

There is no cheating death: A qualitative study of 4th year medical students' confrontations with death in their medical curriculum

Abstract

Importance and objective: All medical students are confronted with death during their medical curriculum. Despite this, too few qualitative studies have examined this reality's impact, the support provided by clinical supervisors and the theoretical instruction dedicated to this theme in the university curriculum. This study explores these issues and gives students an opportunity to express themselves, to improve their training and well-being during their pre-graduate.

Design/method: Qualitative study conducted via semi-structured interviews with 4th year medical students at the University of Fribourg engaged in clinical rotations in all the main medical specialties, with in-depth exploration of their experience with death, the support provided by their supervisors and the preparation provided by the university curriculum. A thematic analysis was conducted.

Findings: Five themes emerged: fantasies about death before the encounter, first encounters with death, need for a global approach, impact of clinical supervisors' skills and denial of death during training. Whether positive or negative, confronting death is often an intense experience for students. They value clinical supervisors who care about how they're feeling, which is all too rare. According to students, the curriculum absolutely needs to be improved to better prepare them for the reality on the ground.

Conclusion: This study highlights the intensity of students' experiences with death and enables us to propose necessary improvements to their support and training. We believe that students would benefit from a space in which to explore their experiences with death. This would enable them to develop better skills for supporting end-of-life patients and their loved ones, while enhancing their own resources.

Keywords: medical students, attitude to death, medical education, palliative care, qualitative research

Alicia Rey¹
Boris Cantin¹
Raphaël Bonvin²

1 Fribourg Hospital (HFR),
Palliative Care Center, Villars-sur-Glâne, Switzerland

2 University of Fribourg, Faculty
of Biology and Medicine,
Medical Education Unit,
Fribourg, Switzerland

Introduction

Inevitably, all medical students, regardless of future specialty, are confronted with death during their instruction. Whether it's a patient's actual death, the risk of death or their own anxieties about the topic, death is omnipresent in the clinical setting. Yet paradoxically, it is rarely addressed in the medical curriculum [1], [2], which has changed little in Switzerland in recent years. To our knowledge few qualitative studies have explored the impacts of students' early encounters with death [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12].

For some authors, this is the result of a medical culture of "death as a failure" rather than the natural outcome of life [11], [12]. While the day-to-day of any caregiver includes death and the fear that it instills, students often find their first experiences of death extremely intense [8], [10], [11], [13], [14], [15]. All too often, students' early

experiences are traumatic, particularly when clinical supervisors fail to provide the necessary support [11], [16]. This solitary "baptism by fire", endured with little theoretical and practical instruction, poses a significant risk of suffering in students [9], [11].

Yet students value instruction on end-of-life issues [17], [18], want more of it [19], [20] and rarely feel that they have had enough [11], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27].

These findings and the important lack of detailed data from students' point of view on this crucial topic prompted this study, whose goal is to provide a better understanding of students' experiences and needs with respect to death and the issues that surround it, both in terms of clinical practice and the development of their medical identity.

Table 1: Interview guide

What were your experiences of confronting death during your first clinical internship experiences?
What difficulties did you encounter in these experiences?
What resources have been helpful to you in dealing with these potentially emotionally strong experiences?
What support did you receive from your clinical supervisors or other health professionals at these times?
Do you feel that you could have been better accompanied or supported in order to better live this confrontation with death in a clinic? How?
Did you feel sufficiently prepared by your course of study to deal with these situations?
What do you think could be improved in the university curriculum to prepare you for these experiences?

Methodology

Study design and recruitment

This qualitative study uses a thematic analysis approach with a constructivist orientation and the ontological assumption that students can have a wide variety of experiences on this topic that are often intense and under-explored and require in-depth exploration. Given the study's design, the local ethics commission decided that the need for approval was waived. This study followed the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) reporting guideline [28] and the Consolidated criteria for REporting Qualitative studies (COREQ) [29].

Purposive sampling was performed to reflect the diversity of the experiences. AR and BC presented the research topic in person at the beginning of 2021 to fourth-year students of a six-year undergraduate medical program at the University of Fribourg who were invited to participate.

All participants signed a written consent form.

Data collection

Semi-structured face-to-face in-depth individual interviews were conducted by the principal investigator (AR, palliative care specialist and active in medical education at the University with no involvement in student assessment) at the palliative care center during fourth-year clinical rotations in the main medical specialties. Based on the existing literature and a discussion among the three investigators, the interview guide (see table 1) focused on three areas: students' experiences of confronting death in a clinical setting, the support their clinical supervisors provided, and preparation for these experiences via the curriculum before their clinical rotations. The interview guide was subsequently adapted as the interviews progressed.

The interviews were audio-recorded, anonymized (using aliases) and transcribed externally (verified by AR).

Data analysis

The three investigators (AR, RB expert in medical education and BC expert in palliative care, the last two with prior experience in qualitative research with publications) independently analyzed the interviews via inductive

thematic analysis [30], [31]. First, they performed iterative readings of the transcripts to become familiar with the data and structure it as codes by segmenting information. These initial codes were then analytically organized in subcategories and categories to develop themes of interest consistent with the dataset (verification performed by returning to source data by the three investigators). Lastly, the three authors discussed their codes, categories and themes on several occasions to reach a consensus and illustrated them with relevant quotes. This iterative analysis by investigators from different backgrounds broadens perspectives and reinforces the analysis's credibility and validity. They continually reflected on their own point of view and how it might influence the analysis and interpretation.

Results

The participants – 10 women and 4 men, all students from the same cohort – were interviewed from March to May 2021; interviews lasted an average of 60 minutes. The recruitment ended with 14 participants once data analysis of new interviews yielded no additional codes (saturation).

The thematic analysis yielded five themes (see table 2).

Fantasies about death before entering the clinical setting: A “sword of Damocles”

Students often anticipate their first experiences confronting death in the clinical setting, sometimes with curiosity or respect, sometimes with apprehension. Many wondered how they would react to a patient's death, some fearing being overcome with emotion.

“Until I experienced it, I felt a sword of Damocles over my head, something to be dreaded.” (Valentin)

They often share their apprehensions with their peers, including that they will not know how to behave prior to the death and that they may even be responsible for it.

First encounters with death: powerful, thought-provoking experiences

Far from being gloomy or terrifying, some experiences are described as beautiful, powerful and rewarding.

Table 2: Illustrative quotes from the different themes

Themes	Illustrative quote
Fantasies about death before entering the clinical setting: A “sword of Damocles”	“I get the impression that we all help one another prepare, because we all have the same apprehensions.” (Blue)
First encounters with death: powerful, thought-provoking experiences	“Accepting that dying some day is normal, that we can die so young – not that it’s normal, but that it happens – helps us better appreciate each day of the life we have.” (Mary)
Need for a holistic, person-centered approach to avoid fragmenting the patient	“What matters to me is the patient and the patient’s happiness. There’s no point in prolonging a life if the quality isn’t there. We need to find the right balance by taking the time to understand the patient’s values and life.” (Celine)
The impact of educators’ skills in dealing with death and supporting students	“We took a moment, and they asked each of us if we were okay. The clinical supervisor did really well. It felt to me that we were a team. We could see how the others felt about it and... That was really amazing. And I think it was good to dedicate some time to this issue.” (Camille)
Denial of death during training	“They don’t prepare us for this. They don’t talk to us much about death, about the fact that it’s part of the job. [...] I feel like there’s a denial of death. In medicine, in society, in... Shouldn’t we actually accommodate it?” (Valentin)

They believe that death is part of being a doctor and part of life. Provided that they are well experienced, encounters with death in the clinical setting are valued as important steps in the development of their medical identity, easier to experience as a trainee than as a young doctor with more responsibilities. This experience can be a source of questioning about the place death holds in medicine and about patients’ needs.

“I find that, during our studies, we focus on the good, but the good from whose perspective? What I learned is that the other person’s needs aren’t necessarily what we’d expect [...] it really made me think.” (Valentin)

Supporting the patient until death, the authenticity of the therapeutic bond and the care provided when curative possibilities have been exhausted are described as essential.

The death pronouncement is perceived not as a simple administrative task, but as a special moment between patient and physician.

Regarding communicating with patients and their loved ones, the participants shared their fears of hurting people with clumsy words or of feeling helpless.

They also spoke of experiences of sharing that were formative and meaningful. Discussions can be so intense that they wonder about the distance between doctors and patients. Participants talk about their need to keep feeling, while shielding themselves from overwhelming emotions, to maintain both personal balance and professionalism.

Other experiences are more difficult and often have more to do with what surrounds death than with the moment of death itself. Interactions with patients’ loved ones are

touching moments that evoke empathy and sometimes a feeling of identification.

“Often, the hardest part is the family, seeing the looks on their faces and sensing their emotions. I know that it is going to affect me.” (Paul)

Speaking with their peers, clinical supervisors and relatives is an important resource for adapting. The students also talked about personal reflection, the meaning attributed to the experiences, humor, leisure, repression and rationalization. The death experience seems to stay with students well beyond the hospital walls.

“My main resource was my roommates [...] I think I’ve told them about most of the times when a patient died. At least I had told someone... who understands.” (Olivia)

Some mention having to confront their own mortality, a potential source of anxiety, but also that they have significant positive and enriching existential thoughts. They mention that this aspect, if poorly experienced and not necessarily acknowledged, could explain some relationship problems observed among clinical supervisors, as well as the instances of therapeutic overkill also noted.

“Fear of getting it wrong, of not knowing how to do it. [...] Maybe also personally being afraid. Not having given death much thought, how would I feel? How can you understand a patient if you’ve never asked yourself that question?” (Celine)

Awareness of our own mortality can be meaningful, bringing us to appreciate life more, reassess our priorities and grow personally and professionally.

Need for a global, person-centered approach to avoid fragmenting the patient

The concepts of quality of life and holism are described as being fundamental, but they are poorly explored and integrated in the clinical setting.

Questions arise about the point or futility of certain treatments; given the degree of perceived suffering, some students even speak of “therapeutic overkill.” They complain that some clinical supervisors appear to see death as a failure to be avoided at all costs, displaying a sense of medical omnipotence, to the detriment of patients.

Students observed a failure to identify end-of-life situations, with negative consequences on the support patients and their families receive.

“He was no longer responding or moving. It was obvious to me that he was on his deathbed. And the doctor was still thinking, “I want to save this patient and if we’re lucky, he’ll thank us for it.” It’s sad. I actually thought to myself, “Ah, so this is what therapeutic overkill looks like.”” (Mary)

Without minimizing the satisfaction of solving medical problems, the students value their talks with patients for whom a cure or even more life isn’t possible or wanted. They mention the importance of respecting patients’ autonomy, knowing about their deepest values and fully understanding their situation to best support them as they face a grave illness and death.

They lament the lack of exploration of patients’ experiences and cite patient fragmentation and medical hyper-specialization as potential barriers to quality care. This can lead to a painful disconnect between the medical perspective and the needs of patients.

They described a sense of near dehumanization, as if it were sometimes more a matter of treating pathologies and organs than people with a life story, values and plans. In the face of death, we sometimes rediscover this sense of wholeness, as though it re-humanizes the patient.

“It seemed to me that they were being treated not as people, but as machines we want to get working again. But then suddenly, that patient who died became a real person again. That was touching. First, he was an object rather than a subject, but after death he became human again.” (Christine)

The impact of clinical supervisors’ skills in dealing with death and supporting students

Students report big differences in clinical supervisors’ attitudes toward death.

Some clinical supervisors are described as being involved, empathetic and equipped to support patients, which students who cite them as examples appreciate. But others seem uncomfortable with death and the patient’s

emotions, sometimes much more so than the students themselves.

“You can tell they’re not comfortable with the subject. They don’t know what to say, so they avoid it. I might not say the right thing, but at least I would say something. They just say NOTHING! That’s so frustrating!” (Céline)

Some describe the doctor’s lack of interest in the patient when death seems inevitable, as if it were someone else’s problem.

The support clinical supervisors provide students with also varies. They speak about positive experiences where they felt supported and about the need to discuss their experiences with death in a climate of trust.

“What it did for me was... huge, really. He prepared me, took the time to speak with me and reassure me. He dug a bit deeper: “How did you feel?” It did me so much good. While he didn’t really provide answers, he validated what I had felt, without judging.” (Valentin)

Because they are not always aware of their own need to share, they appreciate when clinical supervisors take the initiative.

“Talking about it was what made me realize that I had needed to talk about it. It was only later that I realized that I had come face to face with death.” (Maxime)

Yet their experiences too often remain unexplored, despite some of their early experiences being brutal.

“I exited the hospital and just bawled my eyes out. There were lots of people around me... doctors, families passing by... Nobody reacted. It was really shocking.” (Blue)

Denial of death during training

The students share their need to address the subject of death and the emotions that come with it, as they feel unprepared to deal with it in the clinical setting.

While valuing concrete experiences, they suggest how training could be improved. With the curriculum described as focusing primarily on differential diagnosis, solution-finding and technicality, they stress the importance of breaking the taboo surrounding death.

They feel the need to be clearly warned that they will have to face death and that it may summon up powerful emotions.

Discussion

These first experiences of confrontation with death occur early and are often very intense and a source of reflection for students. Support from supervisors is therefore extremely important and could be improved, as could teaching on this subject during studies. These points will be discussed here.

Although sometimes unsettling or painful, most students appreciate these discussions and the connection that can develop between patients confronted with death and

their physicians. Yet they note that these topics are not really covered in the theoretical curriculum or in clinical practice, a finding that is in line with the existing literature [8], [25]. They bemoan a certain dehumanization of medicine – while not systematic, it is a sad reality.

It seems essential for someone going into healthcare to reflect on life and death. We believe it is necessary to foster and strengthen students' "people skills" to improve their ability to support patients confronted with death.

The personal, existential component of encounters with death is mentioned, with thoughts on the meaning of life, as well as the taboo surrounding death. Encountering death in a clinical setting does not always go hand in hand with being able to discuss it comfortably.

It is worth noting that students confronted with death for the first time in their careers seem to experience very powerful emotions, while also reflecting rather deeply on the matter. At the same time, they are aware of a degree of emotional blunting among some of their senior colleagues. What assumptions could be made about their experience with death as they evolve over time? Over the long term, being repeatedly confronted with suffering and death might be too painful to experience fully. The students raise the notion of distance, whether positive (protective) or negative (harmful defense mechanism). In our opinion, this emotional distancing is not without danger: as the emotions have not been acknowledged, the distancing is often unconscious. This might be due to a medical culture that rarely legitimizes the professional's emotional experience and sometimes even goes as far as to consider it a weakness unworthy of a physician. Most students we met with disagree with this view and, to the contrary, appreciate having their experiences explored and validated by their clinical supervisors.

Regarding the role of supervisors, we note that the most positive accounts share not only the very human support provided to the patient, but also the clinical supervisor's consideration of the student's emotional experience. Support for the student is indeed an essential resource when dealing with death in a clinical setting [4], [5], [6], [9], [32], [33], [34]. Even when the situation does not call for an in-depth discussion, students appreciate having a climate of openness and clinical supervisors who initiate the discussion, especially given that students can be hesitant about raising this delicate subject on their own. The critical importance of this approach can be understood by comparing the various narratives and how they affect the role model. How the clinical supervisor supports a student's encounter with death can make the difference between a long-lasting trauma, sometimes going so far as to call into question one's choice of profession, and an enriching experience with a consequent impact on the development of the student's medical identity.

Regarding training, we believe that better preparing students for their encounters with death would have a significant positive impact on the care afforded patients and their loved ones, not to mention students' well-being. Some authors have already demonstrated that young

physicians do not feel sufficiently prepared at the start of their careers [35].

As far as theoretical training is concerned, both quantitative and qualitative progress seems possible, an observation also supported by the World Health Organization [36]. This topic is rarely discussed, and when it is, it is almost exclusively during the rare course given on palliative care, as if this setting was the only one in which death occurs. In truth, death occurs everywhere in medicine, much more often than students expect. We believe that this cross-cutting issue would benefit from clearer messages, as shown in table 2. In our view, this should be a cross-cutting theme that is addressed in all medical specialties where death may be an outcome. Not mentioning it as one possible outcome among others gives students a partial and distorted image of clinical reality. In the different Swiss medical schools, questions about life and death are mainly addressed in palliative care and ethics courses, which account for a few hours of the entire curriculum (depending on the university), with the first contact with patients facing death taking place in 4th year at the latest.

Although vital, theoretical learning cannot replace personal experience. We could consider providing opportunities to share experiences, emotions and thoughts with identified senior physicians prepared to play an active role.

Simulations that allow students to practice their communication skills regarding end-of-life issues including debriefing that stimulates reflection on the subject of death also seem effective [27], [37], [38]. Self-awareness and self-reflection are also considered important elements that can be developed to support self-care when encountering death [33].

Opportunities for students to speak with patients (or their loved ones) confronted with death could also be an interesting option, as would palliative care immersion courses [39], [40], [41], [42].

The students' rich narrative clearly shows that the support they receive needs to be improved (see table 3).

This is a delicate issue in which clinical supervisor's experience does not always equate with being comfortable with death. Admitting one's own vulnerability can be difficult, especially in an environment where a physician's emotions are sometimes seen as weaknesses. However, we believe that being able to speak openly about death would benefit everyone. Discussing it among professionals could be a first step toward greater ease talking about it with patients, who overwhelmingly appreciate feeling that they are welcome to speak freely on this issue [43].

Strengths and limitations

To our knowledge, this is the first qualitative study to explore all at once, through in-depth interviews, the experiences of medical students confronted with death, the support they receive and the preparation they receive through theoretical training on this issue.

Voluntary participation can lead to selection bias (ease of expression about death and emotions, interest). Also,

Table 3: Key messages about death in the clinical setting, inspired by student accounts and the literature [10], [36], [44], [45], [46], [47]

Death is part of being a doctor and part of life. It cannot always be delayed, and when that is the case, quality support and care are recognized as a fundamental right by the WHO.
Every doctor, regardless of specialty, has a responsibility to support patients facing death. Only a very few patients require specialized palliative care.
The interpersonal skills needed for this support are not innate and need to be developed, taught and valued to better prepare students.
Students often have their first professional experience with death during their pre-graduate internships. Their experiences are often intense and need to be acknowledged. They appreciate having an opportunity to express themselves on this issue and particularly value their discussions with their clinical supervisors, particularly when these discussions take place in a climate of trust and sharing.
Students often have a positive opinion of clinical supervisors who acknowledge and verbalize their own emotions, seeing them as role models in the development of their own medical identity.

the participants hail from the same academic program. To gain a deeper understanding of the topic, further research is needed.

Conclusion

For better or for worse, the inevitable experiences of students confronted with death in a professional context appear to be very intense. While potentially formative and enriching, they can also be painful and even traumatic. Receiving careful, individualized support from clinical supervisors is one of the key elements that make these experiences positive for students, a finding consistent with those of other studies [8], [10]. Unfortunately, this does not always occur and the accounts of many students have convinced us that improvements are needed. Students also appreciate having the issues of death, support for patients and their loved ones, and their own emotions addressed as part of the university curriculum – this observation provides some insight into possible improvements in training. This study highlights the importance of providing an open and caring space in which students can express their feelings. We are convinced that it is also the responsibility of supervisors to offer them this space, in both an informal and structured way. This contributes to their quality of life during their studies and can have a significant impact on the development of their professional identity.

We believe it is essential to reconsider how we, as health professionals, view death. Often perceived as a failure, death can create a feeling of helplessness among the physicians who have trouble accepting it, as they consider their mission to be saving lives at all costs. We sometimes seem to have forgotten that, despite incredible advances in medicine, death is still a part of life that concerns us all as humans. So as physicians, what kind of space are we prepared to create for death?

Notes

Author contributions

Alicia Rey had full access to all the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

- Concept and design: Rey, Cantin, Bonvin
- Acquisition, analysis, or interpretation of data: Rey, Cantin, Bonvin
- Drafting of the manuscript: Rey
- Critical revision of the manuscript for important intellectual content: Cantin, Bonvin
- Administrative, technical, or material support: Bonvin
- Supervision: Cantin, Bonvin

Authors' ORCIDs

- Alicia Rey: [0009-0006-9116-9056]
- Raphaël Bonvin: [0000-0001-9322-2494]

Data management and sharing

To protect participants' privacy, transcripts will not be shared. However, supplementary material may be made available from the first author upon request.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the participants, David Shotlander for the professional translation and Prof. Christine Cedraschi for her help.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, Zulian G. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. *Palliat Med*. 2008;22(6):730-735. DOI: 10.1177/0269216308094560
- Wass H. A perspective on the current state of death education. *Death Stud*. 2004;28(4):289-308. DOI: 10.1080/07481180490432315
- Batley NJ, Bakhti R, Chami A, Jabbour E, Bachir R, El Khuri C, Mufarrrij AJ. The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):110. DOI: 10.1186/s12909-017-0945-9
- Boland JW, Dikomitis L, Gadoud A. Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(4):486-492. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001110
- Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ*. 2010;44(4):421-428. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03603.x
- Pessagno R, Foote CE, Aponte R. Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. *Omega (Westport)*. 2014;68(3):207-228. DOI: 10.2190/om.68.3.b
- Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med*. 2005;80(7):641-647. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00006
- Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, Arnold RM. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med*. 2005;80(7):634-640. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00005
- Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2016;16:108. DOI: 10.1186/s12909-016-0631-3
- Trivate T, Dennis AA, Sholl S, Wilkinson T. Learning and coping through reflection: exploring patient death experiences of medical students. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):451. DOI: 10.1186/s12909-019-1871-9
- Wear D. "Face-to-face with It": medical students' narratives about their end-of-life education. *Acad Med*. 2002;77(4):271-277. DOI: 10.1097/00001888-200204000-00003
- Felber SJ, Guffi T, Brem BG, Schmitz FM, Schnabel KP, Guttormsen Schär S, Eychmüller S, Zambrano SC. Talking about dying and death: Essentials of communicating about approaching death from the perspective of major stakeholders. *Palliat Support Care*. 2024;22(5):1199-1208. DOI: 10.1017/S1478951523001621
- Barton D. The need for including instruction on death and dying in the medical curriculum. *J Med Educ*. 1972;47(3):169-175. DOI: 10.1097/00001888-197203000-00002
- Santen S, Bartlett E, Mukhtar N. First death. *Acad Emerg Med*. 2007;14(9):825-826. DOI: 10.1197/j.aem.2007.03.1352
- Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliat Med*. 2005;8(2):372-381. DOI: 10.1089/jpm.2005.8.372
- Haglund ME, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, Charney DS. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med*. 2009;84(2):258-268. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31819381b1
- Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*. 2008;22(3):264-269. DOI: 10.1177/0269216307086520
- Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. *J Cancer Educ*. 1994;9(2):77-81. DOI: 10.1080/08858199409528275
- Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, Soethout MB, Onwuteaka-Philipsen BD. Education on end-of-life care in the medical curriculum: students' opinions and knowledge. *J Palliat Med*. 2010;13(4):381-387. DOI: 10.1089/jpm.2009.0291
- Jiang X, Liao Z, Hao J, Guo Y, Zhou Y, Ning L, Baio J, Zhang P, Tang C, Zhao X, Guo H. Palliative care education in China: insight into one medical university. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4):796-800. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.012
- Black D, Hardoff D, Nelki J. Educating medical students about death and dying. *Arch Dis Child*. 1989;64(5):750-753. DOI: 10.1136/adc.64.11.1643
- Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med*. 1998;73(4):418-422. DOI: 10.1097/00001888-199804000-00015
- Tan A. Medical students and dying patients. *Virtual Mentor*. 2013;15(12):1027-1033. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.12.ecas3-1312
- MacKenzie AR, Lasota M. Bringing Life to Death: The Need for Honest, Compassionate, and Effective End-of-Life Conversations. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2020;(40):476-484. DOI: 10.1200/EDBK_279767
- Cavalcinta de Siqueira ME, Mergulhão LM, Sant'Anna Pires RF, de Pádua Walfrido Jordán A, Barbosa LN. Attitude to death and opinion of medical students on the top training. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(4):e140. DOI: 10.1590/1981-5271v46.4-20210459.ING
- Keleş Ş, Gül Ş, Yıldız A, Karabulut SD, Eren H, İskender MD, Baykara ZG, Yalın NY. Ethical Discourse of Medical Students on the Phenomenon of Death: A Qualitative Study. *Omega (Westport)*. 2023;87(1):146-176. DOI: 10.1177/00302228211014772
- Wells G, Llewellyn C, Hiersche A, Minton O, Barclay D, Wright J. Care of the dying - medical student confidence and preparedness: mixed-methods simulation study. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(e2):e1968-e1975. DOI: 10.1136/spcare-2022-003698
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publ; 2007.

32. Ho CY, Kow CS, Chia CH, Low JY, Lai YH, Lauw SK, How AE, Tan LH, Ngiam XL, Chan NP, Kuek TY, Kamal NH, Chia JL, Bin Hanifah Marican Abdurrahm A, Chiam M, Ong YT, Chin AM, Toh YP, Manson S, Krishna LK. The impact of death and dying on the personhood of medical students: a systematic scoping review. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):516. DOI: 10.1186/s12909-020-02411-y
33. Felber SJ, Zambrano SC, Guffi T, Schmitz FM, Brem BG, Schnabel KP, Guttormsen S, Eychmüller S. How to talk about dying? The development of an evidence-based model for communication with patients in their last days of life and their family caregivers. *PEC Innov.* 2024;5:100309. DOI: 10.1016/j.pecinn.2024.100309
34. Parry M, Jones B, Churcher C. End-of-life simulation: a cross-field evaluation in an undergraduate nursing programme. *Int J Palliat Nurs.* 2022;28(8):388-395. DOI: 10.12968/ijpn.2022.28.8.388
35. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ.* 2011;45(4):389-399. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x
36. World Health Organization. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
37. Bansal A, Monk A, Norman M, Fingas S. Improving medical students' confidence in end-of-life consultations. *Clin Teach.* 2020;17(6):705-710. DOI: 10.1111/tct.13214
38. Nordström A, Fjellman-Wiklund A, Grysell T. Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students. *BMC Med Educ.* 2011;11:74. DOI: 10.1186/1472-6920-11-74
39. Shunkwiler SM, Broderick A, Stansfield RB, Rosenbaum M. Pilot of a hospice-based elective to learn comfort with dying patients in undergraduate medical education. *J Palliat Med.* 2005;8(2):344-353. DOI: 10.1089/jpm.2005.8.344
40. Mott ML, Gorawara-Bhat R, Marschke M, Levine S. Medical students as hospice volunteers: reflections on an early experiential training program in end-of-life care education. *J Palliat Med.* 2014;17(6):696-700. DOI: 10.1089/jpm.2013.0533
41. Hawes AM. The Spectrum of Deaths Encountered by a Young Learner. *JAMA.* 2020;323(22):2260-2261. DOI: 10.1001/jama.2020.7083
42. Sampath R. Always More to Be Done. *JAMA.* 2020;324(21):2159-2160. DOI: 10.1001/jama.2020.22783
43. Zweers D, de Graeff A, Duijn J, de Graaf E, Witteveen PO, Teunissen SC. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(11):947-954. DOI: 10.1177/1049909119846844
44. Gott M, Frey R, Raphael D, O'Callaghan A, Robinson J, Boyd M. Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliat Care.* 2013;12:15. DOI: 10.1186/1472-684X-12-15
45. Meffert C, Rücker G, Hatami I, Becker G. Identification of hospital patients in need of palliative care—a predictive score. *BMC Palliat Care.* 2016;15:21. DOI: 10.1186/s12904-016-0094-7
46. To TH, Greene AG, Agar MR, Currow DC. A point prevalence survey of hospital inpatients to define the proportion with palliation as the primary goal of care and the need for specialist palliative care. *Intern Med J.* 2011;41(5):430-433. DOI: 10.1111/j.1445-5994.2011.02484.x
47. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, Csikos A, Ruiz-Ramons M, Cardenas-Turanzas M, Rhee YJ, Teno J, Öhlén J, Deliens L, Houttekier D, Cohen J. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med.* 2017;31(6):526-536. DOI: 10.1177/0269216316671280

Corresponding author:

Alicia Rey
Fribourg Hospital (HFR), Palliative Care Center, Avenue Jean-Paul II 12, CH-1752 Villars-sur-Glâne, Switzerland
alicia.rey@h-fr.ch

Please cite as

Rey A, Cantin B, Bonvin R. There is no cheating death: A qualitative study of 4th year medical students' confrontations with death in their medical curriculum. *GMS J Med Educ.* 2025;42(1):Doc4. DOI: 10.3205/zma001728, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017285

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001728>

Received: 2023-03-28

Revised: 2024-08-14

Accepted: 2024-09-18

Published: 2025-02-17

Copyright

©2025 Rey 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/>.

Der Tod lässt sich nicht betrügen: Eine qualitative Studie über die Konfrontation von Medizinstudierenden im 4. Studienjahr mit dem Tod

Zusammenfassung

Bedeutung und Ziel: Alle Medizinstudierenden werden während ihres Studiums irgendwann mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert. Dennoch wurden bisher die Auswirkungen dieser Realität, die Unterstützung durch die klinischen Betreuer und die Qualität der theoretischen Ausbildung zu diesem Thema im universitären Lehrplan kaum untersucht. Diese Studie geht der Thematik mit dem Ziel nach, die Vorbereitung auf diese existenzielle Thematik und das Befinden der Studierenden dabei zu verbessern und gibt ihnen die Möglichkeit, sich selbst dazu zu äußern.

Methode: Es handelt sich um eine qualitative Studie mittels semi-strukturierten Interviews mit Medizinstudierenden im 4. Studienjahr an der Universität Fribourg, welche im Rahmen der Rotationspraktika in allen klinischen Hauptfächern tätig sind. Dabei wurden ihre Erfahrungen mit Sterben und Tod, die angebotene Unterstützung durch ihre Supervisoren und die Vorbereitung darauf im Rahmen des Studienplans eingehend untersucht. Es erfolgte eine nach Themenschwerpunkten aufgebaute Analyse.

Ergebnisse: Folgende fünf Themenbereiche wurden behandelt: Fantasien betreffend Sterben und Tod vor dem konkreten Erleben, die erste Begegnung mit dem Tod, die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, der Einfluss der Fähigkeiten der klinischen Supervisoren im Umgang mit dem Thema und die Tabuisierung des Todes während der Ausbildung. Ob positiv oder negativ, die Konfrontation mit dem Tod ist in der Regel eine intensive Erfahrung für die Studierenden. Sie schätzen klinische Supervisoren, welche sich um ihr persönliches Befinden kümmern, was leider viel zu selten der Fall ist. Nach Ansicht der Studierenden sollte der Lehrplan unbedingt angepasst werden, um sie besser auf die Realität betreffend die Omnipräsenz von Tod und Sterben in der Medizin vorzubereiten.

Schlussfolgerung: Diese Studie zeigt auf, wie intensiv die Erfahrungen Medizinstudierender mit dem Tod häufig sind und welche Möglichkeiten die Autoren betreffend deren Support und Verbesserungen in der Ausbildung sehen. Wir sind überzeugt, dass die Studierenden davon profitieren würden, wenn ihren Erfahrungen mit dem Tod mehr Raum gegeben wird. Dies würde ihnen ermöglichen, ihre Fähigkeiten für die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen zu verbessern und gleichzeitig eigene Ressourcen im Umgang mit emotional herausfordernden Situationen zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Medizinstudierende, Einstellung zum Tod, medizinische Ausbildung, Palliativpflege, qualitative Forschung

Alicia Rey¹

Boris Cantin¹

Raphaël Bonvin²

1 Krankenhaus Fribourg (HFR),
Palliativzentrum Fribourg,
Villars-sur-Glâne, Schweiz

2 Universität Fribourg,
Mathematisch-
Naturwissenschaftliche und
Medizinische Fakultät,
Medizinische Abteilung,
Fribourg, Schweiz

Einleitung

Alle Medizinstudenten werden während ihrer Ausbildung unweigerlich mit dem Tod konfrontiert, unabhängig von ihrem künftigen Fachgebiet. Ob es sich nun um den tatsächlichen Tod eines Patienten, das allgemeine Sterberisiko oder eigene Ängste vor dem Tod handelt – der Tod ist im klinischen Umfeld allgegenwärtig. Doch paradoxerweise werden Tod und Sterben im medizinischen Lehrplan, der in der Schweiz diesbezüglich in den letzten Jahren kaum Anpassungen erfuhr, selten thematisiert [1], [2]. Unserer Kenntnis nach haben nur wenige qualitative Studien die Auswirkungen der frühen Konfrontation Medizinstudierender mit dem Tod untersucht [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12].

Für einige Autoren ist dies das Ergebnis einer Medizinkultur, die den Tod eher als „Versagen“ und nicht als natürlichen Ausgang des Lebens betrachtet [11], [12]. Während der Tod und die Furcht davor zum Alltag jeder Pflegeperson gehören, erleben Studierende ihre ersten Erfahrungen mit dem Tod emotional oft sehr intensiv [8], [10], [11], [13], [14], [15]. Allzu oft sind die ersten Erfahrungen der Studenten traumatisch, vor allem, wenn die klinischen Supervisoren nicht die notwendige Unterstützung anbieten [11], [16]. Diese einsame „Feuertaufe“ ohne ausreichende theoretische und praktische Anleitung birgt ein erhebliches Risiko an seelischer Belastung [9], [11].

Studierende schätzen daher die Begleitung im Umgang mit Fragen zum Lebensende [17], [18] wünschen sich mehr davon [19], [20] und fühlen sich selten ausreichend darauf vorbereitet [11], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27].

Diese Erkenntnisse und das Fehlen von Daten aus der Sicht der Studierenden zu diesem wichtigen Thema gaben Anstoss zu dieser Studie. Deren Ziel ist es, ein besseres Verständnis der Erfahrungen und Bedürfnisse der Studierenden in Bezug auf den Umgang mit dem Tod und die damit in Zusammenhang stehenden Fragen zu erlangen. Dies sowohl im Hinblick auf die klinische Praxis als auch auf die Entwicklung der eigenen ärztlichen Identität.

Methodik

Studiendesign und Rekrutierung

In dieser qualitativen Studie wurde ein thematischer Analyseansatz mit konstruktivistischer Ausrichtung und der ontologischen Annahme verwendet, dass Studierende eine Vielzahl von Erfahrungen zu diesem Thema machen können, die oft intensiv und zu wenig erforscht sind. In Anbetracht des Studiendesigns entschied die lokale Ethikkommission, dass keine Genehmigung erforderlich ist. Diese Studie folgte den Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) [28] und den Consolidated criteria for Reporting Qualitative studies (COREQ) [29]. Es wurde eine gezielte Auswahl getroffen, um die Vielfalt der Erfahrungen widerzuspiegeln. AR und BC stellten das Forschungsthema Anfang 2021 den Studierenden des

vierten Studienjahres eines sechsjährigen medizinischen Grundstudiums an der Universität Freiburg persönlich vor, und sie wurden zur Teilnahme eingeladen.

Alle Teilnehmer unterzeichneten eine schriftliche Einverständniserklärung.

Datenerhebung

Die Studienleiterin AR, Fachärztin für Palliativmedizin und in der medizinischen Ausbildung an der Universität (ohne Zuständigkeit für die Beurteilung der Studierenden) tätig, führte im Palliativzentrum halbstrukturierte Einzelinterviews mit Studenten und Studentinnen während der klinischen Rotationen des vierten Studienjahres. Auf Grundlage der vorhandenen Literatur und einer Diskussion zwischen den drei Untersuchern konzentrierte sich der Interviewleitfaden (siehe Tabelle 1) auf drei Bereiche: Die Erfahrungen der Studierenden mit der Konfrontation mit dem Tod im klinischen Umfeld, die Unterstützung durch ihre klinischen Supervisoren und die theoretische Vorbereitung auf diese Erfahrungen im Rahmen des Curriculums vor den klinischen Praktika. Der Interviewleitfaden wurde im Laufe der Gespräche angepasst.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, anonymisiert (unter Verwendung von Pseudonymen) und extern transkribiert (überprüft durch AR).

Auswertung der Daten

Die drei Untersucher (AR, RB, Experte für medizinische Ausbildung, und BC, Experte für Palliativmedizin, die letzten beiden mit vorhandener Erfahrung in qualitativer Forschung und mit Veröffentlichungen) analysierten die Interviews unabhängig voneinander mittels induktiver thematischer Analyse [30], [31]. Zunächst lasen sie die Transkripte iterativ, um sich mit den Daten vertraut zu machen und sie durch Segmentierung der Informationen als Codes zu strukturieren. Diese anfänglichen Codes wurden dann analytisch in Unterkategorien und Kategorien geordnet, um Themen von Interesse zu entwickeln, die mit dem Datensatz übereinstimmen (Überprüfung durch die drei Autoren durch Rückbezug auf die Quelldaten). Schließlich diskutierten die drei Autoren ihre Codes, Kategorien und Themen wiederholt, um einen Konsens zu erzielen, und illustrierten sie mit passenden Zitaten. Dieses Vorgehen der iterativen Analyse durch Untersucher mit unterschiedlichem Hintergrund erweitert die Perspektive und erhöht die Glaubwürdigkeit und Gültigkeit der Analyse. Die Untersucher reflektierten dabei kontinuierlich ihren eigenen Standpunkt und dessen Einfluss auf die Analyse und Interpretation.

Ergebnisse

Die Teilnehmer – 10 Frauen und 4 Männer, alles Studierende desselben Jahrgangs – wurden von März bis Mai 2021 befragt; die Interviews dauerten durchschnittlich 60 Minuten. Die Rekrutierung endete mit 14 Teilnehmern,

Tabelle 1: Interviewleitfaden

Was waren Ihre Erfahrungen bei der Konfrontation mit dem Tod während Ihrer ersten Erfahrungen im klinischen Praktikum?
Auf welche Schwierigkeiten sind Sie dabei gestoßen?
Welche Ressourcen waren für Sie hilfreich, um mit diesen potenziell emotional starken Erfahrungen umzugehen?
Welche Unterstützung haben Sie in dieser Zeit von Ihren klinischen Betreuern oder anderen medizinischen Fachkräften erhalten?
Haben Sie das Gefühl, dass Sie besser begleitet oder unterstützt hätten werden können, um diese Konfrontation mit dem Tod in einer Klinik besser zu erleben? Inwiefern?
Fühlten Sie sich durch Ihr Studium ausreichend vorbereitet, um mit diesen Situationen umzugehen?
Was könnte Ihrer Meinung nach im Studienplan verbessert werden, um Sie auf diese Erfahrungen vorzubereiten?

da die Datenanalyse neuer Interviews keine zusätzlichen Codes ergab (Sättigung). Die thematische Analyse ergab fünf Themen (siehe Tabelle 2).

Fantasien über den Tod vor Eintritt in das klinische Umfeld: Ein „Damoklesschwert“

Studierende sehen ihren ersten Erfahrungen mit dem Tod im klinischen Kontext oft mit Neugier oder Respekt, manchmal aber auch mit Besorgnis entgegen. Viele fragen sich, wie sie auf den Tod eines Patienten reagieren würden, einige fürchten, von Emotionen überwältigt zu werden.

„Bis ich es selbst erlebt habe, hatte ich das Gefühl, dass ein Damoklesschwert über meinem Kopf schwebt, etwas, das man fürchten muss.“ (Valentin)

Oft teilen sie ihre Befürchtungen mit ihren Kommilitonen auch, dass sie nicht wissen, wie sie sich in Angesicht des Todes verhalten sollen, und dass sie möglicherweise sogar dafür verantwortlich sind.

Erste Begegnungen mit dem Tod: Intensive, nachdenklich stimmende Erfahrungen

Weit davon entfernt düster oder erschreckend zu sein, werden die Erfahrungen auch als schön, kraftvoll und bereichernd beschrieben.

Die Studierenden formulierten, dass der Tod zum Arztberuf und zum Leben dazu gehört. Die Begegnung mit dem Tod im klinischen Umfeld wird als wichtiger Schritt in der Entwicklung der ärztlichen Identität gewertet, der im Rahmen des Studiums einfacher gelinge, als während der Assistenzzeit, die mit mehr Verantwortungen einhergeht. Dies unter Voraussetzung einer guten Vorbereitung darauf. Die Erfahrung könne dazu führen, dass der Stellenwert des Todes in der Medizin und die Bedürfnisse der Patienten hinterfragt werden.

„Ich stelle fest, dass wir uns während des Studiums uns auf das Gute konzentrieren, aber das Gute aus wessen Sicht? Was ich gelernt habe ist, dass die Be-

dürfnisse der Anderen nicht unbedingt unseren Erwartungen entsprechen [...] Das hat mich wirklich nachdenklich gemacht.“ (Valentin)

Die Unterstützung des Patienten bis zum Tod, die Authentizität der therapeutischen Beziehung, wenn die kurativen Möglichkeiten erschöpft sind, und die individuelle und ganzheitliche Betreuung werden als wesentliche Elemente beschrieben.

Die Erklärung des Todes wird nicht als einfache administrative Aufgabe wahrgenommen, sondern als ein besonderer Moment.

In Bezug auf die Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen berichteten die Teilnehmer von ihren Ängsten, Menschen mit ungeschickten Worten zu verletzen oder sich überfordert zu fühlen.

Sie äusserten auch, dass das Teilen von Erfahrungen für sie prägend und bedeutungsvoll war. Diskussionen könnten so intensiv sein, dass sie sich über die Distanz zwischen Ärzten und Patienten wunderten. Die Teilnehmer berichteten von ihrem Bedürfnis, einerseits mitzufühlen und sich andererseits selber vor sie überwältigenden Emotionen zu schützen, um sowohl das persönliche Gleichgewicht als auch die Professionalität wahren zu können.

Andere machten schwierigere Erfahrungen, welche oft mehr mit dem zu tun hatten, was den Tod umgibt, als mit dem Moment des Todes selbst. Die Interaktion mit den Angehörigen der Patienten sei ein bewegender Moment, der Empathie und teilweise auch ein Gefühl der Identifikation hervorrufe.

„Oft ist der schwierigste Teil, die Familie und ihre Gesichtsausdrücke zu sehen und ihre Emotionen zu spüren. Ich weiß, dass es mich berühren wird.“ (Paul)

Das Gespräch mit Kommilitonen, klinischen Supervisoren und Bezugspersonen ist eine wichtige Ressource für die Bewältigung. Die Studierenden erwähnten auch die persönliche Reflexion u.a. der Bedeutung, welche den Erfahrungen grundsätzlich beigemessen wird, Humor, den Ausgleich in der Freizeit und Verdrängung bzw. Rationalisierung. Die Erfahrung des Todes scheint die Studierenden weit über die Krankenhausmauern hinaus zu begleiten.

„Meine wichtigste Ressource waren meine Mitbewohner [...] Ich denke, ich habe ihnen von den meisten

Tabelle 2: Zitate zur Veranschaulichung der verschiedenen Themen

Themen	Illustratives Zitat
Fantasien über den Tod vor dem Eintritt in das klinische Umfeld: „Ein Damoklesschwert“	„Ich habe den Eindruck, dass wir uns gegenseitig helfen uns vorzubereiten, weil wir alle die gleichen Befürchtungen haben.“ (Blue)
Erste Begegnungen mit dem Tod: Intensive, nachdenklich stimmende Erfahrungen	„Zu akzeptieren, dass es normal ist, eines Tages zu sterben und dass wir so jung sterben können – nicht dass es normal ist, sondern dass es passiert – hilft uns, jeden Tag unseres Lebens mehr zu schätzen.“ (Mary)
Notwendigkeit eines umfassenden, personenzentrierten Ansatzes, um ein fragmentiertes Verständnis des Patienten zu vermeiden	„Was für mich zählt, sind der Patient und das Glück des Patienten. Es macht keinen Sinn, ein Leben zu verlängern, wenn die Qualität nicht mehr da ist. Wir müssen die richtige Balance finden, indem wir uns Zeit nehmen, die Werte und das Leben des Patienten zu verstehen.“ (Céline)
Der Einfluss der Fähigkeiten der klinischen Supervisoren im Umgang mit dem Tod und zur Unterstützung der Studierenden	„Wir haben einen Moment innegehalten, und sie haben jeden von uns gefragt, ob es uns gut geht. Unser Supervisor hat das wirklich gut gemacht. Ich hatte das Gefühl, dass wir ein Team waren. Wir konnten sehen, wie es den anderen dabei ging, und... das war wirklich erstaunlich. Und ich denke, es war gut, dem Thema etwas Zeit zu widmen.“ (Camille)
Verleugnung des Todes während der Ausbildung	„Sie bereiten nicht darauf vor. Sie sprechen nicht viel mit uns über den Tod, darüber, dass es Teil des Jobs ist. [...] Ich habe das Gefühl, dass der Tod verleugnet wird. In der Medizin, in der Gesellschaft, in... Sollten wir es nicht wirklich akzeptieren?“ (Valentin)

Malen erzählt, als ein Patient gestorben ist. Wenigstens habe ich es jemandem erzählt, der Verständnis zeigte.“ (Olivia)

Einige erwähnten, dass sie sich mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert sahen, was potenziell Ängste wecke, aber auch auf positive und bereichernde Weise Existenzfragen aufwerfe. Sie erwähnten, dass dieser Aspekt, wenn er negativ erlebt und nicht gewürdigt wird, Beziehungsprobleme bei den klinischen Supervisoren erklären könnte, ebenso wie Fälle von Übertherapie.

„Die Angst, etwas falsch zu machen und nicht zu wissen, wie man es macht. [...] Vielleicht ist es auch eine persönliche Furcht. Wie werde ich mich fühlen, da ich dem Tod bisher nicht viel Beachtung schenkte? Wie kann man einen Patienten verstehen, wenn man sich diese Frage nie gestellt hat?“ (Céline)

Das Bewusstsein für unsere eigene Sterblichkeit kann wichtig sein und uns dazu bringen, das Leben mehr zu schätzen, unsere Prioritäten neu zu setzen und persönlich und beruflich daran zu wachsen.

Notwendigkeit eines umfassenden, personenzentrierten Ansatzes, um ein fragmentiertes Verständnis des Patienten zu vermeiden

Konzepte von Lebensqualität und Ganzheitlichkeit werden zwar als grundlegend beschrieben, im klinischen Kontext jedoch unzureichend untersucht und integriert.

Es stellen sich die Frage nach dem Sinn oder der Vergeblichkeit bestimmter Behandlungen; angesichts des wahrgenommenen Leidens sprachen einige Studierende sogar von „Übertherapierung“. Sie beschwerten sich, dass einige der klinische Begleiter den Tod als Versagen betrachten würden, das um jeden Preis vermieden werden muss, und sie dabei zum Nachteil der Patienten ein Gefühl medizinischer Allmacht an den Tag legen. Die Studierenden beobachteten, dass das nahende Lebensende teilweise nicht erkannt werde, was sich negativ auf die Unterstützung der Patienten und ihre Familien auswirke.

„Er reagierte nicht mehr und bewegte sich nicht. Es war für mich offensichtlich, dass er im Sterben lag. Und der Arzt dachte immer noch: „Ich will diesen Patienten retten, und wenn wir Glück haben, wird er uns dafür danken“. Das ist traurig. Ich dachte mir: „Ah, so sieht also Übertherapierung aus.““ (Mary)

Ohne die Befriedigung schmälern zu wollen, medizinische Probleme zu lösen schätzten die Studenten ihre Gespräche mit Patienten, für die eine Heilung oder eine Lebensverlängerung nicht möglich oder wünschenswert ist. Sie erwähnten die Bedeutung der Würdigung der Autonomie der Patienten, der Kenntnis ihrer Grundwerte und eines ganzheitlichen Verständnisses ihrer Situation, um sie angesichts einer schweren Krankheit und des Todes bestmöglich unterstützen zu können.

Sie kritisierten die fehlende Exploration der Erfahrungen der Patienten und führten die Fragmentierung der Patientenversorgung und die medizinische Überspezialisierung als mögliche Hindernisse für eine qualitativ hochwertige

Betreuung auf. Dies könne zu einer schmerzhaften Diskrepanz zwischen der ärztlichen Perspektive und den Bedürfnissen der Patienten führen.

Sie beschrieben ein Gefühl der Beinahe-Entmenschlichung, als ob es manchmal mehr um die Behandlung von Pathologien und Organen gehe, als um Menschen mit einer Lebensgeschichte, Werten und Plänen. Angesichts des Todes tauche dieses Gefühl der Ganzheitlichkeit wieder auf, als würde der Patient wieder zum Menschen.

„Ich hatte den Eindruck, dass sie nicht als Menschen behandelt werden, sondern als Maschinen, die wir wieder zum Laufen bringen möchten. Aber dann wurde dieser Patient, der gestorben war, plötzlich wieder ein richtiger Mensch. Das war berührend. Zuerst war er eher ein Objekt als ein Subjekt, aber nach dem Tod wurde er wieder ein Mensch.“ (Christine)

Der Einfluss der Fähigkeiten der klinischen Supervisoren im Umgang mit dem Tod und zur Unterstützung der Studierenden

Die Studierenden berichteten von großen Unterschieden in der Haltung der klinischen Supervisoren betreffend den Tod.

Einige klinische Supervisoren wurden als engagiert beschrieben, einfühlsam und gut dazu in der Lage, die Patienten zu unterstützen, was von den Studierenden, die sie als Vorbilder anführen, geschätzt wird. Andere hingegen schienen sich mit dem Tod und den Emotionen der Patienten teilweise unbehaglicher zu fühlen als die Studierenden selbst.

„Man merkt ihnen an, dass ihnen das Thema unangenehm ist. Sie wissen nicht, was sie sagen sollen, also vermeiden sie es. Ich würde vielleicht nicht das Richtige sagen, aber ich würde zumindest etwas sagen. Sie sagen einfach NICHTS! Das ist so frustrierend!“ (Céline)

Andere beschrieben das fehlende Interesse des Arztes am Patienten am Lebensende, als ob es das Problem eines anderen wäre.

Die Unterstützung der Studierenden seitens der klinischen Supervisoren variierte. Diese sprechen von positiven Erfahrungen, bei denen sie sich unterstützt fühlten, und über die Notwendigkeit, ihre Erfahrungen mit dem Tod in einem Klima des Vertrauens zu besprechen.

„Was er für mich getan hat, war ... wirklich enorm. Er hat mich vorbereitet, sich Zeit genommen, mit mir zu sprechen und mich zu beruhigen. Er ging tiefer darauf ein: ‚Wie hast du dich gefühlt?‘ Das hat mir so gutgetan. Obwohl er mir nicht wirklich Antworten gab, hat er bestätigt, was ich gefühlt habe, ohne zu urteilen.“ (Valentin)

Da sie sich ihres eigenen Bedürfnisses, sich mitzuteilen, nicht immer bewusst waren, schätzen die Studenten es, wenn der Betreuer die Initiative ergriff.

„Durch das Reden darüber wurde mir klar, dass ich darüber sprechen musste. Erst später merkte ich, dass ich dem Tod ins Auge gesehen hatte.“ (Maxime)

Dennoch blieben diese ersten Erfahrungen zu oft unbeachtet, obwohl sie teilweise sehr intensiv und schmerzhaft waren.

„Ich verließ das Krankenhaus und weinte bitterlich. Es waren viele Leute um mich herum ... Ärzte, vorbeigehende Familien ... Niemand reagierte. Es war wirklich ein Schock.“ (Blue)

Verleugnung des Todes während der Ausbildung

Die Studierenden teilten ihr Bedürfnis, sich mit dem Thema Sterben und Tod und den damit verbundenen Emotionen auseinanderzusetzen. Sie würden sich nicht ausreichend darauf vorbereitet fühlen, damit im klinischen Alltag umzugehen.

Sie schätzen zwar die konkreten Erfahrungen, machten aber auch Vorschläge, wie die Ausbildung verbessert werden könnte. Da sich das Curriculum in erster Linie auf Differentialdiagnosen, Lösungsstrategien und technische Aspekte konzentrierte, sei es umso wichtiger, den Tod zu enttabuisieren.

Sie waren der Meinung, dass sie deutlicher darauf hingewiesen werden müssten, dass sie im Beruf mit Sterben und Tod konfrontiert werden, und dass dies starke Emotionen hervorrufen kann.

Diskussion

Die erste Konfrontation von Medizinstudenten mit dem Tod erfolgt meist früh, ist oft sehr intensiv und Auslöser für Reflexionen. Die Unterstützung durch die Ausbildungsbegleiter ist daher von besonderer Bedeutung und könnte ebenso verbessert werden, wie der Unterricht zu diesem Thema während des Studiums. Diese Punkte werden hier erörtert.

Die meisten Studierenden schätzen die Gespräche und die besondere Verbindung, die sich zwischen Patienten am Lebensende und ihren Ärzten entwickelt, auch wenn dies schmerzhaft oder verunsichernd sein kann. Gleichzeitig stellen sie fest, dass dieses Thema weder im theoretischen Lehrplan noch in der klinischen Praxis wirklich behandelt wird, eine Feststellung, die sich mit der vorhandenen Literatur deckt [8], [25]. Beklagt wird eine gewisse Entmenschlichung der Medizin, die zwar nicht systematisch ist aber traurige Realität sei.

Für jemanden, der im Gesundheitswesen arbeitet, scheint es unerlässlich zu sein, über Leben und Tod nachzudenken. Wir sind überzeugt, dass es notwendig ist, die menschlichen Kompetenzen der Studierenden zu fördern und zu stärken, um ihre Fähigkeiten zu verbessern, Patienten zu unterstützen, die mit dem Tod konfrontiert sind. Persönliche und existenzielle Aspekte von der Konfrontation mit Tod und Sterben werden erwähnt, inklusive Fragen zum Sinn des Lebens sowie der Tabuisierung des

Todes. Die Konfrontation mit dem Tod im klinischen Kontext scheint es keineswegs immer zu erlauben, offen über den Tod zu sprechen.

Es ist erwähnenswert, dass Studierende, die zum ersten Mal in ihrer Laufbahn mit dem Tod konfrontiert werden, sehr starke Gefühle zu erleben scheinen, während sie gleichzeitig eingehend über die Thematik nachdenken. Dabei sind sie sich einer gewissen emotionalen Abstumpfung bei einigen ihrer älteren Kollegen bewusst. Was könnte man betreffend ihre Erfahrungen mit dem Tod im Verlauf der weiteren Berufstätigkeit vermuten? Langfristig könnte die wiederholte Konfrontation mit Leiden und Tod zu schmerzhaft sein, um sie ganz zuzulassen. Die Studierenden erwähnen den Begriff der Distanz- sei sie positiver (Schutz) oder negativer Natur (Abwehr). Unserer Ansicht nach birgt diese emotionale Distanzierung Risiken: Da die Emotionen nicht zugelassen werden, erfolgt die Distanznahme oft unbewusst. Dies könnte Folge einer Medizinkultur sein, die das Erleben eigener Gefühle nur wenig legitimiert und manchmal sogar als Schwäche betrachtet, die eines Arztes unwürdig sei. Die meisten Studierenden, mit denen wir gesprochen haben, teilen diese Ansicht nicht, sondern schätzen es, wenn ihr Erleben von den Betreuern erfragt und validiert wird.

Was deren Rolle betrifft, stellen wir fest, dass sich die positivsten Rückmeldungen nicht nur auf eine besonders menschliche Unterstützung der Patienten beziehen, sondern auch auf die Berücksichtigung der emotionalen Erfahrungen der Studierenden selbst. Dieser Support ist in der Tat eine wesentliche Ressource im Umgang mit dem Tod im klinischen Umfeld [4], [5], [6], [9], [32], [33], [34]. Selbst wenn die Situation keine eingehende Diskussion erfordert, schätzen die Studierenden ein Klima der Offenheit und Betreuer, die das Gespräch initiieren. Dies insbesondere, da sie oftmals zögern, dieses heikle Thema selbst anzusprechen. Die wesentliche Bedeutung dieses Ansatzes wird deutlich, wenn man die verschiedenen Berichte in Hinblick auf die Rollenmodell Funktion vergleicht. Wie der klinische Betreuer die Konfrontation eines Studierenden mit dem Tod begleitet, kann den Unterschied ausmachen zwischen einem anhaltenden Trauma, was manchmal dazu führt, dass die Berufswahl in Frage gestellt wird, und einer bereichernden Erfahrung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Entwicklung der ärztlichen Identität des Studierenden.

Was die Ausbildung betrifft, so glauben wir, dass sich eine bessere Vorbereitung der Studierenden auf ihre Begegnungen mit dem Tod sehr positiv auf die zukünftige Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen auswirken würde, ganz abgesehen vom Wohlbefinden der Studenten. Auch andere Autoren haben nachgewiesen, dass sich junge Ärzte zu Beginn ihrer Laufbahn nicht ausreichend vorbereitet fühlen [35].

Was die theoretische Ausbildung betrifft, scheinen sowohl quantitative als auch qualitative Verbesserungen nötig zu sein, eine Feststellung, die auch von der Weltgesundheitsorganisation gestützt wird [36]. Das Thema Sterben und Tod wird im Studium nur selten behandelt, und wenn, dann fast ausschliesslich in den wenigen Kursen zur

Palliativmedizin. Als ob dies der einzige Bereich wäre, in dem der Tod auftritt.

In Wahrheit tritt der Tod überall in der Medizin auf, viel häufiger als die Studierenden erwarten. Wir glauben, dass dieses übergeordnete Thema von klareren Botschaften wie in Tabelle 2 dargestellt profitieren würde. Unserer Ansicht nach sollte dies ein Querschnittsthema sein, das in allen medizinischen Fachgebieten behandelt wird. Wird er nicht als eine mögliche Folge unter anderen erwähnt, erhalten die Studierenden ein unvollständiges und verzerrtes Bild der klinischen Realität.

An den verschiedenen medizinischen Fakultäten der Schweiz werden Fragen zu Leben und Tod vor allem in den Kursen zur Palliativmedizin und Ethik behandelt, die je nach Universität nur einige wenige Stunden des gesamten Lehrplans ausmachen. Dies obwohl der erste Kontakt mit Patienten, die mit dem Tod konfrontiert sind, spätestens im vierten Jahr erfolgt.

Theoretisches Lernen ist zwar wichtig, kann aber persönliche Erfahrungen nicht ersetzen. Es könnte in Betracht gezogen werden, Gelegenheiten zum Austausch von Erfahrungen, Emotionen und Gedanken mit ausgewählten, erfahrenen Ärzten zu schaffen, die bereit sind eine aktive Rolle zu übernehmen. Simulationen, die es den Studierenden ermöglichen, ihre Kommunikationsfähigkeiten in Bezug auf Fragen zum Lebensende zu trainieren, einschließlich einer Nachbesprechung, die zum Nachdenken über das Thema Tod anregt, sind hilfreich [27], [37], [38]. Selbsterfahrung und Selbstreflexion werden ebenfalls als wichtige Elemente angesehen, die kultiviert werden sollten, um die Fähigkeit zur Selbstfürsorge bei der Begegnung mit dem Tod zu unterstützen [33].

Gelegenheiten für Studierende, mit Patienten oder deren Angehörigen zu sprechen, die mit dem Tod konfrontiert sind, könnten ebenfalls eine gute Option sein, ebenso wie Palliativmedizin-Immersionen [39], [40], [41], [42].

Die reichhaltigen Berichte der Studierenden zeigen deutlich auf, dass die ihnen angebotene Unterstützung verbessert werden muss (siehe Tabelle 3).

Dies ist ein heikles Thema, da die Erfahrung der klinischen Ausbilder nicht immer mit der Fähigkeit zu einem sicheren Umgang mit dem Tod gleichzusetzen ist. Es kann schwierig sein, sich die eigene Verletzlichkeit einzugestehen insbesondere in einem Umfeld, in dem die persönlichen Empfindungen der Ärzte teilweise als Schwäche angesehen werden. Wir glauben jedoch, dass es für alle von Vorteil wäre, wenn man offener über den Tod sprechen könnte. Die Diskussion darüber unter Fachleuten könnte ein erster Schritt sein, das Gespräch mit den Patienten zu erleichtern. Diese schätzen in der Regel das Gefühl eingeladen zu sein, frei über dieses Thema zu sprechen [43].

Stärken und Grenzen

Unseres Wissens ist dies die erste qualitative Studie, in der die Erfahrungen von Medizinstudierenden mit dem Tod, die angebotene Unterstützung und die Vorbereitung

Tabelle 3: Kernbotschaften über den Tod im klinischen Kontext, inspiriert durch Berichte der Studierenden und die Literatur [10], [36], [44], [45], [46], [47]

Der Tod ist Teil des Arztberufs und des Lebens. Er kann nicht immer hinausgezögert werden, und wenn dies der Fall ist, wird eine qualitativ hochwertige Unterstützung und Pflege von der WHO als ein Grundrecht anerkannt.
Jeder Arzt, unabhängig von seinem Fachgebiet, hat die Verantwortung, Patienten im Angesicht des Todes zu unterstützen. Nur sehr wenige Patienten benötigen eine spezialisierte Palliativversorgung.
Die für diese Unterstützung erforderlichen zwischenmenschlichen Fähigkeiten sind nicht angeboren und müssen entwickelt, gelehrt und gewürdigt werden, um Medizinstudierende besser vorzubereiten.
Die Studierenden machen ihre ersten beruflichen Erfahrungen mit dem Tod oft während ihrer Praktika vor dem Abschluss des Studiums. Ihre Erfahrungen sind oft intensiv und müssen angemessen gewürdigt werden. Sie wissen es zu schätzen, wenn sie die Möglichkeit haben, sich zu diesem Thema zu äußern, und schätzen besonders die Gespräche mit ihren klinischen Betreuern, insbesondere wenn diese in einem Klima des Vertrauens und als Austausch stattfinden.
Studierende sehen ihre Ausbilder oft positiv, wenn diese ihre eigenen Emotionen anerkennen und verbalisieren und nehmen sie als Vorbilder für die Entwicklung ihrer eigenen ärztlichen Identität wahr.

darauf in der theoretischen Ausbildung in einem Schritt in Form eingehender Interviews untersucht werden. Die freiwillige Teilnahme kann zu einer einseitig gewichteten Auswahl im Sinne eines Bias führen (i.S. eines besonderen Interesses und der vorhandenen Fähigkeit sich zum Thema Tod und den damit verbundenen Emotionen auszudrücken). Daneben stammen die Teilnehmer aus demselben Studiengang. Um ein tieferes Verständnis des Themas zu erlangen, sind weitere Untersuchungen erforderlich.

Schlussfolgerung

Die ersten Erfahrungen von Medizinstudierenden mit Sterben und Tod im beruflichen Kontext können unvermeidlich sehr intensiv sein. Sie sind zwar potenziell prägend und bereichernd, können aber auch als schmerzhaft und sogar traumatisch erlebt werden. Eine sorgfältige, individuelle Unterstützung durch die Ausbildungsverantwortlichen im klinischen Kontext ist eines der Schlüsselemente, damit diese Erfahrungen positiv erlebt werden können. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien [8], [10]. Leider sind eine ausreichende Vorbereitung und Unterstützung nicht immer der Fall, und die Berichte vieler Studierender haben uns überzeugt, dass Verbesserungen notwendig sind. Die Studierenden schätzen es, wenn Sterben und Tod, die Begleitung von Patienten und deren Angehörigen sowie ihr eigenes emotionales Erleben als Teil des Lehrplans thematisiert werden- diese Beobachtung gibt Aufschluss über mögliche Verbesserungen in der Ausbildung. Die vorliegende Studie zeigt auf, wie wichtig es ist, einen offenen und fürsorglichen Raum zu schaffen, in dem die Studierende ihre Gefühle äussern können. Wir sind davon überzeugt, dass es auch in der Verantwortung der Supervisorinnen liegt, ihnen diesen Raum zu bieten, sowohl auf informelle als auch auf strukturierte Weise. Dies trägt zur Lebensqualität der Studierenden während ihres Studiums bei und kann einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung ihrer beruflichen Identität haben.

Wir glauben, dass es wesentlich ist, unsere Sichtweise als Angehörige der Gesundheitsberufe auf den Tod zu überdenken. Oft als Versagen empfunden, kann der Tod bei den Ärzten ein Gefühl der Hilflosigkeit hervorrufen, das sie nur schwer akzeptieren können, wenn sie ihre Aufgabe darin sehen, Leben um jeden Preis zu retten. Wir scheinen manchmal zu vergessen, dass der Tod trotz enormer Fortschritte in der Medizin nach wie vor ein Teil des Lebens ist, uns als Menschen alle betrifft. Welchen Raum sind wir bereit, als Ärztinnen und Ärzte für den Tod zu schaffen?

Anmerkungen

Autorenbeiträge

Alicia Rey hatte vollen Zugang zu allen Daten der Studie und übernimmt die Verantwortung für deren Integrität und die Genauigkeit der Datenanalyse.

- Konzept und Design: Rey, Cantin, Bonvin
- Erhebung, Analyse und Interpretation von Daten: Rey, Cantin, Bonvin
- Verfassen des Manuskripts: Rey
- Kritische Überarbeitung des Manuskripts betreffend den relevanten intellektuellen Inhalt: Cantin, Bonvin
- Administrative, technische oder materielle Unterstützung: Bonvin
- Beaufsichtigung: Cantin, Bonvin

ORCID*s* der Autor*innen

- Alicia Rey: [0009-0006-9116-9056]
- Raphaël Bonvin: [0000-0001-9322-2494]

Datenverwaltung und -weitergabe

Um die Privatsphäre der Teilnehmer zu schützen, werden die Protokolle nicht weitergegeben. Auf Anfrage kann jedoch ergänzendes Material bei den Erstautoren angefordert werden.

Danksagung

Die Autor*innen bedanken sich bei allen Teilnehmern, bei Frauke Hartmann für die professionelle Übersetzungen und bei Prof. Christine Cedraschi für ihre Hilfe.

Interessenkonflikt

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

Literatur

- Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, Zulian G. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. *Palliat Med.* 2008;22(6):730-735. DOI: 10.1177/0269216308094560
- Wass H. A perspective on the current state of death education. *Death Stud.* 2004;28(4):289-308. DOI: 10.1080/07481180490432315
- Batley NJ, Bakhti R, Chami A, Jabbour E, Bachir R, El Khuri C, Mufarrij AJ. The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):110. DOI: 10.1186/s12909-017-0945-9
- Boland JW, Dikomitis L, Gadoud A. Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6(4):486-492. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001110
- Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ.* 2010;44(4):421-428. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03603.x
- Pessagno R, Foote CE, Aponte R. Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. *Omega (Westport).* 2014;68(3):207-228. DOI: 10.2190/om.68.3.b
- Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med.* 2005;80(7):641-647. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00006
- Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, Arnold RM. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med.* 2005;80(7):634-640. DOI: 10.1097/00001888-200507000-00005
- Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2016;16:108. DOI: 10.1186/s12909-016-0631-3
- Trivate T, Dennis AA, Sholl S, Wilkinson T. Learning and coping through reflection: exploring patient death experiences of medical students. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):451. DOI: 10.1186/s12909-019-1871-9
- Wear D. "Face-to-face with It": medical students' narratives about their end-of-life education. *Acad Med.* 2002;77(4):271-277. DOI: 10.1097/00001888-200204000-00003
- Felber SJ, Guffi T, Brem BG, Schmitz FM, Schnabel KP, Guttormsen Schär S, Eychmüller S, Zambrano SC. Talking about dying and death: Essentials of communicating about approaching death from the perspective of major stakeholders. *Palliat Support Care.* 2024;22(5):1199-1208. DOI: 10.1017/S1478951523001621
- Barton D. The need for including instruction on death and dying in the medical curriculum. *J Med Educ.* 1972;47(3):169-175. DOI: 10.1097/00001888-197203000-00002
- Santen S, Bartlett E, Mukhtar N. First death. *Acad Emerg Med.* 2007;14(9):825-826. DOI: 10.1197/j.aem.2007.03.1352
- Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliat Med.* 2005;8(2):372-381. DOI: 10.1089/jpm.2005.8.372
- Haglund ME, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, Charney DS. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med.* 2009;84(2):258-268. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31819381b1
- Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med.* 2008;22(3):264-269. DOI: 10.1177/0269216307086520
- Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. *J Cancer Educ.* 1994;9(2):77-81. DOI: 10.1080/08858199409528275
- Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, Soethout MB, Onwuteaka-Philipsen BD. Education on end-of-life care in the medical curriculum: students' opinions and knowledge. *J Palliat Med.* 2010;13(4):381-387. DOI: 10.1089/jpm.2009.0291
- Jiang X, Liao Z, Hao J, Guo Y, Zhou Y, Ning L, Baio J, Zhang P, Tang C, Zhao X, Guo H. Palliative care education in China: insight into one medical university. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(4):796-800. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.012
- Black D, Hardoff D, Nelki J. Educating medical students about death and dying. *Arch Dis Child.* 1989;64(5):750-753. DOI: 10.1136/adsc.64.11.1643
- Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med.* 1998;73(4):418-422. DOI: 10.1097/00001888-199804000-00015
- Tan A. Medical students and dying patients. *Virtual Mentor.* 2013;15(12):1027-1033. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.12.ecas3-1312
- MacKenzie AR, Lasota M. Bringing Life to Death: The Need for Honest, Compassionate, and Effective End-of-Life Conversations. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2020;(40):476-484. DOI: 10.1200/EDBK_279767
- Cavalcinta de Siqueira ME, Mergulhão LM, Sant'Anna Pires RF, de Pádua Walfrido Jordán A, Barbosa LN. Attitude to death and opinion of medical students on the top training. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(4):e140. DOI: 10.1590/1981-5271v46.4-20210459.ING
- Keleş Ş, Gül Ş, Yıldız A, Karabulut SD, Eren H, İskender MD, Baykara ZG, Yalın NY. Ethical Discourse of Medical Students on the Phenomenon of Death: A Qualitative Study. *Omega (Westport).* 2023;87(1):146-176. DOI: 10.1177/00302228211014772
- Wells G, Llewellyn C, Hiersche A, Minton O, Barclay D, Wright J. Care of the dying - medical student confidence and preparedness: mixed-methods simulation study. *BMJ Support Palliat Care.* 2024;14(e2):e1968-e1975. DOI: 10.1136/spcare-2022-003698
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
31. Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publ; 2007.
32. Ho CY, Kow CS, Chia CH, Low JY, Lai YH, Lauw SK, How AE, Tan LH, Ngiam XL, Chan NP, Kuek TY, Kamal NH, Chia JL, Bin Hanifah Marican Abdurrahman A, Chiam M, Ong YT, Chin AM, Toh YP, Manson S, Krishna LK. The impact of death and dying on the personhood of medical students: a systematic scoping review. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):516. DOI: 10.1186/s12909-020-02411-y
33. Felber SJ, Zambrano SC, Guffi T, Schmitz FM, Brem BG, Schnabel KP, Guttormsen S, Eychmüller S. How to talk about dying? The development of an evidence-based model for communication with patients in their last days of life and their family caregivers. *PEC Innov*. 2024;5:100309. DOI: 10.1016/j.pecinn.2024.100309
34. Parry M, Jones B, Churcher C. End-of-life simulation: a cross-field evaluation in an undergraduate nursing programme. *Int J Palliat Nurs*. 2022;28(8):388-395. DOI: 10.12968/ijpn.2022.28.8.388
35. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ*. 2011;45(4):389-399. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x
36. World Health Organization. *Palliative care*. Geneva: World Health Organization; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
37. Bansal A, Monk A, Norman M, Fingas S. Improving medical students' confidence in end-of-life consultations. *Clin Teach*. 2020;17(6):705-710. DOI: 10.1111/tct.13214
38. Nordström A, Fjellman-Wiklund A, Grysell T. Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students. *BMC Med Educ*. 2011;11:74. DOI: 10.1186/1472-6920-11-74
39. Shunkwiler SM, Broderick A, Stansfield RB, Rosenbaum M. Pilot of a hospice-based elective to learn comfort with dying patients in undergraduate medical education. *J Palliat Med*. 2005;8(2):344-353. DOI: 10.1089/jpm.2005.8.344
40. Mott ML, Gorawara-Bhat R, Marschke M, Levine S. Medical students as hospice volunteers: reflections on an early experiential training program in end-of-life care education. *J Palliat Med*. 2014;17(6):696-700. DOI: 10.1089/jpm.2013.0533
41. Hawes AM. The Spectrum of Deaths Encountered by a Young Learner. *JAMA*. 2020;323(22):2260-2261. DOI: 10.1001/jama.2020.7083
42. Sampath R. Always More to Be Done. *JAMA*. 2020;324(21):2159-2160. DOI: 10.1001/jama.2020.22783
43. Zweers D, de Graeff A, Duijn J, de Graaf E, Witteveen PO, Teunissen SC. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(11):947-954. DOI: 10.1177/1049909119846844
44. Gott M, Frey R, Raphael D, O'Callaghan A, Robinson J, Boyd M. Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliat Care*. 2013;12:15. DOI: 10.1186/1472-684X-12-15
45. Meffert C, Rücker G, Hatami I, Becker G. Identification of hospital patients in need of palliative care—a predictive score. *BMC Palliat Care*. 2016;15:21. DOI: 10.1186/s12904-016-0094-7
46. To TH, Greene AG, Agar MR, Currow DC. A point prevalence survey of hospital inpatients to define the proportion with palliation as the primary goal of care and the need for specialist palliative care. *Intern Med J*. 2011;41(5):430-433. DOI: 10.1111/j.1445-5994.2011.02484.x
47. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, Csikos A, Ruiz-Ramons M, Cardenas-Turanzas M, Rhee YJ, Teno J, Öhlén J, Deliens L, Houttekier D, Cohen J. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med*. 2017;31(6):526-536. DOI: 10.1177/0269216316671280

Korrespondenzadresse:

Alicia Rey
Krankenhaus Fribourg (HFR), Palliativzentrum Fribourg,
Avenue Jean-Paul II 12, CH-1752 Villars-sur-Glâne,
Schweiz
alicia.rey@h-fr.ch

Bitte zitieren als

Rey A, Cantin B, Bonvin R. *There is no cheating death: A qualitative study of 4th year medical students' confrontations with death in their medical curriculum*. *GMS J Med Educ*. 2025;42(1):Doc4. DOI: 10.3205/zma001728, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017285

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001728>

Eingereicht: 28.03.2023

Überarbeitet: 14.08.2024

Angenommen: 18.09.2024

Veröffentlicht: 17.02.2025

Copyright

©2025 Rey 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/>.