

Verstandige gezinsplanning: valkuilen en dilemma's

E.R.te Velde,* J.M.W.M.Merkus,* F.E.van Leeuwen, S.P.Verloove-Vanhorick en D.D.M.Braat

Maken vrouwen in Nederland een 'verstandige keuze' door hun kinderen tussen hun 25e en 35e jaar te krijgen, zoals Bonneux et al. in een recent artikel in dit tijdschrift stelden?¹ Volgens de voornoemde auteurs is het krijgen van kinderen op die leeftijd in medisch en sociaal opzicht niet te vroeg en niet te laat en maken de 'bezorgde beschouwingen' van gynaecologen over uitstel van zwangerschap vrouwen 'onnodig ongerust'.² Als artsen deze boodschap als leidraad voor advies gaan hanteren, zouden de vrouwen wel eens het kind van de misrekening kunnen worden.

Het artikel heeft veel reacties opgeroepen. De commotie bereikte zelfs het BMJ, dat er in de rubriek 'News' meer dan een halve pagina aan wijdde – inclusief een foto van een vitale vrouw met kind op de fiets, met als ondertekening: 'The rising age of starting a family reflects a fall in younger mothers, not a rise in older ones.'³ De eerste auteur gaf kranteninterviews en was een graag geziene gast in radio- en televisieprogramma's, waar zijn overtuigende en geruststellende boodschap in de smaak viel. Op het eerste gezicht lijkt er weinig op tegen als vrouwen kiezen voor het krijgen van kinderen wanneer zij tussen de 25 en 35 jaar oud zijn, maar bij nader inzien blijkt deze indruk gebaseerd te zijn op onjuistheden en misvattingen.

Wij kunnen de geschetste stellingname en de geruststellende conclusies over het uitstellen van kinderen krijgen niet delen. In dit commentaar tonen wij aan dat er wel degelijk relevante risico's zijn voor de gezondheid en dat de kans op kinderloosheid groter is bij uitstel van de eerste zwangerschap tot na het 30e levensjaar. Vrouwen en mannen moeten op de hoogte gesteld worden van die risico's.

* Beiden namens de werkgroep Gynaecoloog en Maatschappij van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Hr.prof.dr.E.R.te Velde, emeritus hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde, Utrecht.

Hr.prof.dr.J.M.W.M.Merkus, emeritus hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie, Goirle.

Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, afd. Epidemiologie, Amsterdam.

Mw.prof.dr.ir.F.E.van Leeuwen, epidemioloog.

Mw.prof.dr.S.P.Verloove-Vanhorick, emeritus hoogleraar Preventieve en Curatieve Gezondheidszorg voor Kinderen, Oegstgeest.

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Verloskunde en Gynaecologie, Nijmegen.

Mw.prof.dr.D.D.M.Braat, gynaecoloog.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.E.R.te Velde, Abstederdijk 319, 3582 BL Utrecht (e.r.tevelde@wanadoo.nl).

De redenering die leidde tot de stellingname over de 'verstandige keuze' bevat een aantal onjuistheden, die wij hier puntsgewijs bespreken.

Toename oude moeders, afname jonge moeders. Bonneux et al. waarschuwen voor een verkeerde interpretatie van gemiddelden. 'Gemiddelden zijn verraderlijk', zo betoogden zij. 'De belangrijkste oorzaak dat de gemiddelde leeftijd bij het krijgen van een kind toeneemt, is niet de stijging van het aantal oude moeders, maar de daling van het aantal jonge moeders.' Wij interpreteren de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) anders, zoals blijkt uit de tabel. Tussen 1970 en 2006 was de toename van het percentage moeders van 30 jaar en ouder veel groter dan de afname van het percentage moeders jonger dan 23 jaar. Die toename van het percentage 'oudere moeders' heeft de verandering in de gemiddelde leeftijd bij het krijgen van het eerste kind sterker beïnvloed dan de afname van het percentage jonge moeders, is onze conclusie.

De leeftijdsgrens van 23 jaar wordt gehanteerd op basis van een onderzoek waaruit blijkt dat de kans op sociale achterstand later in het leven samenhangt met het krijgen van kinderen op leeftijden beneden de 23 jaar, niet daarboven.⁴ Stel nu dat men die leeftijdsgrens hoger legt en 'jonge moeders' definieert als vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar als zij een kind krijgen. Ook hun percentage nam tussen 1970 en 2006 minder af (16,1 procentpunten) dan het percentage moeders van 30 jaar en ouder toenam (23,4 procentpunten). Ook bij deze hogere leeftijdsgrens voor jonge moeders kunnen wij onze conclusie dus handhaven.

De aanzienlijke afname van het percentage te jonge moeders is verheugend. Het gaat ons hier echter om de spectaculaire toename in de leeftijd van vrouwen die hun eerste kind krijgen ('eerste moeders'), omdat die toename het meeste zegt over de mate waarin vrouwen het krijgen van kinderen uitstellen. De percentages eerste moeders van 30 jaar en ouder en van 35 jaar en ouder zijn sinds 1970 bijna verviervoudigd (zie de tabel). Nederlandse vrouwen stellen de geboorte van hun eerste kind massaal uit: bijna de helft van de eerste moeders is 30 jaar of ouder en meer dan 10% is 35 jaar of ouder.

Hoeveel vrouwen krijgen kinderen tussen hun 25e en 35e jaar? In het artikel over verstandige gezinsplanning stellen de auteurs dat tegenwoordig bijna driekwart van alle kinderen (73%) wordt geboren uit moeders tussen de 25 en 35 jaar en dat dit percentage nog nooit zo hoog is geweest.¹ Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat er binnen deze categorie een grote verschuiving plaatsvond van 25-29 jaar naar

Percentages jonge en relatief oude moeders onder vrouwen bij de geboorte van hun eerste kind ('eerste moeders') en bij alle geboorten ('alle moeders'); 2006 vergeleken met 1970 (bron: <http://statline.cbs.nl/statweb>)

leeftijd	eerste moeders			alle moeders		
	1970	2006	verschil in procentpunten	1970	2006	verschil in procentpunten
22 en jonger	31,1	9,5	-21,6	14,2	5,4	-8,8
30 en ouder	12,4	46,3	+33,9	36,5	59,8	+23,4
35 en ouder	3,4	12,4	+9,0	14,0	21,1	+7,0
37 en ouder	2,0	6,1	+4,2	8,7	10,9	+2,2

30-34 jaar. Bovendien is het percentage in de jaren 1987-2007 continu gedaald, van 73 naar 67. In dezelfde periode steeg het percentage kinderen uit moeders tussen de 35 en 40 jaar van 9 naar 18 en het percentage kinderen uit 40-jarige of oudere moeders van 1,5 naar 3 (bron: <http://statline.cbs.nl>).

Leeftijdsgrenzen. Het is duidelijk dat de kans op gezondheidsproblemen bij moeder en kind toeneemt met de leeftijd waarop een vrouw voor het eerst zwanger wordt. Boven welke leeftijd kunnen we van aanzienlijke risico's spreken? Bonneux et al. noemen verschillende leeftijdsgrenzen: een bovengrens van 35 jaar of ouder, 36 of ouder ('na de 36e verjaardag') en 37 of ouder ('na de leeftijd van 36 jaar').¹ In die leeftijdscategorie maakt dat jaar veel verschil: in 2006 bijvoorbeeld waren er 2 maal zoveel eerste moeders van 35 jaar en ouder als van 37 jaar en ouder (zie de tabel). Bij een hogere bovengrens lijkt de groep met aanzienlijke risico's veel kleiner. Om juiste conclusies te kunnen trekken moet men dus consequent zijn en één leeftijdsgrens hanteren, zeker als 1 of 2 jaar verschil zoveel uitmaakt.

GEZONDHEIDSRISICO'S VAN LAAT MOEDERSCHAP

Laten we 35 jaar als leeftijdsgrens nemen. Is het juist dat kinderen krijgen pas vanaf het 35e levensjaar aanzienlijke risico's met zich meebrengt? Volgens ons niet.

Kans op borstkanker. Er is een verband tussen de kans op het krijgen van borstkanker en de leeftijd waarop een vrouw voor het eerst zwanger wordt. In het artikel van Bonneux et al. komt alleen het risico op 'borstkankersterfte' ter sprake. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat borstkanker pas ernstig genoeg is om als risico beschouwd te worden indien een vrouw aan deze ziekte overlijdt. Jaarlijks overlijden ongeveer 3300 vrouwen in ons land aan borstkanker, maar deze diagnose wordt jaarlijks bij zo'n 12.000 vrouwen gesteld. Zij moeten allen een ingrijpende behandeling ondergaan.

Uit een recente meta-analyse blijkt dat het risico op borstkanker met 3% stijgt voor ieder jaar dat een vrouw haar eerste kind later krijgt en met 7% daalt met elk kind dat ze na haar eerste krijgt.⁵ In onze maatschappij is de eerste fac-

tor het belangrijkste. Wij geven een paar voorbeelden van wat dit betekent voor de risico's van individuele vrouwen.⁶ Een vrouw die tussen haar 30e en 35e jaar haar enige kind krijgt, heeft een cumulatief risico van 11,1% om vóór de leeftijd van 75 jaar borstkanker te krijgen. Dit risico stijgt naar 13,5% als ze nog 5 jaar langer zou wachten. Voor een vrouw die haar enige kind tussen haar 25e en 30e jaar krijgt, is dit risico 9,7%, en 9,0% als ze er nog een kind bij zou krijgen. Voor een vorm van kanker die zo vaak voorkomt, zijn dit aanzienlijke risicostijgingen, ook al vanaf het 30e jaar.

Kans op kinderloosheid. Uit een CBS-onderzoek blijkt dat het risico op permanente en onbehandelbare onvrijwillige kinderloosheid stijgt van 2 à 3% vóór het 30e levensjaar naar 8% voor vrouwen die op een leeftijd boven de 30 jaar zwanger proberen te worden.⁷ Dat risico wordt 20% voor vrouwen van 35 jaar of ouder en 36% voor vrouwen die 40 jaar of ouder zijn. Het risico op onvrijwillige kinderloosheid – een afwijking die het psychisch welbevinden vaak ernstig en langdurig verstoort, vooral bij vrouwen – stijgt dus aanzienlijk, ook al vanaf het 30e jaar.

Complicaties bij kinderen. Ook de risico's op complicaties bij de kinderen zijn al vanaf het 30e levensjaar van de moeder verhoogd. Dat komt doordat de incidentie van aangeboren afwijkingen, van meerlingen en van vroeggeboorten is toegenomen. Die toename hangt ook samen met de toepassing van voortplantingstechnologie, waarop vrouwen vanaf hun 30e levensjaar vaker een beroep doen wegens kinderloosheid. Hierdoor zijn de risico's op perinatale sterfte en zuigelingensterfte verhoogd; bovendien is de kans op levenslange gezondheidsschade bij de kinderen vergroot.⁸

De incidentie van chromosomale en syndromale afwijkingen bij het kind neemt al toe boven het 20e levensjaar van de moeder.⁸ De kans op een kind met het downsyndroom bijvoorbeeld is voor een 35-jarige vrouw 4 maal zo groot als voor een 25-jarige. Weliswaar blijft de kans op een kind met deze afwijking nog onder de 1% voor 35-jarige moeders, maar dan nog vinden wij dat een niet te verwaarlozen risico.

Complicaties bij de moeder. De incidentie van problemen tijdens zwangerschap of bevalling, zoals de kans op een miskraam, een keizersnede, of fors bloedverlies tijdens of

na de bevalling, neemt toe vanaf het 30e levensjaar van de moeder.^{9 10}

Men mag de extra gezondheidsrisico's door uitstel van zwangerschap tot na het 30e jaar niet bagatelliseren. Wij vinden het verontrustend dat men uit het artikel van Bonneux et al. zou kunnen afleiden dat de gezondheidsrisico's bij zwangerschap vanaf het 30e tot het 35e levensjaar verwaarloosbaar zijn. Wij zijn het daar niet mee eens, maar dat betekent niet dat wij een zwangerschap boven het 30e jaar afraden. Wij realiseren ons dat er tegenwoordig bij gezinsplanning andere belangen een rol kunnen spelen die zwaarder wegen dan de grotere gezondheidsrisico's, zoals wij uiteenzetten onder het kopje 'Het dilemma van een verstandige gezinsplanning'.

TOENAME VAN KINDERLOOSHEID DOOR UITSTEL

De kans op ongewenste kinderloosheid is een belangrijke factor als men overweegt of het uitstellen van de eerste zwangerschap verstandig is. Het percentage vrouwen met ongewenste kinderloosheid die is veroorzaakt door uitstel van de eerste zwangerschap is toegenomen sinds 1970. Het getal dat Bonneux et al. berekend hebben (0,9%), is echter een grote onderschatting van die toename.

Ongewenste kinderloosheid is een nietszeggend begrip als men niet de periode noemt gedurende welke een vrouw geprobeerd heeft zwanger te worden. De perioden die in de literatuur worden gehanteerd, zijn de 1-, 2-, 3- en 5-jaarsinfertiliteit, en permanente kinderloosheid. Het maakt veel uit welke maat men hanteert, omdat vooral na 1- of 2-jaarsinfertiliteit nog heel wat zwangerschappen kunnen optreden. De frequentie van 2-jaarsinfertiliteit bijvoorbeeld is ongeveer 2 maal zo groot als die van permanente kinderloosheid. Het is niet geheel duidelijk welke maat gehanteerd is voor de berekening van de bovengenoemde 0,9% toename. Uit de cijfers in de publicatie van Léridon waar Bonneux et al. naar verwijzen,¹¹ leiden wij af dat zij waarschijnlijk de 2-jaarsinfertiliteit hebben gebruikt.

Met behulp van het reproductiemodel van Léridon, dat uitvoerig is beschreven in zijn standaardwerk,¹² kan voor de Nederlandse situatie worden berekend dat de prevalentie van permanente, onvrijwillige kinderloosheid door uitstel van de eerste zwangerschap is gestegen van 3,3% in 1970 tot 8,0% in 2007. Deze toename van 4,7% komt overeen met een toename van de 2-jaarsinfertiliteit van 9   10%. Dat is 10 maal zoveel als de eerdergenoemde 0,9%. Dit percentage is zoals gezegd een ernstige onderschatting van de toename van het aantal paren dat problemen ondervindt door uitstel van de kindervens tot na het 30e of 35e levensjaar van de vrouw.

OPVATTINGEN UIT DE JAREN TACHTIG

Een van de conclusies van Bonneux et al. luidt dat men op de leeftijd van 40 jaar nog zwanger kan worden en dat de complicaties voor de kinderen voldoende beperkt zijn om dat risico te nemen. Een vergelijkbare stellingname verscheen in een *Libelle* uit de jaren tachtig van de vorige eeuw. In de rubriek 'Bijna 40 en dan een baby' was de vraag: 'Maar hoe lang kun je het krijgen van je eerste kind uitstellen?' Het antwoord van de gynaecoloog-deskundige luidde: 'Zolang er een goede regelmatige cyclus is en er verder geen vruchtbaarheidproblemen zijn, is zwanger worden op je 40e net zo makkelijk als bijvoorbeeld op je 23e.'¹³

De gynaecoloog verwoordde de toenmalige opvattingen, die – zo bleek achteraf – onjuist waren. Geruststellende uitspraken over het beperkte risico van kinderen krijgen op latere leeftijd passen bij het kennisniveau van 20 jaar geleden, maar zijn anno 2008 verwarrend en misleidend.

HET DILEMMA VAN EEN VERSTANDIGE GEZINSPLANNING

Het kiezen van het moment om kinderen te krijgen stelt paren voor een dilemma: de biologische klok tikt door, terwijl de maatschappij daar geen rekening mee houdt. Natuurlijk moeten paren zelf kiezen wanneer zij kinderen willen, maar dan moeten ze wel geïnformeerd zijn over de gezondheidsrisico's en dat is onze taak. Maar in deze tijd spelen andere factoren, overwegingen en instanties een rol die van invloed zijn op de oplossing van bovengenoemd dilemma en zwaarder kunnen wegen dan gezondheidsrisico's. Wij noemen er drie.

Sociaaleconomische factoren. Deze factoren hebben te maken met opleiding, baan, carrière of een partner die nog geen kinderen wil. Wat is de optimale keus wanneer vrouwen die daarmee rekening (moeten) houden voor het genoemde dilemma staan? Bovendien heeft het in maatschappelijk opzicht veel meer voordelen om de komst van het eerste kind jaren uit te stellen dan om vroeg kinderen te krijgen. De meeste Nederlandse vrouwen krijgen daarom minder en later kinderen dan zij eigenlijk zouden willen.^{14 15}

Gewenste gezinsgrootte. Het krijgen van  n kind lukt vaak nog wel als een vrouw ongeveer 35 jaar oud is. Maar de meeste Nederlandse vrouwen met  n kind willen er nog een tweede en niet zelden een derde bij. Als zij pas op hun 33e jaar of later met het eerste kind beginnen, wordt de kans veel groter dat het tweede of derde er niet meer komt. Een vrouw die van tevoren weet dat zij twee kinderen wil, doet er goed aan om niet veel later dan op haar 30e jaar te proberen zwanger te worden van haar eerste kind, of, als ze een gezin van drie of meer kinderen wil, zelfs al eerder.

De overheid. De overheid heeft ook te maken met de nadelen van laat moederschap: de toenemende medicalisering

van voortplanting, zwangerschap en bevalling, de extra gezondheidsrisico's voor moeders en kinderen, de gevolgen voor de arbeidsparticipatie van vrouwen en de toenemende vergrijzing van de bevolking door dalende geboortecijfers. Onzes inziens kan de overheid een belangrijke rol spelen in bovengenoemd dilemma door maatregelen te stimuleren die het voor toekomstige ouders aantrekkelijker maken om eerder kinderen te krijgen. We denken aan maatregelen die de combinatie van werk en zorg voor kinderen gemakkelijker maken, zoals flexibele werktijden, betere afstemming tussen levensloop en loopbaanplanning, betaalbare huizen voor jonge starters, betaalbare en goede kinderopvang en langer ouderschapsverlof.

Prof.dr.J.M.W.M.Merkus is voorzitter van de commissie Perinatal Audit en prof.dr.D.D.M.Braat is vicevoorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 13 oktober 2008

- 5 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*. 2001;358:1389-99.
- 6 Rookus MA, Mooij TM. Moeder worden op latere leeftijd en het risico op borstkanker. *Bijblijven*. 2007;23:36-43.
- 7 Steenhof L, Jong AH de. Afstel door uitstel: (kinder)loos alarm? *Maandstatistiek van de bevolking, januari*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2000. p. 9-22.
- 8 Anthony S, Hille ETM, Pal-de Bruijn KM van der, Verloove-Vanhorick SP. Ouder moeder: risico's voor het kind. *Bijblijven*. 2007;23:27-36.
- 9 Heffner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? *N Engl J Med*. 2004;351:1927-9.
- 10 Luke B, Brown MBB. Contemporary risks of maternal morbidity and adverse outcomes with increasing maternal age and plurality. *Fertil Steril*. 2007;88:283-93.
- 11 Léridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod*. 2004;19:1548-53.
- 12 Léridon H. Models for the study of fertility. In: *Human fertility: the basic components*. Chicago: University of Chicago Press; 1977. p. 131-44.
- 13 Bijna 40 en dan een baby. *Libelle*. 1989;(3):61-2.
- 14 Liefbroer A. Kinderwens wordt in de loop van het leven bijgesteld. *Demos*. 2008;24:4-6.
- 15 Doorten I, Brummelman G. Uitstel van ouderschap; is er voorlichting nodig? *Demos*. 2008;24:6-8.

Abstract

Sensible family planning: pitfalls and dilemmas. – In a recent article in this journal it was stated that Dutch women were sensible in having their first child between the ages of 25 and 35 years. One of the conclusions was that associated health risks increase after the age of 35 but are still acceptable even at the age of 40. We demonstrate that these conclusions were based on flawed assumptions. Postponing pregnancy until after the age of 30 increases the risks of infertility and breast cancer. Motherhood at a later age is associated with an increase in obstetrical complications, miscarriage and other adverse effects on the child. Therefore, for couples planning a family with 2 children or more, it would be sensible to have the first pregnancy not long after the mother reaches the age of 30 years, or even earlier. Couples should be informed on the risks of late parenthood in order to be able to take the right decisions concerning family planning. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008;152:2592-5

Literatuur

- 1 Bonneux L, Zaadstra BM, Beer JAA de. Verstandige gezinsplanning: niet te laat, maar ook niet te vroeg kinderen krijgen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008;152:1507-12.
- 2 Interview Jannetje Koelewijn met Luc Bonneux. *NRC Handelsblad* juli 3 2008.
- 3 Sheldon T. Number of Dutch women having first child before age of 25 falls by a third. *BMJ*. 2008;337:134.
- 4 Hobcraft J, Kiernan K. Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *Br J Sociol*. 2001;52:495-517.