

7.11.2012

OIKEUSMINISTERIÖ

Viite: Lausuntopyyntönnö OM035:00/2012

SUOMEN GYNEKOLOGIYHDISTYKSEN LAUSUNTO ARVIOMUISTIOSTA SIISSYNNYTYSJÄRJESTELYJÄ KOSKIEN

Syyskuussa 2011 valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE antoi lausunnon, jonka mukaan joissakin yksittäisissä tapauksissa lapsettomuuden hoito sijaissyntyttäjän avulla voisi olla eettisesti hyväksyttävää.

Nykytilanteessa vuonna 2007 voimaan tullut hedelmöityshoitolaki kieltää sijaissyntytyjärjestelyt Suomessa. Ennen lain voimaantuloa käytettiin sijaissyntyttäjäjärjestelyä noin 20 pariskunnan hoidossa ja sen avulla on saatu noin 10 lasta. Söderström-Anttilan julkaisun mukaan näihin järjestelyihin liittyi vain vähäisiä ongelmia.

Muistiossa esitetään kolme vaihtoehtoa ja pyydetään arvioimaan niitä ja niiden vaikutusta toimialueella.

Vaihtoehto 1) keinohedelmöitykseen perustuvan sijaissyntytyksen täyskiellon jatkaminen

Vaihtoehtoista selkein ja helpoin. Ongelmatilanteita ei kuitenkaan voida varmuudella välttää potilaiden hakeutuessa hoitoon muissa maissa, joissa ko. hoito on sallittu.

Vaihtoehto 2) ei-kaupallisen sijaissyntytyksen salliminen rajoituksetta

Vaihtoehto mahdollistaa huomattavat väärinkäytökset ja ei siksi ole kannatettava.

Vaihtoehto 3) ei-kaupallisen sijaissyntytyksen salliminen yksittäisissä tapauksissa

Sijaissyntyttäjän käyttö on ainoa mahdollisuus saada geneettinen lapsi tilanteessa, jossa kohtu puuttuu synnyntäisestä tai se on jouduttu poistamaan sairauden tai vaikean raskauskomplikaation vuoksi. Kohtusiirteitä on kokeellisesti alettu istuttaa Ruotsissa, mutta hoitoon liittyy merkittäviä riskejä, eikä lähivuosina ole odotettavissa hoitomuodon saamista kliiniseen käyttöön.

Raskaus saattaa olla myös naisen yleissairauden takia hengenvaarallinen äidille tai lapselle. Joskus kohdusta johtuvat tekijät, esimerkiksi myomat, kohdunsisäiset kiinnikkeet tai adenomyoosi, aiheuttavat hedelmällisyyden heikentymistä ja toistuvia epäonnistumisia hedelmöityshoidoissa. Sijaissyntytyjärjestelyitä käytetään myös sosiaalisista ja kosmeettisista syistä sekä esimerkiksi itsellisten miesten tai miesparien perheenisäystoiveen toteuttamiseksi.

Sijaissyntyty ei ole hoitomuotona ongelmaton, vaan varsinkin sosiaaliin, taloudellisiin ja kansainvälisiin sijaissyntytyjärjestelyihin on liitetty juridisia epäselvyyksiä, erehdyttämistä ja hyväksikäyttöä. Sijaissyntyttäjät ottaa hoidossa merkittäviä terveydellisiä riskejä, joita raskauteen ja

synnytykseen liittyy. Suomalaiset kokemukset hedelmöityshoitolakia edeltävästi ovat kuitenkin olleet myönteisiä, ja näissä hoidoissa saatu hyöty on selvästi ylittänyt haitat. Hoitoa on annettu tiukasti lääketieteellisin perustein, huolellisen harkinnan ja psykologisen arvioon perusteella. Suomalaiset sijaissynnyttäjät ovat ryhtyneet järjestelyyn auttamisen halusta, ilman merkittävää taloudellista motivaatiota.

Sijaissynnyttäjäjärjestelystä ei ole osoitettu olevan syntyvälle lapselle merkittävää haittaa. Sijaissynnyttäjäjärjestelyin suunnitelluille vanhemmille saatu lapsi on erittäin toivottu ja rakastettu. On kuitenkin ilmeistä, että osapuolien väliset merkittävät juridiset epäselvyydet on pyrittävä kaikin mahdollisin keinoin välttämään ja turvaamaan lapsen juridinen asema myös ennalta odottamattomissakin tapauksissa (esim. lapsen merkittävä sairaus).

Hedelmöityshoitolain hengen mukainen arvio perheen mahdollisuuksista turvata tasapainoinen kasvu ja kehitys on välttämätön myös sijaissynnyttäjäjärjestelyissä.

Sijaissynnyttäjän tulisi aina olla vapaaehtoinen, eikä taloudellisilla tekijöillä saisi olla vaikutusta päätökseen. Sijaissynnyttäjän sukulaisuudella ei ole todettu olevan haitallista vaikutusta. Riittävä kulukorvaus ja korvaus menetetyistä tuloista tulisi kuitenkin lain mukaan olla sallittu.

Rajoitettu luvanvarainen ei-kaupallinen sijaissynnyttäjäjärjestely mahdollistaisi pienen ryhmän lääketieteellisin perustein tapahtuvan hoidon huolellisesti arvioiduissa tapauksissa. Luvanvaraisen ei-kaupallisen sijaissynnyttäjäjärjestelyn ehdottomana edellytyksenä olisi sovittujen lääketieteellisten kriteerien noudattaminen sekä kaikkien osapuolten laaja informoiminen niistä seikoista, joiden on osoitettu muodostavan mahdollisia ongelmia hoidon eri vaiheiden kohdalla.

Hoitojen toteuttaminen tulisi keskittää muutamaaan hoitoyksikköön. Lisäksi tulisi määrittää asiantuntijaelin, joka arvioisi jokaisen suunnitellun sijaissynnyttäjähoidon. Asiantuntijaelimelle tulisi toimittaa arviota varten selvitys sekä sijaissynnyttäjän että suunniteltujen vanhempien psyykkisistä ja fyysisistä voimavaroista läpikäydä sijaissynnyttäjäjärjestely ja kyetä toipumaan järjestelyyn mahdollisesti liittyvistä ongelmista. Lisäksi olisi etukäteen varmistettava, että mahdollisesti tarvittava ylimääräinen hoito olisi järjestävissä viiveettä.

Luvanvaraisesti tapahtuvissa yksittäisissä tilanteissa hoitomuodon käyttöä voitaisiin harkita, kun äidiksi haluavalta naiselta

1. puuttuu kehityshäiriön seurauksena kohtu tai
2. kohtu on jouduttu poistamaan jonkun taudin vuoksi

Hoidossa käytettäisiin naisen omia munasoluja ja edellytyksenä olisi toimivat munasarjat.

Tämä pienen ja huolellisesti valikoidun potilasryhmän auttaminen sijaissynnyttäjäjärjestelyn avulla mahdollistaisi hoitomuodon tulosten ja mahdollisten ongelmien tunnistamisen. Tätä varten olisi luotava oma hoito- ja seurantarekisteri. Mikäli seurannassa ei todettaisi hoitomuotoon liittyvän merkittäviä ongelmia, voitaisiin myöhemmin mahdollisesti harkita hoitomuodon käytön laajentamista muihin hoitodikaatioihin.

Johanna Mäenpää, LKT
Professori (TaY), ylilääkäri (Tays)
SGY:n puheenjohtaja
PL 2000, 33521 Tampere