



When duty to care causes collective sorrow and shame: assessing and addressing moral distress in intensive care unit clinicians

Kimia Honarmand, MD, MSc · Valerie Danesh, PhD, RN

Received: 13 July 2022 / Revised: 13 July 2022 / Accepted: 13 July 2022 / Published online: 23 August 2022
© Canadian Anesthesiologists' Society 2022

Moral distress is the psychological suffering experienced by individuals who feel constrained, often by institutional or hierarchical pressures, to act in ways that are contrary to their core values.¹ Moral distress is common in healthcare and is a potential mediator of compassion fatigue, decreased job satisfaction, and clinician burnout,^{2,3} the latter characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced professional efficacy.⁴ The Canadian Medical Association describes four elements that are common in moral distress: 1) feeling that one is complicit in wrongdoing, 2) the belief that one has insight and knowledge relevant to the situation but these are not heard, 3) the belief that the standards in one's profession are impossible to carry out, and 4) moral residue, in which repeated experiences of moral distress heighten an individual's distress in subsequent occurrences.⁵

Intensive care unit (ICU) clinicians care for the sickest, most vulnerable patients and their family members in a climate where ethical dilemmas and collision of moral values can be abundant. Unsurprisingly, many studies have reported that moral distress experienced by ICU clinicians is ubiquitous.^{6,7} Previous studies have described the contextual factors that lead to moral distress among ICU clinicians.⁸ But few studies have evaluated specific

interventions to reduce the burden of moral distress experienced by ICU clinicians.

In this issue of the *Journal*, Drs Dodek, Jameson, and Chevalier advance the field of moral distress in critical care by proposing a combined approach of assessing and addressing moral distress among a group of eight clinician-participants in one community ICU.⁹ Their case study approach centres around a patient in his 60s who had experienced anoxic brain injury after an in-hospital cardiac arrest and had been receiving care in the ICU for the past two months. This case was selected by the clinician-participants as a source of considerable moral distress because the clinician-participants believed that the care they were compelled to provide based on professional requirements and at the request of the patient's next-of-kin was contrary to the patient's prior expressed wishes. Working through an eight-step Moral Conflict Assessment approach, six nurses and two allied health professionals identified the root causes of their moral conflict related to their care of this patient, the impact on their personal and professional lives, their personal coping strategies, and the factors that hindered and those that helped mitigate their level of moral distress. The process culminated in a list of contextualized recommendations, generated by the clinician-participants, which they believed could reduce the hindering factors and amplify the helping factors.

That participants in this study described their feelings around their care of this patient as “shame and sorrow” is both striking and yet a pervasive part of the critical care setting. How many among us have experienced, at one point or another, inner conflict around aggressive interventions we are providing to a patient we know will not benefit, yet feel compelled to deliver such interventions because of deference to family's wishes, capitulation to institutional or professional requirements, or at times to

K. Honarmand, MD, MSc (✉)
Critical Care Medicine, Mackenzie Health, Vaughan, ON,
Canada
e-mail: Kimia.Honarmand@medportal.ca

V. Danesh, PhD, RN
Center for Applied Health Research, Baylor Scott & White
Health, Dallas, TX, USA

avoid going “against the grain” in our local setting? And therein lies the “shame and sorrow” that the participants in Dodek *et al.*⁹ so aptly describe.

The unique hybridized approach to assessment and intervention used by Dodek *et al.*⁹ was framed within the context of Participatory Action Research, in which clinician-participants were guided through developing recommendations by frontline ICU clinicians. The origins of Participatory Action Research have rested largely in social science and public health,¹⁰ with relevance to other fields including patient recovery and rehabilitation (e.g., stroke, cancer),¹¹ and now in the ICU setting as showed by Dodek *et al.*⁹

The Participatory Action Research approach to Moral Conflict Assessment shares similarities with other programs that focus on the experiential aspects of delivering acute care. For example, *Schwartz rounds* are an organization-level intervention that focus on the emotional and social aspects of delivering healthcare. They are often administered by monthly case-based facilitated rounds involving clinical and nonclinical (e.g., spiritual care) healthcare workers. *Schwartz rounds* have been adopted in the USA and the UK and new uptake occurring in Canada, Australia, and other regions.¹²

Effective facilitation in the Moral Conflict Assessment intervention entails guiding participants to consider strategies to reduce hindering factors and amplify helping factors, akin to approaches used in *motivational interviewing*.¹¹ The foundational tenet of motivational interviewing is to cultivate personalized goals, evoke reflection on the impact of decisions on self and others, and integrate personal coping strategies. As in the Moral Conflict Assessment, motivational interviewing principles centre on reflective listening, building motivation, moving toward change, and goal setting along with strategies around empowerment and advocacy skill development.¹¹

Another program, the *Three Wishes Project*, which aims to improve end-of-life care in the ICU by creating meaning out of loss, has shown benefits among clinician-participants by calling forth the sense of compassion and creating a deeper sense of vocation while dignifying the dying patient and giving voice to grieving family members.¹³ While this intervention does not directly address a morally conflicting scenario, it offers another example of how interventions engaging frontline clinicians could benefit wellbeing and may have positive vocational consequences,¹⁴ while improving patient and family-centred care.

As evidence emerges of increased moral distress and its sequelae in the aftermath of the COVID-19 pandemic,^{15–17} assessing and addressing symptoms of moral distress are priorities in clinical practice, research, and health policy. If the essence of moral distress is a state of moral incongruity—where the individual feels compelled by ineffective communications and power imbalances or feels unheard in the face of conflicting situations—then the focus of our interventions should address these hindering factors.

The Moral Conflict Assessment approach described by Dodek *et al.*⁹ is specific to the setting in which it was evaluated, making it challenging to scale in a similar way in other ICUs that may vary in their local institutional context. But the Moral Conflict Assessment approach, *Schwartz rounds*,¹² motivational interviewing,¹¹ and the *Three Wishes Project*,^{13,14} among others, have distinct attributes that may be more broadly adapted and employed to mitigate the impact of moral distress in other ICUs.

First, the success of these approaches emphasizes the importance of creating the space for communication about the collective experience of moral distress within an interdisciplinary team. Convening groups of clinicians from various professions with diverse lenses promotes interprofessional support and collaboration drawn from shared experiences. Second, these approaches differ from informal conversations by promoting structured, goal-oriented communication, facilitated by someone who is known and trusted by the members of the group. Finally, the success of such programs is attributable to their “grass roots”, being led by frontline clinicians for frontline clinicians. As Dodek *et al.*⁹ showed, the frontline-led set of recommendations can yield real and meaningful changes in the structure of the care received by the patient in this case, and beyond. Since a core tenet of moral distress is the sense that one’s perspectives are not being heard, such grass roots-led systemic changes return some degree of control back to the participants with a focus on ensuring their voices are heard.

Approaches such as the Moral Conflict Assessment and other strategies have the potential to allow us, as ICU clinicians, to advocate for organizational-level commitments to strategies that assess and mitigate the impact of moral distress. As we face an exodus of experienced ICU clinicians, particularly in the nursing profession, it is prudent for all of us, as stewards of healthcare delivery, to implement strategies to address moral distress and clinician burnout.

Quand le devoir de soins cause du chagrin et de la honte collectifs : évaluer et traiter la détresse morale chez les cliniciens des unités de soins intensifs

On appelle détresse morale la souffrance psychologique vécue par les individus qui se sentent contraints, souvent par des pressions institutionnelles ou hiérarchiques, d'agir d'une manière contraire à leurs valeurs fondamentales.¹ La détresse morale est fréquente dans le milieu de la santé et est un médiateur potentiel de fatigue de compassion, de réduction de la satisfaction au travail et d'épuisement professionnel des cliniciens.^{2,3} Ce dernier se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'efficacité professionnelle.⁴ L'Association médicale canadienne décrit quatre éléments qui se retrouvent fréquemment dans les cas de détresse morale : 1) le sentiment d'être complice d'actes répréhensibles; 2) la conviction d'avoir des idées et des connaissances pertinentes à la situation, mais que celles-ci ne sont pas entendues; 3) la conviction que les normes de notre profession sont impossibles à appliquer; et 4) les séquelles morales, par lesquelles des expériences répétées de détresse morale augmentent l'intensité de la détresse d'un individu lors d'expériences subséquentes.⁵

Les cliniciens des unités de soins intensifs (USI) s'occupent des patients les plus malades et les plus vulnérables et des membres de leur famille dans un climat où les dilemmes éthiques et la collision des valeurs morales peuvent être très nombreux. Sans surprise, de nombreuses études ont rapporté l'omniprésence de la détresse morale parmi les cliniciens des soins intensifs.^{6,7} Des études antérieures ont décrit les facteurs contextuels qui conduisent à la détresse morale chez les cliniciens de l'USI.⁸ Toutefois, peu d'études ont évalué des interventions spécifiques pour réduire le fardeau de la détresse morale vécue par ces cliniciens.

Dans ce numéro du *Journal*, les Drs Dodek, Jameson et Chevalier font progresser le domaine de la recherche sur la détresse morale aux soins intensifs en proposant une approche combinée d'évaluation et de traitement de la détresse morale au sein d'un groupe de huit cliniciens-participants dans une unité de soins intensifs communautaires.⁹ Leur approche d'étude de cas est centrée sur un patient dans la soixantaine qui avait subi une lésion cérébrale anoxique après un arrêt cardiaque à l'hôpital et qui recevait des soins à l'USI depuis deux mois.

Ce cas a été choisi par les cliniciens-participants comme une source de détresse morale considérable parce que les cliniciens-participants étaient d'avis que les soins qu'ils étaient obligés de donner en raison de leurs exigences professionnelles et à la demande de la famille proche du patient étaient contraires aux souhaits précédemment exprimés par le patient. En travaillant selon une approche d'évaluation des conflits moraux en huit étapes, six infirmières et deux professionnels paramédicaux ont identifié les causes profondes de leur conflit moral lié aux soins qu'ils prodiguaient à ce patient, l'impact sur leur vie personnelle et professionnelle, leurs stratégies d'adaptation personnelles et les facteurs qui ont entravé ou contribué à l'atténuation de leur niveau de détresse morale. Le processus a abouti en une liste de recommandations contextualisées, générées par les cliniciens-participants, qui, selon eux, pourraient réduire les facteurs entravants et amplifier les facteurs aidants.

Le fait que les participants à cette étude aient décrit leurs sentiments concernant les soins prodigués à ce patient comme étant empreints « de honte et de chagrin » est à la fois frappant et pourtant omniprésent dans le milieu des soins intensifs. Combien d'entre nous ont connu, à un moment ou à un autre, un conflit intérieur quant à certaines interventions agressives que nous prodiguons à un patient tout en sachant qu'elles n'apporteront pas de bienfait, en nous sentant toutefois forcés de les réaliser par respect des souhaits de la famille, par capitulation face aux exigences institutionnelles ou professionnelles, ou parfois pour éviter d'aller « à contre-courant » du milieu dans lequel nous exerçons? Et c'est là que résident « la honte et le chagrin » que les participants dans l'étude de Dodek *et coll.*⁹ décrivent si bien.

L'approche hybride unique de l'évaluation et de l'intervention utilisée par Dodek *et coll.*⁹ s'est inscrite dans un cadre de Recherche-action participative, dans laquelle les cliniciens-participants ont été guidés dans l'élaboration de recommandations par des cliniciens des soins intensifs de première ligne. Les origines de la Recherche-action participative reposent en grande partie sur les sciences sociales et la santé publique,¹⁰ et ce type de méthodologie est pertinent dans d'autres domaines aussi, y compris le rétablissement et la réadaptation des patients (p. ex., après un accident vasculaire cérébral ou un cancer),¹¹ et maintenant dans un contexte de soins intensifs, comme l'ont démontré Dodek *et coll.*⁹

L'approche de Recherche-action participative pour l'Évaluation des conflits moraux partage des similitudes avec d'autres programmes qui mettent l'accent sur les aspects expérientiels de la prestation de soins aigus. Par exemple, les Ateliers Schwartz (ou *Schwartz Rounds*) consistent en une intervention au niveau de l'organisation qui met l'accent sur les aspects émotionnels et sociaux de

la prestation des soins de santé. Ils sont souvent administrés sous forme d'ateliers organisés mensuellement et basés sur des cas impliquant des travailleurs de la santé cliniques et non cliniques (p. ex., soins spirituels). Les Ateliers Schwartz ont été adoptés aux États-Unis et au Royaume-Uni et se répandent depuis peu au Canada, en Australie et dans d'autres régions du globe.¹²

La facilitation efficace de l'intervention d'évaluation des conflits moraux consiste à guider les participants à envisager des stratégies visant à réduire les facteurs d'entrave et à amplifier les facteurs d'aide, suivant une approche semblable à celle utilisée pour les *Entrevues motivationnelles*.¹¹ Le principe fondamental de l'Entrevue motivationnelle est de cultiver des objectifs personnalisés, d'évoquer une réflexion sur l'impact des décisions sur soi et sur les autres, et d'intégrer des stratégies d'adaptation personnelles. Tout comme dans l'Évaluation des conflits moraux, les principes de l'Entrevue motivationnelle sont centrés sur l'écoute réflexive, le renforcement de la motivation, la transition vers le changement et l'établissement d'objectifs, ainsi que sur des stratégies d'autonomisation et de développement des compétences en matière de plaidoyer.¹¹

Un autre programme, le Projet des 3 vœux (*3 Wishes Project*), qui vise à améliorer les soins de fin de vie à l'USI en donnant un sens à la perte, a montré des bienfaits parmi les cliniciens-participants en faisant appel à leur sentiment de compassion et en créant un sens plus profond de leur vocation tout en rendant leur dignité aux patients mourants et en donnant la parole aux membres de la famille en deuil.¹³ Bien que cette intervention ne porte pas directement sur un scénario comportant un conflit moral, elle offre un autre exemple de la façon dont les interventions impliquant les cliniciens de première ligne pourraient favoriser leur bien-être et avoir des conséquences professionnelles positives,¹⁴ tout en améliorant les soins centrés sur le patient et la famille.

Au fur et à mesure que des données probantes émergentes font état d'une augmentation de la détresse morale et de ses séquelles à la suite de la pandémie de COVID-19,¹⁵⁻¹⁷ l'évaluation et le traitement des symptômes de détresse morale sont des priorités dans la pratique clinique, la recherche et les politiques de santé. Si l'essence de la détresse morale est un état d'incongruité morale – dans lequel l'individu se sent contraint, en raison de communications inefficaces et de déséquilibres de pouvoir / ne se sent pas entendu lorsque confronté à des situations conflictuelles – alors l'objectif de nos interventions devrait être de s'attaquer à ces facteurs gênants.

L'approche de l'Évaluation des conflits moraux décrite par Dodek *et coll.*⁹ est spécifique au contexte dans lequel elle a été évaluée, ce qui rend difficile de l'adapter de la

même manière à d'autres unités de soins intensifs qui peuvent différer de par leur contexte institutionnel local. Mais l'approche de l'Évaluation des conflits moraux, les Ateliers Schwartz,¹² les Entrevues motivationnelles,¹¹ le Projet des 3 vœux,^{13,14} entre autres, ont des attributs distincts qui peuvent être plus largement adaptés et utilisés pour atténuer l'impact de la détresse morale dans d'autres unités de soins intensifs.

Premièrement, le succès de ces approches souligne l'importance de créer un espace de partage de l'expérience collective de détresse morale au sein d'une équipe interdisciplinaire. La réunion de groupes de cliniciens de diverses professions avec des lentilles diverses favorise le soutien interprofessionnel et la collaboration tirée d'expériences partagées. Deuxièmement, ces approches diffèrent des conversations informelles entre collègues en promouvant plutôt une communication structurée et axée sur les objectifs, facilitée par une personne connue des membres du groupe et en qui ils ont confiance. Enfin, le succès de tels programmes est attribuable à leur ancrage dans le terrain, car ils sont dirigés *par* des cliniciens de première ligne *pour* des cliniciens de première ligne. Comme Dodek *et coll.*⁹ l'ont démontré, l'ensemble de recommandations promulguées par les cliniciens de première ligne peut apporter des changements réels et significatifs dans la structure des soins reçus par le patient dans ce cas, et de manière plus générale aussi. Étant donné que l'un des fondements de la détresse morale porte sur le sentiment que le point de vue d'une personne n'est pas entendu, de tels changements systémiques et ancrés dans le terrain redonnent un certain degré de contrôle aux participants en veillant à ce que leurs voix soient entendues.

Des approches telles que l'Évaluation des conflits moraux et d'autres stratégies ont le potentiel de nous permettre, en tant que cliniciens de l'USI, de plaider en faveur d'engagements au niveau organisationnel envers des stratégies qui évaluent et atténuent l'impact de la détresse morale. Alors que nous faisons face à un exode de cliniciens de soins intensifs d'expérience, en particulier dans la profession infirmière, il serait judicieux pour nous tous, en tant que gardiens de la prestation des soins de santé, de mettre en œuvre des stratégies pour lutter contre la détresse morale et l'épuisement professionnel des cliniciens.

Disclosures The authors report no conflicts of interest.

Funding statement None.

Editorial responsibility This submission was handled by Dr. Stephan K. W. Schwarz, Editor-in-Chief, *Canadian Journal of Anesthesia*.

Déclaration Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Déclaration de financement Aucune.

Responsabilité éditoriale Ce manuscrit a été traité par Dr Stephan K. W. Schwarz, rédacteur en chef, *Journal canadien d'anesthésie*.

References

1. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984.
2. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. A Critical Care Societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 194: 106–13. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708st>
3. Lins Fumis RR, Junqueira Amarante GA, de Fatima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017; 7: 71. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
5. Canadian Medical Association. COVID-19 and moral distress. Available from URL: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Moral-Distress-E.pdf> (accessed July 2022).
6. Dodek PM, Norena M, Ayas N, Wong H. Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel. *J Crit Care* 2019; 50: 122–5. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.030>
7. Hancock J, Hall R, Flowerdew G. Burnout in the intensive care unit: it's a team problem. *Can J Anesth* 2019; 66: 472–3. <https://doi.org/10.1007/s12630-018-01285-5>
8. Hancock J, Witter T, Comber S, et al. Understanding burnout and moral distress to build resilience: a qualitative study of an interprofessional intensive care unit team. *Can J Anesth* 2020; 67: 1541–8. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01789-z>
9. Dodek PM, Jameson K, Chevalier JM. New approach to assessing and addressing moral distress in intensive care unit personnel: a case study. *Can J Anesth* 2022; <https://doi.org/10.1007/s12630-022-02307-z>.
10. White GW, Suchowierska M, Campbell M. Developing and systematically implementing participatory action research. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2003.08.109>
11. Frost H, Campbell P, Maxwell M, et al. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PLoS One* 2018; 13: e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
12. The Schwartz Center for Compassionate Healthcare. Schwartz rounds and membership, 2022. Available from URL: <https://www.theschwartzcenter.org/programs/schwartz-rounds/> (accessed July 2022).
13. Vanstone M, Sadik M, Smith O, et al. Building organizational compassion among teams delivering end-of-life care in the intensive care unit: the 3 Wishes Project. *Palliat Med* 2020; 34: 1263–73. <https://doi.org/10.1177/0269216320929538>
14. Neville TH, Agarwal N, Swinton M, et al. Improving end-of-life care in the intensive care unit: clinicians' experiences with the 3 Wishes Project. *J Palliat Med* 2019; 22: 1561–7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0135>
15. Donkers MA, Gilissen VJ, Candel MJ, et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC Med Ethics* 2021; 22: 73. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3>
16. Kleinpell R, Ferraro DM, Maves RC, et al. Coronavirus disease 2019 pandemic measures: reports from a national survey of 9,120 ICU clinicians. *Crit Care Med* 2020; 48: e846–55. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004521>
17. Kok N, van Gorp J, Teerenstra S, et al. Coronavirus disease 2019 immediately increases burnout symptoms in ICU professionals: a longitudinal cohort study. *Crit Care Med* 2021; 49: 419–27. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004865>

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.