

# Erikoislääkäriprofession sata järjestäytymisen vuotta

KARI PYLKKÄNEN

**Erikoislääkäriprofessiota ja lääkärin erikoistumista sekä lääketieteen erikoisaloja ei säädelty 1900-luvun alussa mitenkään. Sairaalat olivat erikoisaloihin jakamattomia lukuun ottamatta Helsingin Yleistä sairaalaa ja Diakonissalaitoksen sairaalaa. Lääkärit saattoivat itse ilmoittaa erikoistuneensa jollekin alalle. Finska Läkaresällskapet ja Läkäriliiton samansisältöisten suositusten ja Helsingin paikallisen lääkäriyhdistyksen linjauksien mukaan erikoislääkäriltä alettiin edellyttää 1910–1920-luvuilla kahden vuoden erikoistumisopin-  
toja.**

**P**rofession itsensä toteuttama järjestäytynyt erikoistumisen valvonta alkoi varsinaisesti vuoden 1932 jälkeen. Läkäriliitto alkoi valvoa yhtenäisten säännösten pohjalta erikoistumiskoulutusta ja oikeuksien myöntämistä. Erikoisaloja oli tuolloin 11: fysikaaliset hoidot, hermo- ja mielitaudit, iho- ja sukupuolitaudit, keuhkosairaudet, kirurgiset taudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, lastentaudit, naistentaudit ja synnytykset, röntgentutkimus ja hoito, silmätaudit, sisätaudit.

Vuonna 1960 erikoistumisen valvonta siirtyi Läkäriliitolta lääkintöhallituksen specialiteettineuvottelukunnalle. Hallituksen esityksessä laiksi lääkärin harjoittamisesta 1978 lähdettiin siitä, että peruskoulutuksen suorittanut lääkäri on jatkokoulutusvaiheessa kirjoilla yliopistossa, kun hän suorittaa erikoislääkärin tutkintoa. Koska yliopistoilla ei ollut resursseja huolehtia erikoistumiskoulutuksesta, päädyttiin enintään 10 vuoden siirtymäkauteen, jolloin erikoislääkärikoulutus edelleen säilyi lääkintöhallituksen valvonnassa. Kun lääkäri oli osoittanut täyttävänsä asetuksella säädetyt pätevyysvaatimukset, lääkintöhallitus myönsi hänelle erikoislääkärin oikeudet.

## ERIKOISTUMISEN YHTENÄISTYMINEN POHJOISMAISSA JA EUROOPASSA

Pohjoismaat sopivat yhteisistä lääkärin työmarkkinoista 1965. Erikoislääkärikoulutuksen pohjoismaisesta vertailtavuudesta laadittiin vuonna 1964 mietintö "Specialistkompetens för nordiska läkare". Mietinnön esitystä erikoislääkäritutkintojen yhteisiksi säännöiksi ei kuitenkaan

koskaan ratifioitu. Suomessa lääkärin jatkokoulutuskomitea katsoi jo toteutunutta käytäntöä myötäillen vuonna 1974, että meillä tulisi noudattaa pohjoismaisia normeja. Näin myös tehtiin. Pohjoismaat tosiasiasa toteuttivat jo 1978 keskenään saman erikoislääkäreitä koskevan säännösten, johon Suomi liittyi EU-jäsenyyden myötä vuonna 1995. Tämä toteutettiin pohjoismaisen työmarkkinasopimuksen kirjauksella, jonka mukaan yhdessä Pohjoismaassa erikoislääkärin oikeudet saaneella lääkäriellä oli mahdollisuus saada samat oikeudet toisessa Pohjoismaassa. Euroopan ja Pohjoismaiden kehitys oli kulkenut samansuuntaisesti ja samanaikaisesti: ensimmäinen EU-direktiivi yhteisistä erikoislääkäritutkintojen vaatimuksista annettiin vuonna 1975, Pohjoismaainen suositus samasta asiasta laadittiin vuonna 1964 ja sopimukseksi 1978.

Asetus yliopistoissa suoritettavista erikoislääkärin tutkinnoista tuli voimaan 1986. Läkintöhallituksen specialiteettineuvottelukunnan toiminta lakkautettiin 1988. Kun erikoistumiskoulutus siirtyi näin kokonaisuudessaan yliopistojen vastuulle, Suomeen syntyi muusta Euroopasta poikkeava lääkärin erikoistumisjärjestelmä. EU-maissa erikoistumista hallinnoi pääsääntöisesti erikoislääkäriprofessio. Vain Suomessa ja Italiassa lääkärin erikoistuminen on siirretty kokonaan pois profession valvonnasta ja yksinomaan yliopistojen vastuulle. Siksi Suomessa ei myöskään ole muiden EU-maiden tavoin erikoislääkärikoulutuksen yleiseurooppalaisen harmonisoinnin edellyttämää valtakunnallista "National Authority'a", joka valvoo erikoistumiskoulutuksen yhtenäisiä minimikriteerejä.

## ERIKOISLÄÄKÄRIN OIKEUDET SUOMESSA JA EUROOPASSA

Erikoislääkärin oikeuksien myöntämisestä säädettiin lääkärintoimen harjoittamisesta annetussa laissa vuoteen 1994 saakka. Kun Suomi liittyi Euroopan Unioniin 1995, se sitoutui soveltamaan EU:n erikoislääkäridirektiiviä, jonka mukaan jäsenvaltiot hyväksyivät toisessa jäsenvaltiossa myönnettyt erikoislääkärin oikeudet. Prosessissa direktiivin saattamiseksi osaksi Suomen lainsäädäntöä kumottiin laki lääkärintoimen harjoittamisesta ja säädettiin uusi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, joka astui voimaan 1995. Tämä laki toi Suomeen täysin uudenlaisen välivaiheen erikoislääkärikoulutuksen historiassa. Laki satoi Suomen lainsäädännön EU-direktiiviin edellyttäen, että muiden direktiiviin sitoutuneiden maiden kansalaisilla on oikeus harjoittaa Suomessa erikoislääkärin ammattia. Samalla laki kuitenkin poisti käsitteen "erikoislääkärin oikeudet" suomalaisilta lääkäreiltä ja korvasi sen uudella termillä "erikoispätevyuden omaava laillistettu ammattihenkilö".

Kuuden vuoden aikana 1995–2000 Suomessa erikoistuneet lääkärit eivät lain mukaan enää saaneet erikoislääkärin oikeuksia, vaan heistä tuli "erikoispätevyuden omaavia ammattihenkilöitä". Erikoislääkäriyhdistys ja Lääkäriliitto pitivät syn-

tynyttä tilannetta hyvin epäoikeudenmukaisena lainsäädännöllisenä kömmähdyksenä. Omassa maassa saatujen tavanomaisten tutkintotodistusten kanssa muuhun EU-maahan työtä hakemaan siirtyvä suomalainen tuore erikoislääkäri ei voinut saada toisessa maassa erikoislääkärin oikeuksia, koska muissa maissa ei ollut säädöksiä erityispätevyuden omaavista ammattihenkilöistä. Viranomaisten kanssa sovittiin väliaikaisesta käytännöstä, jonka mukaan muualle hakeutuvat erikoislääkärit saivat lisätodistuksen, joka kertoi erikoispätevyuden tarkoittavan Suomessa samaa kuin erikoislääkärin oikeudet muissa EU-maissa. Vuoden 2000 joulukuussa lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä muutettiin lopulta siten, että myös suomalaiset erikoislääkärit voivat jälleen saada erikoislääkärin oikeudet.

## SAIRAALOIDEN LÄÄKÄRIEN EDUNVALVONNAN ENSIVAIHEET – SAIRASHUONELÄÄKÄRIYHDISTYS

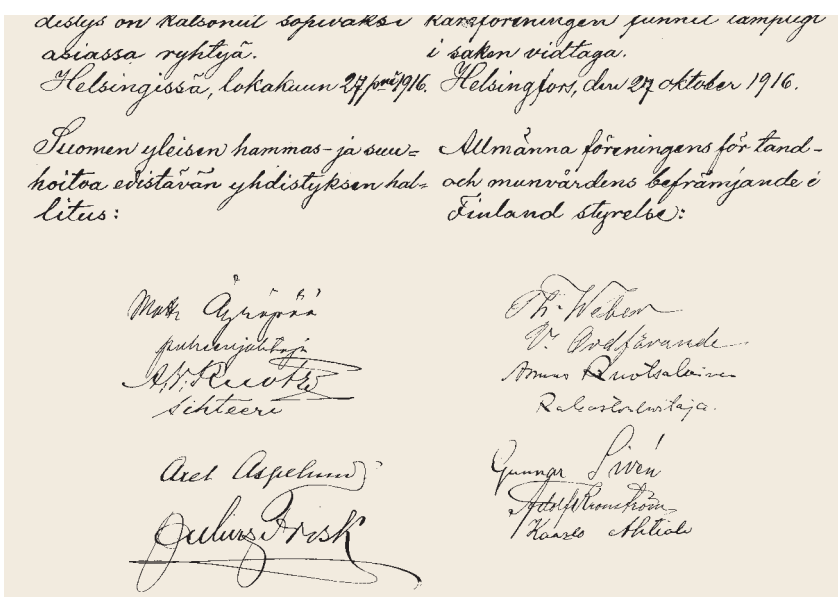
Kun 18 lääkäriä kokoontui Hjalmar von Bonsdorffin johdolla 30.9. 1900 Helsingin Kirurgiseen sairaalaan valitsemaan väliaikaista hallitusta suomalaisten erikoislääkärien ensimmäiselle edunvalvontajärjestölle, maassa oli 2,7 miljoonaa asukasta ja alle 500 lääkäriä. Suomen kenraalikuvernööri Bobrikov oli ollut runsaan vuoden

ajan tehtävässään. Vain joka viides kaupungeissa henkikirjoitettu henkilö oli äänioikeutettu kunnallisissa vaaleissa. Veroa maksavilla naisilla oli äänioikeus ja oikeus tulla valituksi lautakuntiin, mutta ei kunnanvaltuustoon.

Suomen Sairashuonelääkäriyhdistyksen, Sjukhusläkareföreningen i Finland perustava kokous pidettiin 22.9.1901. Suomessa toimi pohjoismaisen mallin mukainen hallinto, jota keisarin venäläistämistoimet olivat juuri alkaneet murentaa. Vuonna 1900 määrättiin siirryttäväksi venäläisiin postimerkkeihin ja venäjän kieli määrättiin ylimpien virastojen kieleksi. Myös suunnitelmat valuutan vaihtamisesta pois Suomen markasta olivat olemassa, mutta ne jäivät unohtuiksi vielä 101 vuoden ajaksi. Yhdistyksen säännöt oli vahvistettu venäläistämistoimista huolimatta Keisarillisessa Senaatissa ruotsinkielisinä 10.7.1901 kollegojen H. von Bonsdorff, V. Granberg, L. Strähle, Th. Wichman ja E. Sandelin laatiman esityksen mukaisesti.

Tieteellisten lääkäriyhdistysten historia ulottuu jonkin verran edunvalvontajärjestöjä kauemmaksi, joskin myös niiden toiminnassa oli ollut esillä myös edunvalvontakysymyksiä. Finska Läkaresällskapet oli perustettu 1835 ja Duodecim Seura 1881. Yleinen Lääkäriliitto, sittemmin Suomen Lääkäriliitto perustettiin 1910 suomen- ja ruotsinkielisten lääkäreiden yhteiseksi järjestöksi. Ensimmäiset erikoisalayhdistykset käynnistivät toimintansa pian Yleisen Lääkäriliiton perustamisen jälkeen; Suomen Silmälääkäriyhdistys 1911, Suomen Psykiatryhdistys 1913, Radiologiyhdistys 1924, Suomen Kirurgiyhdistys 1925, Suomen Gynekologiyhdistys 1928, Tuberkuloosilääkäriyhdistys 1929, Lastenlääkäriyhdistys 1930 ja Sisätautilääkäriyhdistys 1931.

Sairashuonelääkäriyhdistyksen perustamisen aikaan sairaalalaitoksen muodostivat valtion sairaalat (lääninsairaalat), joissa oli noin tuhat lasarettipaikkaa ja saman verran veneeristen tautien hoitopaikkoja. Myös mielisairaalapaikkoja oli noin tuhat. Sairashuonelääkäriyhdistyksen selvityksen mukaan väestöön suhteutettu sairaansijojen määrä oli alle puolet Ruotsin vastaavasta (Suomi 1 534 asukasta yhtä lasarettipaikkaa kohti, Ruotsi 712). Sairaaloiden lääkärit olivat lääkärinkunnan vähem-



Yleisen hammas- ja suuhoidon edistämisen yhdistyksen puheenjohtajan ja Duodecim-seuran perustajan Matti Äyräpään esitys Sairashuonelääkäriyhdistykselle pakollisen hammashoidon järjestämisestä.



**Kuva 1. Savonlinnan kulkutautisairaalan isorokkopotilaita vuonna 1914.**

Kuva Helsingin yliopiston lääketieteen historian museosta.

mistö, ja suurin lääkiryhmä olivat kunnanlääkit. Sairaaloissa toimi vuodesta 1908 alkaen myös palktonta lääkirityövoimaa vapaaehtoisina apulaislääkäreinä.

Asetuksilla 1810, 1814 ja 1816 oli luotu Suomeen lasaretilaitos, jossa kullakin lasaretilalla oli yksi lääkäri. Finska Läkaresällskapetin yleisissä kokouksissa oli vuosina 1866, 1869, 1871, 1875 toistuvasti vaadittu lasarettien lääkäreiden palkkojen korotusta, mutta vaatimukset eivät johtaneet tuloksiin. Vuonna 1890 myös lääkintöhallitus esitti palkankorotusta lasaretilääkäreille siten, että heidät rinnastettaisiin piirilääkäreihin. Saman vaatimuksen esitti Finska Läkaresällskapetin yleiskokous 1893. Nämäkään esitykset eivät johtaneet tulokseen. Lasarettipaikkojen riittämättömyys, liian pieni lääkimäärä sairaaloissa ja niiden työympäristön pitkäaikaiset puutteellisuudet sekä toistuvasti epäonnistuneet yritykset niiden korjaamiseksi myötävaikuttivat siihen, että juuri lasaretilääkit järjestäytyivät ensimmäisenä lääkiryhmänä omaksi edunvalvontajärjestökseen 10 vuotta ennen kuin Suomen Lääkäriliitto perustettiin 1910.

Ensimmäisen Sairashuonelääkärilyhdistyksen vuosikokouksen asialistalla 20.9.1902 oli seitsemän asiaa: lääkirityövoiman lisääminen lasareteissa, vuosilomaoikeuden saaminen ylilääkäreille ja muille sairaalalääkäreille, vuosilomaoikeus ilman velvollisuutta itse palkata sijainen, normien saaminen tarvittavalle sairaanhoitajattarien määrälle osastojen potilasluokun nähden, sairaaloiden valaistuksen parantaminen, sairaanhoitajattarien koulutuksen järjestäminen, sairaanhoitajattarien taloudellisen aseman parantaminen sekä hoidon järjestäminen yöaikaan. Jatkossa keskeiset teemat liittyivät edelleen terveyspolitiikkaan ja sairaalalääkärien huonon aseman parantamiseen. Esityslistoilla näyttäytyivät ja osin toistuivat myös vaatimus saada valtion sairaaloiden lääkäreille samat oikeudet kuin valtion virkamiehillä, sairaaloiden poliklinikkatoiminnan käynnistäminen, poliklinikoilla perittävät maksut, alilääkärien palkkakysymykset, ylilääkärien vapauttaminen velvollisuudesta valvoa sairaaloiden taloutta, sairaalalääkärien pätevyysvaatimukset (edellytettiin erikoistumista kirurgiaan), ylilääkärien oikeus lausua kansansa lääkäriin virkojen hakijoista.

Vuonna 1916 Yleisen hammas- ja suuhoidon edistämisen yhdistyksen puheenjohtaja ja Duodecim-seuran perustaja Matti Äyräpää esitti kirjallisesti Sairashuonelääkärilyhdistykselle, että ”pakollinen hammashoito olisi otettava käytäntöön kaikissa maan sairashuoneissa”.

Kaikkein vaikeimmaksi ja tärkeimmäksi kysymykseksi kuitenkin osoittautui lasaretilääkärien palkkauskysymyksen saattaminen ratkaisuun. Vuonna 1909 hyväksytyt palkkaustavoitteita ei kuitenkaan ollut saavutettu vuoteen 1917 mennessä.

#### LASARETTI-LÄÄKÄRIYHDISTYS

Sairaaloiden palkkauskysymys säilyi vuonna 1931 nimensä muuttaneen Lasaretilääkärilyhdistyksen vaikeimpana haasteena. Yhdistys otti myös aktiivisesti kantaa keskussairaala-verkoston luomisen puolesta ja vastusti valtion sairaaloiden siirtämistä kunnalliseen omistukseen. Muita keskeisiä kysymyksiä, joihin haettiin ratkaisuja, olivat yksityislääkäritoiminnan asema sairaaloissa, poliklinikkatoiminta ja sen korvaami-

nen sairaaloissa, röntgenlääkärien asema, veneeristen tautien hoidon järjestäminen ja sairaaloiden lääkärimäärän lisääminen. Lasaretilääkäreiden palkkakiista kärjistyi lopulta vuonna 1935 siihen, että Lasaretilääkäriyhdistys asetti valtion sairaaloiden virat hakukieltoon. Hakukieltoa vahvistettiin kaikkien Lasaretilääkäriyhdistyksen jäsenten irtisanoutumisuhalla 1936. Tavoitteet saavutettiin kuitenkin vain osittain. Vaikka irtisanoutumisilta vältyttiin, tyytymättömyys jatkui.

Lasaretilääkäriyhdistys asetti v. 1934 komitean laatimaan esityksen valtion varsinaisten sairaalain lasarettiosastojen kehittämisestä. Sittemmin antamassaan lausunnossa keskussairaaloita koskevasta lakiesityksestä 1942 Lasaretilääkäriyhdistys korosti olevansa yksimielisesti sillä kannalla, että paras ratkaisu olisi sairaaloiden toiminnan järjestämisen jääminen valtion velvollisuudeksi. Yhdistyksen valmisteluasiakirjoissa esitettiin myös syviä epäilyksiä siitä, että sairaaloiden toiminnan alistaminen johtokunnille (poliittisille hallituksille) olisi onneton ratkaisu Pohjoismaisten kokemusten valossa. Nyt 60 vuotta myöhemmin Norja on siirtänyt sairaalat uudelleen valtion vastuulle, ja Lääkäriliiton rahoitustyöryhmät ovat olleet sairaaloiden johtamisesta samoilla linjoilla Lasaretilääkäriyhdistyksen kanssa esittäessään rahoituksen ja toiminnan johtamisjärjestelmien erottamista toisistaan.

Vuonna 1946 lääkintöneuvos Aleks Tähkän komitea jätti mietintönsä "Sairaalalääkärien sosiaalisten olojen parantamisesta yhteiskunnan vaatimuksia vastaavalle tasolle". Komitea kuvasi mietinnössään, miten sairaalalääkärien opinnot vievät pitkän ajan: vuosina 1929–1931 valmistuneista lääkäreistä 56 % oli käyttänyt opintoihinsa yli 10 vuotta. Jos lääkäriellä ei ollut varakasta perhettä tukenaan, hän ei komitean mukaan elinaikanaan voinut vapautua opintoveloistaan. Palkankorotusten rinnalla komitea korosti erikoislääkärien yksityispraktiikkaa eräänä tärkeänä ratkaisuna terveydenhuollon pulmiin: "Harjoittamalla sairaalatyön ohella sen sallimissa puitteissa ja sille mahdollisimman vähän haittaa tuottaen yksityispraktiikkaa myös muiden kuin sairaalaan otettavien potilaiden keskuudessa erikoislääkäri parhaiten saattaa sairaala-

työssä saamansa kokemuksen ja taidon mahdollisimman laajan potilaspöytäkirjään".

#### SAIRASHUONE- LÄÄKÄRIYHDISTYKSESTÄ ERIKOISLÄÄKÄRI- YHDISTYKSEKSI

Nykyisellä Suomen Erikoislääkäriyhdistyksellä on historiansa aikana ollut neljä nimeä jotka heijastavat erikoislääkäriprofession vaiheita maassamme. Sairashuonelääkäriyhdistys muutti 1909 sääntöjään siten, että vuosikokouksia pidettiin vain joka toinen vuosi. Yhdistys jatkoi toimintaansa vuoteen 1920 saakka, jolloin maan itsenäisyyden saavuttamisen, Lääkäriliiton perustamisen ja erittäin pitkäaikaisen puheenjohtajan, Lennart Strählen, kauden päättymisen jälkeen toiminta vähitellen tyrehtyi 11 vuodeksi. Toiminnan toinen vaihe, Suomen Lasaretilääkäriyhdistys, Lasarettlärareföreningen i Finland käynnistyi 12.12.1931. Tästä uuden toiminnan aloittamishetkestä alkaen joulukuun 12:tta päivää on pidetty Erikoislääkäriyhdistyksen varsinaisena vuosipäivänä. Vuonna 1956 yhdistys muutti nimensä Saira-alalääkäriyhdistykseksi, Sjukhusläkarföreningen. Yhdistyksen nykyinen nimi Suomen Erikoislääkäriyhdistys, Finlands Specialistläkarföreningen otettiin käyttöön 1993.

Erikoislääkäriyhdistyksellä on 100 vuoden aikana ollut 18 puheenjohtajaa. Puheenjohtajista 12 on ollut kirurgeja, 2 sisätautilääkäreitä, joista toisella myös ihotautien specialiteetti, yksi gynekologi, yksi anestesiologi, yksi klinisen kemian erikoislääkäri ja yksi psykiatri.

Sairashuonelääkäriyhdistyksen puheenjohtajina toimivat Hjalmar von Bonsdorff ja Lennart Strähle. Lasaretilääkäriyhdistyksen ensimmäinen puheenjohtaja oli Martti Hämäläinen, ja häntä seurasivat Alexander Klossner, Viljo Tuomikoski, Taino Relander ja Pekka Brummer. Saira-alalääkäriyhdistyksen vaiheen puheenjohtajina toimivat Erkki Jäämeri 1956–1961, Lars Erik Laurent 1962–1964, Olavi Kilpinen 1965–1968, Gunnar Brandt 1969–1970, Toivo Suutarinen 1971–1972, Björn Thomasson 1973–1976, Olli Kivioja 1977–1979, Timo Niinimäki 1980–1988 ja Simo Ristkari 1989–1992. Erikoislääkäriyhdistyksen kauden puheenjohtajia ovat olleet Martti

Lalla 1992–1996 sekä Kari Pylkkänen 1997–.

Yhdistyksen sääntömuutoksella 1986 otettiin käyttöön kolmikantainen hallintomalli, jossa yhdistyksen kokous valitsee postiaänestyksellä toimitettujen vaalien perusteella valtuuskunnan, joka puolestaan valitsee vuosittain erovuoroisten hallituksen jäsenten tilalle uudet. Valtuuskunnanpuheenjohtajina ovat toimineet Eero Ikkala 1986–1991, Timo Niinimäki 1992–1997 sekä Pekka Anttila 1998–.

Yhdistyksen oma lehti perustettiin 1991. Se ilmestyi aluksi Saira-alalääkäri-nimisenä ja sittemmin yhdistyksen nimen muutoksen myötä Erikoislääkäri-lehtenä. Lehden päätoimittajina ovat toimineet Timo Niinimäki, Matti Honkala, Martti Lalla sekä vuodesta 1998 alkaen Olli Meretoja.

#### ERIKOISLÄÄKÄRI- YHDISTYSTEN KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ

Vuonna 1980 perustettiin erikoislääkärien pohjoismaainen yhteistyöelin Nordiska Rådet för Överordnade Läkare, Nordöl. Muissa Pohjoismaissa Suomen Erikoislääkäriyhdistystä vastaavan järjestön nimenä on Yli-lääkäriyhdistys, Överläkarföreningen. Suomi on ollut mukana Pohjoismaisen erikoislääkäriyhdistysten Nordöl-yhteistyössä sen alusta alkaen. Vuosittaisten yhteistyökokouksien teemoina ovat olleet ajankohdattaiset terveyspoliittiset, edunvalvonta- ja koulutuskysymykset.

Keski-Euroopassa erikoislääkärien tiivis rajojen yli ulottuva yhteistoiminta käynnistyi 1958, kun Euroopan Erikoislääkäriliitto, Union of European Medical Specialists, U.E.M.S. perustettiin. U.E.M.S. on EU:n kansallisten lääkäriliittojen ja erikoisalayhdistysten yhteisjärjestö, jonka keskeisenä tehtävänä on ollut erikoislääkärikoulutuksen harmonisoiminen EU-maissa. Lääketieteen erikoisaloista on säädetty ns. Lääkäridirektiivillä. Koulutusten harmonisointiprosessi tähtää erikoislääkärien vapaan liikkumisen turvaamiseen siten, että yhdessä EU-maassa hankittu erikoislääkäripätevyys ja erikoislääkäriin oikeudet ovat voimassa myös muissa EU-maissa. U.E.M.S. rakentuu erikoisalakohtaisista jaoksista (Sections) ja niiden



lautakunnista (Boards), joihin kansalliset erikoisalayyhdistykset nimeävät jäsenet lääkäriiliittojen kautta siten, että yksi jäsen edustaa erikoisalan professiota ja yksi yliopistollista koulutusta. Järjestön hallitus, Management Council, koostuu kansallisten lääkäriiliittojen nimeämistä edustajista. U.E.M.S:n tämänhetkisenä puheenjohtajana toimii irlantilainen geriatri Cillian Twomey. Suomen Lääkäriiliitto on ollut U.E.M.S:n jäsenenä vuodesta 1993. Useiden suomalaisten erikoisalayyhdistysten edustajat olivat osallistuneet jaostojen kokouksiin jo tätä ennen.

U.E.M.S. valmistelee tällä hetkellä rakennemuutosta, jonka tavoitteena on lisätä erikoisalayyhdistysten näkyvyyttä ja vaikutusvaltaa järjestön korkeimmassa päättävässä elimessä, Management Councilissa.

#### ERIKOISLÄÄKÄRI- PROFESSION EDUNVALVONTA ENNEN JA NYT

Vuonna 1994 Suomessa oli 94 erikoisalaa, ja nyt niitä on 49. EU-direktiivi tunnustaa 52 erikoisalaa v. 2002. Erikoisalojen moninaisuus ja siitä johtuvat hyvin vaihtelevat ja erilaiset toimintaympäristöt ovat olleet erikoislääkärien eduvalvonnan hankaluutena alusta alkaen. Sairaaloiden työoloista ja palkkausjärjestelmän oikeudenmukaisesta yhtenäistämistä on käyty kiivasta väittelyä koko Erikoislääkäryhdistyksen olemassaolon ajan. 1930-luvulle saakka sairaaloiden lääkärien palkkaus oli täysin yksilöllisesti järjestetty. Kuvaavaa tilanteen järjestymättömyydelle oli, että vapaaehtoisia, palkkattomia lääkäreitä oli vuonna 1945 puolet valtion sairaaloiden lääkärikunnasta, kunnes lääkintöhallitus kielsi tällaisen työvoiman käytön 1946.

Ratkaiseva muutos erikoislääkärien eduvalvonnassa oli ns. Lehtisen sopimus 1961. Sopimusta oli edeltänyt toinen valtakunnallinen sairaalalääkärien virkojen hakukielto sekä sairaaloiden lääkärien irtisanoutumisia. Tämä sopimus ohjasi pitkään erikoislääkärien toimintaympäristöä sairaaloissa. Se määräsi mm. sairaalalääkärien työajoista, oikeudesta hoitaa yksityispotilaita sairaalan tiloissa vapaa-aikana sekä pävytsykorvauksista. Sopimus päättyi toteamukseen siitä, että kunta-

osapuolen ja lääkärien on "luottamuksellisesti neuvoteltava kaikista vastedes lääkärien asemaan ja palkkaukseen liittyvistä kysymyksistä ja työselkkauksia välttämällä pyrittävä ne järjestämään yhteisymmärryksessä ja tarpeen vaatiessa pyytämään valtiollaan edustajat osallistumaan neuvotteluihin". Tämä ohje on edelleen käyttökelpoinen – ja valitettavasti myöskin liian vähän toteutunut. Siitä ovat olleet osoituksena kaksi lakkoa vuosina 1984 ja 2001. Molemmissa lakoissa sairaaloiden lääkärien palvelussuhteiden ehdot ovat olleet keskeinen ja vaikein kiistanaihe.

Suomen Sairashuonelääkärien Yhdistyksen ensimmäiset säännöt 1901 määrittivät yhdistyksen tarkoituksiksi edistää sairashuonelaitoksen kehittymistä maassamme. Jäseniksi voitiin hyväksyä sairashuoneissa toimimaan oikeutetut lääkärit. Lasaretilääkäriyhdistys määritti vuonna 1931 tehtäväkseen liittää yhteen keskussairaaloiden, läänin- ja yleisten sairaaloiden lääkärit ja heidän toimintansa edistämisen sairaaloissa, sairaaloiden kehittämisen sekä jäsenen yhteiskunnallisten ja taloudellisten etujen edistämisen. Jäseniksi kutsuttiin kaikkia sairaaloissa toimivia lääkäreitä. Kun erikoislääkärien toiminta sairaaloiden ulkopuolella sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa oli merkittävästi laajentunut, myös yhdistyksen nimi muutettiin paremmin tämän päivän todellisuutta vastaavaksi Erikoislääkäriyhdistykseksi 1993.

Erikoislääkäriyhdistyksen (SELY) tavoitteena ja toimintastrategiana on ollut jäsenkuntansa eduvalvonnan huolehtiminen ja terveydenhuoltojärjestelmämme kehittämiseen vaikuttaminen ensisijaisesti Suomen Lääkäriiliiton kautta yhteistyössä muiden lääkärijärjestöjen kanssa. Yhdistyksen ja Lääkäriiliiton yhteistyö on ollut hyvää ja toimivaa. Erikoislääkäriyhdistys on pyrkinyt välttämään päällekkäisten toimintojen luomista ja etsimään sekä toiminnallisesti että taloudellisesti tehokkaita toimintatapoja. Tällä hetkellä Erikoislääkäriyhdistyksellä on 25 edustajaa Lääkäriiliiton 60 jäsenisessä valtuuskunnassa ja 4 edustajaa liiton 10-jäsenisessä hallituksessa.

Erikoislääkäreitä on ollut yli puolet lääkärikunnasta 1970-luvun puolivälistä alkaen. Tällä hetkellä eri-

koislääkäreitä on yli 11 000, joista runsas 2 000 on yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

Erikoisalojen moninaisuus ja erilaisuus on heijastunut myös erikoislääkäriprofession, joka on ollut jokseenkin epäyhtenäinen aina Sairashuonelääkärien yhdistyksen alkuvaiheista alkaen. Siksi on hyvin tärkeää, että erikoisalojen edustajat tuntevat riittävästi toisten erikoisalojen toimintaa, siitä johtuvia tavoitteiden erilaisuuksia samoin kuin erikoislääkärien työolosuhteiden yhteisiä piirteitä. 1990-luvulla pävytsykyskysymykset ja pyrkimykset siirtyä enemmän kannustavaan palkkaukseen julkisella sektorilla sekä yksityissektorin eduvalvonnan kehittämiseen ovat olleet keskeisiä kysymyksiä SELY:n toiminnassa. Myös terveyspoliittinen valmistelu on ollut lisääntyvästi huomion kohteena.

Koko terveydenhuoltojärjestelmämme kehittämiseksi tärkeinä avainarvoina Erikoislääkäriyhdistys on korostanut erityisesti kolmea seikkaa: potilaiden valinnanvapautta, lääkärin kliinistä autonomiaa sekä terveydenhuollon rahoituksen ja palvelutuotannon monimuotoisuutta ja moniarvoisuutta. Edellä mainitut arvolähtökohdat yhdistyneinä erikoislääkärien oikeudenmukaiseen ja kannustavaan palkkaukseen tulisi Erikoislääkäriyhdistyksen näkemyksen mukaan turvata Suomen terveydenhuoltoa kehitettäessä.

Edeltäjiensä tavoin Suomen Erikoislääkäriyhdistys haluaa olla rakentamassa yhä parempaa terveydenhuoltoa potilaiden parhaaksi. Tämän tavoitteen toteutumisen yhtenä tärkeänä edellytyksenä Erikoislääkäriyhdistys näkee erikoislääkäriprofession vahvistamisen sekä terveydenhuollon riittävien toimintaedellytysten turvaamisen ja ylläpitämisen niin, että erikoislääkärien osaamista voidaan parhaalla tavalla käyttää väestön terveyden hyväksi.

#### Kirjoittaja

KARI PYLKKÄNEN  
Suomen Erikoislääkäriyhdistyksen  
puheenjohtaja  
U.E.M.S:n Management Councilin  
jäsen

Kirjoitus on tiivistelmä Suomen  
Erikoislääkäriyhdistyksen  
100-vuotisjuhlassa 12.12. 2001  
pidetystä puheesta.