

“You’re a trainee telling your consultant to hold their question until later”: Using a resident-led faculty development workshop to explore trainee-consultant expertise role-reversal

Abstract

Background: Medical education traditionally involves directional flow of knowledge/skills/attitudes from a senior to junior individual. However, medical training also provides opportunities for expertise role-reversal, where the direction of flow is reversed. Unlike fields such as aviation, medicine has not yet begun to fully realise the educational potential of this approach.

Objective: To better understand how role-reversal is viewed by medical education participants, necessary for its use as a tool to advance both education and patient care.

Methods: A senior resident designed and led a feedback-writing workshop for her own consultants (conducted 2022). After the session, eight consultants were interviewed in a semi-structured format. Analysis was conducted using the Stenfors-Hayes phenomenographical approach.

Results: A multiplicity of experiential perspectives was identified by both consultants (teacher/participant/supporter/hierarchy member/colleague/holder of multiple perspectives) and trainee (presenter/subordinate/learner/researcher). The exercise increased appreciation and awareness of the complexity of the trainee-consultant educational-power relationship, though both parties maintained traditional hierarchy despite altered informational flow. Participants often held multiple articulated experiential perspectives simultaneously.

Conclusions: Consultants were able to assume a learning mindset while simultaneously maintaining awareness of their existing hierarchical relationship to the trainee-presenter; the trainee, conversely, struggled to adopt the teacher mindset. Deliberately viewing moments where trainees present new information to consultants as expertise role-reversal may provide a starting point for more equitable knowledge exchange between both parties in the clinical routine, and a foil for epistemic injustice. Increasing recognition and use of expertise role reversal can play a critical role in improving educational culture.

Keywords: medical education, continuing professional development, role reversal, phenomenography

Beatrice B. Preti^{1,2}

Claire P. Browne³

Michael S. Sanatani¹

Christopher J. Watling¹

1 Western University,
Department of Oncology,
London (ON), Canada

2 Emory University, Department
of Haematology & Medical
Oncology, Atlanta (GA), USA

3 Western University, Schulich
School of Medicine &
Dentistry, London (ON),
Canada

1. Introduction

Written feedback in medical education ideally provides essential instructions for growth, as well as formalising a record of learning. However, the feedback often varies in quality [1], which subsequently influences its utility in enhancing a learner’s performance/skillset. There have been numerous interventions documented in the literature aimed at improving the quality of written feedback; however, these have been lukewarm in their successes, with a number of limitations, ranging from feasibility and buy-in to tangible improvement [2], [3].

Despite longstanding calls for feedback to be dialogic and conversational [4], [5], it typically continues to involve a directional flow of knowledge, skills, or attitudes from a senior to a junior individual. However, scenarios in medicine where the traditional directional flow is modified have been established. Such situations include co-learning, where trainees and consultants learn together to address a mutual knowledge gap [6], or reverse mentoring, where a more junior mentee provides new, fresh insights and guidance to an older mentor [7]. Both of these models highlight alternatives to the traditional directional flow of medical education, providing options for informational flow and, consequently, knowledge ac-

quisition for all members of the team, which could benefit team members' own learning as well as task accomplishment. Conversely, instances of so-termed "epistemic injustice", have also been well-documented in the literature [8]. Epistemic injustice is a negative psychological reaction to unrecognised expertise role-reversal and may be triggered by a devaluation or failure to acknowledge a more junior individual's contributions or knowledge. Epistemic injustice and its sequelae, including moral distress and weakening of the trainee-consultant relationship, are acknowledged in various healthcare professionals, but have serious implications when considered in the trainee (future healthcare professional) populations, including decreased retention in the field, increased burnout, and decreased job satisfaction [8], [9], [10], [11].

Instances of complete reversal of insights, guidance, and/or knowledge (from junior to senior) are more commonly embraced in fields outside medicine. In aviation, junior individuals freely provide suggestions and advice to more senior individuals [12]. This practice forms an essential part of "crew resource management", a form of emergency management that consciously rejects hierarchical norms and utilizes all available expertise [13]. While this may be seen as a focus on psychological safety (the learner feels safe speaking up) [14], as well as expertise role-reversal, the contribution of the junior individual has to be deliberately recognised for successful knowledge transfer. This allows for innovation and teamwork aimed towards optimal outcomes in unusual or high-risk/high-stress situations. As another profession where decisions may have severe consequences and, therefore, clear-eyed decision-making is necessary, medical education can learn much from aviation in how to facilitate knowledge sharing [12]. Indeed, enhancing teamwork through deliberate training of learners' speaking up skills, and supervisors' own feedback receptivity, is an ongoing educational strategy [15], [16]. The improvement of written feedback provides a natural opportunity to consider utilising an expertise role-reversal approach in medicine. As direct recipients and beneficiaries of faculty feedback, trainees are in an ideal position to coach faculty members on ways to improve written feedback. One method previously trialled in higher education to address the issues surrounding subpar feedback is a reversed-role faculty development session, during which learners provide instruction to faculty [17]. This is a strategy we seek to explore further within medical education, where individuals in traditional "student" roles lead faculty development sessions instructing their teachers on how to provide optimal feedback.

It is essential to acknowledge that hierarchies inherent to medicine (and the hidden curriculum) might cause some trainees to balk at the prospect of teaching their superiors, or cause some faculty to distrust an educational presentation by their subordinates. Exploring these feelings is essential to understand the feasibility of expertise role-reversal scenarios and identify potential barriers to broader implementation.

Consequently, we conducted a resident-led feedback writing workshop grounded in expertise-role reversal, with the goal to understand how the session was experienced by participants.

2. Methods

Given our goal of exploring the social experience of a role-reversed educational activity, a qualitative research approach was chosen. Within a constructivist epistemology, phenomenography was chosen as the specific methodology. Phenomenography refers to a research approach in which small snippets of described experience are used to build a holistic picture of a situation [18], including individual variations in the experienced situation, from the perspective of those experiencing the situation [19]. This was an appealing methodology as we were focused on understanding the possible broad landscape of faculty members' responses and lived experiences of the phenomenon of a trainee-led workshop. The research paradigm involved a relativist ontology (reality is based on individual experiences), constructivist epistemology (knowledge of reality is constructed by individuals), and constructivist paradigm (individuals construct reality through their perceptions of the world around them).

The faculty development session itself consisted of a single-session, in-person workshop aimed at medical oncologists in a tertiary-care academic centre in Ontario. The session was designed and led in 2022 by a then-fifth-year medical oncology trainee (BP) at the same centre as faculty members MS and CJW, and based on Gagne's model of instructional design [20]. The workshop lasted two hours; the first half was didactic with interactive built-in questions, and the second half involved simulated feedback scenarios with a standardised student. Oncologists were recruited in advance of the session for participation in the study; workshop participation without study participation was also permitted. Shortly after the session, consenting faculty members (n=8) participated in a short, semi-structured, face-to-face interview (see figure 1). Interviews were conducted by a dedicated then-non-oncologist, non-workshop-participant physician (CB) who received training in qualitative interviewing, and then recorded and transcribed using transcription software, with a manual check (see table 1). One participating faculty member (MS) was a member of the study team. An interview was also conducted by CB with the trainee presenter using the same approach.

Analysis was conducted in accordance with the framework laid out by Stenfors-Hayes [21]. Following transcription, inductive coding was performed; codes were then grouped into categories to explain the experience of expertise role-reversal in the context of a trainee-led workshop. A member check was performed after initial coding by sending a copy to participants to ensure their perspectives had been accurately captured. An audit trail was also kept by the first author to assist with study confirmability

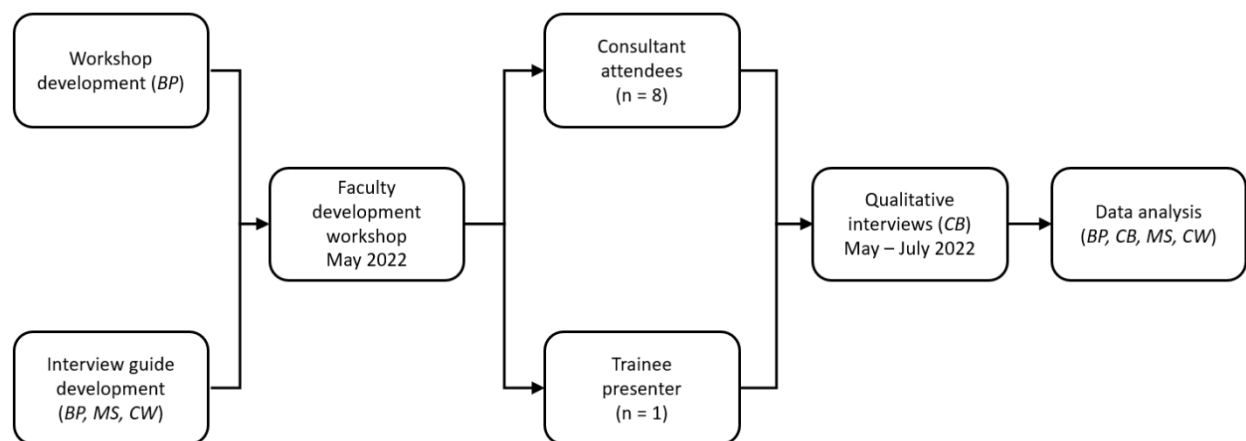


Figure 1: Timeline

Table 1: Faculty semi-structured interview prompt questions

1. Can you describe your reaction to hearing about a trainee-led workshop? What were your Expectations/apprehensions going into the session?
2. Can you describe what you experienced during the workshop?
3. How did this workshop compare to previously faculty-led feedback workshops you have attended? If none attended, how did this workshop compare to previously faculty-led workshops you have attended?
4. How did you find the experience of being taught by a resident you knew? How do you think your opinion of the resident leading the session influences your opinion of the workshop? How might your feelings differ if you were being taught by a resident you did not know?
5. How would you describe the effect this workshop might have on changing your feedback-writing habits, especially in comparison to prior non-trainee-led feedback workshops you might have attended?
6. What would be your feelings towards attending another trainee-led faculty development session in the future?
7. How do you think being taught by a trainee affects your sense of professional identity?

and dependability [22]. Analyses were reviewed and agreed upon by all team members.

This study received ethics approval from the western research ethics board.

3. Results

3.1. Consultant roles

Seven experiential perspectives were identified by consultant participants during the workshop. These highlighted the ability of consultants to place themselves in the role of a learner when they felt this mindset might be of benefit, yet simultaneously maintain other roles, some of which were more natural or typical for the consultant. The seven experiential perspectives identified by participants were:

3.1.1. Perspective #1: Consultant as a teacher/mentor/coach of trainees in general

The session was seen as a good opportunity for any trainee, both to practice presenting and to demonstrate knowledge in the content area. Consultant attendees were also interested in the session topic and appreciated learning about ways to improve their teaching skills. They saw room for improvement in their own feedback prac-

tices (most were highly motivated to attend session based on content alone).

We’re always talking...about teaching. But I never know what, in fact, the trainee or the medical student or the rest of the fellow[s] really wants to get from us. So I think having specifically [Trainee] talking about those things in that workshop was quite helpful. (Participant 2)

We need to give feedback so often and generally ..., with very little time on our hands to do it properly. That is always quite challenging. And so... I was really kind of appreciative that actually [trainee] had taken on a very challenging part of assessment, which is providing feedback. So I was looking forward to it. (Participant 4)

3.1.2. Perspective #2: Consultant as a participant in a faculty development session

Generally positive feedback towards session content and delivery was conveyed, with particular emphasis on the trainee’s presentation style and skill. Some feedback was constructive, such as lack of humour during the presentation, or a sense of distraction from exaggerated demonstrations. The workshop itself was positively received and seen as effective, and specific learning points were remembered and discussed. The trainee presenter, as a senior trainee and a trainee in the consultants’ own

division, was seen as particularly credible, which also contributed to session buy-in. Pre-existing knowledge of and relationship with the trainee, and knowledge of trainee's interests and training in education, also influenced the experience by adding further interest in/buy-in to the session. More broadly speaking, participants voiced enthusiasm at attending another trainee-led session in the future, but some were conflicted on whether trainees could teach scientific or medical content (whether alone or with consultant guidance), as consultants are the content experts in these fields. Consultants also commented on the trainee's credibility, citing prior knowledge of the trainee which increased credibility, as well as conveying scepticism about a session led by a trainee with less credibility.

I think like having a trainee like [trainee] do that, knowing her, knowing how she interacts with us, knowing her skills. If there was a different trainee that I didn't know, I would probably be a bit more skeptical to go. (Participant 2)

It probably made it different than if, say, a regular PGY-5 who maybe has not shown an interest in education or something, said, I want to talk to you guys about feedback. That would be that would be a different thing for me. I mean, it would be interesting, but I don't know if I would have the same confidence that they would be able to bring something to me that I could learn from. (Participant 3)

3.1.3. Perspective #3: Consultant as an empathetic supporter of the trainee

Participants reported concern for the specific trainee and for generic trainees in positions of teaching their own consultants. Consultant support for a trainee leading a session was felt to be mandatory, although no consultants were involved in session preparation or execution. Simultaneously, it was noted by participants that the trainee was receiving tacit support from a mentor in the audience during the presentation. Concern for the specific trainee was noted by quite a few participants, citing presumption or knowledge of the trainee's anxiety or intimidation leading the session. Simultaneously, however, consultants were pleased for the trainee to have opportunity to present, and to have done so well.

That was the one thing I was...a little worried, you know, for a trainee...providing that kind of a session can be a little intimidating because, you know, it's among the staff that they may have worked with already. (Participant 4)

I think just knowing her personally shaped my expectations of what I was going to get and my enthusiasm to attend it and engage with it, because obviously she's one of our residents. I kind of also have this feeling that you want to support her and what she's passionate about in education. (Participant 7)

3.1.4. Perspective #4: Consultant as a researcher

Participants noted reflecting on the session, both during the session and afterwards, in anticipation of interview. They also noted that comfort/effectiveness of trainee-led workshop would depend on the specific trainee, consultants, and setting; not every trainee can present every topic to every group (again relating to trainee credibility). Comparisons normalising the experience were made to patient-reported data, and that a trainee presenting trainee experience or a medical education topic is similar to a patient presenting patient experience. This, again, serves as a foil to a trainee presenting in an area where a consultant is seen as an expert.

You look at clinical trials, patient reported outcomes, which by the way, I think they're done [poorly]. They're still being done from the point of view of investigators and truly like not what matters to patients. And, you know, so all of this issue of outcomes...when you're actually able to have time with the end users, like the people that are the ones experiencing what's going on, that's the most valuable information that you can have. Right? So especially when it's around something like this where it's feedback. (Participant 6)

3.1.5. Perspective #5: Consultant as a member of an existing hierarchical structure/assessor of trainee

Several consultants described seeing the senior trainee as closer to a colleague than a trainee, which impacted their experience of the session as "trainee-led". Indeed, the opinion of workshop seems largely shaped by the opinion of the trainee, and the perceived credibility of the trainee seemed to play largely into the workshop experience.

So my expectations were pretty high um, and I knew how much she cared about this. So I knew she was probably going to have put a lot of thought and effort into it. So I actually had very high expectations of her. (Participant 6)

Participants did note that some consultants might take umbrage to being taught by a trainee, and some expressed skepticism at being taught by more junior or less credible learners. Indeed, credibility of the trainee presenter was discussed by many participants, with factors such as formal training in education, interest in the field, and personal knowledge of the trainee's skills lending credibility. It was recognised that the direction of informational flow was reversed during the workshop, but consultants felt that the hierarchy was still maintained. The session was viewed as a performance by a trainee towards consultants, similar to a case presentation in a clinical session. Awareness of a traditional culture of power or hierarchy between consultants and learners was also mentioned. Some consultants proposed breaking down the hierarchy for freer exchange of ideas/inform-

ation between consultants and trainees. In general, however, consultants highlighted an increased appreciation of the complexity of the trainee-consultant educational and power relationship after the workshop.

Until our culture changes, until like the power shift, the hierarchy...the fact that, you know, faculty are the ones that are filling out the evaluations... [faculty are] the ones that are part of the process of determining whether people progress through...that is really still heavily prevalent in this culture, right. So until that changes I think [awareness of hierarchy] won't change. (Participant 6)

3.1.6. Perspective #6: Consultant as a colleague of other audience members

Pre-existing collegial relationships influenced interpretation of room's atmosphere and general awareness of the room. For example, interruptions from colleagues were appreciated by consultants who were hoping for humour or distraction during drier parts of the workshop.

I know some of my colleagues, how they like to interact. I know that this kind of didactic thing would not be probably received [well]...So that's why I got a little bit uncomfortable there. About how long is that going to last before someone speaks up? (Participant 8)

It was also noted that a multitude of perspectives might work best to engage the faculty in the room:

I don't think you should be [doing] only trainee workshop. It should have a faculty as well. The same applies for workshops only with faculty; may not work as well. You have to have a combination of all the levels of trainees and faculty ... because that combination of experience with appetite to learn is important. (Participant 2)

3.1.7. Perspective #7: Consultant as a holder of multiple articulated perspectives

Consultants reported feeling conflicted during the workshop and becoming aware of possessing multiple, simultaneously-articulated perspectives, such as empathising with the trainee presenter while being interested in session content, or being anxious/guilty on behalf of the trainee and proud of the trainee. Consultants described putting themselves in the trainee's shoes, switching in-and-out of a teacher or participant role and more into an empathetic supporter role. A dichotomy was explicitly described between the consultant as a learner and as an assessor of the trainee during the session. Consultants described switching between roles deliberately to handle moments of vulnerability, as well as occasionally feeling unsettled when trying to reconcile conflicting, equally-significant roles.

Well, I was...very aware of my own ideas. So obviously immediately the reaction came to me primarily, as I'll say, as a presenter side, oh no someone's speaking up. But then I sort of recognized that and said, no, I'm going to just stay neutral and see how this plays

out and suppress my own desire for this colleague of mine to you know, well, to shut up to put it in slang terms. And it turned out actually to be quite, quite good, because the other side of me, the audience member, uh, sort of wanted that, that bit of a break from the one directionality of it and welcomed the dialogue and the relaxation of the atmosphere a bit. (Participant 7).

3.2. Trainee roles

Four experiential perspectives were identified by the trainee leading the workshop. These were:

3.2.1. Perspective #1: Trainee as a presenter/teacher

The trainee engaged in extensive, intense preparation for the session, representing in retrospect a response to her discomfort with teaching her own consultants. Session design and preparation were constructed, in part, to maintain control of the room; a didactic teaching style and highly-structured mode of audience interaction were anticipated to help project authority and facilitate the reversed information flow. Maintaining control of the room's dynamic and presentation structure was used to mitigate fear, anxiety, and insecurity around teaching the trainee's own consultants. Reflection revealed that both the trainee's preparation intensity and her own negativity towards interactivity/spontaneity was driven by anxiety and discomfort.

I think the didactic portion was probably the most intense (ly prepared) just because I knew that would be me, and I want to get across what I wanted to say in the time frame I had to say it. In terms of the more interactive second part with the... the workshop itself, I certainly prepared a lot less...so the prep work there was actually a bit less just because it was something I was more comfortable with. (Trainee)

3.2.2. Perspective #2: Trainee as a subordinate in a medical hierarchy

The trainee voiced repeated anxieties and insecurities related to teaching her own consultants; respected consultants were described as ultimate authority figures, and she voiced concerns about meeting expectations, despite the novel nature (and consequent lack of expectations) of the teaching structure. She also cited concerns about perception of credibility, and deliberately selected a workshop topic and angle to maximise credibility, as well as designing the talk to reflect the opinions of many trainees (not just hers, which was emphasised multiple times). The trainee reflected on expecting negative response to the workshop, and was surprised by positive responses and feedback to the workshop, which was seen as validating and supportive by those with more experience/in higher positions.

So the fact it was faculty development and there were faculty members that I knew. And who I would have an ongoing relationship with and who I felt, some of whom may be judging me quite harshly, um certainly made me feel that I had to... pull my socks up with this one. Versus this teaching session I led today, it was with a group of new residents. I feel like the judgment there is going to be quite a bit less, and it's also something I feel more comfortable in versus teaching a group of my consultants. (Trainee)

3.2.3. Perspective #3: Trainee as a learner in a teaching programme

The trainee was in a performance mindset during the preparation for and execution of the workshop, and, again, voiced repeated concerns about fulfilling consultant expectations. It was also clear that the trainee had pre-existing relationships with and perspectives of different audience members, which also influenced both anxieties and development/presentation of the workshop.

I guess really what was bothering me more than anything else was just the thought of messing up or screwing up and looking like a big fool in front of everybody...uh, which as a PGY 5 who is you know looking at fellowships and jobs and where reputation is very important and kind of one of the few currencies that you have because, you know you don't come with big grant money, you don't have all these publications to your name you're kind of a nobody, and the only thing that you have is potential and a reputation. And to put yourself in this situation... is to make yourself quite vulnerable. (Trainee)

3.2.4. Perspective #4: Trainee as a researcher

The trainee also had awareness of multiple experiences in the moment. For example, the trainee reflected on duality as a researcher answering a question versus an individual delivering a judged performance to her own consultants.

And um... I kind of have to teach a good session, otherwise the issue is definitely with me and not with this format of teaching, so trying to really bring my A game, um, and to avoid letting people down. (Trainee)

3.3. Participant learning

Although not the primary focus of this study, it should be noted that faculty recalled several salient points they had learned, suggesting the session was effective. During the interviews, consultants were able to recall key learning points which had influenced their feedback writing practice, including several feedback structures discussed, deliberate word choice, and focusing on the trainee's mindset and feedback receptivity in the moment. They appreciated the trainee perspective around written feedback, because some more senior faculty had not

personally experienced receiving the type of constructive feedback they were now expected to provide.

"This is a different world for all of us because most of us have not been the resident who's getting feedback on an observed encounter. And so what someone wants to hear or not hear in that kind of feedback — We can't put ourselves in that person's shoes because we haven't lived that experience. So therefore, a faculty member talking about it is not the same as someone who actually has kind of grown up in this different type of CBD [Competence by Design] type learning". (Participant 3)

4. Discussion

In summary, this study explored the experience of participants in a workshop using expertise role-reversal to teach feedback writing. Key takeaways include the positive overall reception and perceived efficacy of the workshop by consultant participants, who were highly receptive to being taught by a trainee.

Given the established hierarchies, expectations, and cultural norms inherent to medicine [23], there was a priori concern that these conventions might prevent learning in an expertise role-reversal setting by acting as immutable and unarticulated aspects of the hidden curriculum. However, the success of this study and the participants' reflections emphasise that expertise role-reversal is recognisable (and embraceable) by consultants. Faculty could have had concerns about being taught specifically around a core teaching skill (namely, giving feedback) by a more junior person, as this might have threatened their professional identity as an educator; however, this was embraced and even compared to patients reporting on medical topics at conferences and seminars. Indeed, there were several references and metaphors comparing learner-led faculty development with patient involvement in care and physician education. The comparison of trainees to patients can potentially be seen as playing into existing hierarchies, where consultants can obtain information and feedback on their practices, but still remain largely in their hierarchal positions. However, analogous to increased patient autonomy and input in shared decision-making, a bidirectional, dialogue-based interaction between consultant and trainee may move education forward towards a new paradigm. In shared decision-making, physicians contribute experience around treatments and patients bring their perspectives around what matters to them [24]. Our study suggests that in the educational context, a similar sharing of educational roles may be possible. Senior physicians contribute experience around skills development, and junior physicians or trainees contribute fresh perspectives which can inform how the skills development is enacted. However, achieving this sort of dialogue requires courage and openness. Along these lines, although the trainee did report substantial anxieties and imagined negative repercussions around the workshop, she was still able to work

through the discomfort of performing outside a conventional trainee-consultant relationship to deliver a well-received workshop. In other words, the trainee did perceive risk to the expertise-role reversal, but was still able to participate. However, weight of the medical hierarchy and medical culture was a strong theme in the trainee's reflections, as well as consultant interviews.

As a single-department, single centre study, our results are strongly influenced by the existing culture in the department, which does serve as a limitation of the study. The openness of consultants towards learning from their trainees will likely be influenced strongly by existing traditions, which will vary from one department to the next, even within the same institution. Similarly, trainees will vary widely in their experienced psychological safety when interacting with the same group of consultants, depending on their own developing professional and personal identities, as well as personality, prior experiences, and dynamics in the moment. Nonetheless, elements of the experiences of both trainees and consultants in our study would possibly be found to varying degrees if the study were to be repeated with other individuals. Further research confirming the essential experience domains we identified is encouraged.

Based on the positive reception of and feedback for the trainee-led faculty development session, we hope that this mode of teaching might be used and explored further, especially in the context of medical education faculty development. As end-users of medical education, trainees are in an ideal place to provide education to faculty members regarding educational practices.

5. Conclusion

In summary, we have presented a feedback-writing workshop designed and led by a trainee; this was well received by consultants, who were able to assume a learning mindset while simultaneously being aware of their existing hierarchical relationship to the presenting trainee. It was more difficult for the trainee to overcome concerns related to pre-existing fears and anxieties and to view herself primarily as a teacher, suggesting that such concerns must be deliberately addressed as well, in order for a bidirectional information flow to occur in clinical settings. However, deliberately viewing moments where a trainee is presenting information that is not known (and can't be known) by the consultant at that point in time may serve as a starting point for more equitable exchange of knowledge between trainees and consultants in the clinical routine

Authors' ORCIDs

- Beatrice Preti: [0000-0002-3664-417X]
- Michael Sanatani: [0000-0002-2423-7171]
- Christopher Watling: [0000-0002-1440-2401]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Dehmoabad Sharifabadi A, Clarkin C, Doja A. Perceptions of competency-based medical education from medical student discussion forums. *Med Educ*. 2019;53(7):666-676. DOI: 10.1111/medu.13803
2. Sanatani M, Potvin K, Conter H, Trudgeon K, Warner A. Quality of written feedback given to medical students after introduction of real-time audio monitoring of clinical encounters. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):236. DOI: 10.1186/s12909-020-02158-6
3. Zelenski AB, Tischendorf JS, Kessler M, Saunders S, MacDonald MM, Vogelmann B, Zakowski L. Beyond "Read More": An Intervention to Improve Faculty Written Feedback to Learners. *J Grad Med Educ*. 2019;11(4):468-471. DOI: 10.4300/JGME-D-19-00058.1
4. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CP, Lingard L. Learning culture and feedback: An international study of medical athletes and musicians. *Med Educ*. 2014;48(7):713-723. DOI: 10.1111/medu.12407
5. Miles A, Ginsburg S, Sibbald M, Tavares W, Watling C, Stroud L. Feedback from health professionals in postgraduate medical education: Influence of interprofessional relationship, identity and power. *Med Educ*. 2021;55(4):518-529. DOI: 10.1111/medu.14426
6. Haddock L, Rivera J, O'Brien BC. Learning Together: Co-Learning Among Faculty and Trainees in the Clinical Workplace. *Acad Med*. 2023;98(2):228-236. DOI: 10.1097/ACM.00000000000004836
7. Clarke AJ, Burgess A, van Diggele C, Mellis C. The role of reverse mentoring in medical education: Current insights. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:693-701. DOI: 10.2147/AMEPS179303
8. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014;17(4):529-540. DOI: 10.1007/s11019-014-9560-2
9. Dunne G. Epistemic injustice in education. *Educ Phil Theor*. 2023;55(3):285-289. DOI: 10.1080/00131857.2022.2139238
10. Consejo C, Viesca CA. Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario [Epistemic injustice during the medical education process in the hospital context]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(3):400-408.
11. Reed PG, Rishel CJ. Epistemic Injustice and Nurse Moral Distress: Perspective for Policy Development. *Nurs Sci Q*. 2015;28(3):241-244. DOI: 10.1177/0894318415585634
12. Singh N. On a wing and a prayer: Surgeons learning from the aviation industry. *J R Soc Med*. 2009;102(9):360-364. DOI: 10.1258/jrsm.2009.090139
13. Sexton B, Thomas E, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *BMJ*. 2000;320(7237):745-749. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.745
14. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350-383. DOI: 10.2307/2666999
15. Kim S, Appelbaum NP, Baker N, Bajwa NM, Chu F, Pal JD, Cochran NE, Bochatay N. Patient Safety Over Power Hierarchy: A Scoping Review of Healthcare Professionals' Speaking-up Skills Training. *J Healthc Qual*. 2020;42(5):249-263. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000257

16. Weller JM, Long JA. Creating a climate for speaking up. *Br J Anaesth.* 2019;122(6):710-713. DOI: 10.1016/j.bja.2019.03.003
17. Wright DB, Mullen A, Gardner A. Does Student-Led Faculty Development Have A Place in Health Professions Education? *MedEdPublish.* 2019;8:34. DOI: 10.15694/mep.2019.000034.1
18. Forster M. "Ethnographic" thematic phenomenography: A methodological adaptation for the study of information literacy in an ontologically complex workplace. *J Doc.* 2019;75(2):349-365. DOI: 10.1108/JD-05-2018-0079
19. Stolz SA. Phenomenology and phenomenography in educational research: A critique. *Educ Phil Theor.* 2020;52(10):1077-1096. DOI: 10.1080/00131857.2020.1724088
20. Lo WL, Hsieh MC. Teaching communication skills: Using Gagne's model as an illustration. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 2019;32(1):19-25. DOI: 10.4103/tcmj.tcmj_59_19
21. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren MA. A phenomenographic approach to research in medical education. *Med Educ.* 2013;47(3):261-270. DOI: 10.1111/medu.12101
22. Amin MEK, Nørgaard LS, Cavaco AM, Witry MJ, Hillman L, Cernasev A, Desselle SP. Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Res Soc Adm Pharm.* 2020;16(10):1472-1482. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.02.005
23. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azizzadeh B, Lee YH. Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 2020;163(5):906-914. DOI: 10.1177/0194599820926105
24. Epstein RM, Street RL. Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med.* 2011;9(5):454-461. DOI: 10.1370/afm.1301

Corresponding author:

Beatrice B. Preti

Emory University, Department of Haematology & Medical Oncology, 1365 B Clifton Rd. NE, Bldg. B, Suite 4000, Office # 4209, Atlanta, GA 30322, USA
bpreti@qmed.ca

Please cite as

Preti BB, Browne CP, Sanatani MS, Watling CJ. "You're a trainee telling your consultant to hold their question until later": Using a resident-led faculty development workshop to explore trainee-consultant expertise role-reversal. *GMS J Med Educ.* 2025;42(5):Doc65. DOI: 10.3205/zma001789, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017893

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001789>

Received: 2024-05-18

Revised: 2025-05-08

Accepted: 2025-07-28

Published: 2025-11-17

Copyright

©2025 Preti 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/>.

„Als Assistenzärztin musste ich dann dem Facharzt sagen, er solle vielleicht seine Frage später stellen“: Untersuchung einer didaktischen Rollenumkehr anhand einer durch eine Ärztin in der Weiterbildung durchgeführten Facharztfortbildung

Zusammenfassung

Hintergrund: Während der ärztlichen Ausbildung werden traditionellerweise Wissen und Fähigkeiten von erfahrenen Ärzt:innen und Fachkräften auf die auszubildenden Ärzt:innen übertragen. Die Ausbildung bietet jedoch auch Gelegenheiten zur didaktischen Rollenumkehr, wo ältere oder erfahrenere Ärzt:innen von jüngeren lernen. Im Gegensatz z.B. zur Luftfahrt, ist dieser Ansatz in der Medizin in seinem didaktischen Potential noch nicht gründlich erforscht.

Zielsetzung: Die Zielsetzung dieser Studie ist es, zu untersuchen, wie Teilnehmende an einer ärztlichen Fortbildung eine didaktische Rollenumkehr erleben. Dies könnte sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis zu Verbesserungen der Zusammenarbeit und des Wissensaustauschs führen.

Projektbeschreibung: Eine Ärzt:in im 2. Jahr ihrer Facharztausbildung (Onkologie, „resident“ im kanadischen Ausbildungssystem) führte eine an ihre Ausbilder („consultants“) gerichtete Fortbildung durch. Das Thema der Fortbildung war das Verfassen von schriftlichem Feedback. Acht an der Fortbildung teilnehmende Fachärzt:innen und die vortragende Ärzt:in nahmen danach an halbstrukturierten Interviews teil; die Daten wurden phenomengrafisch nach Stenfor-Hayes ausgewertet.

Ergebnisse: Es konnten mehrere Perspektiven identifiziert werden, auf deren Basis die anwesenden Fachärzt:innen und die auszubildende Ärzt:in die Fortbildung bewerteten. Dazu gehörten: Lehrkraft, Workshop-Teilnehmer:in, Unterstützer:in, Kolleg:in, Vorgesetzte:r innerhalb der medizinischen Hierarchie (Fachärzt:innen), bzw Vortragende, Untergebene, Forscher:in (vortragende Assistenzärzt:in). Teilnehmende beschrieben auch mehrere gleichzeitig eingenommene Perspektiven. Die Fortbildung führte allseits zu einer klaren Anerkennung und tieferem Verständnis des Arbeitsverhältnisses und der Ausbildungsverantwortung zwischen Lehrkräften und Auszubildenden. Die deutlich unterschiedlichen Positionen in der traditionellen Hierarchie wurden jedoch durchweg gefühlt eingehalten, trotz der umgekehrten Richtung der didaktischen Tätigkeit.

Schlussfolgerung: Fachärzt:innen und auch der/die anwesende Chefärzt:in konnten sich in die Rolle der/des Lernenden hineinversetzen, obwohl sie sich gleichzeitig der Verantwortung und Weisungsbefugtheit gegenüber der auszubildenden Ärzt:in bewusst waren. Diese jedoch tat sich zunächst schwer damit, innerlich die Rolle der Lehrkraft einzunehmen. Im klinischen Alltag gibt es häufig Situationen, in denen Assistenzärzt:innen, PJler, usw Fachärzt:innen oder Chefärzt:innen neue oder zusätzlich Informationen zu ihren Patienten geben, und solche Situationen könnten auch als didaktische Rollenumkehr aufgefasst werden. Falls eine situationsbezogen bewusste didaktische Rollenumkehr zu einer akzeptierten Praxis während der ärztliche Ausbildung werden sollte, könnte dies auch der epistemischen Ungerechtigkeit entgegen-

Beatrice B. Preti^{1,2}

Claire P. Browne³

Michael S. Sanatani¹

Christopher J. Watling¹

1 Western University,
Department of Oncology,
London (ON), Kanada

2 Emory University, Department
of Haematology & Medical
Oncology, Atlanta (GA), USA

3 Western University, Schulich
School of Medicine &
Dentistry, London (ON),
Kanada

wirken, die sonst leicht aufgrund der Differenzen innerhalb der medizinischen Hierarchie auftreten kann und etwaige wichtige Beiträge und Einblicke innerhalb eines Teams unterbinden kann.

Schlüsselwörter: Medizindidaktik, berufsbegleitende Weiterbildung, Rollenumkehr, Phänomenografie

1. Einleitung

Schriftliches Feedback ist ein notwendiger Bestandteil der medizinischen Ausbildung, zur Kompetenzförderung und auch als Dokumentation der vollzogenen Ausbildungsschritte. Die Qualität des Feedbacks ist jedoch oft unterschiedlich, was die Nützlichkeit für Auszubildende negativ beeinflussen kann [1]. Etliche Ansätze zur Verbesserung des schriftlichen Feedbacks sind bislang erforscht worden; allerdings ist der Erfolg allgemeines eher mittelmäßig, da sich die Umsetzung in die Praxis oder das Aufzeigen konkreter Ergebnisse als schwierig erwiesen haben [2], [3].

Obwohl Feedback im offenen Gespräch am effektivsten ist, steht solch ein Dialog oder gegenseitiger Informationsaustausch in einem gewissen Kontrast zur konventionellen Übertragung von Information, Beurteilungen, oder Kompetenzen von erfahreneren oder älteren Ärzt*innen auf jüngere oder noch in der Ausbildung befindliche Ärzt*innen [4], [5]. Es gibt jedoch vereinzelte Situationen, wo eine Umkehr der traditionellen Informations- und Kommunikationsrichtung stattfindet – zum Beispiel Fortbildungen und Forschungsprojekte wo Auszubildende und Ausbilder gemeinsam an der Lösung einer Aufgabe arbeiten [6], oder das sogenannte „umgekehrte Mentoring“, wo Medizinstudierende innerhalb eines Mentorenprogramms ihren Mentor*innen neue Perspektiven oder Einsichten zu ihrer Karriere vermitteln [7]. Beide Situationen machen deutlich, dass ein Perspektivenaustausch für alle Mitglieder eines Teams von Vorteil sein kann, nicht nur was das eigene Lernen angeht, sondern auch für die durch das Team verwirklichte medizinische Pflege. Im Gegensatz dazu steht das Phänomen der „epistemischen Ungerechtigkeit“, das mittlerweile in vielen Studien als negativer Einfluss auf die Zusammenarbeit im klinischen Umfeld belegt ist [8]. Unter epistemischer Ungerechtigkeit wird die (oft unbewusste) Abwertung oder Unterdrückung von Beiträgen oder Kommunikation von Teammitgliedern oder Personen verstanden, von denen aufgrund ihrer niedrigeren Position innerhalb einer Hierarchie oder eines vermeintlichen Kompetenzgradienten nicht erwartet wird, dass sie etwas Wertvolles zur Situation beitragen könnten. Die Erfahrung epistemischer Ungerechtigkeit ist eine negative psychologische Erfahrung, zu deren Folgen eine Schwächung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ausbilder*innen und Medizinstudierenden gehört. Insbesondere für Studienanfänger kann dies über längere Zeit hinweg zu schwerwiegenden Folgen führen, zum Beispiel zu Demoralisierung, Burnout, redu-

ziertem Engagement und sogar zum Karriereabbruch [8], [9], [10], [11].

Eine situationsbedingte vorübergehende vollständige Rollenumkehr, was Wissen, Einsichten, oder didaktisches Führen angeht (d.h. vom „Anfänger*innen“ zum „Erfahren*innen“), findet man außerhalb der Medizin, zum Beispiel in der Luftfahrt [12]. Im Rahmen des „crew resource management“ werden Weisungsbefugnisse und Autoritätsgefälle bewusst angesprochen und während des Notfalls einer gemeinsamen Nutzung alles verfügbaren Wissen untergeordnet [13].

Während dieser Ansatz sowohl die psychologische Sicherheit (der Lernende fühlt sich frei, zur Diskussion beizutragen, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen [14]), als auch einen momentan umgekehrten Wissensgradienten anspricht, ist es außerdem notwendig, dass Beiträge des weniger erfahrenen Individuums bewusst als wertvoll anerkannt werden, damit das Wissen oder der Diskussionsbeitrag auch wirklich aufgenommen werden. Wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, kann die optimierte Zusammenarbeit des Teams in stressvollen Situationen zu den bestmöglichen Ergebnissen führen. Entscheidungen mit schwerwiegenden Folgen sind natürlich auch im ärztlichen Beruf anzutreffen, und daher ist es naheliegend, dass bezüglich der Teamarbeit etliche Parallelen zur Luftfahrt zu finden sind [12]. Verbesserte Zusammenarbeit innerhalb eines medizinischen Teams durch bewusste Ausbildung von Kommunikationsfähigkeiten (z.B. Annahme von kritischem Feedback, Ansprechen von Missständen) ist mittlerweile auch ein ausdrückliches Ziel in vielen medizinischen Studiengängen [15], [16].

Am Beispiel des schriftlichen Feedbacks, welches ausbildende Ärzt*innen den Medizinstudierenden oder auszubildenden Ärzt*innen geben, kann eine kommunikative Rollenumkehr im didaktischen Sinne gut untersucht werden. Der oder die Lernende, als Empfänger*in des Feedbacks, könnte den Verfassern des Feedbacks direkt und basierend auf Erfahrung aus erster Hand mitteilen, wie dieses Feedback (oder schriftliche Beurteilungen) verbessert werden könnte. Wright, Mullen und Gardner haben untersucht, wie Mitglieder einer medizinischen Fakultät einen allgemeinen medizindidaktischen Kurs erlebten, der durch Medizinstudenten angeboten wurde [17]. Diesen Ansatz, nach dem Auszubildende ihren Ausbilder*innen medizindidaktische Fähigkeiten vermitteln, wollten wir in dieser Studie weiter untersuchen. Es ist dabei wichtig zu bedenken, dass die hierarchischen Strukturen und unausgesprochenen Umgangsregeln (das sog. „hidden curriculum“) solche Fortbildungen erschweren könnten – Studierende und Studienanfänger*innen könnten sich schwer damit tun, ihren Vorgesetzt*innen

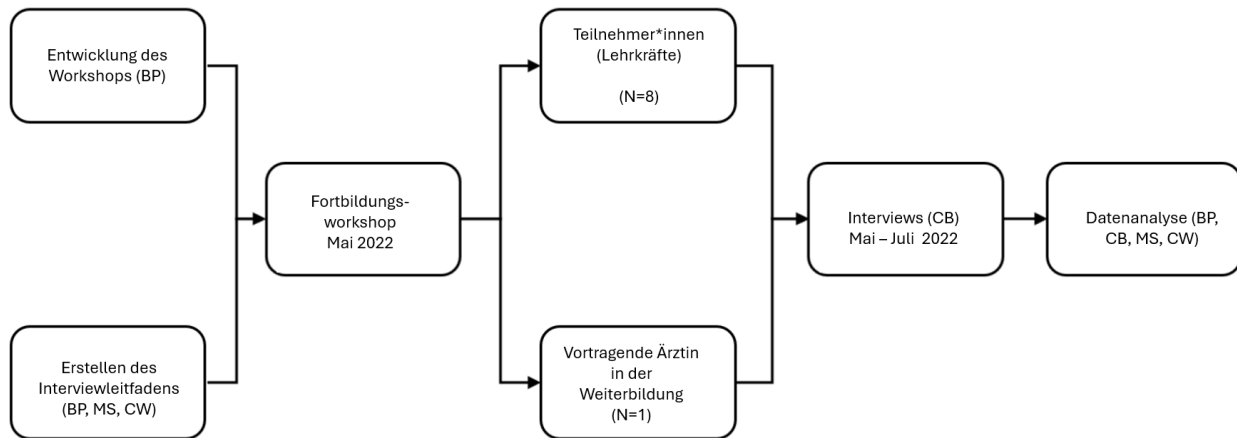


Abbildung 1: Zeitplan

Anweisungen zu geben und Ausbilder*innen könnten evtl dem Unterricht wenig Vertrauen entgegenbringen. Sowohl diese Auffassungen, Einstellungen, und Erfahrungen genauer zu untersuchen, also auch konkrete Hindernisse zu identifizieren, die einem solchen Unterricht im Wege stehen, sind Ziele dieser Studie. Wir haben dahingehend eine von einer Assistenzärzt*in in der onkologischen Facharztausbildung („resident“) entworfene und durchgeführte Fortbildung zum Thema Feedback untersucht, mit der Forschungsfrage „Wie erfahren Teilnehmende eine Fortbildung zum Thema Medizindidaktik, die von einer*in in der Ausbildung gestaltet und durchgeführt wurde?“

2. Methoden

Ein qualitativer Forschungsansatz wurde verfolgt, da es bei der Fragestellung um die Erfahrungen der Studienteilnehmenden ging. Als erkenntnistheoretische Basis wurde der Konstruktivismus gewählt, und die Daten wurden phänomenografisch nach Stenfor-Hayes ausgewertet [18]. Laut konstruktivistischem Erkenntnisverständnis werden Wahrheiten individuell konstruiert; was als Wirklichkeit gilt, wird durch die individuell subjektive Erlebniswelt beeinflusst und mitgestaltet. In der phänomenografischen Analyse werden Erfahrungsberichte von einzelnen Studienteilnehmenden zu einem detaillierten Überblick der diversen Erfahrungen zusammengefügt, wobei individuelle Variationen verdeutlicht und hervorgehoben werden [19], [20]. Dieser Ansatz passte gut zu der Forschungsfrage, bei der es um das Erfassen eines breiten Erfahrungsspektrums der Fortbildungsteilnehmenden und der Vortragenden ging.

2.1. Workshop und Datenerhebung

Die Fortbildungsveranstaltung bestand aus einem zweistündigen Workshop für onkologische Fachärzt*innen an einem akademischen Lehrkrankenhaus in Ontario, Kanada, und dem Autor*innen MS und CJW als Onkolog*innen tätig waren. Autorin BP entwarf und leitete (nach den pädagogischen Prinzipien von Gagne [21]) den

Workshop als sie in ihrem 2. Jahr der Facharztausbildung war (5 Jahre nach Abschluss des Basis-Medizinstudiums in Kanada). Nach einem interaktiven Vortrag fanden simulierte Feedback-Szenarien statt, wo ein*e Medizinstudent*in schriftliches Feedback zu einer vom Fachärzt*in beobachteten Patient*innenuntersuchung erhält. Die Fortbildung war für alle Onkolog*innen offen; Teilnahme an der Studie war freiwillig. Rekrutierung geschah durch eine vor der Fortbildung verschickte eMail. Innerhalb weniger Tage nach der Fortbildung nahmen diejenigen Fachärzt*innen, die an der Studie teilnehmen wollten (n=8), an einem Interview teil, in dem sie zu ihren Erfahrungen (Gedanken, Gefühle) während des Workshops befragt wurden (siehe Abbildung 1). Das Interview wurde von Autorin CB durchgeführt, die zwar Ärztin, aber noch keine fertig ausgebildete Onkologin war und auch nicht an dem Workshop teilgenommen hatte. Die transkribierten aufgezeichneten Interviews wurden anonymisiert (siehe Tabelle 1). Ein Teilnehmender (MS) war gleichzeitig auch Mitglied des Forschungsteams und Betreuer von BP während ihres Studiums. BP wurde auch von CB interviewt.

2.2. Datenanalyse

Nach der Transkribierung der Interviews erfolgte die Kodierung, zunächst induktiv-offen, durch CB. Kategorien der „Erfahrungslandschaft“ wurden danach vom gesamten Forschungsteam auf Basis dieser Kodierung erstellt; als Leitfaden diente die Forschungsfrage, die insbesondere auf Erfahrungen um die Rollenumkehr zwischen Lehrkräften und Lernender (auszubildender Ärzt*in) zielte. Alle Teilnehmende bekamen die Analyse zur Durchsicht und Überprüfung zugeschickt, um sicherzustellen, dass sie ihre Erfahrungen in den erstellten Erfahrungskategorien erfasst sahen. Die Definition der Erfahrungskategorien wurde bis zum Konsens des gesamten Forschungsteams fortgeführt, wobei dies bei BP und MS auch ein autoethnografisches Vorgehen darstellte. Zur etwaigen externen Überprüfung [22] wurden alle Versionen der Analyse aufgezeichnet und aufbewahrt. Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Western University, London, Ontario überprüft und genehmigt.

Tabelle 1: Halbstrukturierte Interviewfragen für Fakultätsmitglieder

1. Können Sie ihre Reaktion beschreiben, als Sie zum ersten Mal von diesem Workshop erfuhren? Was waren Ihre Erwartungen? Bedenken?
2. Können Sie mir ihre Erfahrungen während des Workshops beschreiben?
3. Wie war dieser Workshop im Vergleich zu anderen Fortbildungen über Feedback? Falls Sie noch keine Fortbildungen zu diesem Thema besucht haben, wie war der Workshop im Vergleich zu anderen Fortbildungen allgemein?
4. Wie fanden Sie die Erfahrung, von einer Ärzt*in in der Weiterbildung unterrichtet zu werden, die Sie kannten? Wie hat ihre Meinung über diese Ärzt*in die Erfahrung des Workshops beeinflusst? Wie würden sie einen Workshop erleben, wenn sie den*die Vortragende*n nicht kannten?
5. Welche Auswirkungen hat dieser Workshop darauf gehabt, wie sie Feedback verfassen, insbesondere im Vergleich zu anderen Workshops über dieses Thema?
6. Wie würden Sie einer zukünftigen von Studierenden durchgeführten Fortbildung gegenüberstehen?
7. Wie berührt die Tatsache, daß Sie von jemand in der Ausbildung unterrichtet werden, ihre Selbstwahrnehmung/ ihr Selbstgefühl als Fachärzt*in?

3. Ergebnisse

3.1. Erfahrungen und Rollen der „Consultants“ (Fachärzt*innen)

„Consultants“ bezeichnet die am Workshop teilnehmenden Fachärzt*innen die an der Ausbildung der „residents“ (entspricht ungefähr den Assistenzärzt*innen im deutschen System) beteiligt und ihnen gegenüber weisungsberechtigt („supervisor“) sind. Sieben verschiedenen Sichtweisen und Perspektiven konnten identifiziert werden. Die Fachärzt*innen konnten sich in die Situation der Assistenzärzt*in, die den Workshop leitete, hineinversetzen, während sie gleichzeitig andere Perspektiven innehielten, die eher der formellen Hierarchie angepasst waren. Die sieben Erfahrungsperspektiven wurden wie folgt dargestellt:

3.1.1. Sichtweise Nr. 1: Consultant als Lehrkraft/Mentor*in/Coach

Der Workshop wurde als gute Gelegenheit für Ärzt*innen in der Ausbildung angesehen, didaktische Fähigkeiten zu erlangen, Inhalte darzustellen, und das freie Vortragen zu üben. Die Teilnehmenden fanden das Thema interessant, und waren daran interessiert, ihre eigenen Fähigkeiten als Lehrkräfte weiterzuentwickeln. Sie waren motiviert, mehr über Feedback zu lernen und waren sich des eigenen Lernbedarfs bewusst.

*Wir reden immer über....das Unterrichten. Aber ich weiß nie, was die Studenten oder auszubildenden Ärzte wirklich von uns haben wollen. Daher denke ich, dass es wirklich hilfreich war, das jemand der noch in der Ausbildung steckt uns das mitteilt. (Teilnehmer*in 2)*

*Wir müssen oft Feedback geben, und meistens...haben wir zuwenig Zeit, es richtig zu machen. Das ist immer eine Herausforderung. Und daher...war ich eigentlich recht dankbar, dass [Assistenzärztin] diesen schwierigen Aspekt der Beurteilung angesprochen hat, das Verfassen von Feedback. Ich freute mich deshalb auf den Workshop... (Teilnehmer*in 4)*

3.1.2. Sichtweise Nr. 2: Consultant als Teilnehmer*in an einer Fortbildung

Teilnehmende waren allgemein von dem Vortragsstil und – inhalt positiv beeindruckt. Konstruktiver Feedback wurde jedoch auch gegeben, z.B. bezüglich eines Mangels an Humor oder Ablenkung durch etwas überzogene Beispiele. Aber der Workshop wurde als positiv und effektiv bewertet; Teilnehmende berichteten über Inhalte die als durchaus hilfreich in ihrer Erinnerung geblieben waren. Die vortragende Ärzt*in, die in der Abteilung der anwesenden Fachärzt*innen in Ausbildung stand, wurde als besonders vertrauenswürdig wahrgenommen, was die Akzeptanz des Unterrichts steigerte. Das bestehende kollegiale Verhältnis, und Kenntnis des medizinischdidaktischen Interesses der Vortragenden Ärzt*in, unterstützten zusätzlich das Engagement mit dem Workshop seitens der Fachärzt*innen. Während Teilnehmende grundsätzlich an ähnlichen, von Ärzt*innen in der Ausbildung geleiteten Workshops interessiert waren, hatten einige Teilnehmende Zweifel, ob Workshops mit ausschließlich medizinischwissenschaftlichem Inhalt so auch möglich wären (aufgrund des signifikant unterschiedlichen Fachwissens). Die Glaubwürdigkeit der Vortragenden Ärzt*in spielte auch eine Rolle; Teilnehmende waren skeptisch, ob Workshops von Auszubildenden oder Studierende, denen sie weniger vertrauten oder nicht so gut kannten, ähnlich akzeptabel wären.

*Ich denke, es war weil es eine Ärztin in der Ausbildung wie [...] war; man kennt sie, man weiß wie sie im Umgang mit uns ist, man kennt ihre Fähigkeiten. Wenn es jemand anderes gewesen wäre, die ich nicht kenne...wahrscheinlich hätte ich dann mehr Bedenken. (Teilnehmer*in 2)*

Es wäre wahrscheinlich anders wenn, sagen wir mal, ein gewöhnlicher Assistenzarzt im 5. Jahr [postgraduate year 5=PGY-5] der kein besonderes Interesse an Didaktik oder Pädagogik oder so hat, sagen würde, ich möchte Ihnen etwas über Feedback erzählen. Das wäre dann für mich eine ganz andere Sache. Ich meine, es wäre wohl interessant, aber ich wäre da nicht so zuversichtlich, dass mir da etwas entgegen-

gebracht wird, wodurch ich etwas lernen kann. (Teilnehmer*in 3)

3.1.3. Sichtweise Nr. 3: Consultant als empathische*r Unterstützer*in der Assistenzärzt*in

Teilnehmende hatten Mitgefühl mit der vortragenden Ärzt*in, und für Ärzt*innen in der Ausbildung allgemein, die ihre Vorgesetz*innen unterrichten sollen. Unterstützung durch Ausbild*innen (consultants) während der Vorbereitung war nach Meinung der Workshopteilnehmende zwingend notwendig, obwohl das in dieser Studie nicht der Fall war. Teilnehmende bemerkten jedoch, wie die vortragende Ärzt*in anscheinend während des Workshops hin und wieder z.B. durch Blickkontakt, Nicken usw. Unterstützung von einer*m anwesenden Mentor*in im Publikum bekam. Etliche Teilnehmende zeigten sich besorgt um die vortragende Ärzt*in, da sie entweder gehört hatten, oder sich vorstellen konnten, dass dieser Workshop eine Herausforderung darstelle. Gleichzeitig waren sie jedoch zufrieden, dass die Assistenzärzt*in die Gelegenheit gehabt hatte, ihr Wissen so gut vortragen zu können.

*Die eine Sache...die mich etwas unruhig machte, wissen Sie, wegen jemand der noch in der Ausbildung ist....so ein Seminar kann ziemlich einschüchternd sein, da man ja mit Fachärzten zu tun hat, mit denen man schon gearbeitet hat... (Teilnehmer*in 4)*

*Ich glaube, meine Erwartungen und meine Motivation, an dem Workshop teilzunehmen, gehen letztendlich darauf zurück, dass ich sie kenne und sie eine unserer „Residents“ ist. Ich habe auch einfach das Gefühl, dass ich sie unterstützen möchte; ich weiß wie sehr ihr das Unterrichten am Herzen liegt. (Teilnehmer*in 7)*

3.1.4. Sichtweise Nr. 4: Consultant als Forscher*in

Teilnehmende berichteten, dass sie sowohl während des Workshops als auch danach darüber reflektiert hätten, was sie in dem Studieninterview sagen sollten. Sie stellten fest, dass die Effektivität und allgemeine Erfahrung des Workshops davon abhängig sein würden, wer der Vortragende war – und wer im Publikum war, und was die äußeren Rahmenbedingungen sein würden. Nicht jede/r Auszubildende/r würde über alle Themen und mit jeder Art von Publikum einen Workshop halten können (bezieht sich wieder auf das Thema der Glaubwürdigkeit). Ein Vergleich zu Erfahrungsberichten von Patient*innen wurde konstatiert: wenn ein*e Assistenzärzt*in über Erfahrungen mit Unterricht oder Feedback berichtet, sei das ähnlich wie Erfahrungsberichte von Patient*innen im klinischen Rahmen – im Gegensatz zu einem Themenkreis wo Fachärzt*innen deutlich mehr wissen und als Expert*innen angesehen werden.

Schauen wir mal auf Situation mit klinischen Studien, Patientenerfahrungen, die übrigen, finde ich, meis-

*tens nicht sehr gut erfasst werden. Die werden weitgehen aus der Sicht des Forschungsteams untersucht, und nicht wie etwas, was für Patienten wichtig ist. Und...immer dieses Thema „Ergebnisse“...wenn man sich mal wirklich die Zeit nimmt, sich mit denjenigen zu unterhalten, die die Behandlungen erfahren, dann bekommt man die wertvollsten Einblicke, nicht wahr? Und genauso ist es, wenn es sich um Feedback dreht. (Teilnehmer*in 6)*

3.1.5. Sichtweise Nr. 5: Consultant als Mitglied einer Hierarchie im klinischen Ausbildungskontext

Etliche Consultants beschrieben die vortragende Assistenzärzt*in schon eher als angehende Kolleg*in als eine Studienanfänger*in, und diese Sichtweise beeinflusste ihre Erfahrung des Workshops als „von auszubildenden Ärzt*innen geleitet“. Die Meinungen der Teilnehmenden über den Workshop basierten vornehmlich auf dem Eindruck, den sie allgemein von der vortragenden Ärzt*in und deren Kompetenz und Glaubwürdigkeit hatten.

*Meine Erwartungen waren ziemlich hoch, und ich wusste, wie wichtig ihr dies war. Ich wusste, dass sie wahrscheinlich sehr viel Energie und Gedanken in diesen Workshop gesteckt hat. Daher hatte ich sehr hohe Erwartungen. (Teilnehmer*in 6)*

Teilnehmende vermuteten, dass einige Consultants (Fachärzt*innen) sich eventuell etwas zieren würden, sich von jemand unterrichten zu lassen, denen gegenüber sie weisungsberechtigt sind oder denen sie nicht stark vertrauen. Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit wurden von vielen Teilnehmenden erwähnt, und diese Aspekte erschienen ihnen abhängig von offensichtlichem Interesse am Thema Didaktik, spezifischer Ausbildung in Pädagogik, und persönlich beobachteten Fähigkeiten. Obwohl die Richtung, in der Wissen während des Workshops übertragen wurde, gegenüber dem klinischen Alltag umgekehrt war (d.h. Junior → Senior), wurde die empfundene Stellung innerhalb der verantwortungsbedingten klinischen Hierarchie beibehalten. In dieser Sichtweise erschien es den teilnehmenden Fachärzt*innen ähnlich, als würde die vortragende Assistenzärzt*in ihnen z.B. eine Patient*innenanamnese vortragen – über eine*n Patient*in über den sie in dem Augenblick (noch) viel weniger wissen als die ihnen innerhalb der Ausbildungshierarchie niedriger gestellte Ärzt*in. Dabei waren sich die Teilnehmenden der hierarchischen Kultur durchaus bewusst, und es wurde auch hin und wieder vorgeschlagen, zu versuchen dieser im medizindidaktischen Kontext etwas entgegenzuwirken, um freien Gedankenaustausch zu ermöglichen. Aber Consultants berichteten durchweg, nach dem Workshop ein tieferes Verständnis der Machtverhältnisse („power difference“) zwischen Ärzt*innen innerhalb der klinischen Strukturen erlangt zu haben, vor allem auch bezüglich der Auswirkungen auf die medizinische Ausbildung zum Fachärzt*in.

*Bis unsere Kultur sich ändert, bis die Machtverhältnisse sich ändern, die Hierarchie...die Tatsache dass, wissen Sie, die lehrenden Ärzte die Bewertungen ausfüllen...sie sind Teil des Vorgangs, der bestimmt, wer durchkommt und wer nicht...das spielt immernoch in dieser Kultur eine große Rolle, nicht wahr? Also bis das sich ändert, wird sich auch das Hierarchie-Denken nicht ändern. (Teilnehmer*in 6)*

3.1.6. Sichtweise Nr. 6: Consultant als Kolleg*in anderer Teilnehmenden

Prä-existierende kollegiale Beziehungen beeinflussten die Interpretation von Handlungen, welche sich auf die Stimmung im Raum auswirkten. Zum Beispiel wurden Unterbrechungen oder Kommentare von Kolleg*innen zu den Zeitpunkten als hilfreich oder stimmungsfördernd erlebt, wenn der Vortrag etwas zu trocken erschien.

*Ich kenne manche meiner Kollegen, ich weiß, wie sie gerne miteinander umgehen. Und ich weiß, dass ein reiner Vortrag wahrscheinlich nicht so gut rüberkommen würde....daher wurde es mir gelegentlich etwas ungemütlich. Wie lange wird das noch so weitergehen, bis jemand irgendetwas sagt? (Teilnehmer*in 8)*

Mehrere Unterrichtsansätze gleichzeitig würden nach Ansicht der Teilnehmenden evtl. zu mehr Engagement führen:

*Ich glaube nicht, dass man den Workshop alleine von einem Studierenden vorgetragen werden sollte. Es sollten auch Lehrkräfte daran teilnehmen. Das gilt aber auch für Workshops die nur von der Fakultät geleitet werden; das würde auch nicht so gut gehen. Idealerweise hat man eine Kombination von verschiedenen Stufen von Auszubildenden und Lehrkräften....dann hätte man diese wichtige Verknüpfung von Erfahrung und Freude am Lernen. (Teilnehmer*in 2)*

3.1.7. Sichtweise Nr. 7: Consultant erlebt mehrere Perspektiven gleichzeitig

Teilnehmenden berichteten aber auch von innerem Konflikt, dessen sie sich während des Workshops bewusst wurden. Mehrere Sichtweisen traten gleichzeitig auf, zum Beispiel das Mitgefühl mit der Assistenzärzt*in und Interesse am Inhalt des Vortrags. Ein anderes Beispiel waren die miteinander im Konflikt stehenden Gefühle von Bewunderung einerseits und Sorge/Schuldegefühle bezüglich der Situation, in der sich die Ärzt*in befand andererseits. Consultants beschrieben, wie sie auch zwischen einer eher passiven Teilnehmenden-Perspektive und einer empathisch bestimmten unterstützenden Rolle hin- und her wechselten. Die anwesenden Fachärzt*innen fühlten sich sowohl als Lernende als auch als Bewerter*innen der Vortragenden Assistenzärzt*in. Das Wechseln zwischen diesen Rollen geschah auch bewusst, zum Beispiel in Augenblicken, wo eine bestimmte Perspektive als unbequem erlebt wurde. Das Ausarbeiten der verschiede-

nen, miteinander in Konflikt stehenden Sichtweisen wurde teilweise als verunsichernd empfunden.

*Tja, ich war...mir meiner eigenen Ideen sehr bewusst. Also reagierte ich natürlich sofort, aus der Sicht der Vortragenden, oje, nun sagt jemand im Publikum etwas. Aber dann habe ich das sofort bemerkt und sagte mir, nein, ich werde jetzt einfach neutral bleiben und den Wunsch unterdrücken, dass dieser Kollege jetzt, wissen Sie, einfach mal den Mund hält, um es mal krass auszudrücken. Und das war dann auch letztendlich sehr gut, denn die andere Seite in mir, das Publikumsmitglied, wollte eigentlich sogar diese Unterbrechung ein bisschen, eine kleine Pause von dem eher einseitigen Vortragsstil, und das bisschen Dialog und Entspannung waren mir eigentlich recht willkommen. (Teilnehmer*in 7)*

3.2. Erfahrungen und Rollen der Assistenzärzt*in („resident“)

Die den Workshop leitende, sich noch in der Weiterbildung befindliche Ärzt*in beschrieb vier unterschiedliche Perspektiven:

3.2.1. Sichtweise Nr. 1: Assistenzärzt*in („resident“) als Vortragende/Lehrende

Die mit dem Workshop beauftragte Ärzt*in in der Weiterbildung beschrieb die Intensität, mit der sie sich auf den Workshop vorbereitet hatte. Im Rückblick war es ihr klar, dass dies eine Reaktion auf die ihr unbequeme Vorstellung, ihre eigenen Lehrer*innen unterrichten zu müssen, war. Die Vorbereitung und der Entwurf des Seminars waren dahingehend ausgerichtet, möglichst viel Kontrolle über den Ablauf zu behalten; ein Vortragsstil mit streng geregelten Frage-und-Antwort-Abschnitten resultierte daraus. Dies sollte Autorität vermitteln und die Richtungs-umkehr des Informationsflusses unterstützen. Diese sehr kontrollierte und kontrollierende Vortragsweise wirkte ihrer aufkeimenden Nervosität, Unsicherheit, und Sorge entgegen. Die Intensität der Vorbereitung und Vermeidung jeglicher Spontanität waren anscheinend auf Nervosität und Unbehagen zurückzuführen.

Ich denke dass der freie Vortrag wahrscheinlich am gründlichsten vorbereitet wurde, weil ich wusste, dass ich den Vortrag halten würde, und ich in dem Zeitraum das sagen musste, was ich rüberkriegen wollte. Was den zweiten Teil angeht, den interaktiven Workshop selber...den habe ich viel weniger vorbereitet. Das war etwas weniger Arbeit, weil ich mich mit so etwas besser auskannte.

3.2.2. Sichtweise Nr 2: Untergeordnete in einer Hierarchie

Die Ärzt*in in der Weiterbildung beschrieb wiederholt Sorgen und Unsicherheiten bezüglich des Unterrichts, den sie ihren Ausbilder*innen geben sollte. Consultants

wurden Autoritätsfiguren gleichgesetzt, und sie war darum besorgt, deren Erwartungen gerecht zu werden – trotz der Tatsache, dass dieses Workshopformat neu war und es daher gar keinen existierenden Maßstab gab, der zu Erwartungen hätte führen können. Sie machte sich auch über ihre Glaubwürdigkeit Sorgen, und wählte daher bewusst ein Thema, bei dem sie kompetent erscheinen würde. Der Workshopinhalt, wie sie öfters während des Vortrags hervorhob, beruhte auch nicht nur ausschließlich auf ihren eigenen Vorstellungen und Ansichten, sondern auf den gesammelten Erfahrungen von mehreren Ärzt*innen in der Weiterbildung. Apropos Erwartungen: die vortragende Ärzt*in hatte fest mit negativen Reaktionen auf ihren Unterricht gerechnet, und war völlig überrascht, dass die Bewertungen durch Teilnehmer*innen mit mehr Unterrichtserfahrung so positiv und unterstützend ausfielen.

Also, die Tatsache dass es eine Fakultätsfortbildung war, und dass Lehrkräfte da sein würden, die ich kenne. Und dass ich weiterhin mit ihnen arbeiten werde und wo ich dachte, dass sie mich recht streng beurteilen würden...dass alles gab mir definitiv das Gefühl, dass ich mich hier ordentlich anstrengen sollte. Im Vergleich zu einem Seminar für neue residents, das ich heute gehalten habe. Da gibt es weniger Urteile, und da fühle ich mich eher am Platz als vor einer Gruppe meiner Vorgesetzten...

3.2.3. Sichtweise Nr. 3: Lernende in der Weiterbildung

Die vortragende Ärzt*in fühlte sich eher wie bei einer Aufführung; auch während der Vorbereitung auf das Seminar erwähnte sie häufig die zu erfüllenden Erwartungen ihrer Ausbilder. Es wurde auch deutlich, dass ihr Verhältnis zu den Teilnehmenden individuell unterschiedlich war, was die Sorgen um das Vortragen des Workshops differenziert beeinflusste.

Also was mich mehr als alles andere störte, war der Gedanke, dass ich mich vor allen Teilnehmern blamieren könnte...also im 5. Ausbildungsjahr fängt man an, nach Weiterbildungen und Stellen Ausschau zu halten, und den Ruf, den man hat, ist sehr wichtig. Man kommt nicht mit viel Drittmittelfinanzierung an, man hat noch nicht viel veröffentlicht, man ist eher ein Niemand, das einzige was man hat sind Potential und Ruf. Und sich dann in so eine Situation zu begeben....heißt, sich sehr verletzlich zu machen.

3.2.4. Sichtweise Nr. 4: Forscher*in

Die Ärzt*in in der Weiterbildung war sich auch mehrerer gleichzeitig geltenden Sichtweisen bewusst – zum Beispiel die Gleichzeitigkeit des vorgetragenen Workshops, der von den anwesenden Fakultätsmitglieder*innen bewertet werden würde, und dem eigenen Interesse an der Forschungsfrage, wie dies nun seitens der Teilnehmenden erlebt würde.

Und...Ich muss einen guten Vortrag halten, sonst liegt das Problem eindeutig bei mir und nicht bei dem Unterrichtsformat, also muss ich wirklich mein Bestes geben, und die Leute nicht enttäuschen.

3.3. Lernerfolge

Obwohl es nicht das primäre Ziel dieser Studie war, gilt dennoch festzuhalten, dass die Teilnehmenden etliche wichtige gelernte Inhalte wiedergeben konnten, was darauf hindeutet, dass der Workshop effektiv war. Consultants beschrieben in den Interviews mehrere neu gelernte Angehensweisen, was das Verfassen von Feedback angeht. Bewusstere Wortwahl und der Blick auf die Offenheit der Ärzt*innen in Weiterbildung für Feedback in einem spezifischen Augenblick waren zum Beispiel Workshopinhalte, die von mehreren Teilnehmenden als nützliche Tipps wahrgenommen wurden. Vor allem ältere Teilnehmenden waren an den Feedback-Erfahrungen der Ärztin in der Weiterbildung interessiert, da sie selber in der eigenen Ausbildung nicht die Art von Feedback bekommen hatten, die sie nun geben sollten.

*Dies ist eine ganz neue Welt für uns alle, da die meisten von uns nie von unseren Ausbildern damals Feedback bekommen haben, nachdem wir im klinischen Alltag beobachtet wurden. Also was jemand im Feedback nun hören möchte und was nicht – wir können uns als Ausbilder nicht in deren Position versetzen, da wir selber das nie erlebt haben. Also wäre ein Workshop von einem Mitglied der Fakultät nicht vergleichbar mit einem Vortrag von einer Ärztin, die sozusagen in dieser CBD – Welt [„Competence by Design“= kompetenzbasierte Weiterbildung in Kanada] aufgewachsen ist“. (Teilnehmer*in 3)*

4. Diskussion

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass diese Studie die Erfahrungen von Teilnehmenden an einem Workshop untersucht hat, in dem mittels einer Rollenumkehr eine Fortbildung zum Verfassen von Feedback von einer Ärztin in der Weiterbildung gegeben wurde. Die an dem Workshop teilnehmenden Fachärzt*innen waren für den Unterricht durch die ihnen untergeordnete und weniger erfahrene Ärzt*in offen, wie die durchweg positive Bewertung des Seminars und die Wahrnehmung, dass der Vortrag didaktisch effektiv war, belegen.

Angesichts der etablierten hierarchischen Strukturen, Erwartungen, und dem gewöhnlichen Umgangsstil im klinischen Alltag [23], gab es im Vorfeld Bedenken, dass solche Faktoren dem Lernen im Weg stehen könnten und ein unüberwindbares Hindernis sein könnten. Der Erfolg des Workshops weist jedoch darauf hin, dass die „didaktische Rollenumkehr“ von Lehrkräften, zumindest in einem bestimmten Kontext, akzeptiert und sogar begrüßt werden kann. Teilnehmende hätten theoretisch Bedenken darüber haben können, von einer sehr am Anfang der

Ausbildung stehenden Ärzt*in über eine zentrale Lehrtätigkeit (das Verfassen und Geben von Feedback) unterrichtet zu werden, da sie dies womöglich als Bedrohung ihrer professionellen Identität als Lehrkraft empfinden könnten. Tatsächlich jedoch wurde der Unterricht positiv erlebt, und mit Patientenberichten bei Tagungen und Kongressen verglichen.

Mehrere Vergleiche zwischen Lehrveranstaltungen durch Studierende, und Patient*innen als Ausbilder*innen wurden von Teilnehmenden konstatiert. Dieser Vergleich zwischen Patient*innen und Studierenden kann evtl auch mit den existierenden hierarchischem Denken in Verbindung gebracht werden, wo Fachärzt*innen Feedback über ihre Praxis bekommen können, aber dennoch unverändert die Rolle des*der Ärzt*in innehalten. Aber so wie die zunehmende Patient*innenbeteiligung an Entscheidungen („shared decision-making“), könnte das Einführen eines dialogbasierten Perspektivenaustauschs zwischen Lehrkräften und Studierenden die medizinische Weiterbildung grundlegend verändern. Im „Shared Decision-making“ tragen Ärzt*innen ihr Fachwissen und ihre Kenntnis der Behandlungsmethoden, und Patient*innen ihre Prioritäten und Sichtweisen zum Entscheidungsprozess bei [24]. Unsere Studie weckt Hoffnung, dass in der Medizindidaktik ein ähnliches Teilen der Rollen möglich sein kann.

Erfahrene Ausbilder*innen wissen, wie allgemein Fähigkeiten am Besten entwickelt werden, und Studierende könnten frische Ansätze beitragen, wie die Ausbildungsstrategien im heutigen Kontext umgesetzt werden könnten. Solch ein Austausch setzt jedoch Mut und Offenheit voraus. Was dieses Thema angeht, so berichtete die vortragende Assistenzärzt*in von erheblichen Sorgen und möglichen negativen Folgen des Workshops, derer sie sich bewusst war – und dennoch war es ihr möglich, diese Sorgen zu überwinden und außerhalb ihrer konventionellen Rolle als Lernende und Untergeordnete, einen effektiven und positiv bewerteten Workshop zu leiten. Mit anderen Worten war es der Studierenden möglich, trotz vermeintlichem Risiko die Rollenumkehr zu vollziehen. Der Druck der medizinischen Hierarchie und der konventionellen sozialen Struktur blieb jedoch bestehen und war aus den Reflektionen und Interviews aller Teilnehmenden ersichtlich.

Eine Beschränkung der allgemeinen Aussagekraft unserer Studie stellt die Tatsache dar, dass der Workshop nur einmal und an einer einzigen Fakultät gehalten wurde. Die Offenheit der Lehrkräfte, von ihren eigenen Studierenden unterrichtet zu werden, hängt wahrscheinlich eng mit den Umgangsformen innerhalb der Fakultät zusammen, und könnte sogar von Fakultät zu Fakultät unterschiedlich sein. Auch werden verschiedene Ärzt*innen in der Weiterbildung oder Studierenden sich voneinander in ihrem psychologischen Sicherheitsgefühl unterscheiden, auch wenn sie mit derselben Gruppe von Fachärzt*innen sprechen. Dies hängt von der Persönlichkeitsstruktur der Auszubildenden, und ihren vorausgehenden Erfahrungen ab. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass

die Erfahrungsperspektiven, wie sie in unserer Studie belegt wurden, auch unter anderen Umständen oder mit anderen Teilnehmer*innen in Erscheinung treten könnten. Weitere Forschungsaktivitäten, die diese wesentliche Erfahrungstypologie weiter untersuchen oder bestätigen, sind empfehlenswert. Wir hoffen, dass Fortbildungen für Lehrkräfte durch Studierende, basierend auf der sehr positiv erlebten Rollenumkehr in unserem Workshop über Feedback, weiter entwickelt werden. Als Empfänger*innen der Ausbildung sehen wir Studierende und Ärzt*innen in der Weiterbildung durchaus als qualifiziert an, Beiträge zur Verbesserung der didaktischen Praxis zu bringen.

5. Schlussfolgerung

Wir präsentieren das Ergebnis einer Studie, in der ein Workshop über das Verfassen von Feedback von eine*r Ärzt*in in der Weiterbildung entworfen und geleitet wurde. Der Workshop wurde von den Teilnehmenden als positiv bewertet, und die anwesenden Fachärzt*innen konnten sich gleichzeitig als Lernende und als Vorgesetzte erleben. Es war für die vortragende Ärzt*in schwieriger, ihre Bedenken zu überwinden und sich selbst hauptsächlich als Lehrkraft zu sehen. Daraus ergibt sich, dass hierarchiebedingte Sorgen und Bedenken direkt angesprochen werden müssen, um einen Informationsaustausch effektiv zu ermöglichen – sowohl im klinischen Alltag, in Situationen wo zum Beispiel Lernende anfangs mehr über ihre Patient*innen wissen als ihre Vorgesetzten, als auch im Unterricht. Wir hoffen, dass diese Studie einen ersten Schritt auf dem Weg zu einem solchen freien Dialog darstellt.

Anmerkung

Da das kanadische medizinische Bildungssystem sich erheblich von dem deutschen System unterscheidet, sind viele Rollen nicht direkt vergleichbar, zum Beispiel „resident“ und „Ärztin in der Weiterbildung“, obwohl sie sich grundsätzlich ähnlich sind.

ORCIDs der Autor*innen

- Beatrice Preti: [0000-0002-3664-417X]
- Michael Sanatani: [0000-0002-2423-7171]
- Christopher Watling: [0000-0002-1440-2401]

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Dehmoobad Sharifabadi A, Clarkin C, Doja A. Perceptions of competency-based medical education from medical student discussion forums. *Med Educ.* 2019;53(7):666-676. DOI: 10.1111/medu.13803
2. Sanatani M, Potvin K, Conter H, Trudgeon K, Warner A. Quality of written feedback given to medical students after introduction of real-time audio monitoring of clinical encounters. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):236. DOI: 10.1186/s12909-020-02158-6
3. Zelenski AB, Tischendorf JS, Kessler M, Saunders S, MacDonald MM, Vogelmann B, Zakowski L. Beyond "Read More": An Intervention to Improve Faculty Written Feedback to Learners. *J Grad Med Educ.* 2019;11(4):468-471. DOI: 10.4300/JGME-D-19-00058.1
4. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CP, Lingard L. Learning culture and feedback: An international study of medical athletes and musicians. *Med Educ.* 2014;48(7):713-723. DOI: 10.1111/medu.12407
5. Miles A, Ginsburg S, Sibbald M, Tavares W, Watling C, Stroud L. Feedback from health professionals in postgraduate medical education: Influence of interprofessional relationship, identity and power. *Med Educ.* 2021;55(4):518-529. DOI: 10.1111/medu.14426
6. Haddock L, Rivera J, O'Brien BC. Learning Together: Co-Learning Among Faculty and Trainees in the Clinical Workplace. *Acad Med.* 2023;98(2):228-236. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004836
7. Clarke AJ, Burgess A, van Diggele C, Mellis C. The role of reverse mentoring in medical education: Current insights. *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:693-701. DOI: 10.2147/AMEP.S179303
8. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos.* 2014;17(4):529-540. DOI: 10.1007/s11019-014-9560-2
9. Dunne G. Epistemic injustice in education. *Educ Phil Theor.* 2023;55(3):285-289. DOI: 10.1080/00131857.2022.2139238
10. Consejo C, Viesca CA. Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario [Epistemic injustice during the medical education process in the hospital context]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(3):400-408.
11. Reed PG, Rishel CJ. Epistemic Injustice and Nurse Moral Distress: Perspective for Policy Development. *Nurs Sci Q.* 2015;28(3):241-244. DOI: 10.1177/0894318415585634
12. Singh N. On a wing and a prayer: Surgeons learning from the aviation industry. *J R Soc Med.* 2009;102(9):360-364. DOI: 10.1258/jrsm.2009.090139
13. Sexton B, Thomas E, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *BMJ.* 2000;320(7237):745-749. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.745
14. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q.* 1999;44(2):350-383. DOI: 10.2307/2666999
15. Kim S, Appelbaum NP, Baker N, Bajwa NM, Chu F, Pal JD, Cochran NE, Bochatay N. Patient Safety Over Power Hierarchy: A Scoping Review of Healthcare Professionals' Speaking-up Skills Training. *J Healthc Qual.* 2020;42(5):249-263. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000257
16. Weller JM, Long JA. Creating a climate for speaking up. *Br J Anaesth.* 2019;122(6):710-713. DOI: 10.1016/j.bja.2019.03.003
17. Wright DB, Mullen A, Gardner A. Does Student-Led Faculty Development Have A Place in Health Professions Education? *MedEdPublish.* 2019;8:34. DOI: 10.15694/mep.2019.000034.1
18. Forster M. "Ethnographic" thematic phenomenography: A methodological adaptation for the study of information literacy in an ontologically complex workplace. *J Doc.* 2019;75(2):349-365. DOI: 10.1108/JD-05-2018-0079
19. Stolz SA. Phenomenology and phenomenography in educational research: A critique. *Educ Phil Theor.* 2020;52(10):1077-1096. DOI: 10.1080/00131857.2020.1724088
20. Lo WL, Hsieh MC. Teaching communication skills: Using Gagne's model as an illustration. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 2019;32(1):19-25. DOI: 10.4103/tcmj.tcmj_59_19
21. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren MA. A phenomenographic approach to research in medical education. *Med Educ.* 2013;47(3):261-270. DOI: 10.1111/medu.12101
22. Amin MEK, Nørgaard LS, Cavaco AM, Witry MJ, Hillman L, Cernasev A, Desselle SP. Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Res Soc Adm Pharm.* 2020;16(10):1472-1482. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.02.005
23. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azizzadeh B, Lee YH. Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 2020;163(5):906-914. DOI: 10.1177/0194599820926105
24. Epstein RM, Street RL. Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med.* 2011;9(5):454-461. DOI: 10.1370/afm.1301

Korrespondenzadresse:

Beatrice B. Preti

Emory University, Department of Haematology & Medical Oncology, 1365 B Clifton Rd. NE, Bldg. B, Suite 4000, Office # 4209, Atlanta, GA 30322, USA
bpreti@qmed.ca

Bitte zitieren als

Preti BB, Browne CP, Sanatani MS, Watling CJ. "You're a trainee telling your consultant to hold their question until later": Using a resident-led faculty development workshop to explore trainee-consultant expertise role-reversal. *GMS J Med Educ.* 2025;42(5):Doc65. DOI: 10.3205/zma001789, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017893

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001789>

Eingereicht: 18.05.2024

Überarbeitet: 08.05.2025

Angenommen: 28.07.2025

Veröffentlicht: 17.11.2025

Copyright

©2025 Preti 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/>.