

A meta-level debriefing

WP3 D3. A conceptual framework and blueprint for a Debriefing Dashboard

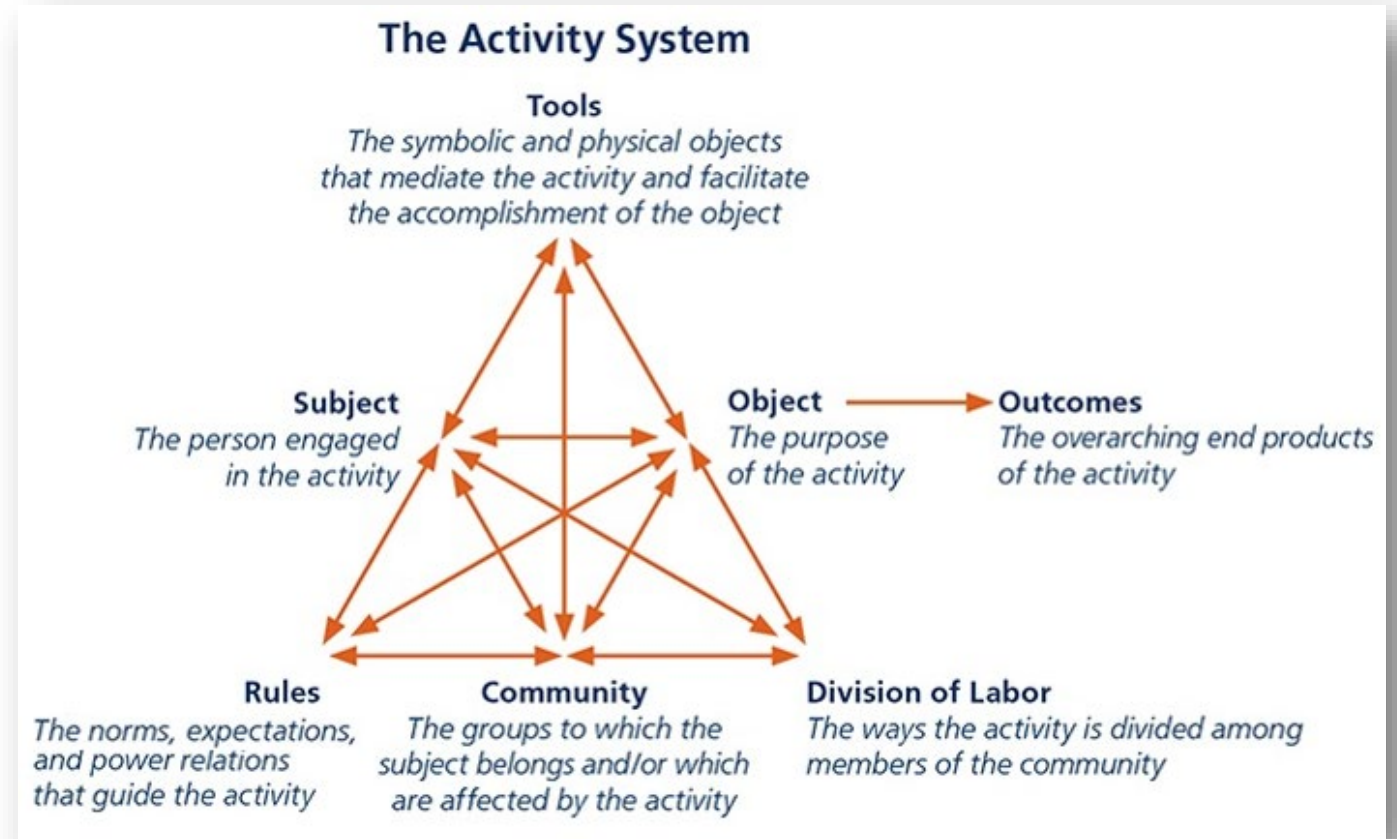
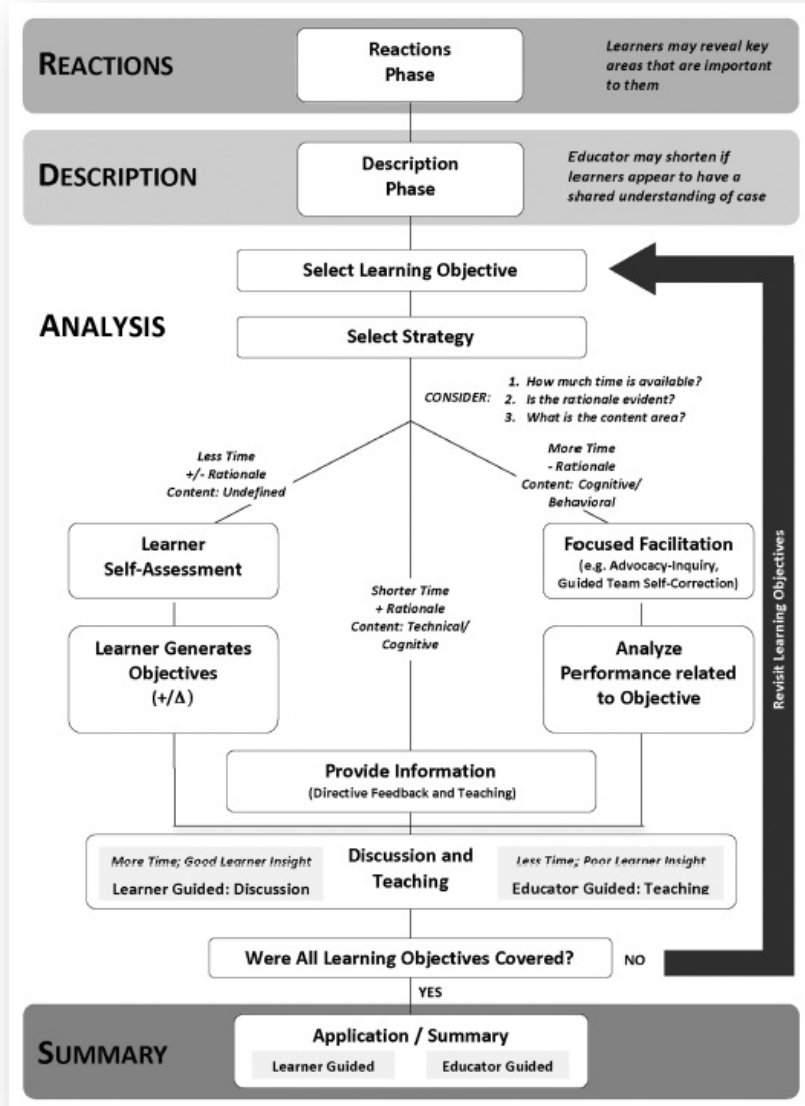
Date: 30 March 2026

Author: Bas de Leng, Juliane Schopf (University of Münster)



Co-funded by
the European Union

Simulation with interprofessional debriefing



CHAT framework (Engeström, 1987)

PEARLS framework (Eppich, 2015)

How can an abstract construct be made applicable to education?

Development of a coding scheme for the six elements of an Activity System, based on two sources of authentic palliative practice information:

1. Database of critical incident reports of palliative care cases (CIRSmedical.de)
2. Collection of academic papers describing interprofessional (IP) collaboration in palliative care.

Fall-Nr: 264104

Drucken | Kommentieren | Zurück

Fall

Titel: Komplexe Medikamentenanordnungen fernmündlich

Zuständiges Fachgebiet: Palliativversorgung

Altersgruppe des Patienten: 81-90

Geschlecht des Patienten: weiblich

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Welche Versorgungsart: leer

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)

Was ist passiert?
Im Rahmen pall.med. Konsildienst (PMD) im Krankenhaus wurde whd. 24h-Rufbereitschaft am Wochenende die diensthabende Arztperson von einer Arztperson aus der Klinik telefonisch kontaktiert. Normalerweise gilt die Rufbereitschaft nur für bereits vom PMD betreute PatientInnen, aus Kulanz wurde auch für eine noch unbekannte Patientin eine schmerztherapeutisch Empfehlung telefonisch ausgesprochen, welche vom Klinikarztpersonal mitgeschrieben wurde.
Da bei ED Karzinom, ausgedehnt metastasiert, kachektisch, beginnende Sterbephase, starke Schmerzen bereits fraktioniert ca. 20mg Morphinäquivalent i.v./24h erhalten: Beginn Medikation per Perfusor à Hydromorphon 5mg + Metamizol 3g + Midazolam 10mg ad NaCl0,9% 50ml, Lauftrate 2ml/h, s.c. oder i.v. Falls Hydromorphon aktuell im Haus nicht verfügbar, vorübergehend Hydromorphon 5mg durch Morphin 25mg ersetzen.
Nach einiger Zeit erneuter Anruf des Arztpersonals beim Hintergrunddienst: Nachfrage, ob 25mg Hydromorphon im Perfusor korrekt seien, die Pflege habe darum gebeten nochmals nachzufragen.

Was war das Ergebnis?
Aufklärung des Arztpersonals, dass entweder 5mg Hydromorphon oder 25mg Morphin verwendet werden sollen, da unterschiedliche analgetische Potenz. Perfusor wurde korrekt gerichtet und verabreicht, gute Symptomkontrolle.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?
Gründe: ggf. Sprachbarriere oder mangelndes Verständnis Opiode?
Vermeldung: Im Hintergrunddienst nur bzgl. bereits aufgenommener PatientInnen beraten und auf Kollegen vor Ort verweisen (z.B. andere Fachrichtungen, höhere Dienstebenen) oder sprachkompetentes (Pflege-)Personal mit ins Telefonat einbinden.

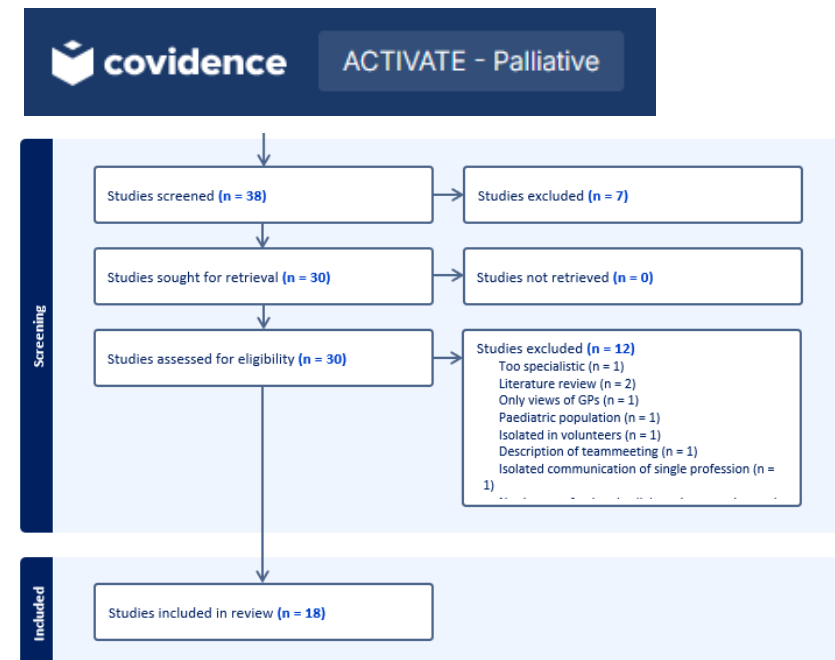
Kam der Patient zu Schaden? nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)

Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf? jährlich

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in



Coding scheme

- Codes for Object, Subject, Community, Tools, Rules and Division of Labour

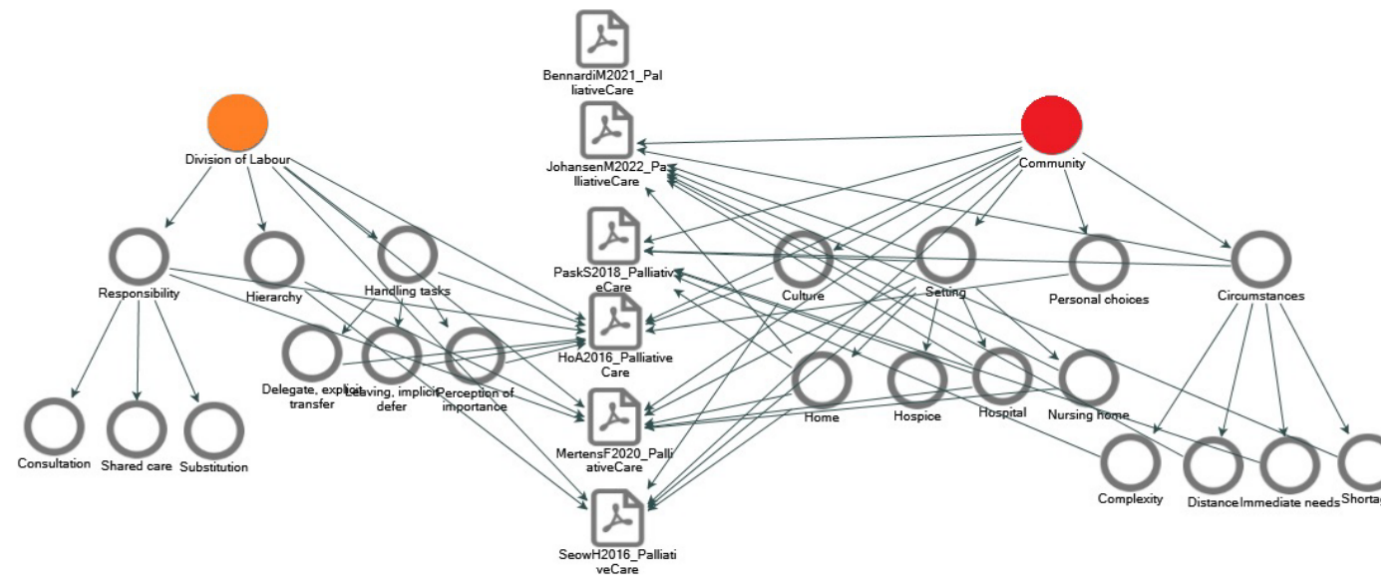
Subject	Object	Community	Rules (act on Community)	Tools (act on Object)	Division of Labour
IP team	Action		Action		
Medical practitioners	Decisionmaking		Communication		
Generalist	Delivering care		Coordination		
Specialist	Delivering prognoses		Deliver		
Other Healthcare professionals	End of Life conversation		Time allocation		
Care staff	Needs assessment		Timing and timeliness		
Dietician	Transfer		Interaction		
Nurse	Goal	Circumstances	Awareness	Attitude	Handling tasks
Physiotherapist	Cure	Complexity	Connectedness	Arrogance	Delegate, explicit transfer
Social worker	Care	Distance	Construction	Conviction	Leaving, implicit defer
Spiritual carer	Sign and symptoms	Immediate needs	Consultation	Discussion of own views	Perception of importance
Perceptions	Patient profile	Shortage	Context information	Personal priority	Regulations
Emotions	Age	Culture	Negotiate	Territorial attitude	Hierarchy
Incompetence	Informedness	Appreciation	Proactive	Communication	Territorial attitude
Trust	Known or unknown	Conception	Role	Implementation	Responsibility
Uncomfortable	Pre-existing complexity	Habitual practice	Team	Means	Feelings
Unsuccessful	Rejecting	Personal choices	Understanding	Competence	Interest
Unsure	Stigmatised	Career choice	Organisation	Coaching	Trust
Relatives	Relatives	Setting	Co-location	Training	
	Dissonance	Home	Labelling artifacts	Devices	
		Hospice	Scheduling	Delivery	
		Hospital	Stock		
		Nursing home			

Coding scheme

- Codes for Object, Subject, Community, Tools, Rules and Division of Labour
- Codes were assigned to descriptive articles to identify frequently mentioned issues.

	Division of Labour	1) Handling tasks	Delegate, explicit transfer Leaving, implicit defer		Perception of importance	2) Responsibility	Consultation	Shared care	Substitution	3) Hierarchy
1: BennardiM2021_PalliativeCare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2: HoA2016_PalliativeCare	12	5	2	1	2	7	0	0	0	0
3: JohansenM2022_PalliativeCare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4: MertensF2020_PalliativeCare	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1
5: PaskS2018_PalliativeCare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6: SeowH2016_PalliativeCare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
number of articles			1	1	1		0	0	0	

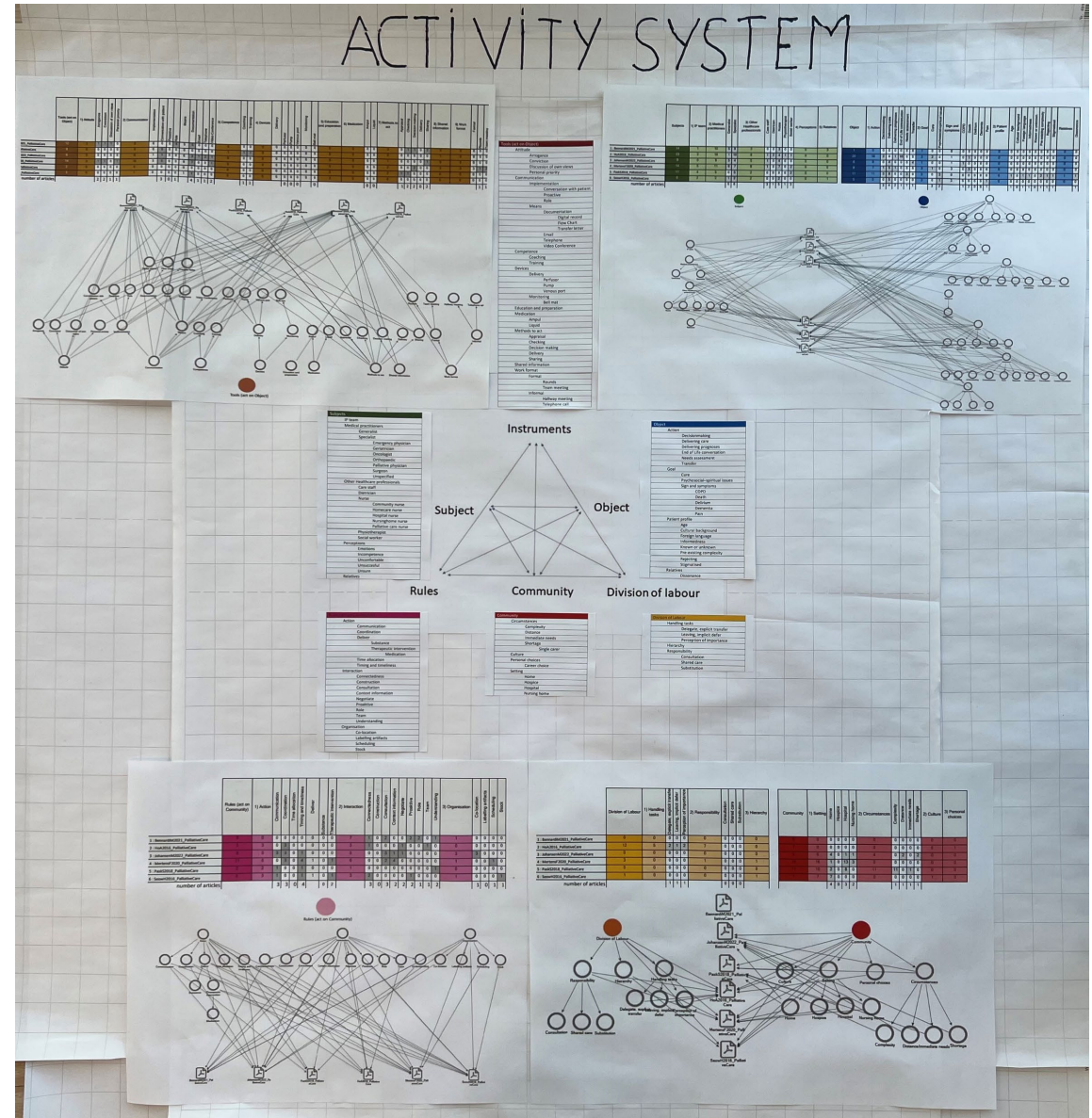
	Community	1) Setting	Home	Hospice	Hospital	Nursing home	2) Circumstances	Complexity	Distance	Immediate needs	Shortage	2) Culture	3) Personal choices
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1
	6	6	4	0	1	1	4	0	2	0	2	0	0
	16	16	1	0	13	3	0	0	0	0	0	0	0
	11	10	2	0	8	0	11	11	0	1	0	0	0
	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			4	0	3	2		1	1	1	1		



How is this helpful for educational designers?

1. Content containers:

What aspects of IP collaboration are important to include in palliative care simulations and to discuss in the debriefing after the event.



How is this helpful for educational designers?

1. Content containers:

What aspects of IP collaboration are important to include in palliative care simulations and to discuss in the debriefing after the event.

2. Filling for containers:

Links to the examples in the text for concrete content

The screenshot displays a software interface with a hierarchical tree on the left and a list of references on the right. The tree includes categories like 'Elements of Activity Syst', 'Community', 'Division of Labour', 'Object', 'Rules (act on Comm)', 'Subjects', 'IP team', 'Medical practitio', and 'Other Healthcare'. The references list includes 'Reference 1 - 0,19% Coverage' and 'Reference 2 - 0,68% Coverage'. Below the references, there are four document thumbnails labeled 'HoA2016_P alliativeCa...', 'MertensF2 020_Pallia...', and 'PaskS2018_ Palliative...'. A large text excerpt is overlaid on the bottom right, discussing interprofessional teamwork in palliative care.

Reference 1 - 0,19% Coverage
hospital ward when people themselves are asking to stop therapy, that they actually still continue a little you know, and well yes, therapeutic obstinacy – I surely can't deny. . . ' (FG8 Palliative Care Unit, M, social worker)

Reference 2 - 0,68% Coverage
different view on when to initiate advance care planning discussions compared to specialists: 'Head nurse oncology: during the ward round with the doctor, I indicate very often: "look, do we have to talk about that yet? Do we already arrange specific things?" But then the doctor says: "but no, it's still too early". . . And sometimes I got the feeling that every time while doing the round - again and again - well yes palliative DNR code – that in the end they will say "there she goes again". Social worker: "Yes, yes, yes, their stance is "we are here to treat, you know. We are not meant to . . ."

specialties to gain a holistic picture of the patient's overall situation, resulting in inconsistent messages in EOL care planning. This dynamic is especially taxing for interprofessional teams when physicians with divergent treatment recommendations have not coordinated the care plan with each other:

[Some physicians] will come in and treat the organ that they know. . . [but they will not] really talk to [the patients] about decision-making or the end of their life because [they] don't know what else is wrong with them. (Rowena, palliative care physician)

As it often happens, different physicians or other members of the team have different ideas about what the right care is for a patient. . . Negotiating that is challenging politically and it has other issues, and so sometimes you leave a situation feeling that the right decision wasn't made but ultimately you are going with the compromise for the group and you have to sort of accept that at times, working in a team setting. (Kendra, geriatrician)

Interprofessional teamwork

How is this helpful for educational designers?

1. Content containers:

What aspects of IP collaboration are important to include in palliative care simulations and to discuss in the debriefing after the event.

2. Filling for containers:

Links to the examples in the text for concrete content

3. Justification of the approach for the field Scientific paper



Making the Key Elements of Palliative Care Practice Visible to Inform for the Development of Interprofessional Scenario-Based Simulations in Undergraduate Health Professions Education

Bas de Leng¹, Florian Bernhardt², Philipp Lenz², Friedrich Pawelka¹, Juliane Schopf¹

¹Educational Institute (IfAS), Faculty of Medicine, University of Münster, Münster, Germany

²Central Palliative Care Centre, Academic Medical Hospital Münster, Münster, Germany

Email: bdeleng@uni-muenster.de

How to cite this paper: de Leng, B., Bernhardt, F., Lenz, P., Pawelka, F., & Schopf, J. (2025). Making the Key Elements of Palliative Care Practice Visible to Inform for the Development of Interprofessional Scenario-Based Simulations in Undergraduate Health Professions Education. *Creative Education*, 16, 812-831.
<https://doi.org/10.4236/ce.2025.166050>

Received: May 16, 2025

Accepted: June 21, 2025

Published: June 24, 2025

Copyright © 2025 by author(s) and Scientific Research Publishing Inc. This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Abstract

Current undergraduate skills lab programmes in health professions education demonstrate an absence of interprofessional training, particularly with regard to comprehensive patient care and collaboration between primary and specialist care. The ACTIVATE project addresses this issue by developing interprofessional simulation scenarios for home and palliative care. The project aims to provide students with the opportunity to engage socially and intellectually with students from other professions. It should enable them to experiment with challenges that require the application of general knowledge and social and communication skills in a safe environment. Post-event debriefings should focus less on instrumental, direct solutions and more on “problemattzing” and “sensemaking”, unlike traditional skills training debriefings. Cultural-Historical Activity Theory (CHAT) was used as a lens to identify data of interest for the design of simulation-based scenarios and for debriefing conversations. The six elements of an activity system—“Subject”, “Object”, “Community”, “Tools”, “Rules” and “Division of labour”—were used as overarching codes to identify and label critical incident reports of palliative care cases, as well as academic papers that used qualitative research methods to describe interprofessional collaboration in palliative care. Qualitative data analysis using a combination of deductive and inductive coding revealed 172 codes representing the elements of an activity system. The coding scheme’s structure and the collection of related, authentic data emphasised aspects of interprofessional collaboration that could be incorporated into palliative care simulations and discussed during

Further Development in Educational Practice

August 2025: Debriefing with cards for SPHERE (Shared Pharmacy and Healthcare Education for Real-world Experience)

- Medical & pharmacy students work in pairs through 3 simulated cases, followed by a plenary debriefing



Answering questions on cards



Discussing the answers and placing them into the CHAT structure

Building up the CHAT diagram

Twelve questions

Object (purpose)

- 1) Did you generally feel that you all had the same goal in mind in these cases?
- 2) Were there also times when this wasn't the case? How did you deal with them?

Subject (actors)

- 3) Did you manage to get everyone involved in the activity? How did you manage to do that, and did everyone understand?
- 4) Were there also times when it was difficult to approach others, communicate with them, or reach a consensus?

Community (social cultural context)

- 5) What professional and social groups are represented here?
- 6) Did you have any idea what interests and conditions might be relevant here?

Tools

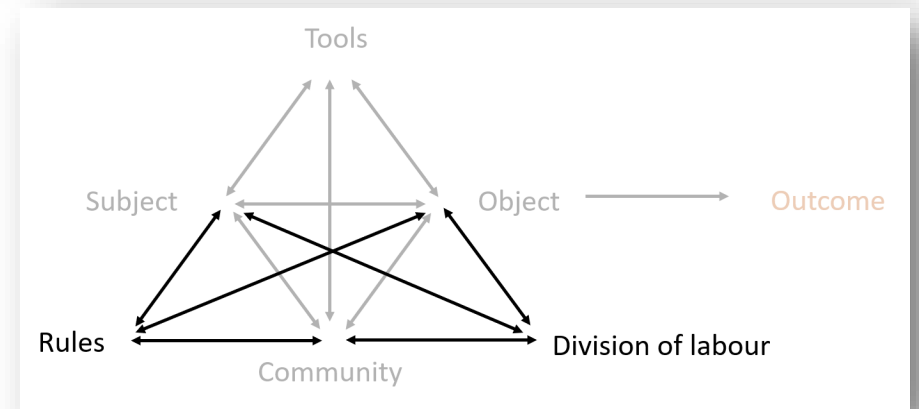
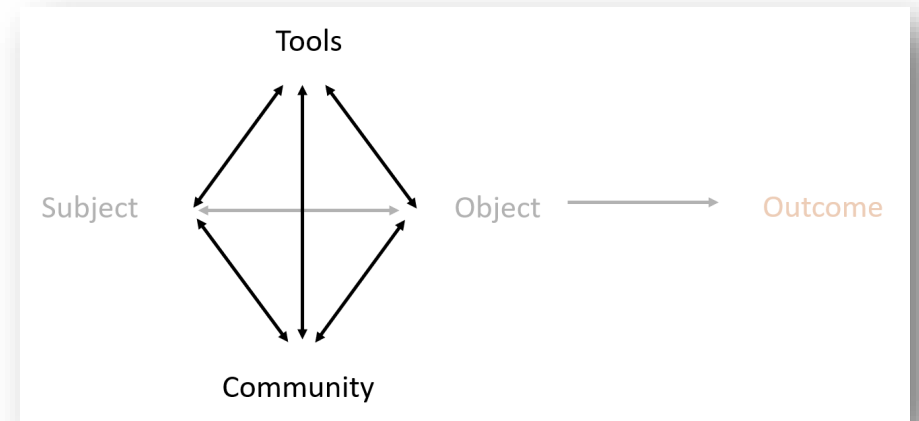
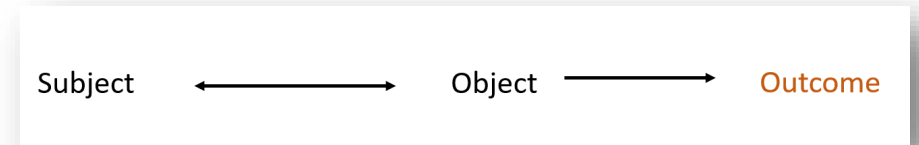
- 7) Which work resources, methods or tools were available?
- 8) Which of these methods did you find most useful for gaining a complete picture of the situation and establishing good cooperation?
- 9) Were there any resources that you feel were underused, or that caused you confusion?

Rules

- 10) Which specific rules played a role in this situation? (e.g. guidelines from professional associations, laws or internal departmental regulations).

Division of labour

- 11) Which actors had a major or greater influence on the situation?
- 12) Was that appropriate for the situation? Or could it have been handled better?



Feedback from students and tutors

- It would be valuable to have information about CHAT prior to the simulation.
- There are too many questions for a session of this kind.
- According to some tutors, the debriefing takes too long.
- Pharmacy and medical students sometimes have different understandings of certain concepts and terms.
- The questions were not always relevant to their own experiences.



Further Development in Educational Practice

September 2025: Debriefing prepared with smartphones

Question to express emotions before delving into the substance of the experiences (reaction phase)

- 1) How do you feel about the interprofessional collaboration simulation you have just completed?

Open-ended questions to identify positive and negative experiences

- 2) Think of a part of the activity that you found very positive, constructive or satisfying. Please describe what happened in this phase in a few sentences.
- 3) Think of a part of the activity that you found very negative, counterproductive or disappointing. Please describe what happened in this phase in a few sentences.



Answering questions

Further Development in Educational Practice

- According to the coding scheme, multilingual labels were added as tooltips to the six CHAT elements.

Tooltips

Object:

What is the goal of the action? Cure, Care, addressing psychosocial issues etc.

On whom or what is this action taken? Patient, Relative, Blood sample etc.

What action must be taken? Needs assessment, Reporting, Decisionmaking etc.

Subject:

Who are the actors in the action? Family physician, Medical specialist, Nurse, Social worker, Carers etc.

What perceptions, ideas and emotions are present in the actors? Uncertainty, Discomfort, Incompetence etc.

Community

Where does the activity take place? Home, Nursing home, Hospital etc.

What organisation do the actors belong to? General\University hospital, Independent\Municipal health care practice etc.

What conditions characterise this setting? Immediate needs, Distance, Shortage etc.

Tools

What physical means are used in the action? Patient record, Chart, Medical device, Telephone etc.

Which abstract resources are deployed in the action? Conviction, Proactivity, Instruction etc.

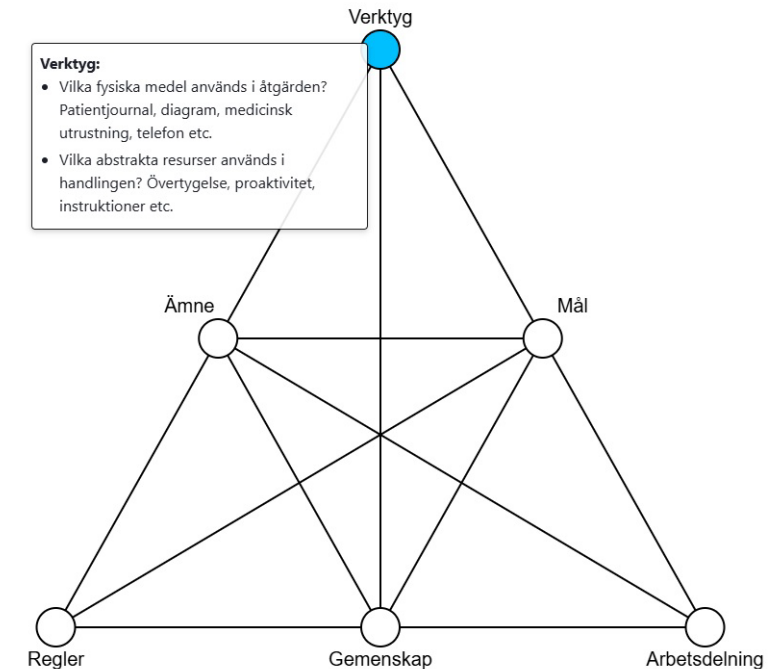
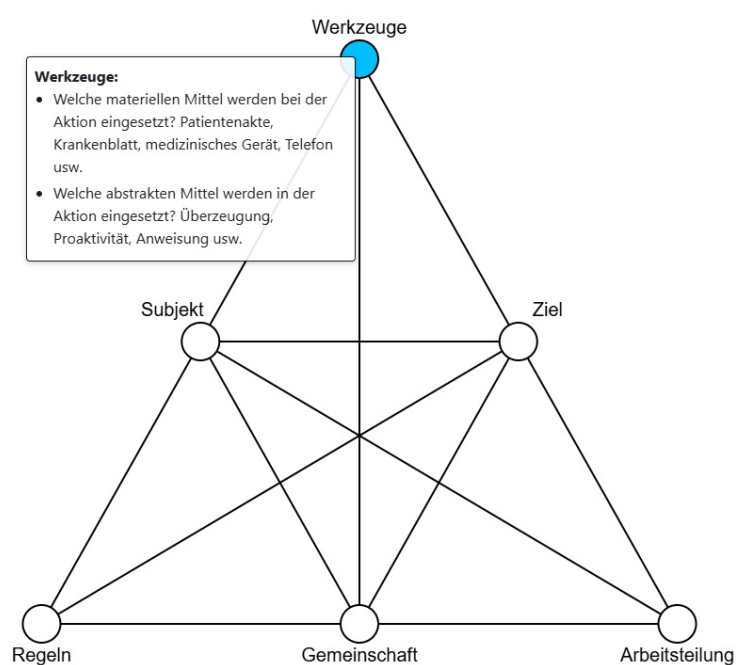
Rules

Which specific policies and rules are linked to the activity? Guidelines, Authorisation, Reimbursements, Co-location etc.

What implicit mores and conventions are linked to the activity? Priority, Career track, Professional jargon etc.

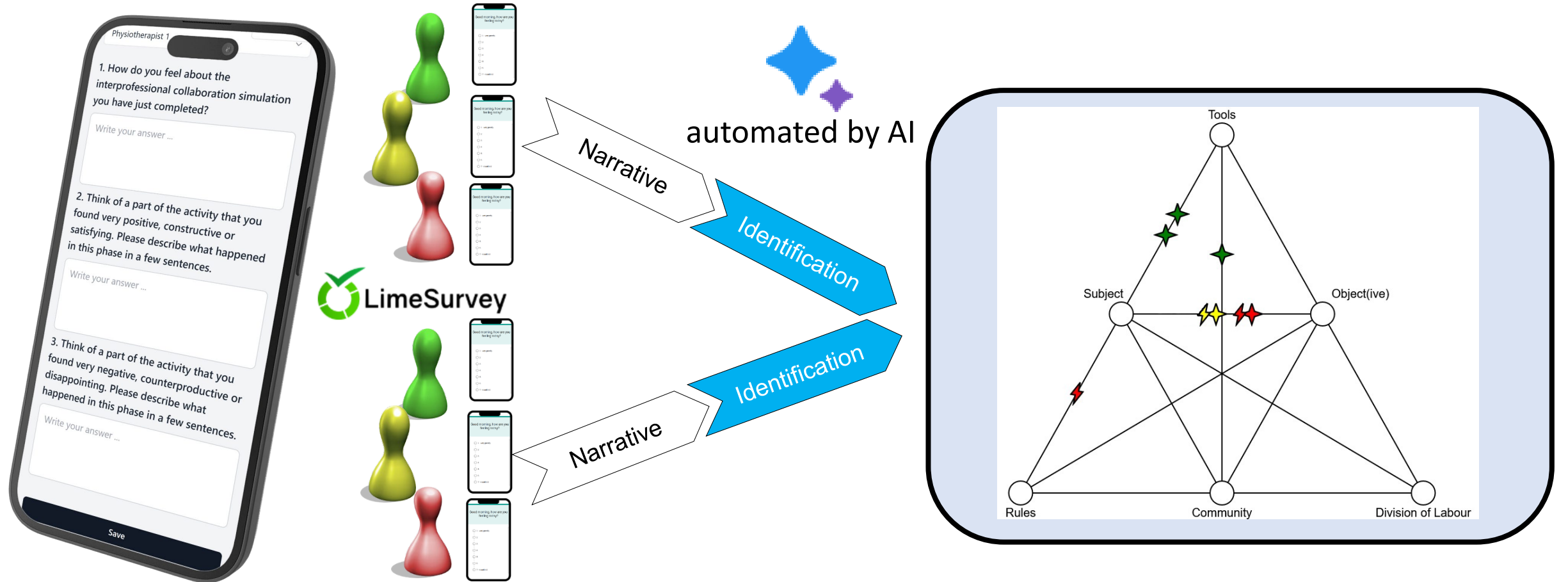
Division of labour

How can different people contribute to the activity? Hierarchy, Role, Leadership, Territorial attitude etc.



Debriefing prepared with smartphones

- Medical, nursing, and physiotherapy students work in groups of three through a simulated case, followed by a plenary debriefing



Answering questions

Debriefing dashboard with stars and flashes

Evaluation



Discussing the answers assigned with AI to elements of the CHAT structure

- Three questions are insufficient to prompt in-depth reflection and dialogue.
- The questions were not always relevant to their own experiences.
- It would be helpful if a note-taker could take additional notes to supplement the AI-generated summary. Even better, audio recordings could be used for this purpose.
- The LLM-based classification could be further improved.

Further Development in Educational Practice

- To provide the large language model with authentic information, the six questions were answered using stories originating from descriptive articles.

Reflexionsfragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit (nach dem CHAT-Modell)¶

1. Objekt (Ziel der gemeinsamen Aktivität)¶

Wie haben Sie das gemeinsame Ziel des Teams verstanden und gab es unterschiedliche Perspektiven der beteiligten Berufsgruppen?¶

Ärztin:¶

Mein primäres Ziel war es, anhand der Laborwerte einen schnellen Überblick über den Stoffwechselzustand des Patienten zu erhalten: Glukose- und Wasserhaushalt, Säure-Basen-Haushalt usw., um eine gefährliche Ketoazidose auszuschließen. Das erfordert eine akute Behandlung und macht die Diskussion über eine Anpassung der Schmerztherapie und eine mögliche Entlassung etwas weniger wichtig.¶

Pflege:¶

Zunächst dachte ich, wir würden die Bedingungen für eine verantwortungsvolle Entlassung besprechen: wirksame Schmerzlinderung, Unterstützung der Partnerin im Umgang mit dem Verhalten ihres Mannes, aber die Voicemail, die der Arzt vom Chefarzt erhalten hatte, machte deutlich, dass zunächst die Laboruntersuchungen berücksichtigt werden mussten. Als sich herausstellte, dass diese in Ordnung waren, waren sich alle im Team einig, dass wir die Akzeptanz der Verwendung von Opioiden durch den Patienten, die Wechselwirkung von Alkohol mit den Medikamenten und die Sturzgefahr in der häuslichen Situation besprechen mussten.¶

Physiotherapeutin:¶

Unser gemeinsames Ziel war es, Empfehlungen zur Sturzprävention im häuslichen Umfeld und zur optimalen Behandlung der Schmerzen des Patienten zu besprechen. Dass Alkoholkonsum möglicherweise ein komplizierender Faktor war, wurde mir erst später mitgeteilt.¶

2. Subjekt (Akteure und ihre Perspektiven)¶

Inwieweit konnten Sie Ihre sozialen Kompetenzen einsetzen – Agency Skill (durchsetzungsstarkes, selbstsicheres, entschlossenes und energisches Verhalten), Communion Skill (warmherziges, freundliches und mitfühlendes Verhalten) oder Interpersonelle Resilienz (gelassenes, entspanntes und emotional ausgeglichenes Verhalten), wenn die zwischenmenschliche Situation es verlangte?¶

Ärztin:¶

Zu Beginn der Patientenbesprechung war es schwierig, die Beiträge aller Teammitglieder zu koordinieren. Ich fand es auch schwierig, den anderen schnell zu vermitteln, was die

Laborwerte bedeuteten. Ich habe mir die Informationen der anderen jedoch genau angehört und mir gemeinsam mit ihnen die Zeit genommen, die Bedeutung dieser Informationen einzuschätzen und zu priorisieren.¶

Pflege:¶

Die Frau des Patienten war zunächst etwas enttäuscht, dass ich das Gespräch führte, da sie lieber mit dem Arzt gesprochen hätte. Ein Arzt hat nun einmal mehr Gewicht und wird ernster genommen. Da ich jedoch ruhig blieb und offen für ihre Sorgen um ihren Mann war, legte sich ihre Enttäuschung schnell und sie war froh über mein offenes Ohr und mein Versprechen, das Thema in der Teambesprechung anzusprechen.¶

Exsiotherapeutin:¶

Da der Arzt und das Pflegepersonal ständig zusammenarbeiten, merkt man, dass sie besser aufeinander eingespielt sind. Gemeinsam sind sie besser über den Patienten informiert und halten bestimmte Dinge daher für selbstverständlich, während dies für weniger involvierte Gesundheitsfachkräfte nicht der Fall ist. Man muss immer aktiv nach solchen Informationen fragen, und dann fühle ich mich manchmal etwas unbehaglich.¶

3. Community (soziale Umgebung und Kontextbedingungen)¶

Welche Erwartungen, Rahmenbedingungen und Werte haben die Zusammenarbeit im Team geprägt (z. B. Organisation, Berufsgruppen, Patient*innen, Zugehörige)?¶

Ärztin:¶

Die Empfehlung für die Entlassung und die Therapie dieses Patienten muss dem Oberarzt, meinem Ausbilder, vorgelegt werden, daher möchte ich, dass alles korrekt ist und alle seine/ihre Fragen gut beantwortet werden. Ich weiß, wie er/sie reagiert, wenn etwas fehlt oder unklar ist.¶

Pflege:¶

In der Teambesprechung widmete der Arzt den Laborwerten und der Funktion der Leber in Bezug auf die Medikation große Aufmerksamkeit. Auch beim Alkoholkonsum wurde vor allem auf die Wechselwirkung mit den Medikamenten eingegangen. Für eine gute Situation zu Hause halte ich die zwischenmenschlichen Faktoren ebenfalls für sehr wichtig, aber die Sorge der Frau über den Einfluss von Alkohol auf das Verhalten ihres Mannes und die Spannungen, die dies zu Hause verursachen könnte, konnte ich nur schwer einbringen. Ich hatte auch das Gefühl, dass dies nicht als so wichtig angesehen wurde.¶

Exsiotherapeutin:¶

Wir sind eine zentrale Abteilung für das gesamte Krankenhaus und daher sehr abhängig von den Informationen, die wir bei unseren Besuchen auf den Pflegestationen erhalten. In den peripheren Pflegestationen verfügen wir nur über wenige Einrichtungen, während aufgrund von Zeitmangel und der eingeschränkten Belastbarkeit der Patienten ein Transport zu den speziellen physiotherapeutischen Einrichtungen nicht möglich ist.¶

4. Instrumente (Werkzeuge und Ressourcen)¶

Welche fachlichen, kommunikativen oder organisatorischen Tools haben Ihnen geholfen, die Situation zu verstehen und gut mit anderen zusammenzuarbeiten?¶

Ärztin:¶

Es war praktisch, dass Laboregebnisse, Befunde aus der Anamnese und der körperlichen Untersuchung sowie die Medikamentenliste usw. in ORBIS zu finden waren. Auch die Informationen aus der Pflege und Physiotherapie sind dort abrufbar. Es war gut, dass ich die Voicemail-Nachricht sofort abgehört habe, obwohl ich sie zweimal abspielen musste, um sie richtig zu verstehen. Die Informationen, die die Krankenschwester bei der Übergabe von ihren Kollegen über den Alkoholgeruch erhalten hatte, machten mich ebenfalls aufmerksam.¶

Der Zugang zu digitalen Informationsquellen ermöglichte es mir, nachzuschlagen, auf welche Parameter bei einer Ketoazidose zu achten ist.¶

Pflege:¶

Es ist gut, dass Kollegen Dinge, die ihnen bei der Pflege des Patienten auffallen, in ORBIS notieren. So gibt es genügend Hinweise darauf, dass der Patient starke Schmerzen hat (verzerrtes Gesicht beim Anziehen), während der Patient selbst dies bagatellisiert. Auch Notizen in Ihrem eigenen Notizbuch helfen Ihnen dabei, wichtige Punkte der Übergabe (Alkoholgeruch) nicht zu vergessen.¶

Exsiotherapeutin:¶

Wir verwenden den Timed Up & Go-Test für eine schnelle Einschätzung der funktionellen Mobilität und des Gleichgewichts eines Patienten. Er gibt Aufschluss über die allgemeine Mobilität und Selbstständigkeit, ist jedoch nur ein grober und indirekter Indikator für das Sturzrisiko. Um dieses einzuschätzen, sind intensivere und wiederholte Untersuchungen erforderlich. Dafür ist in diesem Zusammenhang keine Zeit. Wenn sich später noch herausstellt, dass Opiode und Alkohol hinzukommen, wird es ganz schwierig, etwas Sinnvolles zu sagen. Auch die Messung der Schmerzintensität liefert nur eine Momentaufnahme. Der Arzt sollte dem keine allzu große Bedeutung beimessen.¶

Wir können die Daten der Physiotherapie zusammen mit denen der Ergotherapie und Logopädie in ORBIS einsehen, was einen guten Überblick verschafft. Es wäre auch gut, wenn wir in ORBIS auch Zugriff auf die medizinischen Informationen hätten.¶

Further Development in Educational Practice

- To improve comprehension, retrieval, judgment, and perceived relevance of the six prompting questions, cognitive interviews were conducted with five students from each intended end user profession (medicine, nursing, and physiotherapy).
- The thought processes of students responding to each of the questions were captured.
- The two interviewers analyzed and categorized the transcribed audio recordings according to Tourangeau's dimensions. Then, they compared the results across respondent subgroups.
- In an iterative process that included a third researcher, the initial version of the questions was refined into a final version.
- The final version of the six questions was sent back to the respondents, who were asked to verify whether the questions had improved upon Tourangeau's dimensions (respondent validation).

Validierung der Frage 1 zum Thema "Ziel"

Bitte stellen Sie sich bei der Validierung der folgenden Fragen vor, dass Sie gerade als Teil eines interprofessionellen Teams (bestehend aus Pflege, Medizin und Physiotherapie) an einer Simulation teilgenommen haben und gemeinsam für einen Patienten eine Behandlungsempfehlung formulieren mussten. Die dargestellten Fragen dienen der Reflexion der Simulation und Vorbereitung für ein folgendes Team-Debriefing.

Die Frage zu diesem Thema lautete
Wie würden Sie Ihr eigenes professionelles Ziel und das Teamziel der interprofessionellen Zusammenarbeit beschreiben?

Die folgenden Aussagen sind auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 zu bewerten.

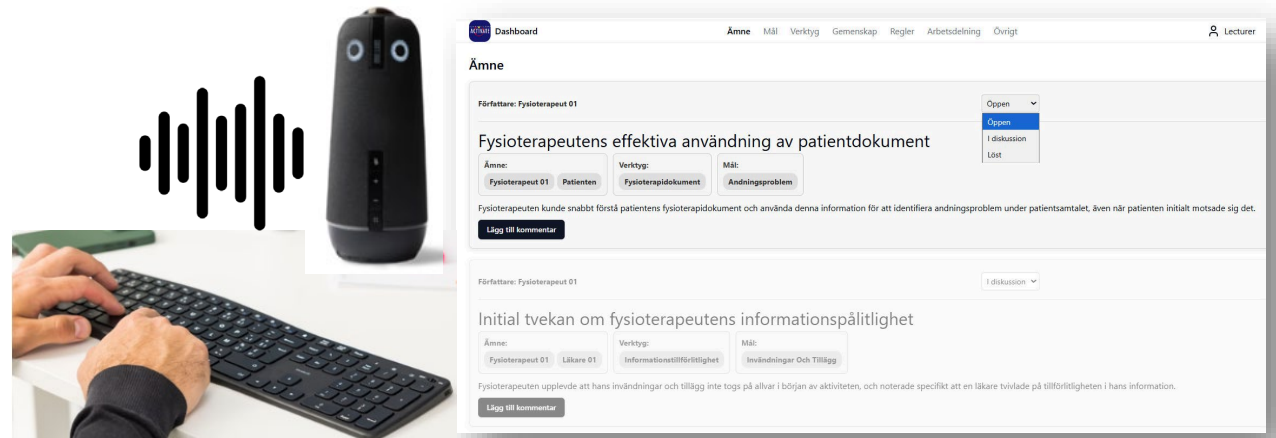
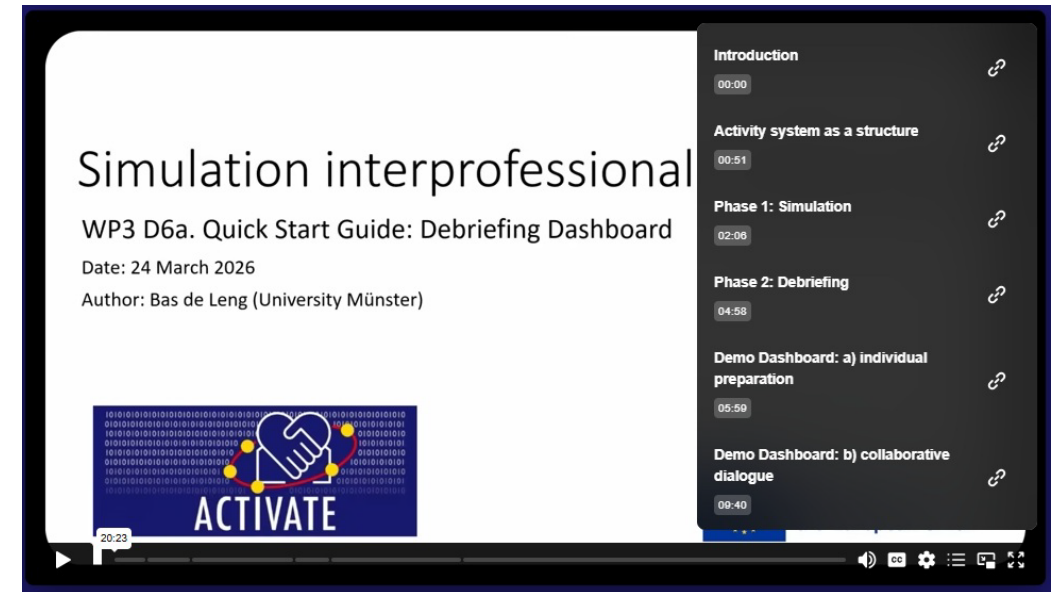
	1 (stimme überhaupt nicht zu)	2	3	4	5 (stimme voll und ganz zu)	Keine Antwort
Die Begriffe und Konzepte in dieser Frage waren mir klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diese Frage ließ sich nur auf eine Weise interpretieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diese Frage bezieht sich auf etwas, das ich selbst erlebt oder beobachtet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Die Formulierung der Frage erleichterte es mir, mich an relevante Erlebnisse zu erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich konnte diese Frage frei beantworten, ohne in eine bestimmte Richtung gelenkt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diese Frage betrifft einen Aspekt, der für meine (zukünftige) berufliche Rolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit von Bedeutung ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Hier können Sie Ihre Bewertung begründen und/oder Verbesserungsvorschläge machen.

Further Development in Educational Practice

March 2026: Debriefing with 6 validated prompting questions in the Debriefing Dashboard

- Three groups of three students each, consisting of one medical student, one nursing student, and one physiotherapy student, worked through a simulated case in parallel, followed by a plenary debriefing.
- The six validated prompting questions were incorporated into the debriefing dashboard, which could be accessed via a QR code on a smartphone.
- The students were briefed in advance via a video tutorial on CHAT, the purpose of the debriefing, and the debriefing dashboard.
- An audio recording of the dialogue was made and automatically transcribed into text. Additional notes could also be added through the web application of the debriefing dashboard.



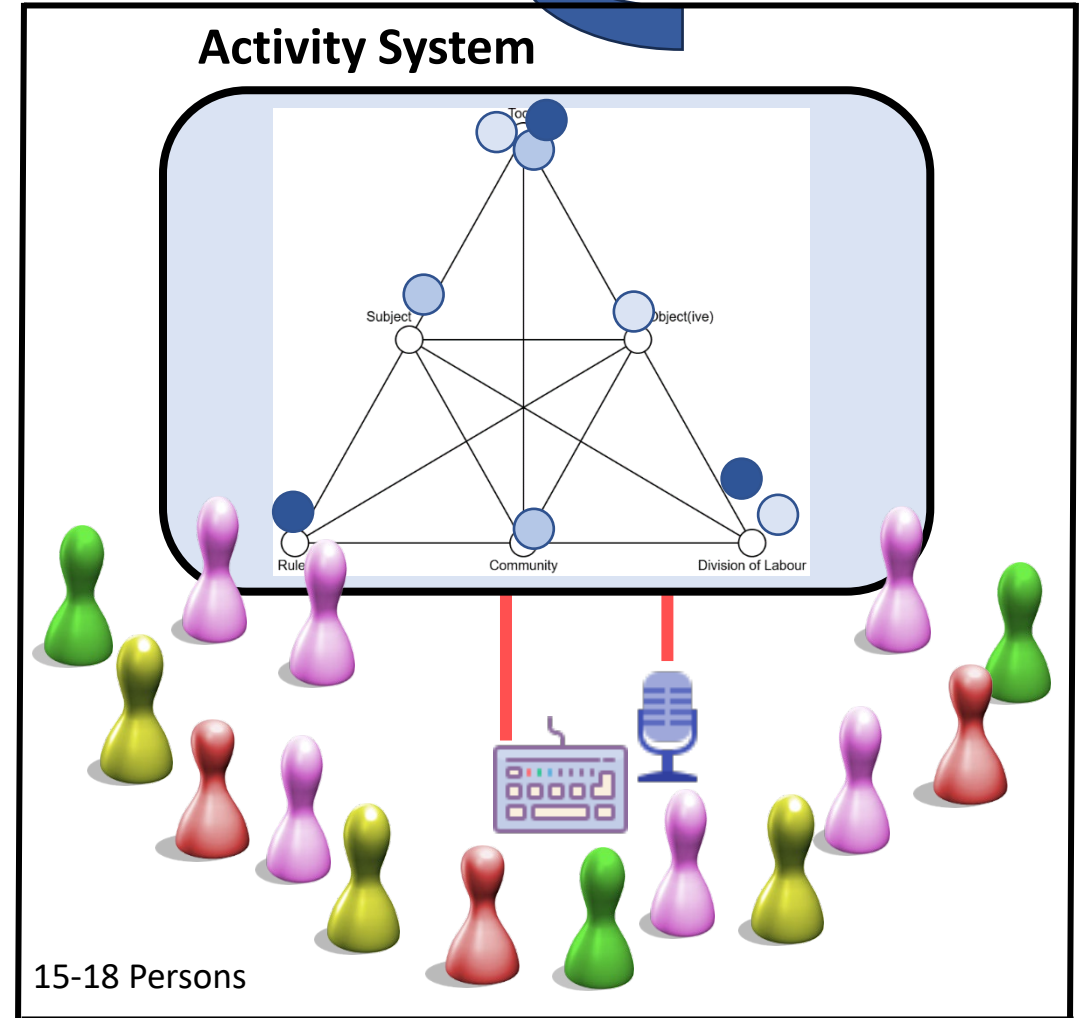
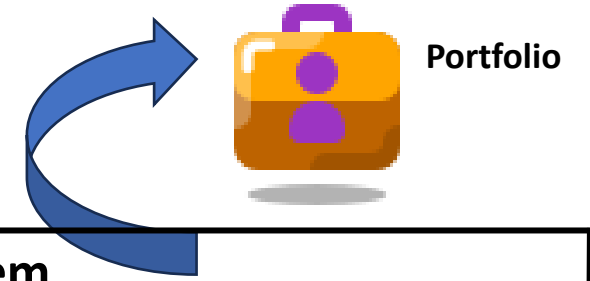
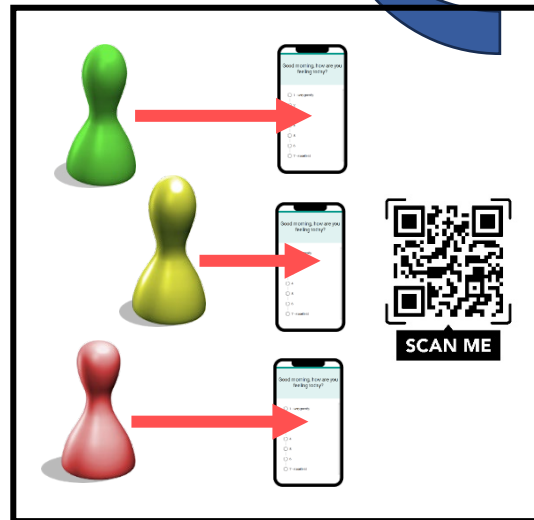
Tumor pain in prostate cancer

Simulation with 360° feedback (90 Min: 13.45 -15.15)



Debriefing (90 Min: 15.30 -17.00)

- 1 Personal reflection: answering 6 online questions (20 Min)
- 2 AI analysis and interpretation (10 Min)
- 3 Collaborative reflection: reflective dialogue (60 Min)



Literature

Engeström, Y., & Pyörälä, E. (2021). Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical Teacher*, 43(1), 7–13.

Eppich, W. J., Hunt, E. A., Duval-Arnould, J. M., Siddall, V. J., & Cheng, A. (2015). Structuring Feedback and Debriefing to Achieve Mastery Learning Goals. *Academic Medicine*, 90(11), 1501-1508.

Leng, B. , Bernhardt, F. , Lenz, P. , Pawelka, F. and Schopf, J. (2025) Making the Key Elements of Palliative Care Practice Visible to Inform for the Development of Interprofessional Scenario-Based Simulations in Undergraduate Health Professions Education. *Creative Education*, 16 (6), 812-831

Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rasinski, K. (2000). *The psychology of survey response*. Cambridge University Press.



Website: <https://medicampus.uni-muenster.de/ccel/projects/activate/>