

Abort av jentefostre er vanlig i India

Selektiv abort av jentefostre på grunnlag av prenatal kjønnsdiagnostikk er den mest sannsynlige forklaringen på at det fødes langt færre jenter enn gutter i India. Dette er konklusjonen i en stor studie fra India som nylig er publisert i *The Lancet* (1).

Som ledd i en stor undersøkelse om fertilitet og mortalitet ble gifte kvinner i om lag 1,1 millioner familier over hele India stilt spørsmål om sine graviditeter og fødsler. Rundt 133 000 av disse kvinnene fødte barn i 1997. Der det første barnet var en jente, var justert kjønnsratio for barn nr. 2 759 jenter per 1 000 gutter. Der de to første barna begge var jenter, var justert kjønnsratio 719 jenter per 1 000 gutter. Motsatt var justert kjønnsratio for barn nr. 2 og nr. 3 der det første eller de to første barna var gutter henholdsvis 1 102 og 1 176. Antall jentebarn var særlig lavt blant velstående og velutdannede mødre. Flere dødsfødsler og flere neonatale dødsfall var gutter enn jenter.

Disse tallene viser at selektiv abort basert på prenatal kjønnsdiagnostikk er svært utbredt i India, særlig blant kvinner som har født én eller to jenter. Et forsiktig anslag basert på denne studien tyder på at slik praksis står for om lag 500 000 provoserte aborter av jentefostre per år.

Etiske og medisinske problemer knyttet til kjønnsbestemmelse av fostre er nylig omtalt i *Tidsskriftet* (2, 3).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Jha P, Kumar R, Vasa P et al. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. *Lancet* 2006; 367: 211–8.
2. Salvesen KÅ. Gutt eller jente? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3408.
3. Sundby J. Reproduksjon, rettigheter og etikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3415–6.

Internasjonal helse – også for norske leger

Ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo tilbys toårige masterutdanninger innen internasjonal helse. Studiene er svært aktuelle for norske leger som ønsker å arbeide i bistandsorganisasjoner.

Siden 1986 har Universitetet i Bergen tilbudt en toårig masterutdanning i internasjonal helse gjennom Senter for internasjonal helse, og i 1998 kom Universitetet i Oslo etter med en tilsvarende utdanning. De fleste studentene rekrutteres fra land i Afrika og Asia som konkurrerer om stipender fra den norske stat. Søkningen er svært høy, og dermed er konkurransen hard. Men ca. en firedel av studentene er «selvfinsierende» og kommer fra Norge, Europa eller USA. Her er søkningen mindre, og vi tror det skyldes at utdanningen er lite kjent i Norge.

Ved begge studiesteder er tilnærmingen til internasjonal helse basert på flerfaglighet og studentenes egen erfarings- og utdanningsbakgrunn. Sentrene tar sikte på å utdanne forskere som kan være med på å skape ny kunnskap. Ved Universitetet i Bergen kan mastergraden være biomedisinsk orientert, mens begge universitetene tilbyr studieretninger innen samfunnsmedisinske retninger.

Opptakskravene er avlagt bachelorgrad eller tilsvarende og helst to års yrkespraksis fra helsesektoren. Studiet er svært aktuelt for leger. Det første året er ganske arbeidskrevende og bygger en felles kunnskapsbase. Deretter gis metodeundervisning, som har som mål å belyse et forskningsspørsmål med flere metoder, ofte både kvalitative og kvantitative. Alle studentene får sin personlige veileder, skriver egen forskningsprotokoll og gjennomfører forskningsoppgaven i fattige land eller land med fattige befolkningspopulasjoner. Studentene må søke om etisk klarende og sikre finansiering til feltarbeidet, som foregår i tredje semester. Gjennom samarbeidsavtaler med forskningsinstitusjoner i Afrika og Asia tilbys tilrettelegging og lokal feltveiledning. Det siste semesteret skriver studentene masteroppgaven og forsvare denne. Noen studenter skriver med tanke på publisering i vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter.

De fleste norske studenter som har gjennomført disse masterstudiene har fått spennende og relevante jobber etterpå. Utdanningen er ikke minst relevant for norske forhold. Det sies gjerne at på Karl Evangs tid

som helsedirektør ble ingen fylkeslege i Norge uten å ha vært District Medical Officer i Botswana først. Fortsatt går mange av våre studenter til administrative stillinger i norsk helsevesen. Studiet gir en god inngang til feltet internasjonal helse. Dessuten knyttes mange personlige kontakter. Noen går etter endt utdanning inn i arbeidet med innvandrers helse eller reisemedisin eller blir rådgivere i bistands- og utviklingsorganisasjoner.

Norge yter mer til internasjonale organisasjoner som driver med bistand og utvikling enn de fleste andre land. I de fleste av disse organisasjonene spørres det etter formelle kvalifikasjoner innen internasjonalt helsearbeid. Derfor er det et betydelig udekket behov for norske fagfolk med formell utdanning i internasjonal helse. Med et globalt arbeidsmarked er det mange spennende steder å leve og arbeide for den som har en mastergrad i internasjonal helse. Nærmere opplysninger om masterstudiene i internasjonal helse finnes på Internett (1, 2).

Begge studiesteder tilbyr også doktorgradsprogrammer innenfor rammen av internasjonal helse.

Bernt Lindtjørn

Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Gunnar Bjune

g.a.bjune@medisin.uio.no
Seksjon for internasjonal helse
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 20.1.2006.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen. Master of philosophy in international health. www.cih.uib.no/index.php?valg=sql&id=7 (16.1.2006).
2. Seksjon for internasjonal helse, Universitetet i Oslo. The M Phil programme. http://www.med.uio.no/iasam/inthel/m_phil/m_phil.html (16.1.2006).