



Hyväksytty 26.3.2026 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi –palvelussa

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Lääketieteellisin perustein toteutettavat hedelmöityshoidot

LUONNOS

Sisällys

1	Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja	1
2	Terveysongelma.....	1
3	Arvioitava menetelmä.....	2
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö	3
5	Vaikuttavuus ja turvallisuus	5
6	Menetelmän kustannukset ja kustannusvaikuttavuus.....	9
7	Eettiset näkökohdat.....	9
8	Järjestämiseen liittyvät näkökohdat.....	11
9	Johtopäätökset.....	12
10	Yhteenveto suosituksesta	13
11	Lisänäytön kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta.....	15

Suosituksessa käytettyjen lähteiden luettelo on Palkon valmistelumuistion liitteenä.

Palkon suosituksista

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon tehtävänä on ohjata julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden järjestämistä antamalla suosituksia siitä, kuuluuko arvioitu terveydenhuollon menetelmä terveydenhuollon palveluvalikoimaan tietyn terveysongelman tutkimuksessa, hoidossa tai kuntoutuksessa.

Palkon lääketieteellisin perustein toteutettavia hedelmöityshoitoja koskeva suositus koostuu vuonna 2024 julkaistusta esiselvityksestä, tästä varsinaisesta suosituksesta, valmistelumuistiosta ja tiivistelmästä. Suositus julkaistaan taustamateriaaleineen [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

Suositukset perustuvat parhaaseen hyväksymishetkellä käytävissä olleeseen lääketieteelliseen ja muuhun tietoon. Suositus on voimassa toistaiseksi, ellei voimassaoloaikaa ole rajoitettu.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely sekä Palkon toiminta perustuu [terveydenhuoltolain \(1203/2014\) 7a](#) ja [78a](#) §:ään sekä [terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annettuun valtioneuvoston asetukseen \(63/2014\)](#) muutoksineen ([718/2017](#) ja [995/2019](#)).

[Palkon hyväksymä käsikirja](#) sisältää tarkemman kuvauksen käsittelyprosessista ja palveluvalikoiman määrittelyn periaatteista.

Palkon suositus ei ole kannanotto siihen, miten yksittäistä potilasta tulisi tutkia, hoitaa tai kuntouttaa, vaan siitä päätetään [potilaslain](#) mukaisesti hyödyt ja haitat yksittäistapauksessa punniten. Harkittaessa käytettäväksi menetelmää, joka on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, tulee huomioida [terveydenhuoltolain 7a §:n 3 momentin](#) säännös poikkeamisen lääketieteellisistä edellytyksistä. Poikettaessa palveluvalikoimasta korostuu velvollisuus perustella ja kirjata ratkaisun perusteet.

[Sairausvakuutuslain](#) mukaan palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta hoidosta ei voi saada sairausvakuutuskorvausta.

1 Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja

Terveystieteiden palveluvalikoimaneuvoston (Palko) hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymisterveyden menetelmiä käsittelevän kokonaisuuden ensimmäinen osa, taustoittava esiselvitys hyväksyttiin 12.6.2024. Esiselvitys sisältää kuvauksen julkisella sektorilla tarjottavista hedelmöityshoidoista, niitä koskevan lainsäädännön, eettisen analyysin ja yhteenvedon sidosryhmien ja potilaiden kuulemisista. Varsinainen suositus koskee lääketieteellisin perustein toteutettavia hedelmöityshoitoja.

Palkon terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevat suositukset perustuvat hyväksymishetkellä voimassa olevaan lainsäädäntöön ja hoitokäytäntöihin. Suosituksen tietopohja on kuvattu edellä mainitun esiselvityksen lisäksi erillisessä valmistelumuistiossa ja sen liitteissä. Valmistelumuistioon sisältyvät kirjallisuuskatsauksen lisäksi relevantit kotimaiset tilastotiedot hoidoista. Suositusvalmistelussa on pyritty erityisesti arvioimaan hedelmöityshoitoihin hakeutuvien parien ja henkilöiden lääketieteellisin perustein toteutettavan hoidon rajoituksia ja edellytyksiä, ottaen huomioon hedelmöityshoitolaki, terveydenhuoltolaki, Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 ja eduskunnan oikeusasiamiehen päätös EOAK 850/2023. Lisäksi tarkastellaan eri hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuutta.

Lapsettomuuden taustalla voi olla lääketieteellisiä ja elämäntilanteeseen liittyviä tai muita syitä. Tässä suosituksessa käsitellään lääketieteellisistä syistä johtuvaa hedelmättömyyttä ja niitä tilanteita, joissa toteutetaan hedelmöityshoitoja lääketieteellisin perustein. Lisäksi tämä suositus sisältää kaikkea hedelmöityshoitotoimintaa koskevia yleisiä hoitojen vaikuttavuuteen, turvallisuuteen ja lääketieteelliseen näyttöön perustuvia linjauksia sekä eettisiä ja järjestämisen näkökulmia.

2 Terveysongelma

WHO:n mukaan hedelmättömyys on lisääntymisjärjestelmän sairaus, jossa kliinistä raskautta ei ole alkanut vähintään 12 kuukauden säännöllisistä suojaamattomista yhdynnöistä huolimatta ([Tautiluokitus ICD-10](#), [WHO ICD-11](#)). Tästä voidaan poiketa, jos

hedelmättömyyden taustalla on tunnistettu lääketieteellinen syy, joka estäisi merkittäväällä tavalla raskauden alkamisen mahdollisuutta.

THL:n Terve Suomi-tutkimuksessa 30–74-vuotiaista naisista 16 prosenttia ja miehistä 11 prosenttia oli kokenut tahatonta lapsettomuutta. ([THL Terve Suomi-raportit Lapsihaaveet ja lapsettomuus](#)). Tilanne voi olla merkittävä kriisi, ja vaikuttaa elämään monin tavoin.

Syynä raskauden alkamattomuuteen voivat olla naisen tai miehen tunnistettavissa olevat tai tunnistamattomat tekijät (ns. selittämätön hedelmättömyys). Tunnistetut tekijät voivat muodostaa suhteellisen tai täydellisen esteen raskauden alkamiselle. Tuloksetonta raskausyritystä tai hedelmällisyyteen vaikuttavia sairauksia ja niiden löydöksiä voidaan todeta niin nais-miesparien kuin naisparien osapuolilla tai itsellisillä naisilla.

Tärkein hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä naisella on ikä ja sen vaikutus munasarjojen toimintaan ja munasolujen laatuun. Tavallisia naisesta johtuvia muita syitä raskauden alkamattomuuteen voivat olla ongelmat kuukautiskierrossa ja munasolun irtoamisessa, munanjohtimien aukiolossa tai kohdun limakalvon toiminnassa. Tunnistettavissa olevista tautitiloista voivat kyseessä olla esimerkiksi endometrioosi ja monirakkulainen munasarjaoireyhtymä (PCOS). Miehellä tärkeimmät tekijät ovat siittiöiden ja siemennesteen laatu ja yhdyntöjen onnistuminen. Jollei tutkimuksissa löydetä hedelmättömyydelle lääketieteellisesti määriteltävää syytä, todetaan hedelmättömyyden johtuvan tuntemattomasta syystä.

3 Arvioitava menetelmä

Suositus käsittää käytössä olevat hedelmöityshoitomenetelmät ja käytännöt hoitojen kohdentamisessa. Tarkemmat omilla tai luovutetuilla sukusoluilla tapahtuvien inseminaation, koeputkihedelmöityshoidon ja siihen liittyvien alkionsiirtojen kuvaukset löytyvät esiselvityksestä. Samoja hoitotekniikoita voidaan käyttää myös muille kuin hedelmättömyydestä kärsiville, kuten esimerkiksi pareille ja henkilöille, joiden lapsilla olisi ilman alkiotutkimuksia riski perinnölliseen vakavaan sairauteen. Samoin munasolujen pakastukseen tähtääviä hoitoja, ns. hedelmällisyyden säilytystä tehdään samoilla

tekniikoilla lääketieteellisellä perusteella tarvittaessa esimerkiksi syöpäpotilaille ilman parisuhdevaatimusta tai sen hetkistä lapsitoivetta.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö

Hedelmöityshoitolain mukaan hedelmöityshoitoa ei saa antaa ilman hoitoa saavan kirjallista suostumusta, jos hoitoa saavan parin osapuoli on avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa muun henkilön kanssa, raskaus aiheuttaisi naisen iän tai terveydentilan vuoksi huomattavan vaaran naisen tai lapsen terveydelle, hedelmöityshoidon antamiseen suostumuksensa antanut on peruuttanut sen tai kuollut, on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä, taikka jos on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa adoptiolapseksi. Hoitava lääkäri päättää hedelmöityshoidon antamisesta varmistettuaan, että edellytykset hoidon antamiseen täyttyvät. Lääkäri päättää hoidosta hedelmöityshoitolain mukaisesti.

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa vuodelta 2019 on kirjattu perustason tehtävät ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon. Ennen hedelmöityshoitoja selvitetään henkilön / parin / perheen kokonaistilanne, puututaan paino-ongelmiin, nikotiinituotteiden tai päihteiden käyttöön, tarkistetaan pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino ja tarvittaessa muutetaan lääkitys raskauden aikaan sopivaksi. Tarvittaessa konsultoidaan äitiyspoliklinikkaa, hedelmöityshoitoyksikköä ja/tai muita erikoisaloja. Miehen sairaudet ja lääkitykset tulee myös arvioida. Esimerkiksi anaboliset steroidit ja testosteronilääkitys keskeyttävät miehen siittiötuotannon, ja palautuminen voi kestää pitkään.

Ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon tavoitteena on yksilöllinen hoitojen onnistumistuloksen ja turvallisuuden optimointi ennalta tiedettyjen hoitotulokseen vaikuttavien tekijöiden osalta. Lisäksi selvitetään edellytykset lapsen tasapainoisen kehityksen turvaamiseen. Jos hoitoa saava on pari, vaikuttaa kummankin osapuolen tilanne tarvittavien tutkimusten, toimenpiteiden sekä lapsen kehitysolosuhteiden arvioon.

Eteneminen hedelmöityshoitoihin suunnitellaan erikoissairaanhoidossa yksilöllisesti huomioiden tausta ja tutkimuslöydökset, arvioitu onnistumismahdollisuus hoidoilla tai ilman hoitoja sekä henkilön tai parin tarpeet ja toiveet. Lääketieteellisessä arviossa huomioidaan

myös perussairauksiin, mahdollisiin lääkkeisiin, toimenpiteisiin, raskauteen ja synnytykseen sekä lapsen terveyteen liittyvät riskit. Kaikille ei hoitoja välttämättä voida tarjota, jollei hoidon ennakoitu vaikuttavuus ole riittävä, jollei hoitoimenpiteitä pystytä suorittamaan turvallisesti, tai jos perussairauden tai välttämättömän lääkityksen vuoksi raskauden aiheuttamat riskit äidille tai lapselle arvioidaan liian suuriksi. Lääkäri ottaa huomioon hoitopäätöstä tehdessään muiden asiantuntijoiden ja moniammatillisen työryhmän näkemykset hoidon edellytyksistä. Syntyvän lapsen kehityksen edellytysten varmistamiseksi tehdään tarvittaessa erityisasiantuntijan (esim. psykologin, psykiatrin tai lastenpsykiatrin) konsultaatio.

Hoidon aloituksen jälkeen jatko arvioidaan hoitoyrityksistä kertyneen tiedon valossa. Osalle potilaista on tarjottu inseminaatiohoitoja ja sen jälkeen tarvittaessa koeputkihedelmöityshoitoja (IVF) vasteen ja tuloksen mukaan, tavallisesti korkeintaan kolme kertaa. Osalle suositellaan suoraan koeputkihedelmöityshoitoa. Pakastettuja alkioita on voitu käyttää vielä sen jälkeen, kun varsinaiset uudet koeputkihedelmöityshoidot on katsottu päättyneiksi.

Luovutettuja siittiöitä on tarjottu lääketieteellisin perustein tapahtuvissa hoidoissa sairausperusteisesti nais-miesparille, jos miehellä ei ole löydettävissä siemennesteestä, lisäkiveksestä tai kiveksestä käyttökelpoisia siittiöitä hoitoa varten. Lisäksi naisparit ja itselliset naiset ovat tarvinneet hoitoihinsa luovutettuja siittiöitä.

Osalla naisista munasarjojen kapasiteetti laskee ja munasarjatoiminta hiipuu poikkeuksellisen varhain. Jos hoitojen onnistumisen mahdollisuus omilla munasoluilla arvioidaan huonoksi, voidaan harkita luovutettujen munasolujen käyttöä. Naisen ikä vaikuttaa tuolloinkin raskausriskeihin, ja lisäksi lahjamunasoluhoidoista alkaneissa raskauksissa on todettu lisääntynyt riski mm. pre-eklampsiaan ja istukan kiinnittymishäiriöihin. Tavanomainen ikääntymisen aiheuttama munasolujen laadun tai munasarjakapasiteetin huononeminen eivät ole peruste hoidoille julkisella sektorilla. Ikärajana on vakiintunut kiireettömän hoidon perusteiden mukaisesti 40-vuotta.

5 Vaikuttavuus ja turvallisuus

Hedelmöityshoidon tavoitteena on terveen lapsen syntymä. Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa 2019 on määritelty tarjottavan hoidon kriteeriksi vähintään 10 prosentin ennalta oletettu onnistumismahdollisuus koeputkihedelmöityshoidon hoitokiertoa kohden. Ovulaatioinduktio- ja inseminaatiohoidossa on kirjattu voitavan hyväksyä alhaisempikin tulos. Hoitoja toistetaan harkinnan mukaan. Vaikuttamattomiin hoitoihin ei tule lähteä.

Vuoden 2024 lopussa Suomessa toimi 17 hedelmöityshoitoyksikköä, joista 15 teki inseminaatiohoitojen lisäksi myös koeputkihedelmöityshoitoja. 15 yksikköä teki hoitoja luovutetuilla sukusoluilla. Kaikista yksiköistä 7 toimi julkisella sektorilla. (THL: [Hedelmöityshoidot 2023–2024](#)) Tilastoihin raportoivat kaikki yksiköt (Hedelmöityshoitoasetus 825/2007).

Inseminaatiohoitoja tehtiin julkisella sektorilla vuonna 2023 nais-miespareille puolison siittiöillä 1 963 kpl, ja niistä 197 johti synnytykseen (10,0 %). Luovutetuilla siittiöillä tehtiin julkisella sektorilla 725 inseminaatiota. 112 johti synnytykseen (15,4 %).

Koeputkihedelmöityshoitojen munasolukeräyksiä tehtiin julkisella sektorilla vuonna 2023 2 181 kpl. 1 438 tuoresiirrosta synnytykseen johti 404 (28,1 %), ja 2 627 pakastetun alkion siirrosta 773 (29,4 %). Lisäksi koeputkihedelmöityshoidoista, joissa käytettiin luovutettuja sukusoluja, johti synnytykseen 184 kpl.

Julkisella sektorilla vuonna 2023 toteutetuista hidoista syntyi 1670 elävää lasta. Yhteensä koko Suomessa julkisen ja yksityisen sektorin hidoista syntyi 2920 lasta, 6,7 % ikäluokasta. Tilastossa eivät ole mukana alkiodiagnostiikkahoidot.

Hoitojen komplikaatiot ja muut riskit on kerätty valmistelumuistioon kappaleeseen 5.2.

Keskenmenon riski on lisääntynyt hedelmöityshoitojen avulla alkaneissa raskauksissa. Hedelmöityshoidoilla alkunsa saaneilla yksöisraskauksista syntyneillä lapsilla on muita lapsia suurempi riski syntyä ennenaikaisina ja pienipainoisina. Toisaalta myös korkean syntymäpainon lapsia (yli 4500 g) syntyy vähän enemmän kuin muussa väestössä. Keisarileikkauksia tehtiin 27,6–31,2 prosentille synnyttäjistä (koko Suomi 20,1 %) (THL),

Seuraavassa käydään läpi hoitojen tuloksiin, raskauksien tai synnytysten riskeihin tai lapsen kasvuympäristöön vaikuttavia tekijöitä:

Naisen ikä vaikuttaa munasarjojen aktiivisuuteen ja jäljellä olevaan kapasiteettiin.

Normaalia ikääntymistä ei katsota sairaudeksi. Vähintään 10 prosentin arvioitu onnistumismahdollisuus toteutuu koeputkihedelmöityshoidossa pääsääntöisesti alle 40 vuoden ikäisillä naisilla, mikäli vakavia hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä ei havaita. Luku tarkoittaa todennäköisyyttä synnytykselle kaikista yhden aloitetun koeputkihedelmöityshoidon munasolukeräyksen alkioista.

Raskauskomplikaatiot lisääntyvät merkittävästi 35-40 ikävuoden jälkeen. Näitä ovat pre-eklampsian, raskausdiabeteksen, istukan kiinnittymishäiriöiden, ennenaikaisuuden ja pienipainaisuuden riskit sekä perinataalikuolleisuus. Riskit ovat korostuneet ensisynnyttäjillä sekä etenkin monisikiöraskauksissa. Muitakin raskauden alkamismahdollisuuksiin, raskauden tai synnytyksen riskeihin tai tulevaan terveydentilaan liittyviä ongelmia voi ilmetä iän myötä.

Julkisella sektorilla on pyritty toteuttamaan tarjottavat hedelmöityshoidot ennen 40 vuoden ikää. Kuitenkin, mikäli muut edellytykset ovat täyttyneet, on potilas voinut käyttää mahdolliset jäljellä olevat pakastetut alkionsa 40 vuotta täytettyäänkin.

Miehen ikä vaikuttaa siemennesteen laatuun ja yhdyntöjen onnistumiseen, IVF-hoidon hedelmöittymisprosenttiin, keskenmenoriskiin ja lasten joidenkin sairauksien, esim. autismin ja skitsofrenian riskeihin. Siemennesteen laadun vuoksi siittiöiden luovuttajan tulee olla alle 45-vuotias.

Vanhempien terveydentila vaikuttaa lapsen kasvuympäristöön perheessä. Miehen tuleva terveydentila ja elinaika ovat vain osittain ennakoitavissa kertyneiden riskitekijöiden ja kulloisenkin terveydentilan perusteella. Mikäli mies on yli 55-vuotias, on hänellä tilastojen mukaan suuri mahdollisuus olennaiseen terveydentilan heikkenemiseen ennen lapsen itsenäistymistä.

Naisen paino

Naisilla, joilla painoindeksi on alle normaaliksi määritellyn rajan (BMI alle 18,5 kg/m²), on riski alentuneeseen hedelmällisyyteen, munasarjojen ja kohdun limakalvon poikkeavaan toimintaan, ennenaikaiseen synnytykseen ja syntyvien lasten pienipainaisuuteen.

Naisilla, joilla painoindeksi ylittää lihavuuden raja-arvon (BMI yli 30 kg/m²), on lisääntynyt hedelmättömyyden ja hedelmöityshoitojen epäonnistumisen riski. Lihavuus saattaa muodostaa esteen hedelmöityshoitojen suorittamiselle. Useat raskauteen ja synnytykseen liittyvät riskit, etenkin gestatiivinen diabetes, pre-eklampsia ja sikiön suurikokoisuus ovat lisääntyneet, kun odottajalla on ylipainoa, ja riskit ovat pääsääntöisesti sitä suuremmat mitä merkittävämpi odottajan ylipaino on.

Laihdutus on perusteltu ensimmäiseksi hoitomuodoksi niille hedelmättömyydestä kärsiville naisille, joilla BMI on yli 30 kg/m². Selvin hyöty laihtumisesta on munasarjojen monirakkulaoireyhtymästä (PCOS) kärsivillä potilailla. Lapsettomuushoitojen tulokset (synnytysten määrä) eivät ole sen sijaan tutkimuksissa parantuneet merkittävästi laihdutusinterventioilla. Lihavuusleikkauksen jälkeen osa raskauksien riskeistä on vähentynyt.

Hedelmällisessä iässä oleville tai jo raskautta suunnitteleville naisille, joilla on ylipainoa, tulee tarjota tietoa laihdutuksen ja painonhallinnan edullisista vaikutuksista hedelmällisyyteen sekä raskauden ja synnytyksen turvallisuuteen. ([Elintapaohjaus ravitsemus ja liikunta - Palveluvalikoima. Terveysportti Ylipainoisen naisen raskaus](#)).

Painonpudotukseen tähtäävä hoito ja tuki aloitetaan hyvissä ajoin ennen raskausyrityksen alkamista. Apuna on ammattilaisille Käypä hoito-ohjeistus ([Lihavuus](#)) ja potilaille esim. HUS-yhtymän Terveyskylän Painonhallintatalo ([Terveyttä ja hyvinvointia joka päivä](#) (terveyskyla.fi)). Tarvittaessa lähetetään potilas ravitsemusterapeutille tai endokrinologian poliklinikalle. Lääkitystä voi käyttää apuna.

Miehen paino

Jos miehen painoindeksi on alle normaaliksi määritellyn rajan (BMI alle 18,5 kg/m²) on puolisoilla raskauksissa todettu enemmän keskenmenoja, ennenaikaisia synnytyksiä ja lasten pienipainaisuutta. Erot ovat kuitenkin olleet pieniä.

Miehillä, joilla on korkea painoindeksi (BMI yli 30 kg/m²), on enemmän hormonitoiminnan häiriöitä ja erektio-ongelmia. Joissakin tutkimuksissa on todettu yhteys huonompaan sperman laatuun ja suurempaan hedelmättömyyden riskiin. Painonpudotusta voi tehostaa tarvittaessa lääkkeillä.

Tupakointi ja nikotiinituotteet

Naisen tupakointi on yhteydessä lapsettomuuden lisääntymiseen, alentuneeseen hedelmöityshoitojen onnistumistulokseen, lisääntyneisiin keskenmenon ja kohdunulkoisen raskauden riskeihin sekä useaan muuhun raskauden ja synnytyksen riskiin. Lisäksi tupakoijien vaihdevuodet aikaistuvat. Raskaudenaikainen altistus tupakansavulle on selvästi haitallista sekä odottajalle että syntyvälle lapselle.

Osassa tutkimuksista on todettu tupakoivien miesten hedelmällisyys alentuneeksi, ja heidän spermanäytteissään enemmän poikkeamia.

Terveystieteiden tutkimuksissa tulee toimia aktiivisesti niin, ettei raskautta suunnitteleva perhe tai raskaana oleva nainen tupakoi tai käytä muita nikotiinia sisältäviä tuotteita.

Alkoholi, riippuvuudet, muut elintavat

Alkoholinkäytön haitoista alkuraskaudesta lähtien raskauden aikana on selkeää näyttöä, eikä turvallista rajaa käytölle ole määritettävissä. Raskautta suunnittelevien kannattaa jo välttää alkoholinkäyttöä. Päihdyttävien ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttöön liittyy paitsi terveydellisiä myös sosiaalisia haittoja, jotka voivat vaarantaa niin sikiön kuin syntyneen lapsen kasvun ja kehittymisen.

Liiallinen kahvinjuonti (yli 300 mg/pv eli yli 2 isoa kupillista) on liitetty lisääntyneeseen keskenmenoriskiin. Alkuraskauden aikainen vähäisempikin käyttö voi liittyä sikiön pienipainaisuuden riskiin.

Folaatin ja D-vitamiinin riittävästä saannista on naiselle hyötyä.

6 Menetelmän kustannukset ja kustannusvaikuttavuus

Yhteensä vuonna 2023 Suomessa julkisella sektorilla käytettiin varsinaisten hedelmöityshoitojen seurantakäynteihin ja toimenpiteisiin arviolta n. 16 miljoonaa euroa, josta julkisia varoja n. 13 miljoonaa ja potilaiden varoja asiakasmaksuihin ja lääkekustannuksiin n. 3 miljoonaa euroa. Laskelmat perustuvat suoritettujen hoitojen lukumääriin, yliopistollisten keskussairaaloiden hedelmöityshoitoyksiköiden ilmoittamiin yksikkökustannuksiin, asiakasmaksuihin, keskimääräiseen lääkekulutukseen, lääkkeiden hintoihin ja Kelan lääkekorvauksiin. Luvussa eivät ole mukana muut tai hoitoja edeltävät perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kustannukset, hoitokomplikaatioiden tai raskauksien ja synnytysten seurannan ja hoidon kustannukset. Mukana eivät ole myöskään tai matkoista tai työstä poissaoloista aiheutuneet kustannukset. Nämä vaatisivat erilliset selvitykset.

Vuoden 2023 THL:n hedelmöityshoitorekisteristä saatuihin tietoihin ja em. parametreihin perustuen luotiin skenaario (ks. valmistelumuistio, kohta 6.3.1) potilaiden hoitopolusta julkisella sektorilla. Mallinnuksen perusteella todettiin neljä seikkaa: 1)

Raskausmahdollisuus hoitojen väleissä ja odotusajoilla voi edelleen olla varteenotettava mahdollisuus osalle potilaista. 2) Inseminaatiohoitojen onnistumistulos on pienempi kuin koeputkihedelmöityshoitojen, mutta kokonaisuudessa hoitojen aloitus inseminaatioilla näyttää tarjoavan osalle potilaista mahdollisuuden raskauteen vähäisemmillä riskeillä ja pienemmillä kustannuksilla kuin aloitus suoraan koeputkihedelmöityshoidoilla. 3)

Koeputkihedelmöityshoidon nykyinen 3-4 kuukauden odotusaika ei arvion mukaan heikennä hoitotuloksia merkittävästi. 4) 35-39-vuotiaiden priorisointi resurssien pysyessä vakiona vähentäisi nuorempien potilaiden hoitoon pääsyä, ja kokonaisuutena lapsia syntyisi vähemmän.

7 Eettiset näkökohdat

Hedelmöityshoitoihin liittyy sekä hyötyjä (mahdollisuus saada lapsi, epävarmuuden helpottuminen) että haittoja (fyysiset ja psyykkiset haitat ja riskit, stressi, kustannukset).

Autonomian toteutuminen edellyttää realistista ja ymmärrettävää tietoa hoitojen vaikutuksista sekä tukea kuormittavissa tilanteissa. Hoidot voivat vaikuttaa potilaan ihmisarvon kokemukseen ja altistaa eettisille ristiriidoille, yksityisyyden haasteille ja esineellistämisen tunteille. Oikeudenmukaisuus vaatii resurssien tasapuolista kohdentamista ja syrjivien rakenteiden tunnistamista, kun taas lainsäädäntö määrittää hoitojen rajat mutta ei aina pysy lääketieteen kehityksen perässä. Hoitosuosituksen laatiminen on aina arvovalinta, joka vaikuttaa sekä hoitojen kohdentumiseen että laajempiin yhteiskunnallisiin ja eettisiin tavoitteisiin.

Tunnistettujen arvokysymysten punninta ja analysointi voidaan tehdä monella erilaisella eettisen analyysin mallilla. Tässä painotetaan periaate-etiikkaa ja teknologian sosiaalista muovautumisen (SST) näkökulmaa. Interaktiivinen HTA on ollut puolestaan suosituksen valmistumiseen kohdistuva menetelmä, joka on myös osa eettisestä analyysiä.

Periaate-etiikka arvioi eettisiä kysymyksiä neljän periaatteen kautta: autonomia, haitan välttäminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus. Hedelmöityshoidoissa tämä tarkoittaa potilaan riittävää ymmärrystä hoidoista, hyötyjen ja haittojen realistista punnintaa sekä syntyvän lapsen edun huomioimista. Oikeudenmukainen hedelmöityshoitojen rajaus tarkoittaa, että rajalliset terveydenhuollon resurssit kohdennetaan läpinäkyvien ja ymmärrettävien kriteerien perusteella niille potilaille, joilla on todellinen mahdollisuus hyötyä hoidosta.

Lisääntymisteknologiat muovaavat yhteiskuntaa ja samalla yhteiskunnalliset arvot ja rakenteet muokkaavat teknologioiden käyttöä. Uutena teknologiana esimerkiksi munasolujen kerääminen ja säilytys avasi uusia mahdollisuuksia naisille, mutta toi myös haasteita kuten riskin epätasa-arvon kasvamisesta ja työnantajien odotusten kiristymistä urakeskeiseksi. Teknologiat muuttavat käsityksiä hyväksyttävästä lisääntymisestä ja herättävät kysymyksiä myös julkisen terveydenhuollon resursseista.

Vanhemmustoiveiden ja lapsen edun yhteensovittaminen on useimmissa hedelmöityshoitoja edellyttävissä tilanteissa luonnollista ja helppoa, mutta lainsäädännössä ja käytännön ohjeistuksessa on varauduttava ongelmatilanteisiin, joissa lapsen etu on aina ensisijaisena harkintaperusteena. Hedelmöityshoitojen avulla syntyvä

lapsi ei ole väline vanhemmuuteen tai yhteiskunnan rakenteellisten ongelmien ratkaisu. Päämääränä on lapsen edun mukainen lapsen ja vanhemman hyvä elämä sekä vanhemman ja lapsen välinen ihmissuhde, jota määrittävät lapsen oikeuksien ohella vanhemman velvollisuudet lasta kohtaan ja toisaalta vanhemman oikeudet. Kun kyse on hedelmöityshoitojen antamisesta ja vanhemmuuteen tähtäävien keinojen valinnasta, lapsen etu vaatii aina tilanne- ja tapauskohtaista punnintaa. Vaikka lääketieteellisesti lapsen saanti on yhä useammin mahdollista toteuttaa, on tärkeä pohtia, millaiset toimenpiteet ovat eri tilanteissa lapsen etujen mukaisia. Hedelmöityshoitolaissa määritetty lapsen edun arviointi ei saa jäädä muodolliseksi maininnaksi tai sanahelinäksi, vaan lapsen edun punninta ja arviointi tulee aina olla keskeinen osa hoitopäätöksiä.

Lapsen edun arviointi vanhemmuuden ja kasvuolosuhteiden yhteydessä edellyttää erityisosaamista kehityksestä, vuorovaikutuksesta ja psyykkisestä toimintakyvystä eri elämänvaiheissa. Psykologin koulutukseen sisältyy lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden normatiivisen ja patologisen kehityksen tunnistaminen systemaattisesti. Psykologin osaaminen kattaa niin vanhemman kuin lapsen mielenterveyden sekä heidän välisensä vuorovaikutuksen arvioinnin. Lapsen edun toteutumisen kannalta on välttämätöntä, että arvioinnin suorittaa tähän koulutettu ammattihenkilö.

8 Järjestämiseen liittyvät näkökohdat

Tässä suosituksessa korostetaan painonhallinnan, päihteettömyyden ja perussairauksien hoitotasapainon merkitystä, psyykkisen tuen tarjoamista ja täsmennetään lapsen edun ja eettisten näkökohtien huomioon ottamista.

Perusterveydenhuolto vastaa hedelmällisyyden perustason arvioinnista osana lisääntymisterveyden palveluita. Perustason palveluissa tulee olla tarjolla elintapaohjausta mukaan lukien painonhallinnan ja päihdevieroituksen palvelut. Näistä on Palkon suositukset [Alkoholiriippuvuuden hoito](#); [Tupakoinnin lopettaminen](#) ja [Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät](#).

Kroonisten sairauksien hoitotasapainon ja lääkitysten arviointi ja näihin liittyvien raskausriskien johdosta tehtävät muutokset tulee ensisijaisesti toteuttaa

perusterveydenhuollossa ennen hedelmöityshoitoarvioon lähettämistä. Mahdollisuus ohjata pari tai henkilö tarvittaessa ennen hoitoja, hoitojen aikana ja niiden jälkeen toteutuvaan psykososiaalisen tuen palveluihin ja hoitoon tulisi järjestää. Lapsen edun ensisijaisuus tulee huomioida arvioinnissa. Mikäli jo perustasolla herää huoli hedelmättömyydestä kärsivän henkilön tai parin mahdollisuuksista turvata lapsen tasapainoinen kehitys, tulee olla mahdollisuus ohjata pari tai henkilö tarvittaessa myös moniammatilliseen arvioon (psykologi, sosiaalityöntekijä, muu erityiskoulutettu ammattihenkilö).

Julkisessa terveydenhuollossa tavoitteena on voimavarojen oikeudenmukainen käyttö tarjottavien hoitojen lukumäärien osalta. Vakiintunut käytäntö on ollut tarjota kolme koeputkihedelmöityshoitoa pakastetun alkion siirtoineen, mikäli lakiin kirjatut ja muut edellytykset ovat täyttyneet. Jos hoidosta on seurannut raskaus ja synnytys, on voitu tarjota toiset kolme hoitoa. Jos alkioita on jäänyt pakkaseen ja muiden olosuhteiden on arvioitu olevan kunnossa, on kyseiset omat alkionsa saanut lisäksi käyttää, vaikkei uusia varsinaisia hoitoja ole voitu tarjota.

Mikäli hedelmöityshoitoja ei ole mahdollista tarjota käytössä olevien resurssien puitteissa kaikille niitä tarvitseville, on eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksen 850/2023 mukaan mahdollista asettaa ensisijaiseen asemaan ne potilaat, joilla ei ole lapsia. Tässä suosituksessa ei määritellä henkilön tai perheen lasten lukumäärää ehtona hidoille.

Sukusolujen kiireelliset pakastukset hoidetaan lääketieteellisen kiireellisyysarvion perusteella, valmistelumuistiossa kuvatuilla periaatteilla.

9 Johtopäätökset

Yleiset ohjeistukset tuovat yhdenvertaisuutta, läpinäkyvyyttä ja ennakoitavuutta hoitojen tarjoamaan. Tässä suosituksessa arvioidaan käytössä olevia hedelmöityshoitoja ja niiden kohdentamista lääketieteellisin sekä hoidon tarpeeseen, vaikuttavuuteen, turvallisuuteen ja lapsen edun ensisijaisuuteen perustuen.

Hedelmöityshoitoja koskeva suositus ei ota käyttöön uutta teknologiaa, vaan ohjaa palvelujen järjestämistä. Suosituksen tarkennukset siirtävät enemmän vastuuta **perusterveydenhuoltoon** ennen lähetettä erikoissairaanhoidon siten, että perustason palveluissa (esim. terveyskeskuksessa) tehdään järjestelmällisempi hedelmällisyyden perustutkimus, elintapaohjaus ja riskitekijöiden hallinta, myös lapsen edun näkökulmasta. Tavoitteena on palveluja toivovien henkilöiden hedelmällisyyden ja raskautta ennakoivan terveydentilan yksilöllinen optimointi ennen varsinaisia hedelmöityshoitoja. Perustasolle on jo ohjattu järjestämisvastuuta painonhallinnasta ja tupakoinnista sekä muiden riippuvuuksien hoidosta hedelmöityshoitoja koskevissa kiireettömän hoidon perusteissa. Painonhallinnan sekä tupakan ja nikotiinituotteiden lopettamisen palveluiden tulee olla lähtökohtaisesti tarjolla perustasolla muillekin kuin hedelmöityshoitoihin hakeutuville potilaille. Psykkistä tukea tulisi olla tarjolla ennen hoitoja, hoitojen aikana ja niiden jälkeen. Jos herää huoli mahdollisuuksista turvata lapsen terveys tai tasapainoinen kehitys, tulee sekä perustasolla että erikoissairaanhoidon palveluissa olla mahdollisuus ohjata pari tai henkilö tarvittaessa moniammatilliseen arvioon.

Julkisin varoin järjestettävistä hedelmöityshoidoista on yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa linjattu, että kaikkien hoitovalintojen lähtökohtana on käyttää vain vaikuttavia hoitoja, eikä turhiin tai toistuviin hoitoihin tule ryhtyä. Tarjottavat hoidot on rajattu tilanteisiin, joissa hoitotuloksen voidaan ennalta arvioida ylittävän 10 prosentin mahdollisuuden synnytykseen laskettuna yhtä koeputkihedelmöityshoitokiertoa ja kaikkia siitä saatuja alkioita kohden. Inseminaatioille sallitaan alhaisempikin tulos. Yksittäisen hoidon onnistumismahdollisuuteen vaikuttaa ihmisen biologia siten, että usein hoitoja joudutaan toistamaan ja tarvittaessa siirtymään hoitomuodosta toiseen, esim. inseminaatiohoidoista koeputkihedelmöityshoitoon. Hoitojen onnistumiseen ja lapsitoiveen toteutumiseen hedelmöityshoitojen avulla vaikuttavat kuitenkin yksilölliset tekijät, joiden arviointi ennen hoitojen aloittamista ja niiden aikana on välttämätöntä.

10 Yhteenveto suosituksesta

Hedelmöityshoitolain mukaisesti lääkäri päättää hoidosta ottaen huomioon arviot hoidon tarpeesta, vaikuttavuudesta, riskeistä ja oikea-aikaisuudesta.

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa on määritetty toteutettavan koeputkihedelmöityshoidon raja-arvoksi vähintään 10 prosentin todennäköisyys synnytykselle yhtä koeputkihedelmöityshoidon hoitokiertoa kohden. Tämä toteutuu todennäköisimmin, jos nainen on hedelmöityshoidon alkaessa korkeintaan 39-vuotias, edellyttäen, että muut hoidon edellytykset toteutuvat.

Mikäli hoitoa saava on pari, tulisi molempien puolisoiden olla terveytensä puolesta toimintakykyisiä lapsen kasvaessa. Miehen ikääntymisen tuomat riskit ja ennakoitu toimintakyky huomioiden tämä toteutuu todennäköisimmin, jos mies on hedelmöityshoidon alkaessa korkeintaan 55-vuotias, edellyttäen, että muut hoidon edellytykset toteutuvat.

Perusterveydenhuollossa hoitotulosten ja raskauden turvallisuuden yksilölliseen optimointiin tähtäävät palvelut tarjotaan ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon. Psykososiaaliseen hoidon palveluita tulee olla mahdollisuus saada perustasolla. Perustason toimet ovat osa hoitokokonaisuutta.

Tavoitteena ovat:

- Painonhallinnan ja lihavuuden hoidon palvelut ja tarvittavat tutkimukset liitännäissairauksien ja riskitekijöiden löytämiseksi sekä naisille että miehille hyvissä ajoin, ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. Painonhallinta jatkuu hoitojen aikana ja niiden jälkeen. Tavoitteena on naisen painoindeksi BMI 18,5-30 kg/m². Lähetteen erikoissairaanhoidon yksilölliseen arvioon voi tehdä tilanteessa, jossa BMI on 30-35 kg/m².
- Tupakan ja nikotiinituotteiden, päihdyttävien ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käytön lopetus, sekä naisille että miehille.
- Alkoholin käytön lopetus naisella jo raskausyrityksen aikana. Haitallisen alkoholinkäytön välttäminen puolisoilla/perheessä.
- Terveellisen elämäntavan ja ruokavalion suosiminen.
 - Naisella folaatin ja D-vitamiinin riittävä saanti ennen raskautta.
 - Naisella kahvinjuonnin välttäminen jo alkuraskaudessa.
- Pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino ja lääkitykset optimoidaan hedelmöityshoitojen onnistumisen edellytysten parantamiseksi ja raskauden riskien

minimoimiseksi naisille. Tarvittaessa konsultoidaan äitiyspoliklinikkaa, hedelmöityshoitoyksikköä ja/tai muita erikoisaloja.

- Miehen sairaudet ja lääkitykset tulee myös huomioida. Esim. anaboliset steroidit ja testosteronilääkitys keskeyttävät miehen siittiötuotannon, ja palautuminen voi kestää pitkään.
- Psyykkisen tuen palveluita tulee olla tarjolla ennen hoitoja, hoitojen aikana ja niiden jälkeen tarvittaessa

11 Lisänäytön kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta

Hoitojen tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta tarvittaisiin tarkempia tietoja, joita saadaan THL:n syklipohjaisen rekisterin ensimmäisten tulosten valmistuttua vuonna 2027.

Tämän suosituksen käyttöönotosta ja käytännön vaikutuksista palvelujen saatavuuteen ja tarjontaan kerätään tietoa rekistereistä ja kyselyillä, viimeistään kun arvioidaan suosituksen päivitystarvetta. Päivitys voi tulla ajankohtaiseksi tilanteessa, jossa lainsäädäntö olennaisesti muuttuu.