



## Stichting CHILD SURGERY – Việt Nam

### Beleidsplan 2017-2019

Spoorlaan 11, 1406 SR Bussum 035-6914333

#### Inhoud

Inleiding .....	2
Missie .....	2
Vietnam:.....	3
Aanvangssituatie .....	3
Situatie eind 2016.....	3
Plannen tot en met 2019.....	3
Overgangsfase van werkterreinen.....	3
Eindsituatie.....	4
Werkwijze .....	4
Bemiddeling .....	4
Te bieden hulp.....	4
Structurele hulpverlening.....	5
Nederland:.....	5
Werkzaamheden.....	5
Wijze van fondswerving .....	5
Wijze van besteden .....	5
Wijze van fondsbeheer.....	6
Medezeggenschap .....	6
Kwetsbaarheden.....	6
Huidig beleid.....	7
Korte termijn beleid (½ - 1½ jaar). .....	7
Lange termijn beleid (3-5 jaar). .....	7
Exit strategie .....	7

## Inleiding

Een eerdere Nederlandse organisatie heeft sinds de Vietnamoorlog steun verleend aan kinderen met medische, onderwijs- en sociale hulpvragen. Door omstandigheden is dit per eind 2004 afgesloten; het kantoor in Hanoi ging dicht. De organisatie hief zichzelf een jaar later geheel op. De ervaren Vietnamese medewerkers moesten naar alternatief werk omzien. Een van de managers wilde dit huidige werk graag voortzetten. Bij een informatief gesprek bleek onder andere dat er tussen 1992 en 1998 per jaar 1000 kinderen met operaties werden geholpen. Daarna is er een on-the-job trainingsprogramma voor chirurgen gestart waar per jaar 400 kinderen van profiteerden. Van 1999 tot 2004 zijn daarbij 2000 kinderen geholpen. Dit werk zou na de sluiting door niemand worden voortgezet, de bijgeschoolde artsen konden hun nieuwe kennis en vaardigheden niet meer inzetten door geldgebrek. En dat terwijl er nog jarenlang zulk werk te doen was.

Vooraf uit mededogen met de kinderen en daarnaast uit sympathie voor de wens dit werk verder vanuit een Vietnamese organisatie voort te zetten is de Nederlandse steunorganisatie stichting CHILD SURGERY – Viêt Nam (CSVN) ontstaan. Letterlijk vanuit het niets. Aan beide zijden werd beoogd het gedurende enkele jaren leven in te zullen blazen, als het niet voldoende tot ontwikkeling kon komen zou het als poging verder worden opgegeven.

In een intensieve samenwerking is aan beide zijden vorm gegeven aan de organisaties hetgeen in 2006 resulteerde in de eerste operaties. Zowel de samenwerking als de organisatie is daarna tot verdere ontwikkeling gekomen.

## Missie

**CSVN** verleent hulp aan kinderen met fysieke beperkingen in armoede leven in afgelegen gebieden van Vietnam. De lichamelijke beperkingen zijn zowel aangeboren als ook veroorzaakt door slechte leefomstandigheden of door ongelukken

Veel aandacht gaat uit naar de zeer jonge kinderen omdat bij hen een afwijking dikwijls gemakkelijker valt te herstellen of te verbeteren. Ook is er aandacht voor jongvolwassenen die al een heel leven met zulk een handicap achter zich hebben en een kans verdienen op een meer zelfstandig bestaan.

De hulp bestond oorspronkelijk uit orthopedische chirurgie, verleend in een Orthopedisch Revalidatie Centrum (ORC). Daarnaast werden hulpmiddelen of eventueel een microgift verleend voor inkomstenwerving. Dit is uitgebreid naar behandeling in centrale provinciale ziekenhuizen binnen een breder medisch spectrum.

Bij voorkeur worden kinderen in afgelegen en arme gebieden geholpen. Door dit in groepen te organiseren worden de kosten beperkt. Het vraagt om een projectmatige aanpak. Een lokale partner verleent hierbij heel goede diensten.

## Vietnam:

### Aanvangssituatie

Operaties werden aanvankelijk in een viertal *Orthopedic Rehabilitation Centers* (ORC's) verricht, die in een straal lagen van ca 80 KM rond de hoofdstad Hanoi. Kinderen werden vanuit omstreken hierheen vervoerd en behandeld. De ORC's vielen onder het *Ministry of Labor Invalid and Social Affairs* (MOLISSA) en waren beperkt in dit soort operaties die ze konden uitvoeren. In feite mogen daar alleen orthopedische operaties worden uitgevoerd. Verdeeld over Vietnam bestonden er 17 ORC's.

### Situatie eind 2016

Na de oprichting van CSVN in mei 2005 is in begin 2006 de eerste groep kinderen in een revalidatie centrum behandeld. Daar volgden nog twee groepen op en tezamen zijn er in dit eerste jaar van CSVN in 2006, 80 kinderen behandeld.

Al gauw werd ook regelmatig diep in de binnenlanden in lokale hospitalen gewerkt. In de periode van 2006 tot 2016 konden in toenemende mate meerdere medische disciplines worden bestreken. Naast de orthopedische behandelingen kwamen ook plastische chirurgie, reconstructieve chirurgie, urologie, KNO en oogzaken in een mix aan bod. Om dit effectief uit te kunnen voeren gingen zeer ervaren chirurgen uit de grote steden in een mobiel team naar de lokale hospitalen toe. Er werd in 2010 een begin gemaakt met een verbeterde training van de lokale artsen door hen in een meer centrale positie te plaatsen en ondersteuning te bieden.

Het was geen uitzondering dat groepen van 100 kinderen per keer werd bezocht door een mobiel team en gezamenlijk behandelingen werden uitgevoerd. En dit in een werkgebied dat 3 a 5 miljoen inwoners omvat, liggend aan de grenzen met China en Laos. In de periode sinds de oprichting tot en met 2016 zijn bij elkaar ruim 5.000 kinderen geholpen. In 2017-2018 is met name ingezet op de voortgang van een trainingsprogramma voor plastische chirurgie.

### Plannen tot en met 2019

Uiteindelijk is het de bedoeling dat de lokale ziekenhuizen zelfstandig de operaties kunnen verrichten, zonder ouders door te verwijzen naar hoofdstedelijke hospitalen voor de behandeling. Waarbij enerzijds de inzet zich onverminderd richt op trainingen van lokale artsen, en behandelingen voor rond de 600 kinderen per jaar, wordt er ook aandacht gegeven aan een paar nieuwe onderwerpen, zoals:

- hernieuwd oppakken van een training in de afgelegen gebieden voor behandeling van ontwrichte heupen;
- een lokaal probleem rond verharde schouderpartijen en beperkte mobiliteit van armen als ernstige nawerking van verkeerd geplaatste injecties;
- bereiken van patiëntjes in de meest afgelegen gebieden, achterhalen welke belemmeringen er bestaan om geboden hulp aan te nemen;
- betrekken van internationale partijen in de medefinanciering;
- openen van een nieuw werkterrein in andere arme provincies, al dan niet met trainingsprogramma's.

### Overgangsfase van werkterreinen

Verdere uitbreiding van de medische disciplines ligt voor de hand, zolang deze op locatie kunnen

worden uitgevoerd. Het ligt ook voor de hand om de kennis en ervaringsoverdracht te structureren. Daartoe moet echter financieel een periode van enkele jaren achtereen kunnen worden overbrugd. Meerdere malen zal naar een en dezelfde provincie worden teruggekeerd om alle patiënten te kunnen bereiken en om vervolgooperaties in te plannen. Langzaamaan zal het werkterrein zich naar andere buurprovincies verleggen. Zijdelings zal aandacht aan preventie worden gegeven, evenals aan kraamzorg, veiligheid, enz.

## Eindsituatie

De gewenste eindsituatie is dat de Vietnamese overheid zelf de gehele gezondheidszorg uitvoert. De economie ontwikkelt zich goed, maar daar lijkt de gezondheidszorg nog niet voldoende van te profiteren.

Met de operaties wordt veel “achterstallig” werk opgeruimd, dat is aan de leeftijdsopbouw te ontlenu. Vietnam zou alle “nieuw geboren” zelf structureel moeten kunnen opvangen. Misschien is onze stichting in deze periode nog nodig voor nazorg.

De praktijk zal het moeten uitwijzen waar een praktisch eindpunt ligt.

## Werkwijze

Het is effectief om een operatieprogramma op te zetten voor een groep van kinderen tegelijk met een soortgelijke gebreken. Deze kinderen worden als regel binnen een beperkte straal gevonden, een transport naar een gespecialiseerd behandel centrum volgt. Soms is de afstand naar zo een centrum onpraktisch groot en ligt het voor de hand om de artsen dichter naar de kinderen toe te brengen. Daarvoor wordt een mobiel team geformeerd en ingezet. Het mooie hiervan is dat er een breed medisch spectrum kan worden ingezet.

Daarnaast blijft het verwijzen van een enkel kind naar een grootsteds gespecialiseerd ziekenhuis op zich ook mogelijk.

Sommige kinderen hebben hulpmiddelen nodig, een beugel, rolstoel, speciaal schoeisel, bril, gehoorapparaat, om tot goed functioneren te komen. Deze proberen we ook te helpen als we dit niet in een reeds bestaand programma kunnen onderbrengen.

We kunnen ook helpen de mobiliteit te vergroten door een fiets, of ondersteunen een vakopleiding aangepast aan de handicap. In sommige gevallen steunen we de ouders met een microgift teneinde de gezinsinkomen zo te vergroten zodat er verzorgingstijd vrij komt voor zeer ernstig gehandicapte kinderen.

Alles vindt plaats in nauw overleg met de lokale partner.

## Bemiddeling

Onze lokale partner stelt een project tezamen waarbij hij naar de gevraagde hulp kijkt, de operatiefaciliteiten, de beschikbare specialistische artsen, een en ander afgestemd aan een beschikbaar budget. DE bijscholing van artsen geschiedt on-the-job, in actie en in pauzes.

Voordat er iets daadwerkelijk tot ontwikkeling komt worden er contracten opgesteld, tussen de Vietnamese partijen onderling welke als onderliggende basis dienen en een contract tussen ons en hem.

Hij zorgt dat alle betalingen plaatsvinden conform de overeenkomsten, ziet toe op de afwikkeling en grijpt in als iets niet spoort. Hij zorgt ook voor materiaal ter verantwoording zoals foto's van de patiënt en de handicap zowel voor als na de operatie. Hij zorgt ook voor extra fotomateriaal ten behoeve van onze promotie.

## Te bieden hulp

In de ORC kan in feite alleen orthopedische hulp worden geboden. Reden hiervoor is dat die onder het Ministerie van Welzijn valt (MOLISA of DOLISA) en oorspronkelijk voor veteranen was

opgezet.

In de ziekenhuizen op locatie kan veel meer worden gedaan omdat die onder het Ministerie van Volksgezondheid valt (MOH). Daar sluit het mobiele team feilloos op aan.

Naast de orthopedische hulp verlenen we plastische chirurgie voor brandletsel en gezichtsreconstructie, urologie, ogen, KNO, al wat op locatie is uit te voeren.

## Structurele hulpverlening

Er wordt lokaal geen onderscheid gemaakt tussen meer of minder arm, de filosofie is dat er klaarblijkelijk geen hulp is ingeroepen, punt uit, of je nu achter de beweegredenen kunt scharen of niet. Het kind is misschien wel de dupe van zijn ouders, we helpen het kind en gaan geen ouders corrigeren.

Onderscheid maken in draagkracht zou corruptie in de hand kunnen werken, een reden om daarin terughoudend te zijn.

Sommige kinderen hebben een reeks van vervolgooperaties nodig, daar proberen we ook goed op in te spelen.

In bijzondere gevallen zal het bestuur een overwogen beslissing nemen.

## Nederland:

### Werkzaamheden

Contacten met de partner in Vietnam. Hiermee worden nieuwe projecten voorbereid, onder contract uitgevoerd, en verantwoord.

Promotie voor bewustwording en ook fondsenwerving in Nederland. Deze richt zich op particulieren, scholen en bedrijven. Waar mogelijk worden de media ingeschakeld.

Contacten met donors, via website en nieuwsbrief.

Fondswerving.

### Wijze van fondswerving

In hoofdzaak zijn fondsen nodig om het werk voort te kunnen zetten. Om dit te bereiken of te stimuleren is promotie nodig.

Verder wordt gericht bijdragen gevraagd aan fondsen en instellingen.

Naar alle gevers toe wordt verantwoording afgelegd, via de website waar de jaarstukken en nieuwsbrieven te vinden zijn, verspreiding van de nieuwsbrief, en rapportage aan de grotere donors.

### Wijze van besteden

De bestedingen bestaan uit:

- Betalingen gaan naar Vietnam voor de bijdragen aan operaties e.d. en voor de kosten van de partner. Betalingen betreffen steeds een afgerond (deel-) project: operaties aan een groep kinderen. Hiervan wordt een deel vooraf betaald na het tekenen van het onderlinge contact, een deel direct na beëindiging van de operaties en een rest bij de volledige afrekening. De betalingen zijn in dollars.
- Kosten voor het eigen kantoor, inclusief die van externe kosten voor promotie. Het streven is dit binnen 5% van de ontvangen giften te houden.
- Kosten voor betaalde fondswerving, dit binnen de adviezen van het CBF.
- Sinds de samenwerking met Wilde Ganzen lopen de betalingen naar Vietnam geheel over hun organisatie, tezamen met hun 50% opslag. De bestedingen daar worden door ons gemonitord.

## Wijze van fondsbeheer

Gepoogd wordt een reserve op te bouwen om zonder nieuwe inkomsten tenminste 1-2 jaar te kunnen overbruggen. Dit als waarborg dat programma's die continuïteit vereisen (zoals een artsentraining), kunnen worden afgemaakt.

Deze reserve zal risicovrij worden ondergebracht.

Binnen de stichting zal niet worden gehandeld in aandelen/derivaten.

Het enige aandachtspunt is of er niet verstandig aan wordt gedaan om bij structurele lange termijn veranderingen in de €-\$ koers de reserve op een dollarrekening te plaatsen. Uiteindelijk worden alle nota's naar Vietnam in dollars betaald. Dit zal alleen onder ruggenspraak met financieel deskundigen worden gedaan.

Van alle inkomsten wordt 5% ingehouden voor de Nederlandse organisatiekosten.

De reserves hebben een bestemd karakter. Er is geen noemenswaardig vrij vermogen.

Er is nergens sprake van enig persoonlijk eigendom.

## Medezeggenschap

Hier spelen enkele zaken een rol

Het ontstaan van zowel de "fondsenwerver" (Nederlandse NGO) als de "uitvoerder" (Vietnamese lokale NGO) in 2005 is ingegeven door de bestaande behoefte aan chirurgische hulp aan kinderen met een lichamelijke aandoening. Met name in afgelegen gebieden met lage kwaliteit van zorg.

Werk van de toen net opgeheven Nederlandse organisatie "Komitee Twee" gaf een goede startpositie, veel organisatorische ervaring was in Vietnam aanwezig.

De statutaire doelstelling is expliciet, daar worden de fondsen voor geworven. En bestaat reden om de bestedingen daarop te toetsen c.q. te begeleiden.

Wat er in Vietnam precies wordt aangepakt is heel afhankelijk van de lokale situatie. Dit kan alleen door de Vietnamese medewerkers goed worden beoordeeld. Met hen bestaat intens overleg, direct als indirect.

Gevers kennen de doelstelling, die wordt expliciet uitgedragen. Plannen en resultaten worden openlijk naar buiten gebracht. Zij hebben geen wezenlijke invloed op wat er gebeurt maar alle recht te weten hoe en wat er ten uitvoer is gebracht.

De fondsenwerving geschiedt "mission-driven" en niet "agent-driven". Dit betekent, dat zolang er hulp vanuit Vietnam (lokale partner) gewenst is om bij te dragen aan het behandelen van kinderen met een lichamelijke beperking in afgelegen gebieden in Vietnam, wij ons werk voortzetten. Er is voor CSVN geen reden om zelf in stand te blijven.

## Kwetsbaarheden

De stichting is klein, de trekker ervan niet de jongste meer. Uitbreiding is noodzakelijk maar daar is lastig in te voorzien. Een algemene trend vandaag de dag is dat men zich nauwelijks tot bestuursfuncties voelt aangetrokken. Het zou zaak zijn om te zien naar een mogelijkheid tot aansluiten bij een andere organisatie waar ons werk goed op aansluit en die het zo nodig wil voortzetten. Die zijn tot op heden niet gevonden. Wij zijn er zeer van afhankelijk dat de lokale partner beschikbaar is.

De mediator is eveneens een klein bedrijf (lokale Vietnamese NGO), bestuurd door een zeer ervaren persoon, met wie alles valt en staat.

Valt een van ons beiden weg dan staat er veel op de tocht.

Om de projecten doorgang te kunnen laten vinden moet naar redundantie worden gezocht. Wij zouden ingangen moeten vinden naar de samenwerkende partners van de mediator om desnoods rechtstreeks ermee te handelen. Het compliceert dan zeer omdat we dan waarschijnlijk veel ter plekke aanwezig moeten zijn, een eigen vertegenwoordiger aanstellen. Vanuit een eigen kantoor. Dit drijft de uitvoeringskosten op. De mediator kan minder afhankelijk van ons worden als er

meerdere geldkanalen open gaan staan, het liefst breed internationaal. Hier ligt mogelijk voor ons een taak om met onze eigen projecten als voorbeeld anderen tot deelname te bewegen. Taal en cultuur is een struikelblok.

Verder zou schaalvergroting aan beide zijden gunstig werken omdat er dan meer rechtstreeks betrokken ingewijden zijn die voor de continuïteit kunnen zorgen.

## Huidig beleid

Dit is gericht op consolidatie van de huidige inkomstenbronnen. Sommigen ervan lijken structureel te zijn maar ontoereikend. Daarnaast vergroting ervan te bewerkstelligen.

Ontvangen bedragen in redelijk mate omzetten in projecten zonder een zekere reserve uit het oog te verliezen. Projecten uitvoeren zoals ze zich aandienen. Steun via de Comité van Aanbeveling te vergroten.

Korte termijn planning

De toeslagbijdrage van de huidige sponsor Wilde Ganzen goed uitbuiten. Trachten deze in een vervolg om te zetten.

## Korte termijn beleid (½ - 1½ jaar).

Dit is op basis van ½ tot 1½ jaar vooruitzien projecten plannen waarbij terugkeer voor vervolg operaties mogelijk is. Met een voorzichtige uitbreiding naar nieuwe provincies zonder dat het terugkeren teveel hindert. Pogen nieuwe structurele bronnen aan te boren. Naast de operaties pilots doen op gebied van kennisoverdracht ter voorbereiding op een langjarige subsidiëring bv. van Wilde Ganzen.

## Lange termijn beleid (3-5 jaar).

Dit is over een termijn van 3 tot 5 jaar een programma in elkaar steken waarbij enerzijds voldoende teruggekeerd kan worden om de provincie voldoende uit te kammen en alle achterstallige zaken weg te werken, anderzijds om met een mobiel team aan capaciteitsvergroting te werken bij de lokale artsen, gezamenlijk met buurprovincies.

Dit vereist voldoende structurele bronnen en de steun van Wilde Ganzen. Een voldoende grote reserve achter de hand te hebben om grote fluctuaties in de eigen benodigde inkomsten op te kunnen vangen.

## Exit strategie

Ontwikkelingssamenwerking kan langdurig zijn, ontwikkelingssteun houdt per definitie in dat dit tijdelijk is. Een organisatie kan zijn doelen of werkgebied verleggen en heeft daarmee een onbepaalde levensduur. Komt een project niet tot voldoende ontwikkeling wat is dan de reden om hiermee voort te gaan?

CHILD SURGERY – Viêt Nam is intuïtief ontstaan. Pas later zijn de lange termijn consequenties overdacht. Een belangrijke rol speelt daarbij dat zowel aan de Nederlandse kant als aan de Vietnamese zijde de organisaties klein zijn en daarmee kwetsbaar in hun voortbestaan. Het initiatief ligt in Nederland, omwille van kosten besparing werken beide partijen vanuit eigen woning. Het project is helemaal afgestemd op wat er aan capaciteit ‘in huis’ is. Bij de invulling wordt steeds rekening gehouden op onverwachts moeten afronden. Er wordt een modulaire werkwijze aangehouden, elk deel wordt steeds op korte termijn afgerond. Dit gaat verlies van gelden tegen. Hiermee wordt tevens gevoeligheid voor corruptie beperkt.

De specifieke doelen zijn in de loop van de tijd nader bepaald. Sommige zijn concreet in te vullen, bij anderen is resultaat onzeker en moet de tijd leren wat bereikt kan worden. Primair wordt gericht op herstel van kinderen. Secundair op de hulpverlenende omgeving, in de hoop dat die het systeem

overnemen en voortzetten. Dat zou een structurele verbetering van de kindzorg zijn. Van 2005 – 2009 was het sec op de kinderen gericht (uitvoerend en operationeel), vanaf 2010 is er een duidelijk trainingsaspect bij gekomen (capaciteitsversterking lokale gezondheidszorg). Nieuwe uitvoerende werkzaamheden zijn bedacht en uitgevoerd door onze partner in Hanoi, bepaalde delen trachten we over te dragen aan lokale partijen. Als regel overheidsinstellingen. Strikt genomen wordt in het algemeen hulp verleend op aanvraag. (Wat door onwetendheid en financiële beperkingen nauwelijks tot stand komt). Daarnaast is volksgezondheid een overheidstaak die proactiever op de gezondheid van jonge kinderen kan inspelen. (Daar schort het op onderdelen nogal aan.)

#### Vorbereiding

Wetend dat mondiaal een percentage geboortes met afwijkingen gepaard gaat, proberen we met name DOLISA (*Department Of Labor, Invalids and Social Affairs*) te bewegen door het jaar heen een lijst aan te laten leggen van mogelijk behandelbare kinderen. Met een training van de lagere echelons proberen we daar het besef aan te wakkeren daar actief aan mee te doen. Uiteindelijk moet het integraal meelopen. Ook samenwerking met goed ingeleide artsen moet effectiviteit in die fase vergroten.

#### Behandeling

Door kinderen in groepen te laten opereren en daarbij te monitoren voorkomen we de “envelopjes” (= corruptieve belemmeringen). Tevens kunnen meegenomen medische experts bijscholing plegen. Met verhoogde lokale capaciteit kunnen operaties naderhand “on demand” plaats vinden, ongeclusterd dus, door het hele jaar heen. Belangrijk is dat er een potje bestaat die ouders in armoede ondersteunt. In onze mening als onderdeel van de algemene kindzorg.

#### Resultaten

Kindzorg krijgt een duidelijker plek bij de overheid. “Childrens Month June” leeft op zich sterk, aangewakkerd door de nationale overheid. De kunst is daarop aan te haken. Kinderen kunnen dichterbij huis worden behandeld, ouders voelen minder consequenties door werkuitval. De effectiviteit vergroot. Economische groei in de onderlaag werkt mee.

#### Risico

Er is veel buitenlandse hulp. Behandelteams en financiële middelen worden van buitenaf aangedragen. Deze hulp moet door de overheid worden goedgekeurd. Om kaf van het koren te scheiden, welwillende organisaties hebben ook wel voor problemen en schade gezorgd.

Ons werk is van een geheel andere aard. Er is een uitvoeringsplan door onze Vietnamese partner opgesteld, vanuit diens lokale organisatie. Het wordt ten uitvoer aan de lokale overheid aangeboden, die draagt de eindverantwoordelijkheid. De medische uitvoering geschiedt door uitsluitend Vietnamese artsen in dienst van Vietnamese ziekenhuizen. De ziektekosten verzekering is in de loop van de tijd mee gaan financieren, althans voor verzekerde patiënten. Bijkomende kosten voor ouders en meegenomen experts worden (tijdelijk) gefinancierd vanuit onze werving. Zo is de behandeling gratis voor ouders in armoede.

De bedoeling hierachter is dat ouders door toenemende economie beter hun eigen aandeel kunnen dragen. Dat het inzetten van een specialistenteam niet meer noodzakelijk is. Dat de ziektekostenverzekering meer open staat voor preventieve behandeling, minder onderscheid maakt tussen fysieke klachten en sociale-medische klachten.

#### Dwarsliggen.

Kortgeleden zijn we, bij introductie in een nieuwe provincie, verrast door een onverwachtse eis dat



wij alle kosten zouden moeten dragen, en dat wij van de overheid (Ministerie van Gezondheidszorg) toestemming moeten krijgen voor het uitvoeren van behandelingen. Ons systeem werd en wordt dus niet begrepen. Het systeem van ingevlogen buitenlandse hulporganisatie wordt vergeleken met een geheel Vietnamees plan en uitvoering. Het lijkt op stappen terugzetten in de tijd. Als het kwartje niet valt en we dit breder op ons pad krijgen beëindigen we ons werk voortijdig. De onderliggende drijfveer is vermoedelijk een economische, als kosten afgewenteld kunnen worden is de provincie beter af. Het getuigt niet van zelfs een spoor van nationale trots. Het voelt als een moeder die haar eigen kind niet zelf wil voeden.

Het einde

Afbouwend, stap voor stap overdragen en afronden, nog een tijd aan de zijlijn beschikbaar blijven. Tussentijds kleine aanvullende projecten oppakken. Een daadwerkelijk einde? 2020-2025 waarschijnlijk.