

Redaksioneel

Die nuwe aborsiewetgewing

E.T.M. de Jonge

Departement Verloskunde en Ginekologie, Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Pretoria

Die Wetsontwerp op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap van 1996 is in Februarie 1997 geïmplementeer en het die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisering van 1975 vervang. Die nuwe Wet (kyk tabel 1) beheer 'n liberale aborsiewetgewing, waardeur die beëindiging van swangerskap vir alle praktiese doeleindes toegelaat word tot en met 20 weke swangerskapsduur. Hierdie Wet is geïmplementeer kort nadat gratis mediese sorg deur die staat ingestel is vir swanger vroue en kinders tot en met die ouderdom van ses jaar. Die doel van hierdie maatreëls was om die hoë sterftesyfer onder ongeboore babas, suigeling en moeders in Suid-Afrika te beperk.

Tabel 1 Die Wetsontwerp op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap van 1996: omstandighede waarin en voorwaardes waarop swangerskap beëindig mag word

1. Op versoek gedurende die eerste 12 weke van swangerskap.
2. Vanaf die 13de tot en met die 20ste week van swangerskap indien 'n geneesheer, na oorleg met die swanger vrou, van oordeel is dat:
 - (i) die voortgesette swangerskap die gevaar van benadeling van die vrou se liggaamlike of geestesgesondheid sal inhou; of
 - (ii) daar 'n wesenlike gevaar bestaan dat die fetus aan 'n erge liggaamlike of geestesabnormaliteit sal ly; of
 - (iii) die swangerskap die direkte gevolg is van verkragting of bloedsdande; of
 - (iv) die voortgesette swangerskap die sosiale of ekonomiese omstandighede van die vrou aansienlik sal benadeel; of
3. na die 20ste week van swangerskap indien 'n geneesheer, na oorleg met 'n ander geneesheer of geregistreerde vroedvrou, van oordeel is dat die voortgesette swangerskap:
 - (i) die lewe van die vrou in gevaar sal stel; of
 - (ii) 'n erge misvorming van die fetus sal veroorsaak; of
 - (iii) 'n gevaar van benadeling vir die fetus sal inhou.

In Suider-Afrika is die siekte- en sterftesyfer as gevolg van onveilige aborsies hoog. Die 1994 Nasionale Onvolledige Aborsiestudie¹ wat prospektief gefokus het op 'n groot aantal vroue wat landwyd by staatshospitale met 'n onvolledige aborsie aangemeld het, het beraam dat 8% van hierdie aborsies beslis onveilig was, en dat 39% onder verdenking was van inmenging gebaseer op die kliniese aanbieding in die tweede trimester. Volgens die ondersoek het daar in 1994 na beraming 425 vroue gesterf as gevolg van onveilige aborsies. 'n Onlangse studie op 25 swart, gekleurde en Indiër-vroue wat in hospitale opgeneem is na onveilige aborsies, het aangetoon dat onbeplande swangerskappe dikwels die gevolg is van onkunde aangaande die gebruik van voorbehoedmiddels en die onderwerping van vrouens se wense aan mans se eise gedurende seksuele verhoudings.² Onstabiele verhoudings, en veral die gebrek aan ondersteuning en medeverantwoordelikheid aan die man se kant, tesame met finansiële druk, was belangrike beweegredes om toevlug tot 'n onveilige aborsie te neem. Daar is ook gevind dat die beweegredes vir

beëindiging van swangerskap dikwels sterker was as vrouens se godsdienstige en morele beginsels, ondanks hulle besef dat 'n aborsie teenstrydig met hierdie beginsels is. Gevoelens van verlatenheid en desperaatheid, sowel as in baie gevalle 'n jeugdige leeftyd (30% is tienerjariges), dra tot hierdie wisselvallige besluite by.

Onveilige aborsietegnieke sluit die selfaanwending van 'n verskeidenheid metodes in, wat varieer van purgeermiddels tot chemikalieë tot die gebruik van skerp instrumente om bloedings te veroorsaak.

Monitering van die proses van implementering

Die nuwe Wet is laat in 1996 deur die Parlement bekragtig en vanaf 1 Februarie 1997 is vroue toegelaat om die beëindiging van 'n swangerskap aan te vra by 365 aangewese hospitale landwyd. Die meerderheid van die hospitale is staatsinstellings (239), wat meestal gebuk gaan onder beperkte begrotings, asook 'n tekort aan mediese en verpleegpersoneel. 'n Gebrek aan inisiatief, dissipline of entoesiasme op verskeie vlakke binne die gesondheidsadministrasie, asook professionele personeel wat gewetensbesware voorgehou het, het gelei tot 'n gefragmenteerde inwerkingstelling landwyd. In die meeste hospitale was die inwerkingstelling inderwaarheid aangewese op die ondernemingsgees van enkele individue wat vas geglo het aan die vrykeuse-beginsel. In die afwesigheid van hierdie dryfkrag het implementering meestal 'n stille dood gesterf, te meer ook omdat die Departement van Gesondheid huiwerig was om in hierdie gevalle op te tree en implementering deur te voer. Hierdie scenario ondersteun in 'n sekere mate die stem van enkeles wat hulle uitgespreek het vir die volg van 'n implementeringstrategie wat ten doel het om 'n netwerk van reprodutiewe gesondheidsorgklinieke te ontwikkel, beman deur self-geïdentifiseerde, en by implikasie, goed gemotiveerde personeel. Die Departement van Gesondheid het verkies om 'n eerbare filosofie te volg deur die privaatheid en vertroulikheid rondom beëindiging van swangerskap voorop te stel en pasiënte wat aansoek doen vir 'n aborsie in die hoofstroom van pasiënte te akkommodeer. Soos verwag kon word, het dit vrouens egter nie gevrywaar van bespotting, beledigings en viktimisasie nie – intendeel. Waardebepalingswerkswinkels vir staatshospitaalpersoneel was kwalik suksesvol om personeel te identifiseer wat diens sou lewer tydens swangerskapbeëindigings. Die gevolg was dat in baie hospitale een persoon die werk moes verrig. Hulle het self ook nie gespaar gebly van beledigings en viktimisasie nie en by gebrek aan hulp en rugsteun ook gou begin ly aan die 'uitgebrande sindroom'. Ongeveer 90 van die 239 staatshospitale bied tans 'n diens vir die beëindiging van swangerskap aan, waarvan die meeste groot streeks- of akademiese hospitale is. Die algemene gevoel gedurende die laaste vergadering van die Terminasie van Swangerskap Adviesgroep betreffende implementering was tog positief in dié sin dat in die hospitale waar dienste vir die

beëindiging van swangerskap in werking is, al hoe meer professionele gesondheidspersoneel, en veral verpleegsters, die program aanvaar en ondersteun. In dieselfde vergadering was daar egter ook 'n algemene gevoel van frustrasie en ongeduld merkbaar oor die gebrek aan logistieke ondersteuning van die kant van gesondheidsadministrateurs op provinsiale en nasionale vlak.

Teenkanting teen die nuwe Wet

In Julie 1998 is die Wetsontwerp op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap in die Pretoriase Hooggeregshof beveg deur 'n gesamentlike voorlegging deur die Christelike Prokureursvereniging, die Verenigde Christelike Aksie, asook die Christene vir Waarheid in Suid-Afrika. Hierdie voorlegging het behels dat die wet ongrondwetlik was omdat die lewe van 'n mens begin by bevrugting en dat aborsie die reg op lewe (artikel 11) van elke mens skend, en dat 'elke mens' ook die fetus insluit. Die verweerder (Departement van Gesondheid, Reproductive Rights Alliance en die Kommissie vir Geslagsgelykheid) se argument was dat 'n fetus nie regte het in terme van artikel 11 van die Grondwet nie, en dat genoemde artikel 11 nie die beëindiging van swangerskap uitsluit in die omstandighede en wyse soos in die Wet beoog nie, asook dat die reg van vrouens om te kan kies vir die opsie van aborsie in die omstandighede en wyse soos in die Wet bepaal, beskerm word in die Grondwet ingevolge artikels 9-12, 14, 15(1) en 27(1)(a). In sy uitspraak het regter McCreath gesê: "There is no express provision affording the fetus (or embryo) legal personality or protection. It is improbable that the drafter of the Constitution would not have made express provision therefor, had it intended to enshrine the rights of the unborn child in the Bill of Rights." (Vir die volle uitspraak kyk <http://www-law.wits.ac.za>). Verdere teenkantinge voor die Grondwetlike Hof word nog steeds verwag.

Opleiding en navorsing

Toe dit in Januarie 1997 duidelik geword het dat die nuwe aborsiewetgewing binnekort deur die Parlement geloods gaan word, het opleidingshospitale hulle voorberei vir opportunistiese opleidingsprogramme in aborsiesorg vir hul onderskeie provinsies. Binne die eerste paar weke nadat die wet van krag geword het, het die groot getal versoeke vir beëindiging van swangerskap vinnig die gebrek aan toeganklike dienspunte en genoegsame mediese en verpleegpersoneel wat bevoeg was om veilige aborsies aan te bied, uitgewys. Baie pasiënte is weggewys omdat die aborsiedienste in aangewese hospitale nie in werking was nie.

Meer as 'n jaar na die inwerkingstelling van die nuwe Wet, is oorsese skenkings deur die Reproductive Health Research Unit by die Chris Hani Baragwanath Hospitaal bekom om 'n gestruktureerde nasionale opleidingsprogram vir dokters en vroedvroue in die volgende drie jaar van stapel te stuur. 'n Leerplan vir verpleegsters ten opsigte van aborsiesorg is ook deur die Suid-Afrikaanse Tussentydse Raad vir Verpleging opgestel en goedgekeur. Voortplantingsgesondheid, insluitende aspekte van die beëindiging van swangerskap, aborsiesorg, tienerswangerskappe en voorbehoeding is 'n integrale deel van die huidige mediese leerplan.

Voorlopige bevindings

Die Nasionale Onvolledige Aborsiestudie was die eerste epidemiologiese studie oor onveilige aborsies in Suid-Afrika en het in sy bevindinge 'n meer liberale aborsiewetgewing voorgestel as één metode om moederlike morbiditeit en mortaliteit te voorkom. Na goedkeuring van die nuwe Wet het akademië en verteenwoordigers van die Nasionale en Provinsiale Departemente van

Gesondheid, ondersteun deur verskeie privaat belangegroeppe, as die Nasionale Terminasie van Swangerskap Adviesgroep die implementeringsproses gemoniteer en navorsingsaktiwiteite gekoördineer. Die volgende gegewens gee die leser 'n sinopsis van die toestand: gedurende die periode Februarie 1997 tot Mei 1998 is 'n totaal van 37 250 terminasies van swangerskap in Suid-Afrika uitgevoer, waarvan twee derdes in die eerste trimester geskied het. Ongeveer 10% van alle aansoekers meld aan na 20 weke vanaf bevrugting. Die mees algemene ouderdomsgroep van vroue wat 'n terminasie van swangerskap aanvra, is tussen 20 en 24 jaar oud. Tienderjariges maak 16% van alle aansoekers uit en in hierdie groep is 'n gebrek aan kennis en toepassing van voorbehoedmetodes (74% gebruik geen vorm van voorbehoeding nie) 'n belangrike oorsaak van ongewenste swangerskappe. Verskeie verslae het alreeds aangedui dat die probleem van swak voorbehoedingspraktyke by tieners nie noodwendig die gevolg is van foutering by die gebruiker of by die metode nie, maar eerder toegeskryf kan word aan die tekort aan reprodutiewe gesondheidsopleiding by skole, asook die onwillige en selfs vyandige houding van gesinsbeplanning-diensverskaffers teenoor jong mense. Daar is ook gevind dat 55% van alle aansoekers geen of slegs één kind het en in dié gevalle word die beëindiging van swangerskap heel waarskynlik nie aangevra omdat hulle gesin voltooi is nie. 'n Mens kan aanvoer dat by baie van hierdie aansoeke die swangerskap nie ongewens is in die ware sin van die woord nie, maar eerder ongeleë is in die spesifieke omstandighede van die vrou of die ouers. Hierdie kwessie is die vernamste bron van kritiek teen diegene wat die onvoorwaardelike reg van die vrou verdedig om besluite ten opsigte van haar eie liggaam en lewe te neem, om sodoende prioriteite te bepaal wat nie aan morele verantwoordings getoets word nie. Gesien in die lig van die hagleike sosiale en ekonomiese toestande van baie mense in Suid-Afrika, mag 'n liberale aborsiewetgewing tans as 'n noodsaaklike ewel beskou word. Ek dink dit sou korrek wees om te aanvaar dat daar 'n aansienlike mate van ondersteuning bestaan vir die gedagte van liberale aborsiewetgewing as 'n tussentydse strategie om die hoë morbiditeit en mortaliteit wat met onveilige aborsies gepaardgaan, te keer, op voorwaarde dat dit hand aan hand gaan met 'n proses gerig op die bevordering van kennis, aanvaarding en korrekte gebruik van voorbehoedmiddels. Teenstanders van liberale aborsiewetgewing argumenteer dikwels dat vanaf die oomblik dat liberale aborsiewetgewing ingestel is, die dringendheid om gesinsbeplanningdienste te ontwikkel, nie langer as 'n prioriteit gesien sal word nie. Aangesien die behoefte aan aborsies omgekeerd gelykvormig is aan die gehalte van gesinsbeplanningdienste, moet die geldigheid van hierdie standpunt met die verloop van tyd gemoniteer word.

Indien die hoofdoelwit van die nuwe Wet is om sterftes as gevolg van onveilige aborsies te voorkom, wat was dan die effek op onveilige aborsies tot dusver? Die enigste beskikbare inligting kom van die Kalafong Akademiese Hospitaal in Pretoria. Hulle gemeenskapsgebaseerde inligting toon 'n afname in die komplikasiekoers by pasiënte opgeneem met die diagnose van onvolledige aborsie van 50,7% in 1996 tot 29,4% in die eerste jaar vanaf die inwerkingtreding van die nuwe Wet ($p < 0.000001$; relatiewekans-verhouding 0,38, 95% vertrouensintervalle 0,31 - 0,46). 'n Indirekte aanduiding dat die nuwe Wet wel 'n uitwerking op die getal onveilige aborsies gehad het, is in Junie 1997 waargeneem, toe die program vir die beëindiging van swangerskap in die tweede trimester in die hospitaal gestaak is. Die program is gestaak omdat junior dokters geweier het om pasiënte te help wat geaborteer het. Die komplikasiekoers by pasiënte wat as gevolg van 'spontane onvolledige aborsies' toegelaat is, het in die volgende 4 maande

van 25,9% tot 35,3% gestyg.

Voorlopige hospitaalgebaseerde pasiëntinligting vir Kalafong Akademiese Hospitaal as 'n tersiêre verwysingsentrum vir kritieke siek pasiënte, toon 'n afwaartse neiging in die getal baie siek pasiënte wat waarskynlik as gevolg van die onveilige aborsies sou gesterf het as hulle nie toepaslike gespesialiseerde sorg ontvang het nie. Verdragings in die inwerkingstelling van dienste vir die beëindiging van swangerskap in die plattelandse hospitale is stellig die rede waarom hierdie baie siek pasiënte nog steeds daar is.

Die vertroulike ondersoek

Die afsterwe van 'n vrou gedurende swangerskap, kraam of in die eerste ses weke daarna, word 'n moederlike sterfte genoem, en vanaf 1998 het dit volgens wet 'n aanmeldbare toestand geword. Gegewens is vanaf Augustus 1997 beskikbaar en sedertdien is die eerste tussentydse verslag deur die Nasionale Komitee van die Vertroulike Onderzoek in Moederlike Sterftes³ gepubliseer. Hierdie ouditering van moederlike sterftes is daarop gerig om voorkombare faktore te identifiseer wat gesondheidsadministrateurs in staat stel om tekortkominge in die gesondheidsstruktuur te korrigeer, en vir mediese en verpleegpersoneel 'n aanduiding gee dat plaaslike riglyne vir die hantering van toestande wat tot moederlike mortaliteit aanleiding gee, aangepas behoort te word. Een van hierdie algemene oorsake van sterfte is septiese aborsies (9% van alle moederlike sterftes). Die gemiddelde ouderdom van vroue wat as gevolg van septiese aborsies sterf, was 28,2 (\pm 7,6) jaar en 71% van die gevalle was in die tweede trimester van swangerskap. Sestig persent van hierdie gevalle was selfgeïnduseerde aborsies, omdat vroue geen toegang gehad het tot 'n funksionele diens vir die beëindiging van swangerskap in hulle area nie. Een van die aanbevelings van hierdie verslag was juis

om die geïsoleerde en stadige implementering van die Wet reg te stel.

Die toekoms

Beëindiging van swangerskap het 'n integrale deel van voortplantingsgesondheid geword. Om langtermynkomplikasies en sterftes as gevolg van onveilige aborsies effektief te voorkom, is dit belangrik om seker te maak dat dienste vir die beëindiging van swangerskap aan almal beskikbaar is. Die Nasionale Komitee van die Vertroulike Onderzoek in Moederlike Sterftes sal beslis in staat wees om hierdie proses te monitor. Aan die ander kant kan die klem op dienste vir die beëindiging van swangerskap lei tot 'n situasie waar hoërisikogroepe aborsie as die primêre metode van geboortebepaling beskou, en wat wetlik toelaatbaar sou wees. Of hierdie situasie sal ontwikkel, hang af van die opregtheid van dieselfde drukgroepe wat geveg het vir 'n liberale aborsiewet, en wat hom nou ten doel sal moet stel om die Departement van Gesondheid te lei, ten einde die nodige stappe te neem om die kwaliteit van gesinsbeplanningdienste uit te brei en te verbeter.

Dankbetuiging

B. de Wet word bedank vir die voorbereiding van die manuskrip.

LITERATUURVERWYSINGS

1. Rees, H., Katzenellenbogen, J., Shabodien, R., Jewkes, R., Fawcus, S., McIntyre, J., Lombard, C., Truter, H., the National Incomplete Abortion Reference Group (1997). The epidemiology of incomplete abortion in South Africa, *S. Afr. Med. J.*, 87, 432-437.
2. Maforah, F., Wood, K., Jewkes, R. (1997). Backstreet abortions: women's experiences, *Curationis*, 20(2), 79-82.
3. The National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths. First interim report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa. Pattinson R.C. ed. Department of Health. April 1998.