteter i form af *støttende, validerende, lyttende og udforskende* kvaliteter i dialogprocessen, som understøtter selvforsoning. Når dialogen indeholder negative kvaliteter – eksempelvis ved at sygeplejerskerne får deres oplevelser afvist – medfører det blokeringer i sygeplejerskernes håndteringsforsøg. Afvisningen kan manifestere sig i frustrationer, vrede og magtesløshed, fordi sygeplejerskerne oplever en fastlåshed i forhold til at skabe meningsfulde forandringer i arbejdet.

Omvendt muliggør en konstruktiv dialog med positive kvaliteter en perspektivændring, hvor hændelserne, som udløser moralsk stress, ses i en bredere strukturel og organisatorisk kontekst frem for som udtryk for personlig utilstrækkelighed. Dette giver sygeplejerskerne et afsæt for, hvordan og hvor de kan skabe en meningsfuld forandring i arbejdet.

Studiet peger dermed på, at lindringen af moralsk stress er en relationel proces, hvor særligt dialogens kvalitet er afgørende. Succesfuld selvforsoning muliggøres således, når fagprofessionelle oplever konstruktive og positive kvaliteter, der støtter dem i at udforske og kontekstualisere de faktorer, som gør det svært at handle i overensstemmelse med arbejdets praksisnormer og standarder til organisatoriske og strukturelle forhold. En sådan konstruktiv og positiv dialogproces hjælper dermed sygeplejerskerne nærmere et svar på spørgsmålet: "*Gjorde jeg mit bedste?*" (Musto & Schreiber, 2012, pp. 143-144).

2.5 Opsamling af kapitel 2

Jeg vil afslutte dette kapitel med en kort opsamling. I kapitlet har jeg redegjort for og diskuteret et udvalg af studier af moralsk stress. Det er i den forbindelse blevet tydeligt, at Jametons (1984) oprindelige definition med fordel kan udvides til at inkludere

moralske konflikter, moralsk usikkerhed, forsinket moralsk stress og akkumuleret moralsk stress.

Kapitlet har yderligere belyst, hvordan udløsende faktorer for moralsk stress kan klassificeres i enten eksterne eller interne faktorer, som relaterer sig til både organisatoriske og strukturelle forhold samt til individet selv. Kapitlet har også belyst, hvordan moralsk stress kan manifestere sig en i en række psykiske, emotionelle og fysiske reaktioner såsom skyld, skam frustration, vrede, magtesløshed og søvnproblemer.

Jeg har desuden gennemgået forskellige måder, hvorpå moralsk stress forsøges håndteret, herunder gennem individuelle strategier som emotionelle- og problemfokuserede strategier og handlingsorienterede- og undgående strategier samt mere dynamiske håndteringsforsøg. Desuden har jeg fremhævet nogle forskellige kollektive håndteringsstrategier, som kan finde sted på et organisatorisk og sektorielt niveau, og som kan være relevante i relation til en undersøgelse af ambulanceredderes håndtering af moralsk stress.

Afslutningsvis har jeg fremhævet nogle af kendetegn ved de dialogprocesser, der kan muliggøre en succesfuld selvforsoning. Studierne peger i den sammenhæng på, at lindringen af moralsk stress er relationelt forankret, og at en succesfuld selvforsoning muliggøres af tilstedeværet af lyttende, støttende, validerende og udforskende kvaliteter i dialogprocesserne.

Samlet set giver kapitlet et teoretisk og empirisk grundlag for at undersøge, hvordan moralsk stress opleves og håndteres blandt ambulancereddere.

Kapitel 3 Projektets videnskabsteoretiske afsæt og metode

I dette afsnit præsenterer jeg mit valgte videnskabsteoretiske afsæt samt min valgte metode. Jeg indleder med en redegørelse for *pragmatisme*, som danner grundlaget for mit videnskabsteoretiske afsæt. Derudover redegør jeg for *refleksiv pragmatisme* som fremlagt af Alvesson (2003; 2023), som jeg ligeledes er inspireret af. Herefter gennemgår jeg mine konkrete overvejelser og beslutninger vedrørende min valgte metode og undersøgelsesdesign i form af et *kvalitativt interviewstudie*. I den forbindelse redegør jeg også for, hvordan jeg har rekrutteret redderne til min undersøgelse samt for

min transskriptionskonvention og valgte analysemetode. Afslutningsvis gennemgår jeg mine etiske overvejelser i forbindelse med gennemførelsen af min undersøgelse.

3.1 Projektets videnskabsteoretiske afsæt

I dette afsnit redegør jeg for pragmatismen, som udgør det videnskabsteoretiske afsæt for specialet. Herefter gennemgår jeg Alvessons (2003; 2023) reflektive pragmatiske tilgang til interviewet samt mine konkrete overvejelser om anvendelsen af denne tilgang *in-situ* i min undersøgelse.

3.1.1 Pragmatisme

Et centralt kendetegn ved pragmatismen er dens fokus på praksis, hvilket blandt andet indebærer at bevæge sig væk fra rigide og ensidige ontologiske valg i forskningen (Malachowski, 2013, p. 11). Pragmatikere betragter ontologier som praktiske redskaber, der bør vælges ud fra deres anvendelighed og frugtbarhed i forhold til at kunne belyse og forklare det fænomenet, der undersøges. Derfor søger pragmatismen væk fra diskussioner om absolutte sandheder og lukkede teorisystemer. Ingen enkeltstående ontologi har nemlig i sig selv formået at forklare alt, hvorfor det ifølge pragmatismen er meningsløst at forpligte sig til én afgrænset ontologisk position. Gyldigheden af ontologierne vurderes således af deres praktiske anvendelighed og deres evne til at udvide forståelsen af den givne situation (Brinkmann, 2012, pp. 56-57).

Især John Deweys pragmatiske videnskabsteori synes at være relevant til min undersøgelse af moralsk stress i ambulancearbejdet. Deweys opløser de skarpe sondringer mellem erkendelse i videnskabelig forstand og erkendelse i hverdagslivet (Brinkmann, 2012, pp. 62-63). Ifølge Dewey er videnskab en særlig form for menneskelig erkendelse i form af en fokuseret bestræbelse på at mestre verden (Brinkmann, 2012, pp. 62-63). Dette synspunkt hviler på en forståelse af mennesket som et aktivt, erkendende væsen, der konstant engagerer sig i og bearbejder sine forskellige aktiviteter. Således er oplevelser ikke forankret i passive sansninger, men derimod indlejret i aktiv proces, der ikke kan adskilles fra handling. Erkendelse bliver derfor forankret i en aktiv vidensproduktion, som har til formål at sætte mennesket i stand til bedre at kunne mestre de hverdagsaktiviteter og interaktioner med verden, som de engagerer sig i (Brinkmann, 2012, pp. 62-63). I videnskabsmæssig forstand består erkendelse

dermed i at tage dele af verden og forsøge at forstå dem med henblik på at kunne handle på nye og frugtbare måder i hverdagslivet (Brinkmann, 2012, pp. 64-65).

I forhold til min undersøgelse indebærer det pragmatiske afsæt, at jeg anlægger en forståelsesramme for reddernes oplevelser af moralsk stress, som kan rumme flere forskellige teoretiske udgangspunkter og synsvinkler. Kriteriet for valg af teori og metode skal blot være båret af relevans og forklaringskraft frem for ontologisk og teoretisk rigiditet. Gyldigheden af mine valg afhænger således af deres evne til at udvide forståelsen af moralsk stress i ambulancearbejdet.

3.1.2 Refleksiv Pragmatisme

Foruden pragmatismen og Dewey er jeg desuden inspireret af Alvessons (2003; 2023) refleksive pragmatiske tilgang i min undersøgelse. Alvessons mål er at få forskeren til at reflektere over og iagttage forskningsfænomenet fra flere forskellige vinkler (Alvesson, 2023, pp. 6-8). Alvesson (2023, pp. 5-22) opkvalificerer sin tilgang gennem en kritik af de dominerende positioner inden for kvalitativ forskning: *den neopositivistiske, den romantiske og den lokalistiske position*. I denne kritik fokuseres særligt på interviewets evne til at producere sand viden.

Fortalere for den neopositivistiske position tilgår interviewet gennem kvantitative idealer og praksisser såsom standardisering af forskningen, som antages at maksimerer reliabilitet og minimere bias. Interviewsamtalen anskues derfor som en præcis afspejling af personens oplevelser og viden. Alvesson (2003, pp. 15-16; 2023, pp. 8-11) kritiserer den neopositivistiske tilgang for at overse de sociale og sproglige kompleksiteter ved interviews samt for risikoen for at generere overfladiske og forsigtige svar.

Fortalere for den romantiske position fremhæver vigtigheden af en mere ligeværdig interaktion. Her forsøger forskeren at opbygge både tillid og alliance i interviewet, hvilket skal muliggøre, at subjektive oplevelser kan udforskes i fællesskab (Alvesson, 2023, p. 11). Forskeren deltager aktivt og personligt i interviewet – uden dog at oplyse egne følelser og holdninger – og opfordrer interviewpersonen til at udtrykke sig frit. Dette antages at føre til mere 'sande' udsagn (Alvesson, 2003, p. 16; Alvesson, 2023, pp. 12-13). Alvesson (2003, p. 16) kritiserer imidlertid denne tilgang for at overvurdere muligheden for at producere sande udsagn. Det overses, at udsagn

ofte er påvirket af selve interviewsituationen samt interviewerens formuleringer og præsentation af spørgsmålene.

I den lokalistisk tilgang betragtes interviewet som en empirisk situation, der i sig selv kan undersøges. Interviewet forstås som del af en lokal og situationsspecifik kontekst, og bliver dermed en undersøgelsesgenstand snarere end et forskningsinstrument (Alvesson, 2023, pp. 14-16). Kritikken af denne tilgang går blandt andet på dens snævre fokus og dens undervurdering af interviewpersonens evne til at formidle og frembringe vigtige indsigter om den sociale virkelighed (Alvesson, 2003, pp. 16-17).

I forlængelse af ovenstående kritik præsenterer Alvesson (2003, pp. 25-26; 2023, pp. 64-85) otte metaforer som del af et rammeværk, der anerkender de komplekse sociale kræfter i interviewsituationen.

Den første metafor er *kontekstafhængighed*, som fokuserer på dynamikkerne i interviewsituationen, hvor fremmede mødes i en kunstig tilrettelagt samtale og forsøger at etablere en funktionel mikroorden, hvilket kan præge de udsagn, der frembringes i interviewet (Alvesson, 2023, pp. 67-69). Den anden metafor er *meningskonstruktion*, som handler om, hvordan interviewpersonen danner antagelser og forventninger til interviewsituationen, hvilket kan påvirke deres udsagn (Alvesson, 2023, pp. 69-70). Den tredje metafor er *identitetsarbejde*, som henviser til, hvordan deltagernes roller eller identiteter kan dominere meningsdannelsen i interviewet (Alvesson, 2023, pp. 71-73).

Den fjerde metafor er *kulturelle skemaer*, som henviser til det problematiske ved, at interviewpersonens udsagn ofte er præget af de kulturelle og diskursive fortolkningsrepertoarer i organisationen (Alvesson, 2023, pp. 73-75). Den femte metafor er *idealisering og udtryksskontrol*, som minder om kulturelle skemaer, men her med særligt fokus på positive værdier og bias over for organisationen (Alvesson, 2023, p. 75). Den sjette metafor er *politiske handlinger*, som henviser til at individer optræder som politiske aktører, der varetager egne eller gruppe interesser (Alvesson, 2003, pp. 76-77). Den syvende metafor er *situationel meningskonstruktion*, der peger på, at virkeligheden er sprogligt konstrueret, og sprogbrug i den forbindelse er produktivt. Derfor er meningsproduktion lokalt, flygtigt og præget af tilfældigheder (Alvesson, 2023, pp. 78-79). Endelig er den ottende metafor *sprogspil*, hvor interviewpersonen ses som bærer af bestemte konstitutioner af den sociale verden gennem forskellige diskurser. De producerede udsagn har således primært værdi som indikatorer for de dominerende diskurser og deres magt over det individuelle subjekt (Alvesson, 2023, pp. 80-82).

I praksis vil jeg anvende konventionelle interviewmetoder og bruge interviewet som et redskab til at undersøge reddernes oplevelser af moralsk stress. Jeg vil dog bruge de indskærpelser om påvirkende forhold, som metaforene tilbyder, som udgangspunkt for at efterleve et ideal om *in-situ* at fungere som en transparent men også kritisk dialogpartner. I den forbindelse giver Alvesson (2023, pp. 107-108) en række råd til, hvordan den kvalitative interviewer kan intervenere mod nogle af de logikker, der kan dominere meningsproduktionen i selve interviewsituationen.

Eksempelvis kan kulturelle skemaer modvirkes ved at stille spørgsmål som: ”*Kan du forklare det med andre ord?*”, eller ved at opfordre interviewpersonen til at anlægge andre perspektiver eller anvende varieret sprogbrug. Hvis identitetsarbejde dominerer, kan interviewpersonens identitetspositionering varieres ved at adressere forskellige identiteter. Ligeledes kan politiske interesser modvirkes ved at forskeren tydeligt kommunikerer, at undersøgelsen ikke deles med for eksempel ledelsen, samt ved at indtage en transparent, men kritisk holdning til de udsagn, der virker til at være præget af strategiske interesser.

3.2 Undersøgelsesdesign

I det følgende afsnit redegør jeg for mit valgte undersøgelsesdesign. Jeg starter med at beskrive det *semistrukturerede interview*, som er min valgte dataindsamlingsmetode. Dernæst redegør jeg for, hvordan jeg har rekrutteret redderne til min undersøgelse samt for den anvendte transskriptionskonvention og analysemetode, inden jeg afslutter med de konkrete etiske overvejelser, jeg har gjort mig i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen.

3.2.1. Det semistrukturerede interview og interviewguide

Mit valgte interviewdesign er baseret på det *semistrukturerede interview*. Formålet med dette interviewdesign er at få afdækket en række planlagte temaer i undersøgelsen, men i en relativ bred og fleksibel forstand (Flick, 2018, pp. 216-253; Alvesson, 2023, pp. 34-50). Der gives med andre ord plads til, at interviewpersonerne kan videbringe deres relevante oplevelser med henblik på en dybere udforskning af det overordnede emnet – herunder også introducere nye temaer ud over de allerede planlagte. Interviewtiden anvendes derfor typisk til at lade deltagerne tale frit, men med støtte i en række ofte åbne interviewspørgsmål. Strukturen i det semistrukturerede interview

medfører imidlertid en risiko for, at interviewpersonen kan trække samtalen i mange forskellige retninger. Forskeren bør derfor være forberedt på at agere fleksibelt og omstillingsparat under interviewet (Alvesson, 2023, pp. 43-44).

Til gennemførelsen af interviewene har jeg udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er inddelt i temaer, der følger strukturen i min problemformulering. Spørgsmålene er således formuleret med henblik på at kunne afdække henholdsvis 1) konflikter eller hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress, 2) manifestationer af moralsk stress og 3) håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning.

Interviewspørgsmålene er desuden udarbejdet på baggrund af den tidligere præsenterede teoretiske ramme og forståelse af moralsk stress. Interviewet indledes med overordnede spørgsmål som: *"Har du før stået i vanskelige situationer i arbejdet, som har gjort, at du ikke kunne slippe det når du kom hjem, eller hvor det har forfulgt dig og påvirket dig følelsesmæssigt?"*, *"hvad føler man i og efter sådan nogle situationer?"* og *"hvad gør du for at komme på den anden side eller videre efter hændelser, som er svære at slippe?"*.

Herefter rettes fokus mod nogle mere konkrete og teoretiske afledte temaer inden for henholdsvis *moralske begrænsninger*, *moralske konflikter*, *moralsk usikkerhed*, *akkumuleret moralsk stress* og *social støtte/kollektiv håndtering* (se bilag 1 for den udarbejdede interviewguide).

3.2.2 Rekruttering af deltagere

Redderne i min undersøgelse blev rekrutteret via et opslag på sociale medier. I opslaget introducerede jeg mig selv samt formålet med undersøgelsen og de praktiske rammer for interviewet. Mine krav til deltagerne var, at de skulle være uddannede ambulancereddere eller paramedicinere og have lyst til at deltage. På baggrund af dette opslag fik jeg seks interesserede henvendelser.

Desværre måtte to deltagere aflyse på grund af sygdom. Med den ene aftalte jeg en ny tid, som jeg desværre selv blev nødt til at aflyse på grund af uforudsete begivenheder i mit eget liv. Den anden redder fik jeg desværre aldrig kontakt til igen. Af de resterende fire henvendelser blev tre deltagere interviewet. De havde frivilligt kontaktet mig og ønskede at deltage i undersøgelsen. Den sidste deltager blev fravalgt, da jeg havde en fornemmelse af, at vedkommende var blevet presset til at deltage af sine

venner. Af den grund vurderede jeg, at kravet om frivillighed ikke var opfyldt. I alt deltog derfor tre reddere i undersøgelsen.

3.2.3 Transskriptionskonvention

Ifølge Alvesson (2023, pp. 47-48) påvirkes valget af transskriptionskonvention af den epistemologisk position, der tages afsæt i. En neopositivistisk tilgang tillægger sjældent sprogets nuancer nogen væsentlig betydning, hvorimod disse bliver centrale i en lokalistisk tilgang. Der ses dermed en polarisering fra få eller ingen regler og teknikker til et omfattende regelsæt med præcise transskriptionsprincipper. Den romantiske position placerer sig midt imellem disse yderpunkter, og det er denne tilgang, jeg lader mig inspirere af.

Som læsevejledning til interviewuddragene bruges følgende transskriptionskonvention (Flick, 2018, pp. 438-441):

IP	Markerer når interviewpersonen taler
I	Markerer når interviewer taler
[...]	Markerer overlap i tale
((...))	Markerer uforståelig tale
[fx latter]	Markerer øvrige udtryk
*	Markerer kort pause
X	Markerer fortrolig information

Transskriptionerne vedlægges desuden som bilag og refereres til med sidetal i forbindelse med hvert interviewuddrag, der anvendes i analysen.

3.2.4 Analysemetode

Som analysemetode har jeg valgt *tematisk analyse*, som er formuleret af Braun & Clarke (2006). Ifølge Braun & Clarke (2006, p. 79) er tematisk analyse en metode til at identificere, analysere og fortolke mønstre i empirien. Metoden tager ikke udgangspunkt i nogen fast ontologi eller epistemologi og kan derfor anvendes indenfor en række forskellige videnskabsparadigmer (Braun & Clarke, 2006, p. 78). Således flygter analysemetoden med mit pragmatiske afsæt for undersøgelsen.

Braun & Clarke (2006) opstiller en opskrift bestående af seks retningslinjer eller faser, som forskeren ideelt kan følge ved tematisk analyse. *Første* fase omhandler

gentagen læsning af hele det empiriske materiale. Dette gøres for at opnå grundigt fortrolighed med materialet inden kodningsprocessen. Det indebærer transskribering af materialet, så det er tro mod interviewet, samt udvikling af indledende idéer til den videre kodning (Braun & Clarke, 2006, pp. 87-88).

Anden fase indebærer en indledende kodning af materialet, hvor interessante elementer i empirien identificeres og organiseres i meningsfulde og sammenhængende grupper eller kodninger (Braun & Clarke, 2006, pp. 88-89). I denne fase vil jeg lade mig inspirere af det teoretiske udgangspunkt for projektet, men samtidig også lade empirien udfolde sine egne temaer.

Tredje fase består i at identificere gentagende temaer i de foretagne kodninger. Dette gælder både overordnede temaer og undertemaer. Her begynder forskeren så småt at få en fornemmelse af de enkelte temas betydning og deres relation til hinanden samt til undersøgelsens forskningsspørgsmål (Braun & Clarke, 2006, pp. 89-91).

Fjerde fase indebærer en genlæsning af det genererede interviewmateriale med henblik på at vurdere, om empirien kan bære eller understøtte de identificerede temaer (Braun & Clarke, 2006, pp. 91-92).

Femte fase omhandler en dybdegående bearbejdning af hvert tema med henblik på at identificere essensen i det. Denne proces indebærer at klarlægge, hvilke dele af empirien temaet dækker, samt den egentlige fortælling i forhold til besvarelsen af forskningsspørgsmålet (Braun & Clarke, 2006, pp. 92-93).

Den *sjette* og sidste fase er selve rapportskrivningen. Her tilstræbes det at formidle empiriens historie gennem en præcis, sammenhængende og logisk fortælling, så læseren overbevises om resultaternes gyldighed og betydning. Dette gælder både inden for hvert enkelt tema og på tværs af temaerne (Braun & Clarke, 2006, p. 93).

3.3 Etiske overvejelser og retningslinjer

I dette afsnit redegør jeg for de konkrete etiske overvejelser, jeg har gjort mig i forbindelse med gennemførelsen af min interviewundersøgelse. Jeg tager afsæt i Kvale & Brinkmanns (2015, pp. 116-118) etiske retningslinjer for kvalitative interviewundersøgelser, som blandt andet omfatter overvejelser vedrørende *informeret samtykke, fortrolighed og mulige konsekvenser for deltageren*.

Informeret samtykke indebærer, at forskningsdeltagerne informeres om undersøgelsens overordnede formål, metode samt eventuelle risici og fordele ved deltagelsen.

Derudover forpligter det forskeren til at sikre, at interviewpersonerne deltager frivilligt, hvilket inkluderer at informere dem om retten til at trække sig fra undersøgelsen på ethvert tidspunkt. Samtykket bør også indeholde oplysninger om, hvordan fortrolighed sikres, hvordan empirien behandles, samt hvem der får adgang til den (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 116-117). Jeg har i den forbindelse udarbejdet en samtykkeerklæring, hvor ovenstående aspekter er inddraget, der gives til deltagerne forud for interviewet (se bilag 2).

Fortrolighed vedrører aftalen med deltagerne om, hvad der betragtes som offentligt og privat i interviewmaterialet. Konkret betyder det at al privat information, som kan føre til identifikation af deltagerne, anonymiseres (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 117-118). Jeg anonymiserer derfor alle personoplysninger og øvrige identificerbare data ved at tildele interviewpersonerne fiktive navne og ved at sløre andre karakteristika som stationsnavn og regionale kendetegn for det område, hvor personen arbejder.

Mulige konsekvenser for deltageren indebærer en vurdering af de potentielle følger, som interviewundersøgelsen kan have for deltageren. Dette inkluderer bestræbelser på at minimere den belastning, som deltagelsen kan medføre (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 118). I forlængelse heraf peger Alvesson (2003; 2023) på, at der i interview-situationen kan være nogle sociale dynamikker og logikker på spil, som påvirker meningsproduktionen. Disse forhold må forskeren forholde sig reflektivt og kritisk til – eksempelvis ved at indtage en transparent og kritisk rolle som dialogpartner, men selvfølgelig på en måde, der ikke efterlader interviewpersonen i en sårbarposition (Karpachof, 1995; 2007, pp. 223-225; Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 105-107).

Da emnet moralsk stress i ambulancearbejdet desuden kan anskues som følsomt, anvender jeg projektive metoder – eksempelvis ved at bede deltagerne kommentere på deres kollegers oplevelser. Jeg har også prioriteret at holde interviewene fysisk, da jeg i det fysiske møde bedre kan fornemme deltagerens tilstand og imødekomme eventuel sårbarhed, som kan opstå undervejs i samtalen.

Kapitel 4 Analyse

I det følgende kapitel præsenterer jeg min empiriske analyse. Jeg indleder med en præsentation af mine informanter: Alexander, Birgit og Carsten. Derefter gennemgår jeg analysens tre hovedtemaer og tilhørende undertemaer. Det første hovedtema omhandler *konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress i*

ambulancearbejdet. De tilhørende undertemaer er: a) forhindringer for moralsk handling, b) manglende afklaring og uvished, c) moralske konflikter i ambulancearbejdet og d) oplevelsen af at have handlet forkert. Det andet hovedtema omhandler manifestationer af moralsk stress i ambulancearbejdet. Her beskriver jeg manifestationerne knyttet til hvert af de ovenstående årsager til moralsk stress. Det tredje hovedtema omhandler håndteringsstrategier og kendetegn ved, der fører til succesfuld selvforsoning. De tilhørende undertemaer er: a) individuel håndtering, b) kollektiv håndtering, hvor jeg skelner mellem ubevidst og bevidst kollektiv håndtering, og c) kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning. Temaerne er identificeret gennem genlæsning, kodning og meningskondensering i overensstemmelse med de tidligere beskrevne forskrifter for tematisk analyse.

4.1 Præsentation af informanter

I det følgende præsenterer jeg mine informanter Alexander, Birgit og Carsten. Alexander og Birgit er begge paramedicinere, mens Carsten er ambulancebehandler.

4.1.1 Alexander

Alexander er 38 år og arbejder til dagligt som paramediciner for et privatfirma i en mindre provinsby. Han er familiefar og har arbejdet som redder siden 2010. Hans arbejdsuge består af en døgnvagt på 24 timer efterfulgt af tre fridage, før han møder ind til næste døgnvagt. Dette mønster følger han året rundt. Han er glad for sit arbejde og trives med den uforudsigelige arbejdsdag og de mange udfordrende opgaver. Derudover har han en baggrund i hæren, hvor han har været udsendt flere gange.

4.1.2 Birgit

Birgit er også 38 år og arbejder til dagligt som paramediciner i en større dansk by. Hun er ansat i den offentlige sektor og har en delt uddannelses- og vejlederfunktion. Det betyder, at hun arbejder som paramediciner halvdelen af tiden og beskæftiger sig med uddannelse og vejledning den resterende tid. Hun kører ofte alene som paramediciner og har en fleksibel vagtplan, som hun selv kan tilpasse. Hun værdsætter denne struktur, da den giver både fleksibilitet og afveksling. Birgit er mor til små børn og er uddannet sygeplejerske inden hun skiftede til ambulancefaget i starten af 10'erne.

4.1.3 Carsten

Carsten er 52 år og arbejder til daglig som ambulancebehandler for et privatfirma i en mindre provinsby. Han har 25 års erfaring som redder og er fortsat glad for sit arbejde. Carsten er desuden arbejdsmiljørepræsentant, hvilket indebærer, at han er talerør mellem redderne og ledelsen. Han er glad for sin arbejdsstruktur, der også består af en døgnvagt på 24 timer efterfulgt af tre fridage. Han arbejder på en mindre station i provinsen, hvilket han trives godt med. Carsten er familiefar og er netop blevet optaget på paramedicineruddannelsen, som han ser frem til at begynde på. Han har desuden gennemført forskellige efteruddannelser – både i arbejdsregi og privatregi – herunder som førstehjælpsinstruktør.

4.2 Konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet

I det følgende afsnit belyses forhold, som ifølge informanterne giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet. Jeg vil fokusere på fire forhold i form af henholdsvis 1) *forhindringer for moralsk handlen*, 2) *manglende afklaring og uvished*, 3) *moralske konflikter* og 4) *oplevelsen af at have handlet forkert*.

4.2.1 Forhindringer for moralsk handlen

Et første forhold, der ifølge informanterne giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet, er *forhindringer for moralsk handlen*. Disse forhindringer kan opdeles i *eksterne begrænsninger* og *interne begrænsninger* i form af henholdsvis *institutionelle* og *hierarkiske begrænsninger* samt begrænsninger relateret til *uopmærksomhed* og *oplevede kompetencemangler*.

4.2.1.1 Institutionelle og hierarkiske begrænsninger

Redderne nævner flere hændelsesforløb, hvor *eksterne begrænsninger* i form af *institutionelle* og *hierarkiske begrænsninger* er centrale udløsende faktorer for moralsk stress. Eksempelvis er redderne underlagt en lægelig delegation, som begrænser deres muligheder for at give patienten den rette medicinske behandling. Reddernes

akkumulerede viden og erfaring medfører, at de ofte er bekendt med, hvilken behandling der er den rette, men bliver begrænset i at yde den på grund af deres hierarkiske placering:

Altså, jeg er jo underlagt en lægelig delegation (...). Det er jo kun læger som sådan, der må give medicin (...). Og så er det så bare en læge her i X, som så opsætter nogle rammer. Og indenfor de rammer, de symptomer og alt muligt, så må jeg gøre sådan (...). Og der er jo, det er også det med, at jeg har været lidt faglig proaktiv i en del år, at jeg også godt ved nogle ting, som, hvor vores rammer, de er meget begrænsende (Alexander, bilag 3, pp. 14-15).

Systemet opleves desuden som uhensigtsmæssigt, idet det ikke altid er muligt at få kontakt til en læge, der har myndighed til at give redderne tilladelse til at give patienten medicin. Dette medfører, at redderne må bruge unødvendig meget tid på at forklare konteksten for lægen, hvilket tager tid fra behandlingen:

Der er ikke tid til, at du skal bruge to minutter på at ringe og snakke med en [læge] og så sige det. Det er nu! (Alexander, bilag 3, p. 15).

Derudover påpeger redderne, at de ikke har beføjelse til at tvangsindlægge patienter. I tilfælde, hvor en patient burde indlægges, men nægter, skaber det problemer for at kunne handle moralsk:

Hvis patienten ikke vil med, så kan vi jo ikke, vi kan jo ikke tvinge dem, så må vi jo skrive det i journalen (Carsten, bilag 5, p. 18).

Og hvis patienten ikke er ved sine fulde fem, så er det jo, at man kan få en læge ud og vurdere om patienten skal indlægges på tvang (Birgit, bilag 4, p. 29).

I den forbindelse bliver redderne sommetider nødt til at bryde reglerne for at handle moralsk – eksempelvis ved at tvangsindlægge patienten uden forudgående aftale med vagtlægen:

Vi tvang hende med. Og så fik vi lavet tvangspapirerne bagefter (...). Hvad skulle vi gøre? Vi stod ude midt i en skov og hun prøvede at hænge sig

selv og var helt ude af den. Politiet havde ikke tid til at komme ud. Og vagtlægen havde ikke tid til at komme ud til at lave papir. Nå, okay. Så må vi jo finde en løsning (...). Så aftalte vi, og så kørte vi ind til vagtlægen ind på sygehuset (...). Den skal ikke kigges efter i sømmene. Men hvad var alternativet? (Alexander, bilag 3, p. 27).

Som det fremgår i citatet, skal tvangsindlæggelsespapirerne udfyldes af enten politiet eller en vagtlæge. I ovenstående hændelse, er ingen af disse instanser dog til rådighed, og redderen er derfor nødsaget til at bryde reglerne for at kunne give patienten den nødvendige hjælp. Denne manøvre fører dog i sig selv til moralsk stress, hvilket jeg uddyber senere.

En underkategori af *institutionelle og hierarkiske begrænsninger* er *sektorielle og geografiske begrænsninger*. Redderne skal transportere patienterne til akutmodtagelserne i de større byer, som samler alle akutpatienter, men hvor kapaciteten og faciliteterne ikke nødvendigvis matcher behovene:

Vi har jo nogle sygehusstrukturer, og hvilke sygehuse skal tage hvad (...). Næsten alt, det skal til X (større sygehus) og samles et sted (...). Og de har bare ikke faciliteterne herinde til at tage imod det. Så jeg synes, det kan blive så uværdigt, at folk de kan bare blive smidt på gangen, og så kan de ligge der en 3-4 timer, før der kommer nogen og ser til dem (Alexander, bilag 3, p. 21).

En anden redder beskriver lignende udfordringer i forhold til psykiatriske patienter:

Vi kan jo godt køre til, vi har et behandlingssted i nærheden, hvor vi kan køre til med psykiatriske patienter, som kan faktisk udskrive om morgenen, og så skal de ind om eftermiddagen (...). Det er jo svært, fordi, det kan være behandlingsstedet, der har nogle retningslinjer, der gør, at de måske ikke kan gøre mere. Er vedkommende så det rette sted, eller? (Carsten, bilag 5, p. 16).

Som ovenstående interviewuddrag viser, oplever redderne at sygehusstrukturerne ofte er uhensigtsmæssige og tjener andre hensyn end patientens tarv. Disse strukturer fremstår derfor ulogiske og hæmmende for reddernes mulighed for at handle i

overensstemmelse med deres faglige og personlige værdier, hvilket giver anledning til moralsk stress.

4.2.1.2 Uopmærksomhed og oplevede kompetencemangler

Som eksempler på *interne begrænsninger* nævnes, hvordan kognitive udfordringer i form af *uopmærksomhed* kan føre til fejl i behandlingsprocessen. Disse fejl har potentielt negative konsekvenser for patienterne:

Hun er en af dem, der var svære at stikke (...). Da jeg har fået gjort det, der er vi næsten inde ved sygehuset, og så er det egentlig først der jeg kigger op, og så siger jeg shit, hun er fandme blevet dårlig i den tid (Alexander, bilag 3, pp. 9-10).

Der er nogle diabetikere, hvis de ikke får passet deres sukkersyge ordentligt, så kan de få sådan noget, mange kalder syreforgiftning. Og jeg havde egentlig tanken om, at det var det, der var ved at ske, og han var på vej i det (...). Han var bare egentlig så frisk, vi sad og havde en god dialog, og så glemte jeg fuldstændig at give ham sådan en væskebehandling i drop (Alexander, bilag 3, p. 10).

Som citaterne illustrerer, kan *interne begrænsninger* i form af almindelige kognitive begrænsninger som *uopmærksomhed* også være kilder til moralsk stress i ambulancearbejde. Uopmærksomheden knyttes desuden til kontekstuelle forhold såsom træthed, natarbejde og den akkumulerede udmattelse, der kan opstå i forbindelse med lange døgnvagter:

Ja, altså det kan jeg sagtens mærke, om natten, så kører computeren ikke helt så hurtigt (Alexander, bilag 3, p. 7).

Det kan fx være der om natten, hvor hovedet kører ikke helt så hurtigt, som det har været der fra formiddagen af, hvor man er frisk og klar (Alexander, bilag 3, p. 9).

En anden redder beskriver, hvordan *oplevede kompetencemangler* i konkrete behandlingssituationer også kan give anledning til moralsk stress – eksempelvis hvor der

opstår kompetencemæssige udfordringer med at få motoriske urolige patienter til at samarbejde, hvilket vanskeliggør behandlingen:

Motorisk urolige patienter, som ligger og kejter rundt på båren (...). Hvor de faktisk, øh, godt kan være potentielt kritiske patienter, men hvor du har mere bøv! med at, jeg vil ikke sige holde dem på båren du kan ikke få lov at gøre de ting for ligesom at hjælpe patienten (Carsten, bilag 5, p. 21).

4.2.2 Manglende afklaring og uvished

Et andet forhold, som ifølge redderne giver anledning til moralsk stress, er oplevelsen af *moralsk usikkerhed*, hvilket er forårsaget af *manglende afklaring* og *uvished*. Da patientrelationen ophører i det øjeblik, hvor redderne overdrager patienterne til akutmodtagelsen på hospitalet, efterlades de uden indsigt i det videre forløb og dermed med en uvished om, hvorvidt deres behandling og vurderinger var korrekte:

Det er den der uvished! Jamen det kan godt være, jeg var på vej i den rigtige retning. Men jeg ikke gjorde det. Eller på vej i en helt forkert retning. Det ved du heller ikke. Det er jo uvished på alle led og kanter (Alexander, bilag 3, pp. 33-34).

Det er den der uvished, hvad var det egentlig med den her patient? Altså fordi det er jo det i vores job, der får vi jo ikke det at vide (Birgit, bilag 4, pp. 11-12).

Som sagt så tror jeg bare, det der fylder mest, det er mest det der med, hvad var der med de her patienter? (Birgit, bilag 4, p. 20).

Vi har ikke ret meget viden (...) eller info omkring patienten (...). Så det er mega svært nogle gange. Som regel er vi jo ikke, er vi jo ikke langt fra, men der er jo nogle gange, hvor man tænker. Hvad fanden var lige det her? (Carsten, bilag 5, p. 34).

Disse udsagn vidner om en oplevelse af *moralsk usikkerhed* i ambulancearbejdet, som blandt andet forstærkes af GDPR-lovgivningen samt reddernes position i det hierarkiske sundhedssystem. Redderne har ikke adgang til opfølgende information om patientens diagnose eller tilstand efter overdragelsen, hvilket både frarøver dem muligheden

for faglig læring og følelsen af afklaring eller tilfredsstillelse med opgaven. I stedet efterlades de med en uvished, der ikke kun omhandler patientens tilstand, men også om de faglige og moralske valg, de traf i behandlingsprocessen.

Dette forhold adskiller sig væsentligt fra i patientrelationer i for eksempel plejesektoren, hvor afklaring i højere grad er muligt. Uvisheden bliver dermed et strukturelt vilkår, og fungerer som en central forstærkende faktor for flere af de øvrige former for moralsk stress, hvilket jeg uddyber senere i analysen.

4.2.3 Moralske konflikter i ambulancearbejdet

Et tredje forhold, der ifølge informanterne giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet, er oplevelsen af *moralske konflikter*. Her beskriver redderne særligt to typer af konflikter: 1) *konflikten mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til redderens egen sikkerhed*, og 2) *konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst*.

4.2.3.1 Konflikten mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til reddernes egen sikkerhed

Et eksempel på moralske konflikter i ambulancearbejdet er konflikten mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til reddernes egen, makkerens eller civiles sikkerhed:

Når trætheden den melder sig, så er man nødt til at sige, jeg skal have en pause nu (...). Du må heller ikke køre en bil, hvis du er for træt, det er jo sidestillet med at være beruset (...). Ja, for en makker og for trafikken og så noget og det er jo, især hvis du kører med blå blink, så skal man tænke sig om i hvert fald (...). Og det har jeg også prøvet en gang, hvor vi havde sagt, nu skal vi hjem og have noget ro. Og så inden vi kom hjem, så kaldte vagten (...). Jeg kunne simpelthen ikke få mig til at sige nej [latter] (...). Bagefter tog vi også snakken med dem oppe på vagtcentralen, det var ikke helt fair (...) så er der jo ingen grund til, at vi siger fra (Alexander, bilag 3, p. 7).

Interviewuddraget illustrerer, hvordan nogle forskellige hensyn må afvejes i praksis i ambulancearbejdet. På den ene side står hensynet til redderen selv, makkeren og

civilbefolkningen i trafikken. På den anden side står hensynet til patientens behov for hjælp og behandling. Dertil kommer et tredje pres fra Akut Medicinsk Koordinering (herefter AMK), som kan gøre det vanskeligt for redderne at sige fra. Formelt set har redderne mulighed for at melde fra, hvis de har behov for en pause, men i praksis repræsenterer dette system nærmere en pseudomulighed. Når AMK melder, at en borger har brug for hjælp, oplever redderne ikke, at det er en legitim mulighed i deres moralske kompas at sige nej.

Et forhold, som bidrager til, at redderne prioriterer patientens sikkerhed, er desuden uvisheden om hændelsesbilledet og patientens tilstand:

Langt de fleste af vores ture, der er det ikke så alvorligt, som folk de tror det er. Men havde det nu været sådan en tur? (...). Det ved jeg ikke, før jeg er ude og se patienten (Alexander, bilag 3, p. 8).

Interviewuddraget eksemplificerer det problematiske forhold ved, at redderne kun får sparsomme informationer fra AMK, hvilket skaber usikkerhed omkring situationen og patientens tilstand og forstærker dermed den moralske konflikt.

Derudover har redderne selv ansvaret for at melde fra ved træthed og for at vurdere, hvornår de er veludhvilet og klar til at påtage sig opgaver igen:

Men som udgangspunkt, så kan du ringe og melde fra, når du er ledig inde på sygehuset. Og når du er færdig med en opgave, så er det ligesom der, vi siger: *"Nu kan vi ikke mere, vi skal hjem, og så skal vi have tre timers hvile"*, eller et eller andet, så kan vi lidt igen (Alexander, bilag 3, p. 6).

Dette forhold kan være problematisk, da vurderingen af træthed og arbejdsevne overlades til reddernes egen subjektive dømmekraft. Uden faste, uforstyrrede og tidsbestemte pauser bliver framelding og klarmelding en individuel afvejning, som må balanceres mellem usikkerheden omkring evnen til at fortsætte arbejdet og pligten til at stå til rådighed for potentielt nødstedte borgere. Det er derfor sandsynligt, at redderne presser sig selv af moralske årsager – eksempelvis ved at vente med at tage pauser eller melde sig klar, selvom de ikke er tilstrækkeligt udhvilet. Dette forhold er ikke blot problematisk i sig selv, men kan også føre til yderligere træthed og udmattelse, som igen øger risikoen for uopmærksomhed og fejl og dermed moralsk stress.

4.2.3.2 Konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst

En anden moralsk konflikt, der ifølge informanterne giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet, er *konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst* for patienten:

Og det er ikke så længe siden, jeg har oplevet sådan en, hvor vi simpelthen siger, altså: *"Du har brug for at komme på hospitalet"*. Men han var så beruset. Han skulle fanme ingenting (...). Det kan man da godt gå og tænke over, at ni ud af ti gange, jamen så skal det nok gå med ham der. Men var det her den tiende gang? (Alexander, bilag 3, pp. 24-25).

Den moralske konflikt består på den ene side af respekten for patientens frie valg om for eksempel at nægte behandling, og på den anden side står redderens professionelle og moralske forpligtelse til at yde hjælp og gøre, hvad de vurderer, er i patientens bedste interesse. Som citatet angiver, forstærkes konflikten igen af uvisheden om patientens tilstand og risikobilledet i situationen.

Flere lignende moralske konflikter nævnes – eksempelvis når patienter af religiøse grunde nægter behandling, eller når patienter, der er påvirket af rusmidler, nægter behandling, selvom de er til fare for sig selv og andre:

Altså jeg har også haft Jehovas vidner, der siger at: *"Jeg ikke vil have blod"* (...). Okay, det her er faktisk noget lort, det kan godt blive nødvendigt (Alexander, bilag 3, pp. 25-26).

Jamen altså, en eller anden i nattelivet, der har taget stoffer, og er helt oppe at køre. Der jo ikke vil have noget med os at gøre, men så står der et par dørmænd og ligesom holder ham nede, hvor sådan, det er ikke godt, hvis vi bare følger patientens eget ønske her (Alexander, bilag 3, p. 26).

En anden moralsk konflikt opstår i situationer, hvor patienten har fravalgt genoplivning. På den ene side af konflikten står hensynet til patientens fravalg af genoplivning. På den anden side står hensynet til redderens faglige og moralske pligt til at redde liv. Redderne beskriver desuden, hvordan det i praksis kan være vanskeligt at afgøre, hvor

grænsen går for, hvad der tæller som et genoplivningsforsøg på grund af uklare retningslinjer:

Han får respirationstop, så han stopper med at trække vejret, og så vi sådan får ilt på ham og det, og så kommer han der faktisk igen, uden vi faktisk har trykket på noget (...). Ja, så den der følelse af at sige okay, jeg ved godt du ikke ønsker genoplivningen, men hvor er grænsen? (Birgit, bilag 4, pp. 25-26).

Hvis nu det er en, der har en blodprop, som egentlig skal køres op akut på hospitalet for at få en (...) eller en ballonudvidelse (...) hvor vores procedurer egentlig er med det samme at give dem nogle stød, hvis de har pads på (...) og langt de fleste tilfælde, så kommer de jo til sig selv igen, og så siger de: *"Hov jeg sov vist lige"* (...). Men er det også fravalg af genoplivning der? (Birgit, bilag 4, pp. 27-28).

En yderligere forstærkende faktor er reddernes manglende indsigt i baggrunden for patientens fravalg af genoplivning:

Det var en samtale, han har haft inde på hospitalet (...) når vi henter de her patienter, så får vi et brev fra sygeplejersken, så siger hun øh, der er ingen genoplivning på den her patient (...). Så hvad der er gået forud for det ved jeg ikke (Birgit, bilag 4 pp. 25-26).

Ovenstående citater peger på et ambivalent forhold til de retningslinjer og behandlingsalgoritmer, som redderne arbejder under. På den ene side udgør de en vigtig støtte i akutte og komplekse situationer og kan mindske tvivl og personligt ansvar. På den anden side kan de opleves som indskrænkende og begrænsende i forhold til reddernes faglige skøn og mulighedsrum for at handle i overensstemmelse med, hvad de vurderer, er bedst for patienten.

4.2.4 Oplevelsen af at have handlet forkert

Et fjerde forhold, der ifølge redderne giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet, er hændelser, hvor redderen senere bliver bekendt med *at have handlet forkert*. Birgit beskriver en hændelse, hvor hun traf en beslutning om at køre patienten til

hospitalet med den langsommere kørsel 2, men efterfølgende indså, at den hurtigere kørsel 1 havde været mere passende:

Jeg kan huske en gang nede i X og det var mere i forhold til, at jeg havde kørt patienten ind (...) kørsel 2, hvor da jeg så kom ind med patienten så var sygehuspersonalet hurtigt om hende, hvor jeg så efterfølgende tænkte: ”Okay, det skulle jeg have gjort, jeg skulle have kørt hende ind kørsel 1 ” (...). Jeg stod med den der følelse efterfølgende, hvor jeg tænkte: ”Hvorfor gjorde jeg ikke det?” (Birgit, bilag 5, pp. 12-13).

Hændelsen illustrerer et temporalt aspekt ved moralsk stress i ambulancearbejdet. Som tidligere nævnt, arbejder redderne ud fra et begrænset informationsgrundlag og må træffe hurtige beslutninger på baggrund af sparsomme og usikre informationer om patientens tilstand. Dette forhold betyder også at redderne ved senere refleksion over hændelsen eller ved at blive bekendt med nye detaljer om patientbilledet – eksempelvis ved ankomst til hospitalet, kan nå frem til en erkendelse af *at have handlet forkert*. Hændelsen peger således på at moralsk stress også kan opleves senere og uafhængigt af *indledende moralsk stress*.

4.3 Manifestationer af moralsk stress i ambulancearbejdet

I dette afsnit giver jeg eksempler på, hvordan moralsk stress manifesterer sig. Manifestationerne præsenteres i relation til de tidligere ovenstående beskrevne udløsende faktorer for moralsk stress.

4.3.1 Manifestationer af forhindringer for moralsk handlen

De institutionelle og hierarkiske begrænsninger for moralsk handlen manifesterer sig særligt i *frustration* over systemets rammer og regler:

Det kan godt være frustrerende. (...) hvor jeg godt ved, at hvis vi nu lige må lidt af det her, det kunne være godt til den her situation, men det må jeg ikke (Alexander, bilag 3, pp. 14-15).

Ligeledes manifesterer de sektorielle og geografiske begrænsninger sig i følelser af både *frustration* og *afmagt*, samt i *sympati* for patienten:

Det er jo selvfølgelig nok lidt mere sådan lidt afmagt lignende, fordi vi kan jo godt køre til, vi har et behandlingssted i nærheden, hvor vi kan køre til med psykiatriske patienter (...) Det her, det har måske været anden eller tredje gang i løbet af syv dage (...) Så skal vi bare høre, hvad sker der? Er I bare de glade modtagere? Behandler det I kan, og sender hjem igen? Eller sker der noget? (Carsten, bilag 5, p. 15).

Alt skal ind omkring X (større sygehus). Og det synes jeg, det er lidt frustrerende. Jeg synes ikke altid, det er det bedste for patienterne, men der vi er bare igen i sådan et system, der har jeg bare intet at skulle have (...) Men jeg tror lige så meget, det er sådan bare en frustration over, at man er i systemet, hvor jeg er lavest i hierarkiet, altså jeg har ikke noget at skulle have sagt. Det er bare pisseirriterende (Alexander, bilag 3, pp. 21-22).

De interne begrænsninger i form af uopmærksomhed og oplevede kompetencemangler manifesterer sig derimod som *samvittighedskvaler* og *selvbebrejdelser*, som er knyttet til oplevelsen af ikke at have indfriet egne professionelle og personlige standarder og dermed svigtet patienten:

Altså nogle dage, der præsterer man jo bedre end andre, og der kan det godt være en dag, hvor der har været en tur, hvor jeg tænker: "*Det kunne jeg godt have gjort bedre, eller jeg har overset et eller andet symptom*". (...) Det kan godt pine mig lidt (Alexander, bilag 3, p. 9).

Hele processen med, at hun bliver hurtigt tilset og behandlet, den bliver forsinket, og der kan jeg mærke det, der er det sådan en knude i maven (Alexander, bilag 3, p. 10).

De interne begrænsninger kommer desuden til udtryk som *skamfølelse* over for modtagerne og samarbejdsinstanserne på akutmodtagelsen:

Så det var sådan lidt en træls oplevelse, hvor vi skyndte os ind og siger: "*Ah, I må godt lige sadle om*", og så bliver de sure, fordi: "*Hvorfor fanden har du ikke sagt det?*" (Alexander, bilag 3, pp. 9-10).

Hvor jeg så en gang kom ind, der spurgte de mig, ”*hvorfor har du ikke gjort det?*” (...) det nager mig bare ad helvede til (...). Jeg stiller mig selv i et ufatteligt dårligt lys overfor de sygeplejersker, der tog imod der (...). Hvad er det næste gang, jeg kommer med en og siger noget? Tror de så på mig? (Alexander, bilag 3, p. 10).

Hændelsesforløb hvor interne begrænsninger er repræsenteret, manifesterer sig også i *rumination* og *søvnproblemer*:

Altså jeg sov af H.T. resten af den nat der. Jeg kan ikke helt forklare hvorfor, men der var i hvert fald et eller andet, der lige, det kørte bare rundt i hovedet af mig (Alexander, bilag 3, p. 10).

En anden redder understreger at interne begrænsninger fører til *skyld*, *selvbebrejdelser* og *skam*, men også til *frustration*, som ikke kun er rettet mod én selv, men også sommetider mod patienten:

Så kommer du ind på sygehuset, og du har ikke nået en skid. (...). Hvor man så er blevet modtaget over, at: ”*Jamen, der er ingen blodtryk?*” (...). Så den der frustration over, at man ikke kan nå ind til patienten (...). Jeg ved ikke, om det er det, man bebrejder sig selv over (...). Den der irritation nogle gange. Det er jo lige så meget på en selv, men også nogle gange på patienten (Carsten, bilag 5, pp. 27-28).

Som de ovenstående citater angiver, manifesterer de eksterne begrænsninger sig primært i udadrettede følelser såsom *frustration* og *afmagt* mod systemet, mens de interne begrænsninger i højere grad manifesterer sig i indadrettede moralske følelser som *skyld* og *skam* over for patienten og samarbejdsinstanser.

4.3.2 Manifestationer af manglende afklaring og uvished

Den manglende afklaring og uvished manifesterer sig blandt andet i *rumination* over patientens symptombillede og egne beslutninger i behandlingsprocessen:

Det jeg personligt tænker mest over, når jeg går hjem, det er bare: ”*Okay, hvad var der med den her patient. Alle symptomer peger i hvert sin retning, hvad var det, patienten havde?*” (Birgit, bilag 4, p. 14).

Jeg gad virkelig godt at vide, hvad der var med den her patient. Fordi jeg tænker, at det kan have, altså, hvis det nu [ens beslutninger] er helt hen i vejret? (Birgit, bilag 4, p. 17).

Denne uvished og manglende feedback på patientforløbet fører også til *frustration* over systemets hierarkiske struktur:

Jeg ved det ikke med sikkerhed, for vi får ingen tilbagemeldinger fra sygehusene. Så når jeg har afleveret en, det er kun, hvis jeg tilfældigvis møder nogle af det personale, der tog imod. Hvis jeg møder dem lidt senere på vagten, at jeg kan spørge, men ellers så aner jeg ikke, hvordan det er gået (...). Så det er en frustration (Alexander, bilag 3, p. 11).

Redderne bruger desuden informationer om hændelsesforløbene som afsæt for faglig refleksion og læring. Men på grund den manglende feedback og relevant viden om patientens videre forløb, frarøves de både mulighed for læring og for at rette op på eller bekræfte egne beslutninger. Dette manifesterer sig i en pinefuld følelse af *afmagt*:

Hvis jeg bare kunne få at vide, hvor er det den helt forkerte retning? Det var i retning af det her. Nå okay, men så kan jeg studere op på det (...). Det der med, at du ingenting ved, det er bare ulideligt (...). Det har jeg i hvert fald før hørt, at afmagt, det er egentlig en af de værste følelser, at mennesker kan stå med, og den kan man godt få der en gang imellem (Alexander, bilag 3, pp. 33-34).

4.3.3 Manifestationer af moralske konflikter i ambulancearbejdet

Konflikten mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til redderens egen sikkerhed manifesterer sig blandt andet i *rumination* og *søvnbesvær*, særligt i de tilfælde, hvor redderen har prioriteret egen sikkerhed frem for patientens. Disse manifestationer forstærkes desuden af uvisheden om hændelsen og patientbilledet:

Langt de fleste af vores ture, der er det ikke så alvorligt, som folk de tror det er. Men, havde det nu været sådan en tur? (...) Så vil jeg ligge og vende og dreje mig lidt (...): "Gjorde vi nu det rigtige?"

Interviewer: Ja ”skulle vi have været af sted og lige hjulpet? ”, selvom man var fuldstændig smadret?

Ja, havde det været bedre end, at der først var kommet nogen senere? (...). Vi finder ikke ud af det, men den ligger der og kører rundt (...). Så ved jeg i hvert fald godt. Så sover jeg ikke mere, eller så sover jeg ikke ret godt efterfølgende, hvis det er sådan nogle tanker, der ligger og kører (Alexander, bilag, 3, pp. 8-9).

Konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst for patienten manifesterer sig i *skyldfølelse*. Skyldfølelsen er enten over for egne professionelle værdier eller over for patientens autonomi afhængigt af, hvilket hensyn der prioriteres. Når redderne prioriterer hensynet til patientens autonomi, kan det give anledning til skyldfølelse over ikke at have handlet i overensstemmelse med egne faglige vurderinger og skøn:

Man skal jo finde en eller anden gylden mellemvej (...) hvor man tilgode-ser patientens tag (...), men det er jo ens egen intuition, man kan jo også bare vælge at sige, jamen, okay, han siger, han har en smertescore over tre, så giver man smertestillende, så er man jo ude over det. Det er jo det retningslinjerne, de siger (...), men det er bare ikke, det er bare ikke sådan, jeg har det (Carsten, bilag 5, p. 22).

Omvendt kan prioriteringen af at gøre, hvad redderen vurderer er bedst for patienten, manifesterer sig i *skyldfølelse* over for patienten, fordi det moralske princip om at respektere patientens selvbestemmelse krænkes:

Man ved jo også, hvad det er, man giver [stærkt smertestillende medicin] (...) det bliver jo lidt som om, at man nedprioriterer patientens ønske [ved ikke at give medicinen] (Carsten, bilag 5, pp. 22-23).

Citaterne peger således på, at moralske konflikter i ambulancearbejdet kan resultere i et uundgåeligt moralsk ubehag, fordi prioriteringen af et moralsk princip således vil krænke et andet moralsk princip.

4.3.4 Manifestationer af oplevelsen af at have handlet forkert

Oplevelsen af at have handlet forkert, manifesterer sig primært i *selvbebrejdelser* ved den senere refleksion over hændelsen:

Den der tur gjorde, at jeg ligesom har ændret mine tanker i forhold til fordi, som du siger, jeg stod med den der følelse efterfølgende, hvor jeg tænkte: ”Hvorfor gjorde jeg ikke det?” (Birgit, bilag 4, pp. 12-13).

Det moralske ubehag kan desuden medføre ændringer i fremtidig praksis, hvilket jeg uddyber senere i analysen.

4.4 Håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning

I de følgende afsnit præsenteres de strategier, som redderne anlægger for at håndtere moralsk stress i ambulancearbejdet. Jeg beskriver både reddernes forsøg på individuel håndtering og kollektiv håndtering på organisatorisk niveau. Desuden belyser jeg nogle centrale kendetegn ved de processer, der ifølge redderne, kan føre til succesfuld selvforsoning i relation til moralsk stress.

4.4.1 Individuel håndtering

Dette afsnit omhandler, hvordan redderne individuelt forsøger at håndtere moralsk stress, som udspringer af henholdsvis: 1) forhindringer for moralsk handlen, 2) manglende afklaring og uvished, 3) moralske konflikter i ambulancearbejdet og 4) oplevelsen af at have handlet forkert.

4.4.1.1 Individuel håndtering af forhindringer for moralsk handlen

Redderne beskriver forskellige individuelle strategier til håndtering af den moralske stress, der opstår som følge af institutionelle og hierarkiske begrænsninger. De nævner blandt andet at anvende strategier i form af *at bruge eksterne læger*, *at bryde reglerne* eller *at gemme sig bag protokollerne*. De to første strategier har karakter af *problemløsningsstrategier* og kan ansues om forsøg på at overvinde de konkrete

begrænsninger for moralsk handlen, mens den sidste strategi kan forstås som en *undvigelsesstrategi*, der forsøger at mindske moralsk stress ved et rationale om, at man har gjort, hvad der forventes.

En redder beskriver eksempelvis, hvordan han aktivt anvender eksterne læger for at kunne handle i overensstemmelse med sin faglige vurdering og dermed give den rette medicinske behandling. Lægerne har nemlig myndigheden til at give redderne tilladelsen til at administrere medicin, som de ellers ikke har beføjelsen til at give:

Heldigvis, så har jeg så muligheden for, at jeg har en ven i baghånden, jeg altid kan ringe til, og som kan sige: ”*Jamen, gør du bare det*” (Alexander, bilag 3, p. 15).

Sommetider oplever redderne dog, at det er nødvendigt at bryde reglerne for at efterleve deres faglige og moralske pligt til at hjælpe patienten:

Men man kan godt sådan stå lidt i nogle situationer, hvor det, du gerne vil gøre, det skal gøres nu (...) Og der har jeg det også gjort nogle gange, hvor jeg har gjort noget, og så når der er ro på, så ringer jeg og siger til en: ”*Jeg skal lige have tilgivelse*”, hvor jeg har gjort noget, jeg ikke må i bund og grund (...) fordi jeg ved, at jeg gør noget for at afhjælpe en alvorlig situation (Alexander, bilag 3, p. 15).

Selvom denne strategi kan afhjælpe den akutte moralske stress i nødsituationen, kan den give anledning til efterfølgende moralsk stress på grund af frygten for repressalier:

Altså jeg ved, at jeg har autorisation, den hænger da i en tynd tråd, hvis ham i den anden ende siger: ”*Det skulle du have haft lov til først det der*”, så har jeg problemer (Alexander, bilag 3, p. 15).

Andre reddere anvender den mere forsigtige strategi *at gemme sig bag protokollerne*, som omhandler at følge behandlingsalgoritmerne konsekvent. Strategien kan anskues som en måde at mindske moralsk stress ved at holde sig til systemets forventninger:

Nogle vælger den sikre løsning, de kører bare efter vores retningslinjer (...) det kan også være, at de fagligt ikke har sat sig ind i emnet yderligere ud over det, der forventes, og så er det jo også fint, fordi så gør de det, der forventes (Alexander, bilag 3, p. 16).

I relation til de interne begrænsninger i form af uopmærksomhed, beskrives en *emotionsfokuseret* strategi, hvor redderen forsøger at *nedprioritere egne fejl*, hvilket repræsenterer et forsøg på at rationalisere og nedtone fejlen:

Jeg sidder og prøver sådan at *, at tænke mig frem til: ”Hvad er det værste, der kan være sket patienten ved, at jeg ikke lige gjorde, som jeg havde håbet på” (...). Og så prøver jeg at ræsonnere mig frem til, okay: ”Det havde ikke ændret alverden for patienten”. Men der vil altid være sådan et eller andet, der nager (Alexander, bilag 3, p. 11).

Ifølge redderen er denne strategi imidlertid ikke effektiv. Den moralske stress, der opstår som følge af interne begrænsninger, synes derfor at kræve en mere kollektiv form for håndtering, hvilket jeg uddyber senere i analysen.

4.4.1.2 Individuel håndtering af manglende afklaring og uvished

Redderne anvender en række individuelle strategier for at håndtere den moralske usikkerhed, der opstår som følge af manglende afklaring og uvished i ambulancearbejdet. Strategierne omfatter både *problemfokuserede* og *emotionsfokuserede* strategier.

En *problemfokuseret* strategi består i at *opsøge sundhedsprofessionelle for afklaring* på patientens forløb, hvilket effektivt afhjælper usikkerheden om det videre patientforløb samt reddernes beslutninger og ageren i behandlingsprocessen:

Ja, altså her på sidste vagt, der havde vi afleveret en rigtig dårlig en der om natten, og så havde vi en tur om morgenen, hvor jeg lige så ham lægen og tog imod, så er det lige med at spørge, hvordan gik det? Og var det godt nok lige det, jeg også tænkte? (Alexander, bilag 3, p. 11).

Og nogle gange så finder man ud af det, fordi man har snakket med dem inde på hospitalet, når man kommer ind med næste patient (...). Så kan man snakke med sygeplejersken, som måske har modtaget patienten (Birgit, bilag 4, p. 14).

Der, hvor der er et eller andet, der stikker lidt ud, så kan det være at man sådan prøver at se med sygeplejersken næste gang, hvad fandt de egentlig ud af med dem? (Birgit, bilag 4, p. 22).

Det er dog ikke altid muligt *at opsøge sundhedsprofessionelle for afklaring*. I dette tilfælde anvender redderne i stedet en *emotionsfokuseret* strategi i form af *at opsøge kollegaer for bekræftelse*. Redderne forsøger at håndtere uvisheden og mindske tvivlen om, hvorvidt de handlede rigtigt i behandlingsprocessen ved aktivt at søge støtte og bekræftelse gennem dialog med kolleger:

Interviewer: Hvad sker der så når man ikke finder ud af det. Hvad gør man der?

Så prøver man at høre sine kolleger, som måske også havde noget med patienten at gøre (Birgit, bilag 4, p. 14).

Hvis det er sådan om natten for eksempel, så. Så næste morgen står op, og så mødes vi jo lige, inden vi overdrager vagten til næste hold, så man kan sige sådan. Så kan jeg godt finde på at lige tage fat i min makker og sådan lidt: "*Årh, jeg havde sgu lige tænkt over det der, hvad tænker du?*" (Alexander, bilag 3, p. 12).

Denne refleksion og dialogproces med kollegaer kræver dog visse betingelser for at føre til succesfuld selvforsoning, hvilket jeg uddyber senere.

Hvis redderne hverken har mulighed for at få afklaring fra sundhedsprofessionelle eller kollegial støtte, anvendes mere undvigende *emotionsfokuserede* strategier i form af *at bruge mindfulness* og *at lade det ligge*. Strategierne kan anskues som forsøg på at undvige og fortrænge følelserne, der er forbundet med moralsk usikkerhed:

Men jeg har, man kan sige sådan en app. Der er sådan en lydfil på. Der snakker en igennem hele kroppen for at finde ro (Alexander, bilag 3, p. 32).

Og nogle gange, så finder du ikke ud af det (...). Jamen enten så lader man det ligge (Birgit, bilag 4, p. 14).

Disse strategier kan give redderne en midlertidig lindring, men de konfronterer ikke den underliggende årsag til den moralske stress. I dette fravær af afklaring på patientforløbene risikerer uvisheden således at forblive uforløst.

4.4.1.3 Individuel håndtering af moralske konflikter

Som eksempler på individuel håndtering af konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst, beskriver redderne at anvende den *problemfokuserede* strategi *at overtale patienten in-situ*. Med andre ord forsøger redderne gennem faglig dialog at overbevise patienten om, at deres ønske ikke nødvendigvis er i deres bedste interesse:

Jeg ville nok ikke give et voldsomt opioidlignende medikament til en patient, der har det sådan der (...). Jeg prøver simpelthen at italesætte det der for patienten (...). Og så prøver man sådan ligesom at forklare, at det her medikament, man giver, det har altså sådan nogle bivirkninger (Carsten, bilag 5, p. 22).

Jamen så prøver man med bedste overtagelse eller fagligt snak og få patienten til at forstå, at det bedste er at komme på sygehuset (Birgit, bilag 4, p. 29).

Redderne bruger desuden *emotionsfokuserede* strategier som *rationaliseringer* i form af *ansvarsfraskrivelse* og *hensynsafvejninger* for at håndtere ubehaget fra at have prioriteret hensynet til patientens autonomi fremfor, hvad der er bedst for patienten. Ifølge Austin et al. (2005, p. 201) er moralsk stress betinget af en følelse af ansvar eller forpligtelse. Det kan derfor tænkes, at redderne forsøger at mindske ubehaget fra moralske konflikter ved at nedtone eller fralægge sig ansvar gennem rationaliseringer:

Han er ikke i livsfare lige nu og her, og han opfylder ikke kriterier for tvang. Og jamen, så er det hans eget valg. Det har jeg lært at affinde mig mere med (Alexander, bilag 3, p. 25).

Hvis du forstår din situation, så generer det mig ikke. Hvis man godt ved, at det her, det kan koste dig livet i yderste konsekvens. Jamen så kan jeg godt være i det, fordi det er hans eget valg (Alexander, bilag 3, p. 26).

Desuden laver redderne forskellige *hensynsafvejninger* for at håndtere konflikten mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til redderens egen sikkerhed. Det beskrives i den forbindelse, at redderne ofte tilsidesætter egen sikkerhed til fordel for patientens sikkerhed:

Det hænder, vi har kørt så meget, at nu siger vi nu skal vi sove (...). Det er jo vigtigt, vi husker at sige det, inden der kommer en opgave. Vi har enkelte kollegaer, der har gjort det, hvor der er kommet en tur ud, og så siger de: "*Det kan vi ikke*" (...). Hvis nu der kommer en melding, der lyder rigtig alvorlig, så gør man det fandme ikke (Alexander, bilag 3, p. 6).

Og jeg har da også fået ondt i ryggen, men det var sådan en, der knoklede vi bare igennem på turen, og så var det først bagefter, at vi kom til at snakke om, at jeg var helt ødelagt derefter, og var sygemeldt et stykke tid bagefter, men vi fik løst opgaven, så det er nok derfor, at der ikke var noget, der nagede, nej (...) når lokummet brænder, så tager man godt nok bare ved (Alexander, bilag 3, pp. 41-42).

Interviewuddragende angiver således, at reddernes faglige og moralske pligt til at hjælpe patienten ofte tilsidesætter hensynet til deres egen sikkerhed såsom behovet for hvile eller deres eget fysiske helbred. Dette forhold vidner om en stærk faglig identitet hos redderne, der er forankret i en faglig og moralsk pligt til at hjælpe patienten, selvom det kan have helbredsmæssige konsekvenser.

4.4.1.4 Individuel håndtering af oplevelsen af at have handlet forkert

Som eksempler på individuel håndtering af oplevelsen af at have handlet forkert, beskriver Birgit at bruge både en *problemfokuseret* strategi i form af *sikkerhedsadfærd* og en *emotionsfokuseret* strategi i form af *rationaliseringer*. Birgit fortæller, at hun efter hændelsen, hvor hun havde handlet forkert, altid har kørt den hurtigere kørsel 1, hvis der er opstået tvivl om valg af kørselstype:

Men så efterfølgende så har jeg også altid sagt til mig selv (...). At står jeg derude, og er i tvivl om jeg skal køre kørsel 1 ind (...) eller kørsel 2, som vil sige køre med det samme men uden blå blink, så vælger jeg altid kørsel 1 nu, fordi jeg gider ikke at stå med den der følelse bagefter (Birgit, bilag 4, p. 12).

Strategien kan anskues som en forebyggende indsats, hvor hun forsøger at undgå fremtidige oplevelser af moralsk stress ved konsekvent at vælge den mest sikre løsning.

Dette ændrer dog ikke på det umiddelbare ubehag, der er forbundet med oplevelsen af at have handlet forkert. Dette forsøges i stedet lindret ved at gøre beslutningen om at køre den langsommere kørsel 2 legitim gennem en rationalisering. Denne rationalisering kan desuden tænkes at bidrage til at bevare hendes professionelle og moralske integritet:

Okay, ham her patienten skulle jeg måske have kørt ind kørsel 1, (...) hvorfor var det egentlig jeg kørte med kørsel 2? Det var måske fordi han ikke sagde, at han havde det så dårligt, som han egentlig havde (Birgit, bilag 4, p. 12).

4.4.2 Kollektiv håndtering

I det følgende afsnit belyser jeg reddernes kollektive håndtering af moralsk stress på organisatorisk niveau i ambulancearbejdet. I afsnittet skelner jeg mellem henholdsvis ubevidst og bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau.

4.4.2.1 Ubevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau

Et eksempel på ubevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau er dyrkelsen af en maskulinitetskultur blandt de ældre reddere, hvor arbejdets følelsesmæssige belastninger benægtes og gøres illegitimt at tale om. Modsat forsøger de yngre reddere aktivt at konfrontere og italesætte sårbarhederne i arbejdet.

Ud af denne dynamik opstår et spændingsfelt mellem generationernes kulturelle og diskursive fortolkningsrepertoarer, som skaber gnidninger og påvirker reddernes muligheder for at håndtere arbejdets følelsesmæssige belastninger:

Og der er det så meget afhængig af, hvem du kører med. Min makker, han er lidt gammel i det. Det gider han sgu ikke at bruge tid på (...). Hvor han er sådan lidt: ”Årh, det skal du ikke tænke på. Det gik nok” (Alexander, bilag 3, p. 12).

Efter de der cirka 15 år, hvor jeg har været der. Der har været et skifte. Hvor det startede med det der med at: ”Det skal vi sgu ikke snakke om, det må du bare finde dig i og ryste af dig og komme videre” (...). Men igen, det kommer meget an på, hvem du er sammen med. På min station, der er

vi generelt rimelig unge og det er en åben dialog (...). Men jeg ved flere af de andre steder, hvor det generelt er nogle ganske modne kollegaer (...). Der bliver det sådan lidt affejet (...). Det kan godt være lidt frustrerende (Alexander, bilag 3, p. 14).

4.4.2.2 Bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau

Et eksempel på bevidst kollektiv håndtering af moralsk stress i ambulancearbejdet er reddernes brug af *håndteringsfællesskabet* som ventil og støtte i arbejdet. Praksisfællesskabets medlemmer kan nemlig relatere til og lette hinandens oplevelser qua deres fælles erfaringer og indforståethed med arbejdet:

Dem [kollegaerne] føler jeg godt, at man kan snakke med. (...). De kan sætte sig ind i det på en anden måde, end hvis der kommer en eller anden, inde fra skrivebordet (...). Det er os selv, der griber hinanden, hvis man skal sige det (Alexander, bilag 3, p. 13).

Så synes jeg faktisk, at vi som redder-gruppe, er gode til at snakke med hinanden. Så snakker man med sine makker, og så er det sådan, når man kommer tilbage på stationen for eksempel, der er jo flere af de stationer inde i X (større dansk by), hvor der også er flere biler, så snakker man med dem (Birgit, bilag 4, p. 12).

Som citaterne angiver, fremstår dialogen og støtten i fællesskabet som betydningsfulde midler til at håndtere den moralske stress. Jeg vil senere komme ind på de specifikke kvaliteter ved dialogen med kollegerne, som muliggør succesfuld selvforsoning.

Et vigtigt redskab som medlemmerne af *håndteringsfællesskabet* bruger til at håndterer belastningerne i arbejdet, er desuden *sort humor*. Den sorte humor fungerer som en ventil for arbejdets barske hændelser, hvor særligt ambulancens førerkabine fremstår som et intimt og uformelt rum, hvor redderne kan dele og ventilere deres oplevelser:

Ja, altså sort humor, det kommer man sgu langt med [griner] (...). Det er en måde at være i det på (...). Ja, man skal af med noget engang i mellem (...). Ekstrabladet skulle ikke lytte med på, hvad der foregår i kabinen af

en ambulance, det vil være så sindssygt [griner] (...) det er vores måde at være i det på (Alexander, bilag 3, pp. 38-39).

Ovenstående citat eksemplificerer, hvordan sort humor fungerer som en kollektiv forløsningsstrategi i ambulancearbejdet. Førerkabinens intime rum muliggør, at redderne kan dele deres oplevelser i et uformelt og uforpligtende rum, hvor humoren bruges som et vigtigt redskab til at afhjælpe eller lindre de barske oplevelser i arbejdet.

Det vigtige håndteringsfællesskab kan dog komme under pres. For eksempel udfordres det, hvis en kollega truer kollektivets normer for anvendelsen af sociale værnestrategier som sort humor:

Det vil være træls, hvis jeg skulle føle, jeg skulle sidde og lægge bånd på, hvad jeg kan sige, når vi er i vores, altså, nogen de kalder det safe space (...). Det er der, hvor vi skal ud med det. Hvis jeg så skal sidde og tænke på, hvad tænker hende eleven om, at jeg siger sådan og sådan noget, det tror jeg, det vil være træls (Alexander, bilag 3, p. 39).

En anden trussel mod håndteringsfællesskabet er lokale organisatoriske forhold som vagtplanens struktur. Som nævnt tidligere arbejder flere reddere i døgnvagter, hvorefter der kan gå op til tre døgn, før de skal på arbejde igen. Dette forhold begrænser reddernes adgang håndteringsfællesskabet og dermed muligheden for at dele og håndtere oplevelserne:

Men der kan også godt en gang imellem være (...) Hvor at ja, du skal selv skynde dig hjem (...) Så får man ikke snakket om det. Og så har du de der tre fridage (...) Det kan godt være lang tid, hvor man tager den lidt, jeg ved sgu ikke lige, hvad jeg skal tænke om det her (Alexander, bilag 3, p. 12).

4.4.3 Kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning

Som tidligere nævnt oplever redderne problemer med at håndtere den moralske stress individuelt. I deres individuelle håndteringsforsøg engagerer redderne sig dog i en række i refleksive spørgeprocesser, der blandt andet omfatter spørgsmål som: *"Gjorde jeg nok?"* og *"Gjorde jeg mit bedste?"*. I det følgende gennemgår jeg nogle kendetegn

ved de dialogprocesser med kollegaerne i praksisfællesskabet, som muliggør en succesfuld selvforsoning i forhold til moralsk stress.

For at disse dialoger kan føre til succesfuld selvforsoning, skal de indeholde *forstående, bekræftende og faglige* kvaliteter. Samtidig må de ikke være præget af *afvisning*. I de følgende citater beskriver Birgit, hvordan hun får *følelsesmæssig støtte* fra hendes ægtefælle, men samtidig savner de *forstående, bekræftende og faglige* kvaliteter som samtaler med kollegaer kan byde ind med:

Så er de [kollegaerne] inden for ens eget fag, så de ved lidt om, hvad det er man taler om, eller, og nogen af dem har måske været i en lignende situation (...) og kan relatere til det mere end, hvis jeg gik hjem og snakke med min mand (...) han ville jo ikke kunne sådan, give mig noget fagligt (...) han ville mest bare være den lyttende, hvorimod med mine kollegaer, der kan jeg mere få sådan lidt fagligt, så kan de bedre sige: ”Okay, men ved du hvad, jeg har faktisk stået i noget lignende, der gjorde vi sådan her” (Birgit, bilag 4, p. 15).

Og så kan de jo også komme med nogle ting, hvor man så bliver bekræftet i, at det man har gjort, det var egentlig godt nok (...) eller få øjnene op for nogle andre muligheder, hvor man kunne have gjort anderledes (Birgit, bilag 4, p. 15).

Andre reddere fremhæver ligeledes behovet for faglig sparring, både som hjælp til at håndtere den moralske stress, der er relateret til vished, men også som afsæt for faglig læring og udvikling:

Så kan vi godt få en lang snak om: ”Hvad kunne et andet udfald have været? Og hvorfor gjorde vi, som vi gjorde?” (Alexander, bilag 3, p. 12).

Og det tror jeg måske sådan, folk generelt er, er blevet ekstremt gode til. Det der med, at man sidder og evaluerer turene (...) der kan godt være nogle ting at: ”Jeg gjorde sådan her, fordi jeg tænkte sådan, men hvad tænker du?” Så på den måde evaluerer turene (...). Den der sparring omkring tingene der, det løser ret mange ting (Carsten, bilag 5, p. 29).

Altså det bunder jo i en eller anden form for nysgerrighed, men det bunder jo også i, at man gerne vil gøre sit arbejde bedre (Birgit, bilag 4, p. 14).

En anden redder fremhæver, at det formelle system for krisehåndtering er uhensigtsmæssigt, fordi psykologhjælp udefra ofte ikke rummer en forståelse for reddernes arbejds-mæssige oplevelser:

Tidligere. Der har det ikke rigtig fungeret. Der har det nemlig været folk udefra, der kom og der kan man godt fornemme at (...) nogle [reddere] er bare ligesom østers, der bare klapper i. Så sidder de med armen over kors: *”Der sidder sådan en spradebasse der. Det gider jeg sgu ikke finde mig i”* (Alexander, bilag 3, p. 12).

Samme redder understreger, at dialogprocesserne med kollegaer skal rumme *bekræftende* og *faglige* kvaliteter og ikke være præget af *afvisning* for at lede til selvforsoning:

Ja, det er jo nogle gange. Så trænger man bare lige til at blive bekræftet af kollegaerne, at det tænker de også, at de havde gjort, hvis de stod i samme situation (...). De symptomer, det leder også dem i den retning. Det kan godt give en ro, at man var på samme boldgade som de andre (...). Så går det nok, så var det måske egentlig fornuftigt nok (Alexander, bilag 3, p. 13).

Fordi folk finder jo et emne frem, fordi der er et eller andet, der har kørt lidt rundt i hovedet. Så er det jo træls. Det kan jo blive en afvisning (Alexander, bilag 3, p. 14).

En væsentlig pointe i min undersøgelse er således, at redderne ikke kan forsone sig med moralsk stress gennem individuelle strategier alene. I stedet kræver denne form for stress en relationel håndtering. De kollegiale dialogprocesser skal i den forbindelse indeholde *forstående*, *bekræftende* og *faglige* kvaliteter for at kunne lede til succesfuld selvforsoning.

Kapitel 5 Diskussion

I dette kapitel udfolder jeg min diskussion. Jeg vil først diskutere fundene af min undersøgelse i forhold til den hidtidige forskning samt nogle udvalgte belastningssammenspil. Dernæst vil jeg diskutere kvaliteten af undersøgelsens fund. Afslutningsvis vil jeg diskutere nogle forhåbninger til udbytter, som forskellige interessantgrupper kan få ved at læse mit speciale.

5.1 Diskussion af undersøgelsens fund og udvalgte belastningssammenspil

I dette afsnit vil jeg diskutere undersøgelsens fund i forhold til den hidtidige forskning på området. Undervejs vil jeg desuden diskutere nogle udvalgte belastningssammenspil, som kan influere eller forstærke årsagerne til moralsk stress og skabe blokeringer i håndteringen af moralsk stress.

5.1.1 Diskussion af konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet

I forhold til hovedtemaet *konflikter og hændelsesforløb, der giver anledning til moralsk stress*, finder jeg i min undersøgelse, at ambulancearbejdet er gennemsyret af institutionelle regler og hierarkier, som begrænser reddernes mulighedsrum for at handle moralsk. For eksempel oplever redderne forhindringer i at give livreddende eller livsstøttende medicin samt i at køre patienterne til sygehuse, der er tættere på eller har bedre kapacitet og faciliteter til at behandle dem. Fundene afspejler anden forskning vedrørende, hvordan institutionelle regler og hierarkier påvirker reddernes mulighedsrum for at behandle patienten i overensstemmelse med deres personlige og professionelle standarder (Regehr & Bober, 2005, pp. 87-88). Som tidligere nævnt er en lav behandlingsstandard – enten egen eller andres – en kendt årsag til moralsk stress i ambulancearbejdet (Jafari et al., 2019, p. 197). Jeg finder dog også, at der opleves et ambivalent forhold til retningslinjerne. På den ene side kan de repræsentere en autonomiindskrænkning. På den anden side kan retningslinjerne og behandlingsalgoritmerne reducere den moralske kompleksitet og tvivl i arbejdet. Dette forhold fremgår også af Palmer (1983).

Min undersøgelse belyser også, at interne faktorer såsom uopmærksomhed og oplevede kompetencemangler også begrænser redderne i at handle moralsk. I den forbindelse kan organisatoriske forhold som skifteholdsarbejde og døgnvagter potentielt forstærke de interne begrænsninger som uopmærksomhed ved at øge træthed og udmattelse. Anden forskning har i den sammenhæng understreget det problematiske ved henholdsvis skifteholdsarbejde og kravøgning i ambulancearbejdet, da det manifesterer sig i udmattelse og øger risikoen for fejlbehandling af patienten (Regehr & Bober, 2005, p. 90; Regehr & Millar, 2007). Med andre ord kan samspillet mellem organisatoriske forhold som skifteholdsarbejde, døgnvagter og kravøgning medføre øget træthed og udmattelse i ambulancearbejdet. Disse forhold kan således forårsage uopmærksomhed og fejl i behandlingsprocessen og dermed potentielt flere tilfælde af moralsk stress.

Min undersøgelse påpeger desuden, at oplevelsen af moralsk stress ikke kun er betinget af moralske begrænsninger. Den understøtter at faktorer såsom moralske konflikter, moralsk usikkerhed og forsinket moralsk stress også kan udløse moralsk stress (Cambell et al., 2016; Fourie, 2015; Källemark et al., 2004). I den forbindelse er det væsentligt at påpege, at moralsk usikkerhed i sig selv er en betydelig årsag til moralsk stress i ambulancearbejdet, men er også toneangivende i forhold til flere andre faktorer.

I forhold til oplevelsen af moralske konflikter i ambulancearbejdet afspejler min undersøgelse anden forskning, som også belyser det problematiske ved, at reddere i større eller mindre grad påtager sig risici i varetagelsen af opgaverne (Kyed, 2014, pp. 6-7; Jafari et al., 2019). Redderne befinder sig ofte i situationer, hvor deres valg i håndteringen af situationen og patienten, kan have negative konsekvenser for flere parter, herunder dem selv. Jeg finder i min undersøgelse, at disse konflikter forstærkes af uvisheden om patient- og risikobilledet, der er iboende i ambulancearbejdet. Uvisheden medfører, at redderne ofte nedprioriterer deres egen sikkerhed til fordel for patientens – for eksempel ved at tilsidesætte behovet for hvile. En sådan manøvre lindrer den moralske stress i øjeblikket, men kan øge risikoen for fejlbehandling og dermed også moralsk stress på længere sigt. Desuden kan prioriteringen af patientens sikkerhed fremfor redderens egen have konsekvenser for reddernes fysiske velbefindende. Denne prioritering kan potentielt øge risikoen for muskelskeletsmerte, skader og sygdomme på grund af akavede og tunge løft, generelt slid og nedprioriteringen af værnemidler som handsker (Dropkin et al., 2015).

Endelig belyser min undersøgelse også det problematiske ved de forskellige interessergrupperes ofte konfliktende krav i ambulancearbejdet. Med andre ord oplever redderne vanskeligheder ved at imødekomme alles krav og interesser. Dette forhold nødvendiggør, at der anlægges et mere komplekst perspektiv på moralsk stress, der anerkender kompleksiteten i det sociopolitiske miljø, som redderne navigerer i (Fou-
rie, 2015; Källemark et al., 2004; Rai & Soon, 2018). I den forbindelse håber jeg, at min undersøgelse kan inspirere til anlæggelsen af flere kvalitative studier, der vil forsøge at kortlægge disse forskellige interessekonflikter i ambulancearbejdet.

5.1.2 Diskussion af manifestationer af moralsk stress

I forhold til hovedtemaet *manifestationer af moralsk stress*, har jeg forsøgt at belyse sammenhængen mellem de specifikke årsager til moralsk stress og de forbundne manifestationer. I tråd med tidligere forskning, viser min undersøgelse at moralsk stress manifesterer sig i pinefulde følelser som skyld og skam samt selvbefridelse, selvtvivl, afmagt og søvnbesvær (Deady & McCarthy, 2010; Jonsson & Segesten, 2004). Resultaterne i min undersøgelse divergerer dog fra dele af den eksisterende forskning, hvor det argumenteres for, at moralsk stress udelukkende manifesterer sig i selvrettede følelser (Cambell et al., 2016). Min undersøgelse viser derimod, at redderne også oplever udadrettede følelser – eksempelvis frustration rettet mod de institutionelle- og hierarkiske begrænsninger, samt mod patienter, der forstyrrer behandlingsprocessen. Dette rejser spørgsmålet om det faktisk er moralsk stress, redderne oplever i disse hændelser, eller om teoretiseringen af moralsk stress – som fremlagt af blandt andre Cambell et al. (2016) – også bør inkludere udadrettede negative følelser. I den forbindelse understøtter andre studier også behovet for en sådan udvidelse (Deady & McCarthy, 2010, pp. 209-216).

Min undersøgelse belyser desuden, at de selvrettede negative følelser, særligt skyld og skam, synes at være de mest pinefulde manifestationer af moralsk stress. Oplevelsen af at svigte patienten – og dermed også normerne for god ambulanceredder praksis – manifesterer sig typisk i skyld og selvbefridelse. Disse hændelser giver desuden anledning til skamfølelse over for samarbejdsinstanser, hvor skammen synes at være rodfæstet i en oplevet trussel mod ens omdømme og status som tillidsfuld samarbejdspartner.

Disse fund stemmer overens med anden forskning, som peger på, at skyldfølelse associeres med isolerede handlinger, der har forurettet andre, mens skamfølelse derimod knytter sig til en negativ vurdering af selvet og ens sociale omdømme (Krebs, 2022, p. 205; Sapolsky, 2018, pp. 501-502; Nesse, 2019, p. 55). Mine fund afspejler dermed anden forskning, som argumenterer for, at moralske følelser – herunder skyld- og skam – involverer et væsentligt socialt og relationelt aspekt (Krebs, 2022, pp. 24, 66, 204-205; Baumeister et al., 1994). Disse forhold kan således tænkes at have væsentlige implikationer for behandlingen af stressramte ambulancereddere i psykologisk praksis, hvilket jeg uddyber senere.

5.1.3 Diskussion af håndteringsstrategier og kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning

I forhold til hovedtemaet *håndteringsstrategier for moralsk stress* afspejler min undersøgelse anden forskning, som belyser, hvordan redderne bruger forskellige individuelle håndteringsstrategier i form af problem- og emotionsfokuserede strategier til at håndtere moralsk stress i ambulancearbejdet (Barbee et al., 2016). Min undersøgelse viser desuden, at redderne aktivt engagerer sig i at finde løsninger på de forhold, der fører til moralsk stress, hvilket stemmer overens med anden forskning inden for eksempelvis plejesektoren (Forozeiya et al., 2019). Redderne benytter således forskellige løsningsstrategier for at kunne handle moralsk – eksempelvis ved at kontakte eksterne læger og bryde reglerne for at kunne give den nødvendige medicin samt for at kunne tvangsindlægge patienten. De anvender også aktive strategier som at opsøge sundhedsprofessionelle for at få afklaring på hændelsesforløbet.

Jeg har desuden knyttet de individuelle håndteringsstrategier til nogle specifikke årsager til moralsk stress. Et central fund er, at redderne bruger regelbrud som håndteringsstrategi i forhold til institutionelle- og hierarkiske begrænsninger. Min undersøgelse afspejler i den forbindelse anden forskning, som også understreger det problematiske ved, at netop sådanne strategier kan føre til moralsk stress (Kälvemark et al., 2004). Et andet central fund er, at redderne anvender forskellige rationaliseringer for at håndtere henholdsvis manglende afklaring og uvished, moralske konflikter og oplevelsen af at have handlet forkert.

Det kan dog diskuteres, hvorvidt sammenhængene mellem årsager og håndteringsstrategier i virkeligheden er så statiske, som jeg har præsenteret dem. Med

inspiration fra Forozeiya et al. (2019) kan det eksempelvis tænkes, at der udspiller sig nogle mere dynamiske håndteringsprocesser, hvor redderne i højere grad veksler mellem forskellige håndteringsstrategier relativ til det omskiftelige og komplekse ambulancearbejde.

Det er desuden vigtigt at pointere, at individuelle håndteringsstrategier altid bør anskues i relation til organisationens sociale og politiske magt- og interessekonflikter (Handy, 1995, pp. 89-90). Med andre ord er det ikke farbart at betragte individuelle håndteringsstrategier isoleret fra den sociopolitiske kontekst. I min undersøgelse har jeg bestræbt mig på at afdække reddernes individuelle strategier i forhold til deres sociostrukturelle kontekst. Dog kan det diskuteres, hvorvidt jeg har formået at præsentere et tilstrækkeligt nuanceret portræt af reddernes håndteringsmuligheder i lyset af deres gensidige afhængighed i arbejdet. For eksempel kan det tænkes, at regelbrud forudsætter en fælles loyalitet overfor patienten snarere end over for reglerne, ligesom prioriteringen af patientens sikkerhed fremfor egen sikkerhed kræver en delt forståelse og loyalitet i makkerparret. Det faktum, at redderne arbejder i gensidigt afhængige makkerpar, kan danne grobund for divergerende interesser og loyalitetskonflikter, som indskrænker eller påvirker deres mulighedsrum for moralsk handlen og håndtering af moralsk stress. Ved ikke at afdække sådanne forhold, har jeg potentielt præsenteret en dekonstekstualiseret forståelse, der har underbetonet den sociale forbundethed og kompleksitet i reddernes håndteringsmuligheder.

I forhold til *ubevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau* belyser min undersøgelse den fortsatte tilstedeværelse af en maskulinitetskultur i ambulancetjenesten (Steen et al., 1997; Kyed, 2014). Denne kultur dyrkes hovedsageligt af de ældre reddere, hvis benægtelser af arbejdets sårbarheder kommer til udtryk gennem diskurser, der søger at gøre dialogen om arbejdets barske hændelser og sårbarheder illegitim. Disse diskurser har konsekvenser for de yngre redderes håndteringsmuligheder. Min undersøgelse fremhæver således nogle polariserede og kolliderende ubevidste forsvarsstrategier blandt redderne, som skaber problemer for håndteringen af ambulancearbejdets følelsesmæssige belastninger. Lignende fund ses også hos Kyeds (2014) studie af ambulancereddere og Menzies' (1960) studie af ældre og yngre sygeplejersker.

I forhold til *bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau* belyser min undersøgelse, at moralsk stress med succes kan håndteres kollektivt og relationelt. Dette fund har væsentlige implikationer for interventioner mod moralsk stress i ambulancearbejdet. En styrkelse af reddernes kollektive værnestrategier kan således udgøre

en vigtig ballast. Jeg håber dermed, at min undersøgelse kan inspirere til anlæggelsen af flere kvalitative studier af de organisatoriske og sociale forhold, som henholdsvis understøtter eller truer håndteringsfællesskabets eksistens og dets lindrende funktioner i ambulancearbejdet. Her kan det eksempelvis tænkes, at kravøgning truer håndteringsfællesskabets lindrende potentiale som følge af udmattelse. Redderne nævner ikke direkte denne problemstilling, men beretter om en stigende tendens til, at ambulancetjenesterne pålægges besparelser som følge af konkurrence på grund af udbudsrunder. Der nævnes også problemer med en flaskehals i uddannelsesområdet, som samlet set føre til underbemanding og kravøgning (Alexander, bilag 3, pp. 3-4; Birgit, bilag 4, p. 39). Disse tendenser afspejler også fund fra andre studier af belastninger i ambulancearbejdet (Regehr & Millar, 2007).

Jeg fandt desværre ikke empirisk materiale angående *kollektiv håndtering på sektorielt niveau*. Jeg håber derfor, at min undersøgelse kan inspirere til flere kvalitative studier af, hvordan reddernes faglige repræsentanter forsøger at håndtere generelle psykosociale arbejdsmiljøbelastninger og, mere specifikt, hvordan de håndterer moralsk stress i ambulancearbejdet.

I forhold til temaet *kendetegn ved processer, der fører til succesfuld selvforsoning*, understreger min undersøgelse, at spørgsmål som: "*Gjorde jeg nok?*" besvares relationelt (Jonsson & Segesten, 2004; Musto & Schreiber, 2012). Min undersøgelse viser, at succesfuld selvforsoning støttes af en dialogproces, som både skal indeholde og være fri for bestemte kvaliteter (Musto & Schreiber, 2012). Jeg har i den forbindelse identificeret nogle nuanceforskelle mellem den eksisterende forskning og mine egne fund ved at fremhæve, at dialogprocessen – udover de bekræftende og forstående kvaliteter – også skal indeholde faglige kvaliteter. Under hensyntagen til de professionsrelaterede forskelle mellem ambulancearbejde og sygepleje, hvor meget af den eksisterende forskning er foretaget, virker det sandsynligt, at dialogprocesser i ambulancearbejdet må indeholde andre eller flere kvaliteter for at føre til selvforsoning. Modsat sygeplejersker får reddere sjældent en naturlig afklaring på patientforløbet (Birgit, bilag 4, p. 17). Dette særlige forhold ved ambulancearbejdet kan medføre et behov for faglige kvaliteter. Disse kvaliteter støtter at redderne i at nærme sig en afklaring på hændelsesforløbet og danner afsæt for kompetenceudvikling – hvilket muliggør en succesfuld selvforsoning.

5.2 Diskussion af forskningskvalitet

I det følgende diskuterer jeg den forskningsmæssige kvalitet af min undersøgelse. Jeg tager udgangspunkt i syv kvalitetskriterier for kvalitativ forskning, som formuleret af Steinke (2004). Ifølge Steinke (2004, p. 187) er det vigtigste kvalitetskriterium *inter-subjekt forståelighed* af forskningsprocessen. Ved at dokumentere og gøre forskningsprocessen transparent øges sandsynligheden for, at den kan forstås og vurderes af andre. I den forbindelse har jeg gennem specialet bestræbt mig på at ekspliciter mine forståelser, antagelser og interesser i relation til emnet. Jeg har desuden tydeliggjort mit ontologiske og epistemologiske udgangspunkt for undersøgelsen. Dette omfatter min videnskabsteoretiske tilgang samt proceduren for empiriindsamling via kvalitative forskningsinterviews og mine konkrete overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguiden. Herudover har jeg eksplicit beskrevet rekrutteringsprocessen, den anvendte transskriptionskonvention samt analysemetoden. Jeg håber, at disse tydeliggørelser har skabt gennemsigtighed i forhold til mine valg og overvejelser undervejs i forskningsprocessen samt det grundlag, hvorpå mine fortolkninger er baseret.

En anden metode til at øge inter-subjekt forståelighed, er *peer debriefing*. Dette indebærer at diskutere projektet med en upartisk kollega, der har kendskab til området og metoden med henblik på at kvalificere forskerens fortolkninger samt sikre en mere ydmyg og ærlig tilgang (Steinke, 2004, p. 187; Lincoln & Guba, 1985, p. 308). I den forbindelse har jeg samarbejdet med en specialekollega, som har gennemgået mine analytiske fortolkninger og bidraget med kritisk refleksion i forhold til eventuelle personlige bias. Mit håb er, at denne proces har bidraget til mere afbalancerede konklusioner.

Det andet kvalitetskriterium er *kohærens i forskningsprocessen*, som handler om den interne sammenhæng i undersøgelsen (Steinke, 2004, pp. 188-189). Jeg har i den forbindelse bestræbt mig på at vælge empiriindsamlings- og analysemetoder, som både er velegnede til at besvare forskningsspørgsmålene og er metodisk forenelige.

Det tredje kvalitetskriterium omhandler, at undersøgelsen skal være *empirisk forankret*, hvilket betyder, at de analytiske fortolkninger skal baseres på konkrete empiriske eksempler (Steinke, 2004, p. 189). Jeg har i den forbindelse været inspireret af mit teoretiske afsæt i udarbejdelsen af interviewguiden og i de analytiske kodninger. Det har dog ikke været min intention at arbejde deduktivt med empirien. I stedet har teorien fungeret som pejlemærke i kortlægningen af årsager til moralsk stress samt

manifestationer og håndteringsstrategier. Jeg har i den sammenhæng bestræbt mig på at lade reddernes egne oplevelser og erfaringer være styrende for de fortolkninger og konklusioner, jeg har draget.

Det fjerde kvalitetskriterium vedrører en vurdering af undersøgelsens *begrænsninger* og *overføringsværdi* (Steinke, 2004, p. 189). Ifølge Lincoln & Cuba (1985, p. 316) er det dog ikke den kvalitative forskers ansvar at fastslå overføringsværdien af undersøgelsen til andre kontekster, men det er forskerens ansvar at give tilstrækkelig kontekst, så andre kan foretage denne. Dette gøres gennem *tykke beskrivelser* af undersøgelsens kontekst og af fortolkningernes grundlag. Jeg har derfor bestræbt mig på at eksplicitere konteksten for undersøgelsen, herunder rekrutteringen af deltagere samt deres baggrunde og karakteristika og den metodiske fremgangsmåde. Derudover har jeg anvendt rige citater for at underbygge mine fortolkninger og give læseren tilstrækkelig indsigt i empirien.

Det femte kvalitetskriterium er *kohærens* forstået som forskerens evne til at identificere og reflektere over tvetydigheder og modsigelser i empirien og analysen (Steinke, 2004, p. 190). Jeg har i løbet af projektet forsøgt at adressere og afklare de afvigelser og modsigelser, der opstod mellem empirien, fortolkningerne og det teoretiske afsæt.

Det sjette kvalitetskriterium er *reflekteret subjektivitet*, som handler om i hvilken grad forskerens egne forforståelser, interesser og baggrund inddrages og reflekteres i undersøgelsen (Steinke, 2004, p. 190). Jeg har i den forbindelse redegjort for min personlige baggrund og motivation for specialet for at give læseren indblik i mine perspektiver og positionering, så disse har været tydelige for læseren.

Det syvende og sidste kvalitetskriterium er *relevans*, hvilket vil sige, om undersøgelsens resultater har praktisk anvendelig og betydning (Steinke, 2004, p. 190). I specialets indledning har jeg præciseret projektets relevans, herunder ønsket om at give stemme til reddernes oplevelser af moralsk stress. Jeg vil særlig fremhæve to bidrag som væsentlige: 1) identifikationen af manglende afklaring og uvished som både en selvstændig og forstærkende faktor for moralsk stress, og 2) betydningen af faglige kvaliteter i dialogprocesser som led i selvforsoning. Jeg uddyber i det næste afsnit undersøgelsens praktiske anvendelighed ved at præsentere, hvilke udbytter forskellige interessentgrupper kan få ud af specialets resultater.

5.3 Potentielle udbytter af undersøgelsens fund

I det følgende skitserer jeg afslutningsvis nogle potentielle udbytter af undersøgelsens fund for forskellige interessentgrupper med tilknytning til ambulancetjenesten: Disse omfatter: 1) *Borgere og fremtidige brugere af ambulancetjenesten*, 2) *arbejdsgivere og ledelsesrepræsentanter*, 3) *ambulancereddere og deres faglige repræsentanter*, 4) *psykologer, der arbejder med stressramte ambulancereddere* og 5) *forskere med interesse for ambulancearbejde*.

5.3.1 Borgere og fremtidige brugere af ambulancetjenesten

For den almene borger, er det mit håb at undersøgelsen kan give indblik i forhold, der kan udløse moralsk stress i ambulancearbejdet. Et sådant indblik kan måske afhjælpe eller mindske frustrationer relateret til oplevelser med ambulancetjenesten – eksempelvis klager over lange responstider eller forestillinger om, at redderne ikke skynder sig nok. Jeg håber, at undersøgelsen kan bidrage til en forståelse for, at sådanne forhold ofte er forankret i organisatoriske strukturer snarere end i reddernes individuelle vilje eller kompetence.

Derudover håber jeg at undersøgelsen kan give indblik i forhold, der bidrager til at mindske moralsk stress i ambulancearbejdet – herunder vigtigheden af afklaring af patientforløb. Dette indblik kan inspirere borgere eller pårørende til at sende en opfølgende notits til redderne med afklaring på forløbene. Et forslag kunne i den forbindelse være, at hospitaler udarbejder en brochure, som opfordrer til dette – naturligvis med det forbehold at eventuel uddeling af brochure skal være under iagttagelse af borgernes og eventuelt deres pårørendes tilstande. En sådan praksis kan muligvis lindre noget af den uvished, som redderne oplever, og som det ellers kan være vanskeligt at intervenere mod grundet lovgivning.

5.3.2 Ambulancereddere og faglige repræsentanter

For ambulancereddere og deres faglige repræsentanter er det mit håb, at undersøgelsen kan bidrage med indsigt i de faktorer, der giver anledning til moralsk stress i ambulancetjenesten. Dette kan danne grundlag for dialoger om lokale belastningsmønstre og mulige tiltag rettet mod disse. Undersøgelsen giver desuden indblik i måder, hvorpå moralsk stress håndteres, hvilket kan bidrage til en afstigmatisering af både oplevelsen

af moralsk stress og de tilknyttede håndteringsstrategier. Jeg håber, at dette kan styrke eksisterende kollektive håndteringsstrategier og inspirere til udvikling af nye. Desuden håber jeg, at undersøgelsen kan bidrage til den fagpolitiske debat og praksis omkring reduktion af psykosociale arbejdsmiljøbelastninger generelt og moralsk stress specifikt i ambulancearbejdet.

5.3.3 Arbejdsgivere og ledelsesrepræsentanter i ambulancetjenesten

For arbejdsgivere og ledelsesrepræsentanter er det mit håb, at undersøgelsen kan skabe forståelse for, hvordan moralsk stress opstår og opleves, samt hvordan det håndteres. Denne viden kan anvendes til at reflektere over nuværende organisatoriske praksisser og overveje alternative tiltag. For eksempel kan man udvikle alternativer til formel debriefing, som af flere redderne opfattes som utilstrækkelige, især når andre aktører som hospitalsansatte og politi, er til stede (Birgit, bilag 4, p. 35). I stedet kunne man overveje indsatser rettet mod at styrke de uformelle kollektive støttestrukturer og interne kollegiale debriefinger. Man kunne også overveje mere fleksible kriterier for rekvirering af psykologisk krisehjælp, hvor hjælpen ikke udelukkende udløses af hændelsens kategori, men også af reddernes individuelle behov. Endelig kunne man støtte tendensen til, at krisehjælpen varetages internt i de uformelle kollegiale relationer ved at tilbyde redderne formel uddannelse i at varetage denne funktion.

5.3.4 Psykologer, der har stressramte ambulancereddere i behandling

For psykologer, der arbejder med stressramte ambulancereddere, kan undersøgelsen bidrage med indblik i de forhold og dynamikker, som medfører moralsk stress. Dette inkluderer forhold, der kan føre til selvbevidste moralske følelser som skyld og skam – følelser, som kan tænkes at udgøre et forholdsvist centralt aspekt i terapien med denne gruppe.

Desuden peger undersøgelsen på betydningen af dialog og håndteringsfællesskaber som midler til at opnå selvforsoning. I den forbindelse er det mit håb at have vist det sociale og relationelle aspekt i forhold til håndteringen af moralsk stress i ambulancearbejdet. Det er mit håb, at dette indblik kan inspirere til et socialpsykologisk

perspektiv i behandlingen af moralsk stress – i modsætning til et ensidigt individorienteret fokus.

I forhold til psykologisk praksis indebærer et mere socialpsykologisk perspektiv på problemstillingen et fokus på reddernes symptombilleder, der transcenderer de traditionelle trusselalarmeringstilstande og følelser i form af vrede og angst, og som inkluderer et fokus på selvbevidste følelser som skyld og skam. Et fokus på disse selvbevidste følelser, implicerer således et terapeutisk fokus på, hvorvidt redderen føler sig værdsat eller devalueret af andre, og hvorvidt redderen oplever sig som tilstrækkelig i forhold til de krav, de konfronteres med (Pedersen, 2014, p. 209). Det terapeutiske fokus bør derfor inkludere en udforskning og kortlægning af redderens selvbevidste følelser med henblik på at relatere disse emotioner til enten redderens egne handlinger eller til handlinger, der kan relateres til den sociale og organisatoriske kontekst, som de er indlejret i.

Hvis redderens selvbevidste følelser vedrører egne handlinger, for eksempel ved at have svigtet patienten, samarbejdsinstanser og kollegaer grundet uopmærksomhed eller generelle fejl, bør psykologen samarbejde med redderen om at forebygge lignende handlinger i fremtiden, samt hvordan redderen kan genetablere et sundt og normalt forhold til eventuelle forurettede. Hvis redderens handlinger i stedet kan relateres til organisatoriske forhold som for eksempel vagtplanens struktur eller underbemanding og kravøgning med udmattelse og potentielle fejl til følge, bør det terapeutiske fokus rettes mod at øge reddernes bevidsthed om disse forholds betydning for deres handlinger. Formålet er i den henseende at forsøge at frigøre redderen fra selvbebrejdelser ved at perspektivere problemet til den bredere kontekst af velfærdssystemet og de organisatoriske forhold og dermed mindske oplevelsen af personlig utilstrækkelighed (Musto & Schreiber, 2012).

5.3.5 Forskere med interesse for ambulancearbejdet

Endelig håber jeg, at undersøgelsen kan inspirere forskere til at undersøge moralsk stress i ambulancearbejdet nærmere. Undervejs i specialet har jeg i den forbindelse udpeget nogle videnshuller til inspiration for anlæggelse af flere kvalitative studier af moralsk stress. Jeg håber især at undersøgelsen har bidraget til en fornyet interesse i, hvordan sociale støttestrukturer og kollektive kan påvirkes – både positivt og negativt – af organisatoriske forhold.

Kapitel 6 Konklusion

Dette speciale har haft som formål at kortlægge de hændelsesforløb eller konflikter, der giver anledning til moralsk stress i ambulancearbejdet samt hvordan denne form for stress manifesterer sig. Specialet har desuden haft som formål at kortlægge, hvordan ambulanceredderne forsøger at håndtere moralsk stress samt at belyse kendetegnene ved de processer, der fører til succesfuld selvforsoning.

For at undersøge ovenstående problemstillinger skitserede jeg først en teoretisk ramme, hvor jeg redegjorde for og diskuterede definitioner og teoretiseringer af moralsk stress. Herpå blev det klart, at en tilstrækkelig teoretisering må inkludere flere forhold end blot moralske begrænsninger som årsager til moralsk stress. Det blev også tydeligt, at teoretiseringen af moralsk stress også må forholde sig til de komplekse sociopolitiske forhold, som fænomenet udspiller sig i. Jeg har i den forbindelse også skitseret en teoretisk ramme for både individuel og kollektiv håndtering af moralsk stress.

Herefter fremlagde jeg mine metodiske overvejelser i forhold til gennemførelsen af min undersøgelse. Jeg præsenterede mit videnskabsteoretiske udgangspunkt i pragmatismen samt mit undersøgelsesdesign bestående af det kvalitative forskningsinterview og tematisk analyse som henholdsvis dataindsamlings- og analysemetode. Jeg har desuden redegjort for mine etiske overvejelser i forbindelse med undersøgelsens gennemførelse.

Dernæst præsenterede jeg analysen. Et første forhold, der kan give anledning til moralsk stress i ambulancetjenesten, er forhindringer for moralsk handlen, hvor der kan skelnes mellem eksterne og interne begrænsninger. Eksempler på eksterne begrænsninger er institutionelle og hierarkiske forhindringer for at give medicin, tvangsindlægge patienter og køre patienter til mere hensigtsmæssige hospitaler. Eksempler på interne begrænsninger er oplevede kompetencemangler og kognitive begrænsninger som uopmærksomhed, der kan skyldes træthed og udmattelse. Et andet forhold er moralsk usikkerhed i form af manglende afklaring og uvished, hvilket både kan være en vigtig selvstændig årsag til og en forstærkende faktor for andre årsager til moralsk stress. Et tredje forhold er moralske konflikter, eksempelvis mellem hensynet til patientens sikkerhed og hensynet til redderens egen sikkerhed eller konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til at gøre, hvad redderen vurderer er bedst

for patienten. Et fjerde forhold er forsinket moralsk stress, som opstår ved en senere erkendelse af at have handlet forkert undervejs i behandlingsprocessen.

Jeg gennemgik dernæst de manifestationer, der er forbundne med moralsk stress. Eksterne begrænsninger er typisk forbundet med frustration, afmagt og sympati for patienten, mens interne begrænsninger typisk er forbundet med selvbebrejdelser, skyld, skam, rumination og søvnproblemer. Manglende afklaring og uvished er typisk forbundet med rumination, frustration og afmagt, og moralske konflikter er typisk forbundet med skyld, rumination og søvnbesvær. Oplevelsen af at have handlet forkert er forbundet med selvbebrejdelser.

I relation til reddernes håndteringsstrategier skelnede jeg mellem individuel håndtering og både ubevidst- og bevidst kollektiv håndtering på organisatorisk niveau. Ambulancereddere forsøger individuelt at håndtere moralsk stress med både problem- og emotionsfokuserede strategier. Eksterne begrænsninger forsøges håndteret ved for eksempel at kontakte eksterne læger, bryde reglerne eller gemme sig bag protokollerne, mens interne begrænsninger forsøges håndteret med rationaliseringer i form af at nedtone egne fejl. Manglende afklaring og uvished forsøges håndteret ved at opsøge sundhedsprofessionelle for at få afklaring og kollegaer for at få støtte eller ved mere undgående strategier som brugen af mindfulness og at lade hændelserne ligge. Moralske konflikter forsøges håndteret med rationaliseringer i form af ansvarsfraskrivelse og hensynsafvejninger, og oplevelsen af at have handlet forkert forsøges håndteret med sikkerhedsadfærd og rationaliseringer. En central pointe i mit speciale er, at redderne har vanskeligt med at håndtere moralsk stress individuelt.

Vedrørende reddernes kollektive håndtering fandt jeg, at de ældre reddere dyrker en kollektiv maskulinitetskultur, hvor arbejdets iboende sårbarheder benægtes og gøres illegitimt at tale om. De tilhørende diskurser har også betydning for yngre redderes håndteringsmuligheder. På et bevidst niveau anvendes kollegiale fællesskaber og sort humor som ventiler for de belastende oplevelser. Her er det afgørende, at de kollegiale dialoger indeholder bekræftende, forstående og faglige kvaliteter og ikke præges af afvisning for at kunne føre til en succesfuld selvforsoning.

Jeg afsluttede specialet med en diskussion, hvor jeg relaterede undersøgelsens fund til den eksisterende forskning. Min undersøgelse både afspejler og komplementerer meget af den tidligere forskning. Det mest markante bidrag er identifikationen af manglende afklaring og uvished som selvstændige og forstærkende faktorer for moralsk stress samt betydningen af faglige kvaliteter i kollegiale dialoger. Jeg diskuterede

også nogle styrker og svagheder ved min undersøgelse. En styrke er forsøget på at koble manifestationer og håndteringsstrategier til specifikke årsager til moralsk stress og at belyse belastningssammenspil. En svaghed er en mulig statisk fremstilling af reddernes håndtering relativt til det dynamiske og komplekse ambulancearbejde og en underbetoning af deres indbyrdes forbundethed i arbejdet.

Med hensyn til undersøgelsens forskningskvalitet har jeg bestræbt mig på at opretholde en høj standard gennem intersubjektiv forståelighed, forskningsmæssighed kohærens samt transparens og refleksion over egne forforståelser og en solid empirisk forankring ved brug af rige og fyldige citater.

Afslutningsvis præsenterede jeg en række forhåbninger om, hvordan specialet kan bidrage til praksis. Eksempelvis anbefales det, at hospitaler udarbejder brochurer, der opfordrer patienter til at opsøge redderne og give dem afklaring om patientforløbet. Det anbefales også, at redderne uddannes i årsager til og håndtering af moralsk stress med henblik på at afstigmatisere fænomenet. For ledelsesrepræsentanter og arbejdsgivere er håbet, at der overvejes alternativer til de strukturer, der giver anledning til moralsk stress, og bidrage til at styrke reddernes kollektive håndteringsmuligheder. Endelig er mit håb, at psykologer vil anlægge et socialpsykologisk perspektiv i behandlingen af moralsk hos stressramte ambulancereddere.

Bilag

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Samtykkeerklæring

Bilag 3: Transskription af interview med Alexander

Bilag 4: Transskription af interview med Birgit

Bilag 5: Transskription af interview med Carsten

Pensumoppgørelse

- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76–81. 10.1192/bjp.178.1.76 (5 s)
- Alvesson, M. (2003). Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *The Academy of Management Review*, 28(1), 13–33. 10.2307/30040687 (21 s, **genbrug**)
- Alvesson, M. (2023). *Interpreting Interviews* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd. (153 s)
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lernermeier, G. (2010). To Stay or To Go, To Speak or Stay Silent, To Act or Not To Act: Moral Distress as Experienced by Psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197–212. 10.1207/s15327019eb1503_1 (16 s, **genbrug**)
- Barbee, A. P., Fallat, M. E., Forest, R., McClure, M. E., Henry, K., & Cunningham, M. R. (2016). EMS Perspectives on Coping with Child Death in an Out-of-Hospital Setting. *Journal of Loss & Trauma*, 21(6), 455–470. 10.1080/15325024.2015.1117929 (16 s)
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An Interpersonal Approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267. 10.1037/0033-2909.115.2.243 (25 s)
- Blidsøe, P. (2013). *Reddernes oplevelser og håndtering af psykiske påvirkninger i Ambulancetjenesten*. Reddernes Udviklingssekretariat. (68 s, **genbrug**)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. 10.1191/1478088706qp063oa (25 s)
- Brinkmann, S. (2013). Epistemologiske aspekter ved arbejde med hverdagslivsmateriale. In S. Brinkmann (Ed.), *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet* (pp. 54–79). Hans Reitzels Forlag. (26 s)
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2016). A Broader Understanding of Moral Distress. *American Journal of Bioethics*, 16(12), 2–9. 10.1080/15265161.2016.1239782 (8 s)

-
- Davis, A. J., & Fowler, M. (2018). Moral Distress in Nursing: Looking Back to Move Forward. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 23–33). Springer International Publishing AG. 10.1007/978-3-319-64626-8_3 **(11 s)**
- Deady, R., & McCarthy, J. (2010). A Study of the Situations, Features, and Coping Mechanisms Experienced by Irish Psychiatric Nurses Experiencing Moral Distress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 209–220. 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x **(12 s, genbrug)**
- Dropkin, J., Moline, J., Power, P. M., & Kim, H. (2015). A qualitative study of health problems, risk factors, and prevention among Emergency Medical Service workers. *Work*, 52(4), 935–951. 10.3233/WOR-152139 **(17 s, genbrug)**
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6th ed.). Sage Publications. **Heri kapitel 15 (216-253) og 24 (433-447) (53 s)**
- Forozeiya, D., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F. F., Moreau, D., & Wright, D. K. (2019). Coping with moral distress – The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 23–29. 10.1016/j.iccn.2019.03.002 **(7 s, genbrug)**
- Fourie, C. (2015). Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. *Bioethics*, 29(2), 91–97. 10.1111/bioe.12064 **(7 s)**
- Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1–9. 10.1080/21507716.2011.652337 **(9 s)**
- Handy, J. (1995). Rethinking Stress: Seeing the Collective. In T. Newton (Ed.), *Managing stress: emotion and power at work* (pp. 85–96). Sage Publications Ltd. **(12 s)**
- Jafari, M., Hosseini, M., Bagher Maddah, S., Khankeh, H., & Ebadi, A. (2019). Factors behind moral distress among Iranian emergency medical services staff: A qualitative study into their experiences. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(4), 195–202. 10.4103/nms.nms_69_18 **(8 s)**
-

-
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542–551. **(10 s)**
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice*. Prentice-Hall. **(298 s)**
- Johnstone, M., & Hutchinson, A. (2015). ‘Moral distress’ – time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*, 22(1), 5–14. 10.1177/0969733013505312 **(10 s)**
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 20(1), 79–84. 10.1136/emj.20.1.79 **(6 s)**
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 215–223. 10.1016/j.aaen.2004.05.001**(9 s, genbrug)**
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine* (1982), 58(6), 1075–1084. 10.1016/S0277-9536(03)00279-X **(10 s)**
- Karpatschof, B. (1995). Den dybdeborende interviewer - og den gennemborede interviewperson. *Psyke & Logos*, 16(1), 219–225. 10.7146/pl.v16i1.134143 **(7 s)**
- Karpatschof, B. (2007). *Psykologiske undersøgelsesmetoder*. Frydenlund. **(56 s)**
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1134–1145. 10.1046/j.1365-2648.1998.00810.x **(12 s)**
- Korczynski, M. (2003). Communities of Coping: Collective Emotional Labour in Service Work. *Organization (London, England)*, 10(1), 55–79. 10.1177/1350508403010001479 **(25 s, genbrug)**
- Krebs, D. L. (2022). *Survival of the Virtuous: How We Became a Moral Animal*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197629482.001.0001> **(263 s)**
-

-
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Etiske spørgsmål i forbindelse med interview. In S. Kvale, & S. Brinkmann (Eds.), *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3rd ed., pp. 105–126). Hans Reitzels Forlag. **(22 s)**
- Kyed, M. (2014). *John Wayne og Tarzan arbejder her ikke længere: En etnografisk fortælling om maskulinitet, sikkerhed og "redderskab"* (Ph.d.-afhandling). **(286 s)**
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. In R. S. Lazarus, & S. Folkman (Eds.), *Stress, Appraisal and Coping* (pp. 141–180). Springer Publishing Company, Incorporated. **(40 s)**
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing Trustworthiness. In Y. S. Lincoln, & E. G. Guba (Eds.), *Naturalistic inquiry* (pp. 289–331). Sage. **(43 s)**
- Malachowski, A. (2013). Introduction: the pragmatist orientation. In A. Malachowski (Ed.), *The Cambridge Companion to Pragmatism* (pp. 1–14). Cambridge University Press. 10.1017/CCO9781139022132.002 **(15 s)**
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262. 10.1177/0969733007086023 **(7 s)**
- Menzies, I. E. P. (1960). A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations (New York)*, 13(2), 95–121. 10.1177/001872676001300201 **(27 s, genbrug)**
- Morgan, G. (2006). Interests, Conflicts, and Power: Organizations as Political Systems. In G. Morgan (Ed.), *Images of Organization* (Updated ed., pp. 149–206). Sage Publications. **(58 s, genbrug)**
- Musto, L. C., & Rodney, P. A. (2016). Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nursing Philosophy*, 17(2), 75–87. 10.1111/nup.12104 **(13 s)**
- Musto, L., & Rodney, P. (2018). What We Know About Moral Distress. In C. Grady, & C. M. Ulrich (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 9–20). Springer International Publishing AG. 10.1007/978-3-319-64626-8_2 **(12 s)**
-

-
- Musto, L., & Schreiber, R. S. (2012). Doing the Best I Can Do: Moral Distress in Adolescent Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 137–144. 10.3109/01612840.2011.641069 **(8 s, genbrug)**
- Nesse, R. M. (2019). *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. Penguin Books. **(363 s)**
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. 10.1177/0969733013502803 **(17 s, genbrug)**
- Palmer, E. (1983). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56(1), 83–86. 10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x **(4 s, genbrug)**
- Pavlish, C. L., Robinson, E. M., Brown-Saltzman, K., & Henriksen, J. (2018). Moral Distress Research Agenda. In C. Grady, & C. M. Ulrich (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 103–125). Springer International Publishing AG. 10.1007/978-3-319-64626-8_7 **(23 s)**
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD-and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897–909. 10.1007/s00127-018-1539-5 **(13 s, genbrug)**
- Rai, S. D., & Soon, M. M. L. S. (2018). Truth Telling and Moral Distress: A Singaporean Perspective. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 144–158). Springer International Publishing AG. **(15 s)**
- Regehr, C., & Bober, T. (2005). Help or Hindrance? Stress and the Emergency Service Organisation. In C. Regehr, & T. Bober (Eds.), *In the Line of Fire: Trauma in the Emergency Services* (pp. 82–98). Oxford University Press. **(17 s, genbrug)**
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. 10.1037/0002-9432.72.4.505 **(9 s, genbrug)**
-

-
- Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation Critical: High Demand, Low Control, and Low Support in Paramedic Organizations. *Traumatology (Tallahassee, Fla.)*, 13(1), 49–58. 10.1177/1534765607299912 **(10 s, genbrug)**
- Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2009). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *JBIS Library of Systematic Reviews*, 7(28), 1234–1291. 10.11124/jbisrir-2009-209 **(58 s)**
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *The American Psychologist*, 41(7), 813–819. 10.1037/0003-066X.41.7.813 **(7 s)**
- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Penguin Press. **Heri kapitel 10 (328-386), 13 (478-520) og 15 (521-551) i alt 135 s**
- Steen, E., Næss, A. C., & Steen, P. A. (1997). Paramedics organizational culture and their care for relatives of cardiac arrest victims. *Resuscitation*, 34(1), 57–63. 10.1016/S0300-9572(96)01045-3 **(7 s)**
- Steinke, I. (2004). Quality Criteria in Qualitative Research. In U. Flick, E. Kardoff. V & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 184–190). SAGE. **(7 s, genbrug)**
- Sterud, T., Ekeberg, Ø, & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 6(1), 82–92. 10.1186/1472-6963-6-82 **(11 s)**
- Pedersen, B. T. (2014). Konklusion: Selv, skam og stress. In B. T. Pedersen (Ed.), *Klinisk socialpsykologi: casestudier fra en arbejdspsykologisk behandlingspraksis* (1st ed., pp. 207–223). Aalborg Universitetsforlag. **(17 s)**
- Ulrich, C. M., & Grady, C. (2018). Introduction. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 1–7). Springer International Publishing. 10.1007/978-3-319-64626-8_1 **(7 s)**
- Walton, M. K. (2018). Sources of Moral Distress. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions (2018)* (1st ed., pp. 79–95). Springer International Publishing. 10.1007/978-3-319-64626-8 **(16 s)**
-

Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 23(1), 16–29. 10.1111/j.1744-6198.1987.tb00794.x **(14 s)**

Total: **2486 sider** vejledergodkendt pensumlitteratur heraf **345 sider** genbrugt

Referencer

- Alexander, D. A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76–81. 10.1192/bjp.178.1.76
- Alvesson, M. (2003). Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *The Academy of Management Review*, 28(1), 13–33. 10.2307/30040687
- Alvesson, M. (2023). *Interpreting Interviews* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lernermeier, G. (2010). To Stay or To Go, To Speak or Stay Silent, To Act or Not To Act: Moral Distress as Experienced by Psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197–212. 10.1207/s15327019eb1503_1
- Barbee, A. P., Fallat, M. E., Forest, R., McClure, M. E., Henry, K., & Cunningham, M. R. (2016). EMS Perspectives on Coping with Child Death in an Out-of-Hospital Setting. *Journal of Loss & Trauma*, 21(6), 455–470. 10.1080/15325024.2015.1117929
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An Interpersonal Approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267. 10.1037/0033-2909.115.2.243
- Blidsøe, P. (2013). *Reddernes oplevelser og håndtering af psykiske påvirkninger i Ambulancetjenesten*. Reddernes Udviklingssekretariat.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Brinkmann, S. (2013). Epistemologiske aspekter ved arbejde med hverdagslivsmateriale. In S. Brinkmann (Ed.), *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet* (pp. 54–79). Hans Reitzels Forlag.
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2016). A Broader Understanding of Moral Distress. *American Journal of Bioethics*, 16(12), 2–9. 10.1080/15265161.2016.1239782

-
- Davis, A. J., & Fowler, M. (2018). Moral Distress in Nursing: Looking Back to Move Forward. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 23–33). Springer International Publishing AG. 10.1007/978-3-319-64626-8_3
- Deady, R., & McCarthy, J. (2010). A Study of the Situations, Features, and Coping Mechanisms Experienced by Irish Psychiatric Nurses Experiencing Moral Distress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 209–220. 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x
- Dropkin, J., Moline, J., Power, P. M., & Kim, H. (2015). A qualitative study of health problems, risk factors, and prevention among Emergency Medical Service workers. *Work*, 52(4), 935–951. 10.3233/WOR-152139
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6th ed.). Sage Publications. **Heri kapitel 15 og 24**
- Forozeiya, D., Vanderspank-Wright, B., Bourbonnais, F. F., Moreau, D., & Wright, D. K. (2019). Coping with moral distress – The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 23–29. 10.1016/j.iccn.2019.03.002
- Fourie, C. (2015). Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. *Bioethics*, 29(2), 91–97. 10.1111/bioe.12064
- Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1–9. 10.1080/21507716.2011.652337
- Handy, J. (1995). Rethinking Stress: Seeing the Collective. In T. Newton (Ed.), *Managing stress: emotion and power at work* (pp. 85–96). Sage Publications Ltd.
- Jafari, M., Hosseini, M., Bagher Maddah, S., Khankeh, H., & Ebadi, A. (2019). Factors behind moral distress among Iranian emergency medical services staff: A qualitative study into their experiences. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(4), 195–202. 10.4103/nms.nms_69_18

-
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542–551.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice*. Prentice-Hall.
- Johnstone, M., & Hutchinson, A. (2015). ‘Moral distress’ – time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*, 22(1), 5–14. 10.1177/0969733013505312
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 20(1), 79–84. 10.1136/emj.20.1.79
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 215–223. 10.1016/j.aaen.2004.05.001
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine* (1982), 58(6), 1075–1084. 10.1016/S0277-9536(03)00279-X
- Karpatschof, B. (1995). Den dybdeborende interviewer - og den gennemborede interviewperson. *Psyke & Logos*, 16(1), 219–225. 10.7146/pl.v16i1.134143
- Karpatschof, B. (2007). *Psykologiske undersøgelsesmetoder*. Frydenlund.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1134–1145. 10.1046/j.1365-2648.1998.00810.x
- Korczynski, M. (2003). Communities of Coping: Collective Emotional Labour in Service Work. *Organization (London, England)*, 10(1), 55–79. 10.1177/1350508403010001479
- Krebs, D. L. (2022). *Survival of the Virtuous: How We Became a Moral Animal*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197629482.001.0001>

-
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview. In S. Kvale, & S. Brinkmann (Eds.), *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3rd ed., pp. 105–126). Hans Reitzels Forlag.
- Kyed, M. (2014). *John Wayne og Tarzan arbejder her ikke længere: En etnografisk fortælling om maskulinitet, sikkerhed og "redderskab"* (Ph.d.-afhandling).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. In R. S. Lazarus, & S. Folkman (Eds.), *Stress, Appraisal and Coping* (pp. 141–180). Springer Publishing Company, Incorporated.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing Trustworthiness. In Y. S. Lincoln, & E. G. Guba (Eds.), *Naturalistic inquiry* (pp. 289–331). Sage.
- Malachowski, A. (2013). Introduction: the pragmatist orientation. In A. Malachowski (Ed.), *The Cambridge Companion to Pragmatism* (pp. 1–14). Cambridge University Press. 10.1017/CCO9781139022132.002
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262. 10.1177/0969733007086023
- Menzies, I. E. P. (1960). A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations (New York)*, 13(2), 95–121. 10.1177/001872676001300201
- Morgan, G. (2006). Interests, Conflicts, and Power: Organizations as Political Systems. In G. Morgan (Ed.), *Images of Organization* (Updated ed., pp. 149–206). Sage Publications.
- Musto, L. C., & Rodney, P. A. (2016). Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nursing Philosophy*, 17(2), 75–87. 10.1111/nup.12104
- Musto, L., & Rodney, P. (2018). What We Know About Moral Distress. In C. Grady, & C. M. Ulrich (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 9–20). Springer International Publishing AG. 10.1007/978-3-319-64626-8_2
-

-
- Musto, L., & Schreiber, R. S. (2012). Doing the Best I Can Do: Moral Distress in Adolescent Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 137–144. 10.3109/01612840.2011.641069
- Nesse, R. M. (2019). *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. Penguin Books.
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. 10.1177/0969733013502803
- Palmer, E. (1983). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56(1), 83–86. 10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD-and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897–909. 10.1007/s00127-018-1539-5
- Rai, S. D., & Soon, M. M. L. S. (2018). Truth Telling and Moral Distress: A Singaporean Perspective. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 144–158). Springer International Publishing AG.
- Regehr, C., & Bober, T. (2005). Help or Hindrance? Stress and the Emergency Service Organisation. In C. Regehr, & T. Bober (Eds.), *In the Line of Fire: Trauma in the Emergency Services* (pp. 82–98). Oxford University Press.
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. 10.1037/0002-9432.72.4.505
- Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation Critical: High Demand, Low Control, and Low Support in Paramedic Organizations. *Traumatology (Tallahassee, Fla.)*, 13(1), 49–58. 10.1177/1534765607299912
- Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2009). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 7(28), 1234–1291. 10.11124/jbisrir-2009-209
-

-
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *The American Psychologist*, 41(7), 813–819. 10.1037/0003-066X.41.7.813
- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Penguin Press. **Heri kapitel 13**
- Steen, E., Næss, A. C., & Steen, P. A. (1997). Paramedics organizational culture and their care for relatives of cardiac arrest victims. *Resuscitation*, 34(1), 57–63. 10.1016/S0300-9572(96)01045-3
- Steinke, I. (2004). Quality Criteria in Qualitative Research. In U. Flick, E. Kardoff. V & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 184–190). SAGE.
- Sterud, T., Ekeberg, Ø, & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 6(1), 82–92. 10.1186/1472-6963-6-82
- Pedersen, B. T. (2014). Konklusion: Selv, skam og stress. In B. T. Pedersen (Ed.), *Klinisk socialpsykologi: casestudier fra en arbejdspsykologisk behandlingspraksis* (1st ed., pp. 207–223). Aalborg Universitetsforlag.
- Walton, M. K. (2018). Sources of Moral Distress. In C. M. Ulrich, & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions (2018)* (1st ed., pp. 79–95). Springer International Publishing. 10.1007/978-3-319-64626-8
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 23(1), 16–29. 10.1111/j.1744-6198.1987.tb00794.x