

Op weg naar harmonie. Leren samenwerken in zorg over de grens. Een reflectie op het proefschrift “Waves towards harmony. Learning to collaborate in healthcare across borders.”

Juliëtte A. Beuken, Daniëlle M.L. Verstegen, Mara E.J. Bouwmans en Diana H.J.M. Dolmans

Samenvatting Samenwerking in zorg over de grens (*cross-border care*) biedt kansen voor gezondheidszorg in de grensregio, maar die samenwerking blijkt een uitdaging. Als we weten hoe zorgprofessionals kunnen leren om over landsgrenzen samen te werken, kan optimaal gebruik gemaakt worden van *cross-border care* mogelijkheden. In dit proefschrift onderzochten we twee hoofdvragen: 1) Wat zijn de perspectieven en behoeften van zorgprofessionals en patiënten in *cross-border care* in een Europese grensregio? en 2) Hoe kan onderwijs dat is ontworpen met praktische behoeften en theoretische inzichten, *cross-border care* ondersteunen? Uit onderzoek bleek een gebrek aan inzicht in verschillen tussen zorgsystemen en zorgprofessionals uit verschillende landen, wat leidt tot uitdagingen voor zowel zorgprofessionals als patiënten. Onderwijsinterventies over *cross-border care* op basis van authentieke, collaboratieve en reflectieve leerprincipes bieden mogelijkheden om dit inzicht te vergroten. Echter, internationale verschillen vormen niet alleen uitdagingen voor zorg, maar ook voor leren. Zorgprofessionals uit verschillende landen moeten niet alleen over letterlijke grenzen heen leren, maar ook over de grenzen van hun *community of practice*. Patiënten kunnen daarin een belangrijke rol spelen, gezien hun unieke kijk op het *cross-border care* proces. Ten slotte is iedere *cross-border care* situatie uniek. Onderwijsinterventies, evenals onderliggende leerprincipes, zullen moeten worden aangepast aan de context.

Trefwoorden gezondheidszorg, internationaal, samenwerken, interprofessioneel leren, onderwijsontwerp

Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 1 september 2022

Geaccepteerd: 8 mei 2023

Online: 27 december 2023

Contactpersoon

Juliëtte A. Beuken,
j.beuken@maastrichtuniversity.nl

Over de auteur(s)

Juliëtte A. Beuken (promovendus) is werkzaam bij Onderwijsontwikkeling en -onderzoek / School of Health Professions Education; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University; Daniëlle M.L. Verstegen (copromotor) is werkzaam bij Onderwijsontwikkeling en -onderzoek / School of Health Professions Education Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University; Mara E.J. Bouwmans (copromotor) is werkzaam bij Onderwijsontwikkeling en -onderzoek / School of Health Professions Education Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University; Diana H.J.M. Dolmans (promotor) is werkzaam bij Onderwijsontwikkeling en -onderzoek / School of Health Professions Education Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Copyright

© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Onderzoeksdoelen

Een regionale benadering van gezondheid en zorg in grensregio's betekent dat zorgprofessionals en patiënten landsgrenzen oversteken om gebruik te maken van expertise en faciliteiten in andere landen. Zorg over de grens (of *cross-border care*¹) biedt mogelijkheden, maar kan ook uitdagend zijn door verschillen tussen landen. We constateerden twee

tekortkoming in onderzoek naar *cross-border care*. Ten eerste wordt in eerder onderzoek gesproken over algemene uitdagingen van *cross-border care*. Er is echter weinig inzicht in *cross-border care* en -zorgoverdracht vanuit het perspectief van betrokkenen, en praktische behoeften van betrokkenen in grensregio's. Ten tweede worden zorgprofessionals onvoldoende voorbereid op *cross-border care*. Er was onvoldoende inzicht in hoe we zorgprofessionals kunnen leren om te gaan met de uitdagingen en mogelijkheden van *cross-border care*. *Cross-border care* is complex en moet worden ondersteund met onderwijs dat op praktische en theoretische inzichten is gebaseerd. We wilden daarom inzicht krijgen in hoe we het beste onderwijs konden ontwerpen om zorgprofessionals te ondersteunen in *cross-border care*. De twee hoofdvragen die we in het proefschrift² wilden beantwoorden, waren:

1. Wat zijn de perspectieven en behoeften van zorgprofessionals en patiënten in *cross-border care* in een Europese grensregio?
2. Hoe kan onderwijs dat is ontworpen met praktische behoeften en theoretische inzichten, *cross-border care* ondersteunen?

Hoofdbevindingen

Deel 1 – Behoeftanalyse

Zoals omschreven in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 van het proefschrift, zijn er verschillende situaties waarin *cross-border care* plaatsvindt. In geplande zorg maken patiënten en/of zorgprofessionals een bewuste keuze om de grens over te steken. In ongeplande zorgsituaties is er een acute vraag naar *cross-border care* (bijvoorbeeld: bij ernstig letsel na een ongeluk). In sommigen van die situaties vindt *cross-border care* ad-hoc plaats, maar in andere situaties is er een voortdurende en structurele samenwerking over de grens, vaak gefocust op een specifieke patiëntengroep. In deze situaties komt *cross-border care* vaker voor.

In hoofdstuk 2 identificeerden we drie situaties waarin voortdurend werd samengewerkt en interviewden we 43 zorgprofessionals die daarbij betrokken waren. We stelden vast dat zorgprofessionals over het algemeen een positieve houding hebben tegenover *cross-border care*. *Cross-border care* heeft volgens zorgprofessionals voordelen voor patiënten. Echter, deze zorgprofessionals voelen een gebrek aan controle over *cross-border care* situaties. Ze vertellen dat de vele verschillen die bestaan tussen 'wij' en 'zij' (collega's aan de andere kant van de grens) *cross-border care* overdracht en samenwerking belemmeren. Ze noemen uitdagingen die samenhangen met informatieoverdracht, taalbarrières, taakverdeling en opleiding, beleid en financiering, en culturele verschillen. Als zorgprofessionals persoonlijk contact met elkaar hebben, lijken zij zich beter te kunnen aanpassen en beter om te kunnen gaan met deze uitdagingen. Zorgprofessionals benoemen dat protocollen, samenwerkingsovereenkomsten en persoonlijk contact kunnen helpen om *cross-border care* te verbeteren. We concluderen dat gedeeld begrip van

cross-border care belangrijk is voor goede samenwerking. Persoonlijk contact rondom betekenisvolle activiteiten zoals onderwijs en casusbesprekingen, kan bijdragen aan zo'n gedeeld bewustzijn.

In hoofdstuk 3, delen patiënten in geplande en ongeplande *cross-border care* hun ervaringen. We interviewden acht patiënten over hun persoonlijke ervaringen en beschreven die ervaringen in drie zogeheten *patient stories*: verhalen die werden samengesteld uit de interviewdata. In deze *patient stories* zien we steeds drie thema's terugkomen. Patiënten omschrijven problemen met de manier waarop zij al dan niet betrokken worden, problemen in de communicatie met zorgprofessionals, en problemen met de informatievoorziening in het gehele zorgproces. Deze thema's zijn niet onbekend in gezondheidszorg, maar worden versterkt door *cross-border* verschillen in zorg. *Cross-border care* behoeft speciale aandacht, met name voor de wederzijdse verwachtingen van patiënten en zorgprofessionals.

Zowel zorgprofessionals en patiënten merken de verschillen in *cross-border care* op. Zij ervaren uitdagingen en mogelijkheden van *cross-border care*. We concluderen dat er behoefte is aan bewustzijn van die verschillen en gedeeld begrip van *cross-border care*.

Deel twee - Ontwerp en evaluatie van onderwijsinterventies

Met de behoeften van zorgprofessionals en patiënten in gedachten, ontwierpen en evalueerden we twee onderwijsinterventies ter ondersteuning van *cross-border care*. Met beide interventies, die worden omschreven in hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5, wilden we bewustwording en gedeeld begrip van *cross-border care* onder zorgprofessionals versterken. Daarnaast wilden we zorgprofessionals die betrokken waren in *cross-border* samenwerkingen stimuleren om na te denken over manieren om *cross-border care* in (hun eigen) praktijk te verbeteren. We identificeerden drie leerprincipes in die veel voorkomen in onderwijskundig onderzoek over leren voor specifieke situaties: authentiek leren, collaboratief leren (hoofdstuk 4) of team leren (hoofdstuk 5), en reflectief leren.

In hoofdstuk 4 ontwierpen we een workshop voor artsen in opleiding tot specialist (AIOS) van verschillende disciplines in het Nederlandse deel van de grensregio. Deelnemers bespraken authentieke casuïstiek over *cross-border care*, omschreven vanuit het perspectief van zorgprofessionals en patiënten. Daarnaast bespraken ze persoonlijke ervaringen met *cross-border care* (authentiek leren). De deelnemende AIOS werkten in de praktijk niet met elkaar samen, maar door elkaars voorbeelden, ervaringen en perspectieven, konden ze in de workshop wel samen leren over *cross-border care* (collaboratief leren). Ook werden deelnemers gestimuleerd om te reflecteren op hun eigen praktijk, en na te denken over manieren waarop zij konden bijdragen aan verbetering van *cross-border care* (reflectief leren). Volgens deelnemers aan de workshop, boden discussies in interdisciplinaire groepen verschillende perspectieven op *cross-border care*. Voorbeelden van *cross-border care* in de praktijk, bijvoorbeeld zoals omschreven in patiëntverhalen in hoofdstuk 3, hielpen deelnemers om uitdagingen en mogelijkheden te herkennen. Reflectie stimuleerde deelnemers om na te denken over hun eigen rol in en perspec-

tief op *cross-border care*. Sommige deelnemers, met meer ervaring, gaven aan dat ze zich beter voorbereid voelden en kwamen met concrete ideeën over hoe ze *cross-border care* zelf beter kunnen ondersteunen. Ze benadrukten dat een dergelijke workshop met een internationale groep van AIOS, hen meer zou kunnen leren over verschillen in zorgsystemen. We concluderen dat onze workshop, met authentiek, collaboratief en reflectief leren bijdraagt aan de bewustwording van verschillen in *cross-border care* onder AIOS.

In hoofdstuk 5 ontwierpen we een onderwijsinterventie voor zorgprofessionals die betrokken zijn in bestaande *cross-border* samenwerking in de zorg. De opzet van deze interventie is dat zorgprofessionals uitdagingen en mogelijkheden die ze zelf ervaren in hun samenwerking (authentiek leren). In tegenstelling tot onze doelgroep in hoofdstuk 4, werken deze zorgprofessionals dus in de praktijk wél samen. Het doel van deze interventie is daarom om te leren samenwerken met betrokken zorgprofessionals: verpleegkundigen, artsen en paramedici uit beiden landen (teamleren). De bedoeling van deze training is dat zorgprofessionals reflecteren op manieren om hun eigen samenwerking te verbeteren (reflectief leren). We evalueerden het ontwerp van deze interventie met experts in onderwijs en zorg. De meeste experts vonden dat het onderwijskundig ontwerp passend was voor het doel van de interventie. Echter, de concrete uitwerking van leerprincipes, moet worden aangepast aan contextuele verschillen. Contextuele factoren (Bijvoorbeeld: welke zorgprofessionals zijn betrokken in een specifieke situatie) kunnen invloed hebben op de interventie (Bijvoorbeeld: welke verschillende professies doen mee aan de interventie) en onderliggende leerprincipes (Bijvoorbeeld: hoe leren verschillende professies over en van elkaar). Daarnaast benadrukte experts het belang van een veilig leerklimaat. Ze benoemen dat het faciliteren van veiligheid moeilijk kan zijn in de interprofessionele en internationale doelgroepen die we beoogden voor de interventie. Respondenten wezen op de complexiteit van verschillende talen, professies en culturen. Open discussies kunnen bovendien uitdagend zijn in deze diverse groepen, door hiërarchische verschillen tussen deelnemers en die worden niet overal hetzelfde beleefd. Het is daarom wellicht niet altijd mogelijk om alle betrokken zorgprofessionals zo maar (direct) met elkaar te laten discussiëren.

We concluderen dat onderwijs met authentieke, collaboratieve of team, en reflectieve leerprincipes van bijdragen aan het bewustzijn van *cross-border* verschillen in zorg, en aan een gedeeld begrip van *cross-border* samenwerking. Echter, dezelfde verschillen (in bijvoorbeeld taal, hiërarchie en cultuur) die *cross-border* samenwerking zo lastig maken, vormen ook uitdagingen voor het samen leren. Bovendien moeten onderwijsinterventies worden aangepast aan de context om te kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van zorgprofessionals en de unieke uitdagingen en mogelijkheden in verschillende situaties.

Theoretische implicaties

De hoofdbevindingen van deze thesis bieden nieuwe inzichten in bestaand onderzoek in het domein van onderwijskundig ontwerp. We bespreken er vier: 1) internationale verschillen vormen uitdagingen voor leren over *cross-border care*, 2) mensen die samenwerken in *cross-border care*, leren in een *landscape of different practices*, 3) onderwijskundige interventies voor *cross-border care* moeten worden aangepast aan specifieke behoeften, en 4) om te leren samenwerken over de grens, hebben we het perspectief van patiënten nodig.

Internationale verschillen vormen uitdagingen voor samen leren over cross-border care

De opzet van de onderwijsinterventie in hoofdstuk 5 is om zorgprofessionals uit verschillende landen bijeen te brengen om te discussiëren over *cross-border care*. In deze opzet zouden zorgprofessionals direct geconfronteerd worden met internationale verschillen, bijvoorbeeld: zij zouden elkaar wellicht niet (volledig) kunnen verstaan door het verschil in taal; ze zouden kunnen opmerken dat hun professionele naamgenoot een verschillende rol of taak heeft, of dat zij een andere hiërarchische dynamieken voelen tussen zorgprofessionals. Hoewel bewustwording van deze verschillen een van de doelen van onze interventie is, kunnen deze internationale verschillen leren juist ook belemmeren. Uit eerder onderzoek weten we bovendien dat traditionele barrières tussen professies ook uitdagingen vormen voor leren (Hall, 2005). Zorgprofessionals met minder internationale ervaring, zullen bijvoorbeeld minder goed zijn in het spreken en begrijpen van andere talen, waardoor zij zich moeilijker kunnen uitspreken (Bijvoorbeeld: over onzekerheden). De inzet van een tolk – een ogenschijnlijk logische oplossing – zal de communicatie hun ervaringen vertragen en verhinderen, en vermindert ook de authenticiteit van de training wanneer er in de praktijk ook niet (standaard) een tolk aanwezig is. Daarnaast verschilt de rol van reflectie in basisopleidingen tussen professies en landen, waardoor sommige zorgprofessionals meer ervaring hebben met reflecteren dan anderen. Zulke verschillen in ervaring met reflectie, bemoeilijken een gelijkwaardige bijdragen van verschillende deelnemers in discussies (Clark, 2009), terwijl dat een essentieel onderdeel van onze interventies is. Trainers die aandacht hebben voor deze dynamieken kunnen discussies faciliteren, maar mogelijk zijn er ook aanpassingen nodig in het trainingsontwerp om een goede uitwisseling tussen zorgprofessionals mogelijk te maken. Uiteindelijk zullen de verschillen in *cross-border care*, ook invloed hebben op de manier waarop professionals uit verschillende landen samen leren over *cross-border care*.

Professionals die samenwerken in cross-border care, leren in 'landscape of different practices'

In *cross-border care* kunnen we twee niveaus van teamsamenwerking onderscheiden: 1) samenwerking, tussen zorgprofessionals binnen één land 2) samenwerking op een internationaal niveau, tussen verschillende teams van zorgprofessionals over de grens: een *cross-border team*, dat gezamenlijk verantwoordelijk is voor het zorgproces van een

patiënt (in lijn met de verwachtingen van patiënten zoals omschreven in hoofdstuk 3). In essentie delen professionals die betrokken zijn in dergelijke *cross-border* samenwerking een doel (zorg voor de patiënt) en dragen samen bij aan dat doel. Daardoor zouden zij als een team moeten werken (Xyrichs & Ream, 2008). Met deze aanname, ontwikkelden we in hoofdstuk 5 een interventie waarin team leren werd toegepast (Van den Bossche, Gijsselaers, Segers, & Kirschner, 2006). Gezien vanuit dit principe, zouden zorgprofessionals die zorg delen voor een patiënt, moeten begrijpen hoe verschillende mensen bijdragen aan hun gezamenlijk doel, zodat ze hun eigen verwachtingen en bijdragen daaraan kunnen aanpassen (Converse, Cannon-Bowers, & Salas, 1993). Door samen te leren met de mensen met wie ze samenwerken, zouden ze de samenwerking verbeteren.

Om te leren samenwerken als een team, moeten zorgprofessionals zich echter identificeren als onderdeel van een team. De interviews in hoofdstuk twee suggereerden dat zorgprofessionals zich voornamelijk onderdeel voelden van hun eigen lokale team. Ze voelden zich verantwoordelijk voor de patiënten tot die werden overgedragen naar 'de andere kant'. Zorgprofessionals aan de andere kant van de grens werden aangeduid met 'zij' en 'hen', persoonlijke ontmoetingen ontbraken vaak, en zorgprofessionals hadden weinig inzicht in hoe zorg over de grens werd georganiseerd. Ze lijken te werken als aparte teams aan beide kanten van de grens, die slechts verbonden zijn door de patiënten voor wie ze zorgen. Daardoor hebben ze weliswaar eigenschappen van een team, maar identificeren ze zich niet als zodanig, waardoor ze mogelijk niet kunnen leren als een team (Meeuwissen, Gijsselaers, Wolfhagen, & Oude Egbrink, 2020). De afwezigheid van een teamidentiteit in *cross-border care* is geen verassing. Zoals benoemd in het eerste discussiepunt, maken de verschillen tussen zorgprofessionals uit verschillende landen een constructieve discussie over uitdagingen al lastig. Daarnaast kunnen zorgprofessionals hun teamwerk vaak letterlijk niet zien. Door de fysieke afstand worden patiënten digitaal of telefonisch overgedragen, of ontbreekt de overdracht zelfs volledig (Bouwmans et al., 2021). We zagen onze interventies dan ook als een mogelijkheid voor zorgprofessionals om elkaar te ontmoeten, te praten over verbindingen en met en van elkaar te leren. Echter, als zorgprofessionals zich in praktijk niet identificeren als team, zullen ze niet leren als een team, en zal er van teamleren geen sprake zijn. Onze benadering van *cross-border care* 'teams' moet dus worden heroverwogen.

Een alternatieve benadering voor samen werken en leren, is te zien in ontwikkelingen rondom *communities* en *landscapes of practice*. Volgens Wenger (1999) worden *communities of practice* gekarakteriseerd door sociale connecties en wederzijdse betrokkenheid (gemeenschap), gezamenlijke ondernemingen (domein) en een gedeelde manier van doen (gebruiken). Een *landschape of practice* omschrijft verbindingen tussen verschillende *communities of practice*, wat gebeurt op het moment dat mensen van de grens van hun *community of practice* oversteken (Wenger-Trayner, Fenton-O'Creevy, Hutchinson, Kubiak, & Wenger-Trayner, 2014). Door deze grensbewegingen kunnen mensen uit verschillende *communities of practice* leren over elkaars gemeenschappen, domeinen en gebruiken, en hoe ze van waarde zijn voor elkaar. Zelf als ze niet direct met elkaar samen-

werken, kunnen ze toch samen leren. Wenger-Trayner et al. (2014) benadrukken tevens dat mensen weerstand kunnen voelen over zulke bewegingen buiten hun *community of practice*, in een *landscape of different practices*. Dit kan gezien worden als ondermijning van de waarde van hun eigen *community of practice* (Hodson, 2020). Gezien dit mogelijk ook het geval is in *cross-border care*, is het belangrijk om wederkerigheid in *cross-border* samenwerking te accentueren. Door leren in *cross-border care* te benaderen als leren in een *landscape of different practices*, verkrijgen we inzicht in hoe zorgprofessionals uit verschillende landen met en over elkaar kunnen leren, en zo samenwerking kunnen verbeteren.

Onderwijskundige interventies voor *cross-border care* moeten worden aangepast aan specifieke behoeften

In deze thesis zagen we dat *cross-border care* allerlei vormen aanneemt en dat er veel contextuele verschillen zijn tussen situaties. Soms is *cross-border care* een vaste samenwerking tussen bevriende zorgprofessionals en soms is het een plotse oplossing voor een urgent probleem. Elke *cross-border* zorgsituatie zal verschillende behoeften voor verbetering hebben. In onze interventies, gaven we gehoor aan de authenticiteit van iedere situatie door deelnemers te laten leren van situaties die ze zelf inbrachten (Brown, Collins, & Duguid, 1989; Van Merriënboer, Clark, & De Croock, 2002). Ze zouden hun eigen voorbeelden van *cross-border care* meenemen en gedeelde ervaringen bespreken. Echter, als we willen dat deelnemers leren van authentieke situaties, moet de interventie zelf worden aangepast aan de context waarin deze wordt geïmplementeerd.

Om interventies doelmatig aan te passen aan verschillende situaties, moet onderwijs worden ontworpen in iteraties waarbij er aandacht is voor specifieke behoeften. Aan de andere kant dienen de karakteristieken van het ontwerp, die bewezen bijdragen aan leren, behouden te worden (Cianciolo & Regehr, 2019). Het principe dat alle betrokkenen in *cross-border care* betrokken moeten zijn in de interventie, zal zich bijvoorbeeld in de ene situatie vertalen naar een samenkomst van administratieve medewerkers, verpleegkundigen, paramedici en artsen, terwijl in de andere situatie alleen artsen en verpleegkundig specialisten zullen deelnemen. Ook het principe dat alle betrokkenen zich veilig moeten voelen om ervaringen te delen in de interventie, zoals omschreven in het eerste discussiepunt, kan op verschillende manieren vorm krijgen. In sommige situaties zal het creëren van een veilige situatie weinig tot geen voorbereiding vergen, maar in andere situaties kan dit juist heel uitdagend zijn en dus vragen om uitgebreide voorbereiding. Zulke aanpassingen behoeven samenwerking tussen degene die het onderwijs ontwerpen en degene voor wie het onderwijs bedoeld is. Deze aanpassingen aan specifieke behoeften draagt er ook aan bij dat onderwijs een onderdeel wordt van een continu proces van verbetering. Zorgprofessionals kunnen de interventie zo niet alleen vormgeven, maar kunnen deze ook initiëren als zij denken dat deze nodig is, en deze herhalen als er nieuwe behoeften ontstaan. Door een balans te zoeken tussen het bepalen van relevante leerprincipes en het faciliteren van een zelfstandige bepaling van behoeften

(Akkerman, Petter, & de Laat, 2008), hebben onderwijskundige interventies meer kans om iets toe te voegen aan de praktijk.

Om te leren samenwerken over de grens, hebben we het perspectief van patiënten nodig

In deze thesis hebben we gezien dat patiënten een uniek perspectief hebben op *cross-border care*. Zij ervaren zorg aan beide kanten van de grens en ervaren verschillen directer dan zorgprofessionals. Patiënten die hun eigen ervaringen deelden in hoofdstuk 3, konden expliciete problemen benoemen en duiden wat moet worden verbeterd. Patiënten zijn zowel een belangrijke betrokkene, alsook een waardevolle bron van informatie. Daarom moeten perspectieven van patiënten een centrale rol hebben in het leren samenwerken over de grens.

Daarom gebruikten we in onze interventies casuïstiek vanuit het perspectief van de patiënt als startpunt voor discussies over *cross-border care*. Echter, dit 'gebruik' van patiëntperspectieven in onderwijs wordt vaak *tokenism* genoemd (Arnstein, 1969), een verwijzing naar schijnbetrokkenheid. Bij echte betrokkenheid worden patiënten interactieve deelgenoten in het leren en hebben zij inspraak in beslissingen (Rowland et al., 2019). In *cross-border care* zou dit betekenen dat patiënten helpen om sterke en zwakke punten in de samenwerking te herkennen en leerbehoeften te identificeren. Zorgvuldig overleg tussen patiënten en zorgprofessionals kan patiëntparticipatie bevorderen (Elwyn et al., 2014), maar in sommige situaties kunnen we een stap verder gaan. Als we patiënten gaan zien als volwaardige betrokkenen, kunnen we ze ook vragen of bij te dragen aan, of deel te nemen in onderwijs interventies, zodat ze kunnen meedoen aan de discussies die tot verbetering leiden.

Als we pogen om patiënten te betrekken in onderwijs en leren voor *cross-border care*, moeten we rekening houden met een aantal obstakels. Ten eerste is het belangrijk om te reflecteren op de afhankelijkheidsrelatie tussen patiënten en zorgprofessionals. Patiënten die afhankelijk zijn van zorgprofessionals, kunnen hun eigen ervaringen afzwakken. Ten tweede kunnen patiënten die deelnemen alleen hun eigen ervaring inbrengen. Zelfs als we ernaar streven om een diverse groep aan patiënten de betrekken, zullen sommigen niet kunnen deelnemen (bijvoorbeeld door gebrek aan tijd, bewustzijn, energie, of andere middelen). De perspectieven van betrokken patiënten zijn dus niet representatief voor een gehele populatie (Rowland & Kumagai, 2018) en moeten worden aangevuld met ervaringen van patiënten die niet direct betrokken kunnen zijn. Ten derde kunnen zorgprofessionals het moeilijk vinden om hun patiënten te zien als partners in leren, zeker als zij dat nog niet gewend zijn, of het zelfs tegen cultureel-historische normen. Onderzoek naar partnerschappen tussen docenten en studenten – een relatie die enigszins vergelijkbaar is met die tussen zorgprofessionals en patiënten – leert ons dat mensen de aannames van hun rollen en verantwoordelijkheden moeten heroverwegen, wat kan leiden tot onzekerheid (Könings, Mordang, Smeenk, Stassen, & Ramani, 2020). Patiëntparticipatie op onderwijs voor *cross-border care*, vraagt dus om zorgvuldige voorbereiding voor zowel patiënten als zorgprofessionals.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het onderzoek in deze thesis kent een aantal sterke en zwakke punten. Een eerste sterk punt is dat het werd uitgevoerd in de Euregio Maas-Rijn, een regio die van oorsprong pioniert in *cross-border* samenwerking in zorg. We konden daardoor voortbouwen op de collectieve expertise van de regio, en bijdragen aan groei. Ten tweede waren dat verschillende groepen (bijv. patiënten, verpleegkundigen, paramedici, managers, onderwijskundigen, artsen, administratief medewerkers) betrokken bij onze onderzoeken en in het project. Dit maakte ons onderzoek samenhangend en versterkte de impact die we hadden op betrokkenen in verschillende landen. Ten derde waren onderzoek, onderwijs en praktijk sterk met elkaar vervlochten. We gebruikten theoretische inzichten en praktische ervaringen in het ontwerp van onze onderwijsinterventie. Deze aanpak resulteerde in relevante uitkomsten voor zowel de praktijk van *cross-border* samenwerking, als het theoretische begrip van de impact van context op de leerprincipes die we toepasten. Er zijn ook limitaties. Onze eerste interventie, voor AIOS, was relatief kort en vond online plaats met een klein aantal vrijwillige deelnemers. Deze deelnemers vonden dat ze iets hadden geleerd van de interventie, maar we hebben geen informatie over impact op lange termijn. De tweede interventie hebben we niet kunnen implementeren (door een virus waar u misschien wel over heeft gehoord). Hoewel de expert evaluatie de suggestie wekt dat het ontwerp passend is en waarde toe kan voegen aan *cross-border* samenwerking, hebben we dit niet verder kunnen onderzoeken. Ten derde is het Nederlandse perspectief op *cross-border care* dominant in deze thesis. Hoewel we veel samenwerkten met betrokkenen uit alle drie de landen, komen de meeste perspectieven van Nederlandse patiënten en professionals, en werden die perspectieven voornamelijk geanalyseerd door onderzoekers die bekend zijn met de Nederlandse zorgtraditie. Dit heeft het onderzoek in deze thesis ongetwijfeld beïnvloed.

Toekomstig onderzoek

De reflectie op onze bevindingen en zwakke punten van dit onderzoek, bieden een aantal mogelijke richtingen voor toekomstig onderzoek. Ten eerste kunnen we meer gericht onderzoek doen naar hoe zorgprofessionals in *cross-border care* samen (kunnen) leren en wat de impact daarvan is. Het raamwerk van *landscapes of practice* kan ons helpen om inzicht te verkrijgen in hoe onze interventies bijdragen aan gezamenlijk leren, en hoe zorgprofessionals in de regio navigeren in dit *landscape of practice*. Ten tweede kunnen we onderzoek doen naar de continuïteit van leren in bijvoorbeeld langdurige onderwijsinterventies, door *cross-border* samenwerking observeren. Ten derde is er meer inzicht nodig in verschillende manieren om betrokkenen, waaronder patiënten, te betrekken in het verbeteren van *cross-border care*. Onderzoek naar de relaties tussen verschillende betrokkenen (v.b. tussen zorgprofessionals en patiënten, of tussen verpleegkundigen

en artsen uit verschillende landen) in *cross-border care* en hoe dit onderwijs en leren beïnvloed. We kunnen kijken naar verschillende manieren om onderwijsinterventies te (her)ontwerpen samen met deze verschillende betrokkenen, en observeren hoe zij interageren, bijvoorbeeld in co-creatie initiatieven.

Praktische implicaties

Op basis van de bevindingen van deze thesis, denken wij dat iedere expert in onderwijs/zorg met een streven om *cross-border care* te verbeteren, zich de volgende vragen zou moeten stellen.

Hoe werken zij/jullie samen?

Nog voor jullie nadenken over hoe *cross-border care* kan worden verbeterd, moet je je afvragen hoe de *cross-border* samenwerking er in deze situatie uitziet. Het is belangrijk om te begrijpen wat de reden is om samen te werken, om te weten wat de samenwerking drijft. In sommige situaties vindt samenwerking plaats vanwege een urgente behoefte in zorg (v.b. te kort aan ic-bedden in een pandemie). In andere situaties startten bevriende zorgprofessionals een samenwerking omdat ze een mogelijkheid zien om expertise uit te wisselen. De reden om samen te werken, vormt het perspectief van betrokkenen op de samenwerking. Daarnaast is het belangrijk om te inventariseren wie betrokken is bij *cross-border* samenwerking (paramedici, verpleegkundigen, artsen, administratieve medewerkers, managers, etc., aan beide kanten van de grens), hoe zij hun bijdrage aan *cross-border care* zien, en waarom ze samenwerken.

Wat zijn hun/jullie specifieke behoeften?

Om *cross-border care* te verbeteren, is het belangrijk om te begrijpen welke specifieke behoeften betrokkenen hebben. Verschillende betrokkenen in verschillende landen kunnen tegen verschillende problemen of barrières aanlopen, en onderwijsinterventies moeten daarop worden aangepast. Een voorbeeld daarvan is dat in sommige samenwerking taalbarrières een uitdaging vormen die de elke vorm van communicatie belemmert. Dit vraagt om trainers die beide talen spreken, of om de ondersteuning van een vertaler. Een ander voorbeeld is dat verschillende culturele en hiërarchische structuren tussen mensen kunnen botsen en zo onveilige situaties veroorzaken. In zulke gevallen is het mogelijk verstandig om aparte (voorbereidende) discussies te voeren met verschillende groepen betrokkenen. Uiteindelijk kennen de betrokkenen de situatie en diens behoeften het beste. Zij moeten het vertrouwen krijgen om inspraak te hebben in welke onderwerpen aan bod komen in onderwijsinterventies en op welke manier dat gebeurt. Gesprekken met of observatie van verschillende betrokkenen in *cross-border care*, kan trainers helpen om passende onderwijsinterventies voor te bereiden.

Hoe kunnen zij/jullie continu verbeteren?

Cross-border care is nooit 'af'. Betrokkenen en hun behoeften veranderen door de tijd heen, dus het verbeteren van zulke samenwerkingen vraagt om een continue inzet. Probeer dit in te passen in interventies door reflectie te plannen en doelen te stellen na afloop van de interventie. Als betrokkenen elkaar regelmatig ontmoeten, krijgen zij een terugkerende mogelijkheid om hun behoeften te uiten. Dit kan worden georganiseerd door betrokkenen herhaaldelijk hun ervaringen met *cross-border care* te laten delen en terugkerende uitdagingen te inventariseren, of betrokkenen direct te vragen wat hun behoeften zijn in periodieke evaluaties.

Wat kunnen hun/jullie patiënten bijdragen?

Patiënten zijn een waardevolle bron van informatie in *cross-border care*, en ze kunnen helpen om bovenstaande vragen te beantwoorden. Overweeg wat hun perspectieven kunnen bijdragen en hoe ze betrokken kunnen worden bij de verbetering van *cross-border care*. In sommige situaties kunnen (voormalig) patiënten deelnemen in onderwijsinterventies. In andere situaties, is het misschien haalbaarder om een aantal ervaringen te verzamelen en deze te delen met andere betrokkenen. Hoe dan ook moeten patiënten in het middelpunt staan van de verbetering, niet aan de zijlijn.

Conclusie

In dit project deden we onderzoek naar *cross-border* samenwerking in zorg in een grensregio, en probeerden we het leren samenwerking in zorg over de grens te ondersteunen. We kunnen concluderen dat er zelfs voor een specifieke grensregio als de euregio Maas-Rijn geen standaardoplossing bestaat. We moeten onze inzet daarom niet beperken tot standaardisatie, maar juist investeren in harmonie. De kracht van samenwerking licht in de diversiteit van diegenen die samenwerken, en hun vermogen zich continu aan te passen aan elkaar. Deze zoektocht naar harmonie is vergelijkbaar met het maken van muziek in een band of orkest, of het zingen met een koor. Het spelen of zingen van exact dezelfde melodie lijkt gemakkelijk, maar is kortgezegd onmogelijk door de verschillende bereiken en kwaliteiten van de verschillende instrumenten of stemmen. Daarnaast is het nogal saai om allemaal hetzelfde te doen. Muziek is juist zo mooi omdat er een oneindige hoeveelheid combinaties zijn die harmonieus klinken; omdat het ons iedere keer weer kan verrassen. Hetzelfde geldt voor samenwerking in gezondheidszorg.

Noten

- 1 We hanteren in dit artikel een Engelse term, omdat de meest gebruikelijke Nederlandse term (grensoverschrijdende zorg) mogelijk wordt geassocieerd met grensoverschrijdend gedrag.
- 2 Beuken, J. (2022). *Waves towards harmony: learning to collaborate in healthcare across borders*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20220325jb>

Literatuur

- Akkerman, S., Petter, C., & de Laat, M. (2008). Organising communities-of-practice: Facilitating emergence. *Journal of Workplace Learning*, Vol. 20 No. 6, 383–399. DOI:10.1108/13665620810892067.
- Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216–224.
- Bouwmans, M.E.J., Beuken, J.A., Verstegen, D.M.L., van Kersbergen, L., Dolmans, D.H.J.M., Vogt, L., & Sopka, S. (2021). Patient handover in a European border region: Cross-sectional survey study among healthcare workers to explore the status quo, potential risks, and solutions. *International Journal of Care Coordination*, 24(2), 72–81.
- Brown, J.S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational researcher*, 18(1), 32–42.
- Cianciolo, A.T., & Regehr, G. (2019). Learning theory and educational intervention: producing meaningful evidence of impact through layered analysis. *Academic Medicine*, 94(6), 789–794.
- Clark, P.G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional care*, 23(3), 213–223.
- Converse, S., Cannon-Bowers, J.A., & Salas, E. (1993). Shared mental models in expert team decision making. Individual and group decision making: *Current issues*, 221, 221–246.
- Elwyn, G., Lloyd, A., May, C., van der Weijden, T., Stiggelbout, A., Edwards, A., Frosch, D.L., Rapley, T., Barr, P., & Walsh, T. (2014). Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient education and counseling*, 97(2), 158–164.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*, 19(sup1), 188–196.
- Hodson, N. (2020). Landscapes of practice in medical education. *Medical education*, 54(6), 504–509.
- Könings, K.D., Mordang, S., Smeenk, F., Stassen, L., & Ramani, S. (2020). Learner involvement in the co-creation of teaching and learning: AMEE Guide No. 138. *Medical Teacher*, 54(1), 1–13.
- Meeuwissen, S.N.E., Gijssels, W.H., Wolfhagen, I.H.A.P., & Oude Egbrink, M.G.A. (2020). When I say ... team learning. *Medical education*, 54(9), 784.
- Rowland, P., Anderson, M., Kumagai, A.K., McMillan, S., Sandhu, V.K., & Langlois, S. (2019). Patient involvement in health professionals' education: A meta-narrative review. *Advances in Health Sciences Education*, 24(3), 595–617.

- Rowland, P., & Kumagai, A.K. (2018). Dilemmas of representation: patient engagement in health professions education. *Academic Medicine*, 93(6), 869–873.
- Van den Bossche, P., Gijselaers, W.H., Segers, M., & Kirschner, P.A. (2006). Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments: Team learning beliefs and behaviors. *Small group research*, 37(5), 490–521.
- Van Merriënboer, J.J.G., Clark, R.E., & De Croock, M.B.M. (2002). Blueprints for complex learning: The 4C/1D-model. *Educational technology research and development*, 50(2), 39–61.
- Wenger-Trayner, E., Fenton-O’Creavy, M., Hutchinson, S., Kubiak, C., & Wenger-Trayner, B. (2014). *Learning in landscapes of practice: Boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning*. Routledge.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge university press.
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2), 232–241.