

First Contact: interprofessional education based on medical students' experiences from their nursing internship

Abstract

Goal: The aim of the course “interprofessional communication and nursing” is to reflect medical students’ experiences from the nursing internship. The content of the course focuses on barriers and support of interprofessional communication as a foundation for teamwork between nursing professionals and physicians. The nursing internship is for most medical students the first contact with nursing professionals and can lead to perceptions about the other group that might hinder interprofessional teamwork and consequently harm patients. To meet the demographic challenges ahead it is important to emphasize interprofessional education in the study of medicine and better prepare future physicians for interprofessional collaboration.

Method: The design of the course includes an assessment of a change in the students’ perceptions about nursing and interprofessional communication. The first class meeting presents the starting point of the assessment and visualizes students’ perceptions of nursing and medicine. The content of the following class meetings serve to enhance the students’ knowledge about nursing as a profession with its own theories, science and scholarship. In addition, all students have to write a research paper that entails to interview one nursing professional and one physician about their ideas of interprofessional communication and to compare the interviews with their own experiences from the nursing internship. To access what students learned during the course a reflective discussion takes place at the last meeting combined with an analysis of the students’ research papers.

Results: The assessment of the students’ perceptions about the nursing profession and the importance of successful interprofessional communication showed a new and deeper understanding of the topic. They were able to identify barriers and support measures of interprofessional communication and their own responsibilities as part of a team.

Conclusion: Interprofessional education is an important part of medical education and should be a topic from the beginning. The assessment of the course shows that it is possible and important to integrate the topic early in the curriculum.

Keywords: Medical education, physicians-nurse relations, interprofessional relations, medical sociology, nursing internship

Astrid Eich-Kroh¹
Alexandra Kaufmann²
Kirstin Winkler-Stuck³
Katrin Werwick³
Anke Spura¹
Bernt-Peter Robra¹

1 Otto-von- Guericke-
Universität Magdeburg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Sozialmedizin und
Gesundheitsökonomie,
Magdeburg, Germany

2 Universitätsklinikum
Magdeburg A. ö. R.
Magdeburg, Germany

3 Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg, Medizinische
Fakultät, Studiendekanat,
Magdeburg, Germany

1. Introduction

The goal of interprofessional education is preparing health professionals to work together in interprofessional teams for the good of the patient [1]. Demographic and economic developments call for an efficient and coordinated health care system that is able to act and react appropriately to these challenges. Nursing and medicine are professions that have to work together closely because nurses have the most contact with patients and physicians rely on nurses’ observations and reports to make the best choices regarding the effectiveness of medical

therapy. This important link is regularly neglected in both educational pathways. Generally, nurses and physicians acquire interprofessional skills on the ward by watching how both groups interact with each other. Therefore, the “learning by doing approach” highly depends on real life role models both groups experience during their internships on the ward.

In Germany most medical and nursing students are still educated apart from each other [2]. Whereas in many countries nursing has developed as a profession on equal footing with medicine based on a university education this is not the case in Germany [3]. Even though nursing

has made a shift to become an independent profession with its own theories, science and scholarship, it is for the most part still an education that takes place in nursing schools in the secondary educational sector that are not equal to university studies of medicine in the tertiary sector [4]. A few medical schools and colleges of applied sciences for health professions have started to open their curricula and interconnect the students during their studies [1] but this is not enough to reach the majority of future nursing professionals and physicians.

The medical school at the university medical center at Magdeburg has started to approach this issue by offering a structured nursing internship for medical students in their 1st year by matching them with nursing students in their 2nd and 3rd years [5]. The course “interprofessional communication and nursing” [6] was developed as a part of the larger medical sociology curriculum [7] to emphasize communication, social research competency and research techniques. Legal requirements of nursing and medicine include explicitly the teaching of interprofessional skills as educational goals [http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html], [8]. The objective of the course “interprofessional communication and nursing” is to give medical students a comprehensive idea of nursing as a foundation for their future work in interprofessional teams. The students’ experiences from their nursing internship will be used and expanded because most students have at least partially or completely finished the internship in their 1st year.

The nursing internship for medical students in Germany is part of the pre-medical education and a requirement to be eligible for the first state examination in medicine [http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html]. The law states that medical students have to work for three months in a hospital or rehabilitation center to learn about the operation and organization of a hospital and the usual tasks of nursing [http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html]. It is not meant to advise students in medical techniques and therapy. There is no individual evaluation required, at the end the student receives a written statement that he or she has fulfilled the requirements of the nursing internship handed out by the nursing director. Because there are no guidelines of what medical students should learn during the internship, the individual learning experience highly depends on the nursing professionals in the hospital. Discussions among medical students on web-blogs (for example: <http://www.studis-online.de> and <http://www.medi-learn.de>) show that for many the intent of the internship is unclear. This is critical because the nursing internship marks for many medical students the first contact with the nursing profession in a hospital. To evaluate how the course structure and content helps medical students to reflect the topic of interprofessional teamwork and change their perceptions about nursing a qualitative assessment was developed. The following article describes the course concept and its results.

2. Description of the course “interprofessional communication and nursing”

The aim of the course is to reflect and evaluate medical students’ experiences from the nursing internship. The focus is on barriers and support of interprofessional communication as a foundation for teamwork between nurses and physicians. The course is part of the medical sociology curriculum and offered at this point to medical students only. It entails 14 credit hours during the 2nd semester. It is co-taught by a nursing professional with advanced training from the intensive care unit and a sociologist/nursing educator with many years of experience. By the time the course takes place the medical students have finished their nursing internships at least partially. This was the second time the course was taught and from the experiences a year before the assessment of the learning was built into the course structure. At the same time this is also one of the limitations of this assessment because the course was taught this way for the first time and with 18 participating students.

The assessment of the students’ learning in the course entails a comparison of their perceptions about the topic when they enter the course to their perceptions at the end of the course connected with an analysis of their research paper. The first class set the stage for the following meetings. Group-work 1 presents the starting point of the students’ journey in the course and visualizes their perceptions of nursing and medicine. The content of the class meetings and the research paper serve to enhance the knowledge about nursing as a profession and barriers/support of interprofessional communication. To evaluate what students learned during the course a reflective discussion in groups took place at the last meeting. The results of group-work 2 were then compared with the individual research papers that students had to hand in a week after the course concluded (see figure 1).

Based on the results of group-work 1 the content of the following six class meetings focused on nursing as a profession with its own techniques (see table 1), [9], [10]. Subsequently, the 2nd class meeting took place in the skills-lab of the university hospital. The goal was to evaluate the knowledge of the medical students regarding nursing by discussing specific techniques hands-on. The students knew some of the techniques that nursing professionals use to prevent complications due to hospital stays, such as venous thromboembolism prophylaxis, but they did not know the concepts behind. During the session in the skills-lab the students learned that nursing care depends on the individual patient and the situation in which it happens. It is complex and requires communicative, observational and emotional skills, empathy and intuition for patients’ individual situation to understand their needs in that moment of care [11]. To emphasize this point, a student was asked to take on the patient role and then to explain how she felt while being moved in bed by two classmates. Her response underlined the

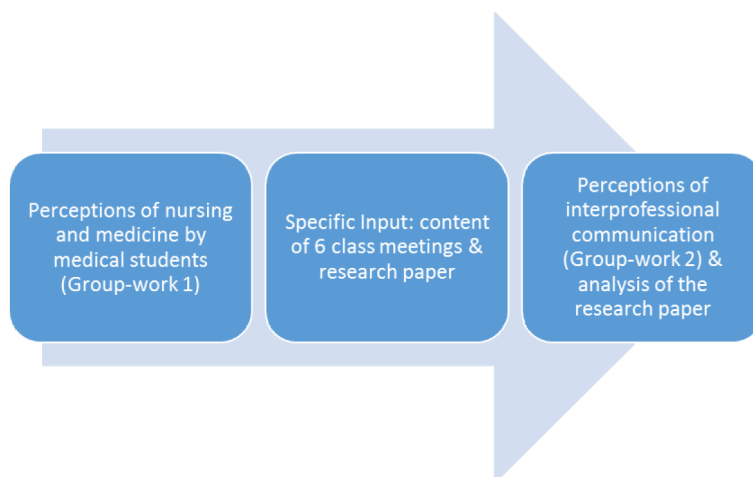


Figure 1: Course structure of interprofessional communication and nursing

Table 1: Overview of topics discussed in 6 class meetings

Class meeting and Topic
1) Skills-lab: types of prophylaxis, patient mobilization in bed
2) Comparison of educational goals in legal requirements of nursing and medicine, historical development of the nursing profession, gender issues in nursing & medicine, explaining the research paper
3) Theories of nursing in the German context, Activities of daily living [9]
4) Communication as the essence of nursing, meaning of interprofessional communication and skills
5) The steps of the nursing process [10]
6) Discussion and results of the writing assignment, conclusion of the course

statement above, she was afraid to fall out of bed because her classmates didn't explain to her what they would do next. She felt "invisible" because they didn't talk with her instead they talked with each other. The technique hurt because the classmates didn't work together. Overall, the student experienced the whole situation as very uncomfortable. To support the theoretical content of the class meetings the accompanying literature for the course came from nursing sources only.

The research paper required the students to interview a nurse and a physician about their experiences with interprofessional communication. The interviews were guided by the question: what makes interprofessional communication between nursing professionals and physicians successful? The students asked interview participants to think of a colleague from the other profession with whom they like to work together and explain why. If participants couldn't think of a colleague they should explain their understanding of interprofessional communication. The length of the research paper was five to ten pages and should link the course literature with statements of the interview participants and the students' own experiences from the nursing internship. A week after the course ended all students had to hand in the research paper. The analysis of the research paper focused only on the conclusion the students wrote. The intent was to evaluate what the students learned from the interviews and not the original interview content. Eighteen students participated and wrote on average seven pages. The conclusion should answer the following questions: what did you learn from the interviews, what surprised you the most and what do you take away from it for your future work as a physician? The conclusions of the papers varied from one-and-a-half to three pages. All conclusions were

transferred into one document and analyzed qualitatively in finding common themes in the students' conclusions [12]. Overall, the conclusions explained in more detail the issues that students acknowledged in group-work 2 at the end of the course.

3. Results: perceptions of nursing and medicine

To be able to assess what students' learned in the course they were first asked about their ideas of nursing and medicine (group-work 1). Medical students do not enter the internship as blank slates. Instead they start with their individual ideas about nursing that have been partly created by society and by their individual nursing internship experience. The results of group-work 1 (see table 2) show that nursing is still perceived as a physician's assistance job and not as a profession in its own right. The hierarchical order between nursing and medicine is well established in group-work 1. The students used educational length, salary differences, type of work and more (physicians) or less (nurses) freedom of decision making as markers of professional hierarchy. According to the students, the most important part of nursing is to help the physician in his daily quest. This perception rather hinders than helps interprofessional teamwork. Table 3 from the end of the course illustrates the change in students' perceptions about the nursing profession compared to table 2 from the beginning of the course. The students are able to identify challenges of and solutions for successful interprofessional communication more profound than in table 2 because their understanding of nursing has changed. Whereas in table 2 nursing

Table 2: Medical students' perceptions of nursing and medicine (start of course)

<i>Nursing</i>	<i>Medicine</i>	<i>Commonalities</i>
3-year nursing school	6-years university studies	Work-overload
Low social prestige	High social prestige	Same goal: to help the patient as best as possible
Low salary	Higher salary	Time pressure
Practical work	Surgeries, medication, examination, diagnosis	Stress
Physical labor	Decides medical therapy	Working hours
Support of activities of living	Gives orders	
Physicians "right-hand"	Interesting work	
Load relief for physician	Independent decision-making	
Carries out physicians orders		
Care-work for the healthy & the sick		
Coordination of hospital stay	Administrative tasks	
Mediation between patient & physician	Communicates with patients about medical therapy	
Monitoring patients	Communicates with colleagues (transferals)	
Documentation	Discharges patients from the hospital	
Emotional & social support of patients	Responsibility about life & death	

Table 3: Medical students' perceptions of interprofessional communication between nursing professionals and physicians (end of course)

<i>Commonalities</i>	<i>Challenges</i>	<i>Solutions</i>
Reciprocal appreciation	Handwriting of physicians often not easy to read	Better handwriting
To take the other group seriously		Medical rounds jointly
Experience & professional knowledge	Not much teamwork between nursing & medicine	Joint activities
Reciprocal support	Nurses more frustrated by staffing problems & health policies	To end staff shortage
Both professions should meet on the same level	Hierarchical differences	To learn from each other
Communication needs to improve on both sides		Problems have to be solved immediately & in a respectful way
Both sides need to be more polite & friendly with each other	Young physicians appear arrogant	No conflict between nurses & physician in front of patient
Teamwork is important to both groups		Regularly evaluation conversations
Conflicts happen often	Stress is a factor for both groups	Being friendly & honest
Inexperienced nurses & physicians are given a hard time	Older nurses appear unfriendly	

was only perceived as a supporting profession for physicians they are now acknowledging nursing as a profession in its own right. For example, the students view hierarchical differences as a challenge and conclude that both professions can learn from each other. They attest both groups to have experience and professional knowledge and that joint activities, such as medical rounds in which nursing staff and physicians participate are one solution to foster interprofessional teamwork.

The change in students' perceptions is probably not only based on the content of the class meetings but also influenced by the interviews the students had to conduct for their research paper. The analysis showed that themes acknowledged in group-work 2 are also found in the individual papers. Further analysis of the students' research demonstrates that they describe problems and solutions based on the interviews and the literature. The themes that students most often cited as barriers of interprofessional communication are: neglect of social norms and values in daily communications, hierarchical differences between nursing and medical professions, academic versus apprenticeship nursing education, and stress at work due to understaffing as organizational limitation. Factors of successful interprofessional communication are all actions that support a collaborative work environment, for example joint medical rounds and when both groups participate in periodical meetings, such as shift change.

4. Discussion

The students' perceptions of nursing as a physician's assistance job reflect common societal views [13]. However, an important requirement for successful continuation of care for patients between health professions depends on excellent primary care nurses who can make independent decisions [13]. Many countries have reacted to this issue by establishing academic programs of nursing but Germany still struggles with this issue. The assumption is that support of activities of living [14], emotional and social care work, as well as monitoring patients is not science instead it is perceived as skilled work in comparison to medicine. This is based on a definition of nursing that is divided into basic and specialist nursing care. Basic care is support of the activities of living and specialist care is therapeutic medical care that partially overlaps with physician's work, for example giving an injection [11]. The complexity of nursing is lost by this distinction [11], which mirrors the historical development of nursing as a female profession based on women's roles as caretakers of family members and as serving members of religious groups [15]. The research paper allowed the students to discuss these issues with representatives of both professions and at the same time reflect their own experiences from their nursing internship. Not surprisingly, the themes of the research papers and the issues presented in table 3 are matching because the students had finished the interviews shortly before the last group-work.

4.1. Neglect of social values and norms as barriers of interprofessional communication

The most important issue for the students was how much social values and norms were ignored by nursing professionals and physicians in the treatment of each other. The students agreed that respect, tolerance, trust, honesty and openness should guide how both groups engage with each other. As one student put it:

“I was surprised by the fact that in the day-to-day business of a hospital ward common social values don't seem to have a meaning anymore. Average communications are difficult matters. It seems that two completely different worlds are colliding even though they have the same goal namely to work in the best interest of the patient.”

As mentioned before, nursing and medical students are not educated together. They are socialized into their prospective professional role by members of their own group. Therefore traditional views about the other group will be socially reproduced making it difficult for subsequent generations of nurses and physicians to overcome those perceptions and to reach a “we” instead of “they” in their joint quest of helping patients.

4.2. Hierarchical Differences and issues of power

The students acknowledged that hierarchical differences are often in the way of teamwork in vertical hierarchies as one student describes:

“One point in both interviews was the strict hierarchy in the hospital. Nurses treat physicians with too much respect. I don't think that we can abolish the hierarchy because the physician is ultimately the person who has the final word. But I do agree with my interview participants that the groups should meet each other on equal footing.”

The term “to meet each other on equal footing” is a relatively new idea to describe the nursing – physician relationship in Germany. The work between both groups naturally overlaps and a number of medical tasks, such as drawing blood from a patient can be done by a nurse, a medical student or a physician. However, in the German context the physician is authorized to issue directives and give orders to nursing staff. The final responsibility for medical orders lies with the physician [16]. This situation has historical roots in the development of both professions, one as a three-year education on the secondary and the other as a university program on the tertiary level. Only recent changes in nursing law [8] have defined specific tasks, techniques and processes based on nursing scholarship as independent nursing work. Some might view these developments as dangerous because they define for the first time that nursing is based on nursing science and, therefore, in parts independent of medicine. This issue also reflects power and authority between both groups. In Group-work 2 students identified encounters of older nurses and young physicians as

problematic. The older nurse has accumulated substantial practical experience giving her some power over younger physicians despite her “lower ranking” in the overall hierarchy. Physicians at the beginning of their careers do not have the practical experience but accumulated theoretical knowledge in years of study that they like to use to show their power. The students came to the conclusion that it's best if both groups can learn from each other to find the best treatment for the patient.

4.3. Academic development of the nursing profession

The ever expanding medical knowledge calls for academically trained nurses who can understand complex medical treatments. However, there is still a discussion among health professionals and politicians [17] if Germany is in need of nurses with a B.A. One student described the reactions she received when she asked her interview participants about academic nursing:

“The physician spoke very clearly against an academic program of nursing. In his view a study of nursing won't change communication and teamwork between nurses and physicians. The nurse on the other hand, supported the idea of an academic nursing program and views it as a chance for nursing professionals to be taken seriously.”

A higher number of academically trained nursing professionals will eventually lead to better teamwork with physicians which can be already observed in intensive care units today [18]. Academic nursing programs can help to overcome role conflicts with physicians based on unclear responsibilities. Of course, it might also mean for physicians to share power. All programs that educate health professionals (regardless if academic or not) should integrate interprofessional education to foster a more cooperative environment among them [19].

4.4. Organizational barriers of interprofessional communication

Many of the students believe that stress on the ward is a factor causing interprofessional communication to go in the wrong direction. Nursing professionals experience stress through irregular shift work, when legal breaks during work cannot be taken, unplanned overtime and a low salary [20]. These are structural reasons caused by a shortage of nursing professionals. Of course, students cannot change those larger issues and they realize that. However, they do agree that they can at least as individuals adhere to common social values. One student writes:

“I take with me for my future career that I am responsible for my treatment of others. I want to stay sensible about this topic and to be polite, friendly and respectful towards everyone else. After my nursing internship I decided never to forget the hard physical work that nurses have to do and not take it for granted. I think many physicians forget about it even though they all went through the nursing internship.”

The students reflect correctly that large organizations influence how people work together and the negative impact this can have. The stress is on both ends because physicians also experience overtime and too much work [18]. Economic and efficiency goals set by health organizations, such as hospitals have limited physicians' freedom of decision making [21].

4.4. Examples for change

One of the requirements of the writing assignment was to ask for positive examples of interprofessional communication. Besides good social values students described that joint activities on the ward can support teamwork for example, when members of both professions join medical rounds and physicians are present when the nursing shift changes. In both situations questions regarding specific patients and treatments can be clarified and problems discussed. Nevertheless, nursing staff and physicians have to be prepared for joint rounds to make it a success and health organizations should provide interprofessional training for those who already finished their education [20]. Another issue is the formality on hospital wards. Young nurses and physicians refer to each other more informal by using the first name of the person and "you." Whereas older nursing professionals prefer the more formal last name to address and be addressed by others. It means that older nursing professionals adhere to social norms that emphasize the hierarchical order whereas younger professionals on both sides are able to interact without it. A rethinking of the hierarchical order seems to have started among the next generation of health professionals.

5. Conclusions

The assessment of the course interprofessional communication and nursing shows how important it is to raise medical students' awareness about this topic. The nursing internship is the first contact between medical students and the nursing profession and should be reflected more deeply. The results show that students are able to acknowledge the views of both professions and realize how important socially accepted values as a basis for good communication are. They conclude that learning from each other supports interprofessional communication better than emphasizing hierarchies. At the last class meeting the co-teachers asked the students if the course had been helpful to them. The response was a clear 'yes' but with reservations. The students who already finished their nursing internship explained that they wished to have had this knowledge before they started. The students who still had weeks of the internship left were glad to be able to try some things out.

Medical sociology can help to incorporate interprofessional education because of its early appearance in the medical curriculum. Social values and norms, power and organizational structures, social roles, social class, and

gender roles are important concepts that make a distinct contribution to both professions. More importantly, it can bridge the gap between theory and practice. Stereotypes about other health professions can manifest and lead to mistakes that can endanger patients' health and lives [22]. Hence, it is important for successful interprofessional teamwork to not only include it in educational guidelines but to make it a part throughout all phases of nursing and medical programs. International comparison shows that Germany lags behind other countries in interprofessional teamwork [1], [23]. Nursing and medicine are the two professions that carry highest responsibility for the well-being of patients. To understand, accept and work with each other these professions have to be educated at least in parts together. Medical programs and nursing schools cannot wait to meet these challenges anymore. The structured internship as well as the course interprofessional communication and nursing are steps in the right direction but as of now they are not offered to all medical and nursing students. The aim is to develop a course that will be taken together by nursing and medical students and to make it a part of the core curriculum.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S et al. Position statement GMA Committee- "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
2. Stöcker G. Wo steht Deutschland? *Heilberuf.* 2008;60(8):56–60. DOI: 10.1007/s00058-008-0140-9
3. Lehmann Y, Ayerle G, Beutner K, Karge K, Behrens J, Landenberger M. *Pflegeausbildung – Was machen die Nachbarn? Schwester Pfleger.* 2014;53(8).
4. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/-archiv/2411-12.pdf>
5. Wickler-Stuck K, Becker A, Niemann N, Riedel B, Werwick K, Ahrendt C, Wagener C. *Strukturiertes Gesundheits- und Krankenpflegepraktikum für Medizinstudenten an der Medizinischen Fakultät Magdeburg. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg, 25.-27.09.2014.* Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2014. DocP427. DOI: 10.3205/14gma158
6. Eich-Krohm A. Interprofessionelle Kommunikation von Pflegefachkräften und Ärzten als Thema im Medizinstudium. *Berufsbild Z Praxis Theor Betrieb Schule.* 2014;(148).
7. Swart E, Robra B, Spura A. *Sozial- und Naturwissenschaften - zwei Welten auf Konfrontations- oder Koalitionskurs in der Medizinischen Soziologie?! Lengerich: Pabst Science Publishers; 2014.*

8. Storsberg A, Neumann C, Neiheiser R. Krankenpflegegesetz: Mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. 6., überarb. und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2003.
9. Juchli L, Vogel A. Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 4. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1983.
10. Fiechter V, Meier M, Wyss H. Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Editiones Roche; 1981.
11. Friesacher H. Der Kern der Pflege. Schwester Pfleger. 2015;54(2):46–47.
12. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz; 2002.
13. Bartholomeyczik S. Voller Widersprüche: Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland. Mabuse. 2013;38(203):46–49.
14. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney model of nursing. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone; 2000.
15. Hofmann I. Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Forum. 2013;28(2):99–106. DOI: 10.1007/s12312-013-0933-x
16. Müller T, Schabbeck JP. Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal: Möglichkeiten, Anforderungen und praktische Umsetzung. Heidelberg: medhochzwei-Verl.; 2014.
17. Schmidt M. Der Bachelor kommt ans Bett. ZEIT. 2013;47. Zugänglich unter/available from: <http://www.zeit.de/2013/47/pflege-bachelor-akademische-fachkraefte/komplettansicht>
18. Hibbeler B. Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. Dtsch Ärztebl. 2011;108(41):A2138-A2144.
19. Höppner H. Kooperation stärken: Warum die Gesundheitsberufe in Deutschland mehr zusammen arbeiten müssen. Mabuse. 2012;37(199):47–49.
20. Kitta B. Viele unzufriedene Beschäftigte. Schwester Pfleger. 2015;54(7).
21. Vogd W. Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Soz Syst. 2005;11(2):236–270.
22. Monaca C, Manser T. Effektive Kommunikation für mehr Patientensicherheit. Schwester Pfleger. 2015;54(8):60–62.
23. Kuhlmei A. Teamarbeit darf nicht bloß Goodwill sein. Gesundheit Ges. 2015;12(Spezial 7-8).

Corresponding author:

Dr. Astrid Eich-Krohnm, Ph.D.
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Germany
astrid.eich-krohnm@med.ovgu.de

Please cite as

Eich-Krohnm A, Kaufmann A, Winkler-Stuck K, Werwick K, Spura A, Robra BP. First Contact: interprofessional education based on medical students' experiences from their nursing internship. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc20.
 DOI: 10.3205/zma001019, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010194

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001019.shtml>

Received: 2015-08-14

Revised: 2015-10-26

Accepted: 2015-11-16

Published: 2016-04-29

Copyright

©2016 Eich-Krohnm et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Erster Kontakt: interprofessionelle Ausbildung von Medizinstudierenden basierend auf ihren Erfahrungen aus dem Krankenpflegedienst

Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel des Kurses „interprofessionelle Kommunikation und Pflege“ ist es, die Erfahrungen zu reflektieren, die Medizinstudierende während ihres Krankenpflegediensts gesammelt haben. Der Kurs befasst sich inhaltlich mit Barrieren sowie mit der Unterstützung interprofessioneller Kommunikation als Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzt_innen. Im Krankenpflegedienst treten die meisten Medizinstudierende zum ersten Mal mit dem Pflegepersonal in Kontakt. Dies kann zu bestimmten Einstellungen über die jeweils andere Gruppe führen, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit behindern und somit Patienten schädigen können. Um auf die zu erwartenden demografischen Herausforderungen vorbereitet zu sein, ist es wichtig, die interprofessionelle Ausbildung im Medizinstudium zu verstärken, um zukünftige Ärzt_innen besser auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten.

Methode: Die Kursplanung beinhaltet die Bewertung der veränderten Wahrnehmung der Studierende gegenüber der Pflege und der interprofessionellen Kommunikation. Das erste Seminar stellt dabei den Beginn der Bewertung dar. Es visualisiert, wie die Studierenden, Pflege und Medizin wahrnehmen. Die Inhalte der folgenden Seminare dienen der Vertiefung des Wissens der Studierenden über die Pflege als eigenständigen Beruf mit spezifischen Theorien und einem pflegewissenschaftlichen Forschungsbereich. Weiterhin müssen alle Studierenden eine Hausarbeit verfassen, für die sie ein Interview mit einem Angehörigen eines Pflegeberufes und einem Arzt führen sollen, bei dem deren interprofessionelle Kommunikation thematisiert wird. Diese Interviews sollen die Studierende mit ihren eigenen Erfahrungen aus dem Krankenpflegedienst vergleichen. Um herauszufinden, was die Studierenden während des Kurses gelernt haben, findet am letzten Termin eine reflektierende Diskussion statt, bei der auch eine Analyse der Hausarbeiten der Studierenden erfolgt.

Ergebnisse: Die Beurteilung dessen, wie die Studierenden Pflegeberufe wahrnehmen und die Wichtigkeit einer erfolgreichen interprofessionellen Kommunikation zeigte, dass ein neues und tieferes Verständnis für das Thema vorhanden war. Die Studierende konnten Hindernisse und unterstützende Maßnahmen für die interprofessionelle Kommunikation sowie ihre eigenen Verantwortlichkeiten als Teil eines Teams identifizieren.

Fazit: Die interprofessionelle Ausbildung ist ein wichtiger Bestandteil des Medizinstudiums und sollte von Beginn an thematisiert werden. Die Auswertung des Kurses zeigt, dass es möglich und wichtig ist, das Thema schon früh in den Studienplan zu integrieren.

Schlüsselwörter: Medizinische Ausbildung, Beziehung zwischen Pflegefachkräften und Medizinern, interprofessionelle Beziehungen, medizinische Soziologie, Krankenpflegedienst

Astrid Eich-Krohm¹
Alexandra Kaufmann²
Kirstin Winkler-Stuck³
Katrin Werwick³
Anke Spura¹
Bernt-Peter Robra¹

1 Otto-von- Guericke-
Universität Magdeburg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Sozialmedizin und
Gesundheitsökonomie,
Magdeburg, Deutschland

2 Universitätsklinikum
Magdeburg A. ö. R.
Magdeburg, Deutschland

3 Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg, Medizinische
Fakultät, Studiendekanat,
Magdeburg, Deutschland

1. Einleitung

Das Ziel der interprofessionellen Ausbildung ist es, Gesundheitsexperten zum Wohle des Patienten auf die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams vorzubereiten [1]. Die demographischen und ökonomischen Entwicklungen verlangen ein effizientes und gut koordiniertes Gesundheitssystem, das in der Lage ist, diesen Veränderungen gemäß zu agieren und zu reagieren. Pflege und Medizin sind Berufe, die eng zusammenarbeiten müssen, da das Pflegepersonal den engeren Kontakt zum Patienten hat und das ärztliche Personal sich auf die Beobachtungen und Berichte des Pflegepersonals stützt, um Entscheidungen zu treffen, welche die Effektivität der medizinischen Behandlung betreffen. Diese wichtige Verbindung ist für beide Ausbildungszweige von großer Bedeutung. Im Allgemeinen erwerben Pflegekräfte und Ärzt_innen auf der Station interprofessionelle Fähigkeiten, indem sie beobachten, wie beide Gruppen miteinander interagieren. Daher hängt der „Learning by Doing“-Ansatz für beide Gruppen stark vom Vorhandensein von Vorbildern während ihrer Stationseinsätze ab.

In Deutschland werden Medizinstudierende und Auszubildende der Pflegeberufe nach wie vor hauptsächlich getrennt ausgebildet [2]. In vielen Ländern hat sich der Pflegeberuf dagegen auf einer Ebene mit der Medizin und auf Grundlage einer universitären Ausbildung entwickelt; dies ist in Deutschland jedoch nicht der Fall [3]. Obwohl die Pflege inzwischen als unabhängiger Beruf mit eigenen Theorien, Wissenschaft und Forschungsbereich gilt, findet die Ausbildung nach wie vor zum großen Teil in Krankenpflegeschulen im sekundären Bildungssektor statt, die dem Medizinstudium im tertiären Bildungssektor nicht gleichgestellt ist [4]. Einige wenige medizinische Hochschulen und Fachhochschulen für Gesundheitsberufe haben damit begonnen, ihre Studienpläne zu öffnen und die Studierende während ihres Studiums miteinander zu verbinden [1]; dies reicht jedoch nicht aus, um einen Großteil des zukünftigen Pflegepersonals und der zukünftigen Ärzt_innen zu erreichen.

Die medizinische Fakultät am Universitätsklinikum Magdeburg begegnet diesem Problem nun, indem sie ein strukturiertes Pflegepraktikum für Medizinstudierende im ersten Jahr anbietet und diese Auszubildenden der Pflegeberufe im 2. und 3. Jahr zuordnet [5]. Der Kurs „interprofessionelle Kommunikation und Pflege“ [6] wurde als Bestandteil des erweiterten Medizinsoziologie-Lehrplanes erarbeitet [7], um Kommunikation, soziale Forschungskompetenzen und Forschungsmethoden in den Vordergrund zu stellen. Die gesetzlichen Anforderungen für Pflege und Medizin beinhalten ausdrücklich die Lehre von interprofessionellen Fähigkeiten als Ausbildungsziele [Approbationsordnung für Ärzte], [8]. Das Ziel des Kurses „interprofessionelle Kommunikation und Pflege“ ist, Medizinstudierende als Grundlage für ihre zukünftige Arbeit in interprofessionellen Teams eine umfangreiche Vorstellung von der Pflege zu vermitteln. Die Erfahrungen der Studierenden aus dem Krankenpfle-

gedienst werden genutzt und erweitert, da die meisten Studierenden das Praktikum mindestens teilweise, gegebenenfalls auch vollständig während des ersten Jahres abgeschlossen haben.

Der Krankenpflegedienst für Medizinstudierende in Deutschland ist Teil der vormedizinischen Ausbildung und eine Voraussetzung für das erste Staatsexamen im Medizinstudium [Approbationsordnung für Ärzte]. Laut Gesetz müssen Medizinstudierende drei Monate in einem Krankenhaus oder einem Rehabilitationszentrum arbeiten, um mehr über den Betrieb und die Organisation eines Krankenhauses und die üblichen Aufgaben der Pflege zu lernen. Das Praktikum soll den Studierenden keine Ratschläge zu medizinischen Methoden und Therapien erteilen [Approbationsordnung für Ärzte]. Es wird keine individuelle Auswertung verlangt; am Ende des Praktikums erhalten die Studierenden eine schriftliche Bestätigung, dass sie den Anforderungen des Krankenpflegedienstes nachgekommen sind. Die Bestätigung wird durch den Pflegedirektor ausgehändigt. Da keine Richtlinien vorliegen, was Medizinstudierende während des Praktikums lernen sollten, hängt das individuelle Lernerlebnis in hohem Maße vom Pflegepersonal im Krankenhaus ab. Diskussionen unter Medizinstudierende auf Online-Blogs (zum Beispiel unter <http://www.studis-online.de> und <http://www.medi-learn.de>) zeigen, dass der Sinn des Praktikums vielen unklar ist. Das ist wesentlich, da der Krankenpflegedienst für viele Medizinstudierende den ersten Kontakt zum Pflegeberuf innerhalb eines Krankenhauses darstellt. Um zu beurteilen, wie Struktur und Inhalt des Kurses den Medizinstudierenden dabei helfen, über das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit zu reflektieren und wie sich ihre Sichtweise auf den Pflegeberuf verändert, wurde eine qualitative Bewertung entwickelt. Der folgende Artikel beschreibt das Kurskonzept und dessen Ergebnisse.

2. Beschreibung des Kurses „interprofessionelle Kommunikation und Pflege“

Das Ziel des Kurses ist, die Erfahrungen zu reflektieren und auszuwerten, die Medizinstudierende während ihres Krankenpflegedienstes gesammelt haben. Der Schwerpunkt liegt auf den Hindernissen und der Unterstützung der interprofessionellen Kommunikation als Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzt_innen. Der Kurs ist Teil eines medizinsoziologischen Studienplans und wird derzeit nur Medizinstudierenden angeboten. Er umfasst 14 Semesterwochenstunden während des zweiten Semesters. Er wird gemeinsam von einer Fachpflegerin für Anästhesie und Intensivmedizin und einer Soziologin/Pflegewissenschaftlerin mit langjähriger praktischer Erfahrung unterrichtet. Zum Zeitpunkt des Kurses, haben die Medizinstudierenden ihren Krankenpflegedienst wenigstens teilweise abgeschlossen. Der Kurs wurde nun zum zweiten Mal unterrichtet; auf

Grundlage der Erfahrungen aus dem vorangegangenen Jahr wurde die Bewertung des Lernprozesses in die Kursstruktur integriert. Gleichzeitig stellt dies auch eine Beschränkung der Bewertung dar, da der Kurs erstmalig auf diese Weise mit 18 teilnehmenden Studierenden abgehalten wurde.

Die Bewertung des Lernprozesses der Studierenden beinhaltet einen Vergleich ihrer Wahrnehmung des Themas zu Beginn und am Ende des Kurses in Verbindung mit einer Analyse ihrer Hausarbeiten. Der erste Termin bildete die Grundlage für die weiteren Lehreinheiten. Gruppenarbeit 1 stellt den Beginn der Entwicklung der Studierenden während des Kurses dar. Sie visualisiert ihre Wahrnehmung von Pflege und Medizin. Der Inhalt der Seminare und der Hausarbeiten dienen der Vertiefung des Wissens über Pflege als Beruf und zu Hindernissen/zur Unterstützung von interprofessioneller Kommunikation. Um auszuwerten, was die Studierenden während des Kurses gelernt haben, fand zum Abschluss des Kurses eine Gruppendiskussion zur Reflexion statt. Die Ergebnisse von Gruppenarbeit 2 wurden dann mit den Hausarbeiten verglichen, welche die Studierende eine Woche nach Abschluss des Kurses einreichen mussten (siehe Abbildung 1).

Auf Grundlage der Resultate von Gruppenarbeit 1 konzentrierten sich die Inhalte der folgenden sechs Lehreinheiten auf den Pflegeberuf und seine Methoden (siehe Tabelle 1) [9], [10].

Die zweite Lehreinheit fand im Skills-Lab des Universitätskrankenhauses statt. Das Ziel bestand darin, das Wissen der Medizinstudierenden über praktische Pflegehandlungen zu evaluieren, indem bestimmte Methoden durchgeführt wurden. Die Studierenden wussten einiges zu den Methoden, die das Pflegepersonal anwendet, um Komplikationen während Krankenhausaufenthalten vorzubeugen, zum Beispiel die Prävention venöser Thromboembolien, kannten jedoch nicht die zugrundeliegenden Konzepte. Während der Lehreinheit im Skills-Lab lernten die Studierenden, dass die Pflege von den individuellen Patient_innen und den jeweiligen Umständen abhängig ist. Pflege ist komplex und verlangt kommunikative Fähigkeiten, Beobachtungsgabe und emotionale Kompetenz, Empathie und Intuition für die individuelle Situation der Patienten, um deren Bedürfnisse in der spezifischen Pflegesituation zu erkennen [11]. Um diesen Punkt hervorzuheben, wurde eine Studentin gebeten, die Rolle der Patientin zu übernehmen und zu beschreiben, wie sie sich dabei fühlte, von zwei Kommiliton_innen im Bett bewegt zu werden. Ihre Beschreibung unterstrich die obige Aussage: sie hatte Angst davor, aus dem Bett zu fallen, weil ihr nicht erklärt wurde, was sie mit ihr geschah. Sie fühlte sich „unsichtbar“, weil die Kommiliton_innen nicht mit ihr, sondern miteinander redeten. Die verwendete Methode tat weh, weil die Kommiliton_innen nicht zusammenarbeiteten. Insgesamt erlebte die Studentin die Situation als sehr unangenehm. Zur Unterstützung der theoretischen Inhalte der Lehreinheiten wurde ausschließlich Literatur aus Pflegequellen verwendet.

Für die Hausarbeit mussten die Studierenden eine Pflegefachkraft und eine Ärzt_in zu ihren Erfahrungen mit interprofessioneller Kommunikation befragen. Bei den Interviews sollte die folgende Frage beantwortet werden: wie kann die interprofessionelle Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Ärzt_innen erfolgreich gestaltet werden? Die Studierenden baten die Teilnehmer_innen der Interviews, eine Kolleg_in aus dem jeweils anderen Berufsfeld zu denken, mit der sie gerne zusammenarbeiten und die Gründe dafür zu erklären. Wenn den Teilnehmer_innen keine entsprechende Kolleg_in einfiel, sollten sie ihr Verständnis von interprofessioneller Kommunikation darlegen. Die Hausarbeit sollte fünf bis zehn Seiten lang sein und die Kursliteratur mit Aussagen der Interviewpartner und den eigenen Erfahrungen der Studierenden aus dem Krankenpflegedienst verbinden. Alle Studierende mussten eine Woche nach Abschluss des Kurses ihre Hausarbeiten einreichen. Die Analyse der Hausarbeiten konzentrierte sich ausschließlich auf das Fazit der Studierenden. Auswertungsfokus war, was die Studierenden aus den Interviews gelernt hatten und nicht, die Inhalte der Interviews zu erfassen. Die Studierenden schrieben durchschnittlich sieben Seiten. Das Fazit sollte folgende Fragen beantworten: Was haben Sie von den Interviews gelernt, was hat Sie am meisten überrascht und welche Lehren für ihre zukünftige Arbeit als Ärzt_in ziehen Sie aus dem Interview? Die Fazite der Arbeiten waren anderthalb bis drei Seiten lang. Alle Fazite wurden in ein Dokument übertragen und qualitativ auf gemeinsame Themen und Inhalte untersucht [12]. Insgesamt stellten die Fazite die bereits in Gruppenarbeit 2 am Ende des Kurses herausgearbeiteten Probleme detaillierter dar.

3. Ergebnisse: Wahrnehmung von Pflege und Medizin

Um bewerten zu können, was die Studierenden während des Kurses gelernt haben, wurden sie zunächst zu ihren Vorstellungen von Pflege und Medizin befragt (Gruppenarbeit 1). Medizinstudierende gehen nicht als unbeschriebene Blätter in den Kurs. Sie haben ihre eigene Wahrnehmung von der Pflege, die teils durch die Gesellschaft und teils durch ihre individuellen Erfahrungen während des Krankenpflegedienstes geprägt wurde. Die Ergebnisse von Gruppenarbeit 1 (siehe Tabelle 2) zeigen, dass die Pflege nach wie vor als Assistenzberuf für den Arzt angesehen wird und nicht als eigenständiger Beruf.

Die Hierarchie zwischen Pflege und Medizin ist in Gruppenarbeit 1 deutlich etabliert. Die Studierenden verwendeten die Länge der Ausbildung, Gehaltsunterschiede, die Art der Arbeit und mehr (Ärzt_innen) bzw. weniger (Pflegepersonal) Entscheidungsfreiheiten, um die Hierarchie darzustellen. Laut den Studierenden besteht die wichtigste Aufgabe der Pflege darin, den Arzt bei seinen täglichen Aufgaben zu unterstützen. Diese Auffassung verhindert eher die interprofessionelle Zusammenarbeit, als sie zu unterstützen.

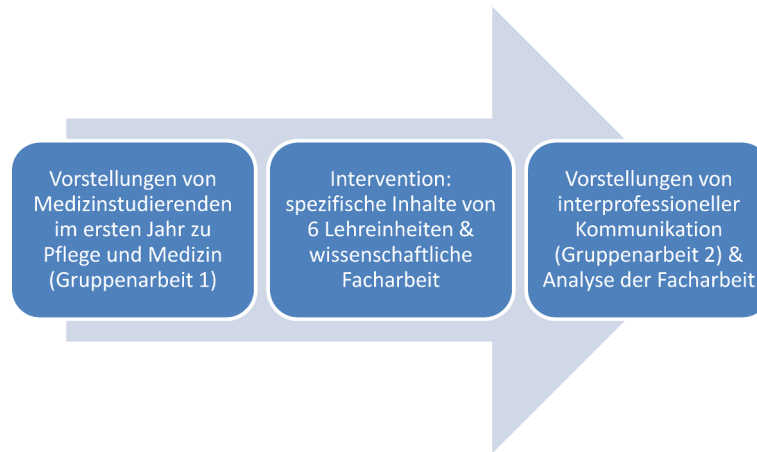


Abbildung 1: Kursstruktur des Kurses interprofessionelle Kommunikation und Pflege

Tabelle 1: Übersicht der Themen der 6 Lehreinheiten

Lehreinheit und Thema
1) Skills-lab: Pflorgetechniken zeigen und erläutern
2) Vergleich der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildung und des Medizinstudiums, kurze Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der beiden Professionen, der Einfluss von Gender in Pflege und Medizin, Erläuterung der Hausarbeit (Interviews mit Pflegefachkräften und Medizinstudierenden)
3) Pflegewissenschaft und Pflegetheorien in Deutschland am Beispiel der Aktivitäten des täglichen Lebens [9]
4) Kommunikation als Kernbestandteil der Pflege, Bedeutung der interprofessionellen Kommunikation und Kommunikationsstrategien
5) Darstellung des Pflegeprozesses an einem Fallbeispiel [10]
6) Präsentation der Hausarbeiten und Abschlussdiskussion

Tabelle 2: Wahrnehmung von Pflege und Medizin aus studentischer Sicht (zu Beginn des Kurses)

Pflege	Medizin	Gemeinsamkeiten
3-jährige Ausbildung an einer Krankenpflegeschule	6-jähriges Universitätsstudium	Arbeitsüberlastung
Geringes soziales Ansehen Niedriges Gehalt	Hohes soziales Ansehen Höheres Gehalt	Gleiches Ziel: dem Patienten möglichst gut zu helfen
Praktische Arbeit Körperliche Arbeit	Operationen, medikamentöse Behandlung, Untersuchung, Diagnose	Zeitdruck Stress
Unterstützung bei den Aktivitäten des tgl. Lebens	Entscheidet über die medizinische Therapie	Arbeitszeit
„Rechte Hand“ des Arztes	Gibt Anweisungen	
Arbeitsentlastung für den Arzt	Interessante Arbeit	
Führt die Anweisungen des Arztes aus	Fällt unabhängige Entscheidungen	
Pflegearbeit für Gesunde & Kranke		
Koordination des Krankenhausaufenthaltes	Administrative Aufgaben	
Vermittler zwischen Patient & Arzt	Kommunikation mit Patienten zur medizinischen Therapie	
Patientenüberwachung	Kommunikation mit Kollegen (Überweisungen)	
Dokumentation	Entscheidet die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus	
Emotionale & soziale Unterstützung der Patienten	Verantwortung für Leben & Tod	

Tabelle 3 vom Ende des Kurses illustriert die im Vergleich zu Tabelle 2 vom Beginn des Kurses veränderte Wahrnehmung der Studierenden vom Pflegeberuf. Die Studierenden können Herausforderungen und Lösungen für eine erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation besser identifizieren als in Tabelle 2, da sich ihr Verständnis für die Pflege geändert hat. Während die Pflege in Tabelle 2 nur als unterstützender Beruf für Ärzt_innen angesehen wurde, würdigen die Studierende den Pflegeberuf nun als eigenständigen Beruf. Beispielsweise sehen die Studierende die hierarchischen Unterschiede jetzt als Herausforderung und erkennen, dass beide Berufsgruppen voneinander lernen können. Sie gestehen beiden Gruppen Erfahrung und Fachwissen zu und stellen fest, dass gemeinsame Aktivitäten, zum Beispiel Visiten an denen sowohl Pflegefachkräfte als auch Ärzt_innen teilnehmen,

eine Möglichkeit darstellen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Die Veränderung der Wahrnehmung der Studierenden ist wahrscheinlich nicht allein auf die Inhalte des Kurses zurückzuführen, sondern wurde ebenfalls durch die Interviews beeinflusst, die die Studierenden für ihre Hausarbeiten durchführten. Die Analyse hat gezeigt, dass die in Gruppenarbeit 2 angesprochenen Themen auch in den einzelnen Hausarbeiten aufgegriffen wurden. Eine weitere Analyse der Recherche der Studierende zeigt, dass sie Probleme und Lösungen auf Grundlage der Interviews und der Literatur beschreiben. Die folgenden Themen wurden von den Studierende am häufigsten als Hindernisse für die interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnet: Vernachlässigung sozialer Normen und Werte in der täglichen Kommunikation, hierarchische Unterschiede

Tabelle 3: Wahrnehmung der interprofessionellen Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Ärzt_innen aus Sicht der Medizinstudierenden (am Ende des Kurses)

Gemeinsamkeiten	Herausforderungen	Lösungen
Gegenseitige Anerkennung	Die Handschrift von Ärzt_innen ist oft schwer zu lesen	Bessere Handschrift
Die jeweils andere Gruppe ernst nehmen		Gemeinsame Visiten
Erfahrung & Fachwissen	Wenig Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften & Mediziner_innen	Gemeinsame Aktivitäten
Gegenseitige Unterstützung	Pfleger werden durch Personalprobleme & die Gesundheitspolitik mehr frustriert	Personalmangel beheben
Beide Berufe sollten sich auf gleicher Ebene begegnen	Hierarchische Unterschiede	Voneinander lernen
Kommunikation muss auf beiden Seiten verbessert werden		Probleme müssen sofort & mit Respekt gelöst werden
Beide Seiten müssen höflicher & freundlicher miteinander umgehen	Junge Ärzt_innen wirken arrogant	Keine Konflikte zwischen Pflegekräften & Ärzten in Anwesenheit von Patienten
Teamwork ist für beide Gruppen wichtig		Regelmäßige Auswertungsgespräche
Häufige Konflikte	Stress ist für beide Seiten ein Faktor	Freundlichkeit & Ehrlichkeit
Unerfahrenen Pflegekräften & Ärzt_innen wird das Leben schwer gemacht	Älteres Pflegepersonal erscheint unfreundlich	

zwischen Pflegeberufen und Mediziner_innen, akademische Ausbildung vs. Berufsausbildung zur Pflegefachkraft und Stress bei der Arbeit aufgrund der Unterbesetzung als organisatorische Beschränkung. Alle Handlungen, die ein gemeinschaftliches Arbeitsumfeld fördern, wie zum Beispiel gemeinsame Visiten und gemeinsame Teilnahme an regelmäßigen Meetings zum Schichtwechsel, sind Faktoren, die eine erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation fördern.

4. Diskussion

Die Wahrnehmung der Studierende von der Pflege als Assistenzberuf für den Arzt spiegelt die in der Gesellschaft weit verbreiteten Ansichten wider [13]. Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterführung der Betreuung von Patienten zwischen den Gesundheitsberufen sind jedoch exzellente Pflegefachkräfte in der Primärversorgung, die in der Lage sind, unabhängig Entscheidungen zu treffen [13]. Viele Länder haben mit der Schaffung von akademischen Pflegeprogrammen auf dieses Problem reagiert; für Deutschland stellt es jedoch nach wie vor ein Problem dar. Es wird angenommen, dass die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens [14], emotionale und soziale Pflegearbeit und die Patientenüberwachung keine Wissenschaft ist; stattdessen werden diese Aufgaben gegenüber der Medizin als Facharbeitertätigkeiten angesehen. Die Grundlage hierfür ist eine Pflegedefinition, die zwischen nicht-spezialisierter und spezialisierter Pflege unterscheidet. Nicht-spezialisierte Pflege umfasst die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und spezialisierte Pflege umfasst therapeutische medizinische Pflege, die sich teilweise mit den Aufgaben des Arztes überschneidet, wie zum Beispiel die Verabreichung von Injektionen [11]. Die Komplexität der Pflege geht durch diese Unterscheidung verloren [11]. Dies spiegelt die historische Entwicklung des Pflegeberufes als weiblicher Beruf auf Grundlage der Rolle der Frau als Versorgerin der Familie und als dienendes Mitglied religiöser Gruppen wider [15]. Die Hausarbeit ermöglichte den Studierenden, diese Themen mit Angehörigen beider Berufsgruppen zu diskutieren und gleichzeitig ihre eige-

nen Erfahrungen aus dem Krankenpflegedienst zu reflektieren. Es überrascht nicht, dass die Themen der Hausarbeiten sich mit den in Tabelle 3 dargestellten Themen decken, da die Studierende die Interviews kurz vor der letzten Gruppenarbeit abgeschlossen hatten.

4.1. Vernachlässigung sozialer Werte und Normen als Hindernis für die interprofessionelle Kommunikation

Am wichtigsten war den Studierenden das Problem, wie häufig soziale Werte und Normen im gegenseitigen Umgang zwischen Pflegepersonal und Ärzt_innen ignoriert wurden. Die Studierenden waren sich einig, dass Respekt, Toleranz, Vertrauen, Ehrlichkeit und Offenheit den Umgang miteinander bestimmen sollten. Eine Studentin äußerte sich folgendermaßen:

„Ich war überrascht, dass in der alltäglichen Arbeit auf der Station die allgemeinen sozialen Werte keine Bedeutung zu haben scheinen. Normale Gespräche sind komplizierte Angelegenheiten. Scheinbar prallen hier zwei völlig verschiedene Welten aufeinander, obwohl sie dasselbe Ziel haben, nämlich im besten Interesse des Patienten zu wirken.“

Wie bereits erwähnt wurde, werden Medizinstudierende und Auszubildende der Pflegeberufe nicht gemeinsam unterrichtet. Sie werden durch Mitglieder der jeweils eigenen Gruppe in ihre zukünftige professionelle Rolle eingeführt. Daher werden die traditionellen Ansichten über die jeweils andere Gruppe sozial reproduziert, so dass es für nachfolgende Pflegefachkräfte und Ärzt_innen schwierig ist, diese Wahrnehmungen abzulegen und ein „Miteinander“ in ihrem gemeinsamen Auftrag, Patienten zu helfen, zu erreichen.

4.2. Hierarchische Unterschiede und Machtfragen

Die Studierenden bestätigten, dass in vertikalen Hierarchien die dadurch bedingten Unterschiede häufig eine gute Zusammenarbeit behindern. Ein Student beschrieb dies folgendermaßen:

„Die strenge Hierarchie im Krankenhaus war in beiden Gesprächen ein Thema. Pflegefachkräfte behandeln die Ärzt_innen mit zu großem Respekt. Ich glaube nicht, dass wir die hierarchischen Strukturen ablegen können, da der Arzt am Ende das letzte Wort hat. Ich stimme jedoch meinen Gesprächspartner_innen zu, dass sich die beiden Gruppen auf Augenhöhe begegnen sollten.“

Der Ausdruck „sich auf Augenhöhe begegnen“ ist in der Beschreibung des Verhältnisses zwischen Ärzt_innen und Pflegefachkräften in Deutschland ein relativ neuer Gedanke. Die Arbeit beider Gruppen überlappt sich natürlich, und einige medizinische Aufgaben, wie Blutabnahmen, können von Pflegefachkräften, Medizinstudierenden oder auch von Ärzt_innen erledigt werden. Im deutschen Kontext ist eine Ärzt_in jedoch autorisiert, Anweisungen zu erteilen und das Pflegepersonal entsprechend der Tätigkeit anzuleiten. Die letztendliche Verantwortung für medizinische Anweisungen liegt bei den Ärzt_innen [16]. Diese Situation ist aus der Entwicklung beider Berufe entstanden. Die Pflege ist als dreijährige Ausbildung im sekundären Bildungssektor verankert, während die Medizin als Universitätsstudium im tertiären Bildungssektor besteht. Erst kürzlich eingeführte Änderungen im Krankenpflegegesetz [8] haben spezifische Aufgaben, Methoden und Prozesse, die auf der Pflegewissenschaft basieren, als unabhängige Pflegeaufgaben definiert. Für einige mag diese Entwicklung gefährlich erscheinen, da sie erstmalig definieren, dass die Krankenpflege auf Pflegewissenschaft beruht und daher teilweise unabhängig von der Medizin ist. Dieses Thema spiegelt auch den Macht- und Autoritätskonflikt zwischen beiden Gruppen wider. In Gruppenarbeit 2 identifizierten die Studierenden Begegnungen zwischen älterem Pflegepersonal und jungen Ärzt_innen als problematisch. Die dienstältere Pflegefachkraft hat viel Erfahrung gesammelt, wodurch sie trotz des „niederen Ranges“ in der Gesamthierarchie eine gewisse Autorität gegenüber jungen Ärzt_innen erhält. Ärzt_innen am Anfang ihrer Karriere haben noch nicht so viel praktische Erfahrung gesammelt, haben jedoch theoretisches Wissen in vielen Studienjahren zusammengetragen und möchten dies nun anwenden und ihr Können beweisen. Die Studierenden kamen zu dem Schluss, dass es am besten wäre, wenn beide Gruppen voneinander lernen könnten, um die beste Behandlung für den Patienten zu erzielen.

4.3. Akademische Entwicklung des Pflegeberufes

Das sich ständig erweiternde medizinische Wissen erfordert akademisch geschulte Pflegefachkräfte, die auch komplexe Therapien verstehen und umsetzen können. Deutsche Gesundheitsexperten und Politiker [17] diskutieren jedoch nach wie vor darüber, ob Deutschland Pflegepersonal mit Bachelorabschluss benötigt. Eine Studentin beschrieb die Reaktionen ihrer Interviewpartner auf ihre Frage zur akademischen Pflege folgendermaßen:

„Der Arzt sprach sich deutlich gegen ein akademisches Bildungsprogramm für die Pflege aus. Seiner Meinung nach verändert ein Pflegestudium nicht die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Ärzt_innen. Die Pflegefachkraft sprach sich für ein akademisches Pflegestudium aus. Sie sieht es als Chance das Pflegefachkräfte ernst genommen werden an.“

Eine größere Anzahl akademisch ausgebildeter Pflegeexperten wird letztlich zu einer besseren Zusammenarbeit mit Ärzt_innen führen, wie heute bereits auf Intensivstationen zu beobachten ist [18]. Akademische Pflegeprogramme können helfen, Rollenkonflikte mit Ärzt_innen zu überwinden, die aufgrund unklarer Verantwortlichkeiten entstehen. Natürlich könnte dies für Ärzt_innen auch bedeuten, dass sie ihre Macht teilen müssen. Alle Programme zur Ausbildung von Gesundheitsexperten (akademisch oder nicht) sollten auch die interprofessionelle Ausbildung beinhalten, um ein kooperativeres Arbeitsumfeld zu fördern [19].

4.4. Organisatorische Hindernisse für die interprofessionelle Kommunikation

Ein großer Teil der Studierende glaubt, dass Stress auf der Station ein Faktor ist, der zu fehlgeleiteter interprofessioneller Kommunikation führt. Für Pflegefachkräfte sind unregelmäßige Schichtarbeit, nicht einzuhaltende, gesetzlich vorgeschriebene Pausen, ungeplante Überstunden und ein geringes Gehalt Stressfaktoren [20]. Dies sind strukturelle Gründe, die durch den Mangel an Pflegekräften hervorgerufen werden. Natürlich können die Studierenden an diesen Problemen nichts ändern; dies ist ihnen durchaus bewusst. Sie stimmen jedoch zu, dass sie sich als Individuen wenigstens an die üblichen sozialen Werte halten können. Eine Studentin schreibt folgendes:

„Für meine zukünftige Karriere nehme ich mit, dass ich dafür verantwortlich bin, wie ich andere behandle. Ich möchte, dass mir dieses Themas weiterhin bewusst bleibt damit ich höflich, freundlich und respektvoll mit anderen umgehe. Nach meinem Krankenpflegedienst habe ich mich entschieden, niemals zu vergessen, wie hart Pflegefachkräfte arbeiten und dies nicht für selbstverständlich zu betrachten. Ich glaube viele Ärzt_innen vergessen das, obwohl sie alle einen Krankenpflegedienst absolviert haben.“

Die Studierenden reflektieren richtig, dass große Organisationen die Art und Weise beeinflussen, wie Menschen zusammenarbeiten und dass diese auch negative Auswirkungen haben können. Beide Seiten stehen unter Stress, da Überstunden und Überlastung auch bei Ärzt_innen vorkommen [18]. Finanzielle Ziele und Effizienzanforderungen von Gesundheitsorganisationen wie Krankenhäusern haben die Entscheidungsfreiheit der Ärzt_innen beschränkt [21].

4.4. Änderungsbeispiele

Eine Anforderung der schriftlichen Aufgabe war es, positive Beispiele für die interprofessionelle Kommunikation in Erfahrung zu bringen. Neben guten sozialen Werten beschrieben die Studierenden, dass gemeinsame Aktivitäten auf der Station die Zusammenarbeit stärken können. Beispiele dafür waren gemeinsame Visiten und die Anwesenheit der Ärzt_innen beim Schichtwechsel der Pflegefachkräfte. In beiden Situationen können Fragen zu bestimmten Patient_innen und Therapien geklärt und Probleme diskutiert werden. Pflegepersonal und Ärzt_innen müssen jedoch auf gemeinsame Visiten vorbereitet sein, damit diese erfolgreich sind und Gesundheitsorganisationen sollten interprofessionelle Weiterbildungen auch für Kolleg_innen anbieten, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben [20]. Ein weiteres Problem ist die Förmlichkeit auf Krankenhausstationen. Junge Pflegefachkräfte und Ärzt_innen sprechen sich untereinander weniger formal an. Sie verwenden Vornamen und das „Du“. Ältere Pflegefachkräfte ziehen in der gegenseitigen Anrede dagegen den formaleren Nachnamen und das „Sie“ vor. Dies bedeutet, dass älteres Pflegepersonal sozialen Normen folgt, welche die hierarchischen Strukturen erhalten, während jüngere Fachkräfte beider Berufsgruppen in der Lage sind, auf diese zu verzichten. Ein Umdenken im hierarchischen System scheint innerhalb der nächsten Generation der Gesundheitsberufe stattzufinden.

5. Fazit

Die Bewertung des Kurses „interprofessionelle Kommunikation und Pflege“ zeigt, wie wichtig es ist, die Aufmerksamkeit von Medizinstudierenden auf dieses Thema zu lenken. Der Krankenpflegedienst ist der erste Kontakt zwischen Medizinstudierenden und dem Pflegeberuf; er sollte gründlicher analysiert und reflektiert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden in der Lage sind, die Sichtweisen beider Berufsgruppen nachzuvollziehen und erkennen, wie wichtig sozial akzeptierte Werte als Grundlage einer guten Kommunikation sind. Sie schlussfolgern, dass die interprofessionelle Kommunikation mehr von einem gegenseitigen Lernprozess profitiert als der Betonung von Hierarchien. In der Abschlussdiskussion fragten die Dozentinnen die Studierenden, ob der Kurs für sie hilfreich war. Die Antwort war ein klares „Ja“, allerdings mit Einschränkungen. Die Studierenden, die ihren Krankenpflegedienst bereits abgeschlossen hatten, erklärten, dass sie dieses Wissen gern schon vor Beginn des Praktikums gehabt hätten. Die Studierenden, die noch einige Praktikumswochen vor sich hatten, freuten sich darauf, einiges des Erlernten ausprobieren zu können.

Die Medizinsoziologie kann dabei helfen, interprofessionelle Bildung in die Ausbildung zu integrieren, da sie so früh im Lehrplan enthalten ist. Soziale Werte und Normen, Macht und Organisationsstrukturen, soziale Rollen, Ge-

sellschaftsschichten und Geschlechterrollen sind wichtige Konzepte, die beide Berufsgruppen beeinflussen. Darüber hinaus können sie die Lücke zwischen Theorie und Praxis schließen. Vorurteile über andere Gesundheitsberufe können auftreten und zu Fehlern führen, welche die Gesundheit und das Leben von Patienten gefährden können [22]. Daher ist es für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur notwendig, diese in Lehrpläne aufzunehmen, sondern sie in allen Phasen von Pflege- und Gesundheitsprogrammen einzubeziehen. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass Deutschland in Sachen interprofessionelle Zusammenarbeit hinter anderen Ländern hinterherhinkt [1], [23]. Pflege und Medizin sind zwei Berufe, die mit einer hochgradigen Verantwortung für das Wohlergehen von Patienten einhergehen. Diese Berufe müssen zum Teil gemeinsam unterrichtet werden, um ein gegenseitiges Verstehen, Akzeptanz und eine gute Zusammenarbeit zu fördern. Medizinische Programme und Krankenpflegesschulen müssen sich diesen Herausforderungen jetzt stellen. Das strukturierte Pflegepraktikum und der Kurs interprofessionelle Kommunikation und Pflege sind Schritte in die richtige Richtung, aber derzeit können sie nicht allen Medizinstudierenden und Auszubildenden der Pflegeberufe angeboten werden. Das Ziel ist, einen Kurs zu entwickeln, an dem Auszubildende und Medizinstudierende gemeinsam teilnehmen und einen festen Platz in den Curricula findet.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S et al. Position statement GMA Committee– "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
2. Stöcker G. Wo steht Deutschland? *Heilberuf.* 2008;60(8):56–60. DOI: 10.1007/s00058-008-0140-9
3. Lehmann Y, Ayerle G, Beutner K, Karge K, Behrens J, Landenberger M. Pflegeausbildung – Was machen die Nachbarn? *Schwester Pfleger.* 2014;53(8).
4. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/-archiv/2411-12.pdf>
5. Wickler-Stuck K, Becker A, Niemann N, Riedel B, Werwick K, Ahrendt C, Wagener C. Strukturiertes Gesundheits- und Krankenpflegepraktikum für Medizinstudenten an der Medizinischen Fakultät Magdeburg. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg, 25.-27.09.2014. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2014. DocP427. DOI: 10.3205/14gma158
6. Eich-Krohm A. Interprofessionelle Kommunikation von Pflegefachkräften und Ärzten als Thema im Medizinstudium. *Berufsbild Z Praxis Theor Betrieb Schule.* 2014;(148).

7. Swart E, Robra B, Spura A. Sozial- und Naturwissenschaften - zwei Welten auf Konfrontations- oder Koalitionskurs in der Medizinischen Soziologie?! Lengerich: Pabst Science Publishers; 2014.
8. Storsberg A, Neumann C, Neiheiser R. Krankenpflegegesetz: Mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. 6., überarb. und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2003.
9. Juchli L, Vogel A. Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 4. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1983.
10. Fiechter V, Meier M, Wyss H. Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Editiones Roche; 1981.
11. Friesacher H. Der Kern der Pflege. Schwester Pfleger. 2015;54(2):46–47.
12. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz; 2002.
13. Bartholomeyczyc S. Voller Widersprüche: Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland. Mabuse. 2013;38(203):46–49.
14. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney model of nursing. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone; 2000.
15. Hofmann I. Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Forum. 2013;28(2):99–106. DOI: 10.1007/s12312-013-0933-x
16. Müller T, Schabbeck JP. Delegation ärztlicher Leistungen an das Pflegepersonal: Möglichkeiten, Anforderungen und praktische Umsetzung. Heidelberg: medhochzwei-Verl.; 2014.
17. Schmidt M. Der Bachelor kommt ans Bett. ZEIT. 2013;47. Zugänglich unter/available from: <http://www.zeit.de/2013/47/pflege-bachelor-akademische-fachkraefte/komplettansicht>
18. Hibbeler B. Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. Dtsch Ärztebl. 2011;108(41):A2138-A2144.
19. Höppner H. Kooperation stärken: Warum die Gesundheitsberufe in Deutschland mehr zusammen arbeiten müssen. Mabuse. 2012;37(199):47–49.
20. Kitta B. Viele unzufriedene Beschäftigte. Schwester Pfleger. 2015;54(7).
21. Vogd W. Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Soz Syst. 2005;11(2):236–270.
22. Monaca C, Manser T. Effektive Kommunikation für mehr Patientensicherheit. Schwester Pfleger. 2015;54(8):60–62.
23. Kuhlmeier A. Teamarbeit darf nicht bloß Goodwill sein. Gesundheit Ges. 2015;12(Spezial 7-8).

Korrespondenzadresse:

Dr. Astrid Eich-Krohnm, Ph.D.
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg, Deutschland
astrid.eich-krohnm@med.ovgu.de

Bitte zitieren als

Eich-Krohnm A, Kaufmann A, Winkler-Stuck K, Werwick K, Spura A, Robra BP. First Contact: interprofessional education based on medical students' experiences from their nursing internship. GMS J Med Educ. 2016;33(2):Doc20.
 DOI: 10.3205/zma001019, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010194

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001019.shtml>

Eingereicht: 14.08.2015

Überarbeitet: 26.10.2015

Angenommen: 16.11.2015

Veröffentlicht: 29.04.2016

Copyright

©2016 Eich-Krohnm et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.