

Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training – A Qualitative Pilot Study

Abstract

Introduction: Ward rounds are an essential activity for interprofessional teams in hospital settings and represent complex tasks requiring not only medical knowledge but also communication skills, clinical technical skills, patient management skills and team-work skills. The present study aimed to analyse final year students', nurses' as well as physiotherapists' views on a simulation-based interprofessional ward round training.

Methods: In two successive passes a total number of 29 final year students, nursing students and physiotherapy students (16 in the first run, 13 in the second) volunteered to participate in two standardized patient ward round scenarios: (1) patient with myocardial infarction, and (2) patient with poorly controlled diabetes. Views on the interprofessional ward round training were assessed using focus groups.

Results: Focus group based feedback contained two main categories (A) ward round training benefits and (B) difficulties. Positive aspects included course preparation, setting of the training, the involvement of the participants during training and the positive learning atmosphere. Difficulties were seen in the flawed atmosphere and realization of ward rounds in the daily clinical setting with respect to inter-professional aspects, and course benefit for the different professional groups.

Conclusion: The presented inter-professional ward round training represents a well received and valuable model of interprofessional learning. Further research should assess its effectiveness, processes of interprofessional interplay and transfer into clinical practice.

Keywords: medical education, ward round training, medical students, nursing students, physiotherapy students, standardised patients

C. Nikendei¹

D. Huhn¹

G. Pittius²

Y. Trost³

T. J. Bugaj¹

A. Koechel¹

J.-H. Schultz¹

1 University of Heidelberg
Medical Hospital,
Department of General
Internal and Psychosomatic
Medicine, Heidelberg,
Germany

2 Louise von Marillac-School
for Health Professions,
Heidelberg, Germany

3 IB-GIS mbH Medical Academy
for Physiotherapy,
Mannheim, Germany

Introduction

Ward rounds are an essential duty for doctors within hospital settings [21]. Conducting ward rounds represents a complex task requiring proficiency not only in medical knowledge but also in communication skills, clinical technical skills, patient management skills and team-work skills. Wray et al. [32] investigated ward round characteristics based on observations of house staff teams with upper-level residents revealing that the average daily time spent on a single patient visit amounts to 4.6 minutes. This short period of time available per patient necessitates that the involved team must be operating highly effective. For tomorrow's doctors, however, severe deficits in conducting ward rounds could be detected with predominant insufficiencies in reviewing charts and initiating appropriate prescriptions and documentation [20]. Furthermore, within ward rounds nurses' knowledge is underrepresented as they contribute much less medical information than doctors [30]. Besides, a study by Montague and Hussain [17] showed that one-third of patients perceived staff to use language during ward rounds that was

difficult to understand suggesting insufficient communication in general.

The role of interprofessional communication and collaboration in health care is becoming increasingly important [1], [33]. Interprofessional collaboration can be defined as an integrative cooperation of different health professionals, blending complementary competences and skills, thus allowing the best use of resources [25]. Major national organizations such as the Interprofessional Education Collaborative in the US [11] and the Canadian Interprofessional Health Collaborative [3] postulated more competencies for health professionals in areas such as interprofessional teamwork and communication recently. Recent discussions [33] indicate that already students respectively trainees in medical professions need interprofessional competencies necessarily for their future clinical practice. Particularly in the English-speaking world interprofessional learning has already been integrated into curricula [27]. So far, teaching methods of interprofessional learning are mostly studied in the context of small group settings, case analyses or simulations [28], [23], [18], however models of inter-professional ward round trainings are rare.

Recently, an innovative model for ward round training using standardized patients (SP) was introduced in final year medical education. [19]. Hereby, final year students assumed the role of either doctor, nurse or final year student with role-specific instructions and provided each other with peer-feedback during the training session. A first model not only integrating final year students but also nursing students was introduced by Pederson et al. [22]. Here, medical students and nursing students participate in ward round trainings with a focus on discharge planning.

In this short report, we aimed to analyse final year students', nursing students' as well as physiotherapist students' views on an interprofessional ward round training. The training was based on a context-based ward round scenario with the aim of an interprofessional exchange regarding occupation specific treatment goals as well as mutual treatment planning. Therefore an interprofessional ward round training with standardized patients enfolded two different scenarios was designed on bases of the model developed by Nikendei et al. [19]. Clinical scenarios were: ward round with

1. a patient with myocardial infarction, and
2. a patient with poorly controlled diabetes.

Participants took part in a subsequent focus group analysis. The aim of the focus group interviews was to explore students' perceptions of their experiences during the interprofessional ward round training.

Methods

Sample

In two successive passes a total number of 29 students (16 in the first run, 13 in the second) volunteered to participate in the study. Of these, 13 (45%) were final year medical students at Heidelberg University Medical Hospital (8 female, 5 male) with a mean age of 26.7 years, 9 (31%) were final year nursing students at Louise von Marillac-School for Health Professions, Heidelberg (7 female, 2 male) with a mean age of 21.9 years and 7 (24%) were physiotherapy students at IB-GIS mbH Medical Academy for Physiotherapy, Mannheim (4 female, 3 male) with a mean age of 23.6 years.

Study design

The two scenario ward round training sessions were embedded into a mini-curriculum of 4 interprofessional learning units of 240 min each: social gathering + PBL-case-analysis, basic life support training, interprofessional ward round training, SP-based communication training. All units were designed by an interprofessional teaching team consisting of medical doctors (CN, JS and AK), nurses (GP), physiotherapists (YT), and research assistants (DH). Learning objectives were discussed according

to the Basel Consensus Statement "Communicative and Social Competencies in Medical Education" [13].

The ward around training proceeded as follows: Groups of three students each participated in two different standardized patient ward round scenarios [2]:

1. 50 year old, stout Mr. Behrens with stent implantation following myocardial infarction,
2. 45 year old Mrs. Vogel with diabetes-related compliance problems, high blood pressure and leg ulcer.

The three students assumed the role of doctor, nurse or physiotherapist according to their own profession and received role-specific instructions. Doctors' tasks involved gaining an overview of the patient case, related patient files and patient medication charts. Doctors were further required to define consultation goals, conduct the ward round consultation and subsequently re-evaluate the patient's therapy. The re-evaluation included completion of medication charts, provision of instructions for the nursing staff and the preparation of written notes regarding the proposed management. Nurses' tasks involved bringing questions about patients' mobilisation and activation into the ward as well as talking about patients' discharge management. Due to their more personal relationship to patients they also played an important role as crucial link between patients' demands and wishes on the one hand and doctors' decisions on the other hand. The physiotherapists were asked to bring patients' physical activities into the wards. They were to suggest specific measures like ergometer trainings or walking units. Ward round sessions were followed by an instructor-guided debriefing and feedback round in which teachers of all health professions were actively engaged.

Focus group interviews

A qualitative approach is not only appropriate for exploring what students are thinking but also why they are thinking it [15]. Focus group discussions in peer groups offer a relatively safe environment in which the power imbalance between researcher and subjects is mitigated. Group discussions foster the deeper analysis of perceptions of a topic and may even refine or modify them. Hence, focus group interviews seem to be appropriate for the present research issue.

An experienced moderator actively encouraged input from all participants and ensured that different opinions could be expressed. The students were asked to note their thoughts on a topic before these were discussed in the group. Each ward round training was followed by a focus group session which resulted in four interviews in total, lasting approximately 20 minutes each. The sessions were moderated by one of the authors (DH). In order to ensure consistency across groups, an interview guide was used for the interviews [15] (see Table 1). During the group discussions the assistant moderator (TB) took comprehensive notes and video documented the sessions. The videotapes were transcribed verbatim. Discus-

Table 1: Questioning route for focus group interviews

QUESTION ROUTE
Opening
How did you experience the ward rounds with the standardized patients?
Key Questions
What aspects of the interdisciplinary nature of these ward rounds did you experience as beneficial?
→ Did you get along well with the other professional groups?
→ Did you feel respected by the other professional groups?
Which aspects did you experience as difficult?
→ Were there problems with the other professional groups?
→ Did you feel misunderstood or even devalued?

sion summary reports were sent to the students for approval.

Qualitative content analysis

The verbatim-transcribed discussions were analyzed via qualitative content analysis using the software MaxQDA (version 11, VERBI GmbH, Berlin). In accordance with guidelines for qualitative inductive content analysis [16] thematic categories were not predefined, but were developed from transcript content. Therefore, an open coding of all discussions was conducted first to search for recurring topics. Single or multiple sentences were identified as a code, representing the most elemental unit of meaning [26]. Next, the codes were summarized into relevant themes for each participant. As themes recurred across participants, they were then compared and adapted until a number of relevant themes for all participants could be defined. The assignment of codes to specific themes was conducted by two independent analysts (CN and JS), discussed to reach consensus and adjusted if necessary. In the final step, themes were consolidated into two relevant categories.

Results

Main categories and themes resulting from qualitative analysis

The qualitative analysis of the transcripts identified 45 relevant single tutees' statements. From these statements, nine themes and two main categories were derived. The main categories included (A) ward round training benefits and (B) ward round training difficulties. These main categories contained four themes each (i.e. A.1 to A.4).

Definition of categories

In the following, we provide definitions for the main categories.

(A) Ward round training benefits

This category describes different positive and beneficial experiences participants reported concerning the ward round training. The category includes four relevant themes. The theme (A.1) "Improved understanding of the situation, tasks and common objective" envelopes students' sustainable experiences of other professional groups as well as their tasks, an improvement in the un-

derstanding of the task distribution between the different professional groups and the experience of the professional groups' mutual support considered as beneficial for the patients' overall treatment. (A.2) "Ward round practice" describes the beneficial experience of understanding the basic ward round sequence as well as the individual role and behaviour in a realistic setting. The theme (A.3) "Involvement of all professional groups" includes students' feelings of interprofessional action and care given through the fact that all professional groups were equally involved during ward round training. The fact that ward round training was held in casual attire and evaluations took place without pressure was perceived to contribute to the relaxed and informal tone of the setting, summarized under the theme (A.4) "Relaxed learning atmosphere". For more details see Table 2.

(B) Ward round training difficulties

The second category highlights students' critical aspects concerning the ward round training. Five relevant themes emerged. The theme (B.1) "Ward round training versus reality" includes the participants' perception that the training was unrealistic as usual everyday stresses were omitted and all professional groups were present, which is rarely the case during genuine ward rounds. (B.2) "Ward rounds: a flawed starting point for inter-professional action" describes the students' experience that ward rounds generally failed to offer the best opportunity for inter-professional learning and action since the subsequent situations after rounds were of more interest. The theme (B.3) "Unfavourable time management" summarises the participants' statements that ward round preparation had received too much attention, while time at bedside had been neglected. Finally, (B.4) "Lack of equal benefit" includes students' criticism concerning the fact that the training did not provide all professional groups with equal learning benefit; in these opinions, nurses and physiotherapists had not been able to gain the same added value from the training. More detailed information is given in Table 3.

Similarities between the professional groups

The three professional groups mostly agreed that the training allowed them to learn a great deal from each other and could be a potential benefit to patients as well. They liked the course's atmosphere and perceived themselves as being part of a valuable interdisciplinary learning opportunity. However, the groups were also in

Table 2: Main Category A – Ward round training benefits (M=medical student, N=nursing student, P=physiotherapy student)

- A.1 Improved understanding of the situation, tasks and common objective
- a) Insight into other professional groups' tasks
- "You always hear [...] overall dietary change' for patients with myocardial infarctions and adaption of exercise, [...] but it was not clear to me what I'd have to arrange with the physiotherapist." (M)*
- "I also think that I learned something today with the physiotherapists, for example, that you can combine certain exercises or that one should also measure some patients' blood sugar." (N)*
- b) Understanding of task distribution
- "It sets things straight for the daily working routine, how the tasks are distributed and how you mutually support one another, [...] So, it is important for the ward routine that everyone knows which responsibilities the different people have." (M)*
- "[I found] that the individual priorities of the professional groups come out well." (P)*
- "In that way, we wouldn't have to deal with such a jumble, [...] but we could really work together as a team, which would benefit everyone." (N)*
- c) Professional groups' mutual support
- "I have experienced this as very supportive here, especially, they can save you a lot of work, if you communicate properly." (M)*
- "But indeed, the nurses should be there to support the doctors, the nurses simply have a different connection with the patients, especially, also more personal in some situations, and I always find that extremely helpful." (M)*
- d) The patient as a central common interest
- "And, what I found really positive was that the patient really always was at the centre of attention. That there was a shared effort to holistically achieve an improvement for the patient." (P)*
- "In this way, we could work together far better, which indeed would benefit the patient, [...] and he'd recover sooner." (N)*
- A.2 Ward round practice
- "I thought it was really good to learn the ward rounds' clockwork because I myself have never taken part in one before. And I think we should do that more often." (M)*
- "I thought it was good that we practiced that ... of course, it was slightly longer than in the genuine situation, but the aspects you need to pay attention to did become clear." (M)*
- A.3 Involvement of all professional groups
- "And I thought it was actually quite good that all three professional groups were present, everyone could get involved quite easily. That's not always the case during normal ward rounds." (M)*
- "We found it particularly beneficial in regard to interprofessional action." (N)*
- A.4 Relaxed learning atmosphere
- "I also noticed because you're dressed casually here, that the atmosphere is more relaxed than when wearing the doctor's white coat [...] and the atmosphere here also helped to dealing with each other in a more relaxed way." (N)*
- "Yes, and especially during a training like that, where you're not wearing the attire, then it's just not as formal ... a little like being at a barbeque, where people treat each other for more relaxed." (M)*

Table 3: Main Category B – Ward round training difficulties (M=medical student, N=nursing student, P=physiotherapy student)

- B.1 Ward round training versus reality
- "Well, the setting is actually very idealized, in regard to the fact that everyone is present, it's not all happening in passing and that there's nothing that could distract you in some way." (M)*
- "But in reality, it's just not feasible very often for the people from physiotherapy to be present during ward rounds, [...] because the rounds aren't during fixed times, but when the consultant arrives." (P)*
- "Well, it's not very often the case, you tell the senior physician something from position of a pupil, that's not always such a great situation to be in." (M)*
- B.2 Ward rounds: a flawed starting point for inter-professional action
- "During ward rounds, that's virtually an interface that everyone knows about sooner or later, so, I think it makes more sense if you don't highlight these more obvious interfaces, but if everyone would just tag along for a day with the nurses and the physiotherapist." (M)*
- "In everyday life, ward rounds are usually not the problem [...] but the real problem is the fact that after rounds everything starts drifting apart, because the job profiles are just different then." (N)*
- B.3 Unfavourable time management
- "But, then again, I felt that the time at bedside was far too short. If one goes to all that the trouble of doing ward round training, then one should receive clearer guidelines on what to do there, too." (M)*
- "That took up most of the time, more than the actual ward round itself, [...] actually being with the patient, what is actually the most important thing during rounds, just came up short." (M)*
- B.4 Lack of equal benefit
- "This is a medical project here [...] for a better understanding of the other professional groups, one would also need a better insight into these groups." (P)*
- "Because the physicians don't see what the nurses have to do, and the nurses concede to it because they know they'll be roasted if they ask the physicians." (N)*

agreement in voicing criticism that the training was too artificial and distant from reality.

Divergences between the professional groups

The groups mostly differed in the aspect of how beneficial a ward round practice was to them: While medical students appreciated the scenario, since they had never

practiced ward rounds before, nursing students were already quite familiar with this format; and physiotherapy students indicated they would not go on ward rounds in real life anyway. Nursing and physiotherapy students also complained about the project's focus on medicine, with medical students performing the majority of the tasks.

Discussion

Our study describes an interprofessional ward round training for final year medical, nursing and physiotherapy students and its evaluation using focus groups. The qualitative analysis of the focus group interviews revealed that the training was well received by participants and proved a valuable source of interdisciplinary learning. Students criticized the ward round simulations' degree of realism, time management and the fact that the training failed to benefit all participating professions equally.

The training was perceived as a valuable resource enabling participants to learn from the other professions' perspectives, their occupation related responsibilities, task distribution as well as diagnostic and therapeutic procedures. The patient was experienced as being a common and combining element resulting in a feeling of team coherence. Although the lack of equal involvement of all three professional groups was criticized and suggestions regarding other scenarios for interprofessional team work were made, our ward round training represents a valuable opportunity to introduce students to ward round sequence and procedures as well as to the required inter-professional team work. This seems especially important, as ward rounds in particular continue to be characterized by suboptimal supervision and the trainees' insufficient specific guidance [8].

From a methodological point of view, participants perceived ward round training as rather artificial and idealized. Furthermore, time management was criticized and participants felt that the lacking possibility to equally involve all three professional groups in the role-play instructions and tasks was unfavorable. Although standardized patients are perceived to portray a high degree of realism [7], the training situation was not seen to be realistic enough. Regarding simulations' degrees of realism, there are contradicting results to whether the simulations' realism is related to its effectiveness [12], [6].

The participants criticized the "lack of an equal benefit" concerning the different professional groups. To be of equal benefit to all professional groups, the relevance for the future professional practice of each discipline must be recognizable in all learning subunits [31]. This might be more easily realized in joint new conceptions of courses than in primarily mono-professionally designed trainings as done in this project. This is of specific importance as ward rounds are considered to be the most central interface of inter-professional collaboration in hospitals [14]. "Ward-based interprofessional clinical settings offer students realistic experiences for ideal clinical 'trying on' a professional role: 'experiencing independence and autonomy'; 'seeing clearly what the own profession is all about'; 'altered images of other professions'; 'ways of communicating and collaborating' and 'becoming a functioning team' [9]. To perform a truly inter-professional and not merely a multiprofessional training, a well-guided, realistic scenario that involves all addressed groups of learners is needed. Furthermore, inter-

professional key aspects should be addressed and discussed prior and following the ward-based training and should be jointly reflected by the different participating representatives.

Nevertheless, we are convinced that these interventions represent an important step towards students' improved preparation for on-ward clinical practice and in turn towards the further assurance of patients' safety. Further research should investigate interprofessional teams' ward round skills in a real life setting. As this is the first inter-professional ward round training of its kind to be performed in our faculty, criticism of insufficient time management and weighing of roles must be taken in to account and amended for further implementations. Especially, nursing and physiotherapy students must become more involved within the scenarios in future.

Limitations

There are several limitations regarding our study. The number of participants was limited and objective measures of success are missing. Besides, the qualitative content analysis revealed only two main categories, the benefits and difficulties of the ward round training, both issues could be derived from the interview guide. Another point of criticism is the fact that only the overall results could be presented due to the small amount of data; the two sub items, similarities and divergences between the subitems groups, are of only an exemplary nature. Furthermore, the current study focusses on medical student education. Further research is needed to assess whether gained insights can be transferred to postgraduate ward-round training. The use of in-depth focus group interviews and quotations enabled us to develop a comprehensive picture of this multi-layered topic and led to a number of new aspects regarding interprofessional training.

Conclusions

Our interprofessional ward round training represents a well received and valuable model of interprofessional learning. Further research should assess its effectiveness, processes of interprofessional interplay and transfer into clinical practice.

Funding

This study was supported by the Ministry for Science, Research and Art Baden-Württemberg, Germany, project: „Assurance of academic success in high-risk groups – study for the improvement of intercultural communication“; project identification number: D 100011720; AZ32-402.17(05)/34.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Igl G, Höpner H. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
- Barrows HS. An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Acad Med.* 1993;68(6):443-453. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.
- Corbin J, Strauss A. Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualit Sociol.* 1990;13(1):3-21. DOI: 10.1007/BF00988593
- Daelmans HE, Hoogenboom RJ, Donker AJ, Scherpier AJ, Stehouwer CD, van der Vleuten CP. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach.* 2004;26(4):305-312. DOI: 10.1080/01421590410001683195
- De Giovanni D, Roberts T, Norman G. Relative effectiveness of high- versus low-fidelity simulation in learning heart sounds. *Med Educ.* 2009;43(7):661-668. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03398.x
- Gorter S, Rethans JJ, van der Heijde D, Scherpier A, Houben H, van der Vleuten C, van der Linden S. Reproducibility of clinical performance assessment in practice using incognito standardized patients. *Med Educ.* 2002;36(9):827-832. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01296.x
- Grant J, Kilminster S, Jolly B, Cottrell D. Clinical supervision of SpRs: where does it happen, when does it happen and is it effective? *Med Educ.* 2003;37(2):140-148. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01415.x
- Hood K, Cant R, Leech M, Baulch J, Gilbee A. Trying on the professional self: nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement. *Appl Nurs Res.* 2014;27(2):109-114. DOI: 10.1016/j.apnr.2013.07.003
- Howley LD, Wilson WG. Direct Observation of Students during Clerkship Rotations: A Multiyear Descriptive Study. *Acad Med.* 2004;79(3):276-280. DOI: 10.1097/00001888-200403000-00017
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
- Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach.* 2005;27(1):10-28. DOI: 10.1080/01421590500046924
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basel Consensus Statement "Communicative and Social Competencies in Medical Education": A Position Paper of the GMA Committee Communicative and Social Competencies. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
- Klapper B, Lecher S, Schaeffer D, Koch U. Interprofessionelle Kommunikation: Zusammenarbeit im Krankenhaus. *Dtsch Arztebl.* 2000;97(51-52):A3482-3483.
- Krueger RA, Casey MA. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research (3rd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.
- Mayring P. Humanwissenschaftliche Konzeptionen und methodische Ansätze in der Pädagogischen Psychologie. In: Jüttemann G (Hrsg). *Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2004. S.242-253
- Montague ML, Hussain SS. Patient perceptions of the otolaryngology ward round in a teaching hospital. *J Laryngol Otol.* 2006;120(4):314-318.
- Neitzke G. Interprofessioneller Ethikunterricht. *GMS Z Med Ausbild.* 2005;22(2):Doc24. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000024.shtml>
- Nikendei C, Kraus B, Lauber H, Schrauth M, Weyrich P, Zipfel S, Jünger J, Briem S. An innovative model for teaching complex clinical procedures: Integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Med Teach.* 2007;29(2-3):246-253. DOI: 10.1080/01421590701299264
- Nikendei C, Kraus B, Schrauth M, Briem S, Jünger J. Ward rounds: how prepared are future doctors? *Med Teach.* 2008;30(1):88-91. DOI: 10.1080/01421590701753468
- Norgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ.* 2004;38(7):700-707. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01840.x
- Pedersen BD, Poulsen IK, Schroeder TV, Ringsted C. Interprofessional training of students in conducting ward rounds. *Med Educ.* 2006;40(5):478-479. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02464.x
- Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, Weih M. Wahlfach Teamarbeit: Ergebnisse eines Pilotprojektes zur interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung mit formativem Team-OSCE (TOSCE). *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(4):Doc60. DOI: 10.3205/zma000697
- Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med.* 1996;71(9):988-1001. DOI: 10.1097/00001888-199609000-00015
- Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, De La Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care.* 2012;20(4):303-312.
- Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. London: Sage Publications; 1998.
- Tashiro J, Byrne C, Kitchen L, Vogel E, Bianco C. The development of competencies in interprofessional healthcare for use in health sciences educational programmes. *J Res Interprof Pract Educ.* 2001;2(1):63-82.
- Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for international education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2010;24(5):503-513. DOI: 10.3109/13561820.2010.483366
- Van Der Hem-Stokroos HH, Scherpier AJ, Van Der Vleuten CP, De Vries H, Haarman HJ. How effective is a clerkship as a learning environment? *Med Teach.* 2001;23(6):599-604. DOI: 10.1080/01421590127200
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAs. *Pat Educ Couns.* 2007;67(3):343-348. DOI: 10.1016/j.pec.2007.04.011

31. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L, Faresjö T. Twenty years of experience of interprofessional education in Linköping – groundbreaking and sustainable. *J Interprof Care*. 2009;23(2):121-131. DOI: 10.1080/13561820902728984
32. Wray NP, Friedland JA, Ashton CM, Scheurich J, Zollo AJ. Characteristics of house staff work rounds on two academic general medicine services. *J Med Educ*. 1986;61(11):893-900. DOI: 10.1097/00001888-198611000-00005
33. 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.

Please cite as

Nikendei C, Huhn D, Pittius G, Trost Y, Bugaj TJ, Koechel A, Schultz JH. *Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training – A Qualitative Pilot Study*. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc14. DOI: 10.3205/zma001013, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010138

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001013.shtml>

Received: 2015-08-14

Revised: 2015-12-20

Accepted: 2016-01-27

Published: 2016-04-29

Copyright

©2016 Nikendei 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/>.

Corresponding author:

PD Dr. med. C. Nikendei

University of Heidelberg Medical Hospital, Department of General Internal and Psychosomatic Medicine, Im

Neuenheimer Feld 410, D-69120 Heidelberg, Germany,

Phone: +49 (0)6221/56-38663, Fax: +49

(0)6221/56-5749

christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de

Studentische Eindrücke zu einem interprofessionellen Visitenttraining – Eine qualitative Pilotstudie

Zusammenfassung

Einleitung: Visiten stellen eine relevante und zentrale Tätigkeit interprofessioneller Teams im Klinikalltag dar und repräsentieren dabei eine komplexe Aufgabe, welche nicht nur medizinische Kenntnisse erfordert, sondern auch kommunikative und klinisch-technische Fertigkeiten sowie patientenmanagement- und teambezogene Kompetenzen. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Gesichtspunkte von Medizinstudierenden, Krankenpflegeschülern und Physiotherapieschülern hinsichtlich eines simulationsbasierten interprofessionellen Visitentrainings zu analysieren.

Methoden: In zwei aufeinander folgenden Durchgängen nahmen insgesamt 29 Medizinstudierende, Krankenpflege- und Physiotherapieschüler (16 im ersten Durchgang, 13 im zweiten) an zwei Visitenzenarien mit standardisierten Patienten teil: (1) Patient mit Myokardinfarkt und (2) Patient mit schlecht eingestelltem Diabetes. Die Evaluation des interprofessionellen Visitentrainings erfolgte mit Hilfe von Fokusgruppeninterviews.

Ergebnisse: Die Resultate der Fokusgruppen ließen sich in die beiden Hauptkategorien (A) Nutzen des Visitentrainings sowie (B) Schwierigkeiten mit dem Visitenttraining differenzieren. Als positive Gesichtspunkte wurden dabei die erfolgte klinische Vorbereitung durch das Training, das Setting, in dem es stattfand, das Engagement der Teilnehmer sowie die positive Lernatmosphäre benannt. Schwierigkeiten wurden im mangelnden Realitätsbezug des Trainings bzgl. interprofessioneller Aspekte sowie im unterschiedlichen Nutzen des Trainings für die einzelnen Berufsgruppen gesehen.

Fazit: Das beschriebene interprofessionelle Visitenttraining wurde von den Teilnehmern gut angenommen und kann als wertvolles Modell für interprofessionelles Lernen dienen. Zukünftige Forschung sollte die Effektivität, die Prozesse des interprofessionellen Zusammenspiels sowie den Transfer in die klinische Praxis fokussieren.

Schlüsselwörter: Medizinische Ausbildung, Interprofessionelles Visitenttraining, Medizinstudierende, Krankenpflegeschüler, Physiotherapieschüler, Standardisierte Patienten

Einleitung

Visiten stellen im Rahmen ihrer klinischen Krankenhaus-tätigkeit eine zentrale Aufgabe dar [21]. Das Leiten von Visiten ist dabei als eine komplexe Aufgabe zu verstehen, welche nicht nur medizinisches Fachwissen erfordert, sondern auch kommunikative und klinisch-technische Fertigkeiten sowie patientenmanagement- und teambezogene Kompetenzen verlangt. Wray und Kollegen [32] untersuchten Charakteristika von Visiten, indem sie aus erfahrenen Mitarbeitern bestehende Stationsteams beobachteten. Dabei stellten sie fest, dass die durchschnittliche Zeit, die im Rahmen einer Visite für einen einzelnen Patienten aufgewendet wird, 4,6 Minuten beträgt. Diese

kurze Zeitspanne setzt ein hoch effektives Arbeiten des beteiligten Teams voraus. Für werdende Ärzte konnten jedoch erhebliche Defizite im Leiten von Visiten festgestellt werden, wobei sich diese Defizite vorrangig auf die inkorrekte Interpretation von Informationen aus der Patientenkurve, auf unzulängliche Verordnungen sowie eine unzureichende Dokumentation bezogen [20]. Weitere Untersuchungen zeigten, dass das vorhandene Fachwissen der bei der Visite beteiligten Krankenpfleger in diesen unterrepräsentiert ist, und diese weit weniger medizinische Informationen zur Visite beisteuern als Ärzte [30]. Eine Studie von Montague und Hussain [17] konnte zudem aufzeigen, dass ein Drittel der Patienten der Meinung ist, dass während der Visiten eine Sprache verwendet wird, welche nur schwer zu verstehen ist, ein Umstand,

C. Nikendei¹

D. Huhn¹

G. Pittius²

Y. Trost³

T. J. Bugaj¹

A. Koechel¹

J.-H. Schultz¹

1 Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland

2 Louise von Marillac-Schule, Bildungseinrichtung für Gesundheitsberufe, Heidelberg, Deutschland

3 IB-Gesellschaft für interdisziplinäre Studien mbH (IB-GIS), Schule für Physiotherapie, Mannheim, Deutschland

der auf eine unzulängliche Kommunikation schließen lässt.

Die Rolle interprofessioneller Kommunikation und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wird zunehmend wichtiger [1], [33]. Interprofessionelle Zusammenarbeit lässt sich als integrative Kooperation von Zugehörigen verschiedener Gesundheitsberufe definieren, wobei sich verschiedene komplementäre Kompetenzen und Fertigkeiten ergänzen, was im Idealfall die bestmögliche Nutzung vorhandener Ressourcen ermöglicht [25]. Große nationale Organisationen wie beispielsweise die Interprofessional Education Collaborative in den USA [11] oder die Canadian Interprofessional Health Collaborative [3] forderten jüngst größere interprofessionelle Kompetenzen für Beschäftigte im Gesundheitswesen in Bezug auf Teamarbeit sowie interprofessionelle Kommunikation. Aktuelle Diskussionen [33] weisen darauf hin, dass bereits Studierende bzw. Auszubildende in Gesundheitsberufen interprofessionelle Kompetenzen notwendigerweise für ihre zukünftige klinische Praxis benötigen und erwerben müssen. Insbesondere im anglo-amerikanischen Raum konnte interprofessionelles Lernen bereits fest in Curricula integriert werden [27]. Bislang findet interprofessionelles Lernen größtenteils mithilfe von Kleingruppenarbeit, Fallanalysen oder simulationsbasierter Methoden statt [28], [23], [18], Ansätze wie interprofessionelle Visiten Trainings jedoch sind nach wie vor rar.

Vor kurzem wurde ein innovatives Modell für ein Visiten Training mit standardisierten Patienten (SP) im Praktischen Jahr des Medizinstudiums eingeführt [19]. Dabei schlüpften die Studierenden entweder in die Rolle des Arztes, des Krankenpflegers oder des Studierenden im letzten Jahr mit rollenspezifischen Instruktionen und gaben sich nach den Trainingseinheiten gegenseitig Feedback. Ein erster Ansatz, der nicht nur Medizinstudierende einschloss, sondern auch Krankenpfleger, wurde von Pederson und Mitarbeitern [22] vorgestellt. Hierbei nehmen Medizinstudierende und Krankenpfleger in Ausbildung an Visiten Trainings mit einem Fokus auf das Entlassmanagement teil.

Im vorliegenden Projektbericht war es unser Ziel, die Perspektiven von Medizinstudierenden, Krankenpflege- und Physiotherapieschülern hinsichtlich eines interprofessionellen Visiten Trainings zu analysieren. Das Training umfasste ein kontextbasiertes Visitenszenario, welches einen interprofessionellen Austausch bezüglich berufsspezifischer Behandlungsziele sowie gemeinsamer Behandlungsplanung zum Ziel hatte. Davon ausgehend wurde ein interprofessionelles Visiten Training mit standardisierten Patienten mit zwei verschiedenen Szenarien auf Basis des Modells von Nikendei und Kollegen [19] konzipiert. Die klinischen Szenarien waren dabei die folgenden: Visite mit

1. einem Patienten mit Myokardinfarkt und
2. einem Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes.

Die Teilnehmer nahmen im Anschluss an das Training an Fokusgruppeninterviews teil. Das Ziel dieser Fokusgruppen war es, die Einschätzungen und Erfahrungen der

Teilnehmer während des interprofessionellen Visiten Trainings zu erfahren.

Methoden

Sample

In zwei aufeinander folgenden Durchgängen nahmen insgesamt 29 Studierende und Schüler (16 im ersten Durchgang, 13 im zweiten) freiwillig an der Studie teil. Von diesen waren 13 (45%) Medizinstudierende im Praktischen Jahr am Universitätsklinikum Heidelberg (8 weiblich, 5 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 26,7 Jahren, 9 (31%) Krankenpflegeschüler im letzten Ausbildungsjahr an der Louise von Marillac-Schule für Gesundheitsberufe, Heidelberg (7 weiblich, 2 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 21,9 Jahren und 7 (24%) Physiotherapieschüler an der IB-GIS mbh, Schule für Physiotherapie, Mannheim (4 weiblich, 3 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 23,6 Jahren.

Studiendesign

Das aus zwei Szenarien bestehende Visiten Training war in ein Mini-Curriculum von vier interprofessionellen Lerneinheiten zu je 240 Minuten eingebettet: soziales Zusammenkommen + PBL-Fallanalyse, Basic Life Support Training, interprofessionelles Visiten Training, Kommunikationstraining mit standardisierten Patienten. Alle Einheiten wurden von einem interprofessionellen Team bestehend aus Ärzten (CN, JS und AK), Krankenpflegern (GP), Physiotherapeuten (YT) und wissenschaftlichen Mitarbeitern (DH) konzipiert. Lernziele wurden in Übereinstimmung mit dem Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ [13] diskutiert.

Das Visiten Training fand folgendermaßen statt: Gruppen bestehend aus je drei Studierenden bzw. Schülern nahmen an zwei verschiedenen Visiten-Szenarien mit standardisierten Patienten [2] teil:

1. der 50-jährige, korpulente Herr Behrens mit Stent-Implantation nach Myokardinfarkt,
2. die 45-jährige Frau Vogel mit Compliance-Problemen bezüglich ihres Diabetes, hohem Blutdruck und bestehendem Ulcus cruris.

Ihrem eigenen Berufstand entsprechend schlüpften die drei Studierenden bzw. Schüler in die Rollen von Arzt, Krankenpfleger und Physiotherapeut und erhielten daraufhin rollenspezifische Instruktionen. Die ärztliche Rolle bestand darin, sich einen Überblick über den vorliegenden Patientenfall, verwandte Patientenakten sowie die Medikationskurve des Patienten zu verschaffen. Von den Ärzten wurde außerdem verlangt, im Vorfeld Ziele des Visitengesprächs zu definieren, das Gespräch dann selbst zu führen und im Anschluss daran die Therapie des Patienten neu einzuschätzen. Diese Neueinschätzung beinhaltete Eintragungen der Medikationskurve, das Verfas-

sen von Anweisungen für das Pflegepersonal sowie das schriftliche Notieren der geplanten Maßnahmen. Die Aufgabe der Krankenpfleger bestand darin, Fragen bzgl. Mobilisierung und Aktivierung der Patienten in die Visite einzubringen und außerdem deren Entlassung zu thematisieren. Aufgrund ihres wesentlich persönlicheren Verhältnisses zu den Patienten fungierten sie zudem als wichtiges Bindeglied zwischen Forderungen und Wünschen der Patienten und den ärztlichen Entscheidungen. Die Physiotherapeuten waren angehalten, die körperliche Mobilität der Patienten und physiotherapeutische Behandlungsaspekte in die Visite einzubringen. So schlugen sie gezielte Maßnahmen wie Ergometer-Training oder Laufeinheiten vor. Nach den Visiten folgte eine abschließende Feedback-Runde, an der neben den Teilnehmern auch Dozenten aller vertretenen Berufsgruppen aktiv beteiligt waren.

Fokusgruppen-Interviews

Mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes lässt sich manchmal nicht nur klären, was Studierende denken, sondern auch warum sie so denken [15]. Fokusgruppen-Diskussionen in Gruppen unter "Peers" bieten einen sicheren Rahmen, innerhalb dessen sich das Machtgefälle zwischen Forscher und Teilnehmern nivelliert. Gruppendiskussionen ermöglichen die tiefergehende Analyse der Wahrnehmungen bzgl. eines Themas und können diese gar weiterentwickeln oder verändern. Daher erscheinen Fokusgruppen-Interviews geeignet für den vorliegenden Forschungsschwerpunkt.

Ein erfahrener Moderator ermutigte alle Teilnehmer, sich in die Diskussion einzubringen und gewährleistete, dass auch unterschiedliche Meinungen zum Ausdruck gebracht werden konnten. Die Studierenden wurden gebeten, ihre Gedanken zu einer entsprechenden Frage zunächst zu notieren, bevor diese in der Gruppe diskutiert wurden. Auf jede Visite folgte eine Fokusgruppe, was in der Summe vier Interviews macht, jedes von diesen etwa 20 Minuten lang. Alle Interviews wurden von einem der Autoren (DH) moderiert. Um Konsistenz zwischen den einzelnen Gruppen zu gewährleisten, kam ein Interviewleitfaden zur Anwendung [15] (siehe Tabelle 1). Der assistierende Moderator (TB) machte sich während der Gruppendiskussion Notizen und filmte zudem die ganze Session. Die Video-Aufzeichnungen wurden wortwörtlich transkribiert und diese Zusammenfassungen zur Ansicht und Billigung an die Studierenden geschickt.

Qualitative Inhaltsanalyse

Die transkribierten Diskussionen wurden inhaltsanalytisch mithilfe der Software MaxQDA (version 11, VERBI GmbH, Berlin) analysiert. Den Leitlinien der qualitativen induktiven Inhaltsanalyse [16] folgend wurden thematische Kategorien nicht im Vorfeld definiert, sondern erst aus dem Inhalt heraus entwickelt. Daher wurde zunächst ein offenes Codieren aller Diskussionen vorgenommen, um nach wiederkehrenden Themen zu suchen. Einzelne oder

auch mehrere Sätze wurden dann als Codes identifiziert, als stellvertretende elementarste Bedeutungseinheit [26]. Daraufhin wurden diese Codes für jeden einzelnen Teilnehmer zu relevanten Themen zusammengefasst. Zwischen den Teilnehmern wiederkehrende Themen wurden dann miteinander verglichen und adaptiert, bis relevante Themen für alle Teilnehmer definiert werden konnten. Die Zuordnung der Codes zu entsprechenden Themen wurde von zwei Autoren (CN und JS) unabhängig voneinander vorgenommen, daraufhin diskutiert, um einen Konsens zu erzielen und verändert, sofern das notwendig war. Im letzten Schritt wurden die entwickelten Themen zwei relevanten Kategorien zugeordnet.

Ergebnisse

Aus qualitativer Analyse gewonnene Hauptkategorien und Themen

Die qualitative Analyse der Transkripte erbrachte 45 relevante Einzelaussagen der Studierenden. Von diesen Aussagen wurden neun Themen sowie zwei Hauptkategorien abgeleitet. Die Hauptkategorien umfassten (A) Nutzen des Visiten Trainings und (B) Schwierigkeiten mit dem Visiten Training. Diese Hauptkategorien bestanden je aus vier Themen (A.1 bis A.4).

Definition der Kategorien

Im Folgenden geben wir Definitionen für die Hauptkategorien.

(A) Nutzen des Visiten Trainings

Diese Kategorie umfasst verschiedene positive und nützliche Erfahrungen der Teilnehmer in Bezug auf das Visiten Training. Die Kategorie besteht aus insgesamt vier relevanten Themen. Das Thema (A.1) „Besseres Verständnis der Gesamtsituation, der einzelnen Aufgaben sowie der gemeinsamen Zielsetzung“ besteht aus der nachhaltigen Erfahrung anderer Berufsgruppen sowie derer Aufgabengebiete, einem besseren Verständnis der Aufgabenverteilung unter den verschiedenen Berufsgruppen und der Erfahrung, dass sich die gegenseitige Unterstützung der Berufsgruppen untereinander als nützlich für die Gesamtbehandlung der Patienten erweisen kann. (A.2) „Üben der Visiten Situation“ beschreibt den Nutzen, der aus dem besseren Verständnis des genauen Visitenablaufs sowie der eigenen Rolle bzw. des eigenen Verhaltens entsteht. Das Thema (A.3) „Alle Berufsgruppen können sich einbringen“ beschreibt positive Gefühle der Studierenden in Bezug auf interprofessionelle Maßnahmen und Sorgfalt, welche dadurch entstehen, dass alle Berufsgruppen gleichermaßen am Visitenprozess beteiligt sind. Die Tatsache, dass das Visiten Training in Alltagskleidung und die Nachbesprechungen ohne Druck durchgeführt wurden, trug zum entspannten und informellen Charakter des Trainings bei, zusammengefasst unter dem Thema

Tabelle 1: Interviewleitfaden für die Fokusgruppeninterviews

INTERVIEWLEITFADEN
Eröffnung
Wie haben Sie das Visitenraining mit standardisierten Patienten erlebt?
Kernfragen
Welche interdisziplinären Aspekte der Visiten haben Sie als hilfreich erlebt? → Sind Sie mit den anderen Berufsgruppen gut zurechtgekommen? → Fühlten Sie sich von den anderen Berufsgruppen respektiert?
Welche Aspekte haben Sie als schwierig erlebt? → Kam es zu Problemen mit den anderen Berufsgruppen? → Fühlten Sie sich missverstanden oder gar entwertet?

Tabelle 2: Hauptkategorie A – Nutzen des Visitenraining (M=Medizinstudent, K=Krankenpflegeschüler, P=Physiotherapieschüler)

A.1 Besseres Verständnis der Gesamtsituation, der einzelnen Aufgaben sowie der gemeinsamen Zielsetzung	
a)	Einsicht in Tätigkeiten anderer Berufsgruppen <i>„Man hört [...] immer „allgemeine Ernährungsumstellung“ bei Patienten mit Herzinfarkt und Bewegungsumstellung, [...] aber was ich dann mit den Physiotherapeuten machen muss, das ist unklar.“ (M)</i> <i>„ich fand auch, dass ich heute was gelernt habe bei den Physiotherapeuten, z.B. dass man bestimmte Trainingseinheiten kombinieren kann oder bei manchen auch den Blutzucker des Patienten messen sollte“ (K)</i>
b)	Verständnis über die Verteilung der Aufgaben <i>„es macht für den Berufsalltag nochmal klar, wie die Aufgaben verteilt sind, und dass man sich gegenseitig ergänzt, [...] von daher ist das wichtig für den Stationsalltag, dass jeder weiß, wer welche Aufgaben hat“ (M)</i> <i>„[ich fand], dass die einzelnen Schwerpunkte der Berufsgruppen gut herausgekommen sind“ (P)</i> <i>„so hätte man auch nicht so ein Wirrarr, [...] sondern auf diese Art und Weise könnten wir wirklich als Team zusammenarbeiten, was allen zugutekommt.“ (K)</i>
c)	Wechselseitige Unterstützung der Berufsgruppen untereinander <i>„hier habe ich das als sehr unterstützend erlebt, gerade sie können einem halt auch viel Arbeit abnehmen, wenn man das richtig kommuniziert.“ (M)</i> <i>„Die Pflege sollte ja auch dafür da sein, die Ärzte zu unterstützen, die Pflege hat halt einen anderen Draht zu Patienten, gerade auch persönlich in gewissen Situationen, und das finde ich immer extrem hilfreich“ (M)</i>
d)	Patient steht im Mittelpunkt des gemeinsamen Interesses <i>„Und, das, was ich besonders schön fand, war, dass der Patient wirklich immer im Mittelpunkt stand. Das ganzheitlich von allen Seiten versucht wurde, eine Verbesserung des Patienten zu erzielen.“ (P)</i> <i>„auf diese Art und Weise könnten wir viel besser zusammenarbeiten, was ja auch dem Patienten zugutekommt, [...] dann ist der ja viel schneller fit.“ (K)</i>
A.2 Üben der Visitenraining	
	<i>„Ich fand's echt gut, damit man mal lernt, wie eine Visite zu laufen hat, weil ich selbst noch nie eine gemacht habe. Und ich finde, man sollte das viel häufiger machen.“ (M)</i> <i>„ich fand's gut, dass wir das nochmal geübt haben...es ist natürlich etwas länger als die Originalsituation, aber es kommen halt die Aspekte raus, worauf man halt achten muss“ (M)</i>
A.3 Alle Berufsgruppen können sich einbringen	
	<i>„Und ich fand's auch eigentlich ganz gut von den drei Berufsgruppen her, da konnte sich jeder eigentlich ganz gut einbringen. Das ist ja auf der normalen Visite auch nicht immer so“ (M)</i> <i>„wir fanden es besonders gut vom interdisziplinären agieren her“ (K)</i>
A.4 Entspannte Lernatmosphäre	
	<i>„Mir ist auch aufgefallen, dadurch, dass man ja in zivil hier ist, ist das auch eine entspanntere Atmosphäre, als im Kittel [...] und die Atmosphäre hier trug auch dazu bei, dass man eben ungezwungener miteinander umgehen konnte.“ (K)</i> <i>„Ja, aber gerade in so einem Training, wo man die Kleidung dann nicht anhat, ist das dann einfach nicht so formell...wie bei einem Grillfest, wo die Leute einfach entspannt miteinander umgehen.“ (M)</i>

(A.4) „entspannte Lernatmosphäre“. Weitere Details entnehmen Sie bitte Tabelle 2.

(B) Schwierigkeiten mit dem Visitenraining

Die zweite Kategorie hebt kritische Aspekte der Studierenden in Bezug auf das Visitenraining hervor. Dabei entwickelten sich vier relevante Themen. Das Thema (B.1) „Visitenraining vs. Realität“ befasst sich mit dem unrealistischen Charakter des Trainings, da gewöhnliche Alltagsstressoren weggelassen wurden und außerdem alle Berufsgruppen anwesend waren, was in normalen Visiten in aller Regel nicht der Fall sei. (B.2) „Visite insgesamt als falscher Ansatzpunkt für interprofessionelles Agieren“ beschreibt die Erfahrung der Studierenden, dass Visiten im Allgemeinen nicht die beste Gelegenheit für interprofessionelles Lernen darstellten; die Situation un-

mittelbar im Anschluss an die Visite sei eher von Interesse. Das Thema (B.3) „Zeiteinteilung insgesamt ungünstig“ fasst Aussagen zusammen, welche zum Ausdruck bringen, dass die Vorbereitung der Visiten zu viel Zeit in Anspruch genommen habe, während die Zeit am Krankenbett dann vernachlässigt worden wäre. Das Thema (B.4) „Training nicht für alle Berufsgruppen gleichermaßen gewinnbringend“ enthält abschließend die Kritik, dass nicht alle Berufsgruppen zu gleichen Teilen vom Training hätten profitieren können; so hätten Krankenpfleger und Physiotherapeuten nicht den gleichen Nutzen daraus ziehen können wie die Ärzte. Weitere Informationen finden Sie in Tabelle 3.

Tabelle 3: Hauptkategorie B – Schwierigkeiten mit dem Visitenttraining (M=Medizinstudent, K=Krankenpflegeschüler, P=Physiotherapieschüler)

B.1 Visitenttraining vs. Realität	<p>„Ja, die Situation ist eigentlich sehr idealisiert, von den Aspekten her, dass jeder gerade anwesend ist, es nicht zwischen Tür und Angel passiert und nichts da ist, was einen irgendwie ablenken könnte“ (M)</p> <p>„aber in der Realität ist das halt oft nicht umsetzbar, für die Physiotherapie bei den Visiten dabei zu sein, [...] weil die Visiten sind halt nicht zu festen Uhrzeiten, sondern dann, wenn der Chef kommt.“ (P)</p> <p>„aber es kommt halt selten vor in der Schülerposition dem Oberarzt was zu sagen, das ist immer nicht so eine tolle Situation“ (M)</p>
B.2 Visite insgesamt als falscher Ansatzpunkt für interprofessionelles Agieren	<p>„Bei der Visite, das ist ja quasi eine Schnittstelle, die sowieso jeder mitbekommt, von daher finde ich es sinnvoller, wenn man nicht genau diese Schnittstellen beleuchtet, sondern wenn jeder einfach mal einen Tag bei der Pflege und bei den Physiotherapeuten mitgeht“ (M)</p> <p>„Im Alltag ist die Visite ja meist gerade gar nicht so das Problem, [...] aber das eigentliche Problem ist, dass nach der Visite alles so auseinanderdrifft, weil die Berufsbilder dann auseinandergehen.“ (K)</p>
B.3 Zeiteinteilung insgesamt ungünstig	<p>„aber dafür fand ich, dass die Zeit am Krankenbett dafür dann deutlich zu kurz kam. Wenn man das schon als Visitenttraining macht, sollte man halt auch klarere Vorgaben machen, was man da machen sollte“ (M)</p> <p>„das hat am meisten Zeit in Anspruch genommen, mehr als die eigentliche Visite selbst, [...] konkret mit dem Patienten, was eigentlich das wichtige in der Visite ist, das kam zu kurz.“ (M)</p>
B.4 Training nicht für alle Berufsgruppen gleichermaßen gewinnbringend	<p>„das ist ein medizinisches Projekt hier, [...] für ein besseres Verständnis für die anderen Berufsgruppen bräuchte man auch einen besseren Einblick in diese Gruppen“ (P)</p> <p>„Weil die Mediziner sehen nicht, was die Pfleger tun müssen, und die Pfleger beugen sich dem, weil sie wissen, sie kriegen jetzt eins auf den Deckel, wenn sie die Mediziner das fragen“ (K)</p>

Gemeinsamkeiten der Berufsgruppen

Die drei Berufsgruppen waren sich größtenteils darüber einig, dass sie durch das Training überaus viel voneinander lernen konnten und dass sich dies durchaus positiv für Patienten auswirken könnte. Ihnen gefiel die Atmosphäre des Trainings und sie erlebten sich als Teil einer wertvollen interprofessionellen Lerngelegenheit. Sie waren sich jedoch auch einig in ihrer Kritik, dass das Training zu artifiziell und realitätsfern sei.

Unterschiede zwischen den Berufsgruppen

Die Gruppen unterschieden sich in erster Linie hinsichtlich der Frage, wie nützlich ein solches Visitenttraining für sie sei: Während Medizinstudierende das Szenario begrüßten, da sie nie zuvor Visitentrainings geübt hatten, waren Krankenpflegeschüler mit dem Format schon recht vertraut; Physiotherapieschüler wiederum gaben an, in der Realität ohnehin niemals bei Visiten mitzugehen. Krankenpflege- und Physiotherapieschüler beschwerten sich zudem über den medizinischen Fokus des Trainings, innerhalb dessen die Medizinstudierenden die Mehrheit an Aufgaben ausführten.

Diskussion

Unsere Studie beschreibt ein interprofessionelles Visitenttraining für Medizinstudierende, Krankenpflege- und Physiotherapieschüler sowie dessen Evaluation mithilfe von Fokusgruppen. Die qualitative Analyse der Fokusgruppeninterviews ergab, dass das Training von den Teilnehmern gut aufgenommen wurde und somit als wertvolle Quelle interprofessionellen Lernens dienen kann. Studierende kritisierten den Realitätsgrad der Visitenimulation, das Zeitmanagement sowie die Tatsache, dass nicht alle

Berufsgruppen zu gleichen Teilen vom Training profitieren konnten.

Das Training wurde als wertvolles Mittel wahrgenommen, um von der Sichtweise anderer Berufsgruppen sowie deren Verantwortlichkeiten zu lernen und um außerdem etwas über die Verteilung von Aufgaben sowie über diagnostische und therapeutische Prozesse zu erfahren. Der Patient wurde dabei als gemeinsames und verbindendes Element erlebt, was zu einem starken Gefühl von Gruppenkohärenz führte. Obwohl kritisiert wurde, dass nicht alle drei beteiligten Berufsgruppen zu gleichen Teilen am Visitenprozess beteiligt waren und davon ausgehend Vorschläge für andere Szenarien interprofessionellen Arbeitens gemacht wurden, stellt unser Visitenttraining doch eine wertvolle Möglichkeit dar, Studierende in Ablauf und Vorgehensweise von Visiten sowie das erforderliche interprofessionelle Teamwork einzuführen. Dies scheint sehr wichtig zu sein, da insbesondere Visiten nach wie vor durch suboptimale Supervision und unzureichende spezifische Anleitung gekennzeichnet sind [8].

Aus einem methodischen Blickwinkel betrachtet nahmen die Teilnehmer das Visitenttraining als eher künstlich und idealisiert wahr. Außerdem wurde das Zeitmanagement kritisiert und die Teilnehmer empfanden die fehlende Möglichkeit, alle drei Berufsgruppen gleichermaßen in das Rollenspiel einzubinden, als ungünstig. Obwohl standardisierte Patienten normalerweise als sehr realitätsnah wahrgenommen werden [7], wurde die Trainingssituation nicht als realistisch genug erlebt. Die Realitätsnähe von Simulationen betreffend ist nach wie vor allerdings umstritten, ob realistischere Simulationen auch tatsächlich effektiver sind [12], [6].

Die Teilnehmer kritisierten, dass der Trainingsprofit nicht für alle Berufsgruppen gleich gewinnbringend sei. Um einen solch gleichen Profit für alle Berufsgruppen zu gewährleisten, muss die Relevanz zukünftiger professioneller Praxis einer jeden Disziplin in sämtlichen Lerneinheiten

erkennbar werden [31]. Dies erscheint in neuen, gemeinsamen Kurskonzeptionen leichter realisierbar, als in mono-professionell designten Trainingseinheiten, wie beim vorliegenden Projekt. Dies ist von großer Bedeutung, da Visiten als zentrale Schnittstellen interprofessionellen Arbeitens im Krankenhaus gelten [14]. „Visiten-basierte, interprofessionelle Kliniksettings ermöglichen es Studierenden, realistische Erfahrungen beim ‚Hineinschlüpfen‘ in eine professionelle Rolle zu sammeln: ‚Unabhängigkeit und Autonomie erfahren‘, ‚deutlich erkennen, was die eigene Profession alles umfasst‘, ‚veränderte Vorstellung anderer Professionen‘, ‚Möglichkeiten, miteinander zu kommunizieren und zu arbeiten‘ sowie ‚ein funktionierendes Team zu werden“ [9]. Um tatsächlich ein interprofessionelles und kein multiprofessionelles Training zu konzipieren, bedarf es eines gut geführten, realistischen Szenarios, an dem alle angesprochenen Gruppen beteiligt sind. Außerdem sollten interprofessionelle Kernaspekte vor und nach dem Visitentraining benannt, diskutiert und gemeinsam von den Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen reflektiert werden.

Nichtsdestoweniger sind wir davon überzeugt, dass die präsentierten Interventionen einen wichtigen Schritt hinsichtlich einer besseren Vorbereitung der Studierenden auf die visitenbasierte klinische Praxis darstellen, was wiederum eine verstärkte Patientensicherheit gewährleisten kann. Weiterführende Forschung sollte die Fertigkeiten interprofessioneller Teams in realen Visitsituationen untersuchen. Da das hier untersuchte interprofessionelle Visitentraining das erste seiner Art an unserer Fakultät darstellt, muss die Kritik am unzureichenden Zeitmanagement und der Gewichtung der Rollenverteilung zunächst so hingenommen werden, um diese dann in zukünftigen Durchführungen des Trainings abzuändern. Insbesondere Krankenpflege- und Physiotherapieschüler sollten in zukünftigen Szenarien mehr einbezogen werden.

Limitationen

Unsere Studie betreffend sind einige Limitationen zu benennen. So war die Anzahl an Teilnehmern begrenzt, zudem fehlt ein objektives Maß zur Bestimmung des Trainingserfolgs. Außerdem erbrachte die qualitative Inhaltsanalyse nur zwei Hauptkategorien, Nutzen und Schwierigkeiten des Visitentrainings, welche sich zudem beide aus dem Interviewleitfaden ableiten lassen. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Tatsache, dass aufgrund weniger Daten lediglich Gesamtergebnisse aufgezeigt werden konnten; die beiden Unterpunkte, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Berufsgruppen sind nur von beispielhafter Natur. Die vorliegende Studie bezieht sich zudem auf die medizinische Ausbildung. Weitere Forschung ist von Nöten, um abzuschätzen, ob sich gewonnene Erkenntnisse auch auf postgraduale Visitentrainings übertragen lassen. Die Verwendung ausführlicher Fokusgruppeninterviews ermöglichte es uns, ein umfassendes Bild dieser vielschichtigen Thematik aufzuzeigen und

führte zu einigen neuen Gesichtspunkten bzgl. interprofessionellen Trainings.

Fazit

Unser interprofessionelles Visitentraining wird von den Teilnehmern gut aufgenommen und stellt ein wertvolles Modell interprofessionellen Lernens dar. Zukünftige Forschung sollte die Effektivität, die Prozesse interprofessionellen Zusammenspiels sowie den Transfer in die klinische Praxis fokussieren.

Förderung

Diese Studie wurde gefördert vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg, Projekt: „Gemeinsam geht es alles besser – Studie zur Verbesserung des Interprofessionellen Patientenmanagements“; Projekt Identifikationsnummer: D 100011720; AZ32-402.17(05)/34.

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Igl G, Höppner H. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
2. Barrows HS. An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Acad Med.* 1993;68(6):443-453. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
3. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.
4. Corbin J, Strauss A. Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualit Sociol.* 1990;13(1):3-21. DOI: 10.1007/BF00988593
5. Daelmans HE, Hoogenboom RJ, Donker AJ, Scherpbier AJ, Stehouwer CD, van der Vleuten CP. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach.* 2004;26(4):305-312. DOI: 10.1080/01421590410001683195
6. De Giovanni D, Roberts T, Norman G. Relative effectiveness of high- versus low-fidelity simulation in learning heart sounds. *Med Educ.* 2009;43(7):661-668. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03398.x
7. Gorter S, Rethans JJ, van der Heijde D, Scherpbier A, Houben H, van der Vleuten C, van der Linden S. Reproducibility of clinical performance assessment in practice using incognito standardized patients. *Med Educ.* 2002;36(9):827-832. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01296.x

8. Grant J, Kilminster S, Jolly B, Cottrell D. Clinical supervision of SpRs: where does it happen, when does it happen and is it effective? *Med Educ.* 2003;37(2):140-148. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01415.x
9. Hood K, Cant R, Leech M, Baulch J, Gilbee A. Trying on the professional self: nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement. *Appl Nurs Res.* 2014;27(2):109-114. DOI: 10.1016/j.apnr.2013.07.003
10. Howley LD, Wilson WG. Direct Observation of Students during Clerkship Rotations: A Multiyear Descriptive Study. *Acad Med.* 2004;79(3):276-280. DOI: 10.1097/00001888-200403000-00017
11. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
12. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach.* 2005;27(1):10-28. DOI: 10.1080/01421590500046924
13. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basel Consensus Statement "Communicative and Social Competencies in Medical Education": A Position Paper of the GMA Committee Communicative and Social Competencies. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
14. Klapper B, Lecher S, Schaeffer D, Koch U. Interprofessionelle Kommunikation: Zusammenarbeit im Krankenhaus. *Dtsch Arztebl.* 2000;97(51-52):A3482-3483.
15. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research (3rd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.
16. Mayring P. Humanwissenschaftliche Konzeptionen und methodische Ansätze in der Pädagogischen Psychologie. In: Jüttemann G (Hrsg). *Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2004. S.242-253
17. Montague ML, Hussain SS. Patient perceptions of the otolaryngology ward round in a teaching hospital. *J Laryngol Otol.* 2006;120(4):314-318.
18. Neitzke G. Interprofessioneller Ethikunterricht. *GMS Z Med Ausbild.* 2005;22(2):Doc24. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000024.shtml>
19. Nikendei C, Kraus B, Lauber H, Schrauth M, Weyrich P, Zipfel S, Jünger J, Briem S. An innovative model for teaching complex clinical procedures: Integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Med Teach.* 2007;29(2-3):246-253. DOI: 10.1080/01421590701299264
20. Nikendei C, Kraus B, Schrauth M, Briem S, Jünger J. Ward rounds: how prepared are future doctors? *Med Teach.* 2008;30(1):88-91. DOI: 10.1080/01421590701753468
21. Norgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ.* 2004;38(7):700-707. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01840.x
22. Pedersen BD, Poulsen IK, Schroeder TV, Ringsted C. Interprofessional training of students in conducting ward rounds. *Med Educ.* 2006;40(5):478-479. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02464.x
23. Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, Weih M. Wahlfach Teamarbeit: Ergebnisse eines Pilotprojektes zur interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung mit formativem Team-OSCE (TOSCE). *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(4):Doc60. DOI: 10.3205/zma000697
24. Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med.* 1996;71(9):988-1001. DOI: 10.1097/00001888-199609000-00015
25. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, De La Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care.* 2012;20(4):303-312.
26. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. London: Sage Publications; 1998.
27. Tashiro J, Byrne C, Kitchen L, Vogel E, Bianco C. The development of competencies in interprofessional healthcare for use in health sciences educational programmes. *J Res Interprof Pract Educ.* 2001;2(1):63-82.
28. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for international education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2010;24(5):503-513. DOI: 10.3109/13561820.2010.483366
29. Van Der Hem-Stokroos HH, Scherpier AJ, Van Der Vleuten CP, De Vries H, Haarman HJ. How effective is a clerkship as a learning environment? *Med Teach.* 2001;23(6):599-604. DOI: 10.1080/01421590127200
30. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Pat Educ Couns.* 2007;67(3):343-348. DOI: 10.1016/j.pec.2007.04.011
31. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L, Faresjö T. Twenty years of experience of interprofessional education in Linköping – groundbreaking and sustainable. *J Interprof Care.* 2009;23(2):121-131. DOI: 10.1080/13561820902728984
32. Wray NP, Friedland JA, Ashton CM, Scheurich J, Zollo AJ. Characteristics of house staff work rounds on two academic general medicine services. *J Med Educ.* 1986;61(11):893-900. DOI: 10.1097/00001888-198611000-00005
33. 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.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. C. Nikendei
 Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg, Deutschland, Tel.: +49 (0)6221/5638663, Fax: +49 (0)6221/56-5749
christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de

Bitte zitieren als

Nikendei C, Huhn D, Pittius G, Trost Y, Bugaj TJ, Koechel A, Schultz JH. Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training – A Qualitative Pilot Study. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc14. DOI: 10.3205/zma001013, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010138

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001013.shtml>

Eingereicht: 14.08.2015
Überarbeitet: 20.12.2015
Angenommen: 27.01.2016
Veröffentlicht: 29.04.2016

Copyright

©2016 Nikendei 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/>.