

Fostering interprofessional communication through case discussions and simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot project

Abstract

Background: Poor communication between physicians and nursing staff could result in inadequate interprofessional collaboration with negative effects on patient health. In order to ensure optimal health care for patients, it is important to strengthen interprofessional communication and collaboration between physicians and nurses during their education.

Aim: The aim of this project is to foster communication for medical and nursing students through interprofessional case discussions and simulated ward rounds as a form of training.

Method: In 2013-15 a total of 39 nursing students and 22 medical students participated in eight seminars, each covering case discussions and simulated ward rounds. The seminar was evaluated based on student assessment of the educational objectives.

Results: Students who voluntarily signed up for the seminar profited from the interprofessional interaction and gathered positive experiences working in a team.

Conclusion: Through practicing case discussions and ward rounds as a group, interprofessional communication could be fostered between medical and nursing students. Students took advantage of the opportunity to ask those from other profession questions and realized that interprofessional interaction can lead to improved health care.

Keywords: Interprofessional education, interprofessional communication, case discussion, simulated ward rounds

Birgit Wershofen¹
Nicole Heitzmann¹
Esther Beltermann¹
Martin R. Fischer¹

1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Germany

Introduction

In the cooperation between physicians and nursing professionals a communication deficit is prevailing. This becomes obvious by the fact that professional opinions about patients are insufficiently expressed and shared. Moreover, the other professional's potential for action is frequently underestimated and remain unknown to the other [1]. This communication deficit can result in poor collaboration and negatively impact patients [2]. Hence, preparing students during their education for future collaboration seems reasonable [3], [4], [5] as a way to contribute to efficient, cost-effective and high-quality health care [6], [7], [<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf> cited 15-08-2015]. Until today, interprofessional communication training has neither been widely offered nor investigated in undergraduate programs [8]. Within the current project, a teaching strategy was developed to promote communication between medical and nursing students. Emphasis was placed on becoming familiar with the perspectives and decision-making possibilities of the respectively other profession, rather than on practicing clear communication in critical situations (e.g. SBAR) [9], [10].

When developing the teaching concept, the contact hypothesis [11], [12] was applied as the theoretical framework. The basic aspect of the contact hypothesis is the communication between two groups who exchange knowledge and share their perspectives during exercises. In order to achieve a deconstruction of stereotypes and a positive change in attitudes during the exercises, a cooperative atmosphere, a shared goal, equal status among the groups and the guidance of instructors are essential [11]. This seems appropriate if interprofessional learning takes place in interaction between students from two or more professions [13]. As a result, improved interaction can occur and a more open communication can be fostered between the professional groups [3], [14], [15], [16], [17], [18].

For this project, two situations were selected that commonly occur in clinical practice, and for which interprofessional communication is crucial: interprofessional case discussions and ward rounds.

Interprofessional case discussions are an important teaching method to present complex problems [2], [3], [7]. Case discussions encompass a communicative process and represent a problematic patient situation: to achieve patient-centered solutions, ideas are discussed within the team [19], [20], [21]. Through this exchange,

students have the opportunity to better understand the point of view of the other profession. In addition it has been shown that looking at problem from a different perspective, such as the perspective from another health care profession, leads to more effective, safer health care [16] and is more closely to patient-centered care [3], [13]. In the current study, specific frameworks were used to structure the case discussions [7]. In clinical practice case discussions frameworks for addressing ethical questions are well-established [21], [22], [23]. However, a framework specifically for general clinical healthcare situations is almost unknown [7]. In this project, the case discussion frameworks are used as a tool to learn how to conduct case discussions. The case discussions are meant to achieve a coordinated plan for therapy. After discussing the clinical case within the team, the students present the treatment plan to the patient in a simulated ward round. This step, moreover, makes it possible to practice communication with patients as well.

The aim of this teaching project is to foster interprofessional communication for nursing staff and physicians through joint case discussions and simulated ward rounds during initial education. The question arising from this is whether or not the interprofessional communication practiced by the students will be subjectively improved as a result of attending the interprofessional seminar.

The teaching concept was first realized as a pilot project in preparation for implementation in the nursing and medical curricula. The Robert Bosch Stiftung provided support for the pilot project within the scope of its grant program, "Operation Team – Interprofessional Learning in the Health Care Professions".

Project description

The pilot project was designed as a seminar and covered four instructional units each consisting of four lesson units. Figure 1 gives an overview of the seminar. At the beginning of the first lesson, the different and common tasks in health care were covered. This introduction was meant to give insight into the responsibilities of the respective other profession and to convey to the students, that both professions share the common goal of providing health care.

Moreover, the exchange that takes place between the students is an important aspect of the contact hypothesis [11]. The students are introduced to two models for case discussions: the Interprofessional Team Reasoning Framework [7] and case discussion based on Vollmann [21]. Afterwards, rules for moderating and giving feedback are introduced. The first case discussion is moderated by a teacher. Students take on the roles in the case discussions. Following the progress of the case discussion and the result are reflected, including considerations on alternatives. Next, students are instructed on how to conduct a joint ward round. The instructor demonstrates how to communicate the results of the case discussion to the patients in context of a ward round. When doing

this, a student assumes the role of patient. Finally, the reflection is guided by instructors and takes place with structured feedback on the simulations to augment the learning process [24].

During each of the second and third lesson units, one to two example cases are presented and used for the case discussion and ward round. The moderations of the case discussions and each of the related roles are conducted in alternation by the students. Over the course of the seminar, students increasingly take responsibility in leading the case discussion, simulated ward round, and the reflective exercises. The instructor's responsibility is, based on the contact hypothesis [11], to provide support as needed. To encourage participants to see things from another perspective, students are offered to take on the role from the other profession.

There is a formative assessment at the end of the lesson unit, in which the group independently carries out a case discussion and then reflects upon it. The results of the case discussion are communicated by two students to a standardized patient in a simulated ward round. Every student is involved in a simulated scenario. The reflective process is supplemented by the feedback given by the standardized patient. At the end of the seminar, the participants receive a certificate documenting their attendance.

An important aspect of planning the seminar was selecting the instructors. The expertise in teaching is a crucial factor in enabling constructive interprofessional learning [25]. This is why the seminar was taught by physicians and nurses with teaching experience. The instructors were prepared for the interprofessional teaching situation in a joint meeting beforehand, which comprises the seminar content, knowledge about cooperative learning [26], attitudes and assumptions about stereotypes [17], [27], and the development of a professional identity [27]. Furthermore, the conditions and responsibilities arising from the theoretical framework of the contact hypothesis [11] were discussed, for instance how to create a cooperative learning atmosphere.

Case-based learning is a frequently used approach to initiate the learning process for students in the health professions [28]. For this reason, the development of cases for this seminar was another central aspect. The cases are based on real challenges in providing patient care. The heuristic matrix of Darmann-Finck [29] was used as a focusing element and to review the cases for educational content. The matrix covers the points of view held by nurses, patients and their relatives, and the institution and healthcare system in light of technical, practical and emancipatory cognitive interests. In addition, the physician's perspective was also included.

A comprehensive knowledge is needed to grasp the complex problems in the presented cases. Therefore the seminar was offered to nursing students in their third year of study and medical students either in their ninth semester or fifth year (practical phase) of study. Different group constellations were tested: interprofessional

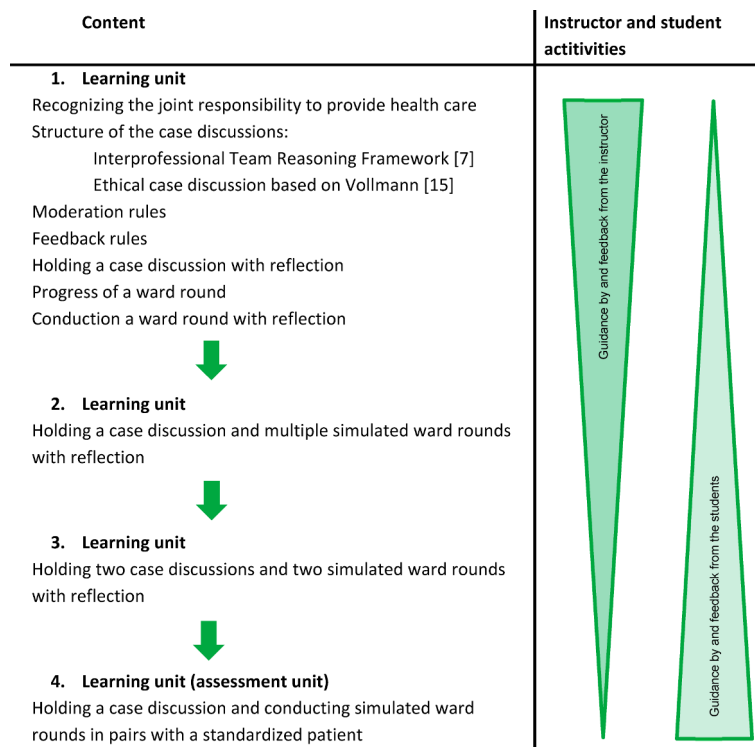


Figure 1: Overview of the seminar units

groups, consisting of nursing and medical students and uniprofessional groups.

Methods

Many questionnaires have been developed in the English-speaking countries to evaluate interprofessional education [30], [31], [32]. The extent to which German translations of these international scales can be used due to differences in educational systems has not been ascertained. For the seminar, a questionnaire was developed based on evaluation surveys used internally by the medical school at the Ludwig Maximilian University (LMU) in Munich, Germany.

The questionnaire contained 18 items having a six-point Likert scale (1=completely true to 6=completely false) and two qualitative questions that referred to positive aspects and suggestions for improvement. A total of 61 students attended the seminar. The participants were enrolled at LMU and two nursing schools in Munich - Berufsfachschule für Krankenpflege Maria Regina (groups 1-7) and Private Berufsfachschule für Krankenpflege Dritter Orden und Barmherzige Brüder (group 8). Table 1 gives an overview of the participant numbers and distribution according to profession and sex.

Table 1: Group composition

Group	Medical students (N=22)		Nursing students (N=39)	
	male	female	male	female
1	1			5
2	1		2	5
3			1	12
4	1	3		
5	2	1		2
6	1	2		2
7	1	2	2	1
8	2	5		7

The nursing students in the first three groups all came from one class. To facilitate organization of the practical components, the seminar was held during regular class time during the first year of piloting. Groups 1 and 2 worked interprofessionally, while group 3 (consisting only of nursing students) served as a control. The seminar was held in parallel for groups 1, 2 and 3. Over the course of the seminar, the nursing students complained about the necessity to attending. Because of their participation on a not voluntary basis, their data were excluded from the analysis. A further consequence was that the subsequent seminars were held outside of regular class time. Participation for the medical students was voluntary. Despite great efforts to recruit with campaigns, emails, announcements in instructors and recommendations only a small number of medical students signed up. The interprofessional groups 1 and 2 each had only one medical student as a result. The control group (group 4) consisted of four medical students. Further 15 medical students (groups 5-8) were then recruited in an extensive effort to encourage participation.

Results

In the seminars students had the opportunity to practice structured communication in the form of a case discussion and to present the results in simulated ward rounds. The intended comparison of the groups was not possible due to the low number of medical students in the first groups and the change from regular class time to voluntary participation for the nursing students. As reported, only the data of persons willingly participating in the seminar were analyzed. The results refer to the nursing students in groups 5-8 and medical students in groups 1, 2, and 4-8. The low number of participants limits the statistical analysis and therefore, only descriptive data are reported. Nevertheless, the data provide valuable information for continuation and implementation in the medical and nursing curricula. The data analysis was carried out with SPSS (version 22).

Overall, 12 female and two male nursing students participated, of which one male student was unable to complete the seminar for work-related reasons. Of the 22 medical students, 13 were female and nine male. The response rate from the students who completed the seminar was 100%. The mean age of the nursing students was 22.5 years (range 20-29 years), that of the medical students was 28 years (range 21-45 years).

The most important student responses on the questionnaires are compiled in table 2 and table 3.

It can be seen that the students felt they were able to lead interprofessional case discussions.

Moreover, the students learned what they need to pay attention to interprofessional communication ($M=1.66$) and took advantage of the opportunity to ask questions to the other profession in order to understand their occupational perspectives ($M=1.60$). In addition, the students were open to the views of the other professional group ($M=1.57$). During the seminar students also realized that the arguments presented by the other professional group led to a change in their own actions and decision-making, something that can contribute to improved patient care ($M=1.54$).

Student assessment of acceptance is presented in table 3. The level of acceptance is determined with the three following questions: would the students recommend the seminar to others; were they interested in more interprofessional seminars; and if the cases were appropriate for their learning. It appears that the participants would recommend the seminar to their fellow students at the vocational schools or university ($M=1.34$). Also, the interest in taking other interprofessional seminars is very high ($M=1.63$). The cases were also evaluated as appropriate ($M=1.86$).

As a final question, students were asked to describe what they particularly liked about the seminar and what could have been better. In their responses, students described the insights into the other profession's view as an added bonus. The opportunity to work together and share ideas on cases was mentioned as a very good strategy to prepare for practice. In addition, the positive learning atmo-

sphere was valued. The structured teamwork was identified as being helpful. The students reported that the time for joint learning was sufficient to allow them to come together as a team. Furthermore, the feedback was experienced as being helpful. Suggestions for improvement included later starting times for the seminar and even more detailed information about the cases.

Discussion

These results point out that the students felt an improvement in their ability to communicate interprofessionally. Some studies show in a similar manner that interactive exercises contribute to improving interprofessional communication [14], [17], [18]. In addition, the students were able to identify a change in their attitude that contributes to improving patient care, which is an important goal of interprofessional collaboration [8]. The evaluation of the seminar is an initial step toward determining the subjective achievement of the learning objectives and the acceptance of the seminar. Since suitable evaluation tools for interprofessional education are presently lacking in the German-speaking countries, a student evaluation questionnaire for the seminar was developed. In a second step this questionnaire is to serve as the basis for developing a standardized, validated evaluation tool. To gather detailed information, further evaluation methods (e.g. interviews, performance test) are planned for the next project phase.

The following discusses the challenges and changes for the pilot project and its results.

The application of the seminar schedule proved to be appropriate. The opportunity to change the perspective and take the other professions roles was not taken by all of the groups or students. The reason given for this by students was that they were sufficiently challenged with the structured case discussions, the demands of the cases, and with their own professional role.

Challenging and very time consuming was the recruitment of medical students. These campaigns were only partially successful. A personal recommendation of an advocate has been proven to be particularly beneficial in recruiting medical students. The great amount of 16 learning units hindered the participation in the seminar. Reducing the amount of time was not considered, because of students' emphasis on the value to have time together and to work on the exercises.

The original intention to conduct the seminar during regular class time for nursing students was not perceived as a concession, but rather as an obligation. An important reason for the dissatisfaction of the nursing students in the first three groups was that their expectation of joint learning with an equal number of medical students was not met. This unfulfilled expectation contributed to the development of certain group dynamics that culminated in a rejection of the seminar. It became clear as a result that the selection of instructors with teaching experience is an important aspect, as well as the intensive prepara-

Table 2: Student evaluation of the learning objectives

Questions about meeting learning objectives	Evaluations
	Group of voluntary student participants (N=35)
1. I believe I am able to lead interprofessional case discussions after completing this seminar.	$M = 1.94, SD = 0.70$ (n=34)
2. In this seminar I learned what I need to pay attention in interprofessional communication.	$M = 1.66, SD = 0.68$ (n=35)
3. As a result of the exercises, I have learned to ask the other profession so that I understand the other profession's view.	$M = 1.60, SD = 1.06$ (n=35)
4. As a result of the exercises, I have learned to be open to the perspectives of the other profession.	$M = 1.57, SD = 0.66$ (n=35)
5. I have found that the arguments presented by the other profession have led to a change in my attitude and decision-making so that I can ensure the best patient care possible.	$M = 1.54, SD = 0.70$ (n=35)

Note: six-point Likert scale (1 = completely true; 6 = completely false)

Table 3: Student evaluation of acceptance

Questions about the acceptance of the seminar	Evaluations
	Group of voluntary student participants (N=35)
1. I would recommend taking this seminar to my fellow students.	$M=1.34, SD=0.84$ (n=35)
2. I would very much like to learn in interprofessional seminars.	$M=1.63, SD=1.00$ (n=35)
3. Overall, the cases were very successful.	$M=1.86, SD=0.91$ (n=34)

Note: six-point Likert scale (1 = completely true; 6 = completely false)

tion [13]. To date, there has been no teacher training concerning interprofessional teaching situations.

An important outcome of the pilot project is the necessity of voluntary participation in interprofessional seminars. Freeth et al. [13] emphasize the voluntary participation as an important motivational factor for students, which is confirmed in the realization the seminars as optional ones and is reflected in the student evaluations. Signing up voluntarily for an interprofessional communication seminar indicates a pre-existing curiosity and interest in the other profession.

To implement interprofessional communication as a permanent and essential part in education, the seminar should be included as an elective in the nursing and medical curricula. Regularly and repeatedly holding seminars underlines the importance of interprofessional communication for patient care for soon-to-be health care professionals. If further positive learning outcomes can be demonstrated, a next step should entail offering opportunities for interprofessional education to all students.

Conclusion

Nursing and medical students experienced an improvement in interprofessional communication. This is a first step to improve interprofessional communication in day-to-day work, which could further lead to an improvement in patient care.

The seminar's format and structure have proven to be successful. While conducting the seminar, positive learning effects were seen for nursing and medical students who participated voluntarily. The implementation of this seminar in the nursing and medical curricula is planned as a next step. Importance will be placed on having an equal number of students from each profession and on the voluntary nature of participation. Extensive recruiting campaigns at the medical schools and vocation-

al schools will be initiated for this purpose. Expansion of the course offering to include other health professions is being considered.

A program to train the trainer is planned to ensure the quality in teaching interprofessional seminars.

From the instructors' point of view it is important to understand the effects of interprofessional education in order to create positive learning situations. For instance, the extent to which improvement in interprofessional communication can be traced to the use of structured case discussions or simply to the opportunity to interact in a shared learning setting is still unknown. The question also arises whether changes in perspective or attitude are based on prior interest in the other professional group or are a result of experiencing teamwork. The presented project offers a starting point with the potential to address other issues involving interprofessional education.

Funding

The project is received a grant form the Robert Bosch Stiftung (project number 32.5.1316.0004.0)

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim E. Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege Gesellschaft*. 2010;15(3):197-216.

2. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2
3. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online.* 2011;16:6035. DOI: 10.3402/meo.v16i0.6035
4. Sachverständigenrat. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2007.
5. Weltgesundheitsorganisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genf: World Health Organisation Press; 2010.
6. Robert Bosch Stiftung. Memorandum, Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH; 2011.
7. Packard K, Chehal H, Maio A, Doll A, Furze J, Huggett K, Jensen G, Jorgensen D, Wilken M, Qi Y. Interprofessional Team Reasoning Framework as a Tool for Case Study Analysis with Health Professions Students: A Randomized Study. *J Res Interprof Pract Educ.* 2012;2(3):250-263.
8. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AF, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Coun.* 2013;93(1):18-26. DOI: 10.1016/j.pec.2012.10.016
9. Manning M L. Improving clinical communication through structured conversation. *Nurs Econ.* 2006;24(5):268-271.
10. DeMeester K, M.Verspuy M, Monsieurs KG, VanBogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation.* 2013;84(9):1192-1196. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
11. Allport GW. The nature of prejudice. 25th ed. Reading: Addison-Wesley Publishing Company; 1979.
12. Hewstone M, Brown R. Contact is not enough: An intergroup perspective on the 'contact hypothesis'. In: Hewstone M, Brown R (Hrsg). *Contact and conflict in intergroup encounters.* Oxford: Blackwell; 1986.
13. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery & Evaluation.* Oxford: Blackwell Publishing; 2005. DOI: 10.1002/9780470776438
14. Maeno T, Takayashiki A, Anme T, Tohno E, Maeno T, Hara A. Japanese students' perception of their learning from an interprofessional education program: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2013;4:9-17. DOI: 10.5116/ijme.50e5.e29a
15. Manser T, Foster S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011;25(2):181-191. DOI: 10.1016/j.bpa.2011.02.006
16. Wakefield AB, Carlisle C, Hall AG, Attree MJ. The expectations and experiences of blended learning approaches to patient safety education. *Nurse Educ Pract.* 2008;8(1):54-61. DOI: 10.1016/j.nepr.2007.04.007
17. Carpenter C. Doctors and nurses: stereotype and stereotype change in interprofessional education. *J Interprof Care.* 1995;9(2):151-161. DOI: 10.3109/13561829509047849
18. Keller K B, Eggenberger T L, Belkowitz J, Sarsekeyeva M, Zito A R. Implementing successful interprofessional communication opportunities in health care education: a qualitative analysis. *Int J Med Educ.* 2013;4:253-259.
19. Binner U, Ortmann K, Zimmermann RB, Zirnstein J. *Die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen - ein Leitfaden.* Berlin: ISG - Institut für Soziale Gesundheit; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.severam.de/wp-content/uploads/2012/03/Leitlinien-Fallkonferenz.pdf>
20. Steinkamp N, Gordijn B. Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. *Rhein Ärztbl.* 2000;5:22-23. Zugänglich unter/available from: <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2000.05.022.pdf>
21. Vollmann J. Ethische Falldiskussionen. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (Hrsg). *Klinische Ethikberatung.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2010. S.85-112.
22. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologe.* 2009;15(10):980-988. DOI: 10.1007/s00761-009-1695-z
23. Gordijn B. Ethische Diskussionen im Team. *Schwester Pfleger.* 2000;39(2):114-117.
24. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthcare.* 2007;2(2):115-125. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
25. reeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J Interprof Care.* 2004;18(1):43-56. DOI: 10.1080/13561820310001608221
26. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *BEME Guide No. 9. Med Teach.* 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
27. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones SC. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care.* 2003;17(1):21-34. DOI: 10.1080/1356182021000044120
28. Williams B, Brown T, McCook F, Boyle M., Palermo C, Molloy A, McKenna L, Scholes R, French J, McCall L. A pilot study evaluating an interprofessional education workshop for undergraduate health care students. *J Interprof Care.* 2011;25(3):215-217. DOI: 10.3109/13561820.2011.544423
29. Darmann-Finck I. Eckpunkte einer Interationistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck R, Fichtmüller F (Hrsg). *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik.* Weinheim: Juventa Verlag; 2010. S. 13-54.
30. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.* 1999;33(2):95-100. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x
31. McFadyen A, Maclaren W, Webster V. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodeled sub-scale structure and its reliability. *J Interprof Care.* 2007;21(4):433-443. DOI: 10.1080/13561820701352531
32. Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an attitudes toward health care team scale. *Eval Health Prof.* 1999;22(1):123-142. DOI: 10.1177/01632789922034202

Corresponding author:

Birgit Wershofen
Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik
und Ausbildungsforschung in der Medizin,
Ziemssenstraße 1, D-80336 München, Germany, Phone:
+49 (0)89/4400-57207, Fax: +49 (0)89/4400-57202
birgit.wershofen@med.uni-muenchen.de

Please cite as

Wershofen B, Heitzmann N, Beltermann E, Fischer MR. Fostering
interprofessional communication through case discussions and
simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot
project. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc28.
DOI: 10.3205/zma001027, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010274

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001027.shtml>

Received: 2015-08-15

Revised: 2016-01-08

Accepted: 2016-02-09

Published: 2016-04-29

Copyright

©2016 Wershofen 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/>.

Förderung interprofessioneller Kommunikation durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visitensimulationen in der pflegerischen und medizinischen Ausbildung – ein Pilotprojekt

Zusammenfassung

Hintergrund: Kommunikationsdefizite zwischen Ärztinnen¹ und Pflegepersonen können eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit bewirken, die zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen für Patienten führen können. Eine Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit ist bereits in der Ausbildung von Ärztinnen und Pflegepersonen wichtig um zu einer optimalen Patientenversorgung beizutragen.

Zielsetzung: Ziel des vorliegenden Unterrichtsprojekts ist die Förderung der interprofessionellen Kommunikation für Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und Medizinstudierende durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visitensimulationstrainings.

Methodik: Im Zeitraum von 2013 - 2015 nahmen insgesamt 39 Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und 22 Medizinstudierende an acht Seminaren teil, die jeweils Fallbesprechungen und Visitensimulationstrainings beinhalteten. Die Evaluation der Seminare erfolgte über die Einschätzung der Lernenden nach Lernzielen.

Ergebnisse: Teilnehmerinnen, die sich freiwillig zu den Seminaren anmeldeten, profitierten durch den interprofessionellen Austausch und machten positive Erfahrungen über das Arbeiten im Team.

Schlussfolgerungen: Durch die Übungen der gemeinsamen Fallbesprechungen und Visitensimulationen konnte die interprofessionelle Kommunikation bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und Medizinstudierenden gefördert werden. Die Lernenden nutzten die Möglichkeit bei der anderen Profession nachzufragen und machten die Erfahrung, dass ein interprofessioneller Austausch zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen kann.

Schlüsselwörter: Interprofessionelle Ausbildung, interprofessionelle Kommunikation, Fallbesprechungen, Visitensimulation

Einleitung

In der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zeigen sich nach wie vor kommunikative Defizite; z.B. werden die beruflichen Sichtweisen auf den Patienten nur unzureichend ausgetauscht. Die Handlungspotentiale der jeweils anderen Berufsgruppe bleiben häufig unbekannt [1]. Dieser Mangel an Kommunikation kann eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit bewirken und negative gesundheitliche Auswirkung für Patienten haben [2]. Es erscheint sinnvoll, Lernende in den Gesundheitsberufen bereits in der Ausbildung auf ihre Zusammenarbeit vorzubereiten [3], [4], [5], um so zu einer effizienten, kosteneffektiven und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beitragen

zu können [6], [7], [<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf> zitiert am 15.08.2016]. Bislang werden interprofessionelle Kommunikationstrainings in der Erstausbildung unzureichend angeboten und untersucht [8]. Um diesen Defizit zu begegnen wurde ein Unterrichtskonzept entwickelt, in dem die Kommunikation von Medizinstudierenden und Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen gefördert wird. Dabei steht ein Kennenlernen der Sichtweisen und Handlungspotentiale der Professionen im Vordergrund und nicht das Üben effektiver Informationsweitergabe in kritischen Situationen (z.B. SBAR) [9], [10].

Bei der Entwicklung des Unterrichtskonzepts wurde die Kontakthypothese [11], [12] als theoretischer Bezugsrahmen berücksichtigt. Der wesentliche Aspekt der Kontakthypothese ist die Kommunikation zwischen zwei Gruppen,

Birgit Wershofen¹
Nicole Heitzmann¹
Esther Beltermann¹
Martin R. Fischer¹

1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland

die in Übungen gegenseitiges Wissen und Sichtweisen austauschen. Damit in den Übungen ein Abbau von Stereotypen und eine positive Verhaltensveränderung ermöglicht werden, ist eine kooperative Atmosphäre, ein gemeinsames Ziel, der gleiche Status der Gruppen und die Unterstützung durch Dozenten essentiell [11]. Dies erscheint insofern passend, als dass interprofessionelles Lernen in Interaktion zwischen Lernenden aus zwei oder mehr Professionen entsteht [13]. Dadurch kann ein verbesserter Austausch entstehen und eine offenere Kommunikation unter den Berufsgruppen gefördert werden [3], [14], [15], [16], [17], [18].

Für das Unterrichtsprojekt wurden zwei häufige Situationen der Zusammenarbeit herausgegriffen, in denen interprofessionelle Kommunikation zentral ist: interprofessionelle Fallbesprechungen und Stationsvisiten.

Die interprofessionelle Fallbesprechung ist eine wichtige Unterrichtsmethode, um komplexe Probleme darzustellen [2], [3], [7]. Fallbesprechungen umfassen einen kommunikativen Prozess und stellen eine Problemlage von Patienten dar. Im Team werden Lösungsideen diskutiert, um eine patientenorientierte Lösung zu entwickeln [19], [20], [21]. Durch den Austausch erhalten die Lernenden die Möglichkeit, die jeweils andere berufliche Sichtweise besser zu verstehen. Zudem führt eine Problembetrachtung aus verschiedenen Blickwinkeln zu einer effektiveren, sicheren [16] und patientenzentrierteren Versorgung [3], [13]. Die Fallbesprechung erfolgt nach einem strukturierten Ablauf, der für die Lernenden ein unterstützendes Instrument in der gemeinsamen Bearbeitung darstellt [7]. Für ethische Fragestellungen sind Ablaufstrukturen bei Fallbesprechungen etabliert [21], [22], [23]. Nahezu unbekannt ist jedoch eine Struktur, die den Fokus auf allgemeine klinische Versorgungssituationen hat [7]. In diesem Unterrichtsprojekt werden die Strukturen als Instrument für das Lernen und Üben von Fallbesprechungen genutzt. Das Ergebnis aus der Fallbesprechung ist ein abgestimmter Behandlungsplan. Im Anschluss wird der Behandlungsplan dem Patienten in einer simulierten Stationsvisite vorgestellt. Hierbei wird die gemeinsame Kommunikation mit dem Patienten geübt.

Das Ziel des vorliegenden Unterrichtsprojekts ist die Förderung der interprofessionellen Kommunikation für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Ärztinnen durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visiten-simulationstrainings in der Erstausbildung. Die daraus abgeleitete Fragestellung ist: Wird die interprofessionelle Kommunikation der Lernenden durch die Teilnahme an dem interprofessionellen Seminar subjektiv verbessert? Die Umsetzung des Unterrichtskonzepts erfolgte als Pilotprojekt zur Vorbereitung für eine Implementierung in die pflegerischen und medizinischen Curricula. Die Robert Bosch Stiftung unterstützte im Rahmen der Ausschreibung „Operation Team- Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ das Pilotprojekt.

Projektbeschreibung

Im Folgenden wird der Ablauf des Unterrichtsprojekts vorgestellt.

Das Pilotprojekt ist als Seminar konzipiert und umfasst vier Lerneinheiten mit je vier Unterrichtsstunden. Für eine Übersicht ist in Abbildung 1 der Ablauf des Seminars dargestellt. Zu Beginn der ersten Lerneinheit werden die gemeinsamen und unterschiedlichen Aufgaben der beiden Professionen in der Patientenversorgung erfasst. Dies dient dem Einblick in die beruflichen Aufgaben der anderen Profession. Zusammenfassend wird das gemeinsame Ziel der Patientenversorgung hervorgehoben. Der Austausch über die beruflichen Aufgaben und ein gemeinsames Ziel sind wichtige Bestandteil der Kontakthypothese [11]. Im Folgenden werden die Lernenden in zwei Strukturen für Fallbesprechungen eingeführt: das Interprofessional Team Reasoning Framework [7] und die Fallbesprechung nach Vollmann [21]. Im Anschluss erfolgt die Einführung in Moderations- und Feedbackregeln. Die erste Fallbesprechung wird durch eine Dozentin moderiert, die Lernenden übernehmen die Rollen in den Fallbesprechungen. Anschließend werden die Durchführung und das Ergebnis der Fallbesprechung reflektiert sowie Alternativen diskutiert. Als nächstes wird der Ablauf einer gemeinsamen Stationsvisite dargestellt. Die Dozentinnen demonstrieren die Vermittlung des Ergebnisses aus der Fallbesprechung an den Patienten im Rahmen einer Stationsvisite. Dabei übernimmt ein Lernender die Patientenrolle. Anschließend erfolgt eine angeleitete Reflexion durch die Dozentinnen. Strukturiertes Feedback im Anschluss an die Simulationen ergänzt diesen Lernprozess [24].

In den zweiten und dritten Lerneinheiten werden jeweils ein bis zwei Fallbeispiele vorgestellt und für die Fallbesprechung und Visite genutzt. Die Moderation der Fallbesprechung sowie die weiteren teilnehmenden Rollen werden wechselnd von den Lernenden übernommen. In Verlauf des Seminars führen die Lernenden die Moderation der Fallbesprechung und die Reflexion mit dem Feedback zunehmend selbständig durch. Die Aufgabe der Dozentinnen ist es bezogen auf die Kontakthypothese [11] bei Bedarf unterstützend zu wirken. Um einen Perspektivenwechsel anzuregen, wird den Lernenden angeboten, die Rolle der anderen Berufsgruppe zu übernehmen.

Zum Abschluss der Lerneinheiten erfolgt ein formatives Assessment. Die Gruppe führt dabei eine Fallbesprechung selbständig durch und reflektiert diese anschließend. Das Ergebnis aus den Fallbesprechungen wird jeweils von zwei Lernenden mit einem Schauspielpatienten in einer Visiten-situation simuliert. Somit ist jeder Lernende in eine Visiten-simulation involviert. Der Reflexionsprozess wird durch das Feedback des Schauspielpatienten ergänzt. Mit Abschluss des Seminars erhalten die Teilnehmer des Seminars ein Zertifikat.

Ein wichtiger Aspekt in der Planung des Seminars war die Dozentenauswahl. Um positive interprofessionelle Lernerfahrungen zu ermöglichen, ist die Expertise der

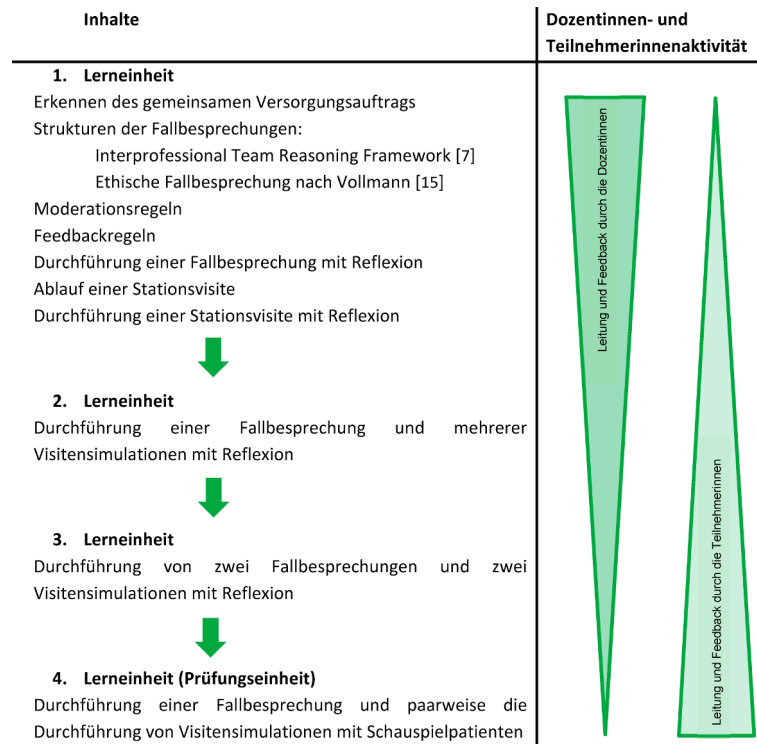


Abbildung 1: Überblick der Lerneinheiten aus dem Seminar

Lehrenden ein entscheidender Faktor [25]. Darum wurde das Seminar von Ärztinnen mit Unterrichtserfahrung und von Pflegepersonen mit Praxisanleiterqualifikation durchgeführt. Die Lehrenden wurden auf die interprofessionelle Unterrichtssituation in gemeinsamen Treffen vorbereitet. Neben den Inhalten des Seminars wurden beispielsweise Wissen über kooperatives Lernen [26], Einstellung und Annahmen über Stereotypen [17], [27] oder die Entwicklung der beruflichen Identität [27] thematisiert. Weiter wurden die Bedingungen und Aufgaben, die sich aus dem theoretischen Bezugsrahmen der Kontakthypothese [11] ergeben, wie z.B. das Aufbauen einer kooperativen Atmosphäre, besprochen.

Das Lernen mit Fällen ist ein häufig genutzter Ansatz zur Initiierung von Lernprozessen für Lernende der Gesundheitsberufe [28]. Daher war die Entwicklung von Fällen für das Seminar ein weiterer zentraler Aspekt. Die Fälle basieren auf realen Problemstellungen aus der Patientenversorgung. Als Orientierung und Überprüfung der Fälle auf Bildungsinhalte wurde die pflegedidaktisch-heuristische Matrix von Darmann-Finck [29] verwendet. Die Matrix umfasst die Perspektiven der Pflegenden, der Patienten/Angehörigen und der Institution/des Gesundheitssystems im Kontext von technischem, praktischem und emanzipatorischem Erkenntnisinteresse. Zusätzlich wurde die ärztliche Perspektive ergänzt.

Da für die Bearbeitung der Fälle ein umfassendes Fallverständnis erforderlich war, wurden die Seminare für Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen im dritten Ausbildungsjahr und für Medizinstudierende im 9. Semester und im praktischen Jahr (PJ) angeboten. Es sollten verschiedene Gruppenzusammensetzungen erprobt werden: interprofessionelle Gruppen und uniprofessionel-

le Gruppen, bestehend aus nur Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen bzw. nur Medizinstudierenden.

Methoden

Zur Evaluation von interprofessioneller Ausbildung wurde eine Vielzahl an Fragebögen im internationalen Bereich entwickelt [30], [31], [32]. Inwieweit Übersetzungen von internationalen Skalen durch Unterschiede in den Ausbildungsstrukturen für den deutschsprachigen Bereich einsetzbar sind, ist nicht gesichert. Für das Seminar wurde ein Evaluationsbogen, basierend auf den intern verwendeten Evaluationsbögen der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilian Universität München (LMU), entwickelt.

Der Evaluationsbogen umfasste 18 Likert-skalierte Items von 6 (stimmt überhaupt nicht) bis 1 (stimmt genau) und zwei qualitative Fragen, die sich auf positive Aspekte und Verbesserungspotentiale beziehen. Insgesamt nahmen N=61 Lernende am Seminar teil. Die Teilnehmerinnen wurden aus der Berufsfachschule für Krankenpflege Maria Regina (Gruppen 1-7) und der Privaten Berufsfachschule für Krankenpflege Dritter Orden und Barmherzige Brüder (Gruppe 8) in München und der LMU akquiriert. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der Teilnehmerinnen, die Professionsverteilung und die Geschlechterverteilung in den Gruppen.

Tabelle 1: Gruppenzusammensetzungen

Gruppen	Medizinstudierende (N=21)		Gesundheits- Krankenpflegeschülerinnen und (N=39)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	1			5
2	1		2	5
3			1	12
4	1	3		
5	2	1		2
6	1	2		2
7	1	2	2	1
8	2	4		7

Die Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen der ersten drei Gruppen stellten einen Klassenverbund dar. Um eine aufwendige Organisation mit Dienstabreden im praktischen Einsatz zu erleichtern, wurde das Seminar im ersten Erhebungsjahr im regulären Unterricht durchgeführt. Die Gruppen 1 und 2 arbeiteten interprofessionell, die Gruppe 3 (ausschließlich Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen) stellte die Kontrollgruppe dar. Die Durchführung der Seminare für die Gruppen 1, 2 und 3 erfolgte parallel. Im Laufe der Durchführung der Seminare beanstandeten die Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen ihre Verpflichtung zu dem Seminar. Als Konsequenz daraus wurden die Daten in der Auswertung ausgeschlossen, da die Freiwilligkeit nicht gegeben war. Eine weitere Konsequenz war, dass die folgenden Seminare außerhalb der Unterrichtszeiten angeboten wurden.

Die Teilnahme für Medizinstudierende erfolgte auf freiwilliger Basis. Trotz aufwendiger Werbeaktionen, durch Mails, Aushängen, Vorstellungen in Vorlesungen und Empfehlungen konnte nur eine geringe Anzahl an Medizinstudierenden gewonnen werden. Die interprofessionell geplanten Gruppen 1 und 2 konnten aus diesem Grund nur mit jeweils einem Medizinstudierenden besetzt werden. Die Kontrollgruppe (Gruppe 4) bestand aus vier Medizinstudierenden. In erweiterten Werbeaktionen konnten weitere 15 Medizinstudierende (Gruppen 5-8) gewonnen werden.

Ergebnisse

In den Seminaren wurde den Lernenden die Möglichkeit geboten, durch Fallbesprechungen eine strukturierte Kommunikation und das Überbringen des Ergebnisses in Visitensimulationen zu üben. Durch die geringe Teilnahme der Medizinstudierenden in den ersten Gruppen und die Änderung von regulärem Unterricht zu freiwilliger Teilnahme der Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen, konnte der geplante Vergleich der Gruppen nicht durchgeführt werden. Wie zuvor berichtet, wurden nur die Daten von Personen genutzt, die freiwillig an diesem Seminar teilnahmen. Die Ergebnisse beziehen sich auf Gesundheits- und Krankenpflegerinnen aus den Gruppen 5-8 und Medizinstudierende aus den Gruppen 1, 2, 4-8.

Die geringe Teilnehmerzahl begrenzte die statistische Auswertbarkeit. Es werden daher ausschließlich deskriptive Daten berichtet, die wertvolle Hinweise für eine Verstärkung und Implementierung in die medizinischen und pflegerischen Curricula bieten. Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22). Insgesamt nahmen 12 Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und zwei Gesundheits- und Krankenpflegeschüler teil, wovon ein Schüler das Seminar aus Arbeitsgründen nicht beenden konnte. Von den 22 teilnehmenden Medizinstudierenden waren 13 weiblich und neun männlich. Von den Lernenden, die das Seminar abschließen konnten, erfolgten die Rückmeldungen zu 100%. Das durchschnittliche Alter der Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen lag bei 22,5 Jahren (Range 20-29 Jahre), das der Medizinstudierenden bei 28 Jahren (Range 21-45 Jahre).

Aus den Evaluationsbögen wurden die wichtigsten Bewertungen der Lernenden in den Tabelle 2 und Tabelle 3 zusammengefasst.

Es wird ersichtlich, dass die Lernenden sich zutrauten, interprofessionelle Fallbesprechungen zu leiten. Weiter haben die Lernenden erfahren, auf was sie bei interprofessioneller Kommunikation achten müssen ($M=1.66$) und nutzten die Möglichkeit, bei Lernenden aus der anderen Profession nachzufragen, um deren berufliche Sichtweise zu verstehen ($M=1.60$). Zudem konnten sich die Lernenden auf die Sichtweisen der anderen Berufsgruppe einlassen ($M=1.57$). Auch machten die Lernenden die Erfahrung in den Seminaren, dass die Argumentation der anderen Berufsgruppe zu einer Veränderung in ihrer Handlung führt und so zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen kann ($M=1.54$).

Die Bewertungen über die Akzeptanz durch die Lernenden sind in Tabelle 3 aufgeführt. Die Akzeptanz wird mit den Fragen ermittelt, ob die Lernenden das Seminar weiterempfehlen würden, Interesse an weiteren interprofessionellen Seminaren haben und ob die Fälle gelungen sind. Mit einer sehr positiven Bewertung von $M=1.34$ zeigte sich, dass die Teilnehmerinnen das Seminar ihren Kolleginnen in der Berufsfachschule bzw. im Studium weiterempfehlen würden. Auch das Interesse, öfter in interprofessionellen Seminaren zu lernen ($M=1.63$), ist sehr hoch. Die Fälle wurden als gelungen ($M=1.86$) bewertet.

Abschließend wurden die Lernenden gebeten, zu beschreiben, was ihnen am Seminar besonders gut gefallen habe bzw. was zu verbessern wäre. In Rückmeldungen auf dem Evaluationsbogen beschreiben die Lernenden den Einblick in die Sichtweise der anderen Profession als Mehrwert. Die Möglichkeit, sich auszutauschen und gemeinsam an Fällen zu arbeiten, wurde als ein sehr guter Ansatz für die Vorbereitung auf die Praxis erwähnt. Zudem wurde die positive Lernatmosphäre geschätzt. Als hilfreich wurde das strukturierte Arbeiten im Team genannt. Die Lernenden meldeten zurück, dass die Zeit des gemeinsamen Lernens angemessen war, um sich auf diese Weise zu einem Team entwickeln zu können. Zudem wurde das Feedback als hilfreich erlebt. Die Verbesserungsanregun-

Tabelle 2: Bewertungen der Lernziele durch die Lernenden

Fragen zur Erreichung der Lernziele	Bewertungen
	Gruppe der freiwillig Lernenden (N=35)
1. Ich glaube, dass ich nach dem Seminar in der Lage bin, interprofessionelle Fallbesprechungen zu leiten.	M = 1.94, SD = 0.70 (n=34)
2. Ich habe durch das Seminar gelernt, worauf ich bei interprofessioneller Kommunikation achten muss.	M = 1.66, SD = 0.68 (n=35)
3. Ich habe durch die Übungen gelernt, bei der anderen Profession nachzufragen, damit für mich die andere berufliche Sichtweise verständlich ist.	M = 1.60, SD = 1.06 (n=35)
4. Ich habe durch die Übungen gelernt, mich auf die Sichtweise der anderen Profession einzulassen.	M = 1.57, SD = 0.66 (n=35)
5. Ich habe erfahren, dass die Argumentation der anderen Profession eine Veränderung in meinem Handeln bewirkt, um eine optimale Patientenversorgung gewährleisten zu können.	M = 1.54, SD = 0.70 (n=35)

Anmerkung. 6-stufige Likert-Skala (1 = stimmt genau; 6 = stimmt überhaupt nicht).

Tabelle 3: Bewertungen der Akzeptanz durch die Lernenden

Fragen zur Akzeptanz des Seminars	Bewertungen
	Gruppe der freiwillig Lernenden (N=35)
1. Ich würde meinen Mitschülerinnen oder Mitstudentinnen das Lernen mit dem Seminar empfehlen.	M=1.34, SD=0.84 (n=35)
2. Ich würde gerne öfter in interprofessionellen Seminaren lernen.	M=1.63, SD=1.00 (n=35)
3. Die Fälle sind insgesamt gut gelungen.	M=1.86, SD=0.91(n=34)

Anmerkung. 6-stufige Likert-Skala (1 = stimmt genau; 6 = stimmt überhaupt nicht).

gen bezogen sich auf spätere Anfangszeiten für das Seminar und noch detailliertere Informationen in den Fällen.

Diskussion

Die erhaltenen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Lernenden durch das Seminar ihre interprofessionelle Kommunikation subjektiv verbessern konnten. Einige Studien zeigen in ähnlicher Weise, dass gemeinsame Übungen dazu beitragen die interprofessionelle Kommunikation zu verbessern [14], [17], [18]. Zudem stellten die Lernenden bei sich eine Handlungsveränderung fest, die zu einer Optimierung der Patientenversorgung beiträgt, was ein wichtiges Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit darstellt [8]. Die Evaluation des Seminars ist ein erster Schritt, um die subjektive Erreichung der Lernziele und die Akzeptanz des Seminars zu erfassen. Da bisher geeignete Evaluationsinstrumente für interprofessionelle Ausbildung im deutschsprachigen Raum fehlen, wurde für das Seminar ein eigener Evaluationsbogen für die Lernenden entwickelt. In einem weiteren Schritt soll der Evaluationsbogen ggf. als Grundlage für die Entwicklung eines standardisierten validen Evaluationsinstruments dienen. Um detailliertere Erkenntnisse zu gewinnen, sind ergänzende Evaluationsmethoden (z.B. Interviews, Performanztest) erforderlich und werden für die nächste Projektphase eingeplant.

Im Folgenden werden die Herausforderungen und Änderungen in der Durchführung und die Ergebnisse des Pilotprojekts diskutiert.

Der zeitlich geplante Ablauf des Seminars stellte sich als angemessen heraus. Das Angebot, die Rolle der anderen Profession zu übernehmen, wurde nicht von allen Gruppen, bzw. Lernenden angenommen. Als Begründung führten die Lernenden auf, dass sie mit den Strukturen der Fallbesprechungen, den fachlich umfassenden Anforderungen des Falls und mit ihrer eigenen beruflichen Rolle hinreichend gefordert waren.

Herausfordernd und als sehr zeitaufwendig erwies sich die Akquise von Medizinstudierenden. Die Werbeaktionen stellten sich nur teilweise als erfolgreich heraus. Als besonders wertvoll erwies sich die persönliche Empfehlung und Unterstützung einer PJ-Beauftragten. Hinderlich für die Teilnahme am Seminar war der hohe Zeitaufwand von 16 Stunden. Eine zeitliche Reduzierung wurde nicht angedacht, da die Lernenden explizit den Mehrwert durch die gemeinsame Zeit für Übungen ausdrückten.

Die ursprüngliche Absicht, das Seminar für Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen im regulären Unterricht durchzuführen, wurde nicht als Angebot, sondern als Verpflichtung wahrgenommen. Ein wichtiger Grund für den Unmut der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen aus den ersten drei Gruppen war, dass ihre Erwartungshaltung, mit einer ausgeglichenen Anzahl an Medizinstudierenden zu lernen, nicht erfüllt wurde. Diese nicht erfüllte Erwartungshaltung trug zu der Entwicklung von

gruppenspezifischen Effekten bei, die bis zu einer Ablehnung des Seminars führten. Dadurch wurde deutlich, dass die Auswahl von Dozentinnen mit Unterrichtserfahrung ein wichtiger Aspekt ist, ebenso die intensive Vorbereitung [13]. Bisher werden für Lehrende keine Fortbildungsangebote für interprofessionelle Unterrichtssituationen angeboten.

Ein wichtiges Ergebnis aus der Durchführung der Seminare als Pilotprojekt ist die Notwendigkeit der freiwilligen Teilnahme an den interprofessionellen Seminaren. Freeth und Kollegen [13] betonen die Freiwilligkeit als einen wichtigen Motivationsfaktor für die Lernenden, was sich in den Durchführungen der Seminare auf freiwilliger Basis bestätigte und sich in den Bewertungen widerspiegelte. Eine freiwillige Anmeldung zu einem Seminar, das zum Ziel hat, die interprofessionelle Kommunikation zu fördern, weist auf ein vorbestehendes Interesse an der anderen Profession hin.

Damit die Förderung der interprofessionellen Kommunikation einen festen Platz in den Ausbildungen erhält, sollte das Seminar als Wahlmöglichkeit in die Curricula von Medizin und Pflege implementiert werden. Regelmäßige und wiederkehrende Angebote der Seminare unterstreichen die Wichtigkeit der interprofessionellen Kommunikation in der Patientenversorgung. Wenn weitere positive Lernerfolge nachgewiesen werden können, sollte in einem weiteren Schritt allen Lernenden die Möglichkeit zur interprofessionellen Ausbildung gegeben werden.

Schlussfolgerungen

Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und Medizinstudierende erlebten durch die Übungen im Seminar eine Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation, die eine Verbesserung der Patientenversorgung ermöglicht.

Das Format und der strukturierte Ablauf des Seminars haben sich bewährt. In der Durchführung des Seminars konnten positive Lerneffekte für Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und Medizinstudierende, die freiwillig an den Seminaren teilnahmen, aufgezeigt werden. In einem weiteren Schritt ist bereits die Implementierung des Seminars in die Curricula von Pflege und Medizin in Planung, wobei auf eine ausgeglichene Anzahl an Teilnehmerinnen beider Professionen und auf freiwillige Teilnahme Wert gelegt wird. Umfassende Werbeaktionen sowohl an den Berufsfachschulen als auch an der medizinischen Fakultät sollen hierfür initiiert werden. Die Ausweitung des Kursangebotes auch auf weitere Professionen der Gesundheitsberufe ist angedacht.

Um eine qualitative hochwertige Durchführung von interprofessionellen Seminaren zu garantieren, wird geplant Schulungskonzepte für Dozentinnen anzubieten.

Aus Sicht der Lehrenden ist es wichtig, Effekte interprofessioneller Ausbildung zu verstehen, um letztendlich positive Lernsituationen zu ermöglichen. Beispielsweise ist offen, inwieweit eine Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation auf die Anwendung der Fallbespre-

chungen nach vorgegebenen Strukturen zurückzuführen ist oder lediglich auf die Austauschmöglichkeit in einem gemeinsamen Lernsetting. Auch stellt sich die Frage, ob die Veränderungen in der Sichtweise und im Verhalten auf einem vorbestehenden Interesse an der anderen Berufsgruppe basiert oder durch die Erfahrung als Team zu arbeiten. Das vorgestellte Pilotprojekt bietet einen Ausgangspunkt mit dem Potential, auf weitere Fragestellungen in der interprofessionellen Ausbildung einzugehen.

Anmerkung

¹ Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Nennung beider Geschlechter verzichtet und die weibliche Form verwendet. Gemeint und angesprochen sind jeweils beide Geschlechter in gleicher Form.

Förderung

Das Projekt wurde durch die Robert Bosch Stiftung unter dem Förderkennzeichen 32.5.1316.0004.0 unterstützt.

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim E. Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. Pflege Gesellschaft. 2010;15(3):197-216.
2. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2
3. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 2011;16:6035. DOI: 10.3402/meo.v16i0.6035
4. Sachverständigenrat. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2007.
5. Weltgesundheitsorganisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genf: World Health Organisation Press; 2010.
6. Robert Bosch Stiftung. Memorandum, Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH; 2011.

7. Packard K, Chehal H, Maio A, Doll A, Furze J, Huggett K, Jensen G, Jorgensen D, Wilken M, Qi Y. Interprofessional Team Reasoning Framework as a Tool for Case Study Analysis with Health Professions Students: A Randomized Study. *J Res Interprof Pract Educ.* 2012;2(3):250-263.
8. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AF, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Coun.* 2013;93(1):18-26. DOI: 10.1016/j.pec.2012.10.016
9. Manning M L. Improving clinical communication through structured conversation. *Nurs Econ.* 2006;24(5):268-271.
10. DeMeester K, M.Verspuy M, Monsieurs KG, VanBogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation.* 2013;84(9):1192-1196. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
11. Allport GW. *The nature of prejudice.* 25th ed. Reading: Addison-Wesley Publishing Company; 1979.
12. Hewstone M, Brown R. Contact is not enough: An intergroup perspective on the 'contact hypothesis'. In: Hewstone M, Brown R (Hrsg). *Contact and conflict in intergroup encounters.* Oxford: Blackwell; 1986.
13. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery & Evaluation.* Oxford: Blackwell Publishing; 2005. DOI: 10.1002/9780470776438
14. Maeno T, Takayashiki A, Anme T, Tohno E, Maeno T, Hara A. Japanese students' perception of their learning from an interprofessional education program: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2013;4:9-17. DOI: 10.5116/ijme.50e5.e29a
15. Manser T, Foster S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011;25(2):181-191. DOI: 10.1016/j.bpa.2011.02.006
16. Wakefield AB, Carlisle C, Hall AG, Attree MJ. The expectations and experiences of blended learning approaches to patient safety education. *Nurse Educ Pract.* 2008;8(1):54-61. DOI: 10.1016/j.nepr.2007.04.007
17. Carpenter C. Doctors and nurses: stereotype and stereotype change in interprofessional education. *J Interprof Care.* 1995;9(2):151-161. DOI: 10.3109/13561829509047849
18. Keller K B, Eggenberger T L, Belkowitz J, Sarsekeyeva M, Zito A R. Implementing successful interprofessional communication opportunities in health care education: a qualitative analysis. *Int J Med Educ.* 2013;4:253-259.
19. Binner U, Ortmann K, Zimmermann RB, Zirnstein J. *Die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen - ein Leitfaden.* Berlin: ISG - Institut für Soziale Gesundheit; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.severam.de/wp-content/uploads/2012/03/Leitlinien-Fallkonferenz.pdf>
20. Steinkamp N, Gordijn B. Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. *Rhein Ärztebl.* 2000;5:22-23. Zugänglich unter/available from: <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2000.05.022.pdf>
21. Vollmann J. Ethische Falldiskussionen. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (Hrsg). *Klinische Ethikberatung.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2010. S.85-112.
22. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologie.* 2009;15(10):980-988. DOI: 10.1007/s00761-009-1695-z
23. Gordijn B. Ethische Diskussionen im Team. *Schwester Pfleger.* 2000;39(2):114-117.
24. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthcare.* 2007;2(2):115-125. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
25. reeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J Interprof Care.* 2004;18(1):43-56. DOI: 10.1080/13561820310001608221
26. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *BEME Guide No. 9. Med Teach.* 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
27. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones SC. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care.* 2003;17(1):21-34. DOI: 10.1080/1356182021000044120
28. Williams B, Brown T, McCook F, Boyle M., Palermo C, Molloy A, McKenna L, Scholes R, French J, McCall L. A pilot study evaluating an interprofessional education workshop for undergraduate health care students. *J Interprof Care.* 2011;25(3):215-217. DOI: 10.3109/13561820.2011.544423
29. Darmann-Finck I. Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck R, Fichtmüller F (Hrsg). *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik.* Weinheim: Juventa Verlag; 2010. S. 13-54.
30. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.* 1999;33(2):95-100. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x
31. McFadyen A, Maclaren W, Webster V. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodeled sub-scale structure and its reliability. *J Interprof Care.* 2007;21(4):433-443. DOI: 10.1080/13561820701352531
32. Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an attitudes toward health care team scale. *Eval Health Prof.* 1999;22(1):123-142. DOI: 10.1177/01632789922034202

Korrespondenzadresse:

Birgit Wershofen

Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, Ziemssenstraße 1, 80336 München, Deutschland, Tel.: +49 (0)89/4400-57207, Fax: +49 (0)89/4400-57202 birgit.wershofen@med.uni-muenchen.de

Bitte zitieren als

Wershofen B, Heitzmann N, Beltermann E, Fischer MR. *Fostering interprofessional communication through case discussions and simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot project.* *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc28. DOI: 10.3205/zma001027, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010274

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001027.shtml>

Eingereicht: 15.08.2015**Überarbeitet:** 08.01.2016**Angenommen:** 09.02.2016**Veröffentlicht:** 29.04.2016

Copyright

©2016 Wershofen 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/>.