

Vroedvrouwen of een viaduct

Een verpleegster in Mogadishu, Somalië

© Tobin Jones

Tekst: Marc Broere

In 2030 zullen er wereldwijd veertig miljoen mensen méér in de zorg werken, een verdubbeling van het huidige aantal. Toch wordt er een tekort van achttien miljoen banen verwacht, vooral in lage- en middeninkomenlanden. Donoren en nationale overheden zien het scheppen van medische banen nog niet als prioriteit, ze bedenken zelfs argumenten om níet erin te investeren. 'President Museveni wil eerst wegen aanleggen, de economie moet groeien.' Maar een gezonde bevolking betaalt zich uit.



Peter Kisakye

Een paar kilometer buiten districtshoofdstad Fort Portal, langs de weg naar Congo, staat een kleine privékliniek. Op de deur staat: Medisch Centrum Kisakye, ook voor röntgenfoto's en echografie.

We zijn in het uiterste westen van Oeganda, in het voormalige koninkrijk Toro welteverstaan. Binnen wacht de arts naar wie de kliniek is genoemd: Peter Kisakye, met de stethoscoop nog om zijn nek. Op een formulier vind je voor welke diensten je bij hem terecht kunt: gynaecologie, algemene geneeskunde, chirurgie en pediatrie.

De vriendelijke arts is populair in de omgeving en valt in de categorie 'te goed voor deze wereld'. Hij laat zijn patiënten vaak naar draagkracht betalen en doet niet moeilijk over late betaling – of géén betaling.

Kisakye wilde als kind al arts worden en deed zijn medische studie tussen 1989 en '95. Volgend jaar viert hij zijn zilveren jubileum in het vak, maar een reden voor een feestje is er niet, vindt hij: 'Ik zal mijn eigen kinderen nooit aanraden dokter te worden. Je krijgt niet wat je verdient.'

Althans: niet in Oeganda. De meeste van Kisakye's studiegenoten werken in het buitenland, vooral in buurland Rwanda en in Europa. In de wijde omgeving van Fort Portal zijn maar drie gediplomeerde gynaecologen te vinden. Laatst was er een vrouw die bijna honderd kilometer moest reizen om bij hem te komen en was doodgebloed voordat ze op de operatietafel kon liggen.

Zulke – onnodige – sterfgevallen en onveilige abortus, dat frustrereert Kisakye het meeste, maar ook de gebrekkige faciliteiten.

'Het ziekenhuis in Fort Portal is in 1930 gebouwd', zegt hij, 'en is nog precies hetzelfde als destijds, terwijl de bevolking enorm is gegroeid. Toen ik in 1995 begon te werken in het ziekenhuis, konden vrouwen na hun bevalling er altijd een paar dagen blijven, zodat we goede nazorg konden geven. Nu mag je blij zijn met één nachtje, er is gewoon geen ruimte.'

Op papier oogt het gezondheidsbeleid van Oeganda uitstekend en goed doordacht, zegt Kisakye, maar schijnt bedriegt. 'Het salaris van artsen en ander medisch personeel stijgt amper, er worden haast geen banen gecreëerd voor de nieuwe artsen die afstuderen en de beloofde medicijnen en faciliteiten komen maar niet.'

Zelf had hij tien jaar lang als medisch officier in het districtsziekenhuis een loon van 940.000 Oegandese shilling (230 euro) per maand. Volgens de gangbare planning had hij daarna medisch officier van

hogere rang en tot slot seniorconsultant moeten worden, met een oplopend maandsalaris tot aan 850 euro.

'Ieder jaar hoorden ik en een paar andere jonge artsen de belofte dat we promotie zouden maken,' zegt Kisakye, 'maar in het ziekenhuis zijn er nooit seniorbanen gecreëerd door de overheid.'

'Ik verdien meer aan het bijwonen van een workshop dan aan het opereren van een patiënt'

Ondertussen had Kisakye zelf een gezin en kinderen en kon hij nauwelijks rondkomen: vandaar de keuze zich te vestigen als zelfstandig arts en gynaecoloog. Nu redt hij het net, maar geld om te sparen is er niet en de tol is hoog: hij kan zijn operaties en bevalingen niet meer tellen.

Onlangs hadden Kisakye en zijn twee collega-gynaecologen een piekperiode met 154 geboortes in zeven dagen. 'Eigenlijk subsidieer ik onze regering', merkt hij op. 'Mijn collega's en ik doen het zware werk en de regering is de lachende derde, want ze hoeft geen shilling uit het overheidsbudget aan ons te spenderen.'

Om ietwat sarcastisch eraan toe te voegen: 'Wat de regering wél doet, vaak samen met buitenlandse donoren, is workshops organiseren over bijvoorbeeld moeder- en kindersterfte. Die vinden altijd plaats in mooie hotels.'

'Voor mij', zegt hij, 'zou het lucratief zijn om al die workshops af te lopen, dan krijg je een vergoeding om aanwezig te zijn. Ik verdien meer aan het bijwonen van een workshop dan aan het opereren van een patiënt of begeleiding van een bevalling.'

Het verhaal van Peter Kisakye maakt de kwestie heel concreet. Er is ontzettend veel medische zorg nodig, maar het vakgebied

wordt niet aantrekkelijk gemaakt. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zullen er in 2030 wereldwijd veertig miljoen banen in de zorg zijn.

Tegelijkertijd verwacht de WHO in dat jaar een tekort van achttien miljoen medische banen, met name in lage- en middeninkomenslanden. Hier strookt dus iets niet. Hoe kunnen we uit deze impasse komen?

Het is een kwestie waarmee Mariëlle Bemelmans zich dagelijks bezighoudt. Ze is directeur van Wemos, gepromoveerd op het onderwerp zorgpersoneel, en werkte jarenlang 'in het veld', in Afrika. Zou zij jonge mensen in lage-inkomenslanden aanraden een studie op het gebied van gezondheidszorg te doen?

Ze geeft een afgewogen antwoord: 'Als je naar de noden in de wereld kijkt en ziet hoe interessant het vakgebied is, dan zou ik volmondig "ja" zeggen. Maar vanuit een banenperspectief ziet het er grauwer uit, momenteel.'

'Aan de ene kant is er ontzettend veel vraag naar nieuwe banen in de gezondheidszorg en dat zal alleen maar toenemen – alle lichten staan op groen. Tegelijk zie je als paradox veel werkloosheid onder mensen met een medische achtergrond in Afrika.

'Verder is de werkdruk hoog, zijn de salarissen laag en moet men vaak in de avonduren wat bijverdienen in een privékliniek om aan een leefbaar loon te komen.'

Zelf werkte Bemelmans onder meer in Malawi, dat bekendstaat om de grote uittocht van medisch personeel naar het buitenland, onder andere omdat de regering er onvoldoende in slaagt banen voor hen te creëren.

‘We proberen het narratief van “gezondheid als kostenpost” te veranderen’



Een sterilisatiekamer in een Oegandees ziekenhuis

© ORBIS

'De topambtenaar die verantwoordelijk was voor verpleegsters en vroedvrouwen vertelde eens cynisch dat ze haar kantoor beter naar het vliegveld kon verplaatsen, omdat ze daar meer verpleegkundigen en vroedvrouwen voorbij ziet komen dan elders in Malawi.

'Ik vond het onverteerbaar om te zien dat al dat medisch personeel wegstroomde uit een land waar zoveel tekorten waren en waar de moedersterfte de hoogste in heel de regio was.'

Volgens Bemelmans is het nodig dat regeringen en donoren het belang inzien van investeren in gezondheidszorg, inclusief het scheppen van werkgelegenheid. Ze heeft een batterij aan argumenten voorhanden om haar pleidooi kracht bij te zetten.

'De impact is enorm', zegt ze. 'Hoge sterftcijfers kun je direct voorkomen als er meer handen beschikbaar zijn. Als je meer verloskundigen hebt om veilige bevallingen te begeleiden, zie je meteen een verbetering in de moeder- en kindersterfte.'

'De Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) rekende uit dat één baan in de zorg twee tot drie andere banen in aanpalende sectoren creëert: er zijn ondersteunende diensten nodig om het werk goed uitvoerbaar te maken, denk aan chauffeurs, schoonmakers of banen in de diagnostiek en laboratoria. Het effect is dus breder.'

Het klinkt zo logisch, maar het gebeurt onvoldoende. Overal in de keten gaat het een beetje mis, blijkt uit de woorden van Bemelmans; het begint al bij de nationale overheden.

'Volgens internationale aanbevelingen', zegt ze, 'zou een overheid zo'n vijf procent van het bnp aan gezondheidszorg moeten investeren en een minimum van 86 dollar per inwoner per jaar', zegt ze. 'Dat gebeurt in lage-inkomenslanden bijna nooit. Zo besteden Kenia, Tanzania en Zambia maar twee procent eraan en Oeganda zelfs maar één.'

'Soms komt dat omdat de gezondheidssector geen prioriteit heeft ten opzichte van andere sectoren, zoals onderwijs of landbouw. Maar vaak is het een kwestie van te weinig geld in absolute zin: het overheidsbudget is gewoon heel klein. Dat is heel wrang als je bedenkt dat veel geld wegvloeit naar het buitenland, onder meer via belastingontwijking door bedrijven en via illegale geldstromen.'

'In Oeganda verdwijnt zo jaarlijks vijfhonderd miljoen euro over de grens en Malawi verliest veel geld uit de uraniumsector. Zou je dat geld investeren in sociale en publieke sectoren, dan zou dat deze landen veel opleveren.'

En dan is er het Internationaal Monetair Fonds (IMF), dat nog steeds een grote invloed heeft op het financiële beleid van veel Afrikaanse landen.

Bemelmans: 'Het IMF blijft het beleid propageren dat een ministerie van Financiën de hand op de knip moet houden. Daardoor budgetteren regeringen heel strak hoeveel geld er naar publieke sectoren mag gaan, waaronder gezondheidszorg. En daardoor gebeurt het regelmatig dat er een personeelsstop wordt ingesteld in de zorg.'

Maar ook andere donoren, zoals de 'gewone' ontwikkelingsorganisaties, houden een oplossing van het probleem tegen. 'Zij hanteren vaak als stelregel dat hun financiering niet besteed mag worden aan terugkerende kostenposten, zoals salarissen.'

Zo is er een veelheid aan redenen die ervoor zorgen dat er onvoldoende banen bijkomen in de medische sector. De enige manier om de vicieuze cirkel te doorbreken is om alles in samenhang aan te pakken, denkt Bemelmans. Wemos en andere organisaties zijn bezig met lobby en pleitbezorging, om hierin stappen te maken.

'Het gaat er vooral om een ander beeld te creëren', legt Bemelmans uit. 'We proberen het narratief van "gezondheid als kostenpost" te



Mariëlle Bemelmans, directeur van Wemos, aan het werk in Malawi



Francis Omaswa, directeur van het ACHEST

veranderen in een nieuw narratief waarmee we willen aantonen dat het economisch ook aantrekkelijk is om in gezondheidszorg te investeren en banen te creëren.

'Investeren in een gezonde bevolking zorgt voor meer productiviteit en dus meer economische groei. Uit studies tussen 2000 en 2011 blijkt dat een kwart van de economische groei in lage- en middeninkomenslanden kwam door vooruitgang in de volksgezondheid. Voor iedere dollar die je besteedt aan gezondheidszorg, krijg je negen dollar terug. Het rendement op de investering is heel hoog.'

'Bovendien pak je door te investeren in banen in de gezondheidszorg twee zaken tegelijk aan: de enorme tekorten in zorgpersoneel en de hoge werkloosheid onder met name jongeren.'

Ook kun je volgens Bemelmans laten zien wat de negatieve gevolgen zijn als je niet in gezondheid investeert. Ze geeft Sierra Leone en de ebola-epidemie als voorbeeld. 'Daar was echt sprake van een "onderinvestering" in het creëren van banen in de medische sector. De helft van al het personeel was werkzaam op vrijwillige basis.'

'Dit soort factoren leidden mede ertoe dat ebola zo snel om zich heen kon slaan. Als je nu kijkt naar de economische impact van ebola op het land, dan is de prijs ontzettend hoog.'

Het narratief is inmiddels wel aan het veranderen, denkt ze. 'Alleen moet er nu echt *commitment* komen om te investeren in banen en gezondheidszorg. In 2017 committeerden alle lidstaten zich tijdens de algemene vergadering van de WHO aan een vijfjarig actieplan en beloofden zich ervoor in te zetten. Tot dusver nam alleen Noorwegen een voortrekkersrol en investeerde als eerste in een Multi-Partner Trust Fund.'

'Dat is te weinig en bovendien zie je bij donoren nog steeds de neiging om het creëren van banen over te laten aan de nationale overheden. Zij vervullen daarbij de belangrijkste taak, natuurlijk, maar ik vind dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is en dat we allemaal iets in moeten leggen. Anders blijft alles bij het oude en verandert er niets.'

Dat geldt wat haar betreft ook voor Nederland; in het ontwikkelingsbeleid komt steeds meer nadruk te liggen op het creëren van banen, vooral voor jongeren. Maar in de medische sector ziet ze dat nog onvoldoende terug.

'Donoren willen wel investeren in opleidingen en in beurzen voor verdere specialisatie, maar het vervolg daarop – het scheppen van

fatsoenlijke banen voor gekwalificeerde mensen – blijft achter. Dat zie ik graag wel gebeuren, niet alleen door de Nederlandse overheid, maar ook door ontwikkelingsorganisaties die zich met gezondheidszorg bezighouden.'

'Sommigen investeren wel in gezondheidswerkers die soms op vrijwillige basis gemeenschappen helpen, maar daarmee alleen redden we het niet; er zijn ook gewoon betaalde banen nodig. Je kunt gecompliceerde bevallingen of diagnoses niet overlaten aan vrijwilligers.'

Ze vindt wel dat dit altijd in samenspraak moet met het ministerie van Volksgezondheid en binnen het kader van de publieke gezondheidszorg in een land. Bemelmans denkt aan programma's waarin samen met het ministerie wordt gekeken naar waar vroedvrouwen na hun opleiding geplaatst kunnen worden.

'Als compensatie voor het betalen van hun studie zou je ze een contract van drie tot vijf jaar kunnen laten tekenen en kunnen plaatsen in gebieden waar de vraag naar zorg het grootst is. Donoren kunnen dan via het ministerie een overbruggingsalaris betalen voor de eerste periode van dat contract.'

We maken de balans op met Francis Omaswa, die wereldwijd geldt als een van de grootste experts op het gebied van zorgpersoneelsbeleid. Omaswa was zelf medicus en cardioloog, maar ook de hoogste ambtenaar voor gezondheidszorg in Oeganda. Binnen de Wereldgezondheidsorganisatie was hij oprichter en directeur van de Global Health Workforce Alliance (GHWA), die zich expliciet bezighoudt met de arbeidskrachten binnen de medische sector.

Nu houdt Omaswa kantoor in de Oegandese hoofdstad Kampala en is hij directeur van het African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), een netwerk van Afrikaanse en internationale leiders op het gebied van gezondheid en ontwikkeling. Samen met onder meer Wemos werkt ACHEST in het Health Systems Advocacy Partnership (HSAP), dat door het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken is gefinancierd.

Omaswa luistert geboeid naar het verhaal van zijn collega Peter Kisakye uit Fort Portal, met wie dit verhaal begon. Hij herkent dingen uit de tijd dat hij zelf nog actief was als praktiserend geneesheer. Ook Omaswa moest naast zijn medische praktijk bijverdienen om aan een leefbaar loon te komen. Hij deed dat buiten zijn vakgebied

en zette uiteenlopende handeltjes op. Ondanks de ernst van de situatie roept het ook mooie herinneringen op, gezien de twinkeling in zijn ogen.

Maar dan terzake. Omaswa vertelt dat de staat van de openbare gezondheidszorg altijd afhangt van het type leider dat aan de macht is. Hij wijst naar Ethiopië, dat volgens hem een schoolvoorbeeld is van hoe het zou moeten op het Afrikaanse continent.

‘Bij de millenniumwisseling in 2000 hadden Oeganda en Ethiopië dezelfde startpositie qua gezondheidszorg. Oeganda koos ervoor zich helemaal op economische groei te richten, de Ethiopische premier Meles Zenawi koos naast een focus op landbouw ook voor investeringen in de gezondheidszorg. De huidige topman van de WHO, Tedros Adhanom, was destijds zijn minister van Gezondheidszorg.’

Dat betaalt zich volgens Francis Omaswa uit tot op de dag van vandaag. ‘Jaarlijks studeren er duizenden artsen af in Ethiopië, net als vroedvrouwen en verpleegkundigen. De regering stimuleert ze om eerst ervaring in het buitenland op te doen en dan terug te keren. Daarna wordt er werk voor hen gecreëerd. Ze zijn ons ver voorbijgestreefd.’

In Oeganda is het een ander verhaal. ‘Bij ons woedt al jaren een gevecht tussen economen en sociale wetenschappers. Economen zien onderwijs en gezondheidszorg als kostenposten en willen vooral investeren in infrastructuur en productieve sectoren, zoals de landbouw, zodat er economische groei op gang komt. Dan pas willen ze geld vrijmaken om in sociale sectoren te investeren.’

Helaas is de mantra van ‘economische groei boven alles’ ook wijdverspreid geraakt op het Afrikaanse continent, zegt Omaswa.

‘Maar wat levert het ons op, als je ziet dat ondanks die groei de ongelijkheid alleen maar toeneemt en mensen geen geld meer hebben voor gezondheidszorg en onderwijs? Ook in Europa en elders ter wereld zie je dat gebeuren. Hebzucht voert de boventoon.’

Het is zaak dat er een verandering van denken plaatsvindt, zegt hij, waarin menselijkheid weer boven winst staat. Hij brengt het onderwerp terug tot één simpele vraag: ‘Kies je ervoor om wegen te bouwen of om banen te creëren voor vroedvrouwen?’

Omaswa ervaart regelmatig dat hij tegen een blinde muur praat, zoals bij zijn ontmoetingen met president Yoweri Museveni. ‘Telkens als we met hem spreken, vraagt hij ons geduld te hebben. Dan zegt de president dat hij eerst wegen wil aanleggen en dammen zal bouwen die voor extra energie moeten zorgen, zodat de economie kan

groeien. En dat we daarna pas geld hebben om nieuwe banen in de gezondheidszorg te creëren.

‘Dan zeg ik altijd: meneer de president, is het niet beter om eerst in de bevolking en haar gezondheid te investeren? Dan bouwen we daarna zonder hulp van de Chinezen zelf die wegen. Maar daar stopt het gesprek. Het ligt ook gevoelig, vanwege de Chinese belangen in ons land.’

Het drijft hem soms bijna tot wanhoop. Zoals een aantal jaar geleden, toen het Amerikaanse hulpagentschap USAID een overeenkomst met de Oegandese overheid sloot om voor een periode van drie jaar de salarissen van tweeduizend verpleegkundigen en vroedvrouwen te betalen. Daarna zou Oeganda het overnemen. ‘Maar wij zijn ons deel van de afspraak nooit nagekomen’, zegt Omaswa koeltjes.

Vorig jaar was er een nieuw dieptepunt. ‘Op de rijksbegroting van Oeganda stond een bedrag van – omgerekend – vierhonderdduizend euro om dokters en verpleegkundigen aan te nemen. Dat bedrag is niet uitgekeerd, omdat er is nagelaten hen te rekruteren.’

‘Het was een kwestie van een advertentie in de krant zetten, sollicitatiegesprekken voeren en een geschikte post voor deze mensen vinden, waar ze hard nodig zijn. Zelfs in zo iets kleins faalt de overheid. Ik kan je verzekeren dat ze niet faalt als het gaat om werving van personeel dat moet helpen met de aanleg van wegen.’

‘Meneer de president, is het niet beter om eerst in de bevolking en haar gezondheid te investeren?’

Ondanks dat hij een leeftijd heeft bereikt waarop de meeste mensen al met pensioen zijn, zal Omaswa zich blijven inzetten voor een beter gezondheidsbeleid in Afrika en Oeganda in het bijzonder. Het enige wat volgens hem helpt is een continue stroom van lobby en pleitbezorging.

‘In de eerste plaats’, zegt hij, ‘richting de mensen rondom de president: zijn ministers, adviseurs, parlementsleden. Als hij ook van mensen uit zijn eigen omgeving hoort hoe belangrijk het is te investeren in gezondheidszorg, dan wordt hij wellicht overtuigd.’

‘Ook blijven we lobbyen richting donoren en proberen we hen ervan te overtuigen dat ze moeten investeren in het personeel van onze gezondheidssector – dat is veel effectiever dan ons geld te sturen voor malariamedicijnen.’

‘Het veelgebruikte argument van donoren dat het betalen van salaris niet duurzaam is, vind ik weinig valide. Zelfs wegen zijn niet duurzaam, want na tien jaar moet je ze renoveren.’

Hij heeft nog één troef achter de hand. ‘Volgend jaar zijn er presidentsverkiezingen in Oeganda. Laten we er met z’n allen voor zorgen dat gezondheidszorg een groot politiek thema wordt.’

‘Laat het op straat het gesprek van de dag worden. We hebben een tekort aan gezondheidswerkers en medicijnen: hoe denken de kandidaten dit probleem op te lossen?’ ●



Kamal Mouzawak

Land: Libanon

Bedrijf: Souk el Tayeb

Sector: landbouw en horeca

Honderd mensen in dienst, inkomsten voor duizend mensen

‘*Make food, not war*’ is de slogan van Souk el Tayeb, een populaire openluchtmarkt en restaurantketen. Oprichter Kamal Mouzawak, een boerenzoon, keerde na zijn studie grafisch ontwerp terug naar zijn passie: biologisch voedsel. Hij reisde door Libanon en schreef een gids en een serie artikelen over Libanees eten.

De charismatische, humoristische Mouzawak ontwikkelde zich tot kookdocent en verscheen wekelijks in het Libanese televisieprogramma *Sohtak bil Sahenn* (ofwel: je gezondheid op je bord). In 2004 zette hij Souk el Tayeb op, de eerste voedselmarkt van Beiroet, waar boeren uit de omgeving hun producten verkochten en zo een stabielere inkomten vergaarden.

Mouzawak wilde voedsel gebruiken als bruggebouwer, in een land dat herhaaldelijk door conflict is verscheurd. De sluimerende spanning tussen moslims en christenen ontketende in 1975 de Libanese burgeroorlog, die vijftien jaar zou aanhouden. Naast Palestijnse vluchtelingen vangt het land nu een groot aantal Syriërs op. ‘In Libanon zijn veel verschillende religieuze sekten die ogenschijnlijk niets met elkaar gemeen hebben, behalve voedsel’, zei Mouzawak in *The New York Times*. ‘Kijk naar de *mamoul*, een boterkoekje. Christenen eten het met Pasen, moslims bij het Suikerfeest.’

Inmiddels is Souk el Tayeb uitgegroeid tot een gerenommeerde markt en restaurantketen. Het heeft zes vestigingen en vijf gasthuizen door heel het land. Eén locatie is gevestigd in het vluchtelingenkamp Bourj el-Barajneh, net buiten Beiroet. Souk el Tayeb telt in totaal ruim honderd vaste werknemers en biedt inkomsten aan zo’n duizend boeren en producenten, onder wie Libanese vrouwen op het platteland en Palestijnse en Syrische vluchtelingen.

Tweemaal per week – heel het jaar door – vindt de grote boerenmarkt plaats in Beiroet, waar de boeren hun producten kunnen verkopen; roulende koks uit Libanese dorpen krijgen direct betaald voor hun ingrediënten en diensten in de restaurants. In 2009 werd Mouzawak uitgeroepen tot ‘sociaal vernieuwer in de Arabische wereld’ voor zijn verbindende rol.

Banenkampioenen

De ondernemerszin leeft in het Globale Zuiden. Deze portrettenreeks toont zes inspirerende ‘banenkampioenen’ van eigen bodem – vrouw en man, jong en oud. Het zijn pioniers met daadkracht, die moeilijke markten aanboren en volwaardige banen voor hun gemeenschap scheppen, soms zelfs heel veel. Ze laten zien dat ze de verandering in hun land kunnen leiden. Dit zijn ze.

Tekst: Lizan Nijkraake

Ashok Soota

Land: India

Bedrijf: Mindtree en Happiest Minds

Sector: ICT

22.400 mensen in dienst

Ashok Soota (76) is de onbetwiste banenkampioen van de Indiase ICT-sector. Samen met negen vrienden richtte hij Mindtree op, dat nu India’s grootste ICT-multinational is met meer dan twintigduizend werknemers in zeventien landen.

Het jaar was 1999, het internettijdperk stond nog in de kinderschoenen. Soota had zijn baan als vicevoorzitter van Wipro Infotech opgezegd, wat een van de grootste Indiase softwarebedrijven was, waar hij naam had gemaakt door India de ‘software backoffice’ van grote Amerikaanse bedrijven te maken. Mindtree huurde een kleine kantoorruimte in Bangalore en richtte zich op e-business: in plaats van software coderen, wilde het goede computernetwerken en diensten voor burgers bouwen.

Met moed – en, naar eigen zeggen, een beetje hoogmoed – haalden de mannen al snel twee grote klanten uit de VS binnen: Lucent Technologies en Avis, een autoverhuurbedrijf. Ze leverden goed werk, waarna Mindtree groeide als kool. Het ontwikkelde toonaangevende technieken, zoals bluetooth voor telefoons.

Tegenwoordig voert Mindtree een strijd voor arbeidsparticipatie van vrouwen. Steeds minder Indiase vrouwen werken: momenteel 26 procent, ten opzichte van 36 procent in 2005. Experts noemen meerdere redenen voor het lage participatiecijfer; een ervan is dat genderstereotypingen ertoe leiden dat moeders minder werken.

Daarom heeft Mindtree, waar een derde van de medewerkers vrouw is, een kinderdagverblijf ingericht bij het hoofdkwartier in Bangalore. Daar kunnen werknemers tegen een gereduceerde prijs hun kinderen laten opvangen.

Soota waagde een nieuwe stap in 2011, toen hij Happiest Minds opzette, het eerste ‘mindful’ ICT-bedrijf in India. Het huwelijk tussen ICT en mindfulness wordt duidelijk op de website: ‘wees aandachtig, onbevooroordeeld en empathisch in alles wat je doet’, luiden de kernwaarden. Iedere werknemer besteedt wekelijks minimaal zestig minuten aan vormen van yoga en meditatie. Met 2.400 werknemers opereert Happiest Minds inmiddels in zes landen, waaronder Nederland.



Wachtruimte van een kliniek in Tanzania

© Wemos