

Qualitative expert evaluation of an educational intervention outline aimed at developing a shared understanding of cross-border healthcare

Abstract

Objectives: Although cross-border healthcare benefits many patients and healthcare professionals, it also poses challenges. To develop a shared understanding of these opportunities and challenges among healthcare professionals, we designed an educational intervention outline and invited experts in healthcare and education to evaluate it. The proposed intervention was based on theoretical principles of authentic, team, and reflective learning.

Methods: Experts (N=11) received a paper outline of the intervention, which was subsequently discussed in individual, semi-structured interviews.

Results: Based on a thematic analysis of the interviews, we identified 4 themes: 1) using the experience you have, 2) learning with the people you work with, 3) taking the time to reflect on the past and future, and 4) adapting the intervention to its context.

Conclusion: According to the experts, the proposed intervention and its three underlying principles can enhance a shared understanding of cross-border healthcare. To unlock its full potential, however, they suggested adjusting the application of learning principles to its specific context. By situating learning in landscapes of practice, the intervention could contribute to the continuous development of cross-border healthcare.

Keywords: design-based research, interprofessional education, team learning, cross-border health care

Juliëtte A. Beuken¹
Mara E.J. Bouwmans¹
Diana H.J.M. Dolmans¹
Michael F.M. Hoven¹
Daniëlle M.L.
Verstegen¹

1. Maastricht University, School of Health Professions Education, Department of Educational Development and Research, Maastricht, The Netherlands

1. Introduction

Both patients and healthcare professionals (HCPs) could profit from cross-border healthcare, thus improving regional healthcare [1]. In European border regions many patients and professionals cross country borders daily. It makes sense for a person in need of acute or planned care to go to the nearest hospital, which might be just across the border (e.g., after a cycling accident or for complex surgery).

Although a decrease in travel time and the costs of specialized or acute treatment are great advantages, the challenges HCPs face are bigger than those in “regular” healthcare. Language barriers, cultural differences, unfamiliarity with other teams, and variations between healthcare systems [2], [3], [4] are but a few of the challenges that can contribute to a loss of information, in turn posing risks to patient safety [5], [6]. The complexity of this system is illustrated in figure 1. Hence, the challenges HCPs face in cross-border healthcare is a topic that needs addressing.

Standardized protocols may go a long way in facilitating the handover of information [7], [8] and policy development may provide relief in organizational matters [9].

Other challenges, like differences in tasks, education, and hierarchy, call for a shared understanding of healthcare variety between countries [10]. This shared understanding, and the associated challenges and opportunities, resonate with the concept of shared mental models [11]. Shared mental models are knowledge structures held by members of a team that enable them to gain a collective understanding of a task and the expectations attached to it. With a shared mental model, members can coordinate their actions accordingly, adapting their behavior to the demands of the task and their fellow team members [11]. In certain situations, shared mental models allow team members to gauge expectations and adapt accordingly.

Yet, it takes time and effort to establish this shared understanding of cross-border healthcare challenges and opportunities. An earlier study concluded that discussions between the collaborating HCPs are essential to inform individual mental models and facilitate the development of a shared mental model [12]. Although such discussions may occur naturally when HCPs regularly come together, teams of HCPs in cross-border collaborations meet only sporadically or not at all (e.g., when information is transferred solely on paper). This hinders the natural develop-

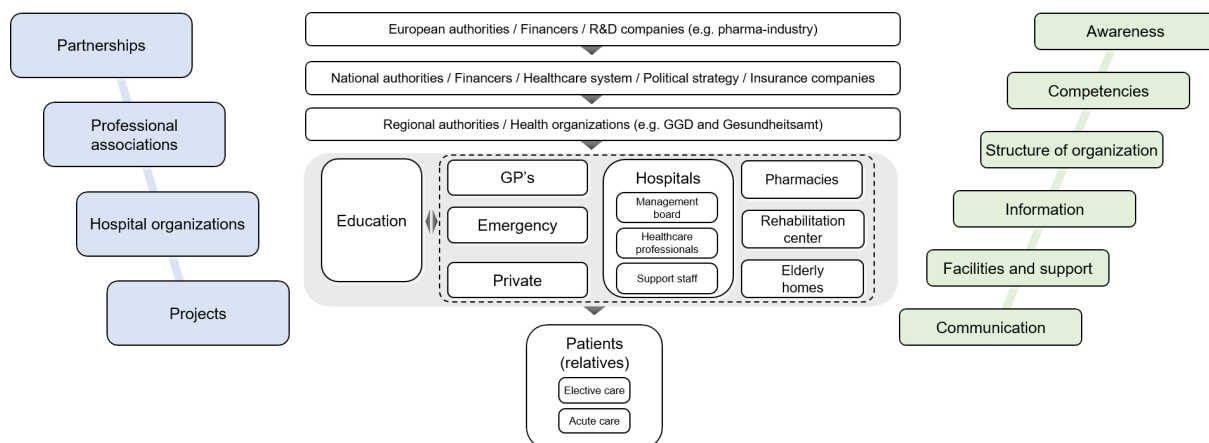


Figure 1: The complexity of the system

ment of shared mental models. In such cases, education may be the answer to aid the development of a shared understanding.

Current cross-border healthcare education is limited [2] and does not meet the design strategies suggested to develop this shared understanding. Rather than using a more comprehensive educational approach to enhance the transfer of learning to the workplace [13], [14], [15], it addresses single topics such as specific checklists or systems [2]. We identified three design principles that are instrumental in developing a shared understanding of cross-border healthcare, which should be central to cross-border healthcare education: authentic learning, team learning, and reflective learning. The first principle, authentic learning, refers to learning with authentic problems and tasks to stimulate the transfer of learning to practice. It allows participants to learn from and for situations in which their knowledge is to be used [16], [17]. The second principle, team learning, entails that participants share individual perspectives (e.g., on a problem or situation), negotiate differences using arguments and clarifications, and collaboratively construct a shared perspective [18]. The third principle, reflective learning, refers to participants critically questioning their own ideas. Reflection helps participants to see the boundaries of their own perspective and recognize missing information [19], [20]. Moments of reflection in education will help participants to understand, broaden, or change their own views on cross-border healthcare. An intervention that is based on these principles may support HCPs in developing a shared understanding of cross-border healthcare. Therefore, we designed an outline of such an educational intervention for HCPs with the aim to foster a shared understanding of cross-border healthcare and the challenges and opportunities associated with it. The intervention was designed for ten to fifteen HCPs from interdisciplinary teams collaborating or planning to collaborate across the border. First, participants prepare an example of cross-border healthcare from their own practice. Second, in an interactive session, participants discuss challenges and opportunities in the examples they prepared. They then reflect on an overview of cross-border healthcare (see figure 1) and further dis-

cuss challenges in their respective collaboration. Finally, participants discuss possible strategies to improve their collaboration. Third, after the interactive session, participants reflect on what they have learned in the form of take-home messages. The intended learning outcomes of this intervention are threefold: To become aware of

1. challenges and opportunities of cross-border healthcare, and
2. construct strategies to improve collaboration.

The elaborate outline of the intervention is provided in attachment 1.

In the current study, we evaluated the proposed intervention with experts in healthcare and education. Our research question was: *How do experts in healthcare and education evaluate an educational intervention outline with elements of authentic, team, and reflective learning designed to stimulate a shared understanding of cross-border healthcare challenges and opportunities among HCPs?*

2. Methods

To evaluate the educational intervention outline described in the Introduction, we adopted an educational design research (EDR) approach. The focus of this approach is to use appropriate design principles – insights from educational theory and practice – when designing education [21], [22] with the dual aim of advancing education both in theory and in practice. We invited experts from the field of healthcare and education to evaluate the outline in semi-structured interviews.

2.1. Setting

The study took place in the Meuse-Rhine Euregion, where the borders of Belgium, Germany, and the Netherlands meet. Ever since its establishment in 1976, the region has been a pioneer of cross-border healthcare [1]. Next to a cross-border network for acute care, several departments in the regional hospitals have collaboration

agreements to enable patients and HCPs to cross borders for healthcare.

2.2. Respondents

Respondents were experts from healthcare and education. They qualified as “healthcare experts” when they had over one year of experience in providing and/or organizing cross-border healthcare (e.g., as a nurse or a policy adviser in a hospital in the border region) and as “education experts” when they had over one year of experience in health professions education. Considering these inclusion criteria, we recruited experts from our own network, striving for a variety in professional and national backgrounds (convenience and purpose sampling methods). We informed experts about the study procedure and invited them to participate by email. We approached 12 people, 11 of which were included in the study. Respondent characteristics are provided in the Results section.

2.3. Data collection

Before the interviews, respondents received a document outlining the aim and design of the intervention. The outline informed experts of the intervention’s goal, target group, intended learning outcomes, and the components to achieve these. The elaborate outline of the intervention is provided in attachment 1. In interviews of approximately 60 minutes, we asked respondents about their general impression of this outline, before asking specific questions about the intervention’s design and use of learning principles (e.g., “*Do you think authentic learning is integrated well into the design? Explain why [or why not] and give an example*”). At the end, we asked respondents for suggestions to improve the intervention outline. The interview guide was slightly adapted after a test interview and is provided in attachment 2. Either a senior researcher or the first author (JB) conducted the interviews, with the last author (DV) or the first author (JB) being present as observer. Interviews were audio-recorded and transcribed by either an independent transcription company or the first author (JB).

2.4. Data analysis

Data were analyzed thematically using Atlas.ti, version 9, and following Braun and Clarke [23]. Two researchers (JB and DV) analyzed six interviews using the learning principles and intended learning outcomes as sensitizing concepts. After a discussion about additional themes that arose, three researchers (JB, DV, and MB) coded all interviews using a coding scheme. The outcomes of this thematic analysis constituted the first three themes described in the Results section. In numerous discussions about these results, we conceptualized a critical reflection on the interviews, which resulted in a fourth theme.

2.5. Researcher backgrounds

Our professional backgrounds influenced our data collection and analysis. JB is a qualitatively trained researcher with a degree in health sciences. MB is a quantitatively trained researcher with a degree in Psychology. Together, they have interviewed over 50 professionals and patients about their healthcare experiences in border regions for previous studies. DD is an educational scientist who has researched small-group teaching in medical education from a cognitive, social, and, notably, a student and supervisor perspective. MH is a researcher with a degree in psychology. His research focuses on team learning behavior in emergency contexts. Finally, DV is an educational and cognitive scientist who has conducted research in the field of instructional design and international education.

2.6. Ethics

This study was considered and approved by the Faculty of Health, Medicine and Life Sciences Research Ethics Committee (FHML-REC/2019/043/Amendment 1).

3. Results

From October to December 2020, we interviewed experts in healthcare (N=7) and education (N=4). Three of the experts in healthcare were physicians, two were nurses, and two were involved in policy development. Two respondents were from Germany, two from Belgium, and the remaining seven participants were from the Netherlands. Respondent characteristics can be found in table 1. Interviews were conducted in Dutch or English and lasted 50 minutes on average, ranging from 38 to 63 minutes. Given our aim was to evaluate an intervention outline with healthcare and educational experts, and the respondents in this sample provided agreeing, diverging and contrasting views on the outline, we believe this respondent sample was substantial and significant (enough) as a study basis [24].

We describe the four themes that we identified in our analysis. The first three themes reflect respondents’ ideas about the authentic, team, and reflective learning principles and how they were applied in the intervention:

1. Using the experience you have,
2. Learning with the people you work with, and
3. Taking the time to reflect on the past and future.

The fourth theme denotes that the intervention should be adapted to context-specific aspects of cross-border collaboration:

4. Adapting the intervention to its context.

Table 1: Respondent characteristics

Respondent number	Expertise	Nationality
1	Education	Dutch
2	Healthcare	Belgium
3	Education	Dutch
4	Education	Dutch
5	Healthcare	Dutch
6	Healthcare	German
7	Education	Dutch
8	Healthcare	Dutch
9	Healthcare	Dutch
10	Healthcare	German
11	Healthcare	Belgium

3.1. Theme 1: Using the experience you have

According to respondents, authentic learning in this intervention contributes to a shared understanding. As future participants would already have some experience of cross-border healthcare, they even considered authentic learning indispensable to the intervention: It would motivate participants to get actively involved in the intervention. Respondent 3 (educational expert) mentioned:

Because it then arises from a question that really lives, ... at least those people are dealing with it at that moment, so it is not some far-off thing, but it has something to do directly with their day-to-day work and I think that makes you more motivated.

Next to this, the experts also considered participants learning for their own setting, or translating what they learned into explicit actions, as an important part of the intervention:

"Imagine that you have that take-home message, that you ask them to explicitly link it to those strategies for improving ..., and then also get started with it as a team" (Respondent 3, educational expert)

However, respondents agreed that the use of participants' own experiences in the intervention should be counterpoised by shared experiences as well. As respondent 5 (healthcare expert) said:

They all have their own agenda and their own things. Anyway, on all sides it is now time for change. I think so. ... Ensure that there is a mission that is supported, Not just, 'oh I benefit from it,' but just being really supported by ... the group.

3.2. Theme 2: Learning with the people you work with

The intervention was designed for people from different professions and cultures who collaborate across borders. Indeed, respondents saw existing collaborations as the cornerstone of the intervention:

"... They have already found each other, and they are already doing business together and they just want to take that to a higher level." (Respondent 10, healthcare expert)

For the intervention to be relevant, they felt that participants should learn together with the people they also work with. As respondent 6 (healthcare expert) said:

"I think it makes little sense to do such an [intervention] with people who do not work together, or about a completely different case or something. ... That is completely irrelevant."

Respondents also pointed to the complexities of different professions and cultures that come together in the intervention. Respondent 5 (healthcare expert), a physician, said it is *"very difficult to get physicians to work well in a group ..."*, and others mentioned that cultural differences could affect participants' ability to learn together. However necessary for team learning, open discussions could be challenging in interprofessional and intercultural groups. Respondent 9 (healthcare expert) pointed out that

"The hierarchy in a hospital is different in country A than in other countries. ... I also really dare to give feedback to a supervisor if I disagree with something. What I notice is that this is not so easy in country B. ... The question is: How open will they be during such [an intervention]?"

At the same time, respondents acknowledged that one could not predict how the group dynamics affect learning in the intervention. They therefore emphasized moderators' role in facilitating a safe learning climate so that participants felt safe to voice their own ideas. Moderators could do this by making this safe learning climate explicit:

By emphasizing from the outset that this contribution from everyone together contributes to better care or better patient safety, you can, say, achieve a safe climate. ... And you must first create such a situation, but then really name it (Respondent 4, education expert)

3.3. Theme 3: Taking the time to reflect on the past and future

Respondents felt rather ambivalent about reflection assignments: While on the one hand they considered these as mere administrative exercises, on the other they recognized their use in connecting the intervention to practice. If included, they should meet three criteria. First, reflection should help participants make translations from the intervention to their own situation. As respondent 1 (education expert) said:

"You cannot just ask someone something and expect that they immediately open a drawer in their brain and share a memory. ... They need help with that, I think."

Second, it should be a group exercise, aimed at the next steps of cross-border collaboration:

"... You can then discuss things, and learning objectives, or new challenges, and also make a plan of action together." (Respondent 9, healthcare expert)

And finally, the reflection exercise should be aimed at future plans:

"For me, reflection is never a goal in itself. For me, reflection is always a means to move forward." (Respondent 7, education expert)

3.4. Theme 4: Adapting the intervention to its context

Respondents' ideas about what the intervention should look like in terms of its target group, goal, and rollout differed depending on their own backgrounds and experiences of cross-border healthcare. These differences also arose from the various contexts they had in mind. Respondent 11 (healthcare expert), for instance, thought of cross-border healthcare as something that was yet to be organized and therefore suggested that the intervention target managerial staff:

"People with ... power. You know, a good vision of what is possible or what is not possible"

This did not include nurses, paramedics, or physicians. Another respondent, however, felt the intervention would be more appropriate for nurses and administrative staff who were involved in the collaboration but did not usually meet:

"I think it is very good, especially for people who mainly [speak] by phone, and by email, to see a face once, and to sit in an [intervention] together. That can really help." (Respondent 9, healthcare expert)

With respect to the intervention's goal and concrete implementation, one of the respondents suggested that the intervention could provide HCPs who were in an orientation phase the opportunity to talk about

"something you experienced, what went well, what went wrong" (Respondent 2, healthcare expert).

Respondent 8 (healthcare expert), who was considering the same stage of implementation, added:

"Then it is more about letting things soak [in] and getting people to think about partnerships from their own practice".

Yet other participants saw the intervention's rollout when people were *"already in a trajectory"* (Respondent 2, healthcare expert), and therefore opined that goals should be more specific. In such cases,

"the best thing would be for the team to say: We would like to do this [intervention] because we see that something is going wrong here" (Respondent 4, education expert).

4. Discussion

The experts interviewed in our study confirmed that an educational intervention based on authentic, team, and reflective learning can be instrumental in developing a shared understanding of cross-border healthcare among involved HCPs. They concluded that HCPs who are – or are planning to be – involved in cross-border healthcare should be stimulated to use their own experiences (theme 1) to learn with those they collaborate with (theme 2). Reflection helps to discuss experiences and opportunities for improvement (theme 3). While these learning principles are generally helpful, the way in which they take shape in an intervention should vary according to the situation (theme 4). When physicians, nurses, and paramedics are involved in cross-border collaboration, they should all participate in the intervention. However, the group composition will affect how participants learn together. In early-stage collaborations, the intervention's focus should be on future rather than existing challenges, which calls for different reflections. In established collaborations, the intervention could focus on specific barriers or problems. Hence, during its implementation, the intervention should be adapted to context-specific factors (such as aims and form of collaboration, involved professions, languages spoken, etc.).

Making education in context means that situation specifics determine how we should translate learning principles into educational practice. Cianciolo and Regehr [25] pointed out that we should pay attention to the context in which an intervention is implemented. Contextual factors (e.g., how participants are already collaborating or cultural differences among them) influence the intervention's structure and implementation in practice (e.g., which problems to address, who participates in the intervention, or what expertise facilitators should have). The learning principles should offer guidance in this process of contextualization [25]. In the case of authentic learning, for instance, the challenges being discussed will differ across contexts, without compromising the principle of authenticity as an essential part of the intervention. Conscientious adaptation of the design allows tuning to the context, while preserving its essence. It is helpful to include participants who know what is relevant in their situation, in the preparation of the intervention. This will

strengthen the impact of the intervention in different stages of cross-border healthcare development. This study emphasizes the importance of shared learning. When participants feel safe to share and discuss their experiences (i.e., if the learning climate is safe) and if they have a sense of interdependence among them, they learn more easily [17]. As respondents mentioned, participants should recognize the value of others and the possibilities to learn from them. In order to learn as a team, they have to recognize the common goal to which they all contribute (i.e., patient care). To support this process, they should engage in activities that foster such kind of team development [18]. Group facilitators should help participants to take control of what and how they learn together [26]. The intervention can ultimately stimulate the formation of a landscape of practice [27], in which HCPs from different communities of practice are aware of each other's value in cross-border healthcare. Landscapes of practice will facilitate a more dynamic and continuous way of shared learning, which grows as cross-border collaborations develop.

This study has several strengths. Our mixed group of participants – healthcare and education experts – provided a variety of perspectives. Especially respondents with experience in cross-border healthcare helped reveal the importance of context. Furthermore, we applied a theory-informed approach to designing and evaluating our educational intervention outline, while carrying out the evaluation in close collaboration with various stakeholders. We are also aware of limitations. Although we included respondents from three countries, we are aware of cultural imbalance in the study, as most of the respondents (64%) and authors (80%) were Dutch. Notably, 100% of education expert respondents were Dutch, meaning that diversity in education, namely from Belgium and German perspectives, was not represented. Finally, respondents evaluated a paper outline of the intervention. It is challenging to envision a four-hour intervention and its potential follow-up meetings based on one-dimensional information.

We consider several practical implications, for educational activities on cross-border healthcare in general, and specifically for our intervention. We should not present (all) educational interventions for healthcare practice as isolated initiatives. The educational character of our intervention evokes the expectation that there is one moment in time at which all issues are resolved. Rather, educational interventions should be part of a process of learning to recognize and discuss new issues as they arise. Thus, we might repeat educational interventions, so they become part of a learning continuum (of *Communities of Practice* and *Landscapes of Practice*). In establishing a learning continuum, educational interventions need to take shape within context, meaning that with every time the intervention is 'repeated', its goals, activities and target groups are reconsidered. For our intervention, this meant embedding a preparatory phase in which we gain further insight into the cross-border healthcare situation in which the intervention is implemented, i.e. by speaking

to several HCPs involved in the collaboration beforehand. We can identify tensions in the learning principles as imagined and contextual limits, and consider alternatives. For example, collaborative learning is limited if participants are not fluent in the same language. Depending on situational factors, we could then consider a translator, asking trainers who speak different languages, or providing more preparation material.

Future research should test the intervention and explore how the educational design principles interact with the context in which they are implemented. In such an implementation study, special attention should be paid to the impact of cultural and professional differences on learning principles. We suggest implementing the intervention in different situations, with a variety in context and stage of collaboration. Moreover, implementation research could provide insight into how shared understanding of cross-border care among HCPs contributes to concrete actions, like (revisions of) collaboration agreements or opportunities for joint skill training. Finally, though this study focused specifically on cross-border collaborations in healthcare, the outcomes might be transferable to contexts outside of healthcare. We see potential to investigate cross-border learning in other contexts where people from different countries collaborate closely.

The design of cross-border healthcare education should be based on both practical needs and theoretical insights. Authentic, team, and reflective learning are useful to support a shared understanding of cross-border healthcare. However, what learning principles do depends not only on how they applied in educational design, but also on the context in which they are applied. Educational design based on theory and practice cannot be marked off as ready for implementation: It should be made in context.

5. Conclusion

We summarize the conclusions of this study in three key points.

1. An intervention with characteristics of contextual, team and reflective learning has potential to enhance HCPs awareness of cross-border healthcare challenges and opportunities.
2. Educational interventions for cross-border healthcare could be repeated, and become part of a process of learning to recognize and discuss new issues as they arise in collaborations.
3. Educational interventions for cross-border healthcare should take shape within context; goals, activities and target groups should be tailored to the participants' context.

Funding

This research was funded by the European Regional Development Fund (ERDF) and regional provinces (co-financing) as part of the Interreg V-A SafePAT project (EMR90).

Authors' ORCIDs

- Juliëtte Beuken: [0000-0002-5431-9418]
- Mara Bouwmans: [0000-0003-4930-5051]
- Diana Dolmans: [0000-0002-4802-1156]
- Michael Hoven: [0000-0002-1050-2683]
- Daniëlle Verstegen: [0000-0001-6811-175X]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001672>

1. Attachment_1.pdf (415 KB)
Intervention outline
2. Attachment_2.pdf (245 KB)
Interview guide

References

1. Bouwmans ME, Beuken JA, Verstegen DM, van Kersbergen L, Dolmans DH, Vogt L, Sopka S. Patient handover in a European border region: Cross-sectional survey study among healthcare workers to explore the status quo, potential risks, and solutions. *Int J Care Coord.* 2021;24(2):72-81. DOI: 10.1177/2053434521100943
2. Bouwmans ME, Beuken JA, Verstegen DM, van Kersbergen L, Dolmans DH, Vogt L, Sopka S. Patient handover in a European border region: cross-sectional survey study among healthcare workers to explore the status quo, potential risks, and solutions. *Int J Care Coordination.* 2021;24(2):72-81. DOI: 10.1177/20534345211009434
3. Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Suñol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(Suppl 1):i15-i21. DOI: 10.1136/qshc.2008.028837
4. Jabakhanji SB, Meier TM, Ramakers-van Kuijk MA, Brink PR, Andruszkow H, Krafft T, Pape HC. Agreements and practical experience of trauma care cooperation in Central Europe: The "Boundless Trauma Care Central Europe" (BTCCE) project. *Injury.* 2015;46(4):519-524. DOI: 10.1016/j.injury.2015.03.001
5. Merten H, Van Galen LS, Wagner C. Safe handover. *BMJ.* 2017;359:j4328. DOI: 10.1136/bmj.j4328
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007;297(8):831-841. DOI: 10.1001/jama.297.8.831
7. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, Pronovost PJ. Reality check for checklists. *Lancet.* 2009;374(9688):444-445. DOI: 10.1016/s0140-6736(09)61440-9
8. Catchpole K, Russ S. The problem with checklists. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(9):545-549. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004431
9. Kringos DS, Jansen F, Jansen T. Overly optimistic picture of current state of cross-border patient care in 'Going the extra mile' study. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(12):1046-1047. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011146
10. Beuken JA, Verstegen DM, Dolmans DH, Van Kersbergen L, Losfeld X, Sopka S, Vogt L, Bouwmans ME. Going the extra mile—cross-border patient handover in a European border region: qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(12):980-987. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-010509
11. Converse S, Cannon-Bowers J, Salas E. Shared mental models in expert team decision making. In: Castellan NJ jr, editor. *Individual and group decision making: Current issues.* Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1993. p.221-246.
12. McComb S, Simpson V. The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *J Adv Nursing.* 2014;70(7):1479-1488. DOI: 10.1111/jan.12307
13. Carbo AR, Tess AV, Roy C, Weingart SN. Developing a high-performance team training framework for internal medicine residents: the ABC'S of teamwork. *J Patient Saf.* 2011;7(2):72-76. DOI: 10.1097/PTS.0b013e31820dbe02
14. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(5):359-372. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-001848
15. Liaw SY, Wu LT, Wong LF, Soh SL, Chow YL, Ringsted C, Lau TC, Lim WS. "Getting Everyone on the Same Page": Interprofessional Team Training to Develop Shared Mental Models on Interprofessional Rounds. *J Gen Intern Med.* 2019;34(12):2912-2917. DOI: 10.1007/s11606-019-05320-z
16. Van Merriënboer JJ, Clark RE, De Croock MB. Blueprints for complex learning: The 4C/ID-model. *Educ Technol Res Dev.* 2002;50(2):39-61. DOI: 10.1007/BF02504993
17. Brown JS, Collins A, Duguid P. *Situated Cognition and the Culture of Learning.* Educ Res. 1989;18(1):32-42. DOI: 10.3102/0013189X018001032
18. Van den Bossche P, Gijssels WH, Segers M, Kirschner PA. Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments: Team learning beliefs and behaviors. *Small Group Res.* 2006;37(5):490-521. DOI: 10.1177/1046496406292938
19. Moon J. Using reflective learning to improve the impact of short courses and workshops. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(1):4-11. DOI: 10.1002/chp.1340240103
20. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development.* Hoboken (NJ): Pearson Education (US); 2014.
21. McKenney S, Reeves TC. *Handbook of research on educational communications and technology.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2014. Chapter Educational design research. p.131-140. DOI: 10.1007/978-1-4614-3185-5_11
22. McKenney S, Reeves TC. Educational design research: Portraying, conducting, and enhancing productive scholarship. *Med Educ.* 2021;55(1):82-92. DOI: 10.1111/medu.14280
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a

24. Varpio L, Ajjawi R, Monrouxe LV, O'Brien BC, Rees CE. Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Med Educ.* 2017;51(1):40-50. DOI: 10.1111/medu.13124
25. Cianciolo AT, Regehr G. Learning theory and educational intervention: producing meaningful evidence of impact through layered analysis. *Acad Med.* 2019;94(6):789-794. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002591
26. Koeslag-Kreunen M, Van den Bossche P, Hoven M, Van der Klink M, Gijssels W. When leadership powers team learning: A meta-analysis. *Small Group Res.* 2018;49(4):475-513. DOI: 10.1177/1046496418764824
27. Wenger-Trayner E, Fenton-O'Creevy M, Hutchinson S, Kubiak C, Wenger-Trayner B. Learning in landscapes of practice: Boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning. Abingdon: Routledge; 2014. DOI: 10.4324/9781315777122

Corresponding author:

Juliëtte A. Beuken
Maastricht University, School of Health Professions
Education, Department of Educational Development and
Research, Universiteitssingel 60, 6217JJ Maastricht, The
Netherlands
j.beuken@maastrichtuniversity.nl

Please cite as

Beuken JA, Bouwmans ME, Dolmans DJ, Hoven MF, Verstegen DM. Qualitative expert evaluation of an educational intervention outline aimed at developing a shared understanding of cross-border healthcare. *GMS J Med Educ.* 2024;41(2):Doc17. DOI: 10.3205/zma001672, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016728

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001672>

Received: 2023-09-19

Revised: 2024-01-17

Accepted: 2024-02-09

Published: 2024-04-15

Copyright

©2024 Beuken 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/>.

Qualitative Expertenbewertung eines pädagogischen Interventionsentwurfs für ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Zusammenfassung

Zielsetzungen: Obwohl die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung für viele Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe von Vorteil ist, bringt sie auch Herausforderungen mit sich. Um ein gemeinsames Verständnis dieser Chancen und Herausforderungen unter den Fachkräften des Gesundheitswesens zu entwickeln, haben wir eine pädagogische Intervention entworfen und Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen eingeladen, diese zu bewerten. Die vorgeschlagene Intervention basierte auf den theoretischen Grundsätzen des authentischen, teamorientierten und reflektierenden Lernens.

Methoden: Die Experten (N=11) erhielten einen Entwurf der Intervention in Papierform, der anschließend in individuellen, halbstrukturierten Interviews diskutiert wurde.

Ergebnisse: Auf der Grundlage einer thematischen Analyse der Interviews identifizierten wir vier Themen: 1) Nutzung der eigenen Erfahrung, 2) Lernen mit den Menschen, mit denen man zusammenarbeitet, 3) sich Zeit nehmen, um über die Vergangenheit und die Zukunft zu reflektieren, und 4) Anpassung der Intervention an den jeweiligen Kontext.

Schlussfolgerung: Nach Ansicht der Experten können die vorgeschlagene Intervention und die ihr zugrunde liegenden drei Prinzipien ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung fördern. Um ihr volles Potenzial auszuschöpfen, schlagen sie jedoch vor, die Anwendung der Lernprinzipien an den spezifischen Kontext anzupassen. Durch die Verortung des Lernens in *Landscapes of Practice* könnte die Intervention zur kontinuierlichen Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beitragen.

Schlüsselwörter: Designbasierte Forschung, interprofessionelle Ausbildung, Teamlernen, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Juliëtte A. Beuken¹
Mara E.J. Bouwmans¹
Diana H.J.M. Dolmans¹
Michael F.M. Hoven¹
Daniëlle M.L.
Verstegen¹

1. Maastricht University, School of Health Professions Education, Department of Educational Development and Research, Maastricht, The Netherlands

1. Einleitung

Sowohl Patienten als auch Angehörige der Gesundheitsberufe könnten von der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung profitieren und so die regionale Gesundheitsversorgung verbessern [1]. In europäischen Grenzregionen überqueren täglich viele Patienten und Fachkräfte die Landesgrenzen. Für eine Person, die eine akute oder geplante Behandlung benötigt, ist es sinnvoll, sich in das nächstgelegene Krankenhaus zu begeben, das sich vielleicht gerade jenseits der Grenze befindet (z. B. nach einem Fahrradunfall oder für eine komplexe Operation).

Obwohl eine kürzere Reisezeit und die Kosten für eine spezialisierte oder akute Behandlung große Vorteile sind, stehen die Angehörigen des Gesundheitswesens vor größeren Herausforderungen als im „normalen“ Gesundheitswesen. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede,

mangelnde Vertrautheit mit anderen Teams und Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen [2], [3], [4] sind nur einige der Herausforderungen, die zu einem Informationsverlust führen können, was wiederum ein Risiko für die Patientensicherheit darstellt [5], [6]. Die Komplexität dieses Systems ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Herausforderungen, mit denen sich die Angehörigen des Gesundheitswesens in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung konfrontiert sehen, sind daher ein Thema, das angegangen werden muss.

Standardisierte Protokolle können die Übergabe von Informationen erheblich erleichtern [7], [8], und die Entwicklung von Richtlinien kann in organisatorischen Fragen Abhilfe schaffen [9]. Andere Herausforderungen wie Unterschiede in den Aufgaben, der Ausbildung und der Hierarchie erfordern ein gemeinsames Verständnis der Vielfalt der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern [10]. Dieses gemeinsame Verständnis und die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen entsprechen dem Konzept der gemeinsamen mentalen

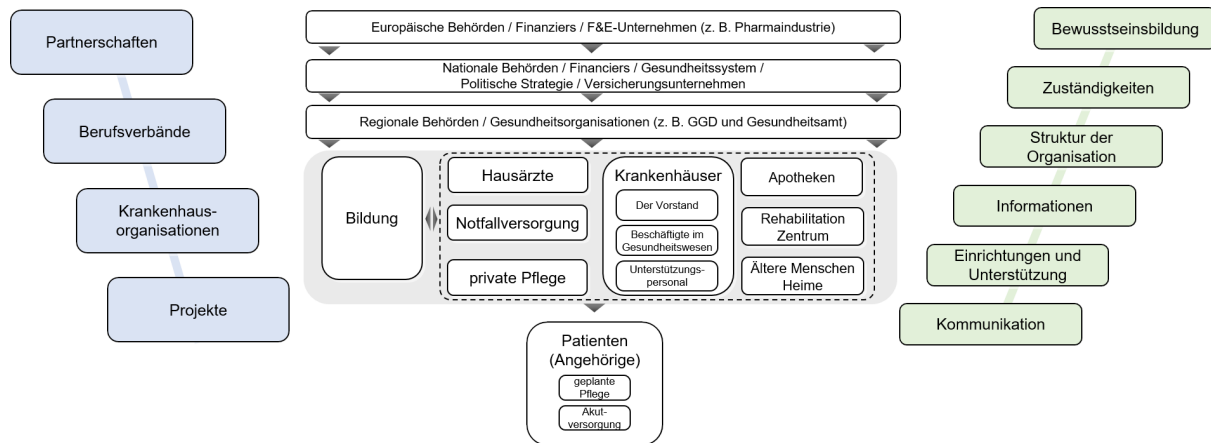


Abbildung 1: Die Komplexität des Systems

Modelle [11]. Gemeinsame mentale Modelle sind Wissensstrukturen, die die Mitglieder eines Teams besitzen und die es ihnen ermöglichen, ein kollektives Verständnis für eine Aufgabe und die damit verbundenen Erwartungen zu entwickeln. Mit einem gemeinsamen mentalen Modell können die Mitglieder ihre Handlungen entsprechend koordinieren und ihr Verhalten an die Anforderungen der Aufgabe und der anderen Teammitglieder anpassen [11]. In bestimmten Situationen ermöglichen gemeinsame mentale Modelle den Teammitgliedern, Erwartungen abzuschätzen und sich entsprechend anzupassen.

Es erfordert jedoch Zeit und Mühe, dieses gemeinsame Verständnis der Herausforderungen und Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Eine frühere Studie kam zu dem Schluss, dass Diskussionen zwischen den zusammenarbeitenden Vertretern des Gesundheitswesens unerlässlich sind, um die individuellen mentalen Modelle zu informieren und die Entwicklung eines gemeinsamen mentalen Modells zu erleichtern [12]. Obwohl solche Diskussionen auf natürliche Weise stattfinden können, wenn Vertreter des Gesundheitswesens regelmäßig zusammenkommen, treffen sich Teams von Vertretern des Gesundheitswesens in grenzüberschreitenden Kooperationen nur sporadisch oder gar nicht (z. B. wenn Informationen ausschließlich auf Papier übertragen werden). Dadurch wird die natürliche Entwicklung gemeinsamer mentaler Modelle behindert. In solchen Fällen kann Bildung die Lösung sein, um die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zu fördern.

Die derzeitige grenzüberschreitende Ausbildung im Gesundheitswesen ist begrenzt [2] und entspricht nicht den Gestaltungsstrategien, die zur Entwicklung dieses gemeinsamen Verständnisses vorgeschlagen wurden. Anstatt einen umfassenderen Bildungsansatz zu verwenden, um den Transfer des Gelernten auf den Arbeitsplatz zu verbessern [13], [14], [15], werden einzelne Themen wie spezifische Checklisten oder Systeme behandelt [2]. Wir haben drei Gestaltungsprinzipien identifiziert, die für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung sind: authentisches Lernen, Lernen im Team und reflektierendes Lernen. Der erste Grundsatz,

das authentische Lernen, bezieht sich auf das Lernen mit authentischen Problemen und Aufgaben, um den Transfer des Gelernten in die Praxis zu fördern. Es ermöglicht den Teilnehmern, aus und für Situationen zu lernen, in denen ihr Wissen angewendet werden soll [16], [17]. Das zweite Prinzip, das Lernen im Team, beinhaltet, dass die Teilnehmer ihre individuellen Perspektiven (z. B. auf ein Problem oder eine Situation) austauschen, Differenzen mit Hilfe von Argumenten und Klarstellungen aushandeln und gemeinsam eine gemeinsame Perspektive entwickeln [18]. Der dritte Grundsatz, das reflexive Lernen, bezieht sich darauf, dass die Teilnehmer ihre eigenen Ideen kritisch hinterfragen. Die Reflexion hilft den Teilnehmern, die Grenzen ihrer eigenen Perspektive zu erkennen und fehlende Informationen zu identifizieren [19], [20]. Momente der Reflexion in der Ausbildung werden den Teilnehmern helfen, ihre eigenen Ansichten über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu verstehen, zu erweitern oder zu ändern. Eine Intervention, die auf diesen Grundsätzen beruht, kann die Angehörigen des Gesundheitswesens dabei unterstützen, ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Daher haben wir einen Entwurf für eine solche Bildungsmaßnahme für Fachkräfte des Gesundheitswesens entworfen, um ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Herausforderungen und Chancen zu fördern. Die Intervention wurde für zehn bis fünfzehn Vertreter des Gesundheitswesens aus interdisziplinären Teams konzipiert, die grenzüberschreitend zusammenarbeiten oder dies planen. Zunächst bereiten die Teilnehmer ein Beispiel für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus ihrer eigenen Praxis vor. Anschließend diskutieren die Teilnehmer in einer interaktiven Sitzung über die Herausforderungen und Möglichkeiten der von ihnen vorbereiteten Beispiele. Anschließend reflektieren sie einen Überblick über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (siehe Abbildung 1) und erörtern die Herausforderungen in ihrer jeweiligen Zusammenarbeit. Schließlich diskutieren die Teilnehmer mögliche Strategien zur Verbesserung ihrer Zusammenarbeit. Drittens, nach der interaktiven Sitzung, reflektieren die Teilnehmer das Gelernte in Form von „Take-Home-

Messages“. Die beabsichtigten Lernergebnisse dieser Intervention sind dreifach: Sich bewusst werden über

1. Herausforderungen und Chancen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, und
2. Erarbeitung von Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit.

Der ausführliche Entwurf der Intervention ist in Anhang 1 zu finden.

In der aktuellen Studie haben wir die vorgeschlagene Intervention mit Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen evaluiert. Unsere Forschungsfrage lautete: *Wie bewerten Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen eine pädagogische Intervention mit Elementen des authentischen, teamorientierten und reflektierenden Lernens, die darauf abzielt, ein gemeinsames Verständnis für die Herausforderungen und Chancen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unter den Angehörigen des Gesundheitswesens zu fördern?*

2. Methoden

Zur Evaluierung der in der Einleitung beschriebenen Bildungsintervention haben wir einen Ansatz der Bildungsforschung (EDR) gewählt. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Anwendung geeigneter Gestaltungsprinzipien – Erkenntnisse aus der Bildungstheorie und -praxis – bei der Gestaltung von Bildung [21], [22] mit dem doppelten Ziel, Bildung sowohl in der Theorie als auch in der Praxis voranzubringen. Wir haben Experten aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich eingeladen, den Entwurf in halbstrukturierten Interviews zu bewerten.

2.1. Schauplatz

Die Studie fand in der Euregio Maas-Rhein statt, wo sich die Grenzen von Belgien, Deutschland und den Niederlanden treffen. Seit ihrer Gründung im Jahr 1976 ist die Region ein Pionier der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung [1]. Neben einem grenzüberschreitenden Netz für die Akutversorgung haben mehrere Abteilungen der regionalen Krankenhäuser Kooperationsvereinbarungen geschlossen, um Patienten und Angehörigen des Gesundheitswesens die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

2.2. Befragte

Die Befragten waren Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen. Sie qualifizierten sich als „Gesundheitsexperten“, wenn sie mehr als ein Jahr Erfahrung in der Bereitstellung und/oder Organisation grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung hatten (z. B. als Krankenschwester oder Politikberater in einem Krankenhaus in der Grenzregion) und als „Bildungsexperten“, wenn sie mehr als ein Jahr Erfahrung in der Ausbildung von Gesundheitsberufen hatten. Unter Berücksichtigung dieser Einschlusskriterien rekrutierten wir Experten aus unserem

eigenen Netzwerk, wobei wir uns um eine Vielfalt an beruflichen und nationalen Hintergründen bemühten (Convenience- und Purpose Sampling-Methoden). Wir informierten die Experten über das Studienverfahren und luden sie per E-Mail zur Teilnahme ein. Wir sprachen 12 Personen an, von denen 11 in die Studie aufgenommen wurden. Die Merkmale der Befragten sind im Abschnitt Ergebnisse aufgeführt.

2.3. Datenerhebung

Vor den Interviews erhielten die Befragten ein Dokument, in dem das Ziel und die Gestaltung der Intervention dargelegt wurden. Der Entwurf informierte die Experten über das Ziel der Intervention, die Zielgruppe, die beabsichtigten Lernergebnisse und die Komponenten, mit denen diese erreicht werden sollten. Der ausführliche Entwurf der Intervention ist in Anhang 1 zu finden. In den etwa 60-minütigen Interviews haben wir die Befragten nach ihrem allgemeinen Eindruck von diesem Konzept befragt, bevor wir spezifische Fragen zum Design der Intervention und zur Verwendung von Lernprinzipien stellten (z. B. „Finden Sie, dass authentisches Lernen gut in das Design integriert ist? Erklären Sie, warum [oder warum nicht] und geben Sie ein Beispiel“). Zum Schluss baten wir die Befragten um Vorschläge zur Verbesserung des Interventionskonzepts. Der Interviewleitfaden wurde nach einem Testinterview leicht angepasst und ist in Anhang 2 zu finden. Entweder ein leitender Forscher oder die Erstautorin (JB) führten die Interviews durch, wobei die letzte Autorin (DV) oder die Erstautorin (JB) als Beobachter anwesend waren. Die Interviews wurden aufgezeichnet und entweder von einem unabhängigen Transkriptionsunternehmen oder von der Erstautorin (JB) transkribiert.

2.4. Datenanalyse

Die Daten wurden mit Atlas.ti, Version 9, in Anlehnung an Braun und Clarke [23] thematisch ausgewertet. Zwei Forscher (JB und DV) analysierten sechs Interviews unter Verwendung der Lernprinzipien und beabsichtigten Lernergebnisse als Sensibilisierungskonzepte. Nach einer Diskussion über zusätzliche Themen, die sich ergaben, kodierten drei Forscher (JB, DV und MB) alle Interviews anhand eines Kodierschemas. Die Ergebnisse dieser thematischen Analyse bildeten die ersten drei Themen, die im Abschnitt Ergebnisse beschrieben werden. In zahlreichen Diskussionen über diese Ergebnisse haben wir eine kritische Reflexion der Interviews konzipiert, die zu einem vierten Thema führte.

2.5. Hintergrund des Forschers

Unsere beruflichen Hintergründe beeinflussten unsere Datenerhebung und -analyse. JB ist eine qualitativ ausgebildete Forscherin mit einem Abschluss in Gesundheitswissenschaften. MB ist eine quantitativ ausgebildete Forscherin mit einem Abschluss in Psychologie. Gemeinsam haben sie für frühere Studien über 50 Fachkräfte

Tabelle 1: Charakteristika der Befragten

Nummer des Befragten	Fachwissen	Nationalität
1	Bildung	Niederländisch
2	Gesundheitswesen	Belgisch
3	Bildung	Niederländisch
4	Bildung	Niederländisch
5	Gesundheitswesen	Niederländisch
6	Gesundheitswesen	Deutsch
7	Bildung	Niederländisch
8	Gesundheitswesen	Niederländisch
9	Gesundheitswesen	Niederländisch
10	Gesundheitswesen	Deutsch
11	Gesundheitswesen	Belgisch

und Patienten zu ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen in Grenzregionen befragt. DD ist Erziehungswissenschaftlerin und hat den Unterricht in Kleingruppen in der medizinischen Ausbildung aus kognitiver und sozialer Sicht sowie insbesondere aus der Perspektive von Studierenden und Betreuern erforscht. MH ist ein Forscher mit einem Abschluss in Psychologie. Seine Forschung konzentriert sich auf das Lernverhalten von Teams in Notfallsituationen. DV schließlich ist Erziehungswissenschaftlerin und Kognitionswissenschaftlerin, die auf dem Gebiet des Instruktionsdesigns und der internationalen Bildung geforscht hat.

2.6. Ethik

Diese Studie wurde von Faculty of Health, Medicine and Life Sciences Research Ethics Committee geprüft und genehmigt (FHML-REC/2019/043/Amendment 1).

3. Ergebnisse

Von Oktober bis Dezember 2020 befragten wir Experten aus den Bereichen Gesundheit (N=7) und Bildung (N=4). Drei der Gesundheitsexperten waren Ärzte, zwei waren Krankenpfleger und zwei waren in der Politikentwicklung tätig. Zwei der Befragten stammten aus Deutschland, zwei aus Belgien und die restlichen sieben Teilnehmer aus den Niederlanden. Die Merkmale der Befragten sind in Tabelle 1 zu finden. Die Interviews wurden in Niederländisch oder Englisch geführt und dauerten im Durchschnitt 50 Minuten, wobei die Spanne von 38 bis 63 Minuten reichte. Da unser Ziel darin bestand, ein Interventionskonzept mit Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen zu evaluieren, und die Befragten in dieser Stichprobe übereinstimmende, abweichende und gegensätzliche Ansichten zu dem Konzept vertraten, sind wir der Ansicht, dass diese Befragtenstichprobe als Studiengrundlage substantiell und signifikant (genug) war [24]. Wir beschreiben die vier Themen, die wir in unserer Analyse identifiziert haben. Die ersten drei Themen spiegeln die Vorstellungen der Befragten über die Prinzipien des

authentischen, des Team- und des reflexiven Lernens wider und wie sie in der Intervention angewandt wurden:

1. Nutzung der eigenen Erfahrung,
2. Lernen mit den Menschen, mit denen man arbeitet, und
3. sich die Zeit nehmen, über die Vergangenheit und die Zukunft nachzudenken.

Das vierte Thema besagt, dass die Intervention an die kontextspezifischen Aspekte der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit angepasst werden sollte:

4. Anpassung der Intervention an den jeweiligen Kontext.

3.1. Thema 1: Nutzung der eigenen Erfahrung

Nach Ansicht der Befragten trägt authentisches Lernen in dieser Intervention zu einem gemeinsamen Verständnis bei. Da die zukünftigen Teilnehmer bereits über eine gewisse Erfahrung im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verfügen würden, hielten sie authentisches Lernen für die Intervention sogar für unverzichtbar: Es würde die Teilnehmer motivieren, sich aktiv an der Intervention zu beteiligen. Befragter 3 (Bildungsexperte) erwähnte:

„Weil es dann von einer Frage ausgeht, die wirklich lebt, ... zumindest haben die Leute in dem Moment damit zu tun, also es ist nicht irgendeine weit entfernte Sache, sondern es hat direkt etwas mit ihrer täglichen Arbeit zu tun und ich denke, das motiviert einen mehr.“

Daneben betrachteten die Experten auch das Lernen der Teilnehmer für ihr eigenes Umfeld oder die Umsetzung des Gelernten in explizite Handlungen als einen wichtigen Teil der Intervention:

„Stellen Sie sich vor, dass Sie diese Botschaft mit nach Hause nehmen, dass Sie sie auffordern, sie explizit mit diesen Verbesserungsstrategien zu verknüpfen ..., und dann auch als Team damit anfangen“ (Befragter 3, Bildungsexperte)

Die Befragten waren sich jedoch einig, dass die Verwendung der eigenen Erfahrungen der Teilnehmer in der In-

tervention auch durch gemeinsame Erfahrungen ausgeglichen werden sollte. Wie Befragter 5 (Gesundheitsexperte) sagte:

„Sie haben alle ihre eigene Agenda und ihre eigenen Dinge. Wie auch immer, auf allen Seiten ist es jetzt Zeit für Veränderungen. Das denke ich auch. ... Sicherstellen, dass es einen Auftrag gibt, der unterstützt wird, Nicht nur, „oh, ich profitiere davon“, sondern wirklich von ... der Gruppe unterstützt werden.“

3.2. Thema 2: Lernen mit den Menschen, mit denen man arbeitet

Die Intervention wurde für Menschen aus verschiedenen Berufen und Kulturen konzipiert, die über Grenzen hinweg zusammenarbeiten. In der Tat sahen die Befragten die bestehende Zusammenarbeit als Eckpfeiler der Intervention an:

„... Sie haben sich bereits gefunden und arbeiten bereits zusammen, und sie wollen das einfach auf ein höheres Niveau bringen.“ (Befragter 10, Gesundheitsexperte)

Damit die Intervention relevant ist, sollten die Teilnehmer ihrer Meinung nach gemeinsam mit den Menschen lernen, mit denen sie auch arbeiten. Wie Befragter 6 (Gesundheitsexperte) sagte:

„Ich denke, es macht wenig Sinn, eine solche [Intervention] mit Leuten zu machen, die nicht zusammenarbeiten, oder über einen völlig anderen Fall oder so. ... Das ist völlig irrelevant.“

Die Befragten wiesen auch auf die Komplexität der verschiedenen Berufe und Kulturen hin, die bei der Intervention zusammenkommen. Befragter 5 (Gesundheitsexperte), ein Arzt, sagte, es sei „sehr schwierig, Ärzte dazu zu bringen, gut in einer Gruppe zu arbeiten ...“, und andere erwähnten, dass kulturelle Unterschiede die Fähigkeit der Teilnehmer zum gemeinsamen Lernen beeinträchtigen könnten. Offene Diskussionen könnten in interprofessionellen und interkulturellen Gruppen eine Herausforderung darstellen, obwohl sie für das Lernen im Team notwendig sind. Befragter 9 (Gesundheitsexperte) wies darauf hin, dass

„die Hierarchie in einem Krankenhaus in Land A anders ist als in anderen Ländern. ... Ich traue mich auch wirklich, einem Vorgesetzten Feedback zu geben, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin. Ich stelle fest, dass dies in Land B nicht so einfach ist. ... Die Frage ist: Wie offen werden sie bei einer solchen [Intervention] sein?“

Gleichzeitig räumten die Befragten ein, dass man nicht vorhersagen könne, wie sich die Gruppendynamik auf das Lernen in der Intervention auswirkt. Sie betonten daher die Rolle der Moderatoren bei der Schaffung eines sicheren Lernklimas, damit die Teilnehmer sich sicher fühlen, ihre eigenen Ideen zu äußern. Die Moderatoren könnten dies tun, indem sie dieses sichere Lernklima explizit machen:

„Indem sie von Anfang an betonen, dass dieser Beitrag von allen gemeinsam zu einer besseren Versorgung oder einer höheren Patientensicherheit beiträgt, können sie, sagen wir, ein sicheres Klima erreichen.... Und man muss eine solche Situation erst einmal schaffen, sie dann aber auch wirklich benennen“ (Befragter 4, Bildungsexperte)

3.3. Thema 3: Sich die Zeit nehmen, über die Vergangenheit und die Zukunft nachzudenken

Die Befragten hatten ein eher ambivalentes Verhältnis zu den Reflexionsaufgaben: Einerseits hielten sie diese für reine Verwaltungsaufgaben, andererseits erkannten sie ihren Nutzen für die Verbindung der Intervention mit der Praxis an. Wenn sie einbezogen werden, sollten sie drei Kriterien erfüllen. Erstens sollte die Reflexion den Teilnehmern helfen, die Ergebnisse der Intervention auf ihre eigene Situation zu übertragen. Wie Befragter 1 (Bildungsexperte) sagte:

„Man kann nicht einfach jemanden etwas fragen und erwarten, dass er sofort eine Schublade in seinem Gehirn öffnet und eine Erinnerung mitteilt. ... Sie brauchen Hilfe dabei, denke ich.“

Zweitens sollte es eine Gruppenübung sein, die auf die nächsten Schritte der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit abzielt:

„... Man kann dann Dinge besprechen, Lernziele oder neue Herausforderungen, und auch gemeinsam einen Aktionsplan machen“ (Befragter 9, Gesundheitsexperte)

Und schließlich sollte die Reflexionsübung auf zukünftige Pläne ausgerichtet sein:

„Für mich ist die Reflexion nie ein Ziel an sich. Für mich ist die Reflexion immer ein Mittel, um voranzukommen.“ (Befragter 7, Bildungsexperte)

3.4. Thema 4: Anpassung der Intervention an den jeweiligen Kontext

Die Vorstellungen der Befragten darüber, wie die Intervention in Bezug auf ihre Zielgruppe, ihr Ziel und ihre Umsetzung aussehen sollte, waren je nach ihrem eigenen Hintergrund und ihren Erfahrungen mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unterschiedlich. Diese Unterschiede ergaben sich auch aus den verschiedenen Kontexten, die sie vor Augen hatten. Befragter 11 (Gesundheitsexperte) zum Beispiel betrachtete die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung als etwas, das erst noch organisiert werden muss, und schlug daher vor, dass sich die Intervention an das Führungspersonal richtet: *„Menschen mit ... Macht. Sie wissen schon, eine gute Vorstellung davon, was möglich ist oder was nicht möglich ist“*

Krankenschwestern und -pfleger, Sanitäter oder Ärzte gehörten nicht dazu. Ein anderer Befragter war jedoch der Meinung, dass die Intervention eher für Kranken-

schwwestern und Verwaltungsmitarbeiter geeignet sei, die zwar an der Zusammenarbeit beteiligt sind, sich aber normalerweise nicht treffen:

„Ich denke, es ist sehr gut, vor allem für Leute, die hauptsächlich per Telefon und E-Mail [sprechen], einmal ein Gesicht zu sehen und bei einer [Intervention] zusammensitzen. Das kann wirklich helfen.“ (Befragter 9, Gesundheitsexperte)

In Bezug auf das Ziel der Intervention und die konkrete Umsetzung schlug einer der Befragten vor, dass die Intervention den Fachkräften des Gesundheitswesens, die sich in einer Orientierungsphase befinden, die Möglichkeit bieten könnte, über

„etwas zu sprechen, was man erlebt hat, was gut gelaufen ist, was schief gelaufen ist“ (Befragter 2, Gesundheitsexperte).

Befragter 8 (Gesundheitsexperte), der sich in der gleichen Phase der Umsetzung befand, fügte hinzu:

„Dann geht es mehr darum, die Dinge sacken zu lassen und die Leute dazu zu bringen, über Partnerschaften aus ihrer eigenen Praxis nachzudenken.“

Andere Teilnehmer sahen die Einführung der Intervention jedoch erst dann, wenn sich die Menschen *„bereits in einem Prozess befanden“* (Befragter 2, Gesundheitsexperte), und meinten daher, dass die Ziele spezifischer sein sollten. In solchen Fällen

„wäre es am besten, wenn das Team sagen würde: Wir würden gerne dies [Intervention] machen, weil wir sehen, dass hier etwas schief läuft ...“ (Befragter 4, Bildungsexperte).

4. Diskussion

Die in unserer Studie befragten Experten bestätigten, dass eine Bildungsmaßnahme, die auf authentischem, teamorientiertem und reflektierendem Lernen basiert, dazu beitragen kann, ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unter den beteiligten Fachkräften des Gesundheitswesens zu entwickeln. Sie kamen zu dem Schluss, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens, die an der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beteiligt sind oder dies planen, dazu angeregt werden sollten, ihre eigenen Erfahrungen zu nutzen (Thema 1), um mit denjenigen zu lernen, mit denen sie zusammenarbeiten (Thema 2). Reflexion hilft dabei, Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten zu diskutieren (Thema 3). Diese Lernprinzipien sind zwar generell hilfreich, aber die Art und Weise, wie sie in einer Intervention zum Tragen kommen, sollte je nach Situation variieren (Thema 4). Wenn Ärzte, Krankenschwestern und Sanitäter an der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit beteiligt sind, sollten sie alle an der Intervention teilnehmen. Die Zusammensetzung der Gruppe hat jedoch Einfluss darauf, wie die Teilnehmer gemeinsam lernen. Bei Kooperationen in der Anfangsphase sollte der Schwerpunkt der Intervention eher auf zukünftigen als auf bestehenden Herausforderungen liegen, was andere Überlegungen erforderlich macht. In etablierten Kollabo-

rationen könnte sich die Intervention auf spezifische Hindernisse oder Probleme konzentrieren. Daher sollte die Intervention während ihrer Umsetzung an kontextspezifische Faktoren (wie Ziele und Form der Zusammenarbeit, beteiligte Berufe, gesprochene Sprachen usw.) angepasst werden.

Bildung im Kontext zu machen bedeutet, dass die Besonderheiten der Situation bestimmen, wie wir Lernprinzipien in die Bildungspraxis umsetzen sollten. Cianciolo und Regehr [25] wiesen darauf hin, dass wir auf den Kontext achten sollten, in dem eine Maßnahme durchgeführt wird. Kontextfaktoren (z. B. die Art und Weise, wie die Teilnehmer bereits zusammenarbeiten, oder kulturelle Unterschiede zwischen ihnen) beeinflussen die Struktur der Intervention und ihre Umsetzung in die Praxis (z. B. welche Probleme angegangen werden sollen, wer an der Intervention teilnimmt oder welche Fachkenntnisse die Moderatoren haben sollten). Die Lernprinzipien sollten bei diesem Prozess der Kontextualisierung Orientierung bieten [25]. Im Falle des authentischen Lernens zum Beispiel werden sich die Herausforderungen, die diskutiert werden, von Kontext zu Kontext unterscheiden, ohne dass das Prinzip der Authentizität als wesentlicher Bestandteil der Intervention beeinträchtigt wird. Eine gewissenhafte Anpassung des Designs ermöglicht die Abstimmung auf den Kontext, wobei das Wesentliche erhalten bleibt. Es ist hilfreich, Teilnehmer, die wissen, was in ihrer Situation relevant ist, in die Vorbereitung der Intervention einzubeziehen. Dies wird die Wirkung der Intervention in den verschiedenen Phasen der Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verstärken.

Diese Studie unterstreicht die Bedeutung des gemeinsamen Lernens. Wenn sich die Teilnehmer sicher fühlen, um ihre Erfahrungen zu teilen und zu diskutieren (d. h. wenn das Lernklima sicher ist), und wenn sie ein Gefühl der gegenseitigen Abhängigkeit untereinander haben, lernen sie leichter [17]. Wie die Befragten erwähnten, sollten die Teilnehmer den Wert der anderen und die Möglichkeiten, von ihnen zu lernen, erkennen. Um als Team lernen zu können, müssen sie das gemeinsame Ziel erkennen, zu dem sie alle beitragen (d. h. die Patientenversorgung). Um diesen Prozess zu unterstützen, sollten sie sich an Aktivitäten beteiligen, die diese Art der Teamentwicklung fördern [18]. Gruppenmoderatoren sollten den Teilnehmern helfen, selbst zu bestimmen, was und wie sie gemeinsam lernen [26]. Die Intervention kann letztlich die Bildung einer *Landscape of Practice* [27] anregen, in der sich die Angehörigen des Gesundheitswesens aus verschiedenen *Communities of Practice* des Wertes der jeweils anderen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bewusst sind. *Landscapes of Practice* erleichtern eine dynamischere und kontinuierlichere Art des gemeinsamen Lernens, das mit der Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wächst.

Diese Studie hat mehrere Stärken. Unsere gemischte Gruppe von Teilnehmern – Experten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen – bot eine Vielzahl von Perspektiven. Insbesondere die Befragten mit Erfahrung im

grenzüberschreitenden Gesundheitswesen trugen dazu bei, die Bedeutung des Kontexts zu verdeutlichen. Darüber hinaus haben wir einen theoriegeleiteten Ansatz bei der Entwicklung und Evaluierung unserer Bildungsintervention angewandt und die Evaluierung in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Interessengruppen durchgeführt. Wir sind uns auch der Grenzen bewusst. Obwohl wir Befragte aus drei Ländern einbezogen haben, sind wir uns des kulturellen Ungleichgewichts in der Studie bewusst, da die meisten Befragten (64%) und Autoren (80%) Niederländer waren. Insbesondere waren 100% der befragten Bildungsexperten Niederländer, was bedeutet, dass die Vielfalt im Bildungsbereich, insbesondere aus belgischer und deutscher Sicht, nicht vertreten war. Schließlich bewerteten die Befragten einen Entwurf der Intervention auf Papier. Es ist eine Herausforderung, sich eine vierstündige Intervention und ihre möglichen Folge treffen auf der Grundlage eindimensionaler Informationen vorzustellen.

Wir ziehen mehrere praktische Konsequenzen in Betracht, sowohl für Bildungsaktivitäten im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Allgemeinen als auch speziell für unsere Intervention. Wir sollten (alle) Bildungsinterventionen für die Gesundheitspraxis nicht als isolierte Initiativen darstellen. Der pädagogische Charakter unserer Intervention weckt die Erwartung, dass es einen Zeitpunkt gibt, an dem alle Fragen gelöst sind. Vielmehr sollten pädagogische Interventionen Teil eines Lernprozesses sein, in dem man lernt, neue Probleme zu erkennen und zu diskutieren, sobald sie auftreten. So könnten wir pädagogische Interventionen wiederholen, damit sie Teil eines Lernkontinuums (von *Communities of Practice* und *Landscapes of Practice*) werden. Bei der Etablierung eines Lernkontinuums müssen Bildungsinterventionen im Kontext Gestalt annehmen, was bedeutet, dass bei jeder „Wiederholung“ der Intervention deren Ziele, Aktivitäten und Zielgruppen neu überdacht werden. Für unsere Intervention bedeutete dies, eine Vorbereitungsphase einzubauen, in der wir weitere Einblicke in die grenzüberschreitende Gesundheitssituation gewinnen, in der die Intervention durchgeführt wird, d.h. indem wir im Vorfeld mit mehreren an der Zusammenarbeit beteiligten Fachkräften des Gesundheitswesens sprechen. Wir können Spannungen in den Lernprinzipien als gedachte und kontextbedingte Grenzen erkennen und Alternativen in Betracht ziehen. Beispielsweise ist das kollaborative Lernen eingeschränkt, wenn die Teilnehmer nicht dieselbe Sprache beherrschen. Je nach den situativen Faktoren könnte man dann einen Übersetzer hinzuziehen, Ausbilder bitten, die verschiedene Sprachen sprechen, oder mehr Vorbereitungsmaterial bereitstellen.

Künftige Forschungsarbeiten sollten die Intervention testen und untersuchen, wie die pädagogischen Gestaltungsprinzipien mit dem Kontext, in dem sie umgesetzt werden, interagieren. In einer solchen Implementierungsstudie sollte den Auswirkungen kultureller und beruflicher Unterschiede auf die Lernprinzipien besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Wir schlagen vor, die Intervention in verschiedenen Situationen mit unterschiedlichen

Kontexten und Phasen der Zusammenarbeit durchzuführen. Darüber hinaus könnte die Umsetzungsforschung Aufschluss darüber geben, wie ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Versorgung unter den Vertretern des Gesundheitswesens zu konkreten Maßnahmen wie (Revisionen von) Kooperationsvereinbarungen oder Möglichkeiten für gemeinsames Kompetenztraining beiträgt. Obwohl sich diese Studie speziell auf die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen konzentrierte, könnten die Ergebnisse auch auf Kontexte außerhalb des Gesundheitswesens übertragbar sein. Wir sehen Potenzial, grenzüberschreitendes Lernen in anderen Kontexten zu untersuchen, in denen Menschen aus verschiedenen Ländern eng zusammenarbeiten.

Die Gestaltung der grenzüberschreitenden Ausbildung im Gesundheitswesen sollte sowohl auf praktischen Bedürfnissen als auch auf theoretischen Erkenntnissen beruhen. Authentisches, teamorientiertes und reflektierendes Lernen sind nützlich, um ein gemeinsames Verständnis der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu fördern. Was die Lernprinzipien bewirken, hängt jedoch nicht nur davon ab, wie sie bei der Bildungsgestaltung eingesetzt werden, sondern auch von dem Kontext, in dem sie angewendet werden. Ein Bildungskonzept, das auf Theorie und Praxis beruht, kann nicht einfach als umsetzungsreif abgestempelt werden: Es sollte im Kontext erfolgen.

5. Schlussfolgerung

Wir fassen die Schlussfolgerungen dieser Studie in drei Kernpunkten zusammen.

1. Eine Intervention mit den Merkmalen kontextbezogenes, teamorientiertes und reflektierendes Lernen hat das Potenzial, das Bewusstsein der HPCs für die Herausforderungen und Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu stärken.
2. Bildungsinterventionen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung könnten wiederholt werden und Teil eines Lernprozesses werden, um neue Themen zu erkennen und zu diskutieren, wenn sie in der Zusammenarbeit auftreten.
3. Bildungsinterventionen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sollten im Kontext stattfinden; Ziele, Aktivitäten und Zielgruppen sollten auf den Kontext der Teilnehmer zugeschnitten sein.

Förderung

Diese Forschung wurde im Rahmen des Interreg V-A SafePAT Projekts (EMR90) durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) und regionale Provinzen (Kofinanzierung) finanziert.

ORCIDs der Autor*innen

- Juliëtte Beuken: [0000-0002-5431-9418]
- Mara Bouwmans: [0000-0003-4930-5051]
- Diana Dolmans: [0000-0002-4802-1156]
- Michael Hoven: [0000-0002-1050-2683]
- Daniëlle Verstegen: [0000-0001-6811-175X]

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001672>

1. Anhang_1.pdf (367 KB)
Übersicht über die Intervention
2. Anhang_2.pdf (238 KB)
Interviewleitfaden

Literatur

1. Bouwmans ME, Beuken JA, Verstegen DM, van Kersbergen L, Dolmans DH, Vogt L, Sopka S. Patient handover in a European border region: Cross-sectional survey study among healthcare workers to explore the status quo, potential risks, and solutions. *Int J Care Coord*. 2021;24(2):72-81. DOI: 10.1177/2053434521100943
2. Bouwmans ME, Beuken JA, Verstegen DM, van Kersbergen L, Dolmans DH, Vogt L, Sopka S. Patient handover in a European border region: cross-sectional survey study among healthcare workers to explore the status quo, potential risks, and solutions. *Int J Care Coordination*. 2021;24(2):72-81. DOI: 10.1177/20534345211009434
3. Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Suñol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(Suppl 1):i15-i21. DOI: 10.1136/qshc.2008.028837
4. Jabakhanji SB, Meier TM, Ramakers-van Kuijk MA, Brink PR, Andruszkow H, Krafft T, Pape HC. Agreements and practical experience of trauma care cooperation in Central Europe: The "Boundless Trauma Care Central Europe"(BTCCE) project. *Injury*. 2015;46(4):519-524. DOI: 10.1016/j.injury.2015.03.001
5. Merten H, Van Galen LS, Wagner C. Safe handover. *BMJ*. 2017;359:j4328. DOI: 10.1136/bmj.j4328
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831-841. DOI: 10.1001/jama.297.8.831
7. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, Pronovost PJ. Reality check for checklists. *Lancet*. 2009;374(9688):444-445. DOI: 10.1016/s0140-6736(09)61440-9
8. Catchpole K, Russ S. The problem with checklists. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(9):545-549. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004431
9. Kringos DS, Jansen F, Jansen T. Overly optimistic picture of current state of cross-border patient care in 'Going the extra mile'study. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(12):1046-1047. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011146
10. Beuken JA, Verstegen DM, Dolmans DH, Van Kersbergen L, Losfeld X, Sopka S, Vogt L, Bouwmans ME. Going the extra mile—cross-border patient handover in a European border region: qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(12):980-987. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-010509
11. Converse S, Cannon-Bowers J, Salas E. Shared mental models in expert team decision making. In: Castellan NJ jr, editor. *Individual and group decision making: Current issues*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1993. p.221-246.
12. McComb S, Simpson V. The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *J Adv Nursing*. 2014;70(7):1479-1488. DOI: 10.1111/jan.12307
13. Carbo AR, Tess AV, Roy C, Weingart SN. Developing a high-performance team training framework for internal medicine residents: the ABC'S of teamwork. *J Patient Saf*. 2011;7(2):72-76. DOI: 10.1097/PTS.0b013e31820dbe02
14. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(5):359-372. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-001848
15. Liaw SY, Wu LT, Wong LF, Soh SL, Chow YL, Ringsted C, Lau TC, Lim WS. "Getting Everyone on the Same Page": Interprofessional Team Training to Develop Shared Mental Models on Interprofessional Rounds. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2912-2917. DOI: 10.1007/s11606-019-05320-z
16. Van Merriënboer JJ, Clark RE, De Croock MB. Blueprints for complex learning: The 4C/ID-model. *Educ Technol Res Dev*. 2002;50(2):39-61. DOI: 10.1007/BF02504993
17. Brown JS, Collins A, Duguid P. *Situated Cognition and the Culture of Learning*. Educ Res. 1989;18(1):32-42. DOI: 10.3102/0013189X018001032
18. Van den Bossche P, Gijssels WH, Segers M, Kirschner PA. Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments: Team learning beliefs and behaviors. *Small Group Res*. 2006;37(5):490-521. DOI: 10.1177/1046496406292938
19. Moon J. Using reflective learning to improve the impact of short courses and workshops. *J Contin Educ Health Prof*. 2004;24(1):4-11. DOI: 10.1002/chp.1340240103
20. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Hoboken (NJ): Pearson Education (US); 2014.
21. McKenney S, Reeves TC. *Handbook of research on educational communications and technology*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014. Chapter Educational design research. p.131-140. DOI: 10.1007/978-1-4614-3185-5_11
22. McKenney S, Reeves TC. Educational design research: Portraying, conducting, and enhancing productive scholarship. *Med Educ*. 2021;55(1):82-92. DOI: 10.1111/medu.14280
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
24. Varpio L, Ajjawi R, Monrouxe LV, O'Brien BC, Rees CE. Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Med Educ*. 2017;51(1):40-50. DOI: 10.1111/medu.13124
25. Cianciolo AT, Regehr G. Learning theory and educational intervention: producing meaningful evidence of impact through layered analysis. *Acad Med*. 2019;94(6):789-794. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002591

26. Koeslag-Kreunen M, Van den Bossche P, Hoven M, Van der Klink M, Gijssels W. When leadership powers team learning: A meta-analysis. *Small Group Res.* 2018;49(4):475-513. DOI: 10.1177/1046496418764824
27. Wenger-Trayner E, Fenton-O'Creevy M, Hutchinson S, Kubiak C, Wenger-Trayner B. Learning in landscapes of practice: Boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning. Abingdon: Routledge; 2014. DOI: 10.4324/9781315777122

Korrespondenzadresse:

Juliëtte A. Beuken
Maastricht University, School of Health Professions
Education, Department of Educational Development and
Research, Universiteitssingel 60, 6217JJ Maastricht, The
Netherlands
j.beuken@maastrichtuniversity.nl

Bitte zitieren als

Beuken JA, Bouwmans ME, Dolmans DJ, Hoven MF, Verstegen DM. Qualitative expert evaluation of an educational intervention outline aimed at developing a shared understanding of cross-border healthcare. *GMS J Med Educ.* 2024;41(2):Doc17. DOI: 10.3205/zma001672, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016728

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001672>

Eingereicht: 19.09.2023

Überarbeitet: 17.01.2024

Angenommen: 09.02.2024

Veröffentlicht: 15.04.2024

Copyright

©2024 Beuken 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/>.