

Hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymislääketieteen menetelmiä koskeva eettinen analyysi

Susanne Uusitalo, VTT, FM

Ilona Autti-Rämö, LKT, dosentti

Taustaa

Terveydenhuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuollon palveluita (ks. <https://palveluvalikoima.fi/etusivu>). Palveluvalikoimaneuvosto käsitteli kaikkia syksyllä 2021 saamiaan aihe-ehdotuksia yhdenmukaisten arviointiperiaatteiden mukaisesti. Näitä periaatteita ovat kliinisten käytäntöjen ja saatavuuden alueellinen vaihtelu, terveysongelman yleisyys, terveysongelman vakavuus, terveydenhuollon menetelmän turvallisuus, taloudelliset vaikutukset sekä eettiset näkökulmat. Aihe-ehdotusten arvioinnissa todettiin, että julkisen terveydenhuollon hoitoon oikeuttavien hedelmöityshoitojen kriteerien määrittämisen avulla olisi mahdollista varmistaa alueellinen yhdenvertaisuus sekä tarkastella terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukaista ja tarkoituksenmukaista käyttöä.

Hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä koskevan jaoston valmistelutyössä kartoitettiin suositukseen liittyviä arvokysymyksiä Palkon käsikirjan mukaisesti EUnetHTA-ydinmallin kysymysten avulla (EUnetHTA 2016). EUnetHTA -ydinmalli perustuu kattavaan listaan erilaisista terveydenhuollon menetelmiin ja niiden arviointiin liittyvistä eettisistä kysymyksistä (ns. "kortit"). Kysymykset ovat jaoteltu seuraaviin pääotsikoihin:

1. Hyötyjen ja haittojen suhde
2. Autonomia
3. Ihmisyys kunnioittaminen
4. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus
5. Lainsäädännölliset tekijät
6. Eettiset tekijät itse menetelmien arvioon liittyen

Korttien kuvaamat keskeiset arvokysymykset tunnistettiin jaoston keskusteluissa, potilasjärjestöjen edustajien tapaamisessa, lapsiasianvaltuutetun edustajan tapaamisessa, potilaiden tapaamisessa sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Työn aikana tunnistettiin, että suositukseen liittyvä poikkeuksellisen paljon arvokysymyksiä, jotka tulee huomioida suosituksen laatimisessa. Eettisten kysymysten syventämisen yhteydessä todettiin, että keskeiset eettiset kysymykset koskevat laajempia ja perustavanlaatuisempia kysymyksiä kuin mihin EUnetHTA-ydinmalli keskittyy. Eettisesti

keskeisiin kysymyksiin ei liioin ollut mahdollista etsiä vastauksia perinteisen PICO (patient, intervention, comparison, outcome) -mallin avulla eri potilasryhmien sekä käytettävissä olevien menetelmien välisten merkittävien erojen vuoksi. Jaostossa päädyttiin siihen, että hedelmöityshoitojen eettisessä arvioinnissa pyritään tarkastelemaan lääketieteellisen tutkimustiedon sekä yhteiskunnallisten, juridisten ja eettisten kysymysten kokonaisuutta. Palveluvalikoimaneuvoston kokouksessa (27.10.2022) päätettiin, että tämä eettinen analyysi tehtäisiin reflektiivisellä tasapainomenetelmällä.

Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän yleisinä haasteina ovat kaikenlaisten resurssien luomat rajoitteet, alueelliset erot, teknologinen kehitys ja kansalaisten odotukset (Sandman & Hansson 2020, ks. myös Torkki ym. 2022). Erityisesti silloin, kun olemme kiinnostuneet julkisen järjestelmän yhdenvertaisuudesta, on tarpeen katsoa mitkä asiat tulisi olla julkisesti rahoitettuja ja mitä tulisi säännöstellä sekä mitä periaatteita säännöstelytilanteessa (eli kun kysyntä ylittää tarjonnan) olisi oikeudenmukaista käyttää. Tässä analyysissä keskitymme lisääntymislääketieteellisiin menetelmiin, mutta reflektioimme niitä myös suuremmassa, koko julkisen terveydenhuollon kontekstissa.

Kansalaisten toiveet ja koetut tarpeet lisääntymislääketieteellisten menetelmien käyttöön ovat kasvaneet ja samanaikaisesti myös lääketieteen keinovalikoimat ovat lisääntyneet. Vaikka syntyvyys on laskenut, terveydenhuollon voimavaroja ei ole kuitenkaan vapautunut samassa mittakaavassa. Hedelmöityshoitoihin käytettävissä olevat resurssit eivät myöskään ole lisääntyneet, vaikka keinovalikoima on lisääntynyt, ja mahdolliset lisäresurssit olisivat käytännössä poissa muualta julkisesta terveydenhuollosta. Lisäksi on huomioitava, että hedelmöityshoitojen tarpeen ennaltaehkäisyn kehittäminen olisi todennäköisesti vaikuttavampaa kuin hedelmöityshoitojen resurssien lisääminen.

Lisääntymisteknologioiden käyttöä on pyritty säätelämään esimerkiksi sen perusteella, onko kyseessä tarve, jolle on lääketieteelliset perusteet vai ei, millainen todennäköisyys menetelmän käytöllä on raskauden aikaansaamiseksi (ns. ”turhat” hoidot vs. vaikuttavuus), millainen syntyhistoria ja status (lääketieteellinen peruste tai ei) tarpeella on ja tulevan lapsen kehitykselle riittävien edellytysten takaaminen. Nykyinen hedelmöityshoitoja koskeva lainsäädäntö määrittelee hoitoja saaviksi tahoiksi itselliset naiset, hetero- ja naisparit ilman että tekee erotteluja sen välillä, onko kyse lääketieteellisestä perusteesta hoitoon vai ei. Julkisessa terveydenhuollossa yleisemmin tyypillisesti hoitoja annetaan lääketieteellisistä perusteista.

Tällä eettisellä analyysillä pyritään tuomaan mahdollisimman läpinäkyvästi ja kattavasti esiin ne aiheeseen liittyvät keskeiset arvokysymykset ja eettinen pohdinta, joilla on ollut merkitystä

suosituksen yleisen osan laadinnassa ja joista keskeisimmät tulee huomioida suosituksen käyttöönotossa.

Reflektiivisellä tasapainomenetelmällä tehtävä eettinen analyysi tukee osaltaan lääketieteellisen tutkimustiedon, ja yhteiskunnallisten, juridisten ja eettisten kysymysten tasapainoista huomiointia palveluvalikoiman määrittämisessä. Eettisessä analyysissä on hyödynnetty jaoston kanssa käytävää jatkuvaa eettistä reflektointia, tutkimustietoa, järjestöjen ja potilaiden kanssa käytyjä keskusteluja ja eettistä kirjallisuutta.

Analyysin ovat laatineet valtiotieteiden tohtori, erikoistutkija Susanne Uusitalo ja Palkon entinen pääsihteeri, dosentti Ilona Autti-Rämö.

Menetelmä: reflektiivinen tasapainomenetelmä (RE)

Analyysi hyödyntää reflektiivistä tasapainomenetelmää, jossa (tässä käsiteltävien lisääntymislääketieteellisten menetelmiä koskevien) harkittujen, normatiivisten arvostelmien pitäisi yhdessä olla yhteensopivia myös laajemmassa julkisen terveydenhuollon viitekehyksessä esiin nousevien normatiivisten harkittujen arvostelmien ja periaatteiden kanssa (Daniels 2020, Sandman & Hansson 2020). Tämä edellyttää rajallisten resurssien jakamiseen liittyvien yleisten periaatteiden tunnistamista terveydenhuoltojärjestelmässä ja ymmärrystä siitä, miten näitä periaatteita sovelletaan muilla terveydenhuollon osa-alueilla. Haaste tälle eettiselle analyysille on se, ettei Suomessa eettisen analyysin tekohetkellä ole auki kirjoitettuna selkeitä periaatteita terveydenhuollon priorisoinnille, joita voitaisiin tarkastella (ks. Torkki ym. 2022). Rajallisten resurssien jakoa kuitenkin joudutaan jatkuvasti tekemään.

Tarvitaan myös tarkastelua, sopivatko edellä mainitut harkitut arvostelmat ja periaatteet yhteen niiden näkemysten kanssa, miten vetää raja siihen, mitä terveydenhuoltopalveluja tulisi olla julkisesti rahoitettuna. Lisäksi näiden periaatteiden ja harkittujen normatiivisten arvostelmien pitäisi olla yhteensopivia siinä ympäristössä, missä niitä sovelletaan. Tähän liittyvät vallitsevat käytännöt ja kokemukset sekä aihepiiriin liittyvä tutkimustieto.

Koherenssi tai yhteen sopiminen viittaa ensisijaisesti argumentatiiviseen tai loogiseen koherenssiin, eli siihen, miten eri näkemysten perustelut ovat argumentatiivisesti johdonmukaisia. Tätä kautta saadaan myös selville, ovatko tällaiset kannat kannatettavia. Koherenssi ei välttämättä viittaa siihen, että eri sidosryhmien ja yksilöiden välillä vallitsisi yhdenmielisyyttä kyseisestä arvostelmasta. Kuitenkin

eri kantojen vahvuus tai mielekkyys ratkaistaan osoittamalla argumentaatiossa tai analyysissä piilevät viat tai virheet. (Ks. Sandman & Hansson 2020.)

Normatiiviset periaatteet

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon resurssien jaon perusteet ja menettelyt pohjautuvat lainsäädäntöön. Seuraavat, perustuslaista johdettavissa olevat, normatiiviset periaatteet on pyritty muotoilemaan niin, etteivät ne ainakaan ole ristiriidassa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ohjaavien periaatteiden kanssa:

- 1) Vain terveystarpeet pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa.
- 2) Mitä suurempi terveystarve on, sen perustellumpaa sen on saada rahoitusta, muiden asioiden ollessa yhtäläisiä. (Rahoitus viittaa siihen, että toiminta on julkisin varoin rahoitettua.)
- 3) Jos samankaltaisia tarpeita hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa, tarvitaan erityinen peruste sille, ettei näitä hoidettaisi myös, ja toisin päin. (muodollisen oikeudenmukaisuuden periaate) (Beauchamp & Childress 2001).

Näiden kolmen periaatteen fokuksessa on rajallisten voimavarojen oikeudenmukainen jako, mutta analyysissa kulkee mukana myös muita eettisiä näkökulmia. (Ks. myös Sandman & Hansson 2020.)

Lisäksi on vielä yksi periaate, joka on keskeinen juuri hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä koskevassa eettisessä analyysissä. Lisääntymiseen liittyvissä kysymyksissä otetaan kantaa ihmisyyteen ja sen jatkuvuuteen. Tällä on myös vaikutusta yhteiskunnan jatkuvuuteen. Edellinen sukupolvi on aina riippuvainen seuraavasta. On selvää, ettei hoitojen avulla mahdollisesti syntyvien lasten arvo tule koskaan olla puhtaan välineellinen, esimerkiksi niin, että he ovat vain väline vanhempiensa onneen, vaan heitä koskevissa toimenpiteissä pitää huomioida se, että heillä on itseisarvoa ja jos he syntyvät, heillä on yksilönvapaus ja oikeuksia. Tämä perustavanlaatuinen periaate pitäisi huomioida jo hoitopäätöksiä tehdessä ja myös resurssien jaossa paitsi ajankohtaisesti myös tulevaisuudessa (esim. lapsen oikeus saada luovuttajan henkilötiedot 18 vuoden iässä ja tiedon mahdolliset seuraukset). Lainsäädännössä mahdollisella tulevilla yksilöllä, alkiolla tai sikiöllä ei ole oikeuksia tai yksilönvapautta, mutta niihin voidaan soveltaa ihmisarvon kunnioittamista.

- 4) Ihmisarvon kunnioittaminen

Harkitut arvostelmat (HA)

Ettinen analyysi tarkastelee joukkoa harkittuja arvostelmia, joita on noussut keskustelussa – joko kirjallisuudessa tai käytännössä (ks. M’hammad & de Deaufort, 2018). Tarkastelemme ja vertaamme niitä kriittisesti normatiivisiin periaatteisiin, jotka ohjaavat rajallisten resurssien jakoa suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa. Hyödynnämme analyysin kontekstina jaoston jäsenten hahmottelemia yleisiä suomalaisia käytäntöjä ja hoitopolkuja julkisessa terveydenhuollossa ja jaoston asiantuntemusta, sekä asiantuntijoiden, potilasyhdistysten ja potilaiden näkemyksiä.

Analyysissä käymme siis läpi erilaisia harkittuja arvostelmia, ja katsomme sopivatko ne yhteen yllä mainittujen periaatteiden kanssa (engl. coherence). Valitut harkitut arvostelmat ovat väitteitä, joiden sisältö on keskeinen käsiteltävän asiakokonaisuuden kannalta, ja ne ovat väitteitä, joita eri sidosryhmät ovat esittäneet lisääntymisterveyden menetelmien käyttöön liittyvässä keskustelussa. Olemme pyrkineet valitsemaan väitteet niin, että jaoston ja potilasjärjestöjen kanssa käydyissä keskusteluissa esiin nousseet keskeiset teemat sisältyisivät jossain muodossa eettiseen analyysiin.

HA1: Lääketieteelliset perusteet pitäisi priorisoida julkisessa terveydenhuollossa lapsettomuuden hoidossa ei-lääketieteellisten perusteiden edelle.

Palkon käsikirjassa todetaan, ettei perustuslain mukainen julkisen vallan velvoite turvata riittävät terveystalvet rajoitu vain sairauksiin. Toisaalta oikeus julkisesti järjestettyihin terveystalvetuihin ei voi perustua pelkästään tietyn diagnoosin asettamiseen, vaan olennaista on palvelun tarve. Palvelun tarpeesta on tehty käsitteellisiä tutkimuksia ja se voidaan muotoilla kolmiosaisena: Henkilöllä H on terveystarve menetelmälle M, jos H hyötyy menetelmän M käytöstä niin, että pääsee tilasta Z(nykytila) tilaan Z(tavoiteltu tila) (Sandman & Hansson 2020). Jo tämä yksinkertainen asetelma osoittaa, ettei hedelmöityshoittojen tai muiden lisääntymislääketieteellisten menetelmien käyttö välttämättä ole kaikissa tilanteissa rinnastettavissa muihin terveystarpeisiin. H voi viitata yhteen henkilöön mutta myös pariskuntaan (yksinkertaisuuden vuoksi käsittelemme vain yksilöitä ja pareja, vaikka tämä ei kuvaa kattavasti terveystarpeen osapuolia erilaisten perhemuotojen, kuten kumppanuusvanhemmuus, näkökulmasta). M voi siis käytännössä kohdistua yksittäiseen henkilöön, parin toiseen osapuoleen tai parin molempiin osapuoliin. Z ymmärretään perinteisesti tilaksi, jossa M joko parantaa yksilön terveyttä tai ennaltaehkäisyssä estää taudin etenemisen. Tässä M mahdollistaa vanhemmuuden, jos M onnistuu, ja se, onko tämä ymmärrettävä terveyden kohenemisena, on myös määritelmällinen ja tärkeä kysymys ainakin niissä tapauksissa, missä ei ole selkeästi lääketieteellistä perustetta terveystarpeeseen, joka korjaantuisi tai jonka oireita lievitettäisiin hoitojen avulla. M ei takaa raskautta, saati sen lopputuloksena syntyvää lasta. Muotoilu kuitenkin antaa karkean

rakenteen sille, miten kaikenlaisia terveystarpeita julkisessa terveydenhuollossa hahmotetaan. Terveysdenhuoltolain 7 artiklan ensimmäisen momentin mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. (TervHL 7 a § 1 momentti)

Lapsettomuus ei lähtökohtaisesti ole ongelma, ja yhteiskunnassa on myös yksilöitä ja pariskuntia, jotka valitsevat lapsettomuuden. Ne lapsettomat, jotka eivät tee tällaista valintaa, ja haluavat (biologisia) lapsia eivät vielä automaattisesti muodosta potilasryhmää, jossa tarve terveydenhuollon palveluille ongelman ratkaisemiseksi nousee. Vasta silloin, kun yrityksistä huolimatta ja niitä seuraavien tutkimusten jälkeen tai kun on lähtökohtaisesti selvää, ettei lisääntyminen ilman terveydenhuoltopalveluita onnistu, on muodostunut potilasryhmä, jolla on tunnistettu terveystarve. On kuitenkin huomattava, että lapsettomuus on terveysongelma, joka ei kaikissa tapauksissa perustu lääketieteellisiin perusteisiin. Itse asiassa lisääntymislääketieteen voidaan nähdä pitävän sisällään paljon sosiaalisia tekijöitä, joita voi olla hankala erottaa lääketieteestä, kun kyse on jälkeläisen saamisesta, toiveesta saada oma lapsi. Terveystarve ei perustu lähtökohtaisesti kansalaisten toiveisiin, vaan terveystarpeisiin vastaamiseen, terveysongelmien korjaamiseen ja terveyshyödyn tuottamiseen, suhteutettuna muihin samankaltaisiin ja poikkeaviin tilanteisiin oikeassa suhteessa. On myös yksi kysymys, onko lapsen saaminen mielekästä nähdä nimenomaan yksilön tai parin terveyshyötynä? Hedelmöityshoitoihin kohdistuvat tarpeet ovat lähtökohtaisesti aina riippuvaisia siitä, että ihmisillä on preferenssi saada lapsi, ja ne poikkeavat siis sellaisista terveystarpeista, jotka ovat yksilöiden preferensseistä riippumattomia (ks. Sandman 2018 preferenssistä riippuvainen ja riippumaton terveystarve välisestä erottelusta).

Menetelmien käytön pitäisi ensisijaisesti olla lääketieteellisesti perusteltua ja tutkimusnäyttöön perustuvia. Palkon käsikirjassa ”lääketieteellisesti perustellun” osatekijät määritellään seuraavasti: ”se mitä kussakin tilanteessa voidaan pitää lääketieteellisesti perusteltuna, riippuu toisaalta kyseisen terveysongelman (sairauden) vakavuudesta, toisaalta tarkasteltavan ennaltaehkäisy-, tutkimus-, hoito- tai kuntoutusmenetelmän vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta sekä myös terveydenhuollon käytettävissä olevista resursseista.” Keskitymme aluksi vain lääketieteellisten ja ei-lääketieteellisten perusteiden tarkasteluun.

Ovatko ei-lääketieteellisesti perustellut syyt kuitenkin mahdollista tulkita lääketieteellisesti perustelluiksi tässä kontekstissa? Preferenssi saada lapsi on terveystarve, jonka voidaan ajatella olevan myös terveysongelma. Tyypillisestä länsimaisesta terveydenhuoltoajattelusta poiketen tämä

terveysongelma pitäisi nähdä parin terveysongelmana eikä vain yksilöiden omina terveysongelmina. Lapsettomuus aiheuttaa todennäköisesti aina stressiä ja negatiivisia tunteita, kun halu lapseen on, mutta terveysongelma ei viittaa tässä kontekstissa lähtökohtaisesti näihin, vaan siihen ettei haluttua lasta ole. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun samansukupuoliset pariskunnat tai itselliset yksilöt (joilla ei ole lääketieteellistä perustetta) tarvitsevat terveydenhuollon palveluja, jos haluaisivat saada ainakin osittain oman biologisen lapsen. Seksuaalinen suuntautuminen ei ole valinta, joten sen mukaista elämää ei voida edellyttää muutettavaksi lapsen saannin vuoksi. Tehdessämme erottelun lääketieteellisiin ja ei-lääketieteellisiin perusteisiin, tilanne, jossa heteropariskunta ei yrityksistä huolimatta tule raskaaksi ilman apukeinoja, ja heidän lähettäminen tutkimuksiin, joissa ei kuitenkaan selviä syytä, voi näyttää samalta kuin samansukupuolisen parin tilanne, jolla ei ole lääketieteellistä perustetta lapsettomuuteen. Jälkimmäisessä tapauksessa tilanne kuitenkin tulkitaan ei-lääketieteelliseksi perusteeksi (jollei samansukupuolisella parilla ole jotain lääketieteessä tunnistettua perustetta hedelmättömyyteen). Tämä on perusteltavissa esimerkiksi sillä, että jos heteropari, jolle ei ole löydetty syytä hedelmättömyyteen, ei saa yrityksistä huolimatta lasta, viittaa siihen, että kyse on kyllä terveysongelmasta, mutta sellaisesta terveysongelmasta, jota nykylääketieteellä ei pystytä tunnistamaan. Nykyisen käytännön mukaisesti naispareilla ja itsellisillä lisääntymisbiologisilla naisilla, joilla ei ole tunnistettua lääketieteellistä syytä lapsettomuuteen, hedelmöityshoidot eivät tällöin edes teoriassa pyri parantamaan parin tai yksilön terveyttä siinä mielessä, että kyse olisi haasteista hedelmällisyydessä, vaan ne mahdollistavat vanhemmuuden ulkopuolisen avustamana.¹

Ovatko itselliset lisääntymisbiologisesti naiset tai miehet sitten samassa asemassa kuin pariskunnat? Yksilöt eivät pysty lisääntymään yksin ilman apua. Onko ilman parisuhdetta tai heteroseksuaalista kanssakäymistä eläminen yhdistettynä tarpeeseen saada biologinen lapsi sellainen asiantila, joka edellyttää terveydenhuoltopalveluja? Vastaus ei ole yksinkertainen, eikä sitä voi yleistää. Selvää kuitenkin on, että yksilöt ovat erilaisia ja toisille keinot pyrkiä saada lapsia muulla tavoin kuin terveydenhuoltopalveluiden kautta voivat olla poissuljettuja. Adoptio ei ole aina järjestettävissä (ks. esim. Parviainen 2014). Se ei myöskään ole julkisesti rahoitettua ja on siis myös kustannuskysymys. Sijaisvanhemmuuteen liittyy myös omat haasteensa. Osa mahdollisuuksista saada lapsi terveydenhuoltojärjestelmässä on myös poissuljettu. Sijaissynnytys (miesparien, itsellisten miesten tai kohduttomien naisten tapauksessa) ei ole toistaiseksi Suomessa sallittua (ks. Oikeusministeriö 2023). Tällaiset tilanteet näyttäisivät olevan siis sellaisia, missä terveydenhuoltopalveluihin

¹ Tarkennuksena analyysissämme ”sukupuoli” ja siihen tehtävät viittaukset perustuvat yksilöiden lisääntymisbiologisiin ominaisuuksiin, eikä niillä oleteta yksilöiden sukupuoli-identiteetin tai seksuaalista suuntautumisen noudattavan binääristä sukupuolinäkemyttä.

turvautuminen avustettuun lisääntymiseen on perusteltua, ja toistaiseksi ainakin lisääntymisbiologisesti naisilla niihin on myös mahdollisuus yhteiskunnassamme.

Toinen asia kuitenkin on, tulisiko tällaisten ei-lääketieteellisesti perusteltujen palveluiden olla tarjolla julkisessa terveydenhuollossa. Onko ilman parisuhdetta tai suojaamatonta heteroseksuaalista kanssakäymistä eläminen yhdistettynä tarpeeseen saada lapsi sellainen asiantila, joka edellyttää *julkisia* terveydenhuollon palveluja? Laajemmassa mittakaavassa terveydenhuollon lähtökohtainen perusta on henkilön terveydentila ja terveyspalveluiden tarve. Tämä perusta on terveydenhuoltolaissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että mitä tahansa menetelmiä tulisi olla tarjolla julkisessa terveydenhuollossa, vaan palveluvalikoima riippuu myös menetelmiin liittyvistä seikoista. Jos tilannetta tarkastellaan menetelmän vaikuttavuuden kannalta, tilastollisesti itsellisten naisten hedelmöityshoidot ovat todennäköisesti kustannusvaikuttavampia kuin hoidot, jotka suunnataan esimerkiksi vaikeista lääketieteellisistä haasteista kärsiviin lapsettomiin pariskuntiin. Palkon käsikirjan mukaan menetelmän vaikuttavuus on yksi osatekijä lääketieteelliseen perusteeseen, mutta lähtökohtaisesti on oltava kyse sellaisesta terveystilasta, jonka hoitaminen on lääketieteellisesti perusteltua.

Huomionarvoista on, ettei tilanne ole tällä hetkellä lisääntymisbiologisesti yhdenvertainen yksin lasta haluavan miehen ja naisen välillä, olivatpa miesten perusteet sitten lääketieteellisiä tai ei-lääketieteellisiä. Näiltä itsellisiltä miehiltä evätään tämä mahdollisuus kokonaan suomalaisessa terveydenhuollossa (käytännössä rajaamalla sellaiset lisääntymismenetelmät pois, jotka mahdollistaisivat biologisen lapsen saannin heille), kun taas itsellisille naisille on lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä, jotka ovat yhteiskunnassa sallittuja (samoja kuin pariskunnille, joista ainakin toinen on lisääntymisbiologisesti nainen). Jälkimmäisellä ryhmällä on siis mahdollisuus biologiseen lapseen terveydenhuollon palveluiden avulla ja heille myös tarjotaan tämä mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Niin kauan, kun heillä ei ole lääketieteellisiä perusteita siihen, etteivät he saa ilman apukeinoja omaa biologista lasta, voidaan ajatella, että heille tarjotut palvelut perustuvat ei-lääketieteellisiin perusteisiin. Nykykäytäntö ei tee erottelua lääketieteellisiin ja ei-lääketieteellisiin perusteisiin, mutta poissulkee osan henkilöistä lisääntymisterveyspalveluista heidän (puuttuvien) ominaisuuksiensa perusteella. Nykyinen käytäntö asettaa siis henkilöt tai parit, joilla on kohtu eri asemaan kuin ne yksilöt ja parit, joilla ei ole kohtua. HA1 kyseenalaistaa vallitsevan käytännön ja esittää erilaisten käytäntöjen perusteeksi kriteeriä, joka ei automaattisesti sulje pois ketään heidän ominaisuuksiensa (kohtu tai ei kohtua) vuoksi, vaan erottelu tehdään terveydenhuoltojärjestelmän yleisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

Nykyisin heteroparit, itselliset naiset ja naisparit ovat siis oikeutettuja lapsettomuushoitoihin terveydenhuollon kautta, kunhan tietyt reunaehdot täyttyvät. Nämä reunaehdot pitävät sisällään joukon erilaisia kriteereitä, jotka eroavat näiden ryhmien välillä: rajauksia ovat lakisääteiset rajaukset, jotka liittyvät turvallisuuteen, lapsen asemaan, mahdolliseen avioliittoon toisaalla. Rajaukset voivat perustua myös hoitojen onnistumismahdollisuuksien heikkouteen. On myös muita rajauksia kuten kaikkia koskeva vuoden ”yritysaika”, joka esimerkiksi itsellisillä naisilla tai naispareilla on käytännössä ensimmäinen pitkä odotusaika mahdollisella hoitopolulla. Lista ei ole täydellinen, mutta antaa kuvaa, että yhdenvertaiseen kohteluun vaikuttavat monet erilaiset seikat.

Kiinnostavaa on, että rajalliset resurssit vaikuttavat perusteena siihen, kuinka monen lapsen vanhemmille hoitoja voidaan tarjota ja miten hoitokertoja rajataan. Rajalliset resurssit eivät kuitenkaan toimi eivätkä saa toimia perusteena hoitojen aloituksen epäämiseen, jos muita poissulkevia kriteereitä ei ole. Hoidon epääminen puolestaan perustuu joko jonkinlaiseen perusteeseen siitä, ettei mahdollisen tulevan lapsen kehityksen turvaaminen välttämättä toteutuisi tai siihen, etteivät hoidot olisi vaikuttavia ja olisivat näin turhia. Olisi potilaan näkökulmasta eettisesti perusteltua – haitan välttämisen periaatteen mukaisesti – pidättäytyä hoidosta, jonka todennäköisyys onnistua on mitätön, ja säästää potilasta turhilta hoitoihin liittyviltä haitoilta. Myös terveydenhuoltojärjestelmän kannalta se olisi resurssien tuhlaamista ja tehotonta kohdentamista.

Hedelmöityshoitojen määrä on noussut viime vuosina, eli tarve hoitoihin on kasvanut (Heino & Gissler 2022), mutta voimavarat ovat rajallisia ja kysymys yhdenvertaisuudesta on keskeinen. Lääketieteellisistä perusteista ja ei-lääketieteellisistä perusteista hoitoa odottavat ovat samassa jonossa. Ovatko nämä H:t riittävän samankaltaisia, jotta heitä voidaan kohdella samalla tavalla tässä yhteydessä? Osa potilaista saa erilaista kohtelua sen perusteella, että heillä tunnistetaan kiireellinen lääketieteellinen peruste (kuten vaikea endometrioosi). Tässä kohtaa lääketieteellinen peruste yliajaa muut perusteet, mutta vain siksi että kohtelemalla kiireellisiä tapauksia samalla tavalla kuin kiireettömiä voi syntyä peruuttamatonta haittaa. Se voi kuitenkin äärimmillään johtaa siihen, ettei osan – myös lääketieteellisistä syistä – jonossa olevien terveystarvetta voida hoitaa ja heille puolestaan syntyy peruuttamatonta haittaa. Esimerkiksi ikä ei ole peruste kiireellisyyteen. Tämä johtaa käytännössä toisinaan tilanteisiin, joissa hoitoja ei ehditä aloittamaan, koska hoidoille asetetut ikäraajat tulevat vastaan. Hoitovaste heikkenee henkilön ikääntyessä ja hoitovasteen arvioitu pienuus toimii perusteena hoitojen aloittamattomuuteen. Tällöin myös kiireettömän hoitopolun potilaat ovat siinä asemassa, ettei heidän terveystarpeensa täyty. Miksi tällaiset tapaukset ovat erilaisia kuin esimerkiksi vaikeasta endometrioosista kärsivät potilaat?

Näiden vertailujen rinnalla on myös muistettava, ettei menetelmien käyttö takaa vaikuttavuutta, joten peruste siitä, ettei terveystarve täyty (tai tule täyttymään) ei vaikuta kovin vahvalta, koska sillä voidaan perustella menetelmän kiireellistä käyttöä, menetelmän tavanomaista käyttöä, ja menetelmän käytön keskeyttämistä. Se ei siis sellaisenaan vielä riitä säännöstelyn perusteeksi, vaikka nyt toimii ainakin osalla potilasryhmästä perusteena menetelmän käyttöön ja käyttämättä jättämiseen.

Tiivistäen ensimmäisen harkitun arvostelman **Lääketieteelliset perusteet pitäisi priorisoida julkisessa terveydenhuollossa lapsettomuuden hoidossa ei-lääketieteellisten perusteiden edelle** pohdinta suhteessa nimettyihin periaatteisiin, on seuraava: Määritelmä terveystarpeesta lisääntymislääketieteessä on haasteellinen. Käytimme lähtökohtana kolmiosaista määritelmää, jossa ei oteta kantaa siihen, onko peruste lääketieteellinen vai ei. Määritelmä sopii yhteen ensimmäisen periaatteen kanssa, jonka mukaan vain terveystarpeet pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa. Paljon on kuitenkin kiinni siitä, mikä terveystarve tässä yhteydessä oikeastaan on. Onko terveystarve ymmärretty erityisesti hedelmättömyytenä, lapsettomuutena vai jonain muuna? Se on kuitenkin aina riippuvainen H:n preferenssistä saada lapsi. Pelkkä preferenssi saada oma lapsi ja se, ettei lasta sillä hetkellä ole, voi aiheuttaa palveluiden kysynnän hallitsematonta kasvua. Jos tätä halutaan välttää, on tarkentavien ehtojen muotoilu tarpeen. Julkisen terveydenhuollon kantokyky on yksi seikka, mikä voi vaikuttaa siihen, miten tämä määrittely tehdään. Silloin, kun tämä tarve perustuu lääketieteellisiin syihin – hedelmättömyyteen – on kuitenkin lähtökohtaisesti (prima facie) perusteltua tarjota tätä palvelua julkisessa terveydenhuollossa. Jos hedelmättömyydessä on kyse sairaudesta, on terveydenhuollolla myös lakisääteinen velvollisuus hoitaa tätä sairautta käyttämällä näyttöön perustuvia hoitoja.

Asiaa pitää tarkastella myös terveysongelman vakavuuden ja siihen kytkeytyen myös palveluntarjoajien voimavarojen kantokyvyn kannalta. Toisen periaatteen mukaan mitä suurempi terveystarve on, sitä enemmän perusteltua on sen hoitamisen saada rahoitusta (ts. olla osa julkista terveydenhuoltoa), muiden asioiden ollessa yhtäläisiä. Nyt keskeiseksi käsitteeksi muodostuu terveystarpeen suuruus. Palkon käsikirjan mukaan "[p]erustuslain mukaisesta yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvasta arvioinnista seuraa myös, ettei potilasryhmän suuruus ole ratkaiseva suuntaan eikä toiseen terveysongelman merkittävyyden arvioinnissa". Terveystarpeen suuruus viittaa siis esimerkiksi siihen, onko tila vakava ja onko tarpeen tyydyttämiseksi muita mahdollisia toteuttamisvaihtoehtoja. Käsittelemme vaihtoehtoja seuraavan harkitun arvostelman (HA2) kohdalla tarkemmin. Lapsettomuus tai hedelmättömyys voi olla musertava kokemus, mutta lääketieteellisesti (ja tilastollisesti) tarkastellen se ei ole vakava, koska se ei esimerkiksi johda kuolemaan, vaikka voikin

johtaa elämänlaadun heikkenemiseen. Toiseksi, koska kyse on yksilön tai parin preferensseistä riippuvainen terveysongelma, sen vertaaminen esimerkiksi sellaisiin terveysongelmiin, jotka eivät muutu tai poistu kokonaan, vaikka preferenssi muuttuisikin, antaa aihetta nähdä lapsettomuus ainakin tässä suhteessa pienempänä terveysongelmana kuin terveystarpeet, jotka eivät muutu preferenssien muutosten myötä, jos terveysongelma on muuten samankaltainen kuin lapsettomuus (esimerkiksi siten, että aiheuttaa ahdistusta ja elämänlaadun heikkenemistä).

Harkitun arvostelman haasteena on lapsettomuuden hyvinkin moninaiset syyt. Kyse voi olla lääketieteellisesti todetusta hedelmättömyydestä, vakavasta perinnöllisestä sairaudesta, omavalintaisesti steriloidun ja hänen (mahdollisesti uuden) kumppaninsa lapsettomuudesta, lisääntymisbiologisesti mahdottomasta hedelmöitymisestä johtuvasta lapsettomuudesta (esim. samansukupuoliset parit, itselliset yksilöt), kuolleen lapsen vanhempien lapsettomuudesta tai sen hetkisestä elämäntilanteesta johtuvasta lapsettomuudesta. Jos samankaltaisia tarpeita hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa, tarvitaan erityinen peruste sille, ettei näissä tapauksissa annettaisi hedelmöityshoitoja ja toisin päin. Tämän muodollisen periaatteen mukaisesti olisi perusteltava, miksei itsellisten lisääntymisbiologisten miesten, miesparien tai kohduttomien naisien lapsettomuutta koskevia terveystarpeita hoidettaisi julkisessa terveydenhuollossa. Sijaissynnyttäjän raskauden aikaansaamiseksi käytetään samoja lisääntymislääketieteen menetelmiä kuin mitä käytetään kohdullisten hedelmöityshoidoissa. Perustelu erilaisiin toimintatapoihin saman menetelmän kohdalla voi perustua esimerkiksi menetelmään liittyviin haittoihin, joita toisissa menetelmissä tai niiden käytössä ei esiinny. Näitä voivat olla sijaissynnyttäjän hyväksikäyttö tai vanhemmuuskiistat. Näistä ei kuitenkaan näytä olevan tutkimusnäyttöä (ks. esim. Söderström-Anttila ym. 2016; Oikeusministeriö 2023). Toistaiseksi lainsäädäntö on perusteena tälle epätasa-arvoiselle kohtelulle. Toisaalta niukkojen resurssien vallitessa on entistä tärkeämpää keskittyä siihen, että kaikkia relevantisti samankaltaisessa asemassa olevia kohdellaan samalla tavalla.

Julkisessa terveydenhuollossa ei tyypillisesti anneta palveluita ei-lääketieteellisin perustein. Miksi se on perusteltua lisääntymislääketieteellisessä kontekstissa? Perustelu lisääntymisterveyden sosiaalisesta luonteesta voi antaa pohjaa tällaiselle, mutta se vaatii tarkempaa argumenttia siitä, miten sosiaaliset seikat toimivat perusteena poikkeukselle (ks. Lotz 2016). Esimerkiksi raskaudenkeskeytyksen kohdalla tällainen voidaan osoittaa katsomalla tilastoja siitä, miten ei-lääketieteellisin perustein tehtävän abortin kieltäminen tai epääminen naisilta johtaa merkittävään terveyshaittaan, suuriin muihin haittoihin ja kuolemaan (Declercq ym. 2022; Roberts ym. 2014). Tässä perusteena on haitan ja kuoleman määrä ja vakavuus. Toistaiseksi hedelmöityshoitojen kohdalla ei ole samankaltaista tutkimusnäyttöä. Väestön tasolla yhden huoltajan perheissä riski

lapsen edun vaarantumiseen on suurempi kuin kahden huoltajan perheissä (ETENE 2012), mutta tällainen ei ole vakavuudeltaan samankaltainen kuin abortin haitat. Se kuitenkin tarkoittaa sitä, että tällaiset riskit julkisen terveydenhuollon tarjoamissa palveluissa tulee huomioida ja pyrkiä proaktiivisesti ehkäisemään niiden toteutumista. Tällainen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja.

Neljäs ja viimeinen nimeämämme periaate tämän analyysin tarkoituksiin on ihmisarvon kunnioittaminen. Tilanteiden moninaisuuden keskellä on haasteellista tehdä väestötason ratkaisuja ilman, että yksilöiden yhdenvertaisuus kärsii. Erilaiset perhemuodot ja hoidoista mahdollisesti syntyvät lapset ovat kaikki tällaisen kunnioittamisen kohteita, mutta se ei tarkoita sitä, etteikö perustellusti voida mahdollistaa laadukasta hoitoa sitä tarvitseville ja samalla mahdollistaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyky tekemällä painotuksia. Terveydenhuollossa keskiössä ovat tyypillisesti lääketieteelliset perusteet, tämän valossa harkittu arvostelma HA1 ei ole ristiriidassa tämän periaatteen kanssa.

Rajallisten resurssien kontekstissa HA1 on yhteensopiva laadukkaan ja oikea-aikaisen palvelun järjestämisessä julkisessa terveydenhuollossa, mutta se nostaa esille tarpeen tarkentaa sitä, mikä terveystarve on kyseessä ja minkälaisia vaihtoehtoja siihen vastaamiseen on. Tarkastelemme myös tätä seuraavan harkitun arvostelman kohdalla.

HA2: Jos henkilö haluaa biologisen lapsen, sen mahdollistaminen (tai edes sen yrittäminen) pitäisi olla julkisesti rahoitettua.

Yksilöiden oikeuksia pyritään suojaamaan lainsäädännössä ja näin on myös terveystalouden suhteen. Yksilöillä on oikeus riittäviin terveystalouteihin lailla tarkemmin säädettävällä tavalla. Lapsettomuushoidot tuottavat onnistuessaan terveyshyötyä ja tämän voidaan ajatella kuuluvan karkeasti ottaen yksilön oikeuksiin saada hoitoja. On kuitenkin tärkeää miettiä, minkälainen oikeus lapsen saaminen oikeastaan on. Järjestöjen kanssa järjestetyissä tapaamisissa nousi voimakkaasti esiin yksilöiden tai parien halu saada lapsi. Myös argumentti oman lapsen biologisesta/geneettisestä perimästä oli voimakas. Tämä näkyi myös siinä, että esimerkiksi naisparit voivat toivoa lasta, joka on toisen sukusoluilla aikaansaatu, mutta toisen kantama. Tähän viitataan todellisenä jaettuna vanhemmuutena (Jantunen 2020; ks. myös Shaw ym. 2023). (Myös miehille on vastaava mahdollisuus osallistuttaa parin molemmat osapuolet lapsien saannissa sijaissynnytyksen avulla. Se on tosin korkeariskinen menetelmä monestakin syystä. Ks. esim. Mackenzie ym. 2020) Tällaisten teknologioiden mahdollisuus on olemassa, mutta julkinen terveydenhuolto ei tällaista tarjoa. Tilanne voi muuttua, jos lainsäädäntö muuttuu ei-kaupallisen sijaissynnytyksen osalta (ks. Oikeusministeriö 2023). Kokemus raskaudesta ja synnytyksestä ei ole riittävä peruste julkisessa terveydenhuollossa

sellaisille interventioille, joiden mukana tulee myös lisäriskejä ja lisäresurssien tarve (esim. kohdunsiirto).

Palkon käsikirjan mukaan ”[t]erveysturvan järjestämiseen liittyvien näkökohtien huomioiminen tarkoittaa, ettei palveluvalikoiman määrittelyä voida tehdä irrallaan yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa tosiasiallisesti vallitsevista olosuhteista ja reunaehdoista. Palveluvalikoimaan voidaan ottaa ainoastaan sellaisia menetelmiä, jotka on mahdollista myös järjestää yhdenvertaisesti väestölle.” Suomen väestö ikääntyy, syntyvyys on alentunut voimakkaasti ja tämän valossa olisi perusteltua tukea mahdollisimman monin keinoin toivottuun lapsilukuun perustuvaa syntyvyyden nousua. Hedelmöityshoidot eivät kuitenkaan yksin tätä ongelmaa ratkaise, koska nykyiselläänkin niiden avulla syntyneiden lasten osuus on noin 5 % syntyneistä (Heino & Gissler 2022). Toinen seikka, jota käsikirjan sitaatti koskee, on väestön yhdenvertaisuus. Tämä ei toteudu, vaan osa lapsettomista (kuten itselliset miehet, miesparit ja kohduttomat naiset) jää palveluiden ulkopuolelle lain rajaamana. Väestö ei siis lähtökohtaisesti ole yhdenvertainen tässä kohtaa, eikä lisääntymisbiologisesti miehille, miespareille tai kohduttomille naisille ole lakisääteisiä terveyspalveluja lapsettomuuteen, vaikka Palkon käsikirjassa todetaan, että ”[p]erustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkisen vallan turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.” Käsikirjassa kuitenkin jatketaan, että ”[j]otkin terveyspalvelun tarpeen syyt voivat olla sellaisia, ettei julkisella vallalla ole lainkaan velvoitetta turvata palvelun saatavuutta.” Onko tässä kyse sellaisesta terveyspalvelun tarpeesta, joka voi muodostaa poikkeuksen palvelun saatavuuteen? Sijaissynnätyksen kieltäminen lailla vuonna 2007 johtui esimerkiksi osittain puutteellisesta lainsäädännön suomasta turvasta sijaissynnätyksen eri osapuolille. (ks. ETENE 2000).

Käytännössä julkinen terveydenhuolto tarjoaa siis palveluja osalle omaa lasta haluavista mutta ei kaikille. Vaikka lisääntymisbiologia on keskeinen seikka lisääntymisessä, ei sillä ole itseisarvoa, joka olisi täysin tilanteesta riippumaton. Potilaita pyritään hoitamaan heidän omilla sukusoluillaan, koska se on käytännössä ja lain edessä myös helpointa: sukusolujen saatavuus on paikannettu potilaisiin itseensä eikä lainsäädäntö pyri laittamaan tähän rajoitteita. Aina omat sukusolut eivät riitä hedelmöityshoitojen onnistumiseen, oli sitten kyseessä lääketieteellinen tai muunlainen peruste lapsettomuuteen.

Argumentti oman biologisen lapsen saamiseen voi nojata erilaisiin perusteisiin. Yksi peruste on halu saada geneettisesti sukua oleva jälkeläinen, eikä esimerkiksi adoptoidun lapsen vanhemmuus voi täyttää tätä halua. Voidaan ajatella, että tällaista halua voidaan myös kunnioittaa. Se ei silti tarkoita sitä, että terveystarpeille perustuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä preferenssi tietyntylaiseen

hoitoon tai lopputulokseen olisi huomioitava terveydenhuollon priorisoinnissa. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät potilaat aina saa toivomaansa hoitoa, vaan heille voidaan sääntelyperustein tarjota vaihtoehtoja, jotka eivät ole heidän näkökulmastaan tyydyttäviä. Jos he eivät ole tyytyväisiä näihin vaihtoehtoihin, he voivat saada hoitoja yksityisestä terveydenhuollosta edellyttäen, että heillä on siihen tarvittavat resurssit. Tai he voivat hakea vastaavia hoitoja ulkomailta mahdollisuuksiensa mukaan. (Sandman 2018, 522.) On myös huomattava, että joissain tilanteissa omien sukusolujen käyttö ja siten geneettisen jälkeläisen saaminen hedelmöityshoidossa ei ole mahdollista. Tällöin osittain tai kokonaan lahjasoluilla aikaansaatu raskaus ei siis täytä halua saada oma biologinen lapsi.

Toinen peruste on kokemus raskaudesta ja synnytyksestä, mutta kuten jo aiemmin totesimme, julkisen terveydenhuollon tarjoamat palvelut eivät voi perustua vain kokemusten tarjoamiseen. Myös vanhemmuus on kokemus, mutta sen toteutuminen ei edellytä omakohtaista kokemusta raskaudesta tai synnytyksestä. On myös huomattava, ettei raskaus takaa synnyttämisen kokemusta (keskenmenot tai kromosomipoikkeavuudesta tai epämuodostuman vuoksi tehty raskaudenkeskeytys). Toiseksi on huomioitava, että koska hedelmöityshoidot eivät aina johda raskauteen ja lapsen syntymiseen, ne toteuta tätä halua raskaudesta ja lapsen saannista, ja näin ne voivat myös aiheuttaa suurta huolta ja kärsimystä (ks. McLeod 2017a, 2017b).

Kolmas peruste voi olla se, ettei biologisella lapsella ole perheeseen tullessaan aikaisempia negatiivisia kokemuksia, jotka voivat aiheuttaa ongelmia lapselle ja haasteita vanhemmuudelle. Tämä tietenkin riippuu myös siitä, minkä ikäisenä lapsi adoptoidaan tai sijoitetaan. Esimerkiksi sijoitetut lapset voivat oireilla hyvinkin voimakkaasti ja sijoitusperheiltä odotetaan kykyä vastata tällaisiin haasteisiin. (THL 2023; SOS-Lapsikylä 2023, Pelastakaa lapset ry 2023). Lapsen ja vanhempien perimän jakaminen ei kuitenkaan automaattisesti takaa esimerkiksi lapselle parempaa kehitys- ja kasvuympäristöä. On myös huomattavaa, että lapsettomuuden ei tarvitse olla *terveysongelma*, koska lapsia voi saada myös adoptoimalla ja sijaisvanhemmuudella. Tällöin he eivät ole biologisesti vanhempiensa jälkeläisiä, mutta monet kulttuurit ovat tunnustaneet tällaiset jälkeläiset ainakin antiikin ajoista lähtien.

Yhteiskunnassamme ei ole subjektiivista oikeutta saada biologista lasta, eikä sellainen olisi myöskään ongelmatonta. Yhteiskunnallisella tasolla se vahvistaisi biologisen vanhemmuuden merkitystä ja tärkeyttä ja näin heikentäisi muunlaisen vanhemmuuden merkityksellisyyttä. Pahimmillaan se voisi heikentää esimerkiksi sijoituslasten tai adoptiolasten omanarvontuntoa, kun heiltä on biologinen vanhemmuus syystä tai toisesta kyseenalaistunut tai kokonaan eväetty (Smith & Brodzinsky 2002, ks. myös Lotz 2016)

Huomionarvoista on, ettei tilanne ole tällä hetkellä yhdenvertainen yksin lasta haluavan miehen ja miesparien osalta olivatpa miesten perusteet lapsettomuudelle sitten lääketieteellisiä tai ei-lääketieteellisiä. Näiden ryhmien toive saada omaa perimää oleva lapsi ei ole mahdollista julkisesti rahoitettuna. Näillä miehillä ei ole tätä mahdollisuutta (käytännössä rajaamalla sellaiset lisääntymismenetelmät pois, jotka mahdollistaisivat biologisen lapsen saannin heille). Itselliset miehet ja naiset voivat kuitenkin adoptoida lapsia, mutta se ei ole julkisesti rahoitettuna, vaikka onkin osittain tuettua. Esimerkiksi sosiaaliturvaetuudet ovat syntymän jälkeen pääosin riippumattomia siitä, onko kyse biologisesta vai adoptiolapsesta. Siviilisääty ei myöskään ole este sijaisvanhemmuuteen. Sijaisvanhempi tai -perhe puolestaan saa yhteiskunnalta sekä rahallista, psykososiaalista että kasvatuksellista tukea, mutta sijaisvanhemmuus on tarkasti säädeltyä ([Perhehoitajana toimiminen - THL](#)).

Tiivistäen, HA2 keskittyy potilaan oikeuksiin julkisessa terveydenhuollossa. Kyse on kuitenkin siitä, mikä oikeus on kyseessä ja mihin. Onko arvostelma **Jos henkilö haluaa biologisen lapsen, sen mahdollistaminen (tai edes yrittäminen) pitäisi olla julkisesti rahoitettua** yhteensopiva periaatteiden ja HA1:n kanssa? Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu ensisijaisesti terveystarpeisiin eikä yksilön oikeus terveydenhuoltoon lähtökohtaisesti aja yli julkisen terveydenhuollon sääntelyperusteiden tai oikeus terveydenhuoltoon tarkoita automaattisesti, että tämä aina oikeuttaisi julkisesti rahoitetun hoidon.

HA2 voi olla yhteensopiva ensimmäisen periaatteen – vain terveystarpeet pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa – kanssa, mutta se vaatii lisäperusteluja, koska pelkkä halu biologiseen lapseen ei riitä siihen, että terveystarve on sellainen, jonka yhteiskunta tunnistaa julkisesti rahoitettavaksi. Lisäksi, koska halu biologiseen lapseen ei välttämättä ole mahdollista toteuttaa, ei ole ilmeistä, että kaikki tällaiset halut tulisi ymmärtää terveystarpeina, jotka hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa. Tilanne ei muutu, vaikka halu saada biologinen lapsi ymmärrettäisiin subjektiivisena oikeutena saada biologisia lapsia. Toinen periaate – mitä suurempi terveystarve on, sen perustellumpaa sen on saada rahoitusta, muiden asioiden ollessa yhtäläisiä – ei aiheuta ristiriitaa HA2:n kanssa. Se ei myöskään vaikuta terveystarpeen sisältöön, koska halu biologiseen lapseen ei itsessään tee terveystarpeesta suurempaa. Tutkimusten mukaan vanhemmat, jotka eivät ole saaneet lapsia hedelmöityshoidoilla, ovat muokanneet haluaan saada *biologinen* lapsi ja ”tyytyneet” adoptioon, vaikuttavat suruprosessinsa jälkeen kykenevän saavuttamaan riittävän hyvän elämänlaadun (Sandman 2018).

Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaate ei toteudu tällaisen halun kohdalla ja kiinnittää huomiota siihen, miten biologian merkitys ja julkisen terveydenhuollon voimavarat saadaan

tasapainotettua niin, ettei eriarvoisuus ainakaan lisäänty relevantisti samankaltaisten välillä. Keskeinen kysymys on, millaiset parit ja yksilöt ovat tässä kohtaa relevantisti samankaltaisia.

Ihmisarvon kunnioittamisen periaate on mielenkiintoinen tämän harkitun arvostelman yhteydessä, koska ihmisarvon kunnioittaminen biologista lasta haluavien kohdalla voi tahattomasti myötävaikuttaa sijoitettujen, adoptoitujen ja heidän vanhempiansa omanarvontunnon heikentymiseen ja muiden silmissä nähdyn ihmisarvon kyseenalaistumiseen.

HA1 ja periaatteiden kanssa koherenssin kokonaisuuden luominen ei siis onnistu HA2 väitteen osalta, koska argumentti edellyttää muutoksia, jotta se olisi yhteensopiva periaatteiden ja HA1:n kanssa. Se ei siis alkuperäisessä muodossaan tue tavoiteltavaa koherenssia, joka on reflektiivisen tasapainon tavoite.

HA3: Jos potilas ilmoittaa kärsivänsä tai hänen on todettu kärsivän lapsettomuudesta, ja kärsimystä voidaan lievittää tarjoamalla hedelmöityshoitoja, hoitojen pitäisi olla julkisesti rahoitettuja.

Jos painotettaisiin voimakkaasti potilaskeskeistä näkökulmaa hoitoon, jossa hoito suhteutetaan tällaisen lähtökohdan arvoihin, kokemuksiin ja potilaan tilanteeseen, olisi kärsimys peruste hoitoon (Gustavsson & Sandman 2015, Munthe ym. 2012). Tällaisesta näkökulmasta lapsettomuudesta kärsivän kokemusta voitaisiin lieventää tarjoamalla hedelmöityshoitoja, ja jos potilas ilmoittaa tällaisesta kärsimyksestä, häntä pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa. Tällaisen näkökulman mukaan kärsimys on riittävä peruste hoitoon pääsyyn julkisessa terveydenhuollossa.

Yleisesti ottaen yksilöt kokevat asioita erilaisin tavoin, eikä ole syytä kieltää tai kyseenalaistaa toisten kokemusta, oli kyseessä sitten lapsettomuus, läheisen menettäminen tai muu kärsimystä aiheuttava asia. On tärkeää tarjota yksilöille mahdollisuus hoitaa kärsimystään, mutta ei ole selvää, että kärsimyksen hoitamiseksi tulisi tarjota juuri hedelmöityshoitoja eikä esimerkiksi mielenterveyspalveluja. Hedelmöityshoitojen onnistumista siten, että raskauden lopputuloksena on (terve) lapsi ei voida taata. Hoidot voivat itsessään olla hyvin kuluttavia ja potentiaalisesti kärsimystä tuottavia (ks. McLeod 2017a, 2017b), ja niiden onnistumismahdollisuudet eivät ole kovin varmoja, joten niiden tarjoaminen kärsimyksen lieventämiseen ei vaikuta turvalliselta hoitovaihtoehdolta, jolla olisi suurella todennäköisyydellä kärsimystä lieventävä vaikutus. Jos terveydenhuolto tarjoaa hoitoa kärsimykseen, pitäisi menetelmän valinnassa huomioida hoitojen tuottamat haitat suhteessa niiden potentiaaliin hyötyihin. Mielenterveyspalveluissa löytyy menetelmiä, jotka on suunniteltu kärsimyksen kohtaamiseen ja hoitamiseen (vrt. Dube ym. 2023). Tämä todennäköisesti olisi myös

kustannustehokkaampi keino kuin epävarmojen kajoavien menetelmien käyttö kärsimyksen lieventämiseen.

Toinen asia on, onko subjektiivinen kärsimyksen kokemus riittävä peruste *hedelmöityshoit*ojen antamiseen. Tässä huomio kiinnittyy siis terveystarpeen luonteeseen: onko kyse lapsettomuudesta, johon tarjotaan hoitoa, vai onko terveystarve kärsimys, joka johtuu lapsettomuudesta, mutta joka on kuitenkin se, mikä heikentää yksilön toimintakykyä ja elämänlaatua. Tässä kohtaa kärsimyksen voidaan jopa tulkita olevan vasta-indikaatio hedelmöityshoidoille, koska ne todennäköisesti ovat raskaita eikä niiden onnistuminen (eli raskauteen ja lapsen syntymään johtava lopputulos) ole varmaa. Näin ne voivat aiheuttaa yksilölle myös lisäkuormitusta. Jos kärsimys johtuu lapsettomuudesta, jota ei voida hoitaa mielenterveyspalveluilla, adoptio tai sijaisvanhemmuus voisivat aiheuttaa vähemmän kärsimystä, vaikka eivät kuulukaan julkiseen terveydenhuoltoon. Palkon käsikirjassa todetaan “[k]un arvioidaan terveysongelman merkittävyyttä, on osana sitä arvioitava, olisiko jokin muu kuin terveydenhuollon keino perustellumpi kyseisessä tilanteessa. Tällainen keino voi olla julkisen vallan järjestämä tai osittain rahoittama ja ohjaaminen sen piiriin voi tapahtua terveydenhuollosta. Tällaisia palveluita voivat olla esimerkiksi kunnan järjestämät liikuntapalvelut tai sosiaalipalvelut.” Lapsettomuus on myös sosiaalinen ja siksi ei vain terveydenhuollon kysymys, ja sen nostamat kysymykset ovat myös yhteiskunnallisia ja sosiaalisia.

Itseraportoitu kärsimys on haasteellinen yhdenvertaisuuden näkökulmasta, koska ihmiset raportoivat kärsimystään eri tavoin. Yksi mahdollisuus tähän on se, että kärsimys ja ahdistus diagnosoitaisiin tai validoitaisiin muulla tavoin. Tämä edellyttäisi kuitenkin kärsimyksen hoitamiseen erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia ja muita resursseja.

Merkittävän terveysongelman periaate edellyttää Palkon käsikirjan mukaan kaksiportaista arviointia: ”i) onko terveysongelmaa syytä tutkia, hoitaa tai kuntouttaa terveydenhuollon keinoin, ja jos on, ii) onko siihen perusteltua käyttää julkisia varoja.” Tässä kohtaa on myös muistettava se, ettei lapsettomuuden tarvitse olla *terveysongelma*, koska myös adoptio ja sijaisvanhemmuus voivat olla ongelman ratkaisevia. Vakava kärsimys lapsettomuudesta voi olla myös vastaindikaatio siinä mielessä, että se voi olla tekijä, joka voi vaikuttaa siihen, kykeneekö henkilö tai pari vanhemmuuteen. Lainmukaisen nykykäytännön mukaan lahjoitettuja sukusoluja tarvitsevat sekä itselliset naiset että parit käyvät psykologin vastaanotolla. Tällaisella käytännöllä pyritään antamaan tietoa lahjoitettujen sukusolujen käyttöön liittyvistä erityispiirteistä sekä ehkäisemään haittoja erityisesti silmällä pitäen mahdollista hoitojen avulla aikaansaatavaa lapsen hyvinvointia ja varmentamaan kyvykkyys riittävään vanhemmuuteen. Jos hedelmöityshoitoja tarjotaan julkisella puolella, on perusteltua tarkastaa lapsettomien edellytykset turvata ja varmistaa mahdollisen lapsen

etu ja kehittymisen edellytykset. Tämä arviointi edellyttää myös kehityspsykologista osaamista, koska kyse on myös lapsen edun turvaamisesta, vaikkei lasta tai hänen oikeuksiaan tässä kohtaa ole olemassa. Hoidot ovat kuitenkin väline, joilla lapsi on mahdollista saada ja siksi on tärkeä arvioida myös mahdollisen lapsen kohdalta mahdollisia hyötyjä ja haittoja.

Palkon käsikirjan mukaan terveysongelman – kärsimys – merkittävyys yksittäisen henkilön kannalta ei kuitenkaan voi olla ainoa ratkaisuperuste, vaan huomioon on otettava myös laajemmin yhteiskunnalliset näkemykset ja arvot.

Tiivistäen, miten HA3 **Jos potilas ilmoittaa kärsivänsä tai hänen on todettu kärsivän lapsettomuudesta, ja kärsimystä voidaan lievittää tarjoamalla hedelmöityshoitoja, hoitojen pitäisi olla julkisesti rahoitettuja** suhteutuu esitettyihin periaatteisiin ja niiden kanssa tavoiteltavaan tasapainoon?

Lapsettomuus on – lisämäärittelyn kanssa – terveystarve, mutta koettu kärsimys lapsettomuudesta ei näyttäisi riittävän siihen, että ensisijaisesti kärsimystä hoidettaisiin julkisessa terveydenhuollossa ainakaan siinä mielessä, että sitä hoidettaisiin hedelmöityshoidoilla eikä esimerkiksi mielenterveyden hoitomenetelmillä. Vaikka kärsimys tunnistettaisiin myös tämän terveystarpeen yhteydessä, ei siitä suoraan seuraa sitä, että paras tapa kärsimyksen hoitamiseen olisi hedelmöityshoito julkisessa terveydenhuollossa. Kärsimystä ei tyypillisesti hoideta kajoavin keinoin julkisessa terveydenhuollossa vaan sitä pyritään lievittämään mielenterveyden tai muilla kuin terveydenhuollon menetelmillä, kuten vaikka ruokavaliolla, liikunnalla tai sosiaalisin keinoin.

Lisäksi jos tarkastelemme terveystarpeen suuruutta, joka voisi kyllä kasvaa kärsimyksen kokemuksesta, kuten esimerkiksi trans- ja muunsukupuolisten hoidossa, ei suuren kärsimyksen ja ahdistuksen korjaaminen hedelmöityshoidoilla ole tae siitä, että kärsimys ja ahdistus poistuisivat ensinnäkin siksi etteivät hoidot takaa onnistumista ja ne voivat itsessään lisätä kärsimystä ja ahdistusta. Toiseksi, jos kärsimys on suurta ja vaikka hedelmöityshoidot onnistuisivat, ei ole selvää, että kärsimyksen ja ahdistuksen kokemus häviäisivät. Ahdistuksen ja kärsimyksen juurisyyt voivat olla eri asioissa kuin mitä ihmiset ajattelevat ja kun asiat muuttuvat toivottuun suuntaan, negatiiviset kokemukset eivät välttämättä häviä. Myös trans- ja muunsukupuolisten hoidossa on vasta-aiheena suuret mielenterveysongelmat, ja silloin näitä hoitoja ei toteuteta (ainakaan ennen kuin voidaan ajatella, että potilas on riittävän toimintakykyinen hoidon edellyttämiin toimintoihin sekä ymmärtää hoitojen pysyvät vaikutukset). Tässä valossa tarvitsisimme erityisen syyn käsitellä lapsettomuudesta kärsivien mielenterveystarpeita eri tavalla.

Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaatteen kannalta HA3 on ongelmallinen, koska yksilöt ovat erilaisia ja ilmaisevat kärsimystään eri tavoin. Tämä voi vaarantaa sen varmistamisen, että kaikkia yhtäläisesti kärsiviä hoidettaisiin yhdenvertaisesti.

Neljäs periaate, Ihmisarvon kunnioittaminen, on tärkeä huomioida tässä myös siinä, ettei hedelmöityshoitoja tarjota sellaisissa tilanteissa, joissa on syytä olettaa, että tulevaisuudessa ei kyetä takamaan riittävän turvallista kasvuympäristöä lapsille, joita näiden hoitojen onnistuessa syntyy tai joissa raskaus aiheuttaisi naiselle merkittävän riskin. Hedelmöityshoidot eivät takaa terveen lapsen syntymää, vaan niihin liittyy jonkin verran lisääntynyt riski lapsen terveysongelmiin (Berntsen ym. 2019, Talebi ym. 2022, Djuwantono ym. 2020). Lisäksi jokainen lapsi on oma persoonansa, joka voi haastaa vanhemmuutta eri tavoin. Vanhemmuus ei takaa kärsimyksen poistumista, mutta voi muuttaa sen muotoa.

Tässä kohtaa reflektiivisen tasapainon analyysissä sekä HA2 että HA3 eivät alkuperäisessä argumentaatiomuodossaan tue neljää lueteltua periaatetta tai sovi yhteen HA1:n kanssa. HA1 taas on tasapainossa mainittujen periaatteiden kanssa tietyin varauksin.

HA4: Jos potilaan on todettu kärsivän lapsettomuudesta, jota voidaan helpottaa lisääntymislääketieteellisin menetelmin ja hänen/heidän terveydentilassaan on normaalista poikkeavaa, nämä tilanteet tulisi hoitaa julkisella rahoituksella.

HA3 käsitteli kärsimystä, ja argumentti kärsimyksen ja ahdistuksen kokemuksesta ei yksin näyttäisi riittävän perusteeksi julkisella rahoitettaviin hedelmöityshoitoihin. Argumentti olisi vahvempi, jos kärsimyksen lisäksi olisi toinen ehto, joka täyttyy. Jos potilaalla/parilla on esimerkiksi todettu vakava periytyvä sairaus, tämä pitäisi huomioida ja potilaan pitäisi saada lisääntymislääketieteellisiä hoitoja julkisella rahoituksella. Tässä tilanteessa kärsimys ei niinkään johdu lapsettomuudesta, vaan mahdollisesta syntyvän lapsen vakavan sairauden todennäköisyyden riskistä.

Lapsen puuttuminen ei siis tässä yhteydessä vielä riitä siihen, mitä tarkoitetaan normaalista poikkeavalla tilalla. Käsite normaaliudesta on haasteellinen ja se voi viitata moneen eri asiaan. Normatiivinen normaalius on monimutkaista, arvotettua ja usein ainakin jossain määrin kulttuuris-historiallisesti painottunut käsite (Sandman 2018). Yhteiskunnassa lastensaanti ei ole normi, jonka täyttämättä jättäminen olisi jotenkin rangaistavaa tai yleisesti ei-hyväksyttävää. Emme tässä käsittele tarkemmin minkälainen normi lastensaanti nyky-yhteiskunnassamme on, vaan rajaamme keskustelun terveydenhuollon piiriin ja sitä kautta näemme, että normin mukainen ”hyvä” ei ole tähän keskusteluun hedelmällisin normaaliuden käsitteen merkitys. Lisäksi, jos tarkastelemme

yhteiskunnallisten normien merkitystä terveydenhuollossa, huomaamme että esimerkiksi voimakkaasti ulkonevia korvia, jotka voivat jonkin ulkonäkönormin mukaan jäädä normatiivisen normaaliuden ulkopuolelle, ei hoideta julkisessa terveydenhuollossa, jollei tilassa ole jotain toiminnallista tai muunlaista vakavaa haittaa.

Toinen normaaliuden merkitys voidaan johtaa siitä, miten tila on syntynyt. Tila poikkeaa normaalista, jos sen syntyhistoria on riittävän erilainen standardi tilasta. Esimerkiksi syövätkä tai erilaiset onnettomuuksista johtuvat vammat täyttävät tämän kriteerin. Hedelmöityshoitojen kohdalla voidaan katsoa, miten lapsettomuus tai hedelmättömyys on muodostunut, onko sen syntyhistoria sellainen, joka oikeuttaa hedelmöityshoitoihin. Esimerkiksi azoospermian eli siittiöiden puutteen syntyhistoria voi olla sairaudessa, sen hoidossa tai toisinaan kehonrakennuksessa käytettävien hormonien käytössä (ks. esim. Hämäläinen, Vehkavaara & Perheentupa 2020). Azoospermia on normaalista poikkeava tila, mutta onko sen syntyhistorialla merkitystä julkisen terveydenhuollon palveluiden tarjoamiseen? Tyypillisesti sen, miten tila on syntynyt (esimerkiksi omista valinnoista, vahinkona, synnynnäisesti tai muulla tavalla) ei pitäisi vaikuttaa terveydenhuollon palveluiden tarjontaan ja sitä kautta terveystarpeiden täyttämiseen. Normaali-käsite syntyhistorian perusteella ei siis ole mielekäs tapa ymmärtää argumentissa käytetyn normaalin merkitys. Kuitenkin terveydenhuollossa taudin aiheuttajaan kohdentuva hoito on aina ensisijaista. Näin ollen esimerkiksi anabolisten steroidien aiheuttaman azoospermian hoidon tulisi kohdentua steroidien käytön lopettamiseen, jolloin normaali siittiötuotanto suurella todennäköisellä käynnistyy (Hämäläinen, Vehkavaara & Perheentupa 2020), jolloin lahjoitettuja siittiötä ei tarvita ja henkilö palautuu normaaliin tilaan.

Normaalin käsite, joka perustuu tilastolliseen yleisyyteen voi sen sijaan tarjota mahdollisuuden arvioida potilaiden tilannetta yhdenvertaisemmasta näkökulmasta, vaikka väestössä esiintyvät variaatiot tiloissa voivat olla hyvinkin moninaisia. Osa näistä diagnosoidaan tiloiksi, jotka muodostavat terveystarpeen. Esimerkiksi vakavan geneettisen sairauden kantajien tilan voidaan nähdä poikkeavan väestön terveydentilasta ja sillä perusteella oikeuttaa alkiodiagnostiikan käyttöön julkisessa terveydenhuollossa. Haasteeksi jää miten taataan se, että erilaisten sairauksien vakavuus rinnastuu yhdenvertaisesti toisiinsa ja miten yhtä vakavien sairauksien kantajille tarjotaan yhdenvertaisesti lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä, joilla voidaan mahdollistaa potentiaalisten lasten terveyttä poissulkemalla vakavan perinnöllisen taudin siirtyminen lapseen.

Tiivistäen, HA4 **Jos potilaan on todettu kärsivän lapsettomuudesta, jota voidaan helpottaa lisääntymislääketieteellisin menetelmin ja hänen/heidän terveydentilassaan on normaalista poikkeavaa, nämä tilanteet tulisi hoitaa julkisella rahoituksella on yhteensopiva ensimmäisen**

periaatteen kanssa, koska tässä tapauksessa on selvä lääketieteellinen peruste hoitoon. Harkittu arvostelma 4 nostaa esiin myös haitan välttämisen periaatteen ja hyvän tekemisen, erityisesti mahdollisen tulevan lapsen edun näkökulmasta.

HA4 sopii yhteen myös toisen periaatteen kanssa, jossa viitataan terveystarpeen suuruuteen. Vakava perinnöllinen sairaus lisää terveystarpeen suuruutta, vaikka ei tee siitä kiireellistä. Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaatteella on varmistettava, että kaikkia riittävän samankaltaisen tilan omaavia myös kohdellaan samankaltaisesti. Keskeistä on sen määrittäminen, milloin syntyvän lapsen mahdollinen sairaus on niin vakava, että alkiodiagnostiikka tämä sairauden poissulkemiseksi on hyväksyttävää.

HA4 sopii yhteen myös ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen kanssa, koska se mahdollistaa terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin tukemisen myös mahdollisen tulevan lapsen edun näkökulmasta.

HA5: Sukusolujen talteenotto pitäisi olla julkisesti rahoitettua, kun hedelmällisyys on uhattuna sairauden tai sen hoidon seurauksena

Sukupuolten välinen ero sukusolujen keräämisen haitoissa on merkittävä. Tämä näkyy myös siinä, että tilanteissa, joissa tutkimus- ja hoitomenetelmät voivat vaarantaa hedelmällisyyden, miespuolisille tutkittaville/potilaille voidaan helpommin tarjota mahdollisuutta ottaa sukusoluja talteen kuin naispuolisilla tutkittavilla ja potilaille. Tämä voi osaltaan selittyä sillä, että naisten sukusolujen keräämiseen voi liittyä niin suuria riskejä ja haittoja, ettei se tutkittavan kannalta ole mahdollista haittojen tai aikataulujen vuoksi toteuttaa. Tällainen eriävä käytäntö on hyväksyttävää haittojen välttämisen perusteella, mutta jos eriävät käytännöt perustuvat esimerkiksi siihen, että naisten sukusolujen talteenotto edellyttää enemmän resursseja, ei ole selvää, että tämä olisi eettisesti hyväksyttävää. Sukusolujen talteenoton mahdollisuus pitäisi olla saatavilla kaikille yhtäläisesti, vaikka sen onnistunut toteutus onkin käytännössä miehille todennäköisempää kuin naisille. Naisten sukusolujen kerääminen ja talteenotto edellyttää ajallista sitoutumista, joka esimerkiksi leukemiahoitojen kohdalla voi olla liian pitkä. (Sukusolujen talteenoton haasteet ovat samat myös sukusolujen luovuttajien kohdalla, mutta emme käsittele heitä tässä tarkemmin. Tämä kuitenkin johtaa tilanteeseen, jossa myös lahjoitettuja munasoluja on vähemmän kuin lahjoitettuja siittiöitä ja naiset, joiden omia sukusoluja ei saada otettua talteen esimerkiksi kiireellisen syöpähoidon vuoksi, ovat myös heikommassa asemassa lahjasolujen saannin kannalta.)

Uhka hedelmällisyydelle on lääketieteellinen peruste, joka ei kyseenalaistu ensimmäisen periaatteen valossa, jonka mukaan vain lääketieteellisesti perustellut terveystarpeet tulee hoitaa julkisessa

terveydenhuollossa. Sukusolujen talteenottoa tehdään myös muista syistä (esimerkiksi munasolujen tallentaminen raskauden ajoittamisen tarpeesta tilanteessa, jossa elämäntilanne ei mahdollista raskautta, mutta halutaan varautua ikääntymisen aiheuttamaan hedelmällisyyden laskuun), mutta Suomessa tällaista käytäntöä ei julkisessa terveydenhuollossa ole. Myös toinen periaate terveystarpeen suuruudesta on linjassa HA5:n kanssa. Hedelmättömyyden uhka voi olla eri suuruinen ja mitä suurempi se on, sen suurempi on tarve sukusolujen talteenotolle.

Myös kolmas – muodollisen oikeudenmukaisuuden – periaate vaikuttaa tämän väitteen valossa ongelmattomalta nykykäytäntöjen valossa. Kuten yllä totesimme, luovuttajien sukusolujen talteenotto on samankaltainen tilanne, jota myös toteutetaan julkisessa terveydenhuollossa. Vastaavasti syöpähoidossa otetaan talteen kantasoluja. Tarvittaisiin siis erityinen peruste, että sukusolujen talteenottoa ei tehtäisi lääketieteellisin perustein julkisessa terveydenhuollossa.

Ihmisarvon kunnioittamisen periaate ei kyseenalaistu tästä arvostelmasta, varsinkin jos mahdollisuuksien tasa-arvo toteutuu niin hyvin kuin käytännössä on mahdollista, rajoitteet ja haasteet huomioiden.

HA5 on vain löyhästi kytköksissä muihin arvostelmiin, mutta tukee HA1:tä ja on yhteensopiva HA4:n kanssa.

HA6: Alhainen syntyvyys on merkittävä ongelma yhteiskunnalle ja siksi yhteiskunnan tulisi kaikin keinoin tukea lastensaantia.

Väestöliiton (2023) raportin mukaan syntyvyyden lasku kiihdyttää entisestään väestörakenteen muutosta ja alueellisia eroja. Tämä haastaa yhteiskunnan kestävyttä, koska väestö ikääntyy ja työikäisten lukumäärä vähenee. Väestön ikääntyminen ja perheettömien lukumäärä kasvattavat palveluiden ja tuen tarvetta kaikissa elämänkulun vaiheissa.

Syntyvyys on laskenut Suomessa jyrkästi viime vuosikymmeninä. Kyse ei ole kuitenkaan siitä, että ihmisten toivomat lapsiluvut olisivat pienentyneet (Väestöliitto 2023, 6). Tämän valossa syntyvyyteen panostaminen kaikilla yhteiskunnan keinoilla olisi kannatettava ajatus. Tämä tuskin tarkoittaisi sitä, että kaikki yhteiskunnan resurssit siirrettäisiin tähän ja jätettäisiin kaikki muut niitä tarvitsevat kohteet ilman. Entä jos kaikin keinoin panostaminen viittaa siihen, että yhteiskunnassa on liikuteltavia resursseja ”vapaana” ja nämä resurssit panostettaisiin nimenomaan syntyvyyden kasvun lisäämiseen. Ei ole selvää, että yhteiskunnassa on resursseja vapaana, päinvastoin, niiden niukkuus on vallitseva asiantila, joka edellyttää arvovalintoja. Vaikka vapaita resursseja ei ole, on kuitenkin mahdollista nähdä, että syntyvyys olisi yksi yhteiskunnan kannalta keskeinen painopiste. Se vaikuttaa merkittävästi yhteiskunnan kestävyteen ja näin perusteltuna on hyvinkin tärkeä arvovalinta.

Kysymys kuitenkin edellyttää pohtimaan myös sitä, että olisiko tämä panostaminen perusteltua myös sillä, että resurssit otetaan jostain muusta kuten esimerkiksi koulutuksesta, sosiaaliturvasta tai iäkkäiden terveydenhuoltopalveluista.

Olisi yksinkertaistavaa ajatella, että pelkät syntyvyyden kasvuun tähtäävät keinot toimisivat automaattisesti, eivätkä edellyttäisi panostusta myös muihin yhteiskunnan osa-alueisiin (ks. Gietel-Basten, Rotkirch & Sobotka 2022). HA6 kohdentaa huomion syntyvyyteen eli lastensaantiin, mutta esimerkiksi jo olemassa olevat lapset ja nuoret tarvitsevat myös huolenpitoa. Ei riitä, että he ovat osaltaan syntyneet yhteiskuntaamme ja näin tukeneet syntyvyyttä. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on 2020-luvulla ollut THL:n tilastoraportin (Kuoppala & Forsell 22/2022) mukaan vuosittain yli 17000, kiireellisesti sijoitettuja on vuosittain noin 4000. Yhteiskunnan kestävyys kannalta näyttäisi tärkeältä huolehtia myös näistä työkään kasvavista kansalaisista (ja kaikista muistakin tässä yhteiskunnassa jo olemassa olevista). Laajemmin ymmärrettynä panostaminen lasten hyvään kasvuun ja kehitykseen, ja lastensuojeluun, on panostamista syntyvyyden kasvuun, koska nämä lapset ja nuoret voivat aikanaan perustaa perheitä ja tukea yhteiskunnan kestävyyttä, kun he saavat riittävät vanhemmuuden eväät. Kysymys ei siis ole vastakkainasettelusta siinä, että hedelmöityshoidot ovat syntyvyyden ja yhteiskunnan kestävyys kannalta tärkeitä, ja niihin pitäisi panostaa muiden palveluiden hinnalla, vaan pikemminkin on nähtävä myös muut yhteiskunnan palvelut mahdollisina keinoina edistää syntyvyyttä, lasten ja nuorten hyvinvointia sekä yhteiskunnan kestävyyttä. Lasten ja perheiden hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tarvitaan kestävät palvelut ja tukiverkostot. Nämä ovat keinoja, jotka eivät ole kokonaan palautettavissa terveydenhuoltojärjestelmään vaan ovat laajempia sosiaalisia ja yhteiskunnallisia kysymyksiä. On tärkeä tarkastella kysymystä myös laajemmin kuin pelkästään terveydenhuollon resurssien jakokysymyksenä.

Vaikka yhteiskunnalla olisikin antaa rajattomat resurssit hedelmöityshoitoihin, niihin satsaaminen ei yksin pysty ratkaisemaan syntyvyyden laskun aiheuttamaa haastetta yhteiskunnan kestävyydelle. Hoidot mahdollistavat yksilöille ja pareille lastensaannin, ja tämä on tärkeää huomioida näiden yksilöiden ja parien hyvinvoinnin kannalta, mutta väestötasolla ne eivät yksin pysty tarjoamaan sellaista ratkaisua, jonka myötä syntyvyys lähtisi kasvuun. Ydinhaasteet kestävä yhteiskunnan jatkuvuudelle näyttävät olevan jossain muualla kuin siinä, että hedelmöityshoitojen tarjonta ei riitä kaikille halukkaille. Jos tilannetta tarkkaillaan myös resurssien käytön kannalta, tulisi syntyvyyttä edistää myös keinoin, jotka eivät painotu erikoissairaanhoidon. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, että lääketieteellisistä perusteista lapsettomuudesta kärsiville ei tarjottaisi terveydenhuollonpalveluita, vaan sitä, että resurssit tulisi jakaa tasapainottaen myös muita keinoja.

Esimerkiksi hedelmällisyyttä koskevan tiedon välittäminen ja perhesuunnittelun tuki ovat tällaisia keinoja. Muut keinot myös viittaavat esimerkiksi siihen, että tarvitaan yhteiskunnallista panostusta siihen, että mahdolliset yhteiskunnalliset ja taloudelliset toimintahäiriöt, mukaan lukien syrjintä, epätasapainoiset työmarkkinat, sukupuolten epätasa-arvo ja riittämätön sosiaalinen tuki perheille ja nuorille aikuisille tulisi korjata.

Edellä olevan keskustelun valossa, alhainen syntyvyys on merkittävä ongelma yhteiskunnalle, mutta siitä ei automaattisesti seuraa, että yhteiskunnan tulisi kaikin keinoin keskittyä vain siihen ja kohdistaa tämän vuoksi terveydenhuollon nykyresurssit erityisesti lisääntymislääketieteeseen. Yksi argumentti tälle on myös vallitsevan käytännön eriarvoisuus suhteessa lapsia haluaviin. Nykyisten hedelmöityshoitojen ulkopuolelle jäävät nykyisin miesparit, itselliset lisääntymisbiologisesti miehet ja naiset, joilla ei ole kohtua. Esimerkiksi itsellisten miesten lapsettomuus on tunnistettu ilmiö (ks. esim. Lynch 2018). Lisäresursointi nykyiseen käytäntöön, joka poissulkee osan lapsettomista, lisäisi eriarvoisuutta poissuljettujen ja niiden välillä, joille hedelmöityshoidot ovat mahdollisia. Jos ei-kaupallinen sijaissynnytys sallitaan Suomessa, tilanne muuttuu tältä osin, vaikka se ei tarjoakaan ratkaisua niukkoihin julkisen terveydenhuollon resursseihin (Oikeusministeriö 2023).

Jos yhteiskunta haluaa lisätä resursseja lisääntymislääketieteellisiin palveluihin, pitäisi myös pystyä perustelemaan tämä muutos sillä, miksi resursseja vähennettäisiin jostain muusta terveydenhuollon alasta. Jos resursseja ei lisätä, palvelut eivät pysty tarjoamaan mahdollisuuksia hedelmöityshoitoihin kaikille jonossa oleville nykyisten resurssien puitteissa. Tämä nostaa uudelleen esiin kysymyksen siitä, pitäisikö julkisessa terveydenhuollossa hoitojen tarjoamista jotenkin priorisoida esimerkiksi sen perusteella, onko kyseessä lääketieteellinen peruste lapsettomuuteen vai ei. Tämä nostaa esille myös huolen siitä, miten tämänkaltaisen sääntelyn tekeminen voisi johtaa siihen, että tällä hetkellä paremmassa asemassa olevien (eli henkilöiden joiden on mahdollista hakeutua hedelmöityshoitojen pariin julkisessa terveydenhuollossa) oikeuksia rajoitettaisiin sen sijaan, että heikommassa asemassa olevien (eli henkilöiden joilla tätä mahdollisuutta ei ole) asemaa parannettaisiin.

HA6 ei koske vain terveydenhuoltojärjestelmää, vaan on laajempi argumentti ja siksi se ei täysin sovi yhteen eettiseen analyysiin valittujen periaatteiden kanssa. Ideaalissa tilanteessa, missä resursseista ei ole pulaa, ei HA6:n tarvitsisi olla yhteensopiva ensimmäisen periaatteen kanssa, joka rajaa julkisen terveydenhuollon tarjonnan vain terveystarpeille – myös sosiaaliset ja muut tarpeet voitaisiin täyttää. Koska yhteiskunnassa ei ole rajattomia resursseja, HA6:ta pitäisi muokata niin, ettei argumentti aseta hedelmöityshoitoja muiden terveydenhuollon palveluiden edelle (ja näin priorisoisi lastensaantia terveystarpeena yli muiden terveystarpeiden). Toinen periaate koskee yksilöiden terveystarpeita, ja näin väestötason kysymyksenä se ei ole mielekäs tähän tarkasteluun. Ehkä

voidaan todeta, että toive lapsesta voi toteutua myös tavoilla, joita ei tarvitse luokitella lapsettomien terveystarpeiksi ja tämä olisi hyvä huomioida. Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaate ei sovi yhteen argumentin kanssa, kun osa tahattomasti lapsettomista jää palveluiden ulkopuolelle. Jos periaatetta tarkastellaan laajemmassa mittakaavassa ja jos ”tukea kaikin keinoin” tulkitaan nollasummapelinä ja sellaisena, joka on pois jostain muusta esimerkiksi koulutuksesta tai terveydenhuollon järjestelmästä, ei periaate ole yhteensopiva HA6:n kanssa.

HA6 on hyvin yleinen ja tietyssä mielessä se kunnioittaa ihmisarvoa, mutta kuten yllä totesimme, jos se tulkitaan argumenttina, joka edellyttää syntyvyyden kasvun priorisointia esimerkiksi muiden terveydenhuollon palveluiden kustannuksella, se voi äärimmillään loukata kokonaisia potilasryhmiä. Lisäksi se kyseenalaistaa esimerkiksi olemassa olevien lasten ja nuorten kasvun edellytykset priorisoimalla syntyviä lapsia jo olemassa olevien kustannuksella.

HA6 ei ole yhteensopiva kaikkien esitettyjen periaatteiden valossa ja koska se on myös eri tasolla (yhteiskunnallinen eikä vain terveydenhuollon sisällä oleva ja sisältää erilaisen aikaperspektiivin kuin muut HA:t), se ei sellaisenaan ole hyväksyttävissä tämän eettisen analyysin perusteella.

Lopuksi voisi vielä todeta, että suomalaisen yhteiskunnan kestävyyskeskustelu syntyvyyden kasvun tärkeydestä Suomessa ei tee näkyväksi globaalissa mittakaavassa tapahtuvaa väestönkasvua, joka kuormittaa niukkojen resurssien reilua jakoa ja myös ympäristön ja ilmaston kestävyttä (Cafaro, Hansson & Götmark 2022).

Lopuksi

HA1, HA4 ja HA5 sopivat neljän periaatteen kanssa yhteen ja muodostavat koherenssin. Niissä on kuitenkin tarvetta tehdä tarkennuksia mitä keskeisillä määritelmillä (kuten sairauden vakavuus tai lapsettomuus terveystarpeena) tarkoitetaan. HA2 ja HA3 tarvitsisivat muokkausta, jotta tasapaino saavutettaisiin. HA6 on viitekehysten ulkopuolelta tuleva harkittu arvostelma ja se ei sellaisenaan toimi tasapainon haastajana, mutta antaa suuremman kontekstin muiden arvostelmien ja periaatteiden välisen tasapainon saavuttamiselle.

Kirjallisuus :

Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5. New York: Oxford University Press; 2001.

Sine Berntsen, Viveca Söderström-Anttila, Ulla-Britt Wennerholm, Hannele Laivuori, Anne Loft, Nan B Oldereid, Liv Bente Romundstad, Christina Bergh, Anja Pinborg, The health of children conceived

by ART: 'the chicken or the egg?', Human Reproduction Update, Volume 25, Issue 2, March-April 2019, Pages 137–158, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz001>

Cafaro P., Hansson P and F. Götmark. Overpopulation is a major cause of biodiversity loss and smaller human populations are necessary to preserve what is left. Biological Conservation 272 (2022): 109646

Daniels, Norman, "Reflective Equilibrium", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/reflective-equilibrium/>

Eugene Declercq et al., How New State Abortion Bans and Restrictions Could Worsen Access to Maternal Care and Health Outcomes (Commonwealth Fund, Dec. 2022). <https://doi.org/10.26099/z7dz-8211>

Djuwantono, T., Aviani, J.K., Permadi, W. et al. Risk of neurodevelopmental disorders in children born from different ART treatments: a systematic review and meta-analysis. J Neurodevelop Disord 12, 33 (2020). <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09347-w>

Loveness Dube and others, Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis, Human Reproduction Update, Volume 29, Issue 1, January-February 2023, Pages 71–94, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034>

ETENE lausunto 7.2.2012 Milloin etiikan näkökulmasta hedelmöityshoidot tulisi evätä.

ETENE lausunto 28.9.2011 Sijaissynnytyshoito Suomessa.

ETENE lausunto hedelmöityshoitolaista 18.12.2000.

EUnetHTA

Forsell, Martta & Tuula Kuoppala. Lastensuojelu 2021. Huostaanottojen määrä väheni vuonna 2021. THL. Tilastoraportti 22/2022 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022060543375>

Gietel-Basten S, Rotkirch A, Sobotka T. Changing the perspective on low birth rates: why simplistic solutions won't work BMJ 2022; 379 :e072670 doi:10.1136/bmj-2022-072670

Gustavsson E, Sandman L. Health-care needs and shared decision-making in priority-setting. Med Health Care Philos. 2015;18(1):13–22. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9568-7>.

Heino, Anna & Gissler, Mika. 2022. Hedelmöityshoidot 2020–2021 Hedelmöityshoitojen määrä kasvoi vuonna 2021. THL. Tilastoraportti : 25/2022.

Hämäläinen, Vehkavaara & Perheentupa 2020 Terveen miehen anabolisten steroidien käyttö. Duodecim 2020;136:5

Jantunen, Johanna. Essin kohdussa on kasvanut Vernan vauva – ja toisin päin: ”Lapsemme ovat saaneet alkunsa meistä molemmista” *Kaksplus* 7.5.2020. <https://kaksplus.fi/perhe/minun-tarinani/rivf-hoito-essin-kohdussa-on-kasvanut-vernan-vauva-ja-toisin-pain/>

Lotz M. 2016. Commentary on Nicola Williams and Stephen Wilkinson: 'Should Uterus Transplants Be Publicly Funded?' *Journal of Medical Ethics* 2016;42:570-571.

Lynch, Bibi. Male childlessness: 'You think, If I'm not reproducing – then what am I?' *Guardian* 2018 Nov 17 <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/nov/17/male-childlessness-not-reproducing-what-am-i>

Mackenzie, S. C., Wickins-Drazilova, D., & Wickins, J. (2020). The ethics of fertility treatment for same-sex male couples: Considerations for a modern fertility clinic. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 244, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.11.011>

McLeod, Carolyn, "Does Reproductive Justice Demand Insurance Coverage for IVF?" (2017a). Philosophy Publications. 470. <https://ir.lib.uwo.ca/philosophypub/470>

McLeod, Carolyn, The medical nonnecessity of in vitro fertilization. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, SPRING 2017b, Vol. 10, No. 1, 10th Anniversary Issue (SPRING 2017), pp. 78-102

Munthe C, Sandman L, Cutas D. Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Anal.* 2012;20(3):231–49. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0183-y>.

Ismaili M'hamdi H, de Beaufort I. Forced caesareans: applying ordinary standards to an extraordinary case. *J Med Ethics.* 2018;1:1. doi: 10.1136/medethics-2018-104828.

Oikeusministeriö. 2023. Selvitys ei-kaupallisen sijaissynnytysjärjestelyn sallimisesta Suomessa. Helsinki: Oikeusministeriön julkaisuja, Selvityksiä ja ohjeita.

Parviainen Heikki. 2014. ADOPTION MUUTTUVA LUONNE SUOMESSA. Teoksessa Maarit Koskinen, Sari-Maaria Sarkkinen ja Marjaana Svala (toim.) *Kansainvälinen adoptio Suomessa*. Tutkimusnäkökulmia adoptioon. Jyväskylän yliopisto.

Roberts, S.C., Biggs, M.A., Chibber, K.S. et al. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med* 12, 144 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>

Sijaisperheiden valmennus • Pelastakaa Lapset ry

Sandman, Lars, and Emma Hansson. "An ethics analysis of the rationale for publicly funded plastic surgery." *BMC medical ethics* vol. 21,1 94. 2 Oct. 2020, doi:10.1186/s12910-020-00539-6

Sandman L. The importance of being pregnant: on the healthcare need for uterus transplantation. *Bioethics.* 2018;32(8):519–26. <https://doi.org/10.1111/bioe.12525>.

Shaw, K., Bower-Brown, S., McConnachie, A., Jadv, V., Ahuja, K., Macklon, N., & Golombok, S. (2023). "Her bun in my oven": Motivations and experiences of two-mother families who have used reciprocal IVF. *Family Relations*, 72(1), 195– 214. <https://doi.org/10.1111/fare.12805>

Smith, D.W. and Brodzinsky, D.M. (2002), Coping with birthparent loss in adopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 213-223. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00014>

Ryhdy sijaisvanhemmaksi - SOS-Lapsikylä (sijaisvanhemmuus.fi)

Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human reproduction update*, 22(2), 260–276.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>

Taravat Talebi, Neda Mohsen-Pour, Mahshid Hesami, Majid Maleki & Samira Kalayinia (2022) The association between in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment and the risk of congenital heart defects, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35:25, 7471-7485, DOI: [10.1080/14767058.2021.1949705](https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1949705)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Perhehoitajana toimiminen - THL](#)

Torkki, Paulus; Patja, Kristiina; Ignatius, Eveliina; Kousa, Ilona; Vanhala, Antero; Gehrmann, Katariina; Tikkinen, Kari A O; Ojanen, Tuomas; Tapanainen, Pasi; Pantzar, Mika; Ranta, Jussi; Leskelä, Riikka-Leena Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi (2022-08-24) Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

Väestöliitto 2023. Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyys. Demography ohjelman kokoama tietopaketti. 20.1.2023. https://storage.googleapis.com/vaestoliitto-production/2023/01/afd88237-demography_tietopaketti_digi_sivuittain.pdf (haettu 5.4.2023)