



HH/emt

16.4.2013

Eduskunta
Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Suomen Lääkäriliiton lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle valtioneuvoston kirjelmästä eduskunnalle ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi ammattipätevyysdirektiivin muuttamiseksi (U18/2012vp, jatkokirelmä 1.OKM 02.04.2013)

Suomen Lääkäriliitto kiittää tilaisuudesta esittää lausuntonsa tästä lääkärin kannalta erittäin keskeisestä uudistushankkeesta ja lausuu seuraavassa näkemyksiään direktiiviehdotuksesta ja valtioneuvoston kirjelmästä erityisesti lääkärin toimintaan liittyen.

Lääkäriliiton mielestä on myönteistä, että työryhmäkäsittelyn aikana Suomen kannalta ongelmallisiin kohtiin liittyen ammattikorttia koskevaan hiljaiseen tunnustamiseen ja erikoislääkärin koulutusta koskevaan hyväksi lukemisen enimmäismäärään on saatu parannuksia.

Seuraavassa Lääkäriliiton kantoja liittyen opetus- ja kulttuuriministeriön perusmuistiossa esitettyihin näkemyksiin ja muihin lääkärin kannalta keskeisiin artikloihin direktiiviehdotuksessa.

Eurooppalainen ammattikortti

Lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohdalla potilasturvallisuuden parantamiseksi keskeisintä on parantaa tiedonvaihtoa toimivaltaisten viranomaisten välillä lääkärin toimiluvista sekä lääkärinoikeuksista ja niissä tapahtuneista rajoituksista. Eurooppalainen ammattikortti voi olla yksi mahdollinen apukeino tässä järjestelmässä ja se voi helpottaa toiseen maahan siirtyvän ammattihenkilön pätevyyden tunnustamista.

Suomen Lääkäriliitto suhtautuu myönteisesti ammattikorttia koskeviin yleisiin periaatteisiin. Fyysisen ammattikortin tilalla tulee olla ajantasainen tietokanta, johon liittyy henkilövarmenne. Tietokannan tietojen oikeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus tulee kaikissa olosuhteissa varmistaa.

Lääkäriliitto suhtautuu varauksellisesti ehdotettuihin erittäin tiukkoihin käsittelyaikoihin, joita tosin on nyt pidennetty yhteen kuukauteen. Työvoiman liikkuvuuden kannalta nopea käsittely on toivottavaa, mutta se edellyttää Suomessa lisäresursseja valvoville viranomaisille.

Osittaisen pätevyyden periaate

Lääkärin ammatin kohdalla osittaisen pätevyyden periaate ei tule missään tapauksessa kyseeseen. Lääkärin toimiluvan saaneen tulee voida edellyttää hallitsevan koko ammattialan. On myönteistä, että direktiiviehdotuksen



käsittelyn aikana terveydenhuollon ammatit on rajattu osittaisen pätevyyden periaatteen ulkopuolelle.

Lääkärin peruskoulutus

Direktiiviehdotuksen mukaan lääkärin peruskoulutuksen on kestettävä vähintään viisi vuotta ja ainakin 5 500 tuntia teoreettista ja käytännön opetusta yliopistossa tai yliopiston valvonnassa. Nykyisessä direktiivissä peruskoulutuksen vähimmäiskestoksi on määritetty kuusi vuotta tai 5 500 tuntia. Suomen Lääkäriliiton mielestä perusteita minimikeston lyhentämiselle ei ole. Lääkärikoulutuksen pituuden eurooppalaisella tasolla tulisi jatkossakin olla vähintään kuusi vuotta ja 5 500 tuntia (tai ECTS-pisteisiin perustuva laajuus).

Lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen luettelo

Lääkäriliitto kannattaa ehdotusta siitä, että nykyisen automaattisen tunnustamisjärjestelmän periaate, jonka mukaan erikoisalan tulee olla edustettuna 2/5 osassa jäsenvaltioista, lasketaan 1/3 osaan. Vähennys voisi olla merkittävämpikin eli 1/5 osaan. Aiemmassa järjestelmässä direktiiviliitteeseen pääsemiseen riitti erikoisalan esiintyminen jopa vain kahdessa jäsenvaltiossa.

Niin ikään on kannatettavaa periaate, jonka mukaan komissiolle siirrettäisiin valta hyväksyä uusien lääketieteen erikoisalojen sisällyttäminen liitteeseen V. Nykyisin tämä on edellyttänyt hyväksyntää ministerineuvostossa, mikä on johtanut hankaliin tilanteisiin.

Erikoislääkärikoulutuksen minimikesto

Nykyisessä direktiivissä on mainittu erikoislääkärikoulutuksen minimikestoksi erikoisalasta riippuen joko 3, 4 tai 5 vuotta. Lääkäriliiton mielestä minikään erikoisalan vähimmäiskoulutuksen ei tulisi olla enää kolme vuotta, vaan tuo kategoria tulisi poistaa ja samalla luoda uusi kuuden vuoden kategoria pitkää koulutusta vaativille erikoisaloille. Suomessa erikoislääkärikoulutuksen minimikesto on erikoisalasta riippuen viisi tai kuusi vuotta.

Uudistamisen yhteydessä olisi selvitettävä myös mahdollisuudet mekanismeille, jossa tutkintojen ja erikoistumisoikeuksien lisäksi voitaisiin tunnustaa erilaisia pätevyksiä (competencies). Niiden samoin kuin erikoislääkärikoulutuksen sisältökuvauksien suhteen eurooppalaiset lääkärijärjestöt (erityisesti UEMS, Euroopan erikoislääkärijärjestö) ovat tehneet pitkäjänteistä työtä, mitä voitaisiin hyödyntää. Koulutusvaatimusten tulisi jatkossa perustua enemmän tavoitteisiin ja osaamiseen (competence based learning) vuosimäärien sijaan.

Erikoislääkärikoulutusta koskeva hyväksiluku

Suomen Lääkäriliitto kannattaa alkuperäiseen direktiiviehdotukseen tullutta muutosta, jonka mukaan erikoislääkärin koulutusta koskevan hyväksiluvun enimmäismäärä on nostettu aiemmasta kolmasosasta puoleen. Monilla toisiaan lähellä olevilla lääketieteen erikoisaloilla on yhteinen runkokoulutus



(esim. kirurgiset ja sisätautien alat), jolloin toisen erikoislääkäritutkinnon suorittamiseen ei ole järkevää edellyttää runkokoulutuksen suorittamista uudelleen. Tämän runkokoulutuksen kesto on yleensä puolet kuuden vuoden mittaisesta erikoislääkärikoulutuksesta.

Kielitaidon tarkistaminen

Lähtökohtaisesti potilaskontaktissa lääkärin tulisi osata potilaan puhumaa kieltä. Vastaanottavan jäsenvaltion kielen hallintaan perustuvat myös yhteydenpito ja konsultaatiot muiden lääkärin kanssa.

On perusteita siihen, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohdalla kielitaitovaatimukset ovat suuremmat kuin muissa ammateissa. Kielitaidon tarkastuksen on kuitenkin rajoitettava yhden virallisen kielen taitoon ja tarkastuksen tulee olla oikeassa suhteessa harjoitettavaan toimintaan ja tehtävässä vaadittavaan kielitaitoon. Kielitaidon testaamisesta ei tule aiheutua ammattihenkilölle kustannuksia.

Kielitaidon edellyttäminen tulee olla edelleen myös työnantajien vastuulla. Työnantajia tulee ohjeistaa tämän asian testaamisesta, että samaan jäsenvaltioon ei syntyisi toisistaan poikkeavia kriteerejä ja käytäntöjä. Kansainvälisille vieraileville huippuasiantuntijoille tulee jatkossakin mahdollistaa liikkuvuus ilman kielitaitovaatimuksia.

Hälytysmekanismit

On tärkeää luoda hälytysmekanismit siihen, että tieto terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuksien rajoituksista yhdessä jäsenvaltiossa siirtyy myös muiden jäsenvaltioiden toimivaltaisille viranomaisille. IMI (Internal Market Information) -järjestelmää tulee edelleen vahvistaa. Lääkäriliitto kannattaa artiklan täydentämistä siten, että hälytys annetaan ammatinharjoittamista koskevan kiellon lisäksi myös sitä koskevista olennaisista rajoituksista ja mm. väärennetyiksi todetuista asiakirjoista. Yhteisesti pitää sopia, mitä pidetään olennaisena oikeuksien rajoituksena.

Julkinen raportti komissiolle täydennyskoulutuksesta

Alkuperäiseen direktiiviehdotukseen sisältyy ehdotus 22 artiklaan lisättäväksi kohdaksi, jossa ”jäsenvaltioiden toimivaltaisten viranomaisten on viiden vuoden välein toimitettava komissiolle ja muille jäsenvaltioille julkisesti saatavilla olevat kertomukset jatkokoulutuksesta ja koulutusmenettelyistä lääketieteen tohtoreille, erikoislääkäreille, yleisestä sairaanhoidosta vastaaville sairaanhoitajille, hammaslääkäreille, hammaslääketieteen erikoislääkäreille, eläinlääkäreille, kättilöille ja proviisoreille”.

Direktiiviehdotuksen suomenkieliseen käännökseen liittyy eräitä periaatteellisesti tärkeitä käännösvirheitä. Komission ehdotus viittaa täydennyskoulutukseen eikä jatkokoulutukseen, mikä lääkärin kohdalla tarkoittaa erikoislääkärikoulutusta. Lääketieteen tohtoreilla tarkoitetaan lääkäreitä.



Ehdotus rajaa ammattitaidon ylläpitämisen seurannan koskemaan täydennyskoulutusta (CME, Continuous Medical Education). Parempi olisi, että direktiivitasollakin alettaisiin käyttää laajempaa ammatillisen kehittymisen käsitteistöä (CPD, Continuous Professional Development). Ministerineuvoston työryhmän ehdotuksessa 22.3.2013 artiklaksi 22 on seurantavelvoitteeseen jäsenvaltioille lisätty: "the main objective and the effect of" their continuing education and training procedures. Lisäys on oikeansuuntainen ja perusteltu.

Lääkärin pätevyyden arviointi tulee perustua kansallisiin käytäntöihin ja tavoitteisiin eikä direktiivitasolla voida luoda yleiseurooppalaisia valvontamekanismeja. Arvioinnin tulee liittyä lääkärin työympäristöön ja työnantajien tulee mahdollistaa ammatillinen kehittyminen. Pätevyyden ja ammattitaidon ylläpitämisen osoittaminen ei saa jäädä pelkästään lääkärin itsensä vastuulle.

Perinteisesti ammatillista kehittämistä tai suppeammin täydennyskoulutusta on seurattu jäsenvaltioissa kirjaamalla täydennyskoulutuspisteitä eli luentotunteja. Suomessa kolmen lääkärijärjestön (Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Finska Läkaresällskapet) perustama Lääkärin ammatillisen kehittämisen tuki ry eli Pro Medico on kehittänyt laajempaa ja monipuolisempaa mallia lääkärin ammatillisen kehittymisen seurantaan.

Parlamentin sisämarkkinakomitean (IMCO) ehdotuksessa artiklaan 22 edellytetään, että täydennyskoulutusta järjestävät tahot tulee arvioida sellaisen elimen toimesta, joka on listattu EQAR-rekisterissä (European Quality Assurance Register). Suomen Lääkäriliitto ei kannata tällaista byrokraattista järjestelmää, joka varsinkin lääkärin täydennyskoulutuksen ja ammatillisen kehittymisen kohdalla ei tuo parannusta nykyiseen järjestelmään.

Suomen Lääkäriliitto

Hannu Halila
varatoiminnanjohtaja
LKT, erikoislääkäri
terveydenhuollon hallinnon dosentti (HY), EMBA
Euroopan erikoislääkäriliiton (UEMS) puheenjohtaja 2002–2005