

ZORG ALS ONDERDEEL VAN HET LEVEN

**Naar een Europees zorgmodel vanuit de Euregio
Maas-Rijn**

Inleiding — Zorg anders benaderd

Zorg is in onze samenleving steeds sterker verbonden geraakt met ziekte, ouderdom en afhankelijkheid. Daardoor dreigt zij een afzonderlijke wereld te worden, die vooral in beeld komt wanneer mensen niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Maar zorg is in wezen veel ruimer. Zij betreft de ondersteuning die mensen nodig hebben om te kunnen blijven wonen, leven en deelnemen aan hun vertrouwde omgeving, ook wanneer hun gezondheid tijdelijk of blijvend beperkingen met zich meebrengt.

Een andere benadering begint daarom niet bij de instelling of de medische aandoening, maar bij het leven zelf. Hoe kan iemand zo zelfstandig mogelijk blijven wonen? Hoe kan herstel plaatsvinden zonder iemand onnodig uit de dagelijkse omgeving los te maken? En hoe blijft specialistische zorg beschikbaar wanneer die werkelijk nodig is, zonder dat het gehele zorgstelsel rondom die zwaarste vorm van zorg wordt georganiseerd?

Daarvoor is een samenhangend zorgmodel nodig waarin verschillende vormen van ondersteuning elk een eigen functie hebben, maar niet als afzonderlijke werelden functioneren. De huisarts, de woonomgeving, de herstelvoorzieningen en het ziekenhuis moeten elkaar aanvullen en de overgang ertussen moet zo vanzelfsprekend mogelijk zijn.

De Euregio Maas-Rijn biedt een bijzondere mogelijkheid om deze benadering te onderzoeken. Nederland, België en Duitsland delen hier een grensgebied met nabijgelegen steden, verschillende culturen, kennisinstellingen en bestaande medische voorzieningen. De vraag is of deze kwaliteiten beter kunnen worden verbonden, zodat de organisatie van zorg meer uitgaat van de feitelijke leefwereld van mensen en minder wordt begrensd door de nationale inrichting van voorzieningen.

LIGHT-CARE — Zorg dicht bij het dagelijks leven

LIGHT-CARE omvat de basiszorg en ondersteuning die mensen in staat stellen hun gewone leven zo veel mogelijk voort te zetten. Zij wonen zelfstandig, onderhouden sociale contacten en blijven deel uitmaken van hun dorp, wijk of gemeenschap. Zorg is beschikbaar wanneer dat nodig is, maar bepaalt niet de aard van hun woonomgeving.

De huisarts vervult hierin een belangrijke rol. Als vertrouwd aanspreekpunt kan deze de zorgvraag helpen duiden en zo nodig de verbinding leggen met andere vormen van ondersteuning. De huisarts is daarmee niet alleen een medische voorziening, maar ook een herkenbare schakel tussen het dagelijks leven en het bredere zorgnetwerk.

LIGHT-CARE hoeft niet aan een afzonderlijke instelling te worden gekoppeld. De eigen woning kan het uitgangspunt blijven, eventueel aangevuld met passende ondersteuning. Ook aangepaste woningen of kleinschalige woonvormen met gemeenschappelijke voorzieningen kunnen bijdragen aan zelfstandigheid en onderlinge verbondenheid.

De kern is dat mensen niet onnodig in een zorgomgeving terechtkomen wanneer ondersteuning in hun eigen woonomgeving mogelijk is. De zorgbehoefte bepaalt welke hulp nodig is, maar hoeft niet te bepalen hoe iemand leeft.

MEDIUM-CARE — Herstel als zelfstandige opgave

Tussen zelfstandig wonen met basiszorg en specialistische ziekenhuiszorg ligt een fase waarin mensen moeten herstellen, revalideren of tijdelijk intensievere begeleiding nodig hebben. Deze tussenfase verdient een herkenbare plaats binnen het zorgmodel.

Een ziekenhuis is noodzakelijk voor veel vormen van onderzoek en behandeling, maar niet iedere herstellvraag vereist een ziekenhuisomgeving. Omgekeerd is de eigen woning niet altijd geschikt wanneer iemand tijdelijk meer begeleiding, behandeling of ondersteuning nodig heeft.

MEDIUM-CARE richt zich op deze situatie. Zij verbindt herstel en revalidatie met de mogelijkheid om, wanneer dat medisch verantwoord is, terug te keren naar de eigen woonomgeving. De duur en intensiteit van het verblijf moeten aansluiten bij de individuele behoefte. Het doel is niet mensen langer in zorg te houden, maar hen passend te ondersteunen bij het hervatten van hun dagelijks leven.

Binnen MEDIUM-CARE kunnen thermische voorzieningen een rol spelen wanneer warmte, baden of watertherapie onderdeel zijn van een passende behandeling of revalidatie. De aanwezigheid daarvan moet voortkomen uit de zorginhoudelijke behoefte en de mogelijkheden van de locatie. Daarmee blijft het onderscheid met commerciële wellness helder: herstel is de hoofdfunctie, eventueel publiek gebruik is aanvullend.

Juist in deze tussenfase kunnen medische kennis, landschap, voeding, beweging en de kwaliteit van de verblijfsomgeving elkaar versterken. Welke voorzieningen daarvoor noodzakelijk zijn, moet per locatie en zorgvraag worden vastgesteld.

HARD-CARE — Specialistische zorg in samenhang

HARD-CARE omvat specialistische en ziekenhuisgerichte zorg, waaronder diagnostiek, operaties, intensieve behandeling en de voorzieningen die daarvoor noodzakelijk zijn. Deze functies vragen om specifieke apparatuur, deskundige teams en een organisatie die niet op iedere locatie opnieuw hoeft te worden opgebouwd.

Daarom ligt het voor de hand om HARD-CARE in eerste instantie te verbinden met bestaande ziekenhuizen en medische centra. De opgave is niet om een parallel netwerk van ziekenhuizen te creëren, maar om te onderzoeken hoe de aanwezige capaciteit doelmatig en toegankelijk kan worden benut.

Specialistische behandeling vormt vaak slechts één fase van een langer zorgtraject. Voorbereiding, nazorg, revalidatie en eventuele terugkeer naar zelfstandig wonen vragen om aansluiting op de andere zorgniveaus. Die overgang mag niet uitsluitend afhankelijk zijn van het vermogen van patiënten en hun naasten om zelf hun weg door verschillende organisaties te vinden.

De kwaliteit van HARD-CARE wordt daarmee niet alleen bepaald door de specialistische behandeling zelf, maar ook door de wijze waarop de zorg ervoor en erna is georganiseerd.

Eén zorgcontinuüm

LIGHT-CARE, MEDIUM-CARE en HARD-CARE zijn geen vaste categorieën waarin mensen voor langere tijd worden ingedeeld. Zij vertegenwoordigen verschillende vormen van ondersteuning die gedurende een mensenleven nodig kunnen zijn en die elkaar in de tijd kunnen opvolgen.

De ene persoon heeft vooral ondersteuning nodig om zelfstandig te blijven wonen. Een ander heeft tijdelijk een herstelomgeving nodig, terwijl iemand anders specialistische behandeling moet ondergaan. De behoefte kan veranderen en vraagt daarom om een zorgstructuur die niet alleen de afzonderlijke voorzieningen organiseert, maar ook de overgang ertussen.

Dat stelt eisen aan de samenwerking tussen zorgverleners en instellingen, maar ook aan bereikbaarheid, informatie-uitwisseling, vervoer en de aansluiting op de woonomgeving. De organisatie van zorg en de omstandigheden waaronder mensen leven, kunnen niet los van elkaar worden beschouwd.

Daarmee krijgt zorg naast haar medische en organisatorische betekenis ook een ruimtelijke en maatschappelijke dimensie. De manier waarop voorzieningen zijn verdeeld en met elkaar verbonden, beïnvloedt immers de mogelijkheid om zelfstandig te blijven leven en na een behandeling naar de eigen omgeving terug te keren.

De Euregio Maas-Rijn als Europese proeftuin

De Euregio Maas-Rijn kan een geschikt gebied zijn om deze samenhang grensoverschrijdend te onderzoeken. Zorgvoorzieningen, medische expertise en woonmogelijkheden zijn niet noodzakelijk aan dezelfde kant van de landsgrens aanwezig. Een voorziening in een buurland kan geografisch dichterbij liggen of beter aansluiten bij een bepaalde zorgvraag dan een voorziening binnen het eigen nationale stelsel.

De nationale grenzen blijven echter bepalend voor veel regels rond financiering, toegang, verwijzing en organisatie. Europese samenwerking heeft mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg geopend, maar heeft de nationale verantwoordelijkheden niet opgeheven.

De uitdaging is daarom om bestaande systemen beter op elkaar te laten aansluiten. Daarvoor zijn afspraken nodig over onder meer verwijzing, vergoeding, gegevensuitwisseling, taal, vervoer en medische verantwoordelijkheid. Ook moet duidelijk zijn welke voorzieningen voor welke patiënten toegankelijk zijn en hoe de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd.

De Euregio kan hiervoor als praktische proeftuin dienen. Niet door onmiddellijk één Europees zorgstelsel te veronderstellen, maar door bestaande voorzieningen en zorgniveaus gericht met elkaar te verbinden. Concrete samenwerkingsprojecten kunnen zichtbaar maken welke belemmeringen bestaan, welke oplossingen uitvoerbaar zijn en waar grensoverschrijdende samenwerking daadwerkelijk voordeel oplevert.

Zo krijgt de Europese gedachte betekenis op het niveau van het dagelijks leven: niet alleen als samenwerking tussen overheden en instellingen, maar als mogelijkheid om passende zorg toegankelijker te maken voor inwoners van het grensgebied.

Zorg als regionale ontwikkelingskracht

Een samenhangend zorgmodel vraagt om medewerkers, gebouwen, energie, voedsel, vervoer, kennis en ondersteunende diensten. Wanneer deze behoeften regionaal op elkaar worden afgestemd, kunnen investeringen in zorg ook betekenis krijgen voor andere sectoren.

De Euregio beschikt over landbouwgebieden, een eigen voedselcultuur, bestaande medische voorzieningen, kennisinstellingen en mogelijkheden voor thermische energie. De

verbinding met onderwijs, onderzoek, gastronomie, bouw en techniek kan nieuwe vormen van samenwerking en werkgelegenheid opleveren.

Dat betekent niet dat iedere zorgvoorziening automatisch een economische motor wordt. De omvang van de investeringen, de personeelsbehoefte, de werkgelegenheid en de financiële haalbaarheid moeten worden onderzocht. Ook moet onderscheid worden gemaakt tussen directe werkgelegenheid en de indirecte effecten op andere sectoren.

De wezenlijke verandering ligt in de bredere benadering. Zorg wordt niet uitsluitend beschouwd als een kostenpost of een afzonderlijke bedrijfstak, maar als een maatschappelijke behoefte die aanleiding kan geven tot een betere verbinding van bestaande regionale kwaliteiten. Economische ontwikkeling ondersteunt daarbij de leefbaarheid; zij mag niet het doel worden waaraan de zorg zelf ondergeschikt raakt.

Slot — Het leven als maatstaf

Een andere organisatie van zorg begint bij de erkenning dat mensen niet samenvallen met hun zorgvraag. Zij blijven wonen, werken, ontmoeten anderen en maken deel uit van een omgeving die ook tijdens ziekte of herstel betekenisvol blijft.

LIGHT-CARE, MEDIUM-CARE en HARD-CARE bieden een structuur om verschillende vormen van ondersteuning op elkaar af te stemmen. De waarde van het model ligt niet alleen in de verdeling van taken, maar vooral in de continuïteit die tussen de zorgniveaus kan ontstaan.

Voor de Euregio Maas-Rijn biedt dit een concrete onderzoeksvraag: hoe kunnen bestaande voorzieningen aan weerszijden van de grens zo worden verbonden dat zij beter aansluiten bij de behoeften van inwoners? Een zorgvuldige inventarisatie en een aantal gerichte proefprojecten kunnen uitwijzen welke medische, organisatorische, juridische en economische voorwaarden daarvoor nodig zijn.

De ambitie is niet om zorg overal aanwezig te laten zijn, maar om haar beschikbaar te maken waar zij nodig is en mensen zo veel mogelijk in staat te stellen hun gewone leven voort te zetten.

Zorg moet niet het leven organiseren rondom zichzelf; zorg moet zich organiseren rondom het leven.

De Euregio Maas-Rijn kan onderzoeken hoe deze gedachte in de praktijk vorm kan krijgen en wat Europese samenwerking kan betekenen voor de leefbaarheid van haar inwoners.

De tekst is ontwikkeld en geredigeerd in samenwerking met ChatGPT, op basis van de inhoudelijke uitgangspunten, kennis en visie van Robert Geurten / NOVIOTECTO. ChatGPT heeft daarbij gefunctioneerd als denk- en redactiepartner; de inhoudelijke verantwoordelijkheid en uiteindelijke positie berusten bij de auteur.

NOVIOTECTO — Robert Geurten

Oktober 2026