

HH/Mka

26.8.2011

Opetus- ja kulttuuriministeriö  
Hallitusneuvos Maiju Tuominen  
[maiju.tuominen@minedu.fi](mailto:maiju.tuominen@minedu.fi)

## LAUSUNTO AMMATTIPÄTEVYYSDIREKTIIVIN UUDISTAMISTA KOSKEVASTA VIHREÄSTÄ KIRJASTA

Suomen Lääkäriliitto kiittää tilaisuudesta antaa lausuntonsa tässä tärkeässä uudistus-hankeessa ja lausuu seuraavassa näkemyksiään komission esittämiin kysymyksiin niiltä osin kuin ne ovat lääketieteeseen liittyviä.

### **Eurooppalainen ammattikortti**

Ammattipätevyysien tunnustamisen helpottamisessa ja nopeuttamisessa olennaisinta on tehostaa toimivaltaisten viranomaisten tiedonvaihtoa tietotekniikkaa käyttämällä. Ammattikortin mahdollisessa käyttöönotossa tulee hyödyntää uutta tietotekniikkaa eikä siitä tulisi luoda pakollista. Ehdotetut tapaustutkimukset (mm. lääkärien kohdalla) ovat hyvä tapa edetä asiassa.

#### Kysymys 1:

Ehdotus lähettävän ja vastaanottavan jäsenvaltion toimivaltaisten viranomaisten rooleista on oikean suuntainen.

#### Kysymys 2:

Kortin esittäminen nopeuttaisi tunnustamismenettelyä ja voisi korvata asiakirjojen toimittamista.

Kohdan a) vaihtoehto 2 olisi toistaiseksi toimivampi järjestely siten, että ennakoilmoitusmenettely säilyy.

### **Ammattiin kuuluvat tehtävät ja osittaisen pätevyyden periaate**

#### Kysymys 3:

Lääkärin ammatin kohdalla osittaisen pätevyyden periaate ei tule kyseeseen. Lääkärin toimiluvan saaneen tulee voida edellyttää hallitsevan koko ammattialan. EU/ETA-alueen ulkopuolelta tuleville huippuasiantuntijoille on myönnetty rajoitettuja oikeuksia väliaikaisesti, mutta tällöinkin toiminta tapahtuu valvotusti.

### **Yhteisten vähimmäisvaatimusten uudelleen muotoilu**

Kysymys 4:

Kynnyksen alentaminen yhteen kolmasosaan jäsenvaltioista on hyvinkin mahdollista. Muiden jäsenvaltioiden kohdalla sisämarkkinatestin suorittamisessa ammatilliset järjestöt olisivat asiantuntevia toimijoita.

### **Ammatillisen pätevyyden tunnustaminen säännellyissä ammateissa**

Kysymys 5:

Tällainen tilanne voi periaatteessa syntyä sellaisten lääketieteen erikoisalojen kohdalla, joita ei ole mainittu ammattipätevyysdirektiivin liitteessä. Vastaanottava valtio voi tällöin asettaa kohtuuttomia pätevyysvaatimuksia, jopa koko koulutuksen uudelleen suorittamista.

### **Tiedonsaanti ja sähköinen viranomaisasiointi**

Kysymys 6:

Ehdotus on kannatettava. Ammattihenkilöillä tulee voida olla tiedonsaantia varten keskusyhteyspiste. Pätevyyden tunnustaminen tulee voida hoitaa internetin välityksellä.

### **Rajojen yli liikkuvat kuluttajat**

Kysymys 7:

Menettely on kannatettava, kunhan terveysalan potilasturvallisuusvaatimukset otetaan huomioon, jolloin ennakoilmoitusta voidaan edellyttää.

### **Säännelty ammatillinen koulutus**

Kysymys 8:

Kuvattu menettely ei ole relevantti lääkärin ammatissa.

### **Pätevyystasot**

Kysymys 9:

Direktiivin 11 artiklan pätevyystasoluokitus voitaisiin korvata eurooppalaisessa tutkintojen viitekehyksessä olevalla kahdeksan tason luokittelujärjestelmällä. Kaksi päällekkäistä järjestelmää voi aiheuttaa hämmennystä. Asiasta tehtävän tutkimuksen tulokset pitää kuitenkin analysoida ensin. Olennaista on se, että yliopistokoulutus pitää voida eritellä muista koulutuksista.

### **Korvaavat toimenpiteet**

Kysymys 10:

Esitetty vaiheittainen järjestelmän uusiminen hallitusti on perusteltua. Suhteettomien ankarien korvaavien toimenpiteiden varalta viranomaisille on selkeästi asetettava perusteluvelvollisuus esityksen mukaisesti.

### **Osittain pätevät ammattihenkilöt**

Kysymys 11:

Ammattiin liittyvän, palkallisen käytännön harjoittelun suorittamista ulkomailla tulee tukea myös ammattipätevyysdirektiivin kautta. Lääketieteen alalla tästä on jo pitkään ollut hyviä kokemuksia.

### **Terveydenhuoltoalan ammattien hälytysmekanismi**

Kysymys 12:

Suomen Lääkäriliitto kannattaa vaihtoehdon 2 mukaista laajempaa ja sitovampaa hälytysvelvollisuutta potilasturvallisuuden takaamiseksi. Edellytyksenä ovat toimivat ja ajan tasaiset tietojenvaihtojärjestelmät jäsenvaltioiden välillä.

### **Kielitaitoa koskevat vaatimukset**

Kysymys 13:

Kielitaidon edellyttäminen on tällä hetkellä ensisijaisesti työnantajien vastuulla. Potilas-kontaktissa olevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta tämä voi olla potilasturvallisuuden kannalta ongelmallista.

Ensisijaisena vaihtoehtona tulisi direktiiviä muuttaa siten, että se mahdollistaisi potilas-kontaktissa olevia terveydenhuollon ammattihenkilöiden kielitaidon testaamisen ennen varsinaisen potilastyön aloittamista. Kielitaito voisi olla hyvä voida osoittaa muullakin mekanismilla. Samassa yhteydessä on ratkaistava se, kuka testauksen suorittaa ja kuka maksaa siitä aiheutuvat kustannukset.

Jos direktiivin muutokseen ei päädytä, tulisi nykyisiä käytänteitä selkeyttää. Työnantajille olisi syytä antaa ohjeistusta kielitaidon testaamisesta, että samaan jäsenvaltioon ei syntyisi kovasti toisistaan poikkeavia käytäntöjä.

### **Kolmivaiheinen uudistamistapa**

Kysymys 14:

Lääkärrien osalta direktiivin koulutuksen vähimmäisvaatimukset kaipaavat pikaista uudistamista. Sen vuoksi ehdotettu kolmivaiheinen uudistamistapa voi olla liiankin hidas.

Eurooppalaiset lääkärijärjestöt ovat toistuvasti esittäneet, että esimerkiksi erikoislääkäriskoulutuksen kohdalla minkään erikoisalan vähimmäiskoulutuksen ei enää tulisi olla direktiivin liitteen V 5.1.3 kohdassa mainittu kolme vuotta, vaan tuo kategoria tulisi poistaa. Samoin uusien erikoisalojen saaminen mukaan direktiiviin on osoittautunut hyvin vaikeaksi vaikka pelisäännöt ovat periaatteessa selkeät.

Koulutuksen kuvaamisessa tulisi pelkkien vuosimäärien ja varsin yleisluonteisten sisältökuvausten sijaan pyrkiä määrittämään tavoitteita koulutuksen läpikäyneiden osaamiselle.

ECTS -järjestelmä ei sellaisenaan sovellu kaikkiin tarkoituksiin. Esimerkiksi erikoislääkärikoulutus ei pääsääntöisesti EU:ssa ole yliopistollinen jatkotutkinto, kuten Suomessa.

Uudistamisen yhteydessä tulisi selvittää myös mahdollisuudet mekanismeille, jossa tutkintojen ja erikoistumisoikeuksien lisäksi voitaisiin tunnustaa erilaisia pätevyksiä (competencies). Tässä samoin kuin erikoislääkärikoulutusten sisältökuvauksissa eurooppalaiset lääkärijärjestöt (erityisesti UEMS, Euroopan erikoislääkäriliitto) ovat tehneet pitkäjänteistä työtä ja niiden osaamista voidaan hyödyntää.

### **Ammattihenkilöiden aseman selkeyttäminen**

Kysymys 15:

Kannatamme ehdotusta, jossa henkilön tulee osoittaa pätevyytensä kotijäsenvaltiossa vastaanottavalle jäsenvaltiolle myös tapauksissa, joissa ammattihenkilö aikoo sijoittautua toiseen jäsenvaltioon pysyvästi.

Jatkuva ammatillinen kehittymisen ja täydennyskoulutukseen osallistuminen on lääke-reillä ikaikainen eettinen velvollisuus. Se korostuu erityisesti nyt, kun EU:ssakin potilasturvallisuus on nostettu keskeiseen asemaan. Kyseessä on kuitenkin erittäin monitahoinen asia ja tarvittaisiin laaja selvitystyö ennen kuin direktiiviin otettaisiin nykyistä tiukempia määräyksiä. Nykyinen kirjaus velvollisuudesta ammattitaidon ylläpitämiseen on riittävä.

Lääketeieteessä ei kannateta jatkuvan ammatillisen kehittymisen pakollisuuden lisäämistä esimerkiksi siten, että lääkärin toimiluvan jatkuminen määrävlein perustuisi esimerkiksi osallistumiseen riittävään määrään täydennyskoulutusta. Tätä ei pitäisi myöskään edellyttää lääkärin siirtyessä toiseen sellaiseen jäsenvaltioon, jossa tällainen ns. resertifikaatioon perustuva järjestelmä on käytössä. Jatkossa lääkärin tulee luonnollisesti säilyttääkseen toimilupansa toimia vastaanottavan jäsenvaltion sääntöjen mukaisesti, mutta yleiseurooppalaista pakollista järjestelmää ei tule luoda.

Olennaista on se, että työnantajat luovat mahdollisuuden osallistua ja rahoittavat täydennyskoulutukseen osallistumista.

## **Lääkärien, sairaanhoitajien ja kättilöiden koulutusjaksojen vähimmäiskeston selkiyttäminen**

Kysymys 16:

On kannatettavaa, että esimerkiksi lääkärien koulutuksen vähimmäiskestoa koskevassa direktiivin määräyksessä tarkoitetaan sekä vuosimäärää että tuntimäärää. Tällä hetkellä lääkärien peruskoulutuksen vähimmäispituudeksi on säädetty 6 vuotta tai 5500 tuntia. Ruotsi on 5 ja 1/2 vuoden koulutuksellaan jo nykyisin joutunut ongelmiin komission kanssa, jonka käsityksen mukaan säädös on käytännössä "ja" eikä "tai". Vaaditun tuntimäärän saavuttaminen alle kuuden vuoden on nykyisen lääketieteessä vaadittavan osaamisen laajuuden vuoksi mahdotonta.

Jatkossa olisi kuitenkin hyvä päästä määrittelemään koulutuksen vaatimuksia enemmän tavoitteista ja saavutettavasta osaamisesta lähtien (competence based learning).

## **Direktiivin säännösten noudattamisesta huolehtiminen kansallisella tasolla**

Kysymys 17:

Kannatamme ilmoitusmekanismia, jonka ansiosta jäsenvaltioilla olisi jatkossa olemassa ajanmukainen tieto muiden maiden uusista koulutusohjelmista. Jäsenvaltioiden harkintaan voidaan jättää, millä tavoin ne tästä huolehtivat, erillisen tahon perustaminen ei aina ole välttämätöntä.

## **Erikoislääkärit**

Kysymys 18:

Erikoislääkäritutkintojen saaminen direktiivin liittämiseen voisi jatkossa hyvin pohjautua 1/3 jäsenmaista. Vähempikin taso, esim. 1/5 olisi riittävä. Aiemmassa lääkäreitä koskevassa lääkäridirektiivissä rajana oli vähintään kaksi jäsenvaltiota ja sekin järjestelmä toimi varsin hyvin ja helpotti työvoiman joustavaa liikkuvuutta. Olennaista olisi myös varmistaa se, että erikoisalajat oikeasti päätyvät direktiiviin. Esimerkiksi syöpätaudit (medical oncology) täyttää hyvinkin jo nykyisen 2/5 jäsenvaltion rajan, mutta vuosien yrittämisestä huolimatta sitä ei ole komitologiamenettelyssä saatu liitettyä direktiivissä mainittujen lääketieteen erikoisalojen joukkoon.

Kysymys 19:

On perusteltua, että toisiaan lähellä olevien erikoisalojen kohdalla toisen erikoislääkärikoulutuksen suorittamisessa voidaan ottaa huomioon osia jo aiemmin suoritetusta erikoistumisohjelmasta. Tämä koskee erityisesti esimerkiksi kirurgisia ja sisätautien erikoisaloja. Niiden koulutuksessa on yleensä alussa yhteinen koulutusrunko (common trunk), jota ei tarvitse suorittaa uudelleen, kun esimerkiksi gastroenterologikirurgi haluaisi erikoistua urologiaan tai endokrinologi haluaisi erikoistua vielä reumatauteihin. Koulutuksesta vastaavat yksiköt luovat ehdot aiempien opintojen hyväksyttävyydelle perustuen alojen yhteiseen oppisisältöön.

## Sairaanhoitajat ja kätilöt

Kysymys 20:

Vaikka kehitys Suomessakin on johtanut siihen, että valtaosa sairaanhoitajakoulutukseen tulevista on suorittanut kahdentoista vuoden yleissivistävät opinnot, ei ole kuitenkaan välttämätöntä tehdä tästä ehdotonta vaatimusta, jos edellytykset suoriutua opinnoista voidaan muuten varmistaa.

## Proviisorit

Kysymys 21:

Luettelo toiminnoista, joita proviisori saavat jäsenvaltioissa suorittaa ei ole ajan tasalla ja sitä olisi laajennettava. Proviisorit voivat suorittaa erikoistumiskoulutuksia, jotka tulisi ottaa huomioon direktiivissä samalla tavoin kuin erikoislääkärikoulutukset.

Harjoittelun suorittaminen vasta opintojen päätyttyä ei ole kannatettavaa. Harjoittelu tulee integroida osaksi teoriaopintoja, ja sen tulee tukea ammattipätevyyden saavuttamista. Jokaisen jäsenvaltion tulee kuitenkin itse saada määrittää harjoittelun sijoittuminen 1-2 osassa koulutusohjelmaan.

Lääkäriliitto kannattaa direktiivin 21 artiklan 4 kohdan poistamista. Jäsenvaltiossa ei saa olla syrjiviä käytänteitä esimerkiksi uusien apteekkien perustamiseen.

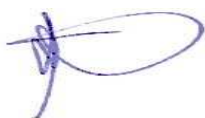
## Kolmansissa maissa myönnetyt pätevydet

Kysymys 24:

Nykyinen käytäntö tässä suhteessa on toimiva ja erityisesti terveydenhuollon ammateissa tarpeen potilasturvallisuuden takaamiseksi. EU:ssa tulee myös sitoutua esimerkiksi Maailman terveysjärjestön WHO:n sekä kansainvälisten lääkärijärjestöjen luomiin eettisiin periaatteisiin työvoiman kansainvälisestä rekrytoinnista.

Helsingissä 26.8.2011

Suomen Lääkäriliitto



Timo Kaukonen  
Puheenjohtaja



Hannu Halila  
Johtaja