

Hyväksytty 15.6.2023 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi –palvelussa

Esiselvitys hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymislääketieteen menetelmiä koskevien suositusten pohjaksi



Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Nykytilan kuvaus	4
2.1	Hedelmöityshoidoissa käytettävien menetelmien kuvaukset	4
2.2	Nykytoimintatavan kuvaus	6
2.2.1	Lapsettomuushoidon hoitopolku julkisessa terveydenhuollossa	6
2.2.2	Sukusolujen luovuttajien hoitopolku julkisessa terveydenhuollossa	9
2.3	Tilastotietoja	11
2.3.1	Hedelmöityshoitotilastot	11
2.3.2	Hedelmöityshoitojen kustannukset	16
3	Hedelmöityshoitojen ja muiden lisääntymislääketieteen menetelmien oikeudellinen sääntely	18
3.1	Kotimainen lainsäädäntö ja ratkaisukäytäntö	18
3.2	Yhteenveto ja analyysi lainsäädännöstä	18
3.2.1	Lainsäädännön soveltamisesta	18
3.2.2	Perustuslain soveltamisesta	18
3.2.3	Terveydenhuoltolain soveltamisesta	19
3.2.4	Hedelmöityshoitolain soveltamisesta	20
3.2.5	Asiakasmaksuista ja sairausvakuutuskorvauksista	20
3.2.6	Potilaslain soveltamisesta	22
3.2.7	Muu lainsäädäntö	22
3.3	Kansainväliset sopimukset ja oikeuskäytäntö	22
3.3.1	Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus	22



3.3.2	Euroopan Unionin perusoikeuskirja.....	23
3.3.3	Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus.....	23
3.3.4	YK:n kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus	24
3.3.5	YK:n lapsen oikeuksien sopimus.....	24
3.3.6	YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus	25
3.3.7	YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista.....	25
3.3.8	Kansainvälisten sopimusten merkityksestä.....	26
3.4	Eri osapuolten oikeudellisesta asemasta	27
3.4.1	Hoitoa saava(t) tai sitä haluava(t).....	27
3.4.2	Palvelujen antajan oikeudellisesta asemasta.....	30
3.4.3	Syntyvä lapsi.....	31
3.5	Sukusolujen luovuttaja	32
4	Eettinen analyysi	33
4.1	Menetelmä: reflektiivinen tasapainomenetelmä (RE)	33
4.2	Normatiiviset periaatteet.....	33
4.3	Harkitut arvostelmat (HA) ja niiden analyysi.....	34
4.4	Lopuksi.....	41
5	Tapaamiset ja selvitykset	41
5.1	Potilasjärjestöt.....	41
5.2	Lapsiasiavaltuutetun toimisto	47
5.3	Potilastapaamiset.....	50
5.4	Tiivistelmä vastauksista Palkon kyselyyn hedelmöityshoitojen yhtenäisistä perusteista	53
6	Tietoja muiden maiden linjauksista ja käytännöistä.....	59
6.1	Ruotsi.....	59



6.2 Norja.....	62
6.3 Tanska	65
6.4 Iso-Britannia	68
6.5 Kanada.....	72
6.6 Alankomaat	74
7 Keskeiset pohdittavat ja linjattavat kysymykset	75
8 Kirjallisuus	76

1 Johdanto

Miksi aihe on otettu käsittelyyn?

Terveystenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon tehtävänä on antaa suosituksia terveydenhuollon menetelmien kuulumisesta julkisesti rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle.

Palkon neuvosto päätti 15.12.2021 aloittaa suositusvalmistelun hedelmöityshoidot ja muut lisääntymisterveyden menetelmät kattavan suosituskokonaisuuden valmistelun. Sekä Palkolle että sosiaali- ja terveystenministeriölle oli tullut useampia aihe-ehdotuksia, jotka voitiin yhdistää samaan kokonaisuuteen. Palko päätti perustaa lisääntymisterveyden jaoston valmistelevaan suosituskokonaisuutta. Kokonaisuuden nimeksi muutettiin myöhemmin hedelmöityshoidot ja muut lisääntymislääketieteen menetelmät.

STM:ään oli tullut ehdotus hedelmällisyshoitujen yhtenäisten hoidon periaatteiden päivittämisestä. Tilanne julkisessa terveydenhuollossa oli muuttunut huomattavasti, kun hoidot luovutetuilla soluilla tulivat 2020 julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Siksi oli tunnistettu tärkeäksi määritellä kansalliset suuntaviivat, yhtenäiset hoitokriteerit ja – käytännöt sekä hedelmällisyshoitujen että luovutettujen sukusolujen osalta. Samalla olisi mahdollista päivittää muitakin tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittymisen vuoksi muuttuneita asioita.

Palko oli saanut edellisen toimikauden aikana aihe-ehdotuksen koskien anabolisten androgeenisten steroidien aiheuttaman atsoospermian (siittiöiden täydellinen puuttuminen) hoitoa. Suositusvalmistelua ei käynnistetty ja aihe-ehdotus siirrettiin Käypä hoito -toimitukseen arvioitavaksi, mutta Käypä hoito -suosituksen valmistelua aiheesta ei kuitenkaan käynnistetty.

Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö FinCCHTA on pyytänyt Palkoa harkitsemaan suositustyön käynnistämistä kohdunsiirtotoiminnasta.

Työsuunnitelman kuvaus

Koska aihekokonaisuus on erittäin laaja ja siihen sisältyy erilaisia yksittäisiä aiheita, Palko katsoi, että se tulee valmistella ja hyväksyä osissa. Suositusvalmistelu edellytti merkittäviä sihteeristön resursseja sekä laajaa eettistä sekä juridista tarkastelua.

Valmistelu päätettiin aloittaa yleisistä periaatteista ja näkökohdista siirtyen sen jälkeen yksittäisiä menetelmiä koskeviin suosituksiin, joissa on myös perusteltua aloittaa tavanomaisimmista tilanteista ja edetä harvinaisempiin tilanteisiin. Suositusten kokonaismäärä ja valmisteluakataulu täsmentyisivät työn edetessä. Palkon ja jaoston nykyinen toimikausi päättyy 30.6.2023, mutta Palkon uusi kokoonpano voi tehdä päätöksen työn jatkamisesta.

Palkon neuvosto päätti kokouksessaan 15.12.2022 lähettää sosiaali- ja terveysministeriölle harkittavaksi ehdotuksen, olisiko lääketieteellisen sisällön ohjausta koskevan lainsäädännön mahdollisen uudistustyön yhteydessä mahdollista arvioida tarve säätää ei-lääketieteellisiin syihin perustuvien tutkimusten ja hoitojen julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuulumisen perusteista. Hedelmöityshoitojen suosituskokonaisuuden käsittelyn yhteydessä oli todettu ristiriita, joka johtuu siitä, että julkisen terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön perusteella palveluvalikoimaan kuuluu ainoastaan lääketieteellisesti perusteltu tutkimus ja hoito, mutta ei-lääketieteellisten syiden johdosta tehtäviä toimenpiteitä kuitenkin vakiintuneesti tehdään julkisessa terveydenhuollossa. Hedelmöityshoitojen kohdalla useampi viranomainen on katsonut hoitojen eri tilanteissa kuuluvan palveluvalikoimaan. Avoimeksi on kuitenkin jäänyt, millä perusteilla näiden toimenpiteiden tarkempi kuuluminen palveluvalikoimaan määräytyisi ja millä perusteilla hoitoja voitaisiin mahdollisesti rajata palveluvalikoiman ulkopuolelle. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin on ratkaisukäytännössään katsonut, että mahdollisista rajoituksista tulisi säätää lailla.

Palkon kokous hyväksyi 15.3.2023 päivitetyn työsuunnitelman (liite 1), jonka mukaan yleisen osan lisäksi kokonaisuus muodostuu lääketieteellisistä syistä toteutettavia hoitoja koskevista suosituksista, ei-lääketieteellisistä syistä toteutettavia hoitoja koskevista syistä sekä muita menetelmiä koskevista suosituksista. Tarkempi toteutusjärjestys ja aikataulu määräytyy mm. sen mukaan, käynnistyykö ja missä laajuudessa hedelmöityshoitolain uudistus ja edellisessä kappaleessa mainittu ei-lääketieteellisten tutkimusten ja hoitojen perusteita koskeva säädösvalmistelu kesällä 2023 alkavalla hallituskaudella.



Työsuunnitelmaa voidaan myös täydentää esimerkiksi mahdollisilla uusilla hoitomenetelmillä.

Mihin tarkoitukseen tämä esiselvitys on laadittu?

Esiselvityksen tarkoitus on kuvata ja arvioida hedelmöityshoitoihin ja muihin lisääntymislääketieteen menetelmiin liittyviä oikeudellisia, lääketieteellisiä, eettisiä ja yhteiskunnallisia seikkoja, jotka koskevat kaikkia tai useimpia suosituskokonaisuuden osia.

Lähtökohdaksi on otettu Suomen voimassa oleva lainsäädäntö ja Suomea sitovat kansainväliset sopimukset. Esiselvityksessä on tuotu esille lainsäädännöstä johtuvia reunaehtoja hedelmöityshoitojen toteuttamiselle ja joissain kohdissa on esitetty mahdollisten tulevien lainsäädäntömuutosten sisältöä koskevia huomioita ja ehdotuksia.

Esiselvitys ei sisällä Palkon suosituksia, vaan se toimii pohjana jatkossa valmisteltaville yksittäisille menetelmäkohtaisille suosituksille. Esiselvityksen lukuun 7 on koottu keskeiset linjaukset tätä työtä varten.

Valmistelu

Esiselvitys on valmistelu Palkon lisääntymisterveyden jaostossa. Jaosto on kokoontunut 17 kertaa. Jaoston kokoonpano on liitteessä 2.

Valmistelun yhteydessä on järjestetty seuraavat tapaamiset:

20.9.2022 Lapsettomien yhdistys Simpukka ry, Monimuotoiset perheet -verkosto,
Suomen monikkoperheet ry, Korento ry

28.9.2022 Sateenkaariperheet ry

13.2.2023 Lakimies Merike Helander, Lapsiasiavaltuutetun toimisto

11.4.2023 ja 19.4.2023 Potilastapaamiset

Tapaamisten yhteenvedot on kuvattu jäljempänä kohdissa 5.1-5.3.

2 Nykytilan kuvaus

2.1 Hedelmöityshoidoissa käytettävien menetelmien kuvaukset

Seuraavassa kuvataan lyhyesti keskeisten hedelmöityshoidoissa käytettävien hoitomenetelmien toteutus. Kuvaukset on muokattu pääosin Terveyskylän Naistalon lapsettomuus-osion (www.terveyskyla.fi/naistalo) ja Genetiikan ja harvinaissairauksien talon harvinaissairaus ja raskaus -osion (<https://www.terveyskyla.fi/genetiikkajaharvinaiset>) teksteistä. Kohdun siirron kuvaus on laadittu Palkon lisääntymisterveyden jaostossa.

Inseminaatiohoito (keinosiemennys)

Inseminaatio tarkoittaa siittiöiden ruiskutusta kohdun kaulakanavan kautta kohtuonteloon. Se voidaan toteuttaa käyttäen joko hoidettavan parin omia tai luovutettuja siittiöitä. Inseminaatio on aiheellinen, kun siemennesteessä on lieviä hedelmällisyyttä alentavia muutoksia, kun yhdynnät eivät syystä tai toisesta onnistu tai lapsettomuudelle ei ole löydetty selittävää tekijää. Inseminaatiohoito toteutetaan yleensä hormoneilla (tabletti- tai pistoshoito) stimuloidussa kuukautiskierrossa.

Ovulaation ja siittiötuotannon tehostaminen

Ovulaation induktiohoito (munarakkulan kypsytytys) soveltuu naisille, joilla munasolu ei irtoa tai irtoaa harvoin, mutta joilla on vähintään yksi toimiva munanjohdin. Hoitoa käytetään myös selittämättömässä lapsettomuudessa tehostamaan kuukautiskierron tapahtumia (erilaisia kasvutekijöitä) ja hedelmöityksen ajoittumista. Hoito toteutetaan suun kautta tai pistoksena annettavilla lääkkeillä. Ovulaation induktiohoitoon yhdistetään inseminaatio erityisesti selittämättömässä lapsettomuudessa tai jos miehellä on lieviä siemennestemuutoksia. Eräissä tilanteissa siemennesteen laatua on myös mahdollista parantaa hormonihoitoon avulla.

Koeputkihedelmöityshoito (IVF/ICSI)

In vitro fertilisaatiossa (IVF) eli koeputkihedelmöityshoidossa hormonihoitoa kasvatetaan munasarjoissa useita munarakkuloita (follikkeleita) ja siten useita munasoluja kerrallaan. Munasolut kypsytetään hormonipistoshoitoilla. Munasarjojen vastetta hoidolle seurataan ultraäänitutkimuksin ja tarvittaessa hormoniverinäyttein. Kypsyneet munasolut kerätään neulalla munarakkuloista ultraääniohjauksessa koeputkeen, josta ne IVF-laboratoriossa

hedelmöitetään heti keräyspäivänä tuoreella tai joissain tapauksissa pakastetulla siemennesteellä. Siittiöt on voitu tarvittaessa myös kerätä kiveksestä ohuen neulan avulla.

Hedelmöitys voidaan toteuttaa edellä kuvatun sijaan ICSI-tekniikalla (intracytoplasmic sperm injection) eli mikroinjektiolla. Tällöin biologi valitsee näytteestä yksittäisen siittiön, jonka hän vie munasolun sisään ohuen neulan avulla tarkoitukseen kehitetyn laitteiston ja mikroskoopin avulla.

Yhden alkion siirto kohtuun tehdään kohdun kaulakanavan kautta 2–5 päivän kuluttua munasolujen keräyksestä. Jos sopivia alkioita on enemmän kuin yksi, ne pakastetaan myöhempää käyttöä varten parin tekemän sopimuksen perusteella.

Lahjasoluhoidossa käytetään omien sukusolujen sijaan luovuttajilta saatuja siittiöitä, munasoluja tai molempia (täyslahjoitus) taikka luovutettuja alkioita.

Pakastetun alkion siirto (PAS)

Alkioita voidaan säilyttää nestetyyppisäiliöissä useiden vuosien ajan. Nykyisillä pakastus- ja sulatusmenetelmillä yli 90 prosenttia alkioista selviytyy säilytyksestä siirtokelpoisina. Noin joka kolmas pakastetun alkion siirto johtaa raskauteen. Pakastetun alkion siirto voidaan toteuttaa joko naisen luonnollisessa kuukautiskierrossa tai hormonilääkkeillä tuetussa kuukautiskierrossa.

Hedelmällisyyden säilyttäminen (sukusolujen talteenotto)

Siittiöitä, munasoluja sekä kives- ja munasarjakudosta voidaan ottaa talteen ja pakastaa myöhempää käyttöä varten. Niin voidaan tehdä joko siksi, että sairaus tai sen hoito voi vaarantaa hedelmällisyyden (lääketieteellinen syy) tai siksi, että lapsen hankinta ei ole ajankohtainen ja henkilö haluaa yrittää turvata mahdollisuuden tulla raskaaksi myöhemmällä iällä (sosiaalinen syy).

Alkiodiagnostiikka

Jos vaikean kehityshäiriön riski on ennalta tiedossa, esimerkiksi perheen aikaisemman lapsen perinnöllisen sairauden tai vanhemman geenivirheen kantajuuden perusteella, on joissain tapauksissa mahdollista hyödyntää alkiodiagnostiikkaa. Alkiodiagnostiikka mahdollistaa onnistuneen koeputkihedelmöityksen jälkeen alkion tutkimisen tunnetun geneettisen riskinaiheuttajan suhteen ennen alkion siirtämistä kohtuun. Päämääränä on siirtää kohtuun tutkittavan sairauden suhteen terve alkio.

Kohdunsiirto

Kohdunsiirtoa voidaan käyttää lapsettomuuden hoitona naisille, joilla ei ole kohtua. Kohtu voi puuttua synnynnäisesti taikka se on voitu poistaa sairauden tai synnytyksen komplikaation vuoksi. Kohtu voidaan irrottaa siirtoa varten elävältä tai kuolleelta luovuttajalta. Elinluovuttajan ollessa elävä leikkaukseen liittyvät riskit kohdistuvat kahteen ihmiseen. Ennen kohdunsiirtoleikkausta vastaanottajalle tehdään koeputkihedelmöityshoito ja alkiot pakastetaan myöhempiä alkionsiirtoja varten. Kohdunsiirron jälkeen vastaanottaja käyttää hyljinnänestolääkitystä, kunnes kohtu synnytyksen tai synnytysten jälkeen poistetaan. Suomessa kohdunsiirtoja ei ole toistaiseksi tehty.

2.2 Nykytoimintatavan kuvaus

2.2.1 Lapsettomuushoidon hoitopolku julkisessa terveydenhuollossa

Seuraavassa kuvataan hedelmöityshoitoa saavien tyypillinen hoitopolku Suomen julkisissa sairaaloissa kirjoitushetkellä. Alueelliset hoitopolut saattavat erota kuvatusta ja yksittäistapauksessa saattaa olla perusteltua poiketa tyypillisestä hoitopolusta. Hoitomuodot ja toimintaa koskevat säännökset on esitelty toisaalla tässä esiselvityksessä.

Nais-miesparille, naisparille tai itselliselle naiselle voidaan tehdä lähete lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai yksityislääkärillä. Nais-miesparilla edellytetään yleensä 12 kuukauden aktiivista raskausyritystä ennen lähetteen laatimista. Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa on kirjattu ohjeistus lähetteen sisällöstä. (ks. liite 4). Alueellisiin hoitopolkuihin voi sisältyä tarkempia ohjeita (ks. kysely: kohta 5.4). Jos lähetteen tiedot ovat puutteelliset, se voidaan palauttaa tai pyytää täydentäviä tutkimuksia.

Lähetteen tietojen perusteella arvioidaan vastaanottavassa sairaalassa hoidon tarve ja se, kuuluuko potilas tai pari lainsäädännön ja yhtenäisen kiireettömän hoidon kriteerien mukaan julkisen erikoissairaanhoidon piiriin (ks. liite 4). Lisätutkimuksia ja konsultaatioita sosiaalisen, psyykkisen tai somaattisen tilanteen arvioimiseksi ja esimerkiksi lääkehoitojen tasapainottamiseksi ja raskausriskien kartoittamiseksi voidaan pyytää muilta erikoisaloilta, sosiaalityöntekijältä tai potilaan omilta muilta hoitavilta tahoilta jo ennen ensimmäistä käyntiä tai missä hyvänsä vaiheessa hoitojen aikana.



Hoidettavien parien edellytetään saapuvan vastaanotolle yhdessä. Hoidettavien somaattinen ja psyykinen terveys, hedelmällisyys ja lapsettomuuden syy pyritään selvittämään. Lisäksi arvioidaan hoitojen onnistumisen mahdollisuus, hoidon riskit sekä raskauden ja synnytyksen turvallisuus sekä äidin että lapsen kannalta. Tarvittavassa laajuudessa kartoitetaan elämäntilanne, miten on päätynyt toivomaan hedelmöityshoitoa ja kuinka vakaa toive on. Terveiden, tukiverkoston, voimavarojen sekä arjen, työtilanteen ja taloudellisen tilanteen kokonaisarviolla pyritään selvittämään edellytyksiä vanhemmuuteen ja lapsen kehityksen tukemiseen, tarvittaessa moniammatillisen työryhmän avulla. Gynekologisen tutkimuksen, naisen ultraäänitutkimuksen ja miehen siemennestetutkimuksen lisäksi järjestetään tarvittavat lisätutkimukset. Aiempien tutkimusten ja hoitojen tulokset huomioidaan. Kaikkeen tähän voidaan tarvita useampi poliklinikka- ja/tai laboratoriokäynti.

Mikäli vasta-aiheita hoidolle ei ole ja mikäli hedelmöityshoitolaian ja kiireettömän hoidon kriteerit sallivat, tekee lääkäri hoitopäätöksen tarvittaessa moniammatillisen hoitotiimin tuella. Lääkäri päättää myös tehokkaimmasta ja turvallisimmasta hoitomuodosta lääketieteellisin perustein yhteisymmärryksessä parin tai potilaan kanssa (ovulaation varmistaminen, inseminaatio tai koeputkihedelmöityshoito, lahjoitettujen sukusolujen käyttö). Lääkäri vastaa hoidon suunnittelusta ja lääkäri tai hoitaja soveltuvin osin antavat tarkempaa informaatiota hoitoa koskevista säännöksistä, hoidon kulusta, ennusteesta, riskeistä, kustannuksista, aikataulusta ja toteutuksesta hoitoa saaville tai saavalle. Mikäli valittuun hoitoon on jono, asetetaan potilas tai pari siihen.

Useissa sairaaloissa käytetään hoidon informaatioissa ja toteutuksessa apuna myös hoitomuodon perusteella määräytyviä digihoitopolkuja (DHP). Tarvittaessa annetaan kirjallinen informaatio. DHP voi toimia myös hoidonaikaisena kommunikaatiovälineenä. Hoitajat vastaavat ensisijaisesti kyselyihin, ja tarpeen mukaan he konsultoivat lapsettomuuspoliklinikan lääkäreitä.

Mikäli indikaatiot lahjoitettujen munasolujen tai siittiöiden käyttöön täyttyvät ja potilas tai pari sitä toivoo, ohjataan käynnille lahjasukusoluneuvonnassa. Neuvonnasta vastaa ensisijaisesti aiheeseen perehtynyt psykologi. Neuvonnassa kartoitetaan henkilön tai parin ajankohtaista elämäntilannetta ja taustaa, annetaan tietoa ja herätetään pohdintaa lahjasukusoluvanhemmuudesta, annetaan tietoa lahjasukusolutaustan ja siitä tietämisen merkityksestä lapselle sekä annetaan valmiuksia asian käsittelemiseksi sekä lapsen että läheisten kanssa. Lisäksi arvioidaan henkilön tai parin todennäköistä kykyä turvata lapselle

tasapainoinen kehitys. Itsellisillä naisilla käyntejä on yleensä kaksi ja pareilla yksi, mutta tarvittaessa käyntejä voi olla enemmän.

Peruskartoitusten ja informoinnin lisäksi lahjoitettuja sukusoluja tarvitseville kerrotaan hoitojen erityispiirteistä, hedelmöityshoitolaista, lahjoittajista ja heidän valinnastaan, hoitojen onnistumismahdollisuuksista ja riskeistä sekä lapsen tiedonsaantioikeudesta. Hoitoa toivovan tai toivovien tuntomerkit kirjataan sairauskertomukseen, luovuttajan valintaa varten. Aikanaan, sopivan lahjoittajan löydyttyä, hoitaja sopii jatkot lääkärin alustavan hoitosuunnitelman mukaisesti.

Oman, tunnetun sukusolunlahjoittajan käyttö voi tietyin periaattein olla mahdollista, mikäli kaikki osapuolet tätä toivovat, eikä lääketieteellisiä, sosiaalisia tai oikeudellisia vasta-aiheita ilmene. Spermapankkien lahjoittajat jäävät tuntemattomiksi vastaanottajille.

Valmiiden alkioden lahjoitus on mahdollista tilanteessa, jossa hoitoja saavalta nais-miesparilta on jäänyt alkioita tarpeettomiksi ja molemmat parin osapuolet voidaan lääketieteellisen arvion ja psykologisen neuvonnan jälkeen hyväksyä ja rekisteröidä lahjoittajiksi.

Kaikkia hoitoja varten tulee allekirjoittaa hoitosuostumukset ja ottaa lakisääteiset infektionäytteet verikokeella. Hoitoja voidaan yhtenäisen hoidon kriteerien puitteissa toistaa potilaan tai parin toiveesta, mikäli raskaus ei ole alkanut tai mikäli raskaus päättyy keskenmenoon tai synnytykseen. Ennen jokaista hoitoa arvioidaan uudelleen hoitomuoto, sen yksityiskohdat, riskit ja onnistumismahdollisuudet, tarvittaessa IVF-biologiin ja muun hoitotiimin avulla. Osa potilaista voi siirtyä luovutussoluhoidoihin yksikön sisällä, jos hoidot omilla soluilla on todettu tuloksettomiksi ja luovutussoluhoidojen kriteerit täyttyvät.

Resurssit voivat vaikuttaa hoitojen aikatauluihin hoitotakuun puitteissa. Lisäksi muun muassa lahjasukusolujen saatavuus ja alkiodiagnostiikkahoitojen valmistelu voivat viedä ennakoimattoman ajan. Koska sukusolulahjoittajien määrä on rajallinen, lahjasukusoluhoidot eivät voi kuulua hoitotakuun piiriin.

Raskauden alkaessa (raskaustesti positiivinen) varataan ultraäänitutkimus raskauden sijainnin ja alkuraskauden kehityksen toteamiseksi. Potilaalle tai parille annetaan hoitoon liittyvät säädösten mukaiset dokumentit.

Kielteisestä hoitopäätöksestä ja sen perusteista sekä ennen hoitojen aloittamista että tarjottavien hoitojen päättyessä, informoidaan potilasta tai paria tarvittaessa erillisellä käynnillä. Haastavat tilanteet käsitellään aina moniammatillisessa tiimissä.

Alkiodiagnostiikka lapsen sairausriskin vuoksi on keskittämisasetuksella keskitetty HUS:n lisääntymislääketieteen yksikköön. Kaikki hoitoa toivovat parit tai potilaat käyvät perinnöllisyyslääkärin arviossa ja neuvonnassa, ja tilanne ja suunnitelmat käydään läpi moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu perinnöllisyyslääkäri, lapsettomuuslääkäri, biologi ja hoitaja.

2.2.2 Sukusolujen luovuttajien hoitopolku julkisessa terveydenhuollossa

Siittiöitä voi lahjoittaa 20–45-vuotias terve tupakoimaton mies ja munasoluja 20–35-vuotias terve tupakoimaton nainen. Sukusoluluovuttajan suvussa ei saa olla tiedossa olevia vakavia perinnöllisiä sairauksia.

Vapaaehtoinen sukusolujen luovuttamisesta kiinnostunut henkilö voi ottaa yhteyttä klinikalle esimerkiksi puhelimitse tai sähköpostitse. Hänelle lähetetään tietoa luovutusprosessin kulusta ja lainsäädännöstä sekä terveydentilaan liittyvä kyselylomake. Yleensä luovuttaja keskustelee ensin hoitajan kanssa. Hoitaja kertoo luovutusprosessiin liittyvistä lääketieteellisistä ja juridisista seikoista sekä haastattelee terveydestä, elintavoista ja suvussa mahdollisesti esiintyvistä sairauksista. Lisäksi keskustellaan luovutustoiveen taustalla olevista motiiveista.

Jos siittiöluovuttaja haluaa infon saatuaan edetä prosessissa, hänelle varataan aika sperma-analyysiin ja koepakastukseen. Jos tutkimuksen tulokset täyttävät luovutteelle asetetut kriteerit, varataan aika lääkärin vastaanotolle.

Lääkärin vastaanotolla tehdään terveystarkastus ja naisille gynekologinen tutkimus. Terveystarkastuksessa selvitetään luovuttamiseen liittyvät terveydelliset ja oikeudelliset seikat, käydään läpi luovuttajan ja hänen lähisukulaistensa terveyteen liittyviä asioita, kerrotaan, minkälaisissa tilanteissa luovutettuja soluja käytetään ja vastataan luovuttajan kysymyksiin. Terveystietolomake allekirjoitetaan.

Mahdolliselta luovuttajalta tutkitaan infektioverikokeet ja seksitaudit. Munasoluluovuttaja-ehdokkaalta tutkitaan verinäytteellä munasoluvarastosta kertova anti-Müllerian hormoni.



Verestä tutkittavan kromosominäytteen avulla varmistetaan, ettei henkilöllä ole hoitoon vaikuttavia kromosomipoikkeavuuksia.

Jos edellä kuvatuissa tutkimuksissa ei ilmene esteitä sukusolujen luovuttamiselle, varataan aika psykologille. Psykologin vastaanotolla keskustellaan luovuttamiseen liittyvistä ajatuksista ja tunteista sekä mahdollisista tulevaisuudessa huomioitavista psykologisista seikoista ja annetaan tietoa lahjasolualkuperän merkityksestä lapselle ja saajaperheelle.

Mikäli luovuttamiselle ei ole esteitä, laaditaan luovutussuostumus. Luovuttaja saa tarkemman informaation luovutuksesta. Munasoluluovuttajaa ohjataan munasarjastimulaation toteuttamisessa ja hoitoon liittyvät riskit käydään läpi.

Munasoluluovutushoitoon liittyvä munasarjastimulaatio ja munasolujen keräys toteutetaan pääpiirteittäin samaan tapaan kuin tavanomaisessa IVF-hoidossa. Munasoluluovuttajalle tehdään jälkitarkastus 7-10 vrk munasolukeräyksen jälkeen. Spermanluovutuskertoja varataan luovuttajan aikataulun mukaan 1-3 kertaa viikossa, Luovutuskertoja tarvitaan yleensä 8-10 ja lahjoittajan tulisi olla valmis sitoutumaan tarvittavaan määrään näytteenantokertoja.

Neuvonta, tutkimukset ja vastaanottokäynnit ovat sukusolujen lahjoittajalle maksuttomia ja lahjoittamisesta maksetaan hedelmöityshoitolain nojalla korvaus kuluista ja ansionmenetyksestä.

Ensimmäisen yhteydenoton jälkeen keskimäärin hieman yli puolet jatkaa prosessia.

Sperman koepesuista hieman yli 60 % täyttää pakastukselle asetetut kriteerit.

Munasoluluovuttajista osa karsiutuu liian korkean tai matalan munasolureservin vuoksi.

Lisäksi luovuttamisen voivat estää joko luovuttajan tai hänen lähisukulaistensa terveyteen liittyvät seikat. Klinikalle yhteyttä ottaneista noin 15 % on lopulta hyväksytty sukusoluluovuttajaksi. Munasoluluovutusprosessi kestää kaikkiaan noin 2-4 kk ja siittiöiden luovuttaminen noin 3-4 kk. Luovuttaja voi auttaa korkeintaan viittä perhettä. Koska munasoluja saadaan vain rajallinen määrä stimulaatioita kohden, yksi munasoluluovuttaja voi auttaa kerrallaan korkeintaan kolmea perhettä.

2.3 Tilastotietoja

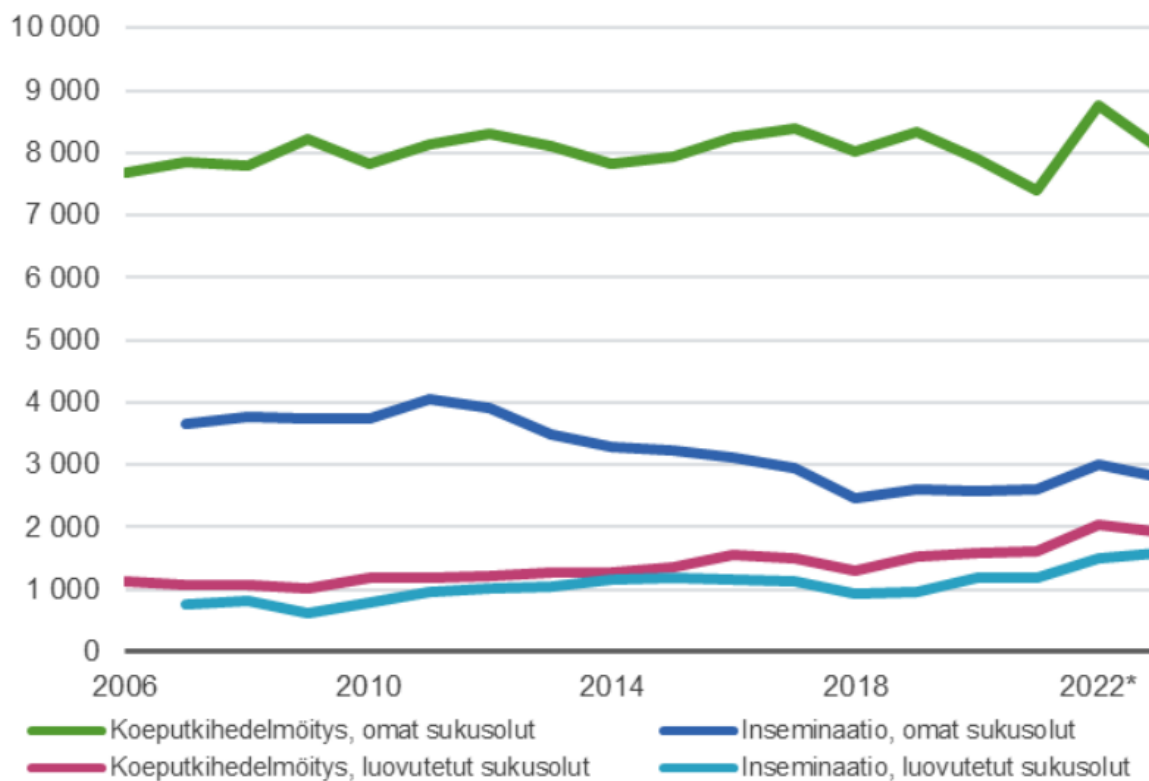
2.3.1 Hedelmöityshoitotilastot

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoja Suomessa julkisella ja yksityisellä sektorilla tehdyistä hedelmöityshoidoista vuosittain.¹ Esitetyt tilastot vuosien 2021-2022 hedelmöityshoidoista perustuvat THL:n 6.6.2023 julkaistuun hedelmöityshoitosten tilastoraporttiin.

Vuosien 2021-2022 aikana Suomessa toimi 21 hedelmöityshoitoa tarjoavaa klinikkaa, joista 17 klinikkaa teki koeputkihedelmöityshoitoja inseminaatiohoitojen lisäksi. Yksi vain inseminaatiohoitoja tehnyt klinikka lopetti vuonna 2022. Klinikoista 16 teki hoitoja myös luovutetuilla sukusoluilla. Yhdeksän klinikkaa toimi julkisella puolella. Maantieteellisesti klinikat jakautuivat niin, että Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella oli kuusi hedelmöityshoitoa tarjoavaa klinikkaa ja muiden yliopistosairaaloiden vastuualueilla kolmesta neljään klinikkaa kullakin.

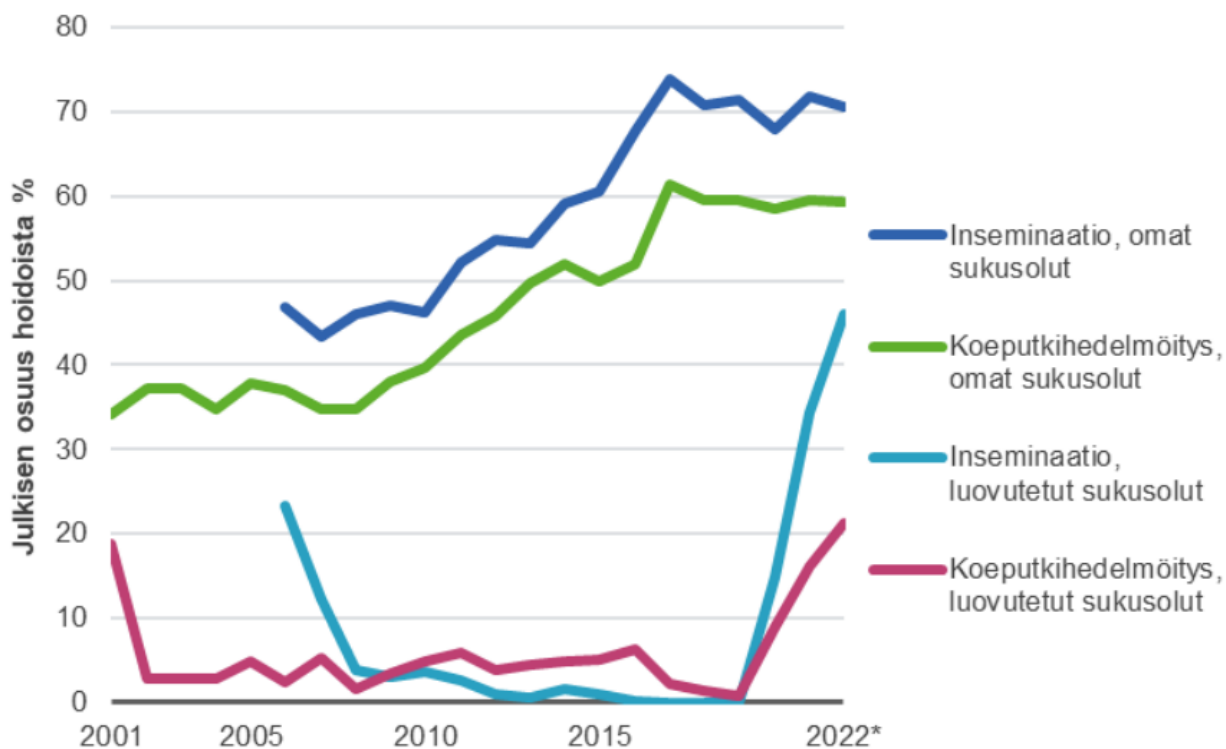
Hedelmöityshoitosten kokonaismäärä viimeisten vuosikymmenten aikana on pysynyt melko samanlaisena. Koronapandemia vähensi hedelmöityshoitosten aloituksia vuonna 2020, minkä vuoksi vuonna 2021 aloitettujen hoitojen määrä oli poikkeuksellisen korkea. Vuonna 2021 aloitettiin noin 15 300 hedelmöityshoitoa ja THL:n ennakkotietojen mukaan vuonna 2022 hedelmöityshoitoja aloitettiin kokonaisuudessaan noin 14 400, mikä on 6 prosenttia vähemmän kuin edeltävänä vuonna.

¹ <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/hedelmoytshoidot>

Kuvio 2. Aloitettujen hedelmöityshoitojen lukumäärä vuosittain vuosina 2006–2022

*Ennakkotieto

Julkisella sektorilla tehtiin noin 30 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoista 2000-luvun alussa. Vuonna 2021 noin 53,6 prosenttia ja ennakkotietojen mukaan 55,0 prosenttia vuonna 2022 kaikista hedelmöityshoidoista tehtiin julkisessa terveydenhuollossa. Julkisen sektorin osuus luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä hedelmöityshoidoista oli 2010-luvulla noin kahdesta kolmeen prosenttia. Vuosien 2017-2019 aikana luovutetuilla sukusoluilla julkisella sektorilla tehtyjen hedelmöityshoitojen määrä laski huomattavasti (ollen vain 0,5 prosenttia vuonna 2019). THL:n mukaan tämä johtui yleisestä keskustelusta julkisella sektorilla luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä hoidoista ja yliopistosairaaloiden päätöksestä väliaikaisesti lopettaa kyseiset hoidot. Vuonna 2019 yliopistosairaalat päättivät jatkaa luovutetuilla sukusoluilla tehtäviä hoitoja ja laajentaa hoidot koskemaan myös itsellisiä naisia sekä naispareja. Vuonna 2020 julkisen terveydenhuollon osuus luovutetuilla sukusoluilla tehtävistä hedelmöityshoidoista oli 11,4 prosenttia. Vuonna 2021 osuus oli 23,6 prosenttia ja vuonna 2022 se nousi 32,4 prosenttiin. Vuonna 2021 kaikista hedelmöityshoidoista 23,2 prosenttia tehtiin luovutetuilla sukusoluilla. Ennakkotietojen perusteella vuonna 2022 luovutetuilla sukusoluilla tehtiin 24,3 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoista.

Kuvio 1. Julkisen sektorin osuus annetuista hedelmöityshoidoista vuosina 2001–2022


* Ennakkotieto

Luovutettujen sukusolujen saatavuus rajoittaa niillä tehtävien hoitojen määrää. Yksityiset hedelmöityshoitojen tarjoajat hankkivat siittiöitä kotimaan lisäksi myös ulkomailta, useimmiten Tanskasta. Munasoluja ulkomailta ei juurikaan hankita. Julkisen puolen hedelmöityshoitojen tarjoajat eivät pääsääntöisesti hanki sukusoluja ulkomailta.

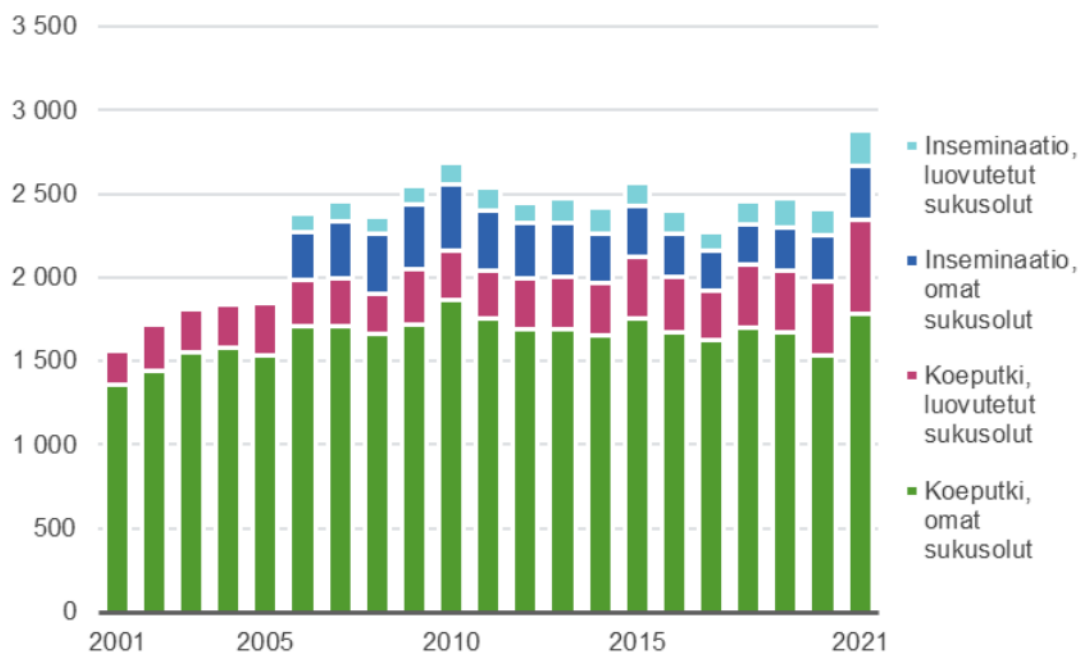
**Taulukko 1. Sukusolujen luovuttajien määrät 2010–2022***

Luovuttajan tyyppi	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022
Munasolun luovuttajia	194	214	204	315	269	290	401	343
Siittiön luovuttajia	114	194	226	227	177	219	333	325
Alkion luovuttajia	31	38	53	58	25	10	22	23

*Uusi luovuttaja kirjataan Valviran Luoteri-rekisteriin vain kerran eli jos sama luovuttaja luovuttaa sukusoluja useamman kerran samalla klinikalla, näkyy hän luvuissa vain kerran.

Lähde: Valvira, Luoteri-rekisteri

Kaikista hedelmöityshoidoista vuonna 2021 alkoi 3 619 raskautta, joista 2 823 raskautta eteni synnytykseen ja yhteensä 2 883 lapsen syntymään (6,2 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista). Näistä 2 343 lasta (81,3 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoilla syntyneistä) syntyi koeputkihedelmöityshoidoista ja 540 lasta (18,7 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoilla syntyneistä) syntyi inseminaatiohoidoista.

Kuvio 4. Hedelmöityshoidoista syntyneet lapset vuosina 2001–2021

Vuonna 2021 26,0 prosenttia kaikista koeputkihedelmöityshoidoista eteni synnytykseen. Luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä siirroista synnytykseen eteni hieman omilla sukusoluilla tehtyjä siirtoja useampi (27,1 % ja 25,6 %). Myös aloitettujen hoitojen päätymisessä

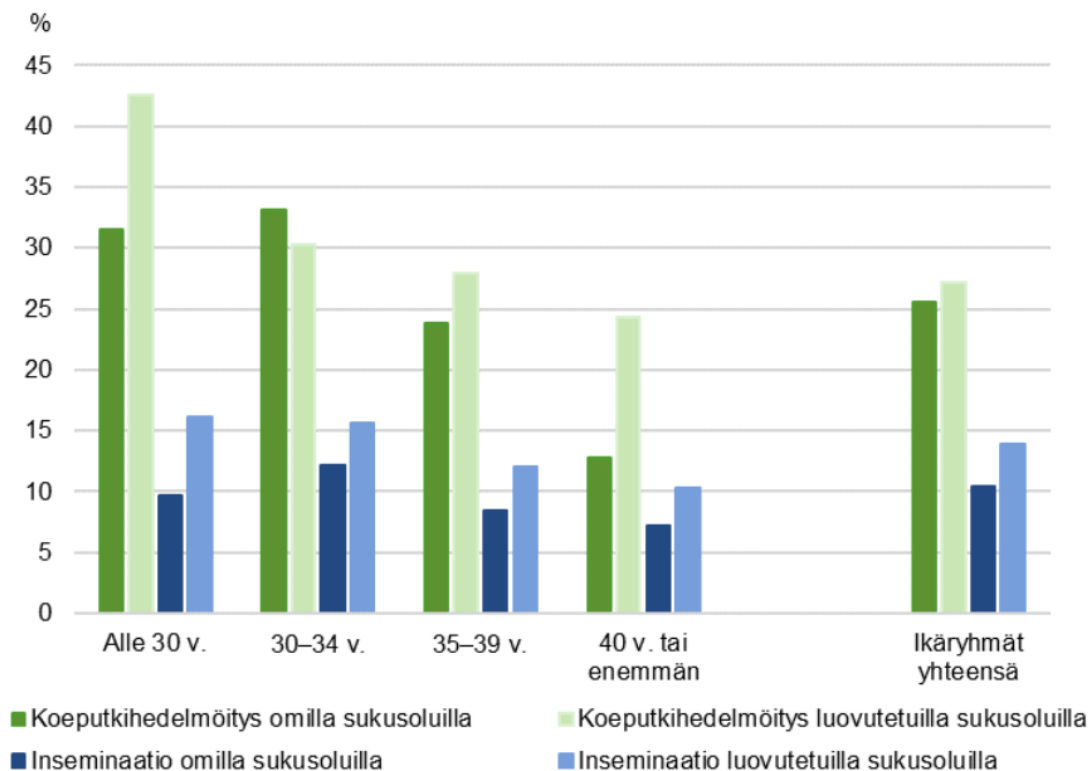
synnytykseen oli eroa: omilla sukusoluilla aloitetuista hoidoista synnytykseen eteni 20,0 prosenttia ja luovutetuilla soluilla aloitetuista hoidoista 27,1 prosenttia.

Inseminaatiohoitojen tulokset ovat selkeästi koeputkihedelmöityshoitoja heikompia. Vuonna 2021 aloitetuista inseminaatiohoidoista synnytykseen eteni 11,5 prosenttia. Inseminaatiohoidoissa omilla sukusoluilla ja luovutetuilla sukusoluilla tehtyjen hoitojen välillä oli selkeä ero: omilla sukusoluilla tehdyistä hoidoista 10,4 prosenttia eteni synnytykseen ja luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä hoidoista 13,8 prosenttia.

Hedelmöityshoitojen onnistumisprosentti laskee naisen iän noustessa.

Koeputkihedelmöityshoidoissa alle 30-vuotiailla synnytykseen eteni 32,8 prosenttia tehdyistä alkion siirroista ja yli 40-vuotiailla 18,3 prosenttia. Inseminaatiohoidoissa alle 30-vuotiailla 11,5 prosenttia aloitetuista hoidoista eteni synnytykseen ja 40 vuotta täyttäneillä 9,1 prosenttia.

Kuvio 5. Synnytykseen edenneiden hedelmöityshoitojen osuus aloitetuista hoidoista naisen iän ja sukusolun tyypin mukaan vuonna 2021, % (koeputkihedelmöityshoidoissa synnytys/tehty alkionsiirto, inseminaatiohoidoissa synnytys/aloitettu hoito)



2.3.2 Hedelmöityshoitojen kustannukset

2.3.2.1 Julkinen terveydenhuolto

THL kerää hoitoilmoitusten yhteydessä julkisen terveydenhuollon hedelmöityshoitoklinikoilta myös tietoja kustannuksista. Liitteessä 3 esitetään THL:n Palkolle toimittamat vuotta 2021 koskevat toimenpidekohtaiset kustannustiedot. Tietoja ovat toimittaneet kaikki yliopistosairaalat ja lähes kaikki keskussairaalat.

2.3.2.2 Yksityinen terveydenhuolto

Palko on saanut Kelasta tiedot maksetun tutkimus- tai hoitopalkkion suuruudesta Kelan vuonna 2022 tekemissä korvauspäätöksissä sekä toimenpiteiden ja potilaiden määrästä (liite 3).

2.3.2.3 Kustannusten analyysi

Yksittäisen potilaan hedelmöityshoito koostuu useasta eri osasta: käynneistä eri ammattihenkilöiden vastaanotoilla, laboratoriotutkimuksista ja muista tutkimuksista sekä varsinaisista hoitotoimenpiteistä. Osa käynneistä ja tutkimuksista toteutetaan kerran kunkin potilaan kohdalla, osa jokaisella hoitokerralla ja myös yksilölliset tarpeet vaikuttavat määriin. Näiden syiden vuoksi eri hoitomenetelmien tyypillistä hintaa hoitokertaa kohti on vaikea laskea tarkasti.

Julkisessa terveydenhuollossa hinnat ilmoitetaan DRG-ryhmittäin (diagnosis-related groups). Kukin ryhmä sisältää diagnoosin ja muiden tekijöiden perusteella riittävän samankaltaiset hoitokokonaisuudet ja ryhmälle lasketaan tyypillinen hinta vaihteluväleineen. Tällöin olennaista on, mitä käyntejä, toimenpiteitä ja kustannuksia sisällytetään laskentaan. DRG-hintoja käytetään laskutettaessa toisen hyvinvointialueen potilaan hoitokustannuksia hänen asuinpaikkansa hyvinvointialueelta ja lisäksi niitä voidaan käyttää toiminnan suunnittelussa ja johtamisessa.

THL:stä saatujen tietojen perusteella laskettuna julkisessa terveydenhuollossa käytettiin hedelmöityshoitoihin vuonna 2021 kaikkiaan n. 8,2 miljoonaa euroa, joista varsinaisiin hedelmöityshoitotoimenpiteisiin liittyviin hoitojaksoihin noin 6,4 miljoonaa euroa. Muita kustannuksia aiheutui muun muassa yleiseen hedelmällisyysneuvontaan sekä hedelmällisyystutkimukseen liittyvistä poliklinikkakäynneistä. Perusterveydenhuollolle ensikäynneistä sekä läheteistä ja niihin liittyvistä tutkimuksista aiheutuvia kustannuksia on mahdoton arvioida.



Yksityisellä sektorilla puolestaan jokaisesta yksittäisestä toimesta laskutetaan hinnaston mukainen hinta, jolloin eri potilailta perittävä hinta vaihtelee hoidon sisällön mukaan. Siltä osin kuin kyse on sairauden hoidosta, jonka kustannuksista on vuoden 2022 loppuun saakka saanut sairausvakuutuskorvauksen, voidaan Kelalta saatujen vuonna 2022 perittyjä palkkioita koskevien tietojen arvioida kuvaavan varsin hyvin myös vuoden 2023 kustannustasoa.

Liitteen 3 taulukossa luetelluista tutkimuksista ja hoidoista, joista Kela oli maksanut korvausta vuonna 2022, potilaat oli maksaneet tutkimus- ja hoitopalkkiota yhteensä n. 5,3 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi tutkimusten ja hoitojen toteuttaminen edellyttää vastaanottokäyntejä ja muita laboratoriotutkimuksia, joiden kustannuksia ei Kelan tilastoihin rekisteröityvien tietojen perusteella pystytä kohdistamaan hedelmöityshoitoihin.

Koska sairausvakuutuslain nojalla korvataan ainoastaan sairauden tutkimuksesta ja hoidosta aiheutuvia kustannuksia, edellisessä kappaleessa todetut kustannukset eivät sisällä muista syistä yksityissektorilla tehtyjen tutkimusten ja hoitojen määriä ja kustannuksia.

Osasta hoitojen yhteydessä tarvittavista avohoidon lääkkeistä saa sairausvakuutuskorvauksen, mutta ei kaikista. Lääkkeitä käytetään jossain määrin muuhunkin tarkoitukseen, eikä Kelasta saatavista korvaustiedoista ole mahdollista erottaa hedelmöityshoitoihin liittyvää käyttöä.

Edellä todetun perusteella Palko toteaa yhteenvetona, että hedelmöityshoidoista kaikkiaan aiheutuvia kokonaiskustannuksia on haastava arvioida, ja tietoihin tulee suhtautua varauksella. Julkisen terveydenhuollon osalta epävarmuutta aiheuttaa se, mitä kustannuksia erikoissairaanhoidon DRG-hintoihin on laskettu mukaan ja kuinka paljon kustannuksia aiheutuu muualla julkisessa terveydenhuollossa. Yksityisen terveydenhuollon osalta epävarmuus johtuu siitä, että kaikkia käyntejä ja tutkimuksia ei voida kohdistaa hedelmöityshoitoihin, sekä se, että ei-lääketieteellisellä perusteella annettavien hoitojen kustannukset eivät rekisteröidy julkisiin rekistereihin.

3 Hedelmöityshoitojen ja muiden lisääntymislääketieteen menetelmien oikeudellinen sääntely

3.1 Kotimainen lainsäädäntö ja ratkaisukäytäntö

Keskeinen hedelmöityshoitoja koskeva tai niihin liittyvä lainsäädäntö on lueteltu liitteessä 4.

Keskeinen Palkon tiedossa oleva eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytäntö on esitetty liitteessä 5.

3.2 Yhteenveto ja analyysi lainsäädännöstä

3.2.1 Lainsäädännön soveltamisesta

Kuten liitteestä 4 ilmenee, hedelmöityshoitoja säätelee suoraan tai välillisesti usea eri laki, joiden sisältö ei välttämättä muodosta yhtenäistä kokonaisuutta. Tämä esiselvitys koskee ensisijaisesti julkisessa terveydenhuollossa toteutettavia hoitoja. Lisäksi hoitoja toteutetaan laajasti yksityisessä terveydenhuollossa, jota osa kuvastusta lainsäädännöstä, kuten esimerkiksi terveydenhuoltolaki ei koske. Terveydenhuoltolakia ei sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa, joten myöskään sen nojalla annettuja Palkon suosituksia ei sovelleta siellä. Muita liitteessä 4 lueteltuja lakeja sovelletaan myös Ahvenanmaalla. Samoin Suomea sitovia kansainvälisiä sopimuksia sovelletaan myös Ahvenanmaalla.

3.2.2 Perustuslain soveltamisesta

[Perustuslain 19 §:n](#) mukaista julkisen vallan velvoitetta riittävien terveystalveluiden turvaamiseen ei ole rajoitettu sairauksien hoitoon, vaan sen piiriin kuuluu muitakin terveystalveluiden käytön syitä, tyypillisimpinä raskauden seurantaan ja synnytykseen liittyvät palvelut. Perustuslain näkökulmasta ei ole siis ratkaisevaa, mistä syystä tarve turvautua hedelmöityshoitoon johtuu, vaan muustakin syystä kuin sairaudesta johtuva palvelujen tarve voi kuulua julkisen vallan turvaamisvelvoitteen piiriin. Toisaalta perustuslaki ei velvoita turvaamaan täydellisiä ja kaiken kattavia palveluita, vaan ainoastaan riittävät palvelut. Rajausten perusteista tulee kuitenkin säätää lailla ja perus- ja ihmisoikeudet on myös huomioitava. Hedelmöityshoitojen tarkempia perusteita määriteltäessä korostuvat lisäksi yhteiskunnalliset arvot ja etiikka.



Perustuslaki sisältää velvoitteen turvata riittävät palvelut, mutta ei ota tarkemmin kantaa siihen, miten palveluiden järjestäminen ja tuottaminen toteutetaan. Näin ollen velvoite voidaan oman palvelutuotannon lisäksi tai sijasta täyttää esimerkiksi ostopalveluilla.

Perustuslain [6 §:n](#) yhdenvertaisuutta koskevan säännöksen perusteella erilainen kohtelu on mahdollista, jos sille on hyväksyttävä peruste. Keskeinen kysymys on, miten viime kädessä yksilöllisen tarpeen arviointiin perustuva oikeus riittäviin palveluihin toteutetaan niin, että tosiasiallinen yhdenvertaisuus samalla toteutuu. Palkon vakiintuneen kannan mukaan se toteutuu terveydenhuollossa silloin, kun (riittävän) samanlaisessa asemassa olevilla on oikeus samantyyppisiin palveluihin. Palkon suositukset toteuttavat osaltaan tätä tavoitetta.

Toisaalta samalla on huomioitava, toteutuuko terveydenhuollon resurssien jako eri sairauksia sairastavien tai eri tilanteissa olevien kesken oikeudenmukaisesti. Hedelmöityshoitojen osalta tämä liittyy erityisesti resurssien jakoon lääketieteellisiin syihin (sairauteen) perustuvien ja ei-lääketieteellisiin syihin (sosiaalisiin) perustuvien hoitojen kesken. Asiaan liittyy myös yhdenvertaisuuslain soveltaminen eli missä määrin eri ryhmiä on oikeutettua kohdella eri tavoin.

Perustuslain [7 §:n 1 momentin](#) turvaamaan henkilökohtaiseen vapauteen katsotaan sisältyvän oikeus hankkia tai olla hankkimatta lapsia. Tilanteissa, joissa lisääntyminen ei onnistu luonnollisesti, ei kuitenkaan synny tämän säännöksen nojalla oikeutta saada tarvittavia terveyspalveluita julkisen vallan turvaamina, vaan säännöstä tulee tulkita rinnan muiden perustuslain säännösten sekä muun sääntelyn kanssa. Perustuslain 10 §:n mukaisen yksityiselämän suojan katsotaan kattavan myös perhe-elämän suojan.

3.2.3 Terveydenhuoltolain soveltamisesta

[Terveydenhuoltolaki](#) säätelee julkisesti järjestettyjen terveyspalveluiden toteuttamista ja sisältää. Terveydenhuoltolain [7a §:n](#) mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan (terveyspalvelut, joihin käytetään julkista rahoitusta) sisältyy lääketieteellisesti (tai hammaslääketieteellisesti) perusteltu toiminta. Tämän perusteella ei-lääketieteellisten syiden perusteella annettava hedelmöityshoito rajautuisi aina palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Hedelmöityshoitoja on kuitenkin edellä todetusta huolimatta annettu julkisessa terveydenhuollossa ei-lääketieteellisin syin ainakin vuodesta 2020 alkaen, jolloin katsottiin oikeuden lahjasoluhoidoihin kuuluvan myös itsellisille naisille ja naispareille. Tätä ennenkin

nämä ryhmät olivat olleet aika ajoin hoidon piirissä, mikäli hoidon perusteena oli todettu lääketieteellinen syy. Asiaan liittyy korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisusta [KHO 2020:159](#) ja [KHO 2020:160](#) ilmenevä, yhdenvertaisuuslain soveltamista koskeva tapahtumankulku. Koska oikeudenkäyntien kohteena ei kuitenkaan ollut se, missä tilanteissa lahjasoluhoidot kuuluvat palveluvalikoimaan ja koska KHO päätyi hylkäävään ratkaisuun muodollisilla perusteilla, on epäselvää, mikä on ratkaisujen ennakkopäätösarvo.

Palko on kohdassa 1 kuvatun mukaisesti pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriötä harkitsemaan lainsäädännön kehittämistä, jotta se olisi johdonmukainen ja jotta oikeudenmukainen resurssien jako voitaisiin varmistaa nykyistä paremmin.

Koeputkihedelmöityshoidot on terveydenhuoltolain nojalla annetun asetuksen [6 §:n](#) nojalla keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin ja alkiodiagnostiikka Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan.

3.2.4 Hedelmöityshoitolaian soveltamisesta

[Laki hedelmöityshoidoista](#) (jatkossa hedelmöityshoitolaki) säätelee mahdollisuuksia toteuttaa hedelmöityshoito ja asettaa rajoituksia ja edellytyksiä hoidon toteuttamiselle. Lakia sovelletaan sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa annettavaan hoitoon. Palkon käsityksen mukaan hedelmöityshoitolakia alun perin ei ollut tarkoitettu sovellettavaksi julkisen terveydenhuollon järjestämistä säätelevänä lakina, eikä sen itsessään ollut tarkoitus luoda oikeutta saada hedelmöityshoitoa julkisessa terveydenhuollossa. Tosiasiassa hedelmöityshoitolakia on kuitenkin sovellettu kuin se olisi järjestämislainsäädäntöä, mikä ilmenee mm. liitteessä 5 kuvatuista ratkaisuista. Hedelmöityshoitolaian uudistamistarve on tunnistettu ja mahdollisissa tulevisissa lainuudistuksissa tulisi muun ohella selventää hedelmöityshoitolaian säännösten ja julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuun suhde.

3.2.5 Asiaksmaksuista ja sairausvakuutuskorvauksista

Julkisessa terveydenhuollossa toteutetusta hedelmöityshoidosta peritään [sosiaali- ja terveydenhuollon asiaksmaksuista annetun lain](#) mukaiset maksut ja julkisen terveydenhuollon maksukatto koskee näitä maksuja (vuonna 2023 692 euroa). Asiaksmaksulain nojalla potilaalta voidaan vuonna 2023 periä poliklinikkakäynnistä enintään 41,80 euron maksu.



Palkon suosituksia, joiden antaminen perustuu terveydenhuoltolakiin, sovelletaan julkisesti järjestettyyn hoitoon sekä yksityiseen hoitoon, josta saa sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen. Mikäli menetelmä tai toimenpide on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, sen kustannuksista ei saa sairausvakuutuskorvausta.

[Sairausvakuutuslain 1 luvun 1 §:n](#) nojalla korvataan ainoastaan sairauden hoidosta sekä raskaudesta tai synnytyksestä johtuvia kustannuksia ja ansionmenetyksiä. Kelan soveltamiskäytännön mukaan hedelmöityshoito katsotaan sairauden hoidoksi, jos raskautta on yritetty vähintään vuoden ajan onnistumatta. Itsellisillä naisilla ja naispareilla sairauden kriteerin katsotaan täyttyvän, kun on todettu hedelmättömyyttä aiheuttava syy tai kun neljä inseminaatiota lahjasiittiöillä ei ole johtanut raskauteen.

Vuoden 2023 alusta voimaan tulleiden sairausvakuutuslain muutosten jälkeen korvausta ei saa enää hedelmöityshoitoon liittyvistä toimenpiteistä, vaan ainoastaan vastaanottokäynneistä. Yksityisessä terveydenhuollossa määrättyihin avohoidon lääkkeisiin – myös hedelmöityshoitoihin liittyviin – saa edelleen sairausvakuutuskorvauksen, mikäli lääkkeelle on hyväksytty sairausvakuutuskorvattavuus ja mikäli edellytys sairauden hoidosta toteutuu. Muussa tapauksessa lääkkeen kustannukset jäävät henkilön itsensä maksettavaksi.

Yksityissektorilla annettavaan hedelmöityshoitoon, josta ei saa sairausvakuutuskorvausta, ei sovelleta Palkon suosituksia. Niiden toteuttamista säätelee yksityistä terveydenhuoltoa ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö, jonka noudattamista valvontaviranomaiset (Valvira ja AVIt) valvovat.

[Rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n](#) 1.5.2023 voimaan tulleen muutoksen jälkeen toisessa EU-maassa, Euroopan talousalueeseen kuuluvassa maassa sekä Sveitsissä ja Iso-Britanniassa annettu hoito korvataan enintään siihen määrään saakka, mitä vastaavan terveydenhuollon palvelun kustannus olisi ollut julkisessa terveydenhuollossa. Korvaus ei voi kuitenkaan ylittää henkilön terveyspalvelusta tosiasiallisesti maksamaa kustannusta. Matkakustannukset ja lääkkeet korvataan jatkossakin sairausvakuutuslain nojalla. Korvauksen saamisen ehtona on lisäksi, että ulkomailla annettu terveydenhuollon palvelu kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan Suomessa ja palvelu olisi tullut antaa vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Lisäksi korvauksen saaminen edellyttää lähetettä, koska sellainen edellytetään julkisessa terveydenhuollossa myös kotimaassa. Vaihtoehtoisesti henkilö voi



saada ennakkoluvan, mikäli sen edellytykset täyttyvät. Aiemmin korvauksen suuruus vastasi sairausvakuutuslain nojalla maksettavaa korvausta. Korvauksen parantuminen saattaa lisätä kiinnostusta hakeutua hoitoihin ulkomaille.

3.2.6 Potilaslain soveltamisesta

[Laki potilaan asemasta ja oikeuksista](#) (potilaslaki) säätelee yleislakina sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon potilaan asemaa. Koska hedelmöityshoidoissa ja muissa lisääntymislääketieteen menetelmissä ei kaikilta osin ole kyse lain [2 §:n 2 kohdan](#) tarkoittamista potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtävistä toimenpiteistä, on jossain määrin epäselvää, missä määrin lakia nimenomaisesti sovelletaan niihin. Käytännössä tähän seikkaan ei ole esimerkiksi valvontaviranomaisten käytännössä kiinnitetty huomiota, vaan potilaslakia on suoraan sovellettu kaikkiin tilanteisiin. Toisaalta analogisella soveltamisella päästään pitkälti samaan lopputulokseen.

3.2.7 Muu lainsäädäntö

[Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä](#) ja [yhdenvertaisuuslaki](#) koskevat myös sekä julkista että yksityistä terveydenhoitoa. Samoin [laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä](#) (kudoslaki) koskee sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa.

3.3 Kansainväliset sopimukset ja oikeuskäytäntö

Seuraavassa käydään läpi keskeiset hedelmöityshoitoihin ja syntyvän lapsen asemaan liittyvät kansainväliset sopimukset, jotka velvoittavat Suomea laintasoisesti.

3.3.1 Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus

[Ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyn yleissopimuksen](#) (Euroopan ihmisoikeussopimus) 2 artiklan (Oikeus elämään) mukaan jokaisen oikeus elämään on suojattava laissa.

Sopimuksen 8 artiklan nojalla jokaisella on oikeus nauttia mm. yksityis- ja perhe-elämäänsä kohdistuvaa kunnioitusta ja 12 artiklan mukaan avioliittoiässä olevilla miehillä

ja naisilla on oikeus mennä avioliittoon ja perustaa perhe tämän oikeuden käyttöä sääntelevien kansallisten lakien mukaisesti.

Sopimuksen 14 artiklan mukaan siinä tunnustetuista oikeuksista ja vapauksista nauttiminen taataan ilman minkäänlaista sukupuoleen, rotuun, ihonväriin, kieleen, uskontoon, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, kansalliseen vähemmistöön kuulumiseen, varallisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää. Sopimuksen XII lisäpöytäkirjassa vuodelta 2000 toistetaan kaikenlaisen syrjinnän kieltö.

3.3.2 Euroopan Unionin perusoikeuskirja

[Euroopan Unionin perusoikeuskirjan](#) 1 artiklan mukaan ihmisarvo on loukkaamaton ja sitä on kunnioitettava ja suojeltava. Toisen artiklan mukaan jokaisella on oikeus elämään.

Perusoikeuskirjan 7 artiklan mukaan jokaisella on oikeus siihen, että mm. hänen yksityis- ja perhe-elämänsä kunnioitetaan. Edelleen 9 artiklan mukaan oikeus solmia avioliitto ja oikeus perustaa perhe taataan tämän oikeuden käyttöä sääntelevien kansallisten lainsäädäntöjen mukaisesti.

Syrjintäkiellon sisältävässä 21 artiklassa kielletään kaikenlainen syrjintä, joka perustuu sukupuoleen, rotuun, ihonväriin tai etniseen taikka yhteiskunnalliseen alkuperään, geneettisiin ominaisuuksiin, kieleen, uskontoon tai vakaumukseen, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen vähemmistöön kuulumiseen, varallisuuteen, syntyperään, vammaisuuteen, ikään tai sukupuoliseen suuntautumiseen tai muuhun sellaiseen seikkaan.

Perusoikeuskirjan 24 artiklan kaikissa lasta koskevissa viranomaisten tai yksityisten laitosten toimissa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu ja 33 artiklan mukaan perheen oikeudellinen, taloudellinen ja yhteiskunnallinen suoja varmistetaan.

Sopimuksen 35 artiklan (Terveiden suojeleminen) mukaan jokaisella on oikeus saada ehkäisevää terveydenhoitoa ja lääkinnällistä hoitoa kansallisen lainsäädännön ja kansallisten käytäntöjen mukaisin edellytyksin.

3.3.3 Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus



[Ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla tehdyn yleissopimuksen](#) (Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus) 14 artiklan mukaan

hedelmöityshoitomenetelmiä ei saa käyttää syntyvän lapsen sukupuolen valitsemiseen, paitsi jos niillä on tarkoitus välttää vakava sukupuolisidonnainen perinnöllinen sairaus.

3.3.4 YK:n kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus

[YK:n kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen](#) 17

artiklan nojalla mm. kenenkään yksityiselämään tai perheeseen ei saa mielivaltaisesti tai laittomasti puuttua eikä suorittaa hänen kunniaansa ja mainettaan loukkaavia hyökkäyksiä.

Sopimuksen 23 artiklan mukaan perhe on yhteiskunnan luonnollinen ja perustavaa laatua oleva yhteisö ja sillä on oikeus yhteiskunnan ja valtion suojeluun. Avioliittoiässä oleville miehille ja naisille on tunnustettava oikeus solmia avioliitto ja perustaa perhe.

Sopimuksen 24 artiklan mukaan jokaisella lapsella on ilman rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen tai syntyperään perustuvaa syrjintää oikeus alaikäisyytensä edellyttämään suojeluun perheensä, yhteiskunnan ja valtion taholta.

Sopimuksen 26 artiklan mukaan kaikki ihmiset ovat oikeudellisesti yhdenvertaisia ja oikeutettuja ilman minkäänlaista syrjintää yhtäläiseen lain suojaan. Tässä suhteessa lain tulee kieltää kaikki syrjintä ja taata kaikille henkilöille yhtäläinen ja tehokas suojelu rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää vastaan.

3.3.5 YK:n lapsen oikeuksien sopimus

[YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen](#) 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Sopimusvaltiot sitoutuvat takaamaan lapselle hänen hyvinvoinnilleen välttämättömän suojelun ja huolenpidon ottaen huomioon hänen vanhempiansa, laillisten huoltajiensa tai muiden hänestä oikeudellisessa vastuussa olevien henkilöiden oikeudet ja velvollisuudet. Tähän pyrkiessään sopimusvaltiot ryhtyvät kaikkiin tarpeellisiin lainsäädäntö- ja hallintotoimiin.



Sopimuksen 4 artiklan mukaan sopimusvaltiot ryhtyvät kaikkiin tarpeellisiin lainsäädännöllisiin, hallinnollisiin ja muihin toimiin yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksien toteuttamiseksi.

3.3.6 YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus

[YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen](#) 10 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että:

1. suurin mahdollinen suojele ja apu on annettava perheelle, joka on yhteiskunnan luonnollinen ja perustavaa laatua oleva yhteisö, varsinkin sen perustamista varten ja niin kauan kuin se on vastuussa vajaavaltaiten lasten huollosta ja kasvatuksesta. Avioliiton on perustuttava avioliittoon aikovien vapaaseen tahtoon;
2. erityistä suojele on myönnettävä äideille kohtuullisena aikana ennen ja jälkeen lapsen synnytyksen. Tänä aikana työssä käyville äideille olisi myönnettävä palkallinen loma tai loma riittävin sosiaaliturvaeduin;
3. erityisiin suojele- ja avustustoimenpiteisiin olisi ryhdyttävä kaikkiin lapsiin ja nuoriin henkilöihin nähden ilman syntyperään tai muihin seikkoihin perustuvaa syrjintää. Lapset ja nuoret henkilöt tulisi suojele taloudelliselta ja sosiaaliselta hyväksikäytöltä. Heidän pitämisenä työssä, joka on haitallista heidän moraalilleen tai terveydelleen tahi joka on hengenvaarallista tahi joka saattaa haitata heidän normaalia kehittymistään, olisi lailla määrättävä rangaistavaksi. Valtioiden on myös vahvistettava ikäraajat, joita nuorempien lasten ottaminen palvelukseen on kiellettyä ja rangaistavaa.

3.3.7 YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista

[YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen](#) 1 artiklan mukaan sen tarkoituksena on edistää, suojele ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet sekä edistää vammaisten henkilöiden synnynnäisen arvon kunnioittamista. Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Sopimuksen 22 artiklan mukaan asuinpaikasta tai -järjestelyistä riippumatta mm.

kenenkään vammaisen henkilön yksityisyyteen tai perheeseen ei saa mielivaltaisesti tai laittomasti puuttua.

Sopimuksen 23 artiklan mukaan sopimuspuolet toteuttavat tehokkaat ja asianmukaiset toimet, joilla poistetaan vammaisiin henkilöihin kohdistuva syrjintä kaikissa avioliittoon, perheeseen, vanhemmuuteen ja henkilökohtaisiin suhteisiin liittyvissä asioissa yhdenvertaisesti muiden kanssa, varmistaakseen, että:

a) tunnustetaan kaikkien avioliittoikäisten vammaisten henkilöiden oikeus solmia avioliitto ja perustaa perhe sitä aikovien puolisoiden vapaan ja täyden suostumuksen perusteella;

b) tunnustetaan vammaisten henkilöiden oikeudet päättää vapaasti ja vastuullisesti lastensa määrästä ja ikäerosta ja saada ikänsä mukaista tietoa ja lisääntymisterveys- ja perhesuunnitteluvalistusta, ja annetaan tarvittavat keinot näiden oikeuksien käyttämiseen;

c) vammaiset henkilöt, mukaan lukien lapset, säilyttävät hedelmällisyytensä yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Sopimuspuolet varmistavat vammaisten henkilöiden oikeudet ja vastuut, jotka liittyvät huoltoon ja holhoukseen, edunvalvontaan, lasten adoptointiin tai vastaaviin järjestelmiin, sikäli kuin kansallinen lainsäädäntö tuntee nämä käsitteet; kaikissa tapauksissa lapsen etu on asetettava etusijalle. Sopimuspuolet antavat vammaisille henkilöille asianmukaista apua heidän lastenkasvatusvastuunsa kantamisessa.

3.3.8 Kansainvälisten sopimusten merkityksestä

Edellä kuvatun mukaisesti useampi kansainvälinen sopimus sisältää kohtia, joilla on merkitystä hedelmöityshoitojen kannalta, mutta ainoastaan Euroopan neuvoston biolääketieteen sopimuksessa mainitaan hedelmöityshoidot nimenomaisesti. Euroopan ihmisoikeussopimusta voidaan pitää Suomen näkökulmasta keskeisimpänä sopimuksena ja sen soveltamisesta on myös eniten ratkaisukäytäntöä Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen tuomioiden kautta.

Euroopan ihmisoikeussopimuksen tulkinnessa on viime vuosikymmeninä korostunut, ettei siihen liittyneillä mailla ole vain velvollisuutta olla puuttumatta yksilöiden elämään, vaan myös velvollisuus positiivisilla toimilla turvata oikeuksien toteutuminen. Oikeus terveyteen sisältää myös oikeuden terveystalveluihin ja niiden osana lisääntymislääketieteen alaan kuuluviin palveluihin. Ihmisoikeussopimuksessa ei kuitenkaan mainita oikeutta terveyteen



tai terveyspalveluihin erikseen, vaan sen on katsottu sisältyvän oikeuteen elämään. Koska terveydenhuollon resurssijako kuuluu kuitenkin kansalliseen päätösvaltaan, ratkaisukäytäntöä – varsinkaan velvoittavaa – ei juurikaan ole. (Hirvelä-Heikkilä 2013)

Ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisujen mukaan oikeus lisääntyä tai olla lisääntymättä kuuluu artiklan 8 mukaisen yksityis- ja perhe-elämän suojan piiriin. Samoin hedelmöityshoitoihin pääsyn estäminen voi tulla arvioitavaksi sekä yksityis- ja perhe-elämän suojan että yhdenvertaisuuden loukkauksena. Oikeus lisääntyä ei ole kuitenkaan ehdoton, vaan se tulee suhteuttaa muihin, sen kanssa mahdollisesti ristiriidassa oleviin oikeuksiin, kuten (toisen vanhemman) oikeuteen päättää vanhemmaksi tulemisestaan tai syntyvän lapsen etuun.

Valtioilla on ns. harkintamarginaali sen suhteen, miten palveluiden antamista tarkemmin säädellään. Sopimukset eivät takaa absoluuttista oikeutta hedelmöityshoitoihin, mutta kriteerit eivät saa kuitenkaan vaarantaa yhdenvertaisuutta. Perhe- ja yksityiselämän suojan osalta harkintamarginaalin katsotaan olevan suurempi kuin monilla muilla aloilla, koska esimerkiksi ihmisoikeussopimukseen liittyneiden maiden yhteiskunnat ovat kulttuurillisesti ja uskonnollisesti erilaisia. Ihmisoikeustuomioistuin on pannut painoa myös sille, että mahdollisista rajoituksista on päätetty parlamentaarisesti. (Nieminen 2013, Toebe et al. 2022)

Ihmisoikeussopimuksen lisäksi muutkin luetellut kansainväliset sopimukset sitovat Suomea laintasoisesti, mutta niihin ei sisälly samanlaista oikeussuojamekanismia kuin ihmisoikeussopimukseen. Eri sopimusten sisältämä sääntely on osin päällekkäistä ja usein varsin yleisellä tasolla.

3.4 Eri osapuolten oikeudellisesta asemasta

Seuraavassa käsitellään eri osapuolten oikeudellista asemaa edellä selostetun lainsäädännön ja sopimusten perusteella. Eri osapuolten oikeudet ja velvollisuudet määräytyvät suhteessa toisiinsa osapuoliin, joten tulkinnot voivat vaihdella tilanteen mukaan.

3.4.1 Hoitoa saava(t) tai sitä haluava(t)

[Hedelmöityshoitolaki](#) on keskeisin hedelmöityshoitoja säätelevä laki. [Lain 2 §:n 2 kohdan](#) mukaan hoitoa saavalla tarkoitetaan paria tai sellaista naista, joka ei elä avioliitossa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa. [Sukupuolen](#)



[vahvistamisesta annetun lain \(295/2023\) 3 §:n 3 momentin](#) nojalla hedelmöityshoitolakia sovellettaessa henkilön sukupuolena pidetään henkilön syntymässä määriteltyä sukupuolta.

Edellä todettujen sopimusten perusteella ihmisoikeuksiin kuuluu oikeus perustaa perhe ja tästä oikeudesta on johdettu oikeus päättää lapsiluvusta ja lisääntymismuodosta.

Kenelläkään ei ole kuitenkaan tämän perusteella ehdotonta oikeutta saada hedelmöityshoitoa. Valtio voi harkintamarginaalinsa puitteissa asettaa yhdenvertaisuuden huomioiden ehtoja ja rajoitteita sille, mitä hoitoja ja kenelle tarjotaan, mutta niiden tulisi perustua parlamentaarisesti hyväksyttyihin sääntöihin.

Hedelmöityshoito voidaan toteuttaa, jos kysymys on lain soveltamisalaan kuuluvasta tilanteesta, eivätkä lakiin sisältyvät yleiset rajoitukset tai yksittäistapausta koskevat esteet tule sovellettaviksi. Yksilötason harkinnassa on huomioitava, etteivät perusteet saa olla syrjiviä. Lain [3 §:n](#) nojalla hoito voidaan toteuttaa hoitoa saavan omia sukusoluja ja alkioita taikka luovutettuja sukusoluja ja alkioita käyttäen. Hoidossa voidaan käyttää maahantuotuja sukusoluja ja alkioita (tällä hetkellä käytetään vain yksityissektorilla), jos laissa olevat luovuttajaa koskevat vaatimukset täyttyvät. Ennen lääkärin tekemää päätöstä hoidon toteuttamisesta on käytävä hedelmöityshoitolain mukaiset menettelyt.

Sekä [potilaslain 5 §](#) että [hedelmöityshoitolain 9 §](#) sisältävät säännöksiä asianmukaisesta informoinnista päätöksenteon pohjaksi. Tähän on kiinnitetty huomiota myös liitteessä 5 kuvatuissa oikeusasiamiehen ratkaisuissa. Hedelmöityshoitolaki erityislakina sisältää potilaslakia yksityiskohtaisemmat säännökset informoinnin toteuttamisesta ja sisällöstä.

[Potilaslain 6 §:n](#) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Vaikka pykälän otsikko on ”potilaan itsemääräämisoikeus”, sen sisällöstä seuraa, ettei potilaalla ole oikeutta automaattisesti saada haluamaansa hoitoa. Ensisijaisesti yhteisymmärrykseen hoidon toteuttamisesta ja sisällöstä tulee pyrkiä keskustelemalla, mutta viime kädessä lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta [hedelmöityshoitolain 11 §:n](#) ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n nojalla. Hedelmöityshoitojen osalta hedelmöityshoitolaki – erityisesti sen [8 §](#) – erityislakina sisältää myös säännöksiä, jotka päätöksenteossa tulee ottaa huomioon. Edellä todetusta seuraa, että potilaan itsemääräämisoikeus rajoittuu oikeuteen kieltäytyä hoidosta, mutta toisaalta [potilaslain 6 §:n](#) nojalla lääkärillä on kuitenkin velvollisuus mahdollisuuksien mukaan hoitaa häntä



muilla keinoin. Julkisessa terveydenhuollossa käytettävissä oleviin hoitovaihtoehtoihin saattaa lisäksi vaikuttaa lakia alemman asteinen sääntely, kuten yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, jolla pyritään yhdenvertaisuuden toteuttamiseen.

[Hedelmöityshoitolain 9 §:n](#) nojalla palvelun antajan velvollisuus on ennen hoidon antamista selvittää hoitoa saavalle hoidon tuloksena syntyvän lapsen ja muiden osapuolten oikeudellinen asema. Luovutettuja sukusoluja tai alkioita käytettäessä on lisäksi annettava tietoja syntyvän lapsen biologisen alkuperän mahdollisista vaikutuksista perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin ja siitä, miten mahdollisia ongelmia voidaan ehkäistä tai lievittää. Palvelujen antajan on myös järjestettävä hoitoa saavalle mahdollisuus keskustella näistä kysymyksistä asiantuntijan kanssa. Hoidon jälkeen hänen tulee tehdä asianmukaiset merkinnät asiakirjoihin.

Koska hedelmöityshoitoa ei voida antaa ennen edellä mainittujen tietojen antamista hoitoa saavalle, on hänen tai heidän velvollisuutena vastaanottaa informaatio ja sen jälkeen osana [10 §:n](#) mukaista hoitosuostumusta, allekirjoituksella vahvistettava tietojen saaminen. Koska lain [11 §:n](#) sanamuodon mukaan lääkäri päättää hoidon antamisesta varmistettuaan, että edellytykset hoidon antamiseen täyttyvät, käytännössä hoitoon hakeutuvalta edellytetään myös muuten aktiivisuutta tietojen antamisessa lääkärin päätöksenteon perustaksi.

[YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen](#) lähtökohta on vammaisten henkilöiden yhdenvertainen kohtelu suhteessa muihin ryhmiin. Sopimuksen 23 artiklan mukainen oikeus vapaasti päättää lasten määrästä ja ikäerosta ei tarkoita siis hedelmöityshoitojen osalta vapaata oikeutta hoitoihin, vaan heihin sovelletaan samaan sääntelyä kuin muihinkin hoitoa haluaviin. Synnyttävän henkilön osalta erityisesti arvioitavaksi tulee, muodostaako vammaisuus lääketieteellisen esteen hedelmöityshoidolle tai synnytykselle tai miten se vaikuttaa todennäköisyyteen tulla raskaaksi. Syntyvän lapsen kannalta arvioidaan toisen tai molempien vanhempien vammaisuuden vaikutus osana muuta lapsen tasapainoisen kehityksen mahdollisuuksien arviointia. Arvioinnissa tulee huomioida myös mahdollinen perheen ulkopuolisen avun tarve ja sen vaikutus lapseen.



Hoitoa saavan ja lapsen suhde sekä hänen tai heidän velvollisuutensa syntynyttä lasta kohtaan määräytyvät [vanhemmuutta](#) ja [lapsen huoltoa](#) koskevan lainsäädännön perusteella.

3.4.2 Palvelujen antajan oikeudellisesta asemasta

Edellä on kuvattu palvelujen antajan oikeuksia ja velvollisuuksia päätettäessä hedelmöityshoidon antamisesta yksittäistapauksessa.

Keskeisin seikka, josta palvelun antajan tulee ennen hedelmöityshoidon antamista varmistua, on lapsen tasapainoisen kehityksen turvaamisen edellytysten arvioiminen. Hedelmöityshoitolain mukaan hoitoa ei saa antaa, jos on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä. Tämän seikan arviointi joudutaan tekemään tilanteessa, jossa lasta – eikä siis vielä vanhemmuuttakaan – ole olemassa lukuun ottamatta tilanteita, joissa hoitoa saavalla on jo vanhempia lapsia. Arviointi perustuu saatuihin esitetietoihin, vastaanottokäyntien yhteydessä saatuihin tietoihin ja tehtyihin havaintoihin, saatavilla oleviin potilasasiakirjamerkintöihin sekä tarvittaessa pyydettyihin selvityksiin. Keskeiset tekijät, joiden avulla voidaan arvioida lapsen tasapainoisen kehityksen turvaamista, ovat hoitoa saavan tai saavien somaattinen ja psyykkinen terveydentila, päihteiden käyttö, sosiaaliset tekijät sekä kyky asettua lapsen asemaan ja olla lapselle emotionaalisesti läsnä.

Julkisessa terveydenhuollossa voi olla yksityistä terveydenhuoltoa laajemmat mahdollisuudet tutustua eri erikoisaloilla tehtyihin potilasasiakirjamerkintöihin. Etenkin julkisessa terveydenhuollossa hoitopäätöksen perustaksi tarvittavien tutkimusten ja haastattelujen tekemiseen osallistuu moniammatillinen tiimi.

Terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö lähtee yksilöllisen tarpeen mukaisesta hoidosta, mutta se on säädetty sairauden hoidon näkökulmasta. Tämän vuoksi mahdollisuudet hoitojen rajoittamiseen muilla kuin lääketieteellisillä perusteilla eivät ole oikeudellisesti selvät (ks. luku 1 ja esim. liite 5). Toivottu lapsiluku perustuu subjektiiviseen toiveeseen, eikä sen suhteen tarvetta voida samoilla perusteilla kuin sairauden hoidossa, jossa lääketieteelliset käytännöt säätelevät toteutettavien hoitojen sisältöä ja määrää. Nämä kaksi eri tilannetta tulisi jatkossa lainsäädännössä erottaa toisistaan. Lainsäädännössä



olisi myös huomioitava mahdollisuus rajoittaa hoitojen määrää julkisessa terveydenhuollossa lahjasolujen rajallisen saatavuuden vuoksi, jotta hoitoja voitaisiin tarjota mahdollisimman monille. [Hedelmöityshoitolaain 5 §:n](#) mukainen velvollisuus valita sukusolut, joiden luovuttaja muistuttaa ulkonäöltään (silmien ja hiusten väri, pituus) syntyvän lapsen asianomaista vanhempaa, kaventaa myös käytettävissä olevien sukusolujen määrää.

Terveystenhoitolaain 27 ja 32 §:n nojalla julkisen terveydenhuollon on järjestettävä hedelmöityshoitoa saavalle tarpeellinen psyykinen tuki sekä yhteistyössä sosiaalihoollon kanssa tarvittavat sosiaalipalvelut. Osassa yksiköitä sosiaalityöntekijä on mukana moniammatillisen tiimin toiminnassa.

Palvelujen antajan toiminnan yleistä säätelyä koskevat [hedelmöityshoitolaain 5 luvun](#) säännökset 24-28 §:ssä. Sukusolujen ja alkioden varastointi ja hedelmöityshoitojen antaminen vaatii Valviran luvan, jonka edellytyksenä on tarvittava erityisasiantuntemus ja henkilökunta sekä asianmukaiset tilat ja laitteet. Lisäksi on esitettävä selvitys 9 §:n mukaisen neuvonnan järjestämisestä.

Toiminnasta on annettava tietoja viranomaiselle ja Valvira voi määrätä toiminnan tarkastettavaksi. Toiminta voidaan määrätä keskeytettäväksi, jos siinä on puutteita tai epäkohtia ja lupa voidaan perua, jos niitä ei korjata asetetussa kohtuullisessa määräajassa.

Myös [laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä](#) (kudoslaki) säätelee palvelujen antajan toimintaa. Keskeisimmät säännökset ovat [6 luvun](#) toimintaa koskevat yleiset säännökset, joihin sisältyy mm. laatua ja turvallisuutta koskevia säännöksiä, sekä [6a luvun](#) kudoslaitoksen toimintaa koskevat säännökset, joissa mm. toiminnan luvanvaraisuudesta, ohjauksesta ja valvonnasta. Lupa-, ohjaus- ja valvontaviranomaisena toimii Fimea.

3.4.3 Syntyvä lapsi

Lapsen oikeuksien sopimuksen, joka on lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten osalta saatettu Suomessa voimaan lailla 1129/1991, 3 artiklan nojalla kaikissa hallintotoimissa,



jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Suurimmassa osassa tilanteita lapsen etu on sovitettavissa yhteen muun tahon edun kanssa niin, että kummatkin voivat toteutua mahdollisimman laajasti. Mikäli näin ei kuitenkaan ole mahdollista tehdä, on artiklan nojalla viime kädessä asetettava lapsen etu edelle.

Yleisemmin lapsen oikeudellista asemaa Suomessa turvaa vanhemmuutta ja lapsen huoltoa koskeva lainsäädäntö sekä tarvittaessa lastensuojelua koskeva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön ohella. Tätä lainsäädäntöä voidaan käyttää apuna arvioitaessa hedelmöityshoitopäätöstä tehtäessä, tulisiko vaatimus lapsen tasapainoisen kehityksen turvaamisesta täyttymään. Samoin [adoptiolain](#) soveltamiskäytäntöä voidaan hyödyntää arvioinnissa.

Hedelmöityshoitolaki ei sisällä erityisiä syntynyttä lasta koskevia säännöksiä, vaan hänen asemansa syntymän jälkeen määräytyy lapsia ja heidän vanhempiaan tai huoltajiaan koskevan lainsäädännön perusteella. Ainoa poikkeus tästä on [23 §:ssä](#) säädetty lahjasolusta tai –alkiosta syntyneen henkilön oikeus saada täysi-ikäiseksi tultuaan halutessaan tieto luovuttajasta, mutta ennen kuin hän voi pyytää luovuttajan tietoja, hänellä tulee olla tieto luovutettujen solujen tai alkion käyttämisestä. Vanhemmilla ei ole oikeudellista velvoitetta edistää tämän tiedon saamista, mutta siihen kannustetaan, koska sillä on lapsen kehityksen kannalta suuri merkitys. Tiedon saanti voi muodostua ongelmaksi erityisesti silloin, jos vanhemmat ovat kuolleet.

3.4.4 Sukusolujen luovuttaja

Sukusolun luovuttajan valintaprosessi on kuvattu kohdassa 2.2.2.

Luovuttajan sukusolujen käyttäminen hedelmöityshoidossa edellyttää, että hän on antanut suostumuksen siihen. Lisäksi luovuttajan suostumus vaaditaan sukusolujen käyttämiseen muulle kuin parille. Silloin kun hoitoa annetaan naisparille tai naiselle yksin, siittiöiden luovuttaja voi lisäksi suostua siihen, että hänet voidaan vahvistaa tällaisen hoidon tuloksena syntyneen lapsen isäksi. Tällöin hänelle annetaan tieto lapsen syntymästä hedelmöityshoitolain [12 §:n](#) 3 momentissa kuvattua menettelyä käyttäen.

4 Eettinen analyysi

Valmistelutyössä kartoitettiin suosituskokonaisuuteen liittyviä arvokysymyksiä Palkon käsikirjan mukaisesti EUnetHTA-ydinmallin kysymysten avulla (EUnetHTA 2016). Korttien kuvaamat keskeiset arvokysymykset tunnistettiin jaoston keskusteluissa, potilasjärjestöjen edustajien tapaamisissa, lapsiasiavaltuutetun toimiston edustajan tapaamisessa, potilaiden tapaamisissa sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Työn aikana tunnistettiin, että suositukseen liittyy poikkeuksellisen paljon arvokysymyksiä, jotka koskevat laajempia kysymyksiä kuin mihin EUnetHTA-ydinmalli keskittyy. Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän yleisinä haasteina ovat mm. resurssien luomat rajoitteet, alueelliset erot, teknologinen kehitys ja kansalaisten lisääntyvät odotukset. Järjestelmän yhdenvertaisuuden varmistamiseksi on tarpeen katsoa, mitkä asiat tulisi olla julkisesti rahoitettuja ja mitä tulisi säännöstellä sekä mitä periaatteita säännöstelytilanteessa (kysyntä ylittää tarjonnan) olisi oikeudenmukaista käyttää. Tämän vuoksi tämä analyysi päädyttiin tekemään reflektiivisellä tasapainomenetelmällä. Analyysi kokonaisuudessaan on luettavissa liitteessä 6.

4.1 Menetelmä: reflektiivinen tasapainomenetelmä (RE)

Reflektiivisellä tasapainomenetelmällä tehtävä eettinen analyysi tukee osaltaan lääketieteellisen tutkimustiedon, ja yhteiskunnallisten, juridisten ja eettisten kysymysten tasapainoista huomiointia palveluvalikoiman määrittämisessä. Reflektiivisessä tasapainomenetelmässä yhdessä (tässä: lisääntymislääketieteellisessä) menetelmässä käytettävien harkittujen, normatiivisten arvostelmien pitäisi olla yhteensopivia myös laajemmassa julkisessa terveydenhuollon viitekehyksessä käytettävien normatiivisten harkittujen arvostelmien ja periaatteiden kanssa (Sandman & Hansson 2020), jotta palveluvalikoimasta muodostuisi koherentti ja oikeudenmukainen.

4.2 Normatiiviset periaatteet

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon resurssien jaon perusteet ja menettelyt pohjautuvat lainsäädäntöön. Seuraavat, perustuslaista johdettavissa olevat normatiiviset periaatteet toimivat terveydenhuollon resurssien jaon ohjauskeinoina.

1) Vain terveystarpeet pitäisi hoitaa julkisessa terveydenhuollossa.

2) Mitä suurempi terveystarve on, sen enemmän perusteltua on sen saada rahoitusta, muiden asioiden ollessa yhtäläisiä.

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 resurssien oikeudenmukainen jako, mutta myös muita eettisiä näkökulmia kulkee analyysissä mukana (ks. myös Sandman & Hansson 2020).

Lisäksi hedelmöityshoitoja ja muita lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä koskevassa eettisessä analyysissä on huomioitava ihmisyyys ja sen jatkuvuus. Tällä on myös vaikutusta yhteiskunnan jatkuvuuteen. Edellinen sukupolvi on aina riippuvainen seuraavasta. Lasten arvo ei ole välineellinen (esim. väline vanhempiensa onneen), vaan hedelmöityshoidoissa pitää huomioida se, että heillä on itseisarvo ja jos he syntyvät, on heillä yksilönvapaus ja oikeuksia.

4) Ihmisarvon kunnioittaminen

4.3 Harkitut arvostelmat (HA) ja niiden analyysi

Eettiseen analyysiin 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. Niitä verrataan kriittisesti edellä mainittuihin normatiivisiin periaatteisiin, jotka ohjaavat rajallisten resurssien jakoa suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa.

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

Tiivistäen ensimmäisen harkitun arvostelman pohdinnassa käytettiin 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. Se on riippuvainen yksilön tai parin



preferenssistä saada lapsi. Pelkkä preferenssi saada oma lapsi ja se, ettei lasta sillä hetkellä ole, 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 – esimerkiksi hedelmättömyyteen tai vaikeisiin sairauksiin, jotka vaikuttavat lisääntymiseen – on kuitenkin lähtökohtaisesti (prima facie) perusteltua tarjota tätä palvelua julkisessa terveydenhuollossa.

Asiaa pitää tarkastella myös terveysongelman vakavuuden kannalta ja siihen kytkeytyen myös palveluntarjoajien voimavarojen kantokyvyn kannalta. Toisen periaatteen mukaan mitä suurempi terveystarve on, sen enemmän perusteltua on sen hoitamiseen saada (ts. olla osa julkisesti järjestettyä terveydenhuoltoa) rahoitusta. Terveystarpeen suuruus viittaa siihen, onko tila vakava ja onko tarpeen tyydyttämiselle muita mahdollisia toteuttamisvaihtoehtoja. Vaihtoehtoja käsitellään HA2n kohdalla tarkemmin. Lapsettomuus voi olla musertava kokemus, mutta lääketieteellisesti tarkasteltuna tila ei ole vakava. 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 aiheita nähdä lapsettomuus ainakin tässä suhteessa pienempänä terveysongelmana kuin terveystarpeet, jotka eivät muutu preferenssien muutosten myötä, jos terveysongelma on muuten samankaltainen kuin lapsettomuus.

Harkitun arvostelman haasteena on hyvinkin moninaiset syyt lapsettomuudelle. Jos samankaltaisia tarpeita hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa, tarvitaan erityinen peruste sille, ettei näissä tapauksissa annettaisi hedelmöityshoitoja, ja toisinpäin. Tämän muodollisen periaatteen mukaisesti olisi perusteltava, miksei itsellisten lisääntymisbiologisten miesten, miesparien tai kohduttomien naisten lapsettomuutta koskevia terveystarpeita hoidettaisi julkisessa terveydenhuollossa, mikäli käytettävissä olisi soveltuva hoitomenetelmä. 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. Perustelu lisääntymisterveyden sosiaalisesta luonteesta voi



antaa pohjaa poikkeamiselle tyypillisestä käytännöstä, mutta se vaatii tarkempaa argumenttia siitä, miten sosiaaliset seikat toimivat perusteena poikkeukselle.

Neljäs periaate 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 myös mahdollistaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyky tekemällä painotuksia. Terveydenhuollossa keskiössä ovat tyypillisesti lääketieteelliset perusteet, tämän valossa ei harkittu arvostelma HA1 ole ristiriidassa tämän periaatteen kanssa.

Niukkojen resurssien valossa 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.

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

Tiivistäen, HA2 keskittyy potilaan oikeuksiin julkisessa terveydenhuollossa. Kyse on kuitenkin siitä, mikä oikeus on kyseessä ja mihin. Onko HA2 arvostelma yhteensopiva periaatteiden ja HA1:n kanssa? Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu ensisijaisesti terveystarpeisiin eikä yksilön oikeus terveydenhuoltoon lähtökohtaisesti aja yli julkisen terveydenhuollon sääntelyperusteiden, tai oikeus terveydenhuoltoon automaattisesti tarkoita, 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, minkä yhteiskunta tunnistaa julkisesti rahoitettavaksi. Lisäksi, koska halu biologiseen lapseen ei välttämättä edes 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 enemmän perusteltua on sen saada rahoitusta, muiden asioiden ollessa yhtäläisiä – ei aiheuta ristiriitaa HA2:n kanssa.

Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaate ei toteudu tällaisen halun kohdalla nykykäytännössä ja periaate kiinnittää huomiota siihen, miten biologian merkitys ja julkisen terveydenhuollon resurssit saadaan tasapainotettua niin, ettei eriarvoisuus ainakaan lisäännä relevantisti samankaltaisten välillä. Keskeinen kysymys on, millaiset parit ja yksilöt ovat tässä kohtaa relevantisti samankaltaisia.

Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen mukainen 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.

Tiivistäen, miten HA3 suhteutuu esitettyihin periaatteisiin ja niiden kanssa tavoiteltavaan tasapainoon? Lapsettomuus on – lisämäärittelyn kanssa – terveystarve, mutta koettu kärsimys lapsettomuudesta ei näyttäisi eettisen analyysin perusteella 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 sen hoitamiseen olisi hedelmöityshoito julkisessa terveydenhuollossa.

Kärsimyksen kokemus voi kasvattaa terveystarpeen suuruutta, ensinnäkin siitä syystä, 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.

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 maailmaan tai joissa raskaus aiheuttaisi naiselle merkittävän riskin. Hedelmöityshoidot eivät myöskään takaa terveen lapsen syntymää, vaan niihin liittyy jonkin verran lisääntynyt riski lapsen terveysongelmiin (esim. Berntsen ym. 2019). Lisäksi jokainen lapsi on oma persoonansa, joka voi haastaa vanhemmuutta eri tavoin. Vanhemmuus ei takaa kärsimyksen poistumista, mutta se voi muuttaa muotoa.

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

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

Tiivistäen, HA4 on yhteensopiva ensimmäisen periaatteen kanssa, koska tässä tapauksessa on selvä lääketieteellinen peruste hoitoon. HA4 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. 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 terveydenedistämisen 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

Uhka hedelmällisyydelle on lääketieteellinen peruste, joka ei kyseenalaistu ensimmäisen periaatteen valossa, jonka mukaan vain lääketieteellisesti perustellut terveystarpeet tulee hoitaa julkisessa terveydenhuollossa. Sukusolujen keräämistä ja talteenottoa tehdään myös muista syistä, 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 analyysistä käy ilmi, luovuttajien sukusolujen talteenotto on samankaltainen tilanne, jota myös toteutetaan julkisessa terveydenhuollossa muissa yhteyksissä. Tarvittaisiin siis erityinen peruste, jos 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:stä ja on yhteensopiva HA4:n kanssa.

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

Syntyvyys on laskenut Suomessa jyrkästi viime vuosikymmeninä ja se tuo mukanaan haasteita (Väestöliitto 2023). Tämän valossa syntyvyyteen panostaminen kaikilla yhteiskunnan keinoin olisi kannatettava ajatus. Olisi kuitenkin yksinkertaistavaa ajatella, että pelkät syntyvyyden kasvuun tähtäävät keinot olisivat automaattisesti toimivia, 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. Kysymys ei ole vastakkainasettelusta siinä, että hedelmöityshoidot ovat syntyvyyden ja yhteiskunnan kestävyyskannalta tärkeitä ja näihin pitäisi panostaa muiden palveluiden hinnalla, vaan pikemminkin on nähtävä myös nämä muut yhteiskunnan palvelut mahdollisina keinoina edistää syntyvyyttä, lasten ja nuorten hyvinvointia sekä yhteiskunnan kestävyttä. Ydinhaasteet kestävän yhteiskunnan jatkuvuudelle näyttävät olevan jossain muualla kuin siinä, että hedelmöityshoitojen tarjonta ei riitä kaikille halukkaille. Tarvitaan yhteiskunnallista panostusta esimerkiksi hedelmällisyyttä koskevan tiedon välittämiseen ja perhesuunnittelun tukeen sekä 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.

HA6 ei koske vain terveydenhuollonjärjestelmää, vaan on laajempi argumentti ja sen perusteella se ei täysin sovi eettiseen analyysiin valittujen periaatteiden kanssa yhteen. 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 ei ole mielekäs tähän tarkasteluun. Ehkä voidaan todeta, että toive lapsesta voi toteutua myös tavoilla, joita ei tarvitse luokitella lapsettomien terveystarpeiksi. 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 eettisestä analyysistä käy ilmi, jos se tulkitaan argumenttina, joka edellyttää syntyvyyden kasvun priorisointia esimerkiksi muiden terveydenhuollon palveluiden kustannuksella, se voi äärimmillään loukata kokonaisia potilasryhmiä. Lisäksi se myös 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 harkitut arvostelmat), se ei sellaisenaan ole hyväksyttävissä tämän eettisen analyysin perusteella.

4.4 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.

5 Tapaamiset ja selvitykset

5.1 Potilasjärjestöt

Palko järjesti syyskuussa 2022 kaksi tapaamista seuraavien potilasjärjestöjen edustajien kanssa: Lapsettomien yhdistys Simpukka ry, Monimuotoiset perheet -verkosto, Suomen monikkoperheet ry, Gynekologinen potilasjärjestö Korento ry ja Sateenkaariperheet ry. Keskustelua käytiin kaikille etukäteen annettujen kysymyksien pohjalta ja keskeiset näkökulmat on tiivistetty kysymyksittäin.

Hoitoon pääsy ja sen järjestäminen: mikä toimii, mikä ei, mikä on jäänyt huomioimatta?



Toive saada lapsi on ensisijainen syy hakeutua hoitoihin elämäntilanteesta riippumatta. Sitä edeltää usein pitkälinen raskauden yrittäminen tai harkinta ja mahdollisesti muihin lääketieteellisiin toimenpiteisiin hakeutuminen. Hoitoon hakeutumisen perusteet voivat olla lääketieteellisiä, joiden syy ei aina selviä, tai elämäntilanteeseen liittyviä (itselliset naiset ja sateenkaariperheet). Monilla perheillä on ollut samanaikaisesti sekä lääketieteellinen että sosiaalinen eli perhemuotoon liittyvä syy.

Naisparissa toinen voi olla muunsukupuolinen tai transnainen, mikä voi vaikuttaa siihen, kummalla on mahdollisuus ja halu raskauteen. Sateenkaaripareilla voi myös olla käsitys, että raskaus alkaa heti kun hoitoihin pääsee ja tilanne, että ei tulekaan raskaaksi käytettävissä olevien kertojen aikana, voi olla järkytys.

Hedelmöittymiseen liittyvät sairaudet tulisi kartoittaa heti aluksi ainakin oireiluhistorian osalta, vaikka ei olisi diagnoosia. Erityisesti endometrioosipotilaille on tärkeää lähtötilanteen hyvä kartoittaminen, jotta ei tehtäisi turhia hoitokertoja huonojen alkuvalmisteluiden vuoksi. Ehdotettiin myös, että hoidot voitaisiin suunnitella yliopistosairaalassa, mutta toteuttaa lähellä kotipaikkaa.

Nais-miesparilta vaaditaan vuoden raskauden yrittäminen ja vastaavasti itsellisiltä naisilta vaaditaan vuoden parisuhteettomuutta. Moni itsellinen nainen on voinut käydä puolison kanssa hoidoissa, mutta on päädytty eroon. Tämän jälkeen itsellisenä hoitoon hakeutuvalla edellytetään vuotta ilman parisuhdetta, jolloin ikää karttuu ja ikäraja saattaa ylittyä. Tämä koettiin epäoikeudenmukaisena. Vuoden parisuhteettomuuden vaatimuksen ei katsottu vastaavan itsellisten naisten elämäntilanteita. Ihmiset muodostavat hyvin erilaisilla tavoin ja erilaisia suhteita, eikä lääkäri voi tavoittaa itsellisen naisen elämäntilannetta kysymällä "oletko seurustellut?" Voi myös olla seurustelusuhteita, joihin ei liity yhteistä tulevaisuutta tai jaettua vanhemmuutta. Ihminen yrittää sopeuttaa vastauksen hoitoon pääsemiseksi. Toisaalta, jos on aiemmin ollut puolison kanssa hoidossa, niin hoitokerrat nollautuvat, kun tulee hoitoon itsellisenä naisena.

Sateenkaariperheiden kokemuksena on, että mielenterveyssyistä on tehty kielteisiä päätöksiä ilman selkeitä perusteita. Monilla sukupuolidysforiasta kärsineillä on ollut mielenterveyden ongelmia ja myös seksuaalivähemmistöissä on paljon vähemmistöstressin kokeneita. Jos henkilö on saanut apua ja voi hyvin, ei historiatietoja

pitäisi tulkita vanhemmuuden esteeksi. Tarvitaan lisää osaamista sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen arviointiin sekä kohtaamiseen.

Mitä tulisi parantaa?

Hoitoon hakeutuvat eivät ole aina samaa mieltä ammattilaisten kanssa hoitopäätöksistä, mutta olisi helpompaa hyväksyä ne, jos perusteet olisivat selviä. Järjestöt totesivat, että hoitoon pääsyn pitäisi perustua yhtenäisiin, ymmärrettäviin ja hyväksyttäviin ryhmäkohtaisiin kriteereihin. Toisaalta yksilölliset tekijät tulisi huomioida paremmin, kun hedelmöityshoitoja aletaan suunnitella ja toteuttaa, koska se parantaisi järjestöjen mielestä oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta. Nyt vedotaan hoitovasteen todennäköisyyteen tai ”viivottimella” vedettyihin rajoihin (esim. painoindeksi).

Naisparit haluavat usein, että isä olisi perheen tuntema eli voisivat tuoda nimetyn luovuttajan myös julkiseen terveydenhuoltoon. Tätä pidettiin myös lapsen oikeutena. Myös apilaperheille (vanhemmuus on jaettu kahden perheen kesken, ns. kumppanuusvanhemmuus) tulisi mahdollistaa hoidot julkisessa terveydenhuollossa. Tämän arvioitiin tukevan itsellisten miesten ja miesparien tunnistetun isyyden mahdollisuutta. Nykyinen lainsäädäntö tuntee vain avio- ja avoparit sekä itselliset naiset.

Naisparien osalta esitettiin toivomus, että kumpaakin naista voitaisiin tarvittaessa hoitaa eli heillä olisi mahdollisuus yhteensä 12 hoitokertaan.

Transhenkilöiden osalta keskeinen toive on, että kaikki transprosessiin lähtevät saisivat huolellista lisääntymisneuvontaa ja että transmiesten hedelmällisyys säilytettäisiin. Sekä siittiöitä että munasoluja tulisi voida tallentaa sukupuolen korjaushoitojen yhteydessä. Transprosessi käynnistyy yleensä nuorena aikuisena, jolloin dysforian käsittely on vielä kesken, eikä raskaus ole ajankohtainen. Transprosessi voi myös käynnistyä henkilön ollessa heteroparisuhteessa ja toiveena on, että puolison hyväksyessä voitaisiin tallentaa alkioita, joita transmies voisi käyttää, vaikka parille tulisi ero.

Sukusoluneuvonnassa toivottiin keskittyvän tiedottamiseen. Järjestöt kokivat, että vanhemmuuden taitojen arviointi ei tue rehellisyyttä, jos on pelko hoitojen epäamisestä.

Esitettiin myös näkemys, että lahjasoluneuvonnassa tapahtuu portinvartijuutta, jossa sateenkaariperheiden kykyä vanhemmuuteen arvioidaan eri tavalla kuin heteroperheiden.

Hoitoon pääsyä pitäisi nopeuttaa eli lisätä resursseja, sillä omaa elämäntilannetta ei voi pysäyttää pitkäksi aikaa (mm. seurustelusuhteen aloitus, työpaikan vaihto). Keskeiseksi esteeksi hoitojen toteutumiseen on osoittautunut työn ja hoitojen yhteensovittaminen. Lapsettomuushoitoihin pääsy on työaikana hankalaa tai mahdotonta ilman palkatonta vapaata. Tämän vuoksi hedelmöitysklinikoiden aukioloaikoja tulisi laajentaa työaikojen ulkopuolelle.

Neljänkymmenen vuoden ikää lähestyvät pitäisi pystyä hoitamaan nopeammin.

Miesten oikeus vanhemmuuteen tulisi mahdollistaa sijaissyntytyksen avulla.

Hoitoon sitoutuminen

Hedelmöityshoitoihin hakeutuvat ovat asiaa jo pitkään pohtineet ja sitoutuminen on valmiiksi vahvaa. Lääkkeiden pistäminen ja hoitokäynnit ovat haasteellisia, jos työolosuhteet eivät jousta. Hoitoja tehdään sekä yliopistosairaaloissa että alueellisesti, mikä on hyvä. Onkin tärkeää, että osa hoidoista voidaan toteuttaa oman alueen sairaalassa ja vain vaativat toimenpiteet tehdään yliopistosairaalassa.

Järjestöt olivat tunnistaneet, että hoitoihin sitoutumista parantaa se, että annetaan sekä ennen että hoitojen aikana koko ajan tietoa siitä, mitä hoito edellyttää. Tietoa pitää antaa monitahoisesti, sillä tunnekuorman vuoksi moni ei pysty kerralla sisäistämään annettua tietoa. Kaikki ohjeet tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti ja lisäksi on oltava mahdollisuus kysyä jälkikäteen. Olisi myös hyvä, että sairaalan sivustoilla olisi tarkka kuvaus esim. lääkkeiden käytöstä ja haitoista. Parempi tuki ja tiedonanto voisi myös vähentää häiriökysyntää, kun hoitoa saavat tietävät, mihin ottaa yhteyttä missäkin asiassa.

Järjestöjen edustajat kertoivat kyselystä, jossa oli selvitetty psykososiaalisen tuen saantia. Potilasta vain pieni osa ilmoitti saaneensa psykososiaalista tukea, vaikka hoitajien ja lääkäreiden vastauksissa todettiin, että aina tarjotaan psykososiaalista tukea. Syytä näin isolle erolle ei tiedetä mutta on mahdollista, että tuen tarjoaminen ja sen tarve eivät

kohtaa. Järjestöjen edustajat painottivat, että potilailla on oltava varmuus siitä, että terveydenhuolto tarjoaa tukea hoidon eri vaiheissa.

Munasolujen keräys on yksityisellä mahdollista tehdä nukutuksessa, mutta ei julkisessa terveydenhuollossa. Myös tämä vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen.

Järjestöjen edustajat ehdottivat, että tulisi tarkemmin selvittää, mitkä tekijät liittyvät hyvään hoitoprosessiin ja ottaa ne kansallisesti yhdenmukaisesti käyttöön.

Hoitojen vaikuttavuus ja haitat

Haitat hyväksytään paremmin, jos niistä tietää etukäteen. Gynekologisten sairauksien yhteydessä hoidot aiheuttavat lisää kipua jo alun perin kivuliaalle potilaalle. Tätä ei järjestöjen mielestä ole aina otettu hoidoissa huomioon.

Monisikiöraskaus on riskiraskaus terveydenhuollon näkökulmasta. Perheiden suhtautuminen tilanteeseen voi olla hyvin vaihteleva: äärimmäisestä ilontunteesta paniikkiin.

Keskenmenot vaativat enemmän huomioita. Kokemusta vähätellään, koska ne ovat niin yleisiä, ja tulee tunne, että ei tule kuulluksi. Terveydenhuollossa tulisi olla taho, mistä voisi tarvittaessa saada tukea. Valinta kaavinnan ja lääkkeen välillä tulisi olla etukäteen pohdittu ja huomioida mahdollinen gynekologinen sairaus ja sen vaikutus hoidon valintaan. Myös keskeytyneen keskenmenon mahdollisuudesta pitäisi jakaa tietoa.

Työn yhteensovittaminen hedelmöityshoitoihin on keskeinen kysymys. Työtuntien tekeminen takaisin on kuormittavaa ja lisäksi työpaikalla ei ehkä voi kertoa hoidoista, mistä tulee salaamisen kuormaa. Hoidoilla on vaikutuksia sosiaalisiin suhteisiin, parisuhteeseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Elämä kapeutuu hoitojen ympärille, kun seurataan ovulaatiota tai odotetaan hoidon tulosta. Työuralla joutuu kieltäytymään tarjotuista mahdollisuuksista, kun hoidot ovat menossa. Fyysinen ja psyykkinen kuorma voi vaikuttaa myös työkykyyn.



Vaikutukset arkeen ja jo olemassa oleviin lapsiin

Lapsettomuushoitoihin liittyy toivon ja epätoivon vaihtelua, mikä voi vaikuttaa myös vanhemmuuteen. Jotkut vanhemmat kertovat hoidoista jo olemassa oleville lapselle, erityisesti jos kyseessä on lahjasoluhoido. Järjestöjen edustajat pohtivat, että tieto hoidoista voisi auttaa lasta ymmärtämään vanhempien mielialaa. Lapselliset lapsettomat ovat onnellisia olemassa olevista lapsista, mutta samanaikaisesti surullisia toteutumattomasta lapsihaaveesta.

Millaisin perustein hedelmöityshoitoja tulisi kohdentaa?

Järjestöjen edustajat painottivat yhdenvertaisia perusteita siten, että kaikki ryhmät olisivat yhdenvertaisia suhteessa toisiinsa. Miehet on poissuljettu toistaiseksi laissa. Translain kumoamisen jälkeen transhenkilöille pitäisi mahdollistaa sukusolujen talteenotto ja hoito. Tärkeää on myös yksilökohtainen harkinta ja avoimet perustelut. Kriteerien pitäisi olla selkeät ja tarkat, jotta ihmiset voivat ymmärtää niiden perusteet ja ne pitää myös selittää ihmisille ymmärrettävästi. Painoindeksiraja on perusteltu vain, jos ihminen saa hoitoa ja tukea, miten pystyy laihduttamaan.

Rajalliset resurssit tulee hyödyntää optimaalisesti, mutta yhdenvertaisuuden näkökulmasta on mietittävä, että rajataanko joitain ulos, jotta jonot pysyvät hallittavissa vai hyväksytäänkö pidemmät jonot. Jos suljetaan ihmisiä ulos jonoista, niin ei saada tietoa siitä, mikä on hoitojen todellinen tarve ja miten kriteerit vaikuttavat hoitoihin hakeutumiseen. Suljetaanko pois ne, joilla on vähiten resilienssiä tai ovat hiljaisempia? Turhaan hoitoihin ei järjestöjen näkökulmasta hakeuduta, kaikki hoitoihin hakeutuvat haluavat lapsen ja ovat hoitoihin sitoutuneet. Järjestöjen edustajat toivoivatkin resurssien lisäämistä, mikä sekä nopeuttaisi hoitoprosessia, että mahdollistaisi hoitojen tarjoamisen siihen hakeutuville.

Sukusolujen tallentaminen ja luovuttaminen

Luovuttajien tarve on suurempi kuin heidän määränsä. Sukusolujen luovuttajien neuvonta on tärkeässä roolissa ja oikeudelliset näkökulmat on käytävä huolellisesti läpi. Sukusolujen

luovutuksen vastaanottaminen vaatii myös resursseja, mitkä tulee varmistaa. Luovutus tapahtuu työpäivän aikana, mikä edellyttää työpaikan joustoa.

Järjestöjen edustajat toivoivat, että saatavuuspulan helpottamiseksi oman luovuttajan tuominen tulisi olla mahdollista myös julkisessa terveydenhuollossa. Tämä mahdollistaisi myös isyyden tunnustamisen ja kumppanuusvanhemmuuden. Myös tuoresiirtojen tulisi olla julkisessa terveydenhuollossa mahdollisia, jos solujen saaja hyväksyy mahdollisen infektioriskin. Lisäksi ulkomailta tilattujen siittiöiden käyttö tulisi olla mahdollista myös julkisessa terveydenhuollossa.

5.2 Lapsiasiavaltuutetun toimisto

Lapsiasiavaltuutetun toimiston lakimies Merike Helander kuvasi alustuksessaan perus- ja ihmisoikeudellista lähestymistapaa hedelmöityshoitoihin. Ihmisoikeudet kuuluvat kaikille, mutta ihmisoikeussopimuksissa syntymättömän (alkio tai sikiö) asema on pääsääntöisesti jätetty kansallisesti päätettäväksi. Keskeisiä oikeuksia ovat ihmisarvon kunnioittaminen, henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus, yhdenvertaisuus, perhe-elämän kunnioittaminen, oikeus elämään, oikeus perheen perustamiseen, oikeus terveyteen sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (sisältää mm. neuvolapalvelut) sekä potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeus.

Suomen kansallinen oikeusjärjestys tukee perheen perustamista ja antaa perheelle suojaa eri tavoin eri vaiheissa, mm. ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus, yksityisyyden suoja – perhe-elämän suoja, raskaana olevan perusoikeusturva, oikeus perheen perustamiseen (hedelmöityshoitolaki), äitiys- ja lastenneuvolapalvelut (terveydenhuoltolaki), äitiyden ja isyyden määräytyminen (vanhemmuuslaki) sekä lapsen ja huoltajien asema (laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta).

Syntymättömän moraalista ja oikeudellista asemaa voidaan tarkastella kolmesta näkökulmasta, jotka ovat alun perin esittäneet David Archard ja John Tobin vuonna 2019.

- Mahdollisesti tulevaisuudessa syntyvän lapsen näkökulma: mikä on hyvän elämän minimitaso, jos vaihtoehtona on, ettei syntyisi lainkaan



- Kohdussa olevalla sikiöllä on itsenäinen moraalinen asema, joka vastaa syntyneen lapsen asemaa
- Kohdussa olevan sikiön suojelulla suojellaan syntyvää lasta, vaikka hän ei vielä ole syntynyt.

YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 3 artiklan 1 kohdan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (englanniksi: "...the best interests of the child shall be a primary consideration"). Lapsen edulla on kolme ulottuvuutta: aineellinen oikeus, perustavanlaatuinen tulkintaperiaate ja menettelysääntö.

Lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain 1 §:ssä luetellaan runsaasti tavoitteita ja velvoitteita, joista voidaan saada apua hedelmöityshoitolakea sovellettaessa. Hedelmöityshoitolaissa yhtenä keskeisenä tavoitteena on hoidon avulla syntyvän lapsen edun turvaaminen. Lapsen etua määritellään vanhemmuuden määräytymisen sekä lapsen terveyden ja hyvinvoinnin turvaamisen näkökulmista.

Vanhemmuustoiveiden ja lapsen edun yhteensovittaminen on useimmissa tilanteissa luonnollista ja helppoa, mutta lainsäädännössä on varauduttava myös ongelmatilanteisiin ja niiden ratkaisemisessa lapsen edun tulee olla ensisijainen harkintaperuste. Lapsi ei ole pelkästään väline vanhemmuuteen, vaan päämääränä on lapsen ja vanhemman hyvä elämä sekä elinikäinen ihmissuhde vanhemman ja lapsen välillä, joita määrittävät lapsuuden aikana lapsen oikeuksien ohella vanhemman velvollisuudet lasta kohtaan ja toisaalta vanhemman oikeudet.

Lapsen edun arviointi vaatii aina tilanne- ja tapauskohtaista punnintaa, kun kyse hedelmöityshoitojen antamisesta, vanhemmuuteen tähtäävien vaihtoehtoisten keinojen valinnasta tai erilaisista vanhemmista ja perheistä tai perhetilanteista.

Sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa toteutettaviin hedelmöityshoitoihin liittyy eettisiä ja poliittisia arvovalintoja, joita tehtäessä on huolehdittava yhdenvertaisuuden säilymisestä. Lisääntymislääketieteen ja -teknologian kehittyessä voidaan myös pohtia,



onko kaikki, mikä on lääketieteellisesti tai teknisesti mahdollista, aina oikein tai oikeutettua?

Alustuksen jälkeen käydyssä keskustelussa todettiin, että lapsen edun ensisijaisuus ei tarkoita, että se ajaisi muiden perusoikeuksien ohi, vaan eri oikeudet pitää yhteen sovittaa. Siihen, miten eri tahojen ja ryhmien etuja voidaan vertailla, ei ole olemassa yksiselitteistä vastausta. Lapsen edun harkinnassa kyse tasapainon löytämisestä. Vanhemmilla on mm. oikeus päättää perheellistymisen tavasta.

Pohdittiin, millä perusteella hedelmöityshoitolaissa voidaan asettaa tiukemmat kriteerit kuin luonnollisesti alkavassa raskaudessa on. Katsottiin, että julkisin varoin toimiva terveydenhuolto voi rajallisten resurssien vuoksi asettaa rajoituksia hoitojen antamiselle. Kysymys on viime kädessä poliittisista arvovalinnoista mihin yhteiskunnan varat riittävät. Yhdenvertaisuuteen kiinnitetään kuitenkin yhteiskunnassa entistä enemmän. Miten pitäisi lähestyä yhdenvertaisuuden näkökulmasta sitä, että kohdullisilla on tosiasiaa enemmän oikeuksia, koska itsellisillä naisilla on miehiä enemmän mahdollisuuksia vanhemmuuteen.

Sukupuolta tai seksuaalista suuntautumista ei enää pidetä mahdollisina hoidon epäämisen perusteina, mutta voivatko terveys ja varallisuus muodostua syrjintäperusteeksi. Hyvän elämän minimitason asettaminen yleisellä tasolla vaikeaa: voidaanko vertailukohtana käyttää esim. lastensuojelutoimien käynnistämiskynnystä? Aikajänne on myös huomioitava: koko aika siihen saakka, kunnes lapsi täyttää 18 vuotta.

Keskusteltiin myös julkisen ja yksityisen hoidon eroista: velvollisuus arvioida lapsen tasapainoisen kehityksen edellytykset koskee molempia. Yksityisellä voidaan ottaa tarpeita ja toiveita huomioon enemmän, mutta sielläkin lääkäri päättää hoidosta ja tarvittaessa konsultoi muuta tahoa, eikä kaikkia potilaita ole velvollisuus hoitaa. Hoidon antaminen ei ole tae siitä, että lapsi syntyisi. Potilaan mahdollisuus salata muiden käyntien sairauskertomuksia voi johtaa siihen, että yksityisellä puolella on luotettava potilaan sanaan julkista puolta enemmän.

5.3 Potilastapaamiset

Palko järjesti huhtikuussa 2023 kaksi keskustelutilaisuutta potilaiden kanssa. Ensimmäiseen kutsuttiin osallistujia HUSin digitaalisen ovulaatioinduktiohoitopolun ja IVF-hoitopolun kautta. Ovulaatioinduktiopolulla hoidoksi on valikoitunut ovulaatioinduktio ja mahdollinen inseminaatio ja IVF-hoitopolulla hoitomuoto on koeputkihedelmöityshoito. Molemmilla poluilla on yhteensä noin tuhat potilasta ja he edustavat lääketieteellisistä syistä hedelmöityshoitoja saavia potilaita ja IVF-hoitopolulla myös itsellisiä naisia ja naispareja. Toiseen tapaamiseen kutsuttiin osallistujia Simpukka ry:n ja Sateenkaariperheet ry:n (jatkossa järjestöjen) kautta tavoitteena saada näkemyksiä potilasryhmiltä, joilla hoitoihin hakeutumisen ensisijainen syy ei ollut lääketieteellinen syy ja jotka edustivat laajemmin Suomea. Kummallekin ryhmälle esitettiin samoihin teemoihin liittyviä kysymyksiä.

Hoitoon pääsy ja hoitojen järjestäminen

Lääketieteellisistä syistä hoitoon hakeuduttiin, kun raskaaksi tuleminen ei ollut toivotusti tapahtunut. Monilla lääketieteellisen syyn löytymiseen oli mennyt pitkän aikaa jo ennen hoitoihin pääsyä. Useimmilla hoitoon oli ohjautettu yksityissektorin kautta joko taloudellisista syistä tai sen vuoksi, että tiedettiin hoitojen olevan vaativia. Koettiin tärkeäksi, että hoitoarvioon ja hoitoihin pääsyyn olisi yhdenmukaiset kriteerit. Koettiin myös, että painoindeksiraja ei huomioi yksilöllisiä taustatekijöitä, jotka tulisi myös ottaa huomioon. Useimmilla hoitoon pääsy oli kestänyt kauan ja hoitoprosessin hitaus sekä hoitosuunnitelman standardimaisuus yllätti. Vastaanottoaika koettiin riittämättömäksi yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen, eikä julkisella puolella ollut juuri mahdollista päästä saman lääkärin hoitoon edes yhden hoitokierroksen ajaksi, mikä myös vei vastaanottoaika tietojen kertauksen vuoksi. Potilaat kokivat, että olisi tärkeää keskustella heti hoitojen alkaessa hoitojen aikatauluista ja niihin vaikuttavista tekijöistä, kuten viikonloppujen, pyhien sekä hoitohenkilökunnan lomien vaikutuksista hoitoon liittyvien toimenpiteiden mahdollistumiseen. Potilaat kokivat, että hoitoresursseja menee hukkaan, jos toimenpiteitä (esim. munasolupunktio) ei pystytäkään tekemään tarpeen ajoittuessa esim. viikonloppuun. Potilaat olivat yleensä perehtyneet itsenäisesti erilaisiin hoitovaihtoehtoihin ja niihin liittyviin komplikaatioihin. He toivat esille sen, että olisi tärkeä



tulla paremmin kuulluksi hoitovaihtoehtoista päätettäessä, sillä suhtautuminen erityisesti mahdollisiin haittoihin on yksilöllistä.

Järjestöjen kautta tavoitetut potilaat edustivat naispareja ja itsellisiä naisia. He hakeutuivat hoitoon toiveena saada lapsi ja perhe. Lähetteitä oli kirjoitettu terveyskeskuksessa, perheneuvolassa ja myös yksityissektorilla tapahtuneiden hoitoyritysten jälkeen. Yhdellä parilla oli aikaisempi lapsi kumppanuusvanhemmuuden kautta ja he olivat hakeutuneet hoitoihin lääketieteellisistä syistä, kun toista raskautta ei koti-inseminaatioiden avulla vuoden sisällä käynnistynyt. He olivat pettyneitä, kun heille tarjottiin julkisessa terveydenhuollossa ainoastaan inseminaatiohoitoja luovutetuilla siittiöillä, mutta ei mahdollisuutta kumppanuusvanhemmuuteen, mikä olisi mahdollistanut sisaruksille biologisesti saman isän. Keskustelussa kävi ilmi, että itselliset naiset kokivat heidän vanhemmuuden taitojen, mielenterveyden ja tukiverkon vaatimusten olevan tiukempia kuin parisuhteessa olevilla, mikä tuntui pahalta. Keskustelussa tuli myös esille lapsettomuuteen liittyvä suru ja ahdistus, joista olisi hyvä keskustella mielenterveysammattilaisen kanssa. Kuitenkin pelättiin, että käynti psykiatrisella hoitajalla tai lääkärillä voi johtaa hoitojen epäämiseen, minkä vuoksi apua ei välttämättä haeta oikea-aikaisesti. Itsellisiä naisia askarrutti myös jonotusvuoden ja hoitojen aikainen vaatimus parisuhteettomuudesta, mikä koettiin normaalielämää rajoittavaksi. Hyvät ihmissuhteet voivat syntyä yllättäen, eikä niiden pitäisi estää lapsettomuushoitoja, jos henkilö itse on niihin valmis. Mikään ei takaa, ettei parisuhteessa elävillä olisi muita suhteita tai että parisuhteet kestäisivät, mutta siitä ei kysytä. Osallistujat toivat esille sen, että perheet ovat nykyään moninaisia, mutta terveydenhuollossa on vielä asenteellisuutta, jos kyseessä ei ole perinteinen nainen-mies - parisuhde. Tämä voikin johtaa valehtelemiseen hoitojen saamiseksi. Myös tässä potilasryhmässä koettiin tarvetta saada tarkempaa tietoa hoitojen toteutuksesta ja niihin liittyvistä haitoista jo ensimmäisen hoitoarvion yhteydessä. Myös luovutussukusoluihin liittyviä käytännön tietoja toivottiin enemmän, ettei itse tarvitsisi niitä jälkikäteen selvittää (esim. kuinka monelle perheelle voidaan käyttää saman luovuttajan siittiötä).

Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Lääketieteellisestä syystä hoitoon hakeutuneilla oli jo ennakoon hyvin vahva sitoutuminen hoitoihin ja he olivat valmiita rakentamaan elämänsä hoitojen toteutumisen edellyttämällä tavalla. Ongelmaksi he kertoivat hoitojakson aikaisille poliklinikkakäynneille pääsyn, sillä



ne eivät oikeuta sairauspoissaoloon ja kaikki työnantajat eivät hyväksy etenkin lyhyellä aikajänteellä ilmoitettuja poissaoloja. Lapsettomuushoitojen aikana ei ole samanlaista irtisanomissuojaa kuin sairauden tai raskauden aikana, mikä vaikuttaa myös siihen, miten työnantajalle voi poissaolotarpeistaan kertoa. Lääketieteellisistä syistä hoitoon hakeutuneet olivat valmiita hyväksymään hoitoihin liittyviä vakaviakin riskejä, mutta halusivat tulla paremmin kuulluksi eri vaihtoehtoista päätettäessä. Potilasjärjestöjen kautta löytynyt vertaistuki koettiin tärkeäksi. Koska hoidot veivät odotettua enemmän aikaa, koettiin muiden sairauksien kanssa pärjääminen raskaaksi, jos niiden lääkehoitoja jouduttiin tauottamaan.

Järjestöjen kautta keskusteluun osallistuneet kuvasivat myös sitoutumisen ytimessä olevan toive saada lapsi, mikä auttaa kestämaan raskaatkin hoidot, jos ne ovat ainoa tapa itselle saada lapsiperhe. Kaikkien osallistujien jaettuna kokemuksena oli, että joustava työ ja asuinpaikka lähellä hoitopaikkaa helpottavat sitoutumista. Myös riittävät taloudelliset resurssit ovat erityisesti itsellisellä naisella hoidot mahdollistava tekijä.

Hoidojen vaikutusten arvioiminen

Hoidot ja niiden sivuvaikutukset koettiin raskaiksi ja muuta elämää rajoittaviksi molemmissa ryhmissä, mutta erityisesti silloin kun taustalla oli lääketieteellinen syy. Lääketieteellisistä syistä hoitoon hakeutuneilla oli runsaasti kokemuksia hoitojen epäonnistumisesta ja keskenmenoista. Samoin tukea tarvittaisiin silloin, kun päätetään, ettei hoitoja enää jatketa. Psykososiaalinen tuki koettiin nykyisellään vähäiseksi ja yksilölliset tarpeet eivät tulleet riittävästi huomioiduksi. Tuotiin esille, miten hyvin äitiysneuvolassa tuetaan raskaana olevaa, mutta keskenmenon saaneille ei ole psykososiaalista tukea tarjolla.

Myös järjestöjen kautta tavoitetut kertoivat lapsettomuuden jo itsessään olevan mielenterveyttä kuormittava ja myös tässä ryhmässä osa oli kokenut keskenmenoja. Näissä tilanteissa koettiin, että he eivät saaneet minkäänlaista psyykkistä tukea ja tämän järjestäminen jatkossa koettiin tärkeäksi. Tukimuodoiksi ehdotettiin mm. erityistyöntekijän tapaamista, vertaistukea sekä lyhytterapiaa.

Hoitoihin liittyvät toteutumattomat odotukset

Molemmissa ryhmissä koettiin, että he eivät tulleet kohdatuksi ja hoidetuksi yksilöllisesti, eivätkä he saaneet riittävästi tietoa ja psykososiaalista tukea hoitojen eri vaiheissa. Lääketieteelliset syyt johtivat pitkiin hoitoprosesseihin ja vaihtuviin lääkäreihin, mikä koettiin erityisen kuormittavaksi. Vastaava ilmiö ei noussut esille naisparien tai itsellisten naisten kokemuksissa.

Järjestöjen kautta tavoitettujen kohdalla nousi esiin, että myös julkisessa terveydenhuollossa tulisi mahdollistaa kumppanuusvanhemmuus ainakin silloin, jos perheessä on jo yksi tätä kautta aikaansaatu lapsi, mutta uutta raskautta ei vuoden yritysten jälkeen ole saatu aikaiseksi (mahdollisesti lääketieteellinen, mahdollisuus saada molemmille lapsille yhteinen isä). Naispareille tulisi mahdollistaa myös sukusolun siirto parin välillä. Sen tarve voi johtua esimerkiksi toisen osapuolen iästä tai sairauksista taikka parin keskinäisistä valinnoista sen suhteen, kumpi synnyttää lapsen.

Oikeudet ja kohtelu

Lääketieteellisistä syistä hoitoon hakeutunut kokivat saaneensa asiallista kohtelua. Ongelmallisinta oli hoitavien lääkäreiden vaihtuminen, jolloin tuntui olevansa ”liukuhihnalla”, vaikka kyseessä oli itselle elämän tärkein asia. Tämä vaikutti myös kokemuksiin, että yksilölliset toiveet eivät tulleet riittävästi huomioiduksi. Hoitajilla oli enemmän aikaa tukea potilasta ja he olivat tärkeitä erityisesti toimenpiteissä, joihin liittyi pelkoa mahdollisesta kivusta ja epäonnistumisesta.

Järjestöjen kautta tavoitetut henkilöt kertoivat, että tietämys perheiden ja sukupuolikokemuksen moninaisuudesta on vähäistä terveydenhuollossa ja kohtaamisessa on edelleen asenteellisuutta ja puutteita.

5.4 Tiivistelmä vastauksista Palkon kyselyyn hedelmöityshoitojen yhtenäisistä perusteista

Palko lähetti kesäkuussa 2022 kaikkien 21 sairaanhoitopiirin naistentautien toimialalle Webropol-kyselyn nykyisten hedelmöityshoitojen yhtenäisten hoidon perusteiden

toteutumisesta ja toimivuudesta käytännössä. Lisäksi kysyttiin näkemyksiä niiden kehittämisestä.

Kyselyyn saatiin vastaus 13 sairaanhoitopiirissä, joiden joukossa olivat kaikki yliopistolliset sairaanhoitopiirit. THL:n tilastojen perusteella laskettu kattavuus koeputkihedelmöityksiä tekevien klinikoiden osalta oli 100 prosenttia ja muiden hedelmöityshoitojen osalta yli 99 prosenttia.

Lähetteen laatimista edeltävät toimenpiteet ja lähetteiden laatu

Vastausten mukaan lähetteen laatimista edeltävät toimet on toteutettu vaihtelevasti: osan mielestä ne on toteutettu hyvin, kun taas osa katsoo, että vaihtelu niiden toteuttamisessa on hyvin suurta. Julkisella puolella laboratoriotutkimukset on useimmiten tehty ainakin pääosin. Yksityisellä sektorilla niiden tekemistä saattaa vähentää se, että asiakas joutuisi maksamaan kustannukset. Tutkimuksia täydennetään tarvittaessa erikoissairaanhoidossa tai lähete palautetaan niiden tekemistä varten.

Kaikissa vastanneissa piireissä yhtenäisten hoidon perusteiden kriteerit on ainakin osittain otettu osaksi paikallista hoitopolkua.

Perussairauksien hoito raskautta silmällä pitäen on toteutettu kohtalaisen hyvin, mutta elintapaohjaus on toteutunut vain harvoin.

Lähetteen laatu vaihtelee vastausten mukaan paljon. Laatuun vaikuttaa eniten lähettävän lääkärin tietämys hedelmöityshoidoista. Korkeintaan 10 prosenttia lähetteisistä joudutaan palauttamaan laatuongelmien takia. Vastausten perusteella ei voida päätellä, että julkisen ja yksityisen sektorin lähetteiden välillä olisi laatueroja.

Koulutus ja palautteen anto katsottiin toimiviksi kehittämiskeinoiksi. Alueellista työnjakoa tulisi tarvittaessa tarkentaa ja sen noudattamista parantaa etenkin elintapaohjauksen osalta. Toimiva potilastietojen siirto tulisi saada käyttöön.

Hoidon antamisen kriteerit

Kaikki vastaajat ilmoittivat noudattavansa kriteerejä, mutta osassa vastauksia tuotiin esille arvioinnin vaikeus käytännössä, koska viime kädessä jokainen potilas on yksilö. Kriteerit eivät myöskään ole yksiselitteiset; esimerkiksi mitä tarkoitetaan hoitotuloksella tai hoitokierrolla? Osassa vastauksia viitattiin myös kansallisiin tai alueellisiin tarkempiin ohjeisiin, joita sovelletaan lisäksi.



Onnistumisen todennäköisyyden arvioinnin helppouden tai vaikeuden osalta vastaukset vaihtelivat. Todettiin, ettei ole laskuria sen arvioimiseen ja yksi vastaaja toivoi kansallisen laskurin kehittämistä.

Hoitojen epääminen

Vastausten perusteella hoitojen antaminen evätään muutamassa prosentissa tapauksista. Yleisimpiä lääketieteellisiä syitä ovat ylipaino (BMI yli 35) tai vaikea perussairaus. Sosiaalisista syistä hoito evätään tyypillisesti mielenterveyden häiriön tai päihdeongelman taikka vankeusrangaistuksen takia. Itsellisten naisten osalta kokonaistilanteen arviointi voi olla vaikeaa. Tieto terveyden tilasta ja sosiaalisesta tilanteesta ei aina kulje hoitoyksikköön.

Suurimassa osassa vastanneista hoitoyksiköistä on käytettävissä moniammatillinen tiimi hoidon epäämisen arviointiin. Joissain paikoissa konsultoidaan tarvittaessa saman yksikön toista osastoa tai toista hoitoyksikköä.

Omilla soluilla ja lahjasoluilla toteutettavien hoitojen arvioinnin eroista

Lahjasoluhoidoja toteuttavien vastaajien mukaan arvioinnissa ei ole käytännössä eroja lukuun ottamatta psyykkisen tilanteen arviointia, joka tehdään etenkin itsellisillä naisilla esimerkiksi tukiverkoston kartoittamiseksi.

Näkemykset vaihtelivat siitä, tulisiko jatkossa omilla soluilla ja lahjasoluilla toteutettavissa hoidoissa olla eri kriteerit. Toisaalta yhdenvertaisuuden katsottiin puoltavan samoja kriteerejä, mutta toisaalta, koska lahjasoluilla onnistumisprosentti on huomattavasti parempi, kriteerien tulisi olla erilaiset. Lisäksi lahjasoluja käytettäessä hoidon syynä ovat useammin sosiaaliset syyt kuin omia soluja käytettäessä. Tämä voisi näkyä hoidon valintaperusteissa. Yksi kommentoija katsoi, että luovuttajan vaivannäön ja lahjasoluhoidojen kalliimman hinnan vastapainoksi kriteerien tulisi olla tiukemmat.

Hoidon toteuttamisen ja epäämisen kriteerien kehittäminen

Vastaajat näkivät selkeät ja yksiselitteiset kriteerit yhdenvertaisuuden takeena ja hoitavan lääkärin päätöksenteon tukena. Tällä estettäisiin myös hoitopaikan vaihto keveämpien kriteerien toivossa. Tieto hoidon epäämisestä tulisi kirjata potilasasiakirjoihin, jotta se välittyisi muihin hoitolaitoksiin, myös yksityissektorille. Toisaalta kategoriset säännöt voivat



johtaa epäoikeudenmukaisiin tilanteisiin. Hankalasti arvioitaviksi asioiksi todettiin mm. painoon ja päihteiden käyttöön liittyvät rajat ja ikä.

Kaksi vastaajaa katsoi, että tulisi käydä julkinen keskustelu siitä, mitä hoitoja ja missä tilanteissa tarjotaan julkisin varoin ja mihin rajat asetetaan. Erillisinä kehittämissuhteiksi mainittiin tupakoimattomuuden vaatiminen ja epäämispäätösten siirtäminen esimerkiksi erityisvastuualueittain toimikunnalle.

Tuen tarjoaminen

Psyykkistä tukea tarjotaan sitä tarvitseville, mutta lähes kaikkien vastaajien mukaan siihen ei ole riittävästi resursseja. Tuki voidaan paikasta riippuen toteuttaa lapsettomuuskätilön, psykoterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan, sairaalapastorin, seksuaaliterapeutin tai pariterapeutin vastaanotolla. Tarvittaessa voidaan antaa lähete erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon. Osassa yksiköistä kerrotaan myös vertaistuesta. Taloudellisten tukitoimien piiriin ohjaaminen on harvinaista.

Työnjaon ja yhteistyön kehittäminen

Koska kysely oli suunnattu erikoissairaanhoidon hedelmöityshoitoja antaville klinikoille, vastauksissa korostuivat perusterveydenhuollon vastuulla olevat tehtävät. Toivottiin, että hedelmöityshoitoon lähetettävälle olisi kerrottu perusasiat hedelmällisyyteen vaikuttavista seikoista, kuten painosta, iästä ja tupakoinnista ja että perusterveydenhuollossa olisi toteutettu elintapaohjaus. Yhteistyötä avohoidon mielenterveyspalveluiden kanssa toivottiin myös. Tukipalveluita tulisi olla saatavilla sekä ennen että jälkeen erikoissairaanhoidon kontaktin. Yhdessä vastauksessa katsottiin, että tulisi olla pakollinen hoitopolku, johon kuuluu myös henkisen tuen saaminen ja että sitä voitaisiin antaa myös perusterveydenhuollossa.

Psykologista arviointia ja tukea tulisi kehittää myös erikoissairaanhoidossa. Hedelmöityshoitoklinikoilla tulisi olla käytettävissä sekä hoitoihin perehtynyt sosiaalityöntekijä, että psykiatrisen puolen ammattihenkilö.

Huomioita muista yhtenäisiin hoidon perusteisiin sisältyvistä seikoista

Tartuntavaarallisia tauteja sairastavien hoitojen katsotaan toteutuvan hyvin yliopistosairaaloissa. Yhdessä kommentissa toivottiin hoitoja kaikkiin yo-sairaaloihin, elleivät ne jo ole.

Alkiodiagnostiikkaa tarvitsevat potilaat lähetetään keskittämisasiasetuksen mukaisesti HUS:aan. Jonotusaikoja sinne pidettiin kohtuuttoman pitkinä. Yhdessä kommentissa toivottiin näiden hoitojen tarjoamista myös julkisella puolella järkevästi valitulle potilasryhmälle.

Vastaajat katsovat hedelmällisyyden säilyttämiseen liittyvien toimenpiteiden toteutuvan kohtalaisen hyvin, kun kyse on lääketieteellisistä syistä johtavasta tarpeesta (esim. syöpähoidot tai leikkaus). Syöpäpotilaiden munasarjakudoksen pakastamista tulisi tehdä muuallakin kuin TAYS:ssa. Lisää informaatiota ja selkeät toimintaohjeet hoitaville lääkäreille kuitenkin tarvitaan, jotta hedelmällisyyden säilyttäminen toteutuu kaikissa tilanteissa.

Muista syistä johtuvan hedelmällisyyden säilyttämisen osalta useampi vastaaja viittasi siihen, että transpotilaiden hoito on keskitetty HUS:aan ja TAYS:aan, mutta eräissä muissakin hoitoyksiköissä tehdään näitä toimia. Siittiöpakastusta tehdään molemmissa sairaaloissa, mutta munasolupakastusta vain TAYS:ssa. Munasolupakastusta haluavia potilaita on ollut 10-15 vuodessa, mikä on alle 10 prosenttia hormonihoitoon hakeutuvista transmiehistä. Yhden vastaajan näkemyksen mukaan hedelmällisyyden säilytystä tulisi tarjota yhdenvertaisesti transmiehille ja -naisille, eikä se, kuka lapsen kantaa tai eteneekö potilas genitaalikirurgiaan, ole siinä vaiheessa tiedossa. Transpotilaat eivät ole nyt yhdenvertaisessa asemassa itsellisten naisten tai naisparien kanssa, jotka pääsevät julkiselle puolelle hedelmöityshoitoon.

Vastauksissa oli suurta vaihtelua kysyttäessä, miten sovelletaan yhtenäisten hoidon perusteiden kohtaa: "Hedelmöityshoitoa voidaan toteuttaa, vaikka taustalla ei ole varsinainen hedelmättömyys, jos siihen on perusteet." Muutama vastaaja piti kohdan tarkoitusta epäselvänä. Osa totesi, että sen perusteella annetaan hoitoa lääketieteellisistä syistä (esim. endometrioosipotilaat, alaraajahalvauspotilaat) ja osa totesi, että sen perusteella hoidetaan naispareja ja itsellisiä naisia. Vastauksissa todettiin, että kohdan soveltamiseen liittyy ongelmia esimerkiksi yhdenvertaisuuden näkökulmasta ja keskustelua tarvitaan siitä, mitä kaikkea hoidetaan julkisin varoin.

Osa vastaajista vastasi kohtaa "Mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva pyritään saamaan oikea-aikaisesti hoidon piiriin." koskevaan kysymykseen puhtaasti jonotusaikojen näkökulmasta, kun taas osa pohti hoitojen oikea-aikaisuutta esimerkiksi ikään tai muihin sairauksiin nähden niin, että hoito voidaan aloittaa näistä syistä nopeammin. Toisaalta

oikea-aikaisuuden katsottiin tarkoittavan myös sitä, että nuoremmilla naisilla hoitoja voidaan kokeilla vaiheittain.

Kohdan "Hoitoa tarjotaan yksilöllisen harkinnan mukaan esimerkiksi näissä tilanteissa: jos perheessä on kaksi lasta, jos taustalla on omaehtoinen sterilisaatio, tai lapsettomuuden kesto tai tutkimuksen tulokset eivät vielä edellytä hedelmöityshoitojen käyttöä." vastauksissa todettiin, että hoitoja ei ole annettu kuin poikkeustapauksissa potilaille, joille on tehty omaehtoinen sterilisaatio tai joiden perheessä on jo kaksi yhteistä lasta. Perusteina mainittiin aiemman lapsen kuolema tai vaikea sairaus. Uusioperheille annetaan hoitoja, vaikka perheessä olisi jo kaksi lasta, mutta ne eivät ole yhteisiä. Yhden vastauksen mukaan myös omaehtoisen sterilisaation tehneitä hoidetaan näissä tilanteissa. Yhden vuoden aikarajasta on joustettu, jos on lääketieteellisesti selvää, ettei luonnollinen hedelmöittyminen ole mahdollinen. Alkiodiagnostiikkaa tulisi tarjota julkisella puolella, jos aiemmalla lapsella on sitä edellyttävä geneettinen sairaus.

Vastauksena kysymykseen siitä, miten resurssien kohdentamista hedelmöityshoidoissa tulisi kehittää, useampi vastaaja totesi, että resursseja tarvittaisiin lisää. Potilaiden määrä on noussut lahjasoluhoidojen myötä, mutta resursseja ei tullut lisää. Lisäksi vastaajat pohtivat, tulisiko rajalliset resurssit keskittää hyväennusteisten potilaiden hoitoon sen sijaan, että hoidetaan huonon ennusteen potilaille hoitokokeiluja yhdenvertaisuuteen vedoten. Yksi vastaaja mietti, tulisiko julkisessa terveydenhuollossa keskittyä selkeämmin lääketieteellisiin hedelmättömyyden syihin.

Vastaukset kysymykseen lahjasolujen käytön rajoittamisesta vaihtelivat. Osan mielestä rajausten tulisi olla samat kuin muissakin hedelmättömyyden hoidoissa, mutta kriteerien tulisi olla selkeät. Osa taas katsoi, että potilaiden suuri määrä puoltaisi lahjasoluhoidojen rajaamista, mutta hoitohenkilökunnan näkemysten asiasta todetaan olevan jakautuneita. Lahjasolujen saatavuus jo rajaa hoitoja. Hedelmöityshoitolain edellyttämän lapsen tasapainoisen kehityksen mahdollisuuksien arvioinnin tekeminen on vaikeampaa itsellisillä naisilla, koska perheessä olisi vain yksi huoltaja.

Muissa kommenteissa todettiin, että yhtenäiset ja mahdollisimman selkeät ohjeet ja linjaukset auttavat ammattihenkilöiden työtä ja voivat vähentää valituksia. Yhdessä kommentissa toivottiin myös kohdunvuokrauksen hyväksymistä.



6 Tietoja muiden maiden linjauksista ja käytännöistä

Tässä luvussa esitellään eräiden muiden maiden hedelmöityshoitoja koskevaa sääntelyä ja käytäntöjä. Kuvaukset eivät ole kattavia, vaan sisältävät keskeiset seikat. Valittujen maiden terveydenhuollon järjestämistavan ja yhteiskunnallisen arvopohjan voidaan katsoa olevan riittävän samankaltainen Suomen kanssa.

6.1 Ruotsi

Lainsäädäntö ja keskeiset ehdot

[Lag \(2006:351\) om genetisk integritet m.m.](#)

- Hoitoja saavan vähimmäisikä 18 vuotta
- Ei yläikärajaa lainsäädännössä

Keskeiset sääntelyn kehitysvaiheet

- 2003 sukusolujen luovutus lailliseksi, IVF-hoitoja luovutetuilla sukusoluilla saa tehdä ainoastaan yliopistosairaaloissa
- 2005 naispareille oikeus IVF-hoitoihin
- 2016 itsellisille naisille oikeus IVF-hoitoihin
- 2019 lakiin perustuva vaatimus lapsen geneettisestä sukulaisuudesta vähintään toiseen vanhempaan poistuu eli hoidot kokonaan luovutettujen sukusolujen avulla ja luovutetuilla alkioilla sallitaan
- 2019 pakastettujen alkioden säilytysaikaa pidennetään 10 vuoteen
- 2019 päätös ettei sijaissyntyminen ole mahdollinen

([Sveriges Riksdag](#), [Q-IVF 2022](#), [ESHRE](#))

Julkisesti rahoitettu hoito	Yksityisesti rahoitettu hoito
WEBB-KOMB-14-2022-Meddelande-Rekommendation assisterad befruktning.pdf (skr.se) Maakunnat päättävät itse noudattavatko suositusta	



• Alaikäraja: 25 vuotta (lääketieteellisistä syistä voidaan tehdä vähintään 18 vuotiaille) • Yläikäraja: hoito aloitettava ennen kuin nainen täyttää 40 vuotta ja mahdollinen partneri 56 vuotta ○ Hoidosta jääneitä pakastealkioita voidaan siirtää alle 45 vuotiaalle naiselle • BMI-raja vaihtelee 30 ja 35 välillä (Einarsson 2021) ○ Esim. Naisen BMI: 18-35 (Karolinska) • Vakaa parisuhde väh. 2 vuotta (poislukien itselliset naiset) • Takana vähintään 1 vuosi tahatonta lapsettomuutta (ellei jo tiedossa lääketieteellistä syytä) • Ei taustalla sterilisaatiota • Odotusajat (3kk – 2v) ja hoitoyritysten määrä vaihtelevat alueittain (monet alueet tarjoavat kolme IVF-hoitoa)	• Hoitoja voi joutua odottamaan myös yksityisellä (usein jonot lyhyemmät kuin julkisella) • Ikäraja hoidoille voi vaihdella klinikoittain • Ei BMI-rajaa yksityisen puolen hoidoille
• Kaikkia hedelmöityshoitomenetelmiä voidaan rahoittaa julkisista varoista • Julkisesti rahoitettuja hoitoja tarjotaan ainoastaan parille, jolla ei ole yhteistä tai adoptoitua lasta, taikka itselliselle naiselle, jolla ei ole lasta ○ ”Sisarus”hoitokiertoja voidaan toteuttaa vain, jos jäljellä on pakastettuja alkioita aiemmasta hoitokerrasta ○ Asiakas maksaa itse • Hoitojen enimmäismäärä omilla munasoluilla ○ 3 IVF-hoitoa munasolujen keräyksellä, ○ 6 inseminaatiota lahjasiittiöillä, tai ○ näiden hoitojen yhdistelmä. • Hoitojen enimmäismäärä lahjasoluilla tai -alkioilla ○ 3 hoitokertaa lahjamunasoluilla tai lahjamunasoluilla ja -siittiöillä taikka lahja-alkioilla ○ ellei lasta synny, voidaan samasta kohortista jääneitä alkioita käyttää useammassakin hoitokerrassa.	• Ei rajaa aiempien lasten määrälle • Mikäli julkisesti rahoitettujen hoitokertojen jälkeen voidaan hoitoja jatkaa yksityisellä • Pääasiassa siirretään vain yksi alkio, poikkeustapauksissa voidaan siirtää kaksi, kolmea alkioita ei voida siirtää



• Pääasiassa siirretään vain yksi alkio, poikkeustapauksissa voidaan siirtää kaksi, kolmea alkiota ei voida siirtää • Valtakunnallisessa suosituksessa ei mainita suoraan hoidon onnistumisastetta, mutta hoidon tulee olla lääketieteellisesti perusteltua (Karolinska: >10% todennäköisyys tulisi olla)	
• Lääkäri-, sairaanhoito- ja laboratoriokuluista asiakas maksaa omavastuun (summa voi vaihdella eri alueiden välillä). Maksukatto hoitokuluille. • Kaikille lääkekuville yhteinen maksukatto 1800 SEK / vuosi • Ei mahdollisuutta verovähennyksiin	• Hoitojen kustannukset eri klinikoiden välillä vaihtelevat • Lääkäri-, sairaanhoito- ja laboratoriokulut asiakas maksaa itse • Kaikille lääkekuville yhteinen maksukatto 1800 SEK / vuosi • Ei mahdollisuutta verovähennyksiin

([Karolinska](#), [Einarsson 2021](#), [1177](#), [ESHRE](#), [RFSL](#))

Sukusolujen luovutus

Siittiöiden luovutus:

- Luovuttajan on oltava lain mukaan vähintään 18-vuotias
 - valtakunnallisen suosituksen mukaan oltava 23-45 vuotias
- Lapsia voi syntyä maksimissaan kuuteen perheeseen

Munasolujen luovutus:

- Luovuttajan oltava lain mukaan vähintään 18-vuotias
 - valtakunnallisen suosituksen mukaan oltava 23-35 vuotias
- Lapsia voi syntyä maksimissaan kuuteen perheeseen



Luovuttajan on oltava terve, eikä suvussa saa olla perinnöllisiä sairauksia.

Klinikat ja hoitomäärät

- Julkisia yksiköjä (yliopistosairaaloita) 6 kpl ja yksityisiä 16 kpl
- Vuosittain noin 20 000 IVF hoitoa (sis. tuore- ja pakastesiirrot julkisella ja yksityisellä sektorilla)
 - Suurin osa hoidoista tehdään asiakkaiden omilla sukusoluilla
 - noin 5 % tehdään luovutetuilla sukusoluilla

([ESHRE](#), [Q-IVF](#), [Q-IVF 2022](#))

6.2 Norja

Lainsäädäntö ja keskeiset ehdot

[Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. \(bioteknologiloven\)](#)

- Yläikäraja naiselle 46 vuotta
- Hoitoja voivat saada:
 - Lapsettomuudesta kärsivät heteroparit
 - Naisparit
 - Itselliset naiset (alkaen 2020)
- Sijaissyntyminen ei sallittua

([Lovdata](#), [ESHRE](#))

Julkisesti rahoitettu hoito

Yksityisesti rahoitettu hoito



• Ensisijaisesti hoitoja tarjotaan naisille, jotka ovat hoitoon hakeutuessa alle 39-vuotiaita • Julkisella puolella naisen BMI-yläraja vaihtelee klinikoittain 32-33 välillä	• Yläikäraja naisella 46 vuotta (laissa määritelty)
• Kaikkia hedelmöityshoitomenetelmiä voidaan rahoittaa julkisista varoista • Julkinen rahoitus ei ole riippuvainen onnistumisasteesta • Maksimissaan kolme IVF- tai ICSI -hoitoyritystä lasta kohti toteutetaan julkisella rahoituksella ○ aiemmin pakastetun alkion siirtoa ei lasketa yritykseksi ○ Synnytyksen jälkeen voi yrittää toista lasta. Max kolme hoitoyritystä voidaan tarjota hoitomahdollisuuksista ja yksilöllisistä tekijöistä riippuen	
• Potilas maksaa lääkkeensä ensin itse. Kaikille lääkkeille yhteinen maksukatto 19 419 NOK (n. 1 648 €) (2023), jonka jälkeen kulujen korvausta voidaan hakea Helfolta: ○ Mikäli pari/itsellinen nainen haluaa saada lisää lapsia,	• Potilas maksaa lääkkeensä ensin itse. Kaikille lääkkeille yhteinen maksukatto 19 419 NOK (n. 1 648 €) (2023), jonka jälkeen kulujen korvausta voidaan hakea Helfolta: ○ Mikäli pari/itsellinen nainen haluaa saada lisää lapsia,



Helfo voi korvata lääkekuluja kolmelta uudelta kerralta ○ Mikäli parisuhdetilanne muuttuu, kolme uutta kertaa voidaan korvata ○ Synnytyksen jälkeen maksukatto tulee uudelleen maksettavaksi, mikäli aloitetaan uudet hoitokerrat • Lääkäri- ja sairaanhoitokuluja rahoitetaan julkisista varoista, mutta potilaan maksuosuus on korkeampi kuin muussa terveydenhuollossa • Laboratoriokuluja rahoitetaan julkisista varoista • IVF ja ICSI hoitoja rahoitetaan julkisista varoista kolme hoitokiertoa. Potilaalle tulee maksettavaksi NOK 1500 per toteutunut hoitokierto sekä NOK 351 per konsultaatio. Pakastettujen alkioiden osalta, NOK 1500 maksetaan ensimmäisestä yrityksestä.	Helfo voi korvata lääkekuluja kolmelta uudelta kerralta ○ Mikäli parisuhdetilanne muuttuu, kolme uutta kertaa voidaan korvata ○ Synnytyksen jälkeen maksukatto tulee uudelleen maksettavaksi, mikäli aloitetaan uudet hoitokerrat • Lääkäri- ja sairaanhoitokulut asiakas maksaa kokonaan itse • Laboratoriokulut asiakas maksaa kokonaan itse
--	---

([Eshre](#), [Oslon yliopistollinen sairaala](#), [Helfo](#))

Sukusolujen luovutus

- Siittiöiden luovuttaja 18-35 vuotias
 - lapsia korkeintaan kuuteen perheeseen



- Munasolujen luovuttaja 25-35 vuotias
 - luovutuskertojen enimmäismäärä kolme kappaletta
- Alkion luovutus ei sallittua

([ESHRE](#))

Klinikat

- Kuusi julkista ja kahdeksan yksityistä klinikkaa

([Helsedirektoratet](#))

6.3 Tanska

Lainsäädäntö ja keskeiset ehdot

[Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.](#)

- Hoitoja voivat saada:
 - Lapsettomuudesta kärsivät heteroparit
 - Naisparit
 - Itselliset naiset
- Alaikäraja miehelle ja naiselle 18 vuotta
- Yläikäraja naiselle 45 vuotta

([Retsinformation](#), [ESHRE](#))

Julkisesti rahoitettu hoito

Yksityisesti rahoitettu hoito



• Alaikäraja 18 vuotta, naisilla yläikäraja 40, miehillä ei yläikärajaa. • Naisen BMI raja on 35, jos tämän yli ei voi saada hoitoja julkiselta puolelta	• Yksityisen puolen hoidoille naisen yläikäraja 45 vuotta, miehillä ei yläikärajaa.
• Jonotusaika 6-12 kk	• Jonotusaika: ei
• Itsellisellä naisella ei voi olla lapsia julkisesti rahoitetun IVF-hoidon saamiseksi. • Parilla ei voi olla yhteisiä biologisia/adoptoituja lapsia julkisesti rahoitetun IVF-hoidon saamiseksi ○ Lapsia voi kuitenkin olla aiemmasta parisuhteesta • 3-6 inseminaatiota voidaan rahoittaa julkisista varoista • Kolme alkion tuoresiirtoa / viisi aloitettua hoitokiertoa voidaan rahoittaa julkisista varoista. Pakastettujen alkoiden siirtoja ei ole rajoitettu. ○ Mikäli munasoluja on pakastettu, niitä voidaan käyttää myös toisen lapsen saamiseksi siihen saakka, kunnes nainen täyttää 46 vuotta	• Lapsia saa olla ennestään (ei rajaa lasten lukumäärälle)
• Julkinen rahoitus ei ole riippuvainen hoidon onnistumisasteesta	• Kaikille lääkekuluille yhteinen maksukatto on noin 600 EUR



• Kaikille lääkekuluille yhteinen maksukatto on noin 600 EUR • Lääkäri- ja sairaanhoitokulut rahoitetaan kokonaan julkisista varoista • Laboratoriokuluja rahoitetaan julkisista varoista • Ei mahdollisuutta vähentää kuluja verotuksessa	• Lääkäri- ja sairaanhoitokulut asiakas maksaa itse ○ Poikkeuksena jotkin yksityiset klinikat voivat tarjota IUI-hoitoja julkisista varoista rahoitettuna • Laboratoriokulut asiakas maksaa itse • Ei mahdollisuutta vähentää kuluja verotuksessa
--	--

([ESHRE](#), [Aleris-Hamlet](#))

Sukusolujen luovutus:

- Siittiöiden luovutus:
 - Lapsia voi syntyä enintään 12 perheeseen
- Munasolujen luovutus:
 - Luovuttaja saa olla korkeintaan 35-vuotias
- Alkioiden luovutus
 - Ei sallittua

([ESHRE](#), [Aleris-Hamlet](#))

Klinikat

- 8 julkista, 22 yksityistä klinikkaa

([Sundhed](#), [LFUB](#))



Rajat ylittävät hedelmöityshoidot

Tanskaan matkustetaan erityisesti luovutettujen siittiöiden saamiseksi.

Cryos International –spermapankki toimittaa luovutettuja sukusoluja 100 maahan.

Toimitus: klinikalle/yksityishenkilölle

Luovuttajasta saa tietoja: fyysiset ominaisuudet, etninen tausta, silmien ja hiusten väri, ääninäyte, lapsuuskuva(?), kirje luovuttajalta, tunnettuus/anonyymi jne.

Vuonna 2019 Tanskassa tehtiin yli 8000 hoitoa ulkomaalaisille asiakkaille: 21.69% kaikista hedelmöityshoidoista. 55,5% luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä inseminaatiohoidoista tehtiin ulkomaalaisille asiakkaille.

([Årsrapport 2019](#), [European Sperm Bank](#), [Civio](#), [Tuni](#), [Cryos](#))

6.4 Iso-Britannia

Lainsäädäntö ja keskeiset ehdot

[Human Fertilisation and Embryology Act 1990](#)

[Human Fertilisation and Embryology Act 2008](#)

- Hoitoja voivat saada:
 - Lapsettomuudesta kärsivät heteroparit
 - Naisparit
 - Itselliset naiset
 - Miesparit



- Alaikäraja naiselle ja miehelle 18 vuotta
- Sijaissyntytytys sallittu

[\(ESHRE\)](#)

Julkinen hoito	Yksityinen hoito
• NICE (National Institute for Health and Care Excellence) suosittelee, mitkä hedelmöityshoidot tulisi tarjota ja kenelle, mutta alueelliset neuvostot (Integrated care board (ICB)) päättävät tarjonnastaan ○ NICE:n suosituksen mukaan hedelmöityshoitoja tulisi tarjota alle 43-vuotiaille naisille ○ Alle 40-vuotiaille naisille tulisi tarjota kolme IVF hoitoyritystä ○ 40-42-vuotiaille naisille tulisi tarjota yksi IVF-hoitoyritys • NHS-rahoitus riippuu asuinalueesta • Englanti, Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti tekevät omat päätöksensä hedelmöityshoitojen rahoituksesta • Englannissa alueellista vaihtelua: ICB:t päättävät paikallisesti, kuka on oikeutettu hedelmöityshoitoihin sekä kuinka monta hoitoa voidaan toteuttaa	• Yksityisen puolen hintoja ei säännellä, vaan yksityiset klinikat hinnoittelevat itse hoitonsa ○ Klinikoiden välillä voi olla merkittäviä hintaeroja ○ Yksi IVF-hoitoyritys voi maksaa £5000 tai enemmän • Julkisen puolen hoitoyritysten jälkeen on mahdollista jatkaa hoitoja omakustanteisesti yksityisellä • Asiakas voi hakeutua yksityiselle puolelle myös, jos kriteerit julkisen puolen hoidoille eivät täyty • HFEA-maksu (Human Fertilisation & Embryology Authority) veloitetaan klinikoilta, joissa hedelmöityshoitoja tarjotaan • Jokaisesta IUI- ja IVF-yrityksestä ○ £85 / IVF yritys ○ £37,50 / luovutetuilla sukusoluilla tehty inseminaatioyritys



○ Vaihteluväli 0-3 IVF-hoitoyritystä • ICB:t voivat vaatia NICE:n kriteerien lisäksi muiden kriteerien täyttymistä, esim: ○ Ei aiempia lapsia nykyisestä tai edellisestä parisuhteesta ○ Paino hallinnassa ○ Ei tupakointia ○ Tietyn ikähaitarin sisällä (esim. alle 35v) • Julkisesti rahoitetussa hoidossa (NHS) asiakas ei välttämättä voi itse valita klinikkaa • Tilanteessa, jossa asiakas ei voi saada NHS-rahoitusta hedelmöityshoitoihin, voi silti olla mahdollista saada NHS:n rahoittamia hedelmällisyystestejä (myös niillä alueilla, joilla ei ole mahdollista saada julkisesti rahoitettuja hedelmöityshoitoja lainkaan) ○ Poikkeuksena itselliset naiset ja naisparit, joilla ei tiedossa olevia hedelmällisyysongelmia: tällöin voidaan vaatia tietty määrä itse rahoitettuja IUI-yrityksiä. Jos ne	• Verovähennyksiä ei ole mahdollista saada (HFEA, NHS)
--	---



epäonnistuvat, voidaan julkiselta rahoittaa testit • NHS-rahoitusta saavien asiakkaiden on maksettava lääkekulut, elleivät he ole siitä vapautettuja (mm. raskaana olevat vapautettu) • HFEA-maksu (Human Fertilisation & Embryology Authority) veloitetaan klinikoilta, joissa hedelmöityshoitoja tarjotaan • jokaisesta IUI- ja IVF-yrityksestä ○ £85 / IVF yritys ○ £37,50 / luovutetuilla sukusoluilla tehty inseminaatioyritys • Verovähennyksiä ei ole mahdollista saada (HFEA, NICE, NHS)	
---	--

Sukusolujen luovutus

- Siittiöiden luovutus:
 - Ikäraja 18-45 vuotta
 - Lapsia saa syntyä korkeintaan 10 perheeseen
- Munasolujen luovutus:
 - Ikäraja 18-35 vuotta
 - Lapsia saa syntyä korkeintaan 10 perheeseen



Klinikat

HFEA:n sääntelemät [klinikat](#)

- Yhteensä 194 klinikkaa

6.5 Kanada

Lainsäädäntö ja keskeiset ehdot

[Assisted Human Reproduction Act \(S.C. 2004, c. 2\)](#)

[Lisätietoa](#)

- Hoitoja voivat saada:
 - Heteroparit
 - Naisparit
 - Itselliset naiset
 - Miesparit
- Sijaissyntyys sallittu

Julkinen hoito

- Kanadassa provinssit ja alueet määrittävät käytänteet tarjotuista hedelmöityshoidoista
- Ainoastaan neljä provinssia tarjoaa rahoitusta IVF-hoidoille ja rahoituksen kattavuus vaihtelee

Yksityinen hoito

- Kulut yhteensä \$10000 – 20000 per yritys
- Lääkekulut
 - noin \$5,000 per IVF
 - noin \$1,000 per AI (tai IUI)



• Loput provinseista (9kpl) eivät korvaa IVF-hoitoja • Lääkekulut ○ noin \$5,000 per IVF ○ noin \$1,000 per AI (tai IUI) ○ Työpaikka saattaa korvata lääkekuluja • Jonotusajat voivat venyä jopa kahteen vuoteen klinikasta riippuen (Ontario, HealthyDebate, CBC)	
--	--

Sukusolujen luovutus

Siittiöiden luovutus:

- Ikä 18-39 vuotta
- Kanadassa ei sääntelyä siitä, kuinka monta lasta yhdelle luovuttajalle voi syntyä, joten esim. ReproMed seuraa muiden kansainvälisten järjestöjen ohjeistuksia

Munasolujen luovutus:

- Ikä 20-30 vuotta (osa klinikoista vaatii vähintään 21 vuoden iän)
- Kanadassa ei sääntelyä siitä, kuinka monta lasta yhdelle luovuttajalle voi syntyä, joten esim. ReproMed seuraa muiden kansainvälisten järjestöjen ohjeistuksia

Klinikat

Yli 30 klinikkaa

([Government of Canada](#))



6.6 Alankomaat

Laki ja sääntely

[Embryowet](#)

- Naisella yläikäraja 49 vuotta
- Hoitoja voivat saada:
 - Lapsettomuudesta kärsivät heteroparit
 - Naisparit
 - Itselliset naiset
 - Miesparit
- Sijaissyntyys sallittua

Julkinen hoito

- Naisella yläikäraja 42 vuotta
- Enintään 3 IVF/ICSI-hoitoa rahoitetaan vakuutuksesta
- Enintään 6 IUI-hoitoa rahoitetaan vakuutuksesta

Yksityinen hoito

Sukusolujen luovutus

Siittiöiden luovutus

- Lapsia voi syntyä enintään 25 (ei laissa)

Klinikat ja hoitomäärät

- Valtaosa klinikoista yliopistosairaaloissa ja suurissa opetussairaaloissa
- Muutamia yksityisiä klinikoita

7 Keskeiset pohdittavat ja linjattavat kysymykset

Tämän esiselvityksen tarkoituksen kuvata hedelmöityshoitoihin ja muihin lisääntymislääketieteen menetelmiin liittyviä kysymyksiä eri näkökulmista ja toimia pohjana eri hoitomenetelmiä koskeville menetelmäkohtaisille suosituksille. Palko katsoo tämän esiselvityksen tulosten perustella, että niiden valmistelu tulisi perustaa seuraaviin näkökohtiin:

Lisääntymiseen liittyy voimakas yhteiskunnallinen ulottuvuus. Terveystenhoito ei yksin pysty ratkaisemaan siihen liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi hedelmöityshoitojen tarve johtuu osaltaan yhteiskunnan lapsiperheille kohdentaman tuen riittämättömyydestä, mikä voi johtaa lasten hankinnan siirtämiseen. Se puolestaan johtaa synnyttäjien iän nousuun ja luonnollisen hedelmällisyyden laskuun. Hoitojen tarpeeseen voidaan yhteiskunnan toimin vaikuttaa myös tukemalla terveellisiä elintapoja (esimerkiksi painonhallinta) sekä tupakoinnin ja päihteiden käytön lopettamista raskautta yritettäessä ja etenkin sen aikana. Lisäksi tulee lisätä tietoa niiden merkityksestä hedelmällisyyteen.

Tarkastelussa tulee tehdä ero sille, mitä hedelmöityshoitoja järjestetään julkisin varoin, mikä toiminta on sallittua yksityisin varoin ja mikä on kiellettyä. Suosituksilla ei olla rajoittamassa ihmisten mahdollisuuksia lisääntyä, vaan määrittämässä julkisesti rahoitettuja hoitoja ja niiden rajauksia. Myös biologia ja lääketiede sekä yhteiskunnan arvot asettavat reunaehdoja, jotka tulee ottaa huomioon. Vaikka lainsäädäntö ja sopimukset takaavat mahdollisuuden hoitoihin, ne eivät voi taata raskaaksi tulemistä tai lapsen syntymistä.

Kulloinkin voimassa oleva lainsäädäntö sekä Suomea sitovat kansainväliset sopimukset tulee ottaa suositusten pohjaksi. Ne sääntelevät ja rajoittavat hedelmöityshoitojen



toteuttamista, mutta toisaalta antavat myös oikeuksia ja velvollisuuksia eri tahoille. Hedelmöityshoitolaki tulisi päivittää vastaamaan yhteiskunnallista kehitystä ja muussa lainsäädännössä (mm. perhettä ja vanhemmuutta koskevat lait) tapahtunutta kehitystä. Annettavien suositusten tosiasialliset sukupuolivaikutukset vanhemmuuden mahdollistamisessa tulee arvioida. Myös kysymys sijaissyntytyksen sallimisesta tulisi ratkaista.

Hedelmöityshoidoissa ei ole kyse vain hoitoa saavan hoitamisesta, vaan myös tulevan lapsen asemasta ja oikeuksista. Lahjasoluhoidoihin liittyy lisäksi luovuttajan asema. Eri tahojen oikeudet ovat yleensä yhteen sovitettavissa, mutta ristiriitatilanteissa lainsäädäntö ja Suomea sitovat kansainväliset sopimukset velvoittavat viime kädessä asettamaan lapsen edun ensimmäiseksi.

Julkisesti järjestetyn terveydenhuollon käyttöön ohjattujen ja muuten saatavilla olevien resurssien määrä on otettava huomioon ratkaistaessa tarjottavien hoitojen sisältöä ja laajuutta. Vaikka hoidon tulee perustua yksilölliseen tarpeeseen, on lisääntymiseen ja lasten määrään liittyviä tarpeita arvioitava eri tavoin kuin sairauksien hoitoon liittyviä lääketieteellisiä tarpeita. Kansainväliset esimerkit osoittavat, että hoitojen määrää voidaan oikeudellisesti ja eettisesti kestävästi rajoittaa eri tavoin.

Aiemmin hedelmöityshoitojen tarjoaminen julkisessa terveydenhuollossa on perustunut lääketieteellisiin syihin, mutta viime vuosina hoitoja on aloitettu tarjoamaan myös muista syistä (naisparit ja itselliset naiset). Monissa maissa tämä kehitys alkoi aiemmin kuin Suomessa. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta tulee tällöin ratkaista, missä laajuudessa hoitoja tarjotaan näissä tilanteissa verrattuna siihen, että julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa ei-lääketieteelliset syyt eivät yleensä muuten oikeuta hoitoon. Tulee myös selvittää mahdollisuudet asettaa eri tilanteissa olevia eri hoitojonoihin mm. hoitovasteeseen liittyvän kiireellisyyden perusteella.

8 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>

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

Hirvelä P, Heikkilä S. Ihmisoikeudet – käsikirja EIT:n oikeuskäytäntöön. Edita. 2013

Nieminen L. Perus- ja ihmisoikeudet ja perhe. Talentum. 2013

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

Toebe B, Hartlev M, Hendriks A, Ó Kathaoir K, Rothmar Herrmann J, Sinding Aasen H. Health and Human Rights. Intersentia Ltd. 2022

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)

9 Liitteet

- | | |
|---------|---|
| Liite 1 | Työsuunnitelma LITE-jaosto 15.3.2023 |
| Liite 2 | LITE-jaoston kokoonpano 2021-23 |
| Liite 3 | Hedelmöityshoitojen määrät ja kustannukset |
| Liite 4 | Keskeinen lainsäädäntö |
| Liite 5 | Oikeusasiamiehen ratkaisuja hedelmöityshoidosta |
| Liite 6 | Eettinen analyysi |

