

Viveca Söderström-Anttila ja Anne-Maria Suikkari

Tulokset sijaissynnytyksessä samat kuin muissakin hedelmöityshoidoissa

Sijaissynnytyksessä tulisi sallia Suomessa

Sijaissynnytyksellä tarkoitetaan sitä, että nainen tulee raskaaksi ja synnyttää lapsen tarkoituksena antaa tämä lapsi pois toiselle henkilölle tai parille, jonka hedelmättömyyden syy yleensä on toimivan kohdun puuttuminen. Sijaissynnytyshoito on kielletty kaikissa Pohjoismaissa. Suomessa se kiellettiin syyskuussa 2007, jolloin hedelmöityshoitolaki astui voimaan. Kielto astui voimaan, vaikka Suomessa oli siihen asti menestyksekkäästi hoidettu noin kahdenkymmenen parin hedelmättömyyttä sijaissynnytyksellä (1). Vaikutelmaksi jäi, että lain valmisteluvaiheessa päättäjillä oli ratkaistavanaan niin vaikeita asioita liittyviä kohtia, esimerkiksi luovuttajien rekisteröintikysymys ja itsellisten naisten hoidot, että sijaissynnytyshoitoon perehtymiseen ei ollut riittävästi resursseja.

Viime vuosina sijaissynnytyshoidon kielto on herättänyt vilkasta keskustelua kaikissa Pohjoismaissa. On pidetty eettisesti arveluttavana, että kohtuperäisestä hedelmättömyydestä kärsivät potilaat joutuvat hakeutumaan ulkomaille kaupalliseen sijaissynnytyshoitoon, jotta he saisivat apua lapsettomuuteensa. Argumentit sijaissynnytyshoitoa vastaan ovat liittyneet huoleen sijaissynnyttäjän terveydestä ja syntyvän lapsen hyvinvoinnista. Lisäksi on pelätty konfliktien syntymistä eri osapuolten välillä prosessin edetessä. Ajatellaan, että sijaissynnyttäjät ei ehkä halua luopua lapsesta tai että tulevat vanhemmat eivät halua ottaa vastaan syntyneitä lasta. Mitä sitten oikeasti tiedämme sijaissynnytyksjärjestelyiden tuloksista?

Koeputkihedelmöityshoitosten (IVF) kehityksen myötä sijaissynnytyks tehdään nykyisin yleensä niin, että käytetään lasta toivovan pariskunnan omia sukusoluja (gestationaalinen tai IVF-sijaissynnytyks). Tarvittaessa on mahdollista luoda alkio lahjasukusoluilla, jos omat sukusolut puuttuvat. Gestationaalissa sijaissynny-

tyksessä on huomioitava, että sijaissynnyttäjällä ei ole geneettistä yhteyttä syntyvään lapseen. Vanhassa sijaissynnytyshoidossa raskaus alkoi, kun sijaissynnyttäjä inseminoitui, jolloin syntynyt lapsi sai alkunsa sijaissynnyttäjän munasolusta.

Tuoreessa systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin sijaissynnytyshoidon tuloksia sijaissynnyttäjän, syntyvän lapsen ja vastaanottajavanhempien kannalta (2). Katsauksessa todettiin, että sijaissynnyttäjien raskaudet sujuivat yhtä hyvin kuin tavanomaiset IVF-raskaudet tai lahjamunasoluilla alkaneet raskaudet. Länsimaissa sijaissynnyttäjä on yleensä ollut lähisukulainen tai ystävä, mutta esimerkiksi Englannissa usein muu vapaaehtoinen. Perinataalitulokset sijaissynnytyksjärjestelyissä olivat samat tai paremmat kuin tavanomaisten IVF-hoitosten yhteydessä, muun muassa lasten pienipainoisuutta esiintyi vähemmän kuin tavanomaisessa IVF-hoidossa. On pohdittu, että sijaissynnyttäjien parempi lisääntymisterveydellinen tausta saattaa kompensoida tekijöitä, jotka liittyvät tavanomaisen IVF- tai lahjamunasoluhoidon raskausriskeihin (3).

Sijaissynnyttäjät ovat olleet tyytyväisiä hoitoprosessiin, ja heillä on harvoin ollut ongelmia lapsen luovuttamisessa vastaanottajavanhemmille (2). Tutkimuksissa on huomattu, että sijaissynnyttäjä ei kiinnynyt lapseen tunnetasolla vaan asennoituu raskauden alusta alkaen siihen, että lapsi ei ole hänen omansa (4). Synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy saman verran kuin synnyttäjillä yleensä. Länsimaissa biologisten vanhempien ei yleensä ole ollut vaikeata ottaa vastaan syntyneitä lasta, edes tilanteissa, joissa lapsi ei ole ollut terve (2,5).

Lasten terveyden seuranta tutkimuksia on tehty 14 vuoden ikään asti, ja heidän psykologiassa tai emotionaalissa kehityksessään ei ole havaittu eroja verrattuna muilla hedelmöitys-

hoidoilla syntyneisiin lapsiin. Tiedetään myös, että enemmistö sijaissynnytyksellä lapsensa saaneista vanhemmista kertoo lapselleen, miten hän on saanut alkunsa (6).

Kansalliset eettiset toimikunnat Suomessa ja Ruotsissa suhtautuvat myönteisesti sijais-synnytyshoidon sallimiseen rajoitetusti (7,8). Islannissa on käsitellyssä lakiehdotus, jonka mukaan altruistinen gestationaalinen sijaissynnytyshoito sallittaisiin. Pohjoismaissa hoitoon kriittisesti suhtautuvat tahot pelkäävät ilmiön johtavan kaupallisuuteen ja naisten esineellistämiseen. Sijaissynnyttäjän valinta onkin ensiarvoisen tärkeää. Hänellä pitää olla hyvä fyysinen ja psyykinen terveys sekä ainakin yksi oma lapsi. Aiempiin raskauksiin ei saa olla liittynyt komplikaatioita. Hänen pitää osallistua hoitoon omasta vapaasta tahdostaan ainoana motiivinaan auttaa paria, joka ei muulla tavalla voi saada lasta (9). Se ei sulje pois kohtuullista kulkorvausta vaivannäöstä sekä taloudellisesta menetyksestä, jonka raskaana oleminen aiheuttaa.

Tulisiko sijaissynnytyksellä Suomessa? Mielestämme tulisi. Ihmisen toive biologisesti omasta lapsesta on luonnollinen ja syvä. Tunne on usein niin voimakas, että sen eteen ihminen on valmis ottamaan suuriakin henkilökohtaisia riskejä. Sijaissynnytyksellä tarvitsville se tarkoittaa nykyisin avun hakemista kaupallisesta toiminnasta ulkomailta, lähinnä Venäjältä, Yhdysvalloista, Itä-Euroopan maista tai Intiasta. Monessa näistä maista alan lainsäädäntö on puutteellinen ja sijaissynnyttäjän motiivina on köyhyys. Reproduktioturismin lisääntymisen myötä riskit konflikteihin sijaissynnyttäjän ja biologisten vanhempien välillä lisääntyvät (10). Monenlaiset lääketieteelliset riskit, kuten monisikiöraskaudet suurenevat. Suomi turvallisten hedelmöityshoitojen edelläkävijämaana voisi tälläkin rintamalla näyttää esimerkkiä maailmalle, jos hoito sallittaisiin.

Sijaissynnytyshoitoa tarvitsevat ovat pieni vähemmistö lapsettomuuspotilaista (ehkä kolmesta viiteen paria vuodessa), mutta he ovat olemassa. Heilläkin pitäisi olla oikeus korkeatasoiseen hedelmöityshoitoon omassa maassaan. Hoitoprosessi on vaativa ja sisältää monia lääketieteellisiä, psykologisia ja juridisia kysymyksiä, joten hoidot kannattaa keskittää

ja tehdä luvanvaraisiksi. Ruotsissa tehtiin tutkimusasetelmassa ensimmäisenä maailmassa hoitokokeilu, jossa kohdunsiirto tehtiin yhdessä kohduttomalle naiselle. Projektin oli täysin kokeellinen, ja sen tiedettiin aiheuttavan huomattavia riskejä kohdunluovuttajalle, -saajalle ja ennen kaikkea lapselle. Kokeilu onnistui yli odotusten ja on jo johtanut usean lapsen syntymiseen siirtokohdunsaajille (11). Voisivatko Suomen viranomaiset ja poliitikot olla yhtä rohkeita ja antaa meille luvan tehdä huolellisesti valmistellussa tutkimuksessa kymmenen gestationaalista sijaissynnytyshoitoa? ■

KIRJALLISUUTTA

1. Söderström-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, ym. Experience of in vitro fertilization surrogacy in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:747–52.
2. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, ym. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016;22:260–76.
3. Gibbons WE, Cedars M, Ness RB, ym. Toward understanding obstetrical outcome in advanced assisted reproduction: varying sperm, oocyte, and uterine source and diagnosis. *Fertil Steril* 2011;95:1645–9.
4. van den Akker OB. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Hum Reprod* 2007;22:2287–95.
5. Dermout S, van de Wiel H, Heintz P, ym. Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997 to 2004. *Hum Reprod* 2010;25:443–9.
6. Jadva V, Blake L, Casey P, Golombok S. Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Hum Reprod* 2012;27:3008–14.
7. Sijaissynnytyshoito Suomessa. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n lausunto 28.9.2011. http://etene.fi/lausunnot_ja_kannanotot_2011.
8. Assisterad befruktning – etiska aspekter. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råds rapport 2013:1.
9. Shenfield F, Pennings G, Cohen J, ym. ESHRE task force on ethics and law 10: surrogacy. *Hum Reprod* 2005;20:2705–7.
10. Deonandan R, Green S, van Beinum A. Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *J Med Ethics* 2012;38:742–5.
11. Bokström H, Dahm-Kähler P, Hagberg H, ym. Livmodertransplantation i Sverige – 5 första barnen i världen födda. Lovande resultat – alla barn friska. *Läkartidningen* 2016;113:DX6H.



VIVECA SÖDERSTRÖM-ANTTILA, dosentti, apulaisylilääkäri
Väestöliiton klinikat Oy

SIDONNAISUUDET
Koulutus- ja kongressikulut (Ferring, Finox),
luentopalkkio (Merck, MSD)



ANNE-MARIA SUIKKARI, dosentti, ylilääkäri
Väestöliiton klinikat Oy

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia