

LISÄÄNTYMISTERVEYDEN JAOSTON KOKOONPANO

TOIMIKAUSI 15.12.2021-30.6.2023

Puheenjohtaja: Mirva Lohiniva-Kerkelä, Palkon varapuheenjohtaja, professori, Lapin yliopisto

Jäsenet:

Mika Gissler, tutkimusprofessori, dosentti, THL

Ritva Halila, LT, dosentti

Ea Huhtala, psykologi, HUS (4.2.2022-)

Eija Koivuranta, toimitusjohtaja, Väestöliitto

Jarna Moilanen, LT, MBA, Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lisääntymislääketieteen lisäkoulutus, Ovumia

Antti Perheentupa, LT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, Turun yliopistollinen keskussairaala

Hanna Savolainen-Peltonen, LT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lisääntymislääketieteen lisäkoulutus, HUS

Palkon asiantuntijat dosentti Ilona Autti-Rämö ja FT Susanne Uusitalo ovat osallistuneet jaoston toimintaan erityisesti eettisen analyysin laadinnan osalta.

Jaoston vastuusihteerinä toimi erityisasiantuntija Reima Palonen.

TOIMIKAUSI 14.9.2023-30.6.2026 (muutokset mahdollisia)

Puheenjohtaja: Vesa Jormanainen, lääkintöneuvos, STM

Jäsenet:

Mika Gissler, tutkimusprofessori, dosentti, THL

Ritva Halila, LT, dosentti

Ea Huhtala, psykologi, HUS

Eija Koivuranta, toimitusjohtaja, Väestöliitto

Jarna Moilanen, LT, MBA, Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lisääntymislääketieteen lisäkoulutus, Ovumia 14.9.2023-6.5.2024. STM 7.5.2024-

Hanna Savolainen-Peltonen, LT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lisääntymislääketieteen lisäkoulutus, HUS

Eija Tomàs, LT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, Johtajaylilääkäri sairaalapalvelulinja, PIRHA

12.6.2024

2(49)
LIITE 1
STM023:00/2023
VN/21785/2021

Palkon asiantuntijat dosentti Ilona Autti-Rämö ja FT Susanne Uusitalo osallistuvat kutsutuina jaoston toimintaan.

Jaoston vastuusihteerinä on toiminut erityisasiantuntija Reima Palonen 14.9.2023-6.5.2024. 7.5.2024 alkaen erityisasiantuntija Jarna Moilanen.

YHTENÄISET KIIREETTÖMÄN HOIDON PERUSTEET 2019

Hedelmöityshoidot (hormonihoito, keinosiemennys, koeputki- ja mikrohedelmöitykset, leikkaushoito)

ICD-tautiluokitus

N46 Infertilitas masculine (miehen hedelmättömyys)

N97 Infertilitas feminae (naisen hedelmättömyys)

Lähteessä edellytettävät tiedot

- Lähettävässä yksikössä annetaan yleinen informaatio hedelmöityshoitoihin liittyvistä tutkimuksista ja selvitetään henkilön / parin / perheen kokonaistilanne. Paino-ongelmiin, tupakointiin tai päihteiden käyttöön puututaan. Mahdolliset taustasairaudet ja niiden hoito tarkistetaan. Tarvittaessa lääkehoito korjataan raskauden kannalta sopivaksi.

- Lähteeseen kirjataan anamnestiset tiedot ja kliinisen tutkimuksen tulokset. Alkuselityksinä suositellaan tutkittavaksi PAPA ja klamydianäyte sekä pieni verenkuva, prolaktiini ja S-TSH. Jos sperma-analyysi on tutkittu, sen tulokset liitetään lähteeseen.

- Jatkotutkimukset tehdään naistentautien poliklinikalla tai hedelmöityshoitoyksikössä.

Kiireettömän hoidon perusteet hedelmöityshoitoyksikössä

- Kaikkien hoitovalintojen lähtökohtana on käyttää vain vaikuttavia hoitoja, turhiin tai toistuviin hoitoihin ei tule ryhtyä.

- Raskauden alkamisen mahdollisuus varmistetaan ennen hoidon aloittamista: synnyttelinten rakenne ja munasarjojen toiminta sekä siemennesteen laatu selvitetään. Raskausriskit arvioidaan sekä äidin että sikiön kannalta.

- Hoitotuloksen todennäköisyys tulisi olla vähintään 10 % koeputkihedelmöityshoidoissa yhtä hoitokiertoa kohti. Hormonihoidoissa ja inseminaatioissa hyväksytään alhaisempi onnistumisprosentti.

- Onnistumismahdollisuutta voidaan arvioida seuraavien seikkojen avulla:

- 1) alkukierron follikkulia stimuloiva hormoni (FSH) on toistetusti koholla (yli15–20 IU /L), AMH on matala (<0,2 µg/l), AFC on matala (<2–3/munasarja) eikä koestimulaatiossa isollakaan FSH-annoksella ei saada hyvää vastetta

- 2) naisen ikä (>40 v)

- 3) hankala kohdun epämuodostuma

- 4) useita aiempia tuloksettomia hoitokiertoja (esim. yli 3 munasolujen keräystä hormonihoitoineen)

- Tutkimuksiin ja hoitoon liittyen tarjotaan kaikille riittävää tukea

Lisäksi huomioitava

- Tartuntavaaralliset taudit, esimerkiksi HIV tai muut virusinfektiot, jotka edellyttävät laboratoriolta erityisolosuhteita, tulee keskittää
- Alkiodiagnostiikkaa tulee kehittää yhteistyössä kansallisesti ja kansainvälisesti, ja hoidot tulee keskittää
- Hedelmällisyyden säilyttämiseen liittyviä toimenpiteitä lääketieteellisissä indikaatioissa tulee kehittää valtakunnallisesti
- Hedelmöityshoitoa voidaan toteuttaa, vaikka taustalla ei ole varsinainen hedelmättömyys, jos siihen on perusteet
- Mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva pyritään saamaan oikea-aikaisesti hoidon piiriin. 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.

Käypä hoito –suositus: Ei

Hedelmöityshoitolaki ja -asetus. kudoslaki ja -asetus sekä Fimean määräys

Työryhmä

Seppo Saarikoski KYS, Aila Tiitinen, HYKS Seppo Heinonen KYS, Jorma Penttinen KYS

Päivitystyöryhmä

Anna-Maija Tapper HUS, Aila Tiitinen HUS, Helena Tinkanen PSHP, Varpu Jokimaa VSSHP,

Martikainen Hannu PPSHP, Kaisa Randell PSSHP, Riitta Burrell STM, Timo Keistinen STM

Yhteyshenkilö

Anna-Maija Tapper HUS

Ss. 155-156

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2

ISBN PDF: 978-952-00-4036-9

KESKEINEN HEDELMÖITYSHOITOJA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

[Suomen perustuslaki \(731/1999\)](#)

- Erityisesti 6 § (Yhdenvertaisuus), 7 § 1 momentti (Oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen), 10 § (Yksityiselämän suoja), 19 § (Oikeus sosiaaliturvaan) ja 22 § (Perusoikeuksien turvaaminen)

[Terveysturvalaki \(1326/2010\)](#)

- Erityisesti 1 § (Soveltamisala), 7 § (Yhtenäiset hoidon perusteet), 7a § (Terveysturvan palveluvalikoima), 8 § (Laatu ja potilasturvallisuus), 24 § (sairaanhoito), 27 § (Mielenterveyden hoito), 32 § (Sosiaali- ja terveysturvan yhteistyö), 33 § Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö, 45 § (Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen) ja 78a § (Terveysturvan palveluvalikoimaneuvosto).
- 45 §:n nojalla annettu: [Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä \(582/2017\)](#) o Erityisesti 5 § (Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito) ja 6 § (Viiteen yliopistolliseen sairaalaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito)
- 7 §:n nojalla annettu: [Hedelmöityshoitojen yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 \(2014\)](#)

o Ks. liite

[Laki hedelmöityshoidoista \(1237/2006\)](#)

- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus hedelmöityshoidoista (825/2007), muutos 811/2009

[Laki sukupuolen vahvistamisesta \(295/2023\)](#)

- Erityisesti 3 § (Sukupuolen vahvistamisen oikeusvaikutukset), 4 § (Sukupuolen vahvistamisen oikeusvaikutukset vanhemmuuteen) ja 5 § (Vanhemmuusnimikkeen muuttaminen)

[Sairausvakuutuslaki \(1224/2004\)](#)

- Erityisesti 2 § (Korvattavuuden yleinen periaate) ja 3 § (Korvattavuutta koskevat rajoitukset)

[Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta \(1201/2013\)](#)

- Erityisesti 5 § (Ulkomailla annettavat palvelut), 9 § (Oikeus korvaukseen EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta) ja 10 § (Oikeus korvaukseen muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta)

[Yhdenvertaisuuslaki \(1325/2014\)](#)

- Erityisesti 1 § (Lain tarkoitus), 2 § (Soveltamisala), 5 § (Viranomaisen velvollisuus edistää yhdenvertaisuutta), 8 § (Syrjinnän kieltö), 9 § (Positiivinen erityiskohtelu), 10 § (Välitön syrjintä),
11 § (Erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteet) ja 13 § (Välillinen syrjintä)

[Laki potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992\)](#)

- Erityisesti 1 § (Soveltamisala), 2 § (Määritelmät), 3 § (Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun), 5 § (Potilaan tiedonsaantioikeus) ja 6 § (Potilaan itsemääräämisoikeus)

[Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä \(559/1994\)](#)

- Erityisesti 15 § (Ammattieettiset velvollisuudet) ja 22 § (Taudinmäärittämisestä ja oikeudesta määrätä lääkkeitä)

[Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä \(101/2001\)](#)

- Erityisesti 1 § (soveltamisala), 1a § (Määritelmät), 3 luku (Elimien, kudoksien ja solujen talteenotto), 6 luku (Toimintaa koskevat yleiset säännökset), 6a luku (Kudoslaitoksen toimintaa koskevat säännökset) ja 7 luku (Erinäiset säännökset)

[Vanhemmuuslaki \(775/2022\)](#)

- Erityisesti 4 § (Isyyden vahvistaminen muissa tapauksissa), 5 § (Äitiyden vahvistaminen hedelmöityshoitoon suostumisen perusteella), 6 § (Vanhemmuuden selvittämisen tarkoitus ja käyttöala), 14 § (Vanhemmuuden selvittämisen tarkoitus ja käyttöala) ja 27 § (Suostumus vanhemmuuden vahvistamiseen ilman oikeudenkäyntiä)

[Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta \(361/1983\)](#)

- Erityisesti 1 § (Lapsen huolto), 3 § (Lapsen huoltajat) ja 4 § (Huoltajan tehtävät)

[Lastensuojelulaki \(417/2007\)](#)

- Erityisesti 1 § (Lain tarkoitus), 2 § (Vastuu lapsen hyvinvoinnista), 3 § (Lastensuojelu), 3 a § (Ehkäisevä lastensuojelu), 4 § (Lastensuojelun keskeiset periaatteet) ja 4 a § (Lapsen oikeus tasapainoiseen kehitykseen ja hyvinvointiin)

[Adoptiolaki \(22/2012\)](#)

- Erityisesti 1 § (Adoption tarkoitus), 2 § (Lapsen etu), 3 § (Alaikäisen adoptio), 6 § (Adoptionhakijan vähimmäis- ja enimmäisikä), 8 § (Aviopuolisoita koskevat edellytykset) ja 4 luku (Adoptioneuvonta)

EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIEHEN HEDELMÖITYSHOITOJA KOSKEVIA RATKAISUJA

(ratkaisujen tekstit lyhennetty ja muotoiltu Palkon sihteeristössä)

Ratkaisu EOAK/6730/2021, 29.12.2022 (ei julkaistu EOA:n kotisivuilla)

Henkilön molemmat siemenjohtimet olivat katkenneet vatsan alueen leikkauksessa, eikä hän enää voinut saada lasta puolisonsa kanssa muutoin kuin hedelmöityshoidon avulla. Heille oli kuitenkin poliklinikkakäynnillä ilmoitettu, ettei hoitoa tulla tarjoamaan heille, koska heillä on jo kaksi yhteistä lasta. Perusteena oli Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

Apulaisoikeusasiamies totesi ratkaisussaan, että valtakunnalliset suositukset ovat lähtökohtaisesti tarpeellisia ja perusteltuja. Niiden avulla voidaan yhtenäistää hoitokäytäntöjä, ja niillä on tärkeä potilaiden yhdenvertaisuutta edistävä vaikutus. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden 2019 mukaan ”mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva pyritään saamaan oikea-aikaisesti hoidon piiriin”. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan suosituksella tavoitellaan terveydenhuollon rajallisten resurssien mahdollisimman oikeudenmukaista ja tehokasta käyttöä. Hän piti tavoitetta oikeusjärjestyksen kokonaisuuden näkökulmasta lähtökohtaisesti hyvänä ja perusteltuna.

Oikeusasiamiehen vakiintuneessa ratkaisukäytännössä on kuitenkin katsottu, että terveystalveluiden järjestämistä koskevat ohjeet ja suositukset, jotka eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa. Lääkärin tulee hoitopäätöstä tehdessään aina ottaa suositusten ohella huomioon potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja elämän tilanne. Yksilöllisen arvioinnin vaatimus sisältyy myös hedelmöityshoitoa koskeviin yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin, joiden mukaan ”hoitoa annetaan yksilöllisen harkinnan mukaan esimerkiksi silloin, kun perheessä on kaksi lasta”. Suositusten kategorinen noudattaminen ei jätä tilaa hedelmöityshoitoa toivovan parin tai henkilön yksilöllisen hoidon tarpeen ja muun tilanteen huomioon ottamiselle. Kyseessä olevassa tapauksessa

oli apulaisoikeusasiamiehen mielestä erityisen painavia syitä kiinnittää huomiota kantelijan ja hänen puolisonsa yksilölliseen tilanteeseen ja hoidon tarpeeseen.

Apulaisoikeusasiamies korosti, että hoidon antamista tai resurssien kohdentamista koskevat linjaukset eivät voi perustua edellytyksiin, jotka ovat lain vastaisia. Suosituksilla ei siten voida rajoittaa laissa säädettyjä oikeuksia tai asettaa lisäehtoja laissa säädetyn oikeuden toteuttamiselle. Hedelmöityshoitolaissa ei ole säädetty tahatonta lapsettomuutta hoidon antamisen edellytykseksi eikä sitä, että parilla on jo lapsia, hoidon antamisen esteeksi.

[Päätös EOAK/1587/2020, 8.12.2021](#)

Kantelijalla, joka oli tuolloin 23-vuotias, todettiin kesäkuussa 2017 oikeassa reisiluussa aggressiivinen luusyöpä, ja keuhkokuvan perusteella hänen keuhkoissaan epäiltiin pieniä etäpesäkkeitä. Tuossa vaiheessa kantelijan sukusoluja otettiin säilöön. Kantelijalle aloitettiin sytostaattihoidot elokuussa 2017, ja lokakuussa 2017 hänelle tehtiin primäärituumorin leikkaus, ja myös keuhkomuutokset leikattiin samana vuonna. Kantelijan solunsalpaajahoitoa jatkettiin, mutta kesäkuussa 2018 hänen keuhkoissaan nähtiin uusia muutoksia.

Kantelijalle tehtiin uusintaleikkaus 2018, ja hänen solusalpaajahoidonsa päättyivät elokuussa 2018.

Kesäkuussa 2019 kantelijan keuhkoissa todettiin uudet muutokset, joihin aloitettiin uudet hoidot. Monisolunsalpaajahoitojen jälkeen elokuussa 2019 tehdyssä kontrollikuvassa hoidolle ei kuitenkaan saatu toivottua vastetta, ja näin ollen leikkausta ei katsottu mielekkääksi vaihtoehdoksi taudin etenemistilanteessa. Kantelijalle aloitettiin uusi syöpälääke.

Kantelija ja hänen puolisonsa toivoivat hedelmöityshoitoa, ja lääkäri D teki 12.8.2019 heistä hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalle lähetteen hedelmöityshoidon saamiseksi pakastetuilla siittiöillä levinneen syövän aktiivihoidon aikana. Lähetete palautettiin, koska kantelijalla oli vielä syövän aktiivi-hoidot meneillään. Lääkäri E teki 3.9.2019 uuden lähetteen hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalle, ja heille järjestettiin keskusteluaika erikoislääkäri B:n vastaanotolle 1.10.2019.

Erikoislääkäri B totesi, että hedelmöityshoitolain 8 §:n mukaan hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos on ilmeistä, että lapselle ei voida turvata tasapainoista kehitystä. Tapaamisella sovittiin, että parin asia otetaan käsittelyyn 23.10.2019 moniammatillisen työryhmän kokouksessa, johon pyydetäisiin myös syöpätautien erikoislääkäri. Kokouksen päätöksestä kerrottiin informoitavan paria.

Parin asia käsiteltiin 23.10.2019 moniammatillisessa työryhmässä, jossa olivat läsnä hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikan lääkärit, lastenpsykiatri, aikuispsykiatri, päihdepsykiatri, sosiaalityöntekijä ja syöpätautien erikoislääkäri. Syöpätautien erikoislääkäri kertoi kantelijan syöpähoitojen tilanteesta.

Käytössä oli viimeisen linjan sytostaattihoito, ja seuraavaksi odotettiin, saatiinko hoidolle vastetta. Lääke oli uusi ja sen vaikutuksista ei ollut vielä vakuuttavaa tietoa. Jatkossa oli myös mahdollisuus etäpesäkkeiden leikkaushoitoon, jos etäpesäkkeet lähtisivät pienenemään. Sairauden elpymisvaiheeseen (remissio) saamisen mahdollisuus oli pieni. Työryhmässä päädyttiin siihen, että hedelmöityshoitolain nojalla hedelmöityshoitoa ei annettu tilanteessa, jossa parin toisella osapuolella olivat aktiiviset syöpähoidot meneillään. Työryhmässä sovittiin, että syöpätautien erikoisala tekee uuden lähetteen, kun kantelijan sairaus saataisiin remissioon.

Valvira totesi asiasta antamassaan lausunnossa, että lääkäri A:n tekemät potilasasiakirjamerkinnät ovat puutteellisia siltä osin, että niistä ei käy selvästi ilmi yksilölliset perustelut, miksi kantelijan ja hänen puolisonsa hedelmöityshoito evättiin. Lisäksi kantelijan siittiöiden väliaikaisesta käyttökiellosta TAYS:ssa olisi pitänyt informoida häntä, ja siittiöiden käyttökielto olisi pitänyt merkitä potilasasiakirjoihin asianmukaisesti.

Valvira totesi antamassaan lausunnossa, että kantelijalle ja hänen puolisolleen olisi ollut hyvä varata vastaanottoaika työryhmän kokoontumisen jälkeen, ja keskustella heidän kanssaan päätöksestä tarkemmin. Valvira toteaa lisäksi, että kantelijan ja hänen puolisonsa kanssa olisi ollut hyvä keskustella etukäteen ennen siemennesteen pakastamista siitä, että siemennesteen pakastaminen ei takaa hedelmöityshoidon toteuttamista, vaan tilanne joudutaan arvioimaan aina tapauskohtaisesti.

Oikeusasiamies totesi, että potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa. Potilasasiakirjoilla pyritään parantamaan hoidon jatkuvuutta. Riittävät, asianmukaiset ja virheettömät merkinnät selkiinnyttävät ja vahvistavat

potilaan ja henkilökunnan oikeusturvaa sekä edistävät luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä. Potilasasiakirjat ovat tärkeitä myös potilaan tiedonsaantioikeuden kannalta. Potilasasiakirjatietojen perusteella arvioidaan hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoiminnan asianmukaisuutta ja myös sitä, onko potilaalle hoidosta mahdollisesti aiheutunut henkilövahinko korvattava potilasvahinkona.

Valviran tavoin oikeusasiamies totesi, että vt. osastonylilääkäri A:n olisi tullut tapahtunutta tarkemmin merkitä potilasasiakirjoihin kantelijan ja hänen puolisonsa hedelmöityshoidon epäämisen yksilölliset perusteet. Myös siittiöiden väliaikaisesta käyttökiellosta olisi tullut tehdä asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot.

Potilaan tiedonsaantioikeus on perustavaa laatua oleva potilaan oikeus. Oikeusasiamies totesi, että kantelijalle ja hänen puolisolleen olisi tullut kertoa etukäteen ennen siemennesteen pakastamista siitä, että siemennesteen pakastaminen ei aina takaa hedelmöityshoidon antamista, vaan tilanne joudutaan arvioimaan aina tapauskohtaisesti. Moniammatillisen työryhmän kokouksen jälkeen kantelijalle ja hänen puolisolleen olisi ollut asianmukaista varata vastaanottoaika ja keskustella heidän kanssaan niistä yksilöllisistä perusteista, joilla heiltä evättiin hedelmöityshoito. Tässä yhteydessä heitä olisi myös tullut informoida siittiöiden väliaikaisesta käyttökiellosta.

Hedelmöityshoitolain 8 §:n 5 kohdassa tarkoitettua hedelmöityshoidon antamisen estettä tulee arvioida potilaskohtaisesti ja yksilöllisesti. Saadun selvityksen mukaan kaikissa yliopistosairaaloissa hedelmöityshoito evätään parilta pelkästään sillä perusteella, että parin toinen osapuoli on hoidettavana syövän vuoksi ja syöpähoitot ovat kesken. Pelkästään se, että parin toinen osapuoli on syöpähoidoissa, ei automaattisesti tee ilmeiseksi sitä, ettei syntyvälle lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä. Oikeusasiamies totesi, että kategorinen ja kaavamainen toimintakäytäntö evätä hedelmöityshoito parilta, asettaa sukusolut käyttökieltoon tai asettaa aikaraja sukusolujen käytölle syöpähoitojen jälkeen pelkästään parin toisen osapuolen syöpähoitojen perusteella, ei ole lainmukainen. Tällainen toimintakäytäntö ei jätä tilaa hedelmöityshoitoa hakevan parin yksilöllisen hoidon tarpeen huomioon ottamiselle siten kuin hedelmöityshoitolain 8 §:n 5 kohdassa ja potilaslain 3 §:ssä edellytetään. Siltä osin kuin toimintaohjeet eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ohjeet olivat ristiriidassa lainsäädännön kanssa.

Oikeusasiamies pyysi erikseen Valvira selvittämään ja arvioimaan yliopistollisten keskussairaaloiden toimintakäytäntöjä. Saatujen selvitysten mukaan missään yliopistosairaalassa ei anneta hedelmöityshoitoa parille, jos potilaan, miehen tai naisen, syöpähoitot ovat kesken. Yhtä lukuun ottamatta kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa oli asetettu aikaraja sille, milloin hedelmöityshoito aloitetaan parille syöpähoitojen jälkeen. Aikaraja oli 1-3 vuotta.

Valvira totesi, että pelkästään se, että parin toinen osapuoli on syöpähoidoissa, ei aina tee ilmeiseksi sitä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä. hoitosuositusten (kuten nyt kysymyksessä olevat sairaanhoitopiirien menettelytapaohjeet) avulla pyritään parantamaan potilaiden hoidon laatua ja yhtenäistämään perusteettomasti vaihtelevia käytäntöjä. Hoitosuosituksen käyttöönotto mahdollistaa inhimillisen, oikein ajoitetun, oikean ja vaikuttavan hoidon. Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää myös konkreettisia toimintaohjeita ja vastuunjakoja. Hoitosuosituksia ja toimintaohjeita ei tule kuitenkaan käyttää kategorisina, kaikkia potilaita (tai heidän perheitään) koskevina ryhmäpäätöksinä, vaan potilaita tulee arvioida yksilöllisesti.

Valviran mukaan, kun naisella on syöpähoitot menossa, hedelmöityshoidon aloittaminen kesken syöpähoitojen saattaa vaarantaa sekä äidin että lapsen terveyden, ja hedelmöityshoidon epääminen naisen syöpähoitojen aikana saattaa näin ollen käytännössä aina olla perusteltua. Näissäkin tapauksissa hoito tulee suunnitella yksilöllisesti. Sen sijaan syöpää sairastavan miehen tai naisen ennen syöpähoitoja pakastettujen sukusolujen käytön kieltäminen nyt kysymyksessä olevien sairaanhoitopiirien menettelytapojen mukaan kategorisesti ei välttämättä aina ole perusteltua, jos hänen sukusolujaan voidaan käyttää vaarantamatta äidin ja lapsen terveyttä.

Valvira totesi, että yliopistollisten sairaaloiden kategorinen toimintatapa evätä hedelmöityshoitoa parilta, asettaa sukusolutkäyttökieltoon, tai asettaa aikaraja sukusolujen käytölle syöpähoitojen jälkeen pelkästään parin toisen osapuolen syöpähoitojen perusteella ei ole täysin asianmukainen. Kunkin parin kohdalla kysymykseen tuleva toimintatapa määräytyy hoitoa saavan, lääketieteellisesti arvioidun yksilöllisen hoidon tarpeen ja kokonaistilanteen perusteella, mukaan lukien arvio parin mahdollisuudesta turvata lapselle tasapainoinen kehitys. Oikeusasiamies yhtyi Valviran näkemykseen.

[Dnro 1863/4/11, 24.1.2013](#)

Positiiviset ry arvosteli eduskunnan oikeusasiamiehelle 10.5.2011 osoittamassaan kirjeessä sitä, että HIV-positiiviset tai heidän HIV-negatiiviset puolisonsa eivät saaneet Suomessa hedelmöityshoitoja. Yhdistyksen käsityksen mukaan näin meneteltiin, koska HIV-positiivisten henkilöiden kudoksia ja soluja ei voida tartuntavaaran vuoksi käsitellä samassa laboratoriossa muiden henkilöiden solujen ja kudosten kanssa.

Yhdistys katsoi, että HIV-infektion sinänsä ei pitäisi olla este hedelmöityshoitojen saamiselle. HI-virusta ei ole sukusoluissa, ja mahdollinen äidistä lapseen siirtyvä tartunta on hyvin tehokkaasti ehkäistävissä lääkityksellä.

Yhdistyksen mukaan suomalaisten HIV-positiivisten oli mahdollista saada hedelmöityshoitoja lähimpänä muun muassa Ruotsista ja Tanskasta omalla kustannuksellaan. Yhdistys totesi, että Suomessa muu väestö saa nämä palvelut huomattavasti halvemmalla ja lähempää. Yhdistys katsoi tilanteen syrjivän HIV-tartunnan saaneita ja heidän puolisoitaan.

Oikeusasiamies totesi perustuslain 6 §:n nojalla, että kiellettyä on henkilön asettaminen muihin nähden eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta. Säännöksessä luetellaan yhtenä kiellettyinä erotteluperusteena terveydentila.

Yhtäläistenkin palvelujen tarjoaminen erikseen eri väestöryhmille syrjäntäkiellossa mainitun perusteen mukaisesti on kiellettyä, jollei sitä voi jonkin hyväksyttävän syyn perusteella pitää määrättyssä tilanteessa oikeutettuna. Syrjäntäkielto koskee myös toimenpiteitä, jotka välillisesti johtavat syrjivään lopputulokseen. Tältä osin syrjinnän käsillä olo on arvioitava jonkin menetelyn tosiasiallisten seurausten kannalta.

Suosintaa tai jonkin yksilön tai ryhmän asettamista etuoikeutettuun asemaan on pidettävä säännöksen kieltämänä, jos se asiallisesti merkitsee toisiin kohdistuvaa syrjintää.

Perustuslain 6 §:n 2 momentti ei kiellä kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi syrjäntäsäännöksessä nimenomaan mainittuun syyhyn. Olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla. Perustelulle asetettavat vaatimukset ovat erityisesti säännöksessä lueteltujen kiellettyjen erotteluperusteiden kohdalla kuitenkin korkeat.

12.6.2024

14(49)
LIITE 4
STM023:00/2023
VN/21785/2021

Oikeusasiamiehen käsityksen mukaan se, että HIV-positiivisten henkilöiden sukusolujen käsittely edellyttää laboratoriolta erityisolosuhteita, ei ole hyväksyttävä peruste asettaa heidät eri asemaan hedelmöityshoitojen saamisessa. Tällaisen laboratorion puuttuminen johtaa tosiasiallisesti siihen, että HIV-positiivisille henkilöille tai heidän puolisoilleen ei anneta hedelmöityshoitoja. Hyväksyttävää ei ole, että nämä henkilöt joutuvat hedelmöityshoitoja saadakseen hakeutumaan hoitoon esimerkiksi Ruotsiin tai Tanskaan. Hän totesi, että sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö on yksi keino, jolla voidaan turvata niiden HIV-positiivisten henkilöiden tai heidän puolisoitensa mahdollisuus saada hoitoa, jotka täyttävät hedelmöityshoitolain edellytykset.

[EOAK/5968/2022, 19.7.2023](#)

HEDELMÖITYSHOIDOT

Kantelija arvosteli yliopistosairaaloiden lisääntymislääketieteen ylilääkärien menettelyä asiassa, joka koskee kantelijan ja hänen puolisonsa lapsettomuushoitoa. Kantelijan puolisolle on tämän aiemman parisuhteen aikana tehty pyynnöstään sterilisaatio. Kantelijalla ei ole omia lapsia. Kantelijalta on näkemyksensä mukaan puolisonsa valinnan vuoksi evätty hoitoihin pääsy.

Parin tilannetta käsiteltiin Yliopistosairaaloiden lisääntymislääketieteen ylilääkärien kokouksessa 5.9.2022. Pariskunnan tilanne käsiteltiin kokouksessa yksilöllisesti ja päätös hoidolle oli kielteinen. Kantelijalle lähetettiin asiasta kirje 7.9.2022. Kirjeessä todetaan, että sterilisaation tarkoituksena on saavuttaa pysyvä ja lopullinen raskauden ehkäisy. Ennen omaehtoista sterilisaatiota steriloimista haluavalle selvitetään steriloimisen merkitys ja vaikutukset. Kirjeessä todetaan, että kantelijalle ja hänen puolisolleen ei voida tarjota hedelmöityshoitoa julkisessa terveydenhuollossa omaehtoisen sterilisaation jälkeen. Linjauksen taustalla on Suomen kaikkien yliopistosairaaloiden yhteinen kansallinen päätös. Kirjeessä viitataan sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuun ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet”, jonka mukaan lapsettomuushoitoja annetaan yksilöllisen harkinnan mukaan silloin, kun taustalla on sterilisaatio. Linjauksen perusteluna kirjeessä viitataan julkisen terveydenhuollon rajallisiin resursseihin.

Oikeusasiamiehen kannanotto:

Perustuslain 109 §:n 1 momentin mukaan oikeusasiamiehen tulee valvoa, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisön työntekijät ja muutkin julkista tehtävää hoitaessaan noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Tehtävänsä hoitaessaan oikeusasiamies valvoo perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumista.

Perustuslain 2 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin. Kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia.

Hedelmöityshoidoista annetun lain (1237/2006), 1 §:n 1 momentin mukaan laissa säädetään sellaisen hedelmöityshoidon antamisesta, jossa ihmisen sukusolu tai alkio viedään naiseen raskauden aikaansaamiseksi. Lain 8 §:ssä säädetään hedelmöityshoidon antamisen esteistä. Säännöksen mukaan hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos:

- 1) hoitoon ei ole hoitoa saavan kirjallista suostumusta;
- 2) hoitoa saavan parin osapuoli on avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa muun henkilön kanssa;
- 3) raskaus aiheuttaisi naisen iän tai terveydentilan vuoksi huomattavan vaaran naisen tai lapsen terveydelle;
- 4) hedelmöityshoidon antamiseen suostumuksensa antanut on peruuttanut sen tai kuollut;
- 5) on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä; taikka
- 6) on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa adoptiolapseksi.

Se, että hedelmöityshoitoa toivovalle on hänen pyynnöstään tehty sterilisaatio, ei ole hedelmöityshoitolaissa säädetty hoidon antamisen este. Hedelmöityshoitolain 11 §:n mukaan hoitava lääkäri päättää hedelmöityshoidon antamisesta varmistettuaan, että edellytykset hoidon antamiseen täyttyvät.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992), 3 §:n 3 momentin mukaan potilaan yksilölliset tarpeet on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 §:ssä säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Yksittäinen lääkäri tai hammaslääkäri voi hoidon aihetta päättäessään myös poiketa yhtenäisistä hoidon perusteista perustellusta syystä.

Perustuslain 2 §:ään sisältyvän oikeusvaltioperiaatteen mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin ja kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Perustuslain 107 §:ssä säädetään lakia alemman asteisten säädösten soveltamisrajoituksesta. Sen mukaan, jos asetuksen tai muun lakia alemman asteisen säädöksen säännös on ristiriidassa perustuslain tai muun lain kanssa, sitä ei saa soveltaa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Hedelmöityshoidoista annetun lain 8 §:ssä säädetään hedelmöityshoidon antamisen esteistä. Hedelmöityshoitoa toivovalle henkilölle tai hänen puolisolleen pyynnöstä tehtyä sterilisaatiota ei ole hedelmöityshoitolaissa säädetty hoidon antamisen esteeksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019” (sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2) terveydenhuoltolain 7 §:n nojalla. Julkaisuun sisältyy hedelmöityshoitoja koskeva suositus. Suosituksen mukaan ”mahdollisimman moni hoitoa tarvitseva pyritään saamaan oikea-aikaisesti hoidon piiriin.” (s. 156) Edelleen todetaan, että hoitoa annetaan yksilöllisen harkinnan mukaan esimerkiksi silloin, kun ”taustalla on omaehtoinen sterilisaatio”.

Hedelmöityshoitoja koskevassa ministeriön suosituksessa ei aseteta ehdotonta estettä antaa hedelmöityshoitoa parille, jonka toiselle osapuolelle on tehty sterilisaatio hänen omasta pyynnöstään. Hoidon antaminen perustuu ministeriön suosituksen mukaan tällöin yksilölliseen harkintaan. Oikeusasiamies toteaa, että valtakunnalliset tai muut viranomaisen antamat ohjeet, suositukset ja linjaukset ovat lähtökohtaisesti tarpeellisia ja perusteltuja. Niiden avulla voidaan yhtenäistää hoitokäytäntöjä, ja niillä on tärkeä potilaiden yhdenvertaisuutta edistävä merkitys. Lääkärin tulee hoitopäätöstä tehdessään kuitenkin aina ottaa suositusten ohella huomioon potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja elämäntilanne. Suositusten kategorinen noudattaminen ei jätä tilaa hedelmöityshoitoa toivovan parin tai henkilön yksilöllisen hoidon tarpeen ja muun tilanteen huomioon ottamiselle. Oikeusasiamiehen päätöksessä tarkoitettussa tilanteessa merkitystä päätöksenteossa olisi tullut antaa muun ohessa sille, että kantelijalla ei ole omia lapsia. Hän toteaa, että kansallisten yliopistosairaaloiden lisääntymislääketieteen ylilääkäreillä ei ole lakiin perustuvaa toimivaltaa asettaa yleisesti noudatettaviksi tarkoitettuja ohjeita tai linjauksia, joilla asetetaan laissa säädettyjen edellytysten lisäksi hedelmöityshoidon saamista rajoittavia ehtoja.

Potilaslain 3 §:n 1 momentin mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

12.6.2024

17(49)
LIITE 4
STM023:00/2023
VN/21785/2021

Säännöksessä korostuu terveydenhuoltoon osoitettujen rajallisten resurssien käyttö niin, että koko väestön terveydenhuollon tarpeet tulisivat huomioiduksi mahdollisimman yhdenvertaisesti.

Mainittujen säännösten valossa oikeusasiamies katsoo, että hedelmöityshoitoa koskevassa päätöksenteossa kantelijan puolisoon mahdollisesti kohdistuvien toimenpiteiden osalta on perustellusti voitu ottaa huomioon puolisolle hänen pyynnöstään aiemman parisuhteen aikana suoritettu sterilisaatio. Sterilisaatioon kytkeytyvät näkökohdat ovat siten voineet asiassa suoritettuna yksilöllisen harkinnan jälkeen johtaa kantelijan puolison hedelmöityshoidon epäämiseen julkisesti rahoitetun terveydenhuollon piirissä. Edellä esitetyillä perusteilla hän katsoo, että tältä osin asiassa ei ole ilmennyt aihetta epäillä harkintavallan ylitystä.

Kuten kantelija itsekkin on oikeusasiamiehelle aiemmin osoittamassaan kantelussa (EOAK/1959/2022) todennut, hänellä olisi yksinään mahdollisuus saada hedelmöityshoitoa julkisen terveydenhuollon piirissä hedelmöityshoitolaian tai annettujen suositusten ja linjausten sitä estämättä. Oikeusasiamiehen käsityksen mukaan kantelijalle annettavaa hedelmöityshoitoa koskevassa päätöksenteossa ei olisi pitänyt antaa merkitystä kantelijan puolisolle tämän aiemman parisuhteen aikana suoritettulle sterilisaatiolle. Oikeusasiamies katsoo, että asiassa on tältä osin toimittu lainvastaisesti.

Oikeusasiamies on 27.3.2023 ottanut omana aloitteenaan (EOAK/850/2023) selvitettäväksi yliopistollisissa sairaaloissa ja Ahvenanmaan julkisessa terveydenhuollossa noudatettavien hedelmöityshoidon antamisen edellytysten lainmukaisuuden.

[EOAK/2429/2023 29.5.2023](#)

LAUSUNTO SELVITYKSESTÄ EI-KAUPALLISEN SIISSYNNYTYSJÄRJESTELYN SALLIMISESTA SUOMESSA (Tekstissä viitataan erilliseen selvitykseen, joka ei ole liitteenä)

Oikeusministeriö on pyytänyt oikeusasiamiehen lausuntoa ei-kaupallisen sijais-synnytyksjärjestelyn sallimista koskevasta selvityksestään. Oikeusasiamiehen mukaan on niin eettisesti kuin oikeudellisestikin tärkeää tarkastella, mitä ulottuvuuksia henkilökohtainen vapaus saa sijais-synnytyksjärjestelyistä puhuttaessa ja mikä on autonomian painoarvo suhteessa muihin sijais-synnytyksjärjestelyihin kytkeytyviin intresseihin ja oikeuksiin. Raskauteen ja synnytykseen liittyy

12.6.2024

edelleen terveyshaittoja ja riskejä, joista nousee esille eettisiä ja oikeudellisia teemoja kuten *primum non nocere* -periaate sekä perustuslaissa säädetty oikeus elämään ja julkiselle valalle asetettu velvoite edistää terveyttä.

Selvityksessä todetaan, että sijaissynnytysjärjestelyjen sallimista Suomessa puoltaisi se, että näin toimien pystyttäisiin ”edes osittain rajoittamaan suomalaisten hakeutumista ulkomaille sijaissynnytysjärjestelyihin valtioissa, joissa syntyvän lapsen, sijaissynnyttäjän ja aiottujen vanhempien oikeusturvanäkökohtien tasapainottamiseen ei ole samanlaista pyrkimystä tai samanlaisia mahdollisuuksia kuin Suomessa.” On ensisijaisen tärkeää, että lapsen asemasta sekä sijaissynnyttäjän ja lapsen vanhempien asemasta säädettäisiin kansallisessa lainsäädännössämme. Selvityksen mukaan sijaissynnytysjärjestelylle tulisi saada lupa esimerkiksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston yhteydessä toimivalta lautakunnalta. Oikeusuoja järjestyisi vastaavalla tavalla kuin adoptioissa, jonka 50 §:ssä säädetään oikeudesta hakea muutosta lupaviranomaisen päätökseen valittamalla hallinto-oikeuteen.

Mahdollisen sijaissynnytysjärjestelyt sallivan lain säätämisen yhteydessä tulisi harkita hedelmöityshoidoista annetun lain täydentämistä muutoksenhakua koskevalla säännöksellä. Oikeuskirjallisuudessa on pidetty ongelmallisena, että hedelmöityshoitolaain 11 §:ssä tarkoitettua lääkärin päätöstä ei voi saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi sellaisissa tilanteissa, joissa lääkärin päätös evätä hedelmöityshoito perustuu pääasiassa muihin kuin lääketieteellisiin seikkoihin. (Sakari Salminen, Riitta Burrell ja Lasse Lehtonen, Hedelmöityshoidot, lisääntymisvapaus ja lapsen etu. Oikeustiede Jurisprudentia XL/2007, s. 356–358.)

Selvityksen mukaan olisi perusteltua, että sijaissynnytysjärjestelyt olisivat käytävissä sekä avio- että avoliitossa oleville pareille heidän sukupuolestaan riippumatta samoin kuin itsellisille henkilöille. Esimerkiksi sopivan sijaissynnyttäjän hankkimisen osoittaminen aiottujen vanhempien vastuulle on oikeusasiamiehen mielestä perusteltua.

Perustuslain 2 §:n 3 momentissa säädetään hallinnon lainalaisuudesta. Säännöksen mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin, ja kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Säännöksen ensimmäinen virke ilmaisee lainalaisuusperiaatteen, joka säännöksen perustelujen (HE 1/1998 vp, s. 74) mukaan edellyttää, että julkisen vallan käyttäjällä tulee aina olla viime kädessä eduskunnan säätämään lakiin palautettavissa oleva toimivaltaperuste. Lainalaisuusperiaatteen vuoksi viranomaisen käyttämä julkinen valta ei voi perustua lakia

alemman asteiseen sääntelyyn, eivätkä toimivallan perustaksi riitä myöskään pelkästään hallinnolliset normit. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2, s. 155 ja 156. HE 1/1998 vp, s. 131/II). Viranomaisen antamilla ohjeilla, suosituksilla tai päätöksillä ei voida rajoittaa laissa säädettyjä oikeuksia tai asettaa lisäehtoja laissa säädetyn oikeuden toteuttamiselle.

Useampi laki koskettaa sijaissyntyttäjän asemaa. Perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden. Euroopan neuvostoa koskevassa luvussa (luku 5.2.2) viitataan ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla tehtyyn yleissopimukseen (SopS 24/2010, Oviedon sopimus) painottaen sopimuksen 21 artiklaa. Artiklan mukaan ihmisruumista ja sen osia ei saa sellaisenaan käyttää taloudellisen hyödyn tavoittelemiseksi. EY:n tuomioistuimen tuomio asiassa C-377/98 koski bioteknologian keksintöjen oikeudellisesta suojasta annetun direktiivin 98/44/EY tulkintaa. EY:n tuomioistuimen mukaan direktiiviä on tulkittava siten, että ihmiskehoa suojaa hyväksikäyttökielto, joka varmistaa ihmisarvon suojaamisen. Asiassa ratkaisuehdotuksen tehneen julkisasiamiehen mukaan ”oikeus ihmisarvoon on ehkä kaikkein tärkein perusoikeus, ja se on nykyään ilmaistu myös EU:n perusoikeuskirjan 1 artiklassa”. Eduskunnan perustuslakivaliokunta on lausuntokäytännössään ottanut kantaa ihmisarvon loukkaamattomuuteen eri asiayhteyksissä. Oikeusasiamiehen näkemyksen mukaan sijaissyntyysjärjestelyjä tulisi asian mahdollisessa jatkovalmistelussa tarkastella ihmisarvon loukkaamattomuuden näkökulmasta laajemmin kuin sitä on oikeusministeriön selvityksessä tarkasteltu. Asian mahdollisessa jatkovalmistelussa tulisi oikeusasiamiehen käsityksen mukaan vielä huolehtia siitä, että sijaissyntyysjärjestelyt ovat sopusoinnussa myös kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan yleissopimuksen määräysten ja tavoitteiden kanssa.

HEDELMÖITYSHOITOJA JA MUITA LISÄÄNTYMISLÄÄKETIETEELLISIÄ MENETELMIÄ KOSKEVA EETTINEN ANALYYSI

Susanne Uusitalo ja Ilona Autti-Rämö

Taustaa

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

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

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

Korttien kuvaamat keskeiset arvokysymykset tunnistettiin jaoston keskusteluissa, potilasjärjestöjen edustajien tapaamisissa, lapsiasianvaltuutetun edustajan tapaamisissa, potilaiden tapaamisissa sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Työn aikana tunnistettiin, että suositukseen liittyy poikkeuksellisen paljon arvokysymyksiä, jotka tulee huomioida suosituksen laatimisessa. Eettisten kysymysten

syventämisen yhteydessä todettiin, että keskeiset eettiset kysymykset koskevat laajempia ja perustavanlaatuisempia kysymyksiä kuin mihin EUnetHTA-ydinmalli keskittyy. Eettisesti keskeisiin kysymyksiin ei liioin ollut mahdollista etsiä vastauksia perinteisen PICO (patient, intervention, comparison, outcome) -mallin avulla eri potilasryhmien sekä käytettävissä olevien menetelmien välisten merkittävien erojen vuoksi. Jaostossa päädyttiin siihen, että hedelmöityshoitojen eettisessä arvioinnissa pyritään tarkastelemaan lääketieteellisen tutkimustiedon sekä yhteiskunnallisten, juridisten ja eettisten kysymysten kokonaisuutta.

Palveluvalikoimaneuvoston kokouksessa (27.10.2022) päätettiin, että tämä eettinen analyysi tehtäisiin reflektiivisellä tasapainomenetelmällä.

Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän yleisinä haasteina ovat kaikenlaisten resurssien luomat rajoitteet, alueelliset erot, teknologinen kehitys ja kansalaisten odotukset (Sandman & Hansson 2020, ks. myös Torkki ym. 2022). Erityisesti silloin, kun olemme kiinnostuneet julkisen järjestelmän yhdenvertaisuudesta, on tarpeen katsoa mitkä asiat tulisi olla julkisesti rahoitettuja ja mitä tulisi säännöstellä sekä mitä periaatteita säännöstelytilanteessa (eli kun kysyntä ylittää tarjonnan) olisi oikeudenmukaista käyttää. Tässä analyysissä keskitymme lisääntymislääketieteellisiin menetelmiin, mutta refleктоimme niitä myös suuremmassa, koko julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Kysymys kansalaisten lisääntymisestä on laaja yhteiskunnallinen asia. Tämä eettinen analyysi on kuitenkin tarkoitettu terveydenhuollon palveluvalikoiman sisällä tehtäviin suosituksiin ja näin toimeksiannon osalta on perusteltua rajata eettinen analyysi koskemaan vain terveydenhuollon menetelmiä, myös vallitseva lainsäädäntö huomioon ottaen.

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

Lisääntymisteknologioiden käyttöä on pyritty säätelemään esimerkiksi sen perusteella, onko kyseessä tarve, jolle on lääketieteelliset perusteet vai ei, millainen todennäköisyys menetelmän käytöllä on raskauden aikaansaamiseksi (ns. ”turhat” hoidot vs. vaikuttavuus), millainen syntyhistoria ja status (lääketieteellinen peruste tai ei) tarpeella on ja tulevan lapsen kehitykselle

riittävien edellytysten takaaminen. Nykyinen hedelmöityshoitoja koskeva lainsäädäntö määrittelee hoitoja saaviksi tahoiksi itselliset naiset, hetero- ja naisparit ilman että tekee erotteluja sen välillä, onko kyse lääketieteellisestä perusteesta hoitoon vai ei. Julkisessa terveydenhuollossa tyypillisesti hoitoja annetaan lääketieteellisistä perusteista (ks. esim. Palkon käsikirja).

Tällä eettisellä analyysillä pyritään tuomaan mahdollisimman läpinäkyvästi ja kattavasti esiin ne aiheeseen liittyvät keskeiset arvokysymykset ja eettinen pohdinta, joilla on ollut merkitystä suosituksen yleisen osan laadinnassa ja joista keskeisimmät tulee huomioida suosituksen käyttöön-otossa.

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

Analyysin ovat laatineet yliopistotutkija, dosentti (soveltava etiikka) Susanne Uusitalo ja Palkon entinen pääsihteeri, dosentti Ilona Autti-Rämö.

Menetelmä: reflektiivinen tasapainomenetelmä (RE)

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

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

Koherenssi tai yhteen sopiminen viittaa ensisijaisesti argumentatiiviseen tai loogiseen koherenssiin, eli siihen, miten eri näkemysten perustelut ovat argumentatiivisesti johdonmukaisia. Tätä kautta saadaan myös selville, ovatko tällaiset kannat kannatettavia. Koherenssi ei välttämättä viittaa siihen, että eri sidosryhmien ja yksilöiden välillä vallitsisi yhdenmielisyys kyseisestä arvostelmasta. Kuitenkin eri kantojen vahvuus tai mielekkyys ratkaistaan osoittamalla argumentaatioissa tai analyysissä piilevät viat tai virheet. (Ks. Sandman & Hansson 2020.)

Normatiiviset periaatteet

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

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

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

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

Lainsäädännössä mahdollisella tulevalla yksilöllä, alkiolla tai sikiöllä ei ole oikeuksia tai yksilönvapautta, mutta niihin voidaan soveltaa ihmisarvon kunnioittamista (ks. Launis 2018).

4) Ihmisarvon kunnioittaminen

Harkitut arvostelmat (HA)

Eettinen analyysi tarkastelee joukkoa harkittuja arvostelmia, joita on noussut keskustelussa – joko kirjallisuudessa tai käytännössä (ks. M'hammad & de Deaufort, 2018). Nämä liittyvät esimerkiksi siihen millaisia näkemyksiä eri tahot ovat esittäneet sille, että lisääntymislääketieteellisten menetelmien tarjoaminen on perusteltua. Tarkastelemme ja vertaamme niitä kriittisesti normatiivisiin periaatteisiin, jotka ohjaavat rajallisten resurssien jakoa suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa. Hyödynnämme analyysin kontekstina jaoston jäsenten hahmottelemia yleisiä suomalaisia käytäntöjä ja hoitopolkuja julkisessa terveydenhuollossa ja jaoston asiantuntemusta, sekä asiantuntijoiden, potilasyhdistysten ja potilaiden näkemyksiä.

Analyysissä käymme siis läpi erilaisia harkittuja arvostelmia, ja katsomme sopivatko ne yhteen yllä mainittujen periaatteiden kanssa (engl. coherence) (Arras 2017). Valitut harkitut arvostelmat ovat väitteitä, joiden sisältö on keskeinen käsiteltävän asiakokonaisuuden kannalta, ja ne ovat väitteitä, joita eri sidosryhmät ovat esittäneet lisääntymisterveyden menetelmien käyttöön liittyvässä keskustelussa. Olemme pyrkineet valitsemaan väitteet niin, että jaoston ja potilasjärjestöjen kanssa käydyissä keskusteluissa esiin nousseet keskeiset teemat sisältyisivät jossain muodossa eettiseen analyysiin.

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

Analyysi alkaa tarkastelemalla ja tarkentamalla harkitun arvostelman keskeisiä käsitteitä ja tarkastelee niitä myös suhteessa niihin perusteluihin mitä nykykäytännöllä on.

Palkon käsikirjassa todetaan, ettei perustuslain mukainen julkisen vallan velvoite turvata riittävät terveyspalvelut rajoitu vain sairauksiin. Toisaalta oikeus julkisesti järjestettyihin terveyspalveluihin ei voi perustua pelkästään tietyn diagnoosin asettamiseen, vaan olennaista on palvelun tarve. Palvelun tarpeesta on tehty käsitteellisiä tutkimuksia ja se voidaan muotoilla kolmiosaisena: Henkilöllä H on terveystarve menetelmälle M, jos H hyötyy menetelmän M käytöstä niin, että pääsee tilasta Z(nykytila) tilaan Z(tavoiteltu tila) (Sandman & Hansson 2020). Jo tämä yksinkertainen asetelma osoittaa, ettei hedelmöityshoitojen tai muiden lisääntymislääketieteellisten menetelmien käyttö välttämättä ole kaikissa tilanteissa

rinnastettavissa muihin terveystarpeisiin. H voi viitata yhteen henkilöön mutta myös pariskuntaan (yksinkertaisuuden vuoksi käsittelemme vain yksilöitä ja pareja, vaikka tämä ei kuvaa kattavasti terveystarpeen osapuolia erilaisten perhemuotojen, kuten kumppanuusvanhemmuus, näkökulmasta). M voi siis käytännössä kohdistua yksittäiseen henkilöön, parin toiseen osapuoleen tai parin molempiin osapuoliin. Z ymmärretään perinteisesti tilaksi, jossa M joko parantaa yksilön terveyttä tai ennaltaehkäisyssä estää taudin etenemisen. Tässä M mahdollistaa vanhemmuuden, jos M onnistuu, ja se, onko tämä ymmärrettävä terveyden kohenemisena, on myös määritelmällinen ja tärkeä kysymys ainakin niissä tapauksissa, missä ei ole selkeästi lääketieteellistä perustetta terveystarpeeseen, joka korjaantuisi tai jonka oireita lievittäisiin hoitojen avulla. M ei takaa raskautta, saati sen lopputuloksena syntyvää lasta. Muotoilu kuitenkin antaa karkean rakenteen sille, miten kaikenlaisia terveystarpeita julkisessa terveydenhuollossa hahmotetaan. Terveydenhuoltolain 7 artiklan ensimmäisen momentin mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. (TervHL 7 a § 1 momentti)

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

Menetelmien käytön pitäisi ensisijaisesti olla lääketieteellisesti perusteltua ja tutkimusnäyttöön perustuvia. Palkon käsikirjassa "lääketieteellisesti perustellun" osatekijät määritellään seuraavasti: "se mitä kussakin tilanteessa voidaan pitää lääketieteellisesti perusteltuna, riippuu toisaalta kyseisen

terveysongelman (sairauden) vakavuudesta, toisaalta tarkasteltavan ennaltaehkäisy-, tutkimus-, hoitotai kuntoutusmenetelmän vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta sekä myös terveydenhuollon käytettävissä olevista resursseista.” Keskitymme aluksi vain lääketieteellisten ja ei-lääketieteellisten perusteiden tarkasteluun.

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

Ovatko itselliset lisääntymisbiologisesti naiset tai miehet sitten samassa asemassa kuin pariskunnat? Yksilöt eivät pysty lisääntymään yksin ilman apua. Onko ilman parisuhdetta tai heteroseksuaalista kanssakäymistä eläminen yhdistettynä tarpeeseen saada biologinen lapsi sellainen asiantila, joka edellyttää terveydenhuoltopalveluja? Vastaus ei ole yksinkertainen, eikä sitä voi yleistää. Selvää kuitenkin on, että

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

yksilöt ovat erilaisia ja toisille keinot pyrkiä saada lapsia muulla tavoin kuin terveydenhuoltopalveluiden kautta voivat olla poissuljettuja. Adoptio ei ole aina järjestettävissä (ks. esim. Parviainen 2014). Se ei myöskään ole julkisesti rahoitettua ja on siis myös kustannuskysymys. Sijaisvanhemmuuteen liittyy myös omat haasteensa. Osa mahdollisuuksista saada lapsi terveydenhuoltojärjestelmässä on myös poissuljettu. Sijaissyntyvät (miesparien, itsellisten miesten, osan intersukupuolisten, tai kohduttomien naisten tapauksessa) ei ole toistaiseksi Suomessa sallittua (ks. Oikeusministeriö 2023). Tällaiset tilanteet näyttäisivät olevan siis sellaisia, missä terveydenhuoltopalveluihin turvautuminen avustettuun lisääntymiseen on perusteltua, ja toistaiseksi ainakin lisääntymisbiologisesti naisilla (ja heidän mahdollisilla kumppaneillaan) niihin on myös mahdollisuus yhteiskunnassamme.

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

Huomionarvoista on, ettei tilanne ole tällä hetkellä lisääntymisbiologisesti yhdenvertainen yksin lasta haluavan miehen ja naisen välillä, olivatpa miesten perusteet sitten lääketieteellisiä tai ei-lääketieteellisiä. Näiltä itsellisiltä miehiltä evätään tämä mahdollisuus kokonaan suomalaisessa terveydenhuollossa (käytännössä rajaamalla sellaiset lisääntymismenetelmät pois, jotka mahdollistaisivat biologisen lapsen saannin heille), kun taas itsellisille naisille on lisääntymislääketieteellisiä menetelmiä, jotka ovat yhteiskunnassa sallittuja (samoja kuin pariskunnille, joista ainakin toinen on lisääntymisbiologisesti nainen). Jälkimmäisellä ryhmällä on siis mahdollisuus biologiseen lapseen terveydenhuollon palveluiden avulla ja heille myös tarjotaan tämä mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Niin kauan, kun heillä ei ole lääketieteellisiä perusteita siihen, etteivät he saa ilman apukeinoja omaa biologista lasta, voidaan ajatella, että heille tarjotut palvelut perustuvat ei-lääketieteellisiin perusteisiin. Nykykäytäntö ei tee erottelua lääketieteellisiin ja ei-lääketieteellisiin perusteisiin, mutta poissulkee osan henkilöistä lisääntymisterveyspalveluista heidän (puuttuvien) ominaisuuksiensa perusteella. Nykyinen käytäntö asettaa siis henkilöt tai

parit, joilla on kohtu eri asemaan kuin ne yksilöt ja parit, joilla ei ole kohtua. HA1 kyseenalaistaa vallitsevan käytännön ja esittää erilaisten käytäntöjen perusteeksi kriteeriä, joka ei automaattisesti sulje pois ketään heidän ominaisuuksiensa (kohtu tai ei kohtua) vuoksi, vaan erottelu tehdään terveydenhuoltojärjestelmän yleisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

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

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

Hedelmöityshoitojen määrä on noussut viime vuosina, eli tarve hoitoihin on kasvanut (Heino & Gissler 2022), mutta voimavarat ovat rajallisia ja kysymys yhdenvertaisuudesta on keskeinen. Lääketieteellisistä perusteista ja ei-lääketieteellisistä perusteista hoitoa odottavat ovat samassa jonossa. Ovatko nämä H:t riittävän samankaltaisia, jotta heitä voidaan kohdella samalla tavalla tässä yhteydessä? Lisäksi on huomioitava, että lääketieteellisten perusteiden sisällä on sellaisia eroja, joiden perusteella potilaita kohdellaan toisistaan poikkeavasti. Osa potilaista saa erilaista kohtelua sen perusteella, että heillä tunnistetaan kiireellinen lääketieteellinen peruste (kuten vaikea endometriooosi). Tässä kohtaa lääketieteellinen peruste yliajaa muut perusteet, mutta vain siksi että kohtelemalla kiireellisiä tapauksia samalla tavalla kuin kiireettömiä voi syntyä

peruuttamatonta haittaa. Se voi kuitenkin äärimmillään johtaa siihen, ettei osan – myös lääketieteellisistä syistä – jonossa olevien terveystarvetta voida hoitaa ja heille puolestaan syntyy peruuttamatonta haittaa. Esimerkiksi ikä ei ole peruste kiireellisyyteen. Tämä voi käytännössä johtaa tilanteisiin, joissa hoitoja ei ehditä aloittamaan, koska hoidoille asetetut ikäraajat tulevat vastaan. Hoitovaste heikkenee henkilön ikääntyessä ja hoitovasteen arvioitu pienuus toimii perusteena hoitojen aloittamattomuuteen. Tällöin myös kiireettömän hoitopolun potilaat ovat siinä asemassa, ettei heidän terveystarpeensa täyty. Miksi tällaiset tapaukset ovat erilaisia kuin esimerkiksi vaikeasta endometrioosista kärsivät potilaat?

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

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

Asiaa pitää tarkastella myös terveysongelman vakavuuden ja siihen kytkeytyen myös palvelutarjoajien voimavarojen kantokyvyn kannalta. Toisen periaatteen mukaan mitä suurempi terveystarve on, sitä enemmän perusteltua on sen hoitamisen saada rahoitusta (ts. olla osa julkista terveydenhuoltoa), muiden asioiden ollessa yhtäläisiä. Nyt keskeiseksi käsitteeksi muodostuu terveystarpeen suuruus. Palkon käsikirjan mukaan "[p]erustuslain mukaisesta yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvasta arvioinnista seuraa myös, ettei potilasryhmän suuruus ole ratkaiseva suuntaan eikä toiseen terveysongelman merkittävyyden arvioinnissa". Terveystarpeen suuruus viittaa siis esimerkiksi siihen, onko tila vakava ja onko tarpeen tyydyttämiseksi muita mahdollisia toteuttamisvaihtoehtoja. Käsittelemme vaihtoehtoja seuraavan harkitun arvostelman (HA2) kohdalla tarkemmin. Lapsettomuus tai hedelmättömyys voi olla musertava kokemus, mutta lääketieteellisesti (ja tilastollisesti) tarkastellen se ei ole vakava, koska se ei esimerkiksi johda kuolemaan, vaikka voikin johtaa elämänlaadun heikkenemiseen. Toiseksi, koska kyse on yksilön tai parin preferensseistä riippuvainen terveysongelma, sen vertaaminen esimerkiksi sellaisiin terveysongelmiin, jotka eivät muutu tai poistu kokonaan, vaikka preferenssi muuttuisikin, antaa aiheutta nähdä lapsettomuus ainakin tässä suhteessa pienempänä terveysongelmana kuin terveystarpeet, jotka eivät muutu preferenssien muutosten myötä, jos terveysongelma on muuten samankaltainen kuin lapsettomuus (esimerkiksi siten, että aiheuttaa ahdistusta ja elämänlaadun heikkenemistä).

Harkitun arvostelman haasteena on lapsettomuuden hyvinkin moninaiset syyt. Kyse voi olla lääketieteellisesti todetusta hedelmättömyydestä, vakavasta perinnöllisestä sairaudesta, omavalintaisesti steriloidun ja hänen (mahdollisesti uuden) kumppaninsa lapsettomuudesta, lisääntymisbiologisesti mahdottomasta hedelmöitymisestä johtuvasta lapsettomuudesta (esim. samansukupuoliset parit, itselliset yksilöt), kuolleen lapsen vanhempien lapsettomuudesta tai sen hetkestä elämäntilanteesta johtuvasta lapsettomuudesta. Jos samankaltaisia tarpeita hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa, tarvitaan erityinen peruste sille, ettei näissä tapauksissa annettaisi hedelmöityshoitoja ja toisin päin. Tämän muodollisen periaatteen mukaisesti olisi perusteltava, miksei itsellisten lisääntymisbiologisten miesten, miesparien, kohduttomien naisten tai muiden vastaavassa asemassa olevien lapsettomuutta koskevia terveystarpeita hoidettaisi julkisessa terveydenhuollossa. Sijaissyntyttäjän raskauden aikaansaamiseksi käytetään samoja lisääntymislääketieteen menetelmiä kuin mitä käytetään kohdullisten hedelmöityshoidoissa. Perustelu erilaisiin toimintatapoihin saman menetelmän kohdalla voi perustua esimerkiksi menetelmään liittyviin haittoihin, joita toisissa menetelmissä tai niiden käytössä ei esiinny. Näitä voivat olla

sijaissynnyttäjän hyväksikäyttö tai vanhemmuuskiistat. Näistä ei kuitenkaan näytä olevan tutkimusnäyttöä (ks. esim. Söderström-Anttila ym. 2016; Oikeusministeriö 2023). Toistaiseksi lainsäädäntö on perusteena tälle epätasa-arvoiselle kohtelulle. Toisaalta niukkojen resurssien valitessa on entistä tärkeämpää keskittyä siihen, että kaikkia relevantisti samankaltaisessa asemassa olevia kohdellaan samalla tavalla.

Julkisessa terveydenhuollossa ei tyypillisesti anneta palveluita ei-lääketieteellisin perustein. Miksi se on perusteltua lisääntymislääketieteellisessä kontekstissa? Perustelu lisääntymisterveyden sosiaalisesta luonteesta voi antaa pohjaa tällaiselle, mutta se vaatii tarkempaa argumenttia siitä, miten sosiaaliset seikat toimivat perusteena poikkeukselle (ks. Lotz 2016). Esimerkiksi raskaudenkeskeytyksen kohdalla tällainen voidaan osoittaa katsomalla tilastoja siitä, miten ei-lääketieteellisin perustein tehtävän abortin kieltäminen tai epääminen naisilta johtaa merkittävään terveyshaittaan, suuriin muihin haittoihin ja kuolemaan (Declercq ym. 2022; Roberts ym. 2014). Tässä perusteena on haitan ja kuoleman määrä ja vakavuus. Toistaiseksi hedelmöityshoitojen kohdalla ei ole samankaltaista tutkimusnäyttöä. Väestön tasolla yhden huoltajan perheissä riski lapsen edun vaarantumiseen on suurempi kuin kahden huoltajan perheissä (ETENE 2012), mutta tällainen ei ole vakavuudeltaan samankaltainen kuin abortin haitat. Se kuitenkin tarkoittaa sitä, että tällaiset riskit julkisen terveydenhuollon tarjoamissa palveluissa tulee huomioida ja pyrkiä proaktiivisesti ehkäisemään niiden toteutumista. Tällainen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja.

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

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

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

Ensin lähdetään jälleen tarkastelemaan harkitun arvostelman sisältöä ja perusteita.

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

Palkon käsikirjan mukaan "[t]erveystalveluiden järjestämiseen liittyvien näkökohtien huomioiminen tarkoittaa, ettei palveluvalikoiman määrittelyä voida tehdä irrallaan yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa tosiasiallisesti vallitsevista olosuhteista ja reunaehdoista. Palveluvalikoimaan voidaan ottaa ainoastaan sellaisia menetelmiä, jotka on mahdollista myös järjestää yhdenvertaisesti väestölle." Suomen väestö ikääntyy, syntyvyys on alentunut voimakkaasti ja tämän valossa olisi perusteltua tukea mahdollisimman monin keinoin toivottuun lapsilukuun perustuvaa syntyvyyden nousua. Hedelmöityshoidot eivät kuitenkaan yksin tätä ongelmaa ratkaise, koska nykyiselläänkin niiden avulla syntyneiden lasten osuus oli vuonna 2023 5,9 % syntyneistä (Heino & Gissler 2024). Toinen seikka, jota käsikirjan sitaatti koskee, on väestön yhdenvertaisuus. Tämä ei toteudu, vaan osa lapsettomista (kuten itselliset miehet, miesparit ja kohduttomat naiset) jää palveluiden ulkopuolelle lain rajaamana. Väestö ei siis lähtökohtaisesti ole yhdenvertainen tässä kohtaa, eikä lisääntymisbiologisesti miehille, miespareille tai kohduttomille naisille ole lakisääteisiä terveystalveluja lapsettomuuteen, vaikka Palkon käsikirjassa todetaan, että

”[p]erustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkisen vallan turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.” Käsikirjassa kuitenkin jatketaan, että ”[j]otkin terveyspalvelun tarpeen syyt voivat olla sellaisia, ettei julkisella vallalla ole lainkaan veloitetta turvata palvelun saatavuutta.” Onko tässä kyse sellaisesta terveyspalvelun tarpeesta, joka voi muodostaa poikkeuksen palvelun saatavuuteen? Sijaissyntytyksen kieltäminen lailla vuonna 2007 johtui esimerkiksi osittain puutteellisesta lainsäädännön suomasta turvasta sijaissyntytyksen eri osapuolille. (ks. ETENE 2000).

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

Argumentti oman biologisen lapsen saamiseen voi nojata erilaisiin perusteisiin. Yksi peruste on halu saada geneettisesti sukua oleva jälkeläinen, eikä esimerkiksi adoptoidun lapsen vanhemmuus voi täyttää tätä halua. Voidaan ajatella, että tällaista halua voidaan myös kunnioittaa. Se ei silti tarkoita sitä, että terveystarpeille perustuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä preferenssi tietynlaiseen hoitoon tai lopputulokseen olisi huomioitava terveydenhuollon priorisoinnissa. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät potilaat aina saa toivomaansa hoitoa, vaan heille voidaan sääntelyperustein tarjota vaihtoehtoja, jotka eivät ole heidän näkökulmastaan tyydyttäviä. Jos he eivät ole tyytyväisiä näihin vaihtoehtoihin, he voivat saada hoitoja yksityisestä terveydenhuollosta edellyttäen, että heillä on siihen tarvittavat resurssit. Tai he voivat hakea vastaavia hoitoja ulkomailta mahdollisuuksiensa mukaan. (Sandman 2018, 522.) On myös huomattava, että joissain tilanteissa omien sukusolujen käyttö ja siten geneettisen jälkeläisen saaminen hedelmöityshoidossa ei ole mahdollista. Tällöin osittain tai kokonaan lahjasoluilla aikaansaatu raskaus ei siis täytä halua saada oma biologinen lapsi.

Toinen peruste on kokemus raskaudesta ja synnytyksestä, mutta kuten jo aiemmin totesimme, julkisen terveydenhuollon tarjoamat palvelut eivät voi perustua vain kokemusten tarjoamiseen. Myös vanhemmuus on kokemus, mutta sen toteutuminen ei edellytä omakohtaista kokemusta raskaudesta tai synnytyksestä. On myös huomattava, ettei raskaus takaa synnyttämisen kokemusta (keskenmenot tai kromosomipoikkeavuudesta tai epämuodostuman vuoksi tehty

raskaudenkeskeytyks). Toiseksi on huomioitava, että koska hedelmöityshoidot eivät aina johda raskauteen ja lapsen syntymiseen, ne eivät toteuta tätä halua raskaudesta ja lapsen saannista, ja näin ne voivat myös aiheuttaa suurta huolta ja kärsimystä (ks. McLeod 2017a, 2017b).

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

Yhteiskunnassamme ei ole subjektiivista oikeutta saada biologista lasta, eikä sellainen olisi myöskään ongelmatonta. Yhteiskunnallisella tasolla se vahvistaisi biologisen vanhemmuuden merkitystä ja tärkeyttä ja näin heikentäisi muunlaisen vanhemmuuden merkityksellisyyttä. Pahimmillaan se voisi heikentää esimerkiksi sijoituslasten tai adoptiolasten omanarvontuntoa, kun heiltä on biologinen vanhemmuus syystä tai toisesta kyseenalaistunut tai kokonaan evätty (Smith & Brodzinsky 2002, ks. myös Lotz 2016). Lisäksi yhteiskunnallisesta näkökulmasta tärkeintä ei ole vain syntyvien lasten määrä vaan hyvinvoivien lasten osuus syntyneistä. Parantamalla huostaanotettujen lasten kasvu ympäristöä onnistuneella sijoituksella voidaan tuottaa lapselle terveyshyötyä ja yhteiskunnalle itsenäisiä kansalaisia.

Huomionarvoista on, ettei tilanne ole tällä hetkellä yhdenvertainen yksin lasta haluavan miehen ja miesparien osalta olivatpa miesten perusteet lapsettomuudelle sitten lääketieteellisiä tai eiläketieteellisiä. Näiden ryhmien toive saada omaa perimää oleva lapsi ei ole mahdollista julkisesti rahoitettuna. Näillä miehillä ei ole tätä mahdollisuutta (koska käytännössä sellaiset lisääntymismenetelmät on rajattu lainsäädännössä pois, jotka mahdollistaisivat biologisen lapsen saannin heille). Itselliset miehet ja naiset voivat kuitenkin adoptoida lapsia, mutta se ei ole julkisesti rahoitettua, vaikka onkin osittain tuettua. Esimerkiksi sosiaaliturvaetuudet ovat syntymän jälkeen pääosin riippumattomia siitä, onko kyse biologisesta vai adoptiolapsesta. Siviilisääty ei myöskään ole este sijaisvanhemmuuteen. Sijaisvanhempi tai -perhe puolestaan saa

yhteiskunnalta sekä rahallista, psykososiaalista että kasvatuksellista tukea, mutta sijaisvanhemuus on tarkasti säädeltyä ([Perhehoitajana toimiminen - THL](#)).

Tämän tarkastelun jälkeen, tarkastelemme tämän harkitun arvostelman yhteensopivuutta neljään normatiiviseen periaatteeseen ja ensimmäiseen harkittuun arvostelmaan.

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

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

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

Ihmisarvon kunnioittamisen periaate on mielenkiintoinen tämän harkitun arvostelman yhteydessä, koska ihmisarvon kunnioittaminen biologista lasta haluavien kohdalla voi tahattomasti myötävaikuttaa sijoitettujen, adoptoitujen ja heidän vanhempiensa 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.

Analysoimme jälleen ensin harkitun arvostelman ja sen jälkeen tarkastelemme sen yhteensopivuutta edellä esitettyihin periaatteisiin ja harkittuihin arvostelmiin.

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

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

Toinen asia on, onko subjektiivinen kärsimyksen kokemus riittävä peruste *hedelmöityshoitojen* antamiseen. Tässä huomio kiinnittyy siis terveystarpeen luonteeseen: onko kyse

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

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

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

tässä kohtaa ole olemassa. Hoidot ovat kuitenkin väline, joilla lapsi on mahdollista saada ja siksi on tärkeä arvioida myös mahdollisen lapsen kohdalta mahdollisia hyötyjä ja haittoja.

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

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

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

Lisäksi jos tarkastelemme terveystarpeen suuruutta, joka voisi kyllä kasvaa kärsimyksen kokemuksesta, kuten esimerkiksi trans- ja muunsukupuolisten hoidossa, ei suuren kärsimyksen ja ahdistuksen korjaaminen hedelmöityshoidoilla ole tae siitä, että kärsimys ja ahdistus poistuisivat ensinnäkin siksi, etteivät hoidot takaa onnistumista ja ne voivat itsessään lisätä kärsimystä ja ahdistusta. Toiseksi, jos kärsimys on suurta ja vaikka hedelmöityshoidot onnistuisivat, ei ole selvää, että kärsimyksen ja ahdistuksen kokemus häviäisivät. Ahdistuksen ja kärsimyksen juurisyyt voivat olla eri asioissa kuin mitä ihmiset ajattelevat ja kun asiat muuttuvat toivottuun suuntaan, negatiiviset kokemukset eivät välttämättä häviä. Myös trans- ja muunsukupuolisten hoidossa on vasta-aiheena suuret mielenterveysongelmat, ja silloin näitä hoitoja ei toteuteta (ennen kuin voidaan arvioida, että potilas on riittävän toimintakykyinen hoidon edellyttämiin toimintoihin sekä ymmärtää hoitojen pysyvät vaikutukset) (ks. esim. Palveluvalikoimaneuvoston valmistelu- ja tutkimusraportti ” Sukupuoli-identiteetin variaatioista johtuvan dysforian lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät” 2017). Tässä valossa tarvitsisimme erityisen syyn käsitellä lapsettomuudesta kärsivien mielenterveystarpeita eri tavalla.

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

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

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

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

HA3 käsitteli kärsimystä, ja argumentti kärsimyksen ja ahdistuksen kokemuksesta ei yksin näyttäisi riittävän perusteeksi julkisella rahoitettaviin hedelmöityshoitoihin. Argumentti olisi vahvempi, jos kärsimyksen lisäksi olisi toinen ehto, joka täyttyy. Jos potilaalla/parilla on esimerkiksi todettu vakava periytyvä sairaus, tämä pitäisi huomioida ja potilaan pitäisi saada lisääntymislääketieteellisiä hoitoja julkisella rahoituksella. Tässä tilanteessa kärsimys ei niinkään johdu lapsettomuudesta, vaan mahdollisesta syntyvän lapsen vakavan sairauden todennäköisyyden riskistä. Lapsen puuttuminen ei siis tässä yhteydessä vielä riitä siihen, mitä tarkoitetaan normaalista poikkeavalla tilalla. Käsite normaaliudesta on haasteellinen ja se voi viitata moneen eri asiaan. Normatiivinen normaalius on monimutkaista, arvoitettua ja usein ainakin jossain määrin kulttuuris-historiallisesti painottunut käsite (Sandman 2018). Yhteiskunnassa lastensaanti ei ole normi, jonka täyttämättä jättäminen olisi jotenkin rangaistavaa tai yleisesti ei-hyväksyttävää. Emme tässä käsittele tarkemmin minkälainen normi lastensaanti nyky-yhteiskunnassamme on, vaan rajaamme keskustelun terveydenhuollon piiriin ja sitä kautta näemme, että normin mukainen "hyvä" ei ole tähän keskusteluun hedelmällisin normaaliuden käsitteen merkitys. Lisäksi, jos tarkastelemme yhteiskunnallisten normien merkitystä terveydenhuollossa, huomaamme että

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

keskeinen painopiste. Se vaikuttaa merkittävästi yhteiskunnan kestävyys- ja näin perusteltuna on hyvinkin tärkeä arvovalinta. Kysymys kuitenkin edellyttää pohtimaan myös sitä, että olisi siko tämä panostaminen perusteltua myös sillä, että resurssit otetaan jostain muusta kuten esimerkiksi koulutuksesta, sosiaaliturvasta tai iäkkäiden terveydenhuoltopalveluista. Käytännössä resurssit otettaneen saman toimialan sisältä eli naistentautien ja synnytysten sekä lastentautien hoidosta.

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

Vaikka yhteiskunnalla olisikin antaa rajattomat resurssit hedelmöityshoitoihin, niihin satsaaminen ei yksin pysty ratkaisemaan syntyvyyden laskun aiheuttamaa haastetta yhteiskunnan kestävyydelle. Hoidot mahdollistavat yksilöille ja pareille lastensaannin, ja tämä on tärkeää huomioida näiden yksilöiden ja parien hyvinvoinnin kannalta, mutta väestötasolla ne eivät yksin pysty tarjoamaan sellaista ratkaisua, jonka myötä syntyvyys lähtisi kasvuun. Ydinhaasteet kestävä yhteiskunnan jatkuvuudelle näyttävät olevan jossain muualla kuin siinä, että hedelmöityshoitosten

tarjonta ei riitä kaikille halukkaille. Jos tilannetta tarkkaillaan myös resurssien käytön kannalta, tulisi syntyvyyttä edistää myös keinoin, jotka eivät painotu erikoissairaanhoidon. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, että lääketieteellisistä perusteista lapsettomuudesta kärsiville ei tarjottaisi terveydenhuollonpalveluita, vaan sitä, että resurssit tulisi jakaa tasapainottaen myös muita keinoja. Esimerkiksi hedelmällisyyttä koskevan tiedon välittäminen ja perhesuunnittelun tuki ovat tällaisia keinoja. Muut keinot myös viittaavat esimerkiksi siihen, että tarvitaan yhteiskunnallista panostusta siihen, että mahdolliset yhteiskunnalliset ja taloudelliset toimintahäiriöt, mukaan lukien syrjintä, epätasapainoiset työmarkkinat, sukupuolten epätasa-arvo ja riittämätön sosiaalinen tuki perheille ja nuorille aikuisille tulisi korjata. Lisäksi erilaisten yhteiskunnallisten toimien kautta myös asenteet esimerkiksi työn ja perheenperustamisen yhteensovittamiseen voisivat muuttua syntyvyyden kasvua tukeviksi (ks. esim. Lindroos ym. 2020). Myös terveydenhuollon sisällä tulisi pyrkiä kohdentamaan palvelut ennaltaehkäisyyn seurauksien hoitamisen sijaan, ja tässäkin valossa yhteiskunnallinen oikea-aikainen tuki ja turva lastenhankintaan voisivat hyvin ehkäistä lisääntymislääketieteellisten palveluiden kuormittumista.

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

Jos yhteiskunta haluaa lisätä resursseja lisääntymislääketieteellisiin palveluihin, pitäisi myös pystyä perustelemaan tämä muutos sillä, miksi resursseja vähennettäisiin jostain muusta terveydenhuollon alasta. Jos resursseja ei lisätä, palvelut eivät pysty tarjoamaan mahdollisuuksia hedelmöityshoitoihin kaikille jonossa oleville nykyisten resurssien puitteissa. Tämä nostaa uudelleen esiin kysymyksen siitä, pitäisikö julkisessa terveydenhuollossa hoitojen tarjoamista jotenkin priorisoida esimerkiksi sen perusteella, onko kyseessä lääketieteellinen peruste lapsettomuuteen vai ei. Tämä nostaa esille myös huolen siitä, miten tämänkaltaisen sääntelyn

tekeminen voisi johtaa siihen, että tällä hetkellä paremmassa asemassa olevien (eli henkilöiden, joiden on mahdollista hakeutua hedelmöityshoitojen pariin julkisessa terveydenhuollossa) oikeuksia rajoitettaisiin sen sijaan, että heikommassa asemassa olevien (eli henkilöiden, joilla tätä mahdollisuutta ei ole) asemaa parannettaisiin.

HA6 ei koske vain terveydenhuoltojärjestelmää, vaan on laajempi argumentti ja siksi se ei täysin sovi yhteen eettiseen analyysiin valittujen periaatteiden kanssa. Ideaalissa tilanteessa, missä resursseista ei ole pulaa, ei HA6:n tarvitsisi olla yhteensopiva ensimmäisen periaatteen kanssa, joka rajaa julkisen terveydenhuollon tarjonnan vain terveystarpeille – myös sosiaaliset ja muut tarpeet voitaisiin täyttää. Koska yhteiskunnassa ei ole rajattomia resursseja, HA6:ta pitäisi muokata niin, ettei argumentti aseta hedelmöityshoitoja muiden terveydenhuollon palveluiden edelle (ja näin priorisoisi lastensaantia terveystarpeena yli muiden terveystarpeiden julkisin varoin tarjottavissa terveydenhuollon palveluissa). Toinen periaate koskee yksilöiden terveystarpeita, ja näin väestötason kysymyksenä se ei ole mielekäs tähän tarkasteluun. Ehkä voidaan todeta, että toive lapsesta voi toteutua myös tavoilla, joita ei tarvitse luokitella lapsettomien terveystarpeiksi ja tämä olisi hyvä huomioida. Muodollisen oikeudenmukaisuuden periaate ei sovi yhteen argumentin kanssa, kun osa tahattomasti lapsettomista jää palveluiden ulkopuolelle. Jos periaatetta tarkastellaan laajemmassa mittakaavassa ja jos ”tukea kaikin keinoin” tulkitaan nollasummapeilinä ja sellaisena, joka on pois jostain muusta esimerkiksi koulutuksesta tai terveydenhuollon järjestelmästä, ei periaate ole yhteensopiva HA6:n kanssa.

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

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

Lopuksi voisi vielä todeta, että suomalaisen yhteiskunnan kestävyyskeskustelu syntyvyyden kasvun tärkeydestä Suomessa ei tee näkyväksi globaalissa mittakaavassa tapahtuvaa

väestönkasvua, joka kuormittaa niukkojen resurssien reilua jakoa ja myös ympäristön ja ilmaston kestävyyttä (Cafaro, Hansson & Götmark 2022).

Lopuksi

HA1, HA4 ja HA5 sopivat neljän periaatteen kanssa yhteen ja muodostavat koherenssin julkisin varoin tuotetun terveydenhuollon palveluvalikoiman viitekehyksessä. 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 viitekehyksen ulkopuolelta tuleva harkittu arvostelma ja se ei sellaisenaan toimi tasapainon haastajana, mutta antaa suuremman kontekstin muiden arvostelmien ja periaatteiden välisen tasapainon saavuttamiselle.

Kirjallisuus :

Arras, John 2017. *Methods in Bioethics: the way we reason*. Childress, J & Adams M (eds.). Oxford University Press.

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

Sine Berntsen, Viveca Söderström-Anttila, Ulla-Britt Wennerholm, Hannele Laivuori, Anne Loft, Nan B Oldereid, Liv Bente Romundstad, Christina Bergh, Anja Pinborg. The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?', *Human Reproduction Update*, Volume 25, Issue 2, March-April 2019, Pages 137–158, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz001>

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

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

Eugene Declercq et al., *How New State Abortion Bans and Restrictions Could Worsen Access to Maternal Care and Health Outcomes* (Commonwealth Fund, Dec. 2022).

<https://doi.org/10.26099/z7dz-8211>

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

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

ETENE lausunto 7.2.2012 Milloin etiikan näkökulmasta hedelmöityshoidot tulisi evätä.

ETENE lausunto 28.9.2011 Sijaissyntytyshoito Suomessa.

ETENE lausunto hedelmöityshoitolaista 18.12.2000.

European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model © version 3.0 2016. www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx. Forsell, Martta & Tuula Kuoppala. Lastensuojelu 2021. Huostaanottojen määrä väheni vuonna 2021. THL. Tilastoraportti 22/2022 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022060543375>

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

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

Heino, Anna & Gissler, Mika. 2024. Hedelmöityshoidot 2022–2023 Jo yli kolmannes luovutuilla sukusoluilla tehdyistä hedelmöityshoidoista tehdään julkisella sektorilla. THL. Tilastoraportti: 24/2024.

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

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

Launis, V. Ihmisarvo 2018. Gaudeamus.

Lindroos, E., Sevon, E., Alakärppä, O., & Rönkä, A. (2020). Tasapainoilua ja rajanhallintaa: nuorten näkemyksiä perheen perustamisesta sekä työn ja perheen yhteensovittamisesta. In L. Haikkola, & S. Myllyniemi (Eds.), *Hyvää työtä!: Nuorisobarometri 2019* (pp. 135-155). Valtion nuorisoneuvosto; Nuorisotutkimusseura; Nuorisotutkimusverkosto; Opetus- ja kulttuuriministeriö. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja, 225. <https://tietoanuorista.fi/nuorisobarometri/nuorisobarometri-2019/>

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

- Lynch, Bibi. Male childlessness: 'You think, If I'm not reproducing – then what am I?' *Guardian* 2018 Nov 17 <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/nov/17/male-childlessness-not-reproducing-what-am-i>
- Mackenzie, S. C., Wickins-Drazilova, D., & Wickins, J. (2020). The ethics of fertility treatment for same-sex male couples: Considerations for a modern fertility clinic. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 244, 71-75.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.11.011>
- McLeod, Carolyn, "Does Reproductive Justice Demand Insurance Coverage for IVF?" (2017a). Philosophy Publications. 470. <https://ir.lib.uwo.ca/philosophypub/470>
- McLeod, Carolyn, The medical nonnecessity of in vitro fertilization. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, SPRING 2017b, Vol. 10, No. 1, 10th Anniversary Issue (SPRING 2017), pp. 78-102
- Munthe C, Sandman L, Cutas D. Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Anal.* 2012;20(3):231–49.
<https://doi.org/10.1007/s10728-011-0183-y>.
- Ismaili M'hamdi H, de Beaufort I. Forced caesareans: applying ordinary standards to an extraordinary case. *J Med Ethics.* 2018;1:1. doi: 10.1136/medethics-2018-104828.
- Oikeusministeriö. 2023. Selvitys ei-kaupallisen sijaissyntyysjärjestelyn sallimisesta Suomessa. Helsinki: Oikeusministeriön julkaisuja, Selvityksiä ja ohjeita.
- Parviainen Heikki. 2014. ADOPTION MUUTTUVA LUONNE SUOMESSA. Teoksessa Maarit Koskinen, Sari-Maaria Sarkkinen ja Marjaana Svala (toim.) Kansainvälinen adoptio Suomessa. Tutkimusnäkökulmia adoptioon. Jyväskylän yliopisto.
- Roberts, S.C., Biggs, M.A., Chibber, K.S. et al. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med* 12, 144 (2014).
<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>
- Sijaisperheiden valmennus • Pelastakaa Lapset ry https://www.pelastakaaalapset.fi/osallistu/sijaisvanhemmaksi/?gad_source=1&gclid=EAlaIqobChMliJ7RifulhgMVS-BCiAx365AyPEAAAYASAAEgKRIvD_BwE
- Sandman, Lars, and Emma Hansson. "An ethics analysis of the rationale for publicly funded plastic surgery." *BMC medical ethics* vol. 21,1 94. 2 Oct. 2020, doi:10.1186/s12910-020-00539-6

- Sandman L. The importance of being pregnant: on the healthcare need for uterus transplantation. *Bioethics*. 2018;32(8):519–26. <https://doi.org/10.1111/bioe.12525>.
- Shaw, K., Bower-Brown, S., McConnachie, A., Jadva, V., Ahuja, K., Macklon, N., & Golombok, S. (2023). “Her bun in my oven”: Motivations and experiences of two-mother families who have used reciprocal IVF. *Family Relations*, 72(1), 195– 214. <https://doi.org/10.1111/fare.12805>
- Smith, D.W. and Brodzinsky, D.M. (2002), Coping with birthparent loss in adopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 213-223. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00014>
- Ryhdy sijaisvanhemmaksi - SOS-Lapsikylä (sijaisvanhemmuus.fi)
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human reproduction update*, 22(2), 260–276. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>
- Taravat Talebi, Neda Mohsen-Pour, Mahshid Hesami, Majid Maleki & Samira Kalayinia (2022) The association between in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment and the risk of congenital heart defects, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35:25, 7471-7485, DOI: [10.1080/14767058.2021.1949705](https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1949705)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Perhehoitajana toimiminen - THL](https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/perhehoito/perhehoitajana-toimiminen) <https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/perhehoito/perhehoitajana-toimiminen>
- Torkki, Paulus; Patja, Kristiina; Ignatius, Eveliina; Kousa, Ilona; Vanhala, Antero; Gehrman, Katariina; Tikkinen, Kari A O; Ojanen, Tuomas; Tapanainen, Pasi; Pantzar, Mika; Ranta, Jussi; Leskelä, Riikka-Leena Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi (2022-08-24) Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>
- Väestöliitto 2023. Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyden. 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)