

Lähes 6 prosenttia lapsista syntyy hedelmöityshoitojen avulla – lastensaannin myöhentyminen lisää hoitojen tarvetta

Vaikka osa suomalaisista valitsee lapsettomuuden vapaaehtoisesti, moni lisääntymisikäisistä toivoo lapsen tai lisää lapsia. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2023 keräämän Terve Suomi -tutkimuksen mukaan noin 40 prosenttia alle 50-vuotiaista toivoi lapsen tai lisää lapsia.

Lapsitoiveet ovat yleisimpiä alle 30-vuotiailla ja vähenevät iän myötä. Lapsitoiveet ovat miehillä hieman naisia yleisempiä ja lyhyen koulutuksen saaneilla vähäisempiä kuin pitkän koulutuksen saaneilla (THL Terve Suomi -tutkimus 2023).

Terve Suomi -tutkimuksen mukaan tahatonta lapsettomuutta on kokenut 16 prosenttia 30–74-vuotiaista naisista ja 11 prosenttia samanikäisistä miehistä. Yli puolet tahatonta lapsettomuutta kokeneista hakeutuu lapsettomuustutkimuksiin tai -hoitoihin, ja heistä noin puolet on saanut lapsen hoitojen avulla (THL:n Terve Suomi -tutkimus 2023).

Hedelmöityshoidot ovat yleistyneet ja onnistumisen todennäköisyys kasvanut

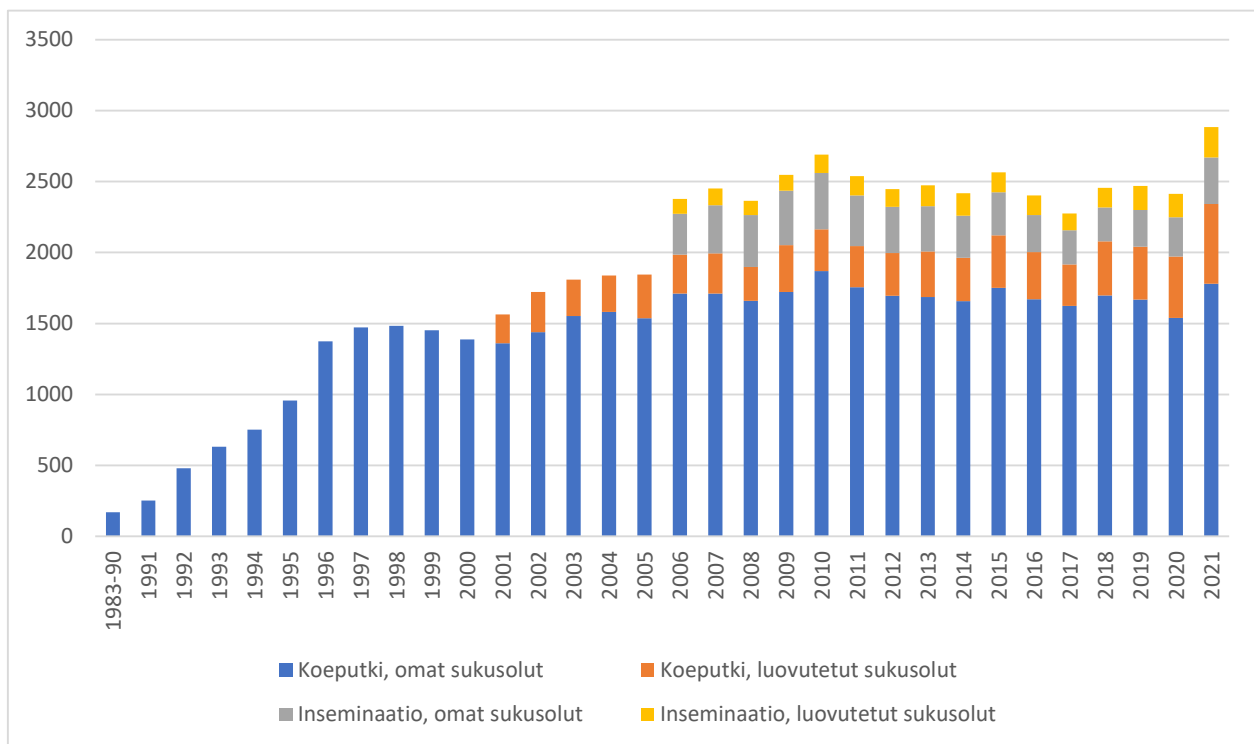
Koeputkihedelmöitys (IVF, in-vitro fertilisation) mullisti lapsettomuushoidot. Maailman ensimmäinen IVF-lapsi syntyi vuonna 1978. Suomen ensimmäiset koeputkihedelmöitysraskaudet onnistuivat syksyllä 1983, ja ensimmäinen lapsi syntyi huhtikuussa 1984. Vuosien 1983–1990 hoidoista syntyi yhteensä 170 lasta, mikä vastasi 0,03 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista (Tiitinen ym. 1998).

1990-luvulla koeputkihedelmöityksiä tekevien klinikoiden määrä lisääntyi, etenkin yksityisellä sektorilla. Vuodesta 1992 vuoteen 1996 aloitettujen hoitojen määrä lähes kolminkertaistui. Samalla hoitojen

- Suomessa syntyy vuosittain hedelmöityshoitojen avulla noin 2 500 lasta.
- Lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin hakeutuvista noin puolet saa lapsen hoitojen avulla.
- Hoitojen avulla syntyneiden lasten osuus on suurin korkeammassa sosioekonomisissa ryhmissä.
- Hoitojen on oltava saavutettavia kaikille asuinpaikasta tai sosioekonomisesta taustasta riippumatta.
- Suurin yksittäinen tekijä tahattoman biologisen lapsettomuuden taustalla on lastensaannin siirtymisen myöhemmälle iälle. Tietoa iän vaikutuksesta raskauden todennäköisyyteen on tarjottava osana koulujen terveystiedon opetusta.

onnistumisprosentti parani 1980-luvun 10 prosentista yli 20 prosenttiin ja syntyneiden lasten määrä ylitti tuhannen vastaten runsasta kahta prosenttia kaikista syntyneistä lapsista (THL hedelmöityshoitotilastot 2024).

Vuodesta 2001 alkaen THL:n hedelmöityshoitoja koskeva tiedonkeruu on kattanut myös luovutetuilla sukusoluilla tehdyt koeputkihedelmöityshoidot ja vuodesta 2006 niin omilla kuin luovutetuilla sukusoluilla tehdyt inseminaatiot. Inseminaatio tarkoittaa siittiöiden ruiskutusta kohtuonteloon. Vuosina 2006–2020 kaikista hedelmöityshoidoista syntyi keskimäärin 2 460 lasta vuodessa eli noin 4,4 prosenttia



Kuvio 1: Vuosien 1983–2021 hedelmöityshoidoista syntyneiden lasten määrä (THL:n hedelmöityshoitotilastot).

kaikista syntyneistä lapsista. Vuosittaiset erot olivat pieniä, kuten kuvio 1 osoittaa.

Koronan jälkeisenä vuonna 2021 tehtiin ennätysmäärä hoitoja, 15 300. Myös hoidoista syntyneiden lasten määrä kasvoi: 2 883 lasta ja 5,8 prosenttia syntyneistä lapsista.

Suomessa tehtiin vielä 1990-luvulla Pohjoismaista eniten koeputkihedelmöityshoitoja väestöön suhteutettuna. Sen sijaan vuosina 2020–2022 koeputkihedelmöityshoitoja ja niihin liittyviä pakastetun alkion siirtoja aloitettiin Suomessa vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Suomessa aloitettiin korkeintaan 8 hoitoa tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden. Norjassa ja Ruotsissa suhdeluku oli 9–10/1 000, Islannissa ja Tanskassa 12–15/1 000.

Lastensaannin myöhentyminen lisää hedelmöityshoitojen tarvetta

Suurin yksittäinen tekijä tahattoman, biologisista syistä johtuvan lapsettomuuden taustalla on lastensaannin siirtyminen myöhemmälle iälle, jolloin raskaaksi tuleminen ei enää välttämättä onnistu ja keskenmenot sekä muut raskausajan ongel-

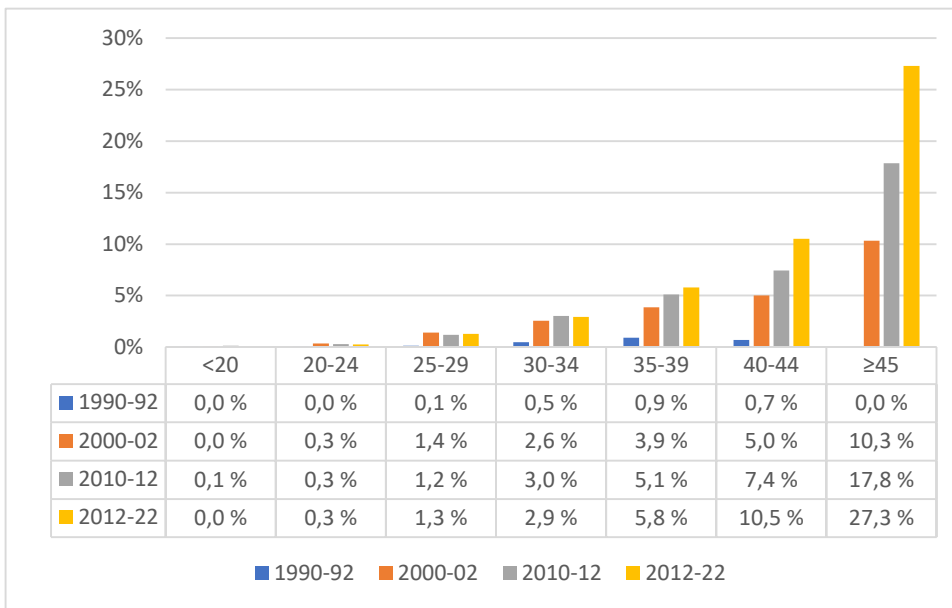
mat yleistyvät.

Syntyneiden lasten rekisterin mukaan 20–24-vuotiaiden synnyttäjien lapsista noin 0,3 prosenttia on saanut alkunsa lapsettomuushoidoista, 25–29-vuotiaiden synnyttäjien lapsista taas 1,3 prosenttia (Kuvio 2). Osuus on 30–34-vuotiailla 3 prosenttia ja kaksinkertaistuu 35–39-vuotiailla 6 prosenttiin.

40 vuotta täyttäneillä osuus on kasvanut viime vuosikymmeninä selkeimmin. Joka kymmenes 40–44-vuotiaan synnyttäjän lapsi ja useampi kuin joka neljäs 45 vuotta täyttäneen synnyttäjän lapsi on saanut alkunsa koeputkihedelmöityksestä, inseminaatiosta tai munasolun kypsytyshoidosta.

Lapsettomuushoitojen tulee olla tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla

Kaikki tahatonta lapsettomuutta kokeneet eivät hakeudu lapsettomuustutkimuksiin tai -hoitoihin. 1990-luvun tutkimusten mukaan Suomessa ei ole ollut suuria alueellisia eroja hedelmöityshoitojen käytössä (Klemetti ym. 2004). Myös erot kaupunkien



Kuvio 2: Lapsettomuushoidoista (koeputkihedelmöityshoidoista, inseminaatioista ja munasolun kypsytyshoidoista) syntyneiden lasten määrä (THL:n syntyneiden lasten rekisteri).

ja maaseudun välillä tai eri sosioekonomisten ryhmien välillä ovat olleet pieniä, vaikka yksityiset klinikat ovat merkittävä palveluiden tarjoaja. Kelan lääke-, lääkäri- ja toimenpidekorvaukset ovat pienentäneet yksityisellä sektorilla hoitoja saaneiden taloudellista taakkaa.

Hedelmöityshoitojen avulla syntyneiden lasten osuus on ollut suurin korkeammassa sosioekonomisissa ryhmissä, eikä synnyttäjien ikä selitä ilmiötä (Räisänen ym. 2013). Hoitojen lukumäärissä ja onnistumisessa voi olla sosioekonomisia eroja, joita ei Suomessa voi tutkia ennen kuin syklikohtainen hedelmöityshoitorekisteri on perustettu. THL:ssä on käynnissä vuosina 2024–2026 tiedonkeruun pilotointi, johon osallistuvat kaikki hedelmöityshoitoja tarjoavat klinikat.

Lapsettomuushoitojen on oltava olla saavutettavia kaikille koulutustaustasta ja tuloluokasta riippumatta. Jos syntyvyyttä halutaan Suomessa tukea, on tarjottava lapsettomille heidän tarvitsemaansa tukea, vastattava hedelmällisyshoitojen kasvavaan kysyntään, ja tuettava perheellistymistä ja lapsiperheiden tarpeita yhteiskunnassa.

Kaikki nuoret aikuiset eivät ole tietoisia iän kielteisestä vaikutuksesta raskaaksi

tulemiseen ja synnytykseen etenevän raskauden todennäköisyyteen (Väestöliitto 2024). Hedelmällisyysneuvonta on tietoa ja ohjeistusta hedelmällisyyteen liittyvistä asioista, mukaan lukien iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauden ehkäisyssä. Sen olisikin oltava osa koulujen terveystiedon opetusta ja hedelmällisyysikäisten muuta neuvontaa ja terveystarkastuksia.

Lisätietoja

tutkimusprofessori Mika Gissler, THL ja Turun yliopisto, mika.gissler@thl.fi

Rahoitus

Tutkimusta on rahoittanut Suomen Akatemian yhteydessä toimiva strategisen tutkimuksen neuvosto (STN), FLUX-konsortio, päätösnumero 345130.

Lähteet

Klemetti R, Gissler M, Hemminki E: Equity in the use of IVF in Finland in the late 1990s. *Scandinavian Journal of Public Health* 32: 3: 203-209, 2004.

Räisänen S, Randell K, Svarre Nielsen H, Gissler M, Kramer MR, Klemetti R, Heinonen S: [Socioeconomic status affects the prevalence, but not the perinatal outcomes, of in vitro fertilization pregnancies. *Human Reproduction*, Volume 28, Issue 11, November 2013, Pages 3118–3125.](#)

THL: [Hedelmöityshoitotilastot](#) (luettu 16.2.2024).

THL: Lapsihaaveet ja lapsettomuus. [Terve Suomi -tutkimuksen ilmiöraportti](#) (luettu 16.2.2024).

Tiitinen A, Hovatta O, Kujansuu E, Gissler M, Koskimies A: Hedelmöityshoidot ja niistä alkaneet raskaudet Suomessa. *Duodecim* 114: 2219–2224, 1998.

Väestöliitto: [Tietoisuus iän vaikutuksista hedelmällisyyteen](#) (luettu 16.2.2024).