

MIGRÁCIÓ ÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTONSÁG: ÚJ FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI KIHÍVÁSOK

Bevezetés

Bevételek szerint az Európai Unióban (EU 25-ök) kb. 50 millió nem itt született migráns él, és éves átlagban 1 millió a gyarapodásuk. A demográfiai előrejelzések szerint az Unió népessége előregedik: amennyiben ez a trend marad, akkor a munkaképes korosztály a következő két évtizedben 20 millióval csökken. Ennek súlyos gazdasági következményei könnyen beláthatóak, és elsősorban a közepes vagy alacsonyabb szakképzettségű helyeket pótolni kell³⁴³. Így lesz a beérkező munkaerő az EU számára gazdaságilag létfontosságú.

A migráció egészségügyi kérdései

A migráció szerepe a járványok terjedésében közismert. Itt csak két történelmi példát említünk meg:

I.e. 1320-1318 között vívott anatóliai háborúban, Arzava és a Hettita Újbirodalom küzdött egymás ellen fertőzött állatokkal. Siro Trevisanato molekuláris biológus szerint a kölcsönösen bevetett állatok a Tularémia nevű betegség kórokozóját hordozták. A hettita pestis néven ismert betegségről Ehnaton fáraó is megemlékezett: egy i.e. 1335 körüli levélben arról írt, hogy a betegség megtámadta a ma Szíria és Libanon határán fekvő városokat. Bár megpróbálkoztak a fertőzés távoltartásával – így a karavánoknak megtiltották az állatok bevitelét - a betegség szinte az egész térségre kiterjedt³⁴⁴.

Egy történelmileg közelebbi példa: Cortez 1519-ben ezerfős hadsereggel szállt partra Közép-Amerikában, ahol akkor a bennszülött indián népességet 25 millió körülire becsülték. Ez kevesebb, mint száz év alatt, 1605-re egy millióra csökkent. Tudományos egyetértés van ma már abban, hogy ennek a megdőbbentő demográfiai krízisnek a háttérben a kényszermunka mellett elsősorban az Európából behozott járványok (himlő és kanyaró) állnak. Az indiánok immunrendszere teljesen védtelen volt ezekkel szemben, és a betegségek az európai járványoknál is sokkal súlyosabb, nagyobb arányú halálozáshoz vezettek.

A migrációs trendek korunkban is komoly egészségügyi kihívást jelentenek: Az Egészségügyi Világszervezet éves kiadványaiban jól nyomon követhető³⁴⁵, hogy az úgynevezett 'indikátor betegségek', mint a HIV fertőzöttség és a TBC elterjedtsége (prevalenciája és incidenciája) a migráció szempontjából küldő vagy eredet országoknak

³⁴³ EC Green paper (COM2004 811 final)

³⁴⁴ Journal of Medical Hypothesis 2007

³⁴⁵ World health statistics 2011. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156419 9 (NLM classification: WA 900.1)

tekinthető földrajzi régiókban (Afrika, Közép- és Délkelet-Ázsia) sokszorosa ezen betegségek célországokon belüli gyakoriságának (Európai Unió, Észak—Amerika).

HIV fertőzés előfordulása a felnőttek körében (15-49 kor között) (%)					
AFRIKA		ÉSZAK-AMERIKA		EURÓPA	
Közép-Afrikai Köztársaság	4,7	Regionális átlag	0,5	Regionális átlag	0,4
				Németország	0,1
				Egyesült Királyság	0,2
				Svájc	0,4

Ok-specifikus halálozási arány fő/100 000 lakos (2009) HIV/AIDS					
AFRIKA		ÉSZAK-AMERIKA		EURÓPA	
Közép-Afrikai Köztársaság	248 [200-296]	Regionális átlag	18 [14-22]	Regionális átlag	19 [15-23]
				Németország	...
				Egyesült Királyság	...
				Svájc	...

Ok-specifikus halálozási arány fő/100 000 lakos (2009) TBC HIV-negatív emberek között					
AFRIKA		ÉSZAK-AMERIKA		EURÓPA	
Közép-Afrikai Köztársaság	40 [23-63]	Regionális átlag	2,1 [1,8-2,6]	Regionális átlag	6,9 [5,7-8,3]
				Németország	0,2 [0,2-0,3]
				Egyesült Királyság	0,6 [0,5-0,8]
				Svájc	0,2 [0,1-0,2]

1. sz. táblázat

Migráció szempontjából eredet és célországok mobilitási profilja kiemelt indikátor betegségek szempontjából

Az „Arab tavasz” és a következményes újabb migrációs kihívások

2011 tavaszán az észak-afrikai monolitikus diktatúrákkal szembeni népi mozgalmak nyomán az Európai Unió felé irányuló, korábban is már folyamatos irreguláris migrációs hullám ugrásszerűen megnőtt. Ennek egyik hagyományos, elsőrendű célállomása a Szicília és Észak-Afrika közötti földközítengeri apró sziget, Lampedusa. 2011 január és május között 31 000 menekült érkezett a szigetre, melyen a befogadó állomás formális kapacitása 4000 főre lett tervezve. A média folyamatosan tudósított a megrázó képekről, ahol a túlszűfolt lélekvesztőkön érkező menekültek közül sokan a tengerbe veszttek, másokat az olasz parti őrség hajói menekítettek ki. Normális elhelyezésük, egészségügyi ellátásuk az olasz hatóságokat szinte megoldhatatlan feladat elé állította. Ezzel párhuzamosan Máltára és Görögországba is több ezer menekült érkezett. Ugyan akkor Líbiából a környező országokba (Tunisz, Egyiptom, Algéria, Szudán) mintegy 800 000

ember menekült, és az országon belül is több mint 40 000 család döntött úgy, hogy el kell hagynia eredeti lakhelyét³⁴⁶.

Ez a váratatlan fejlemény újból felerősítette azt a kérdést, hogy Európa, az Európai Unió vajon fel van-e készülve, hogy a migrációhoz kapcsolódó egészségügyi kihívásokra megfelelő választ tudjon adni.

Magyarország csatlakozása a schengeni övezethez

Magyarország 2007-ben csatlakozhatott a Schengeni Egyezményhez, és külső határai jelentős része így az EU schengeni övezetének keleti, dél-keleti határát képezik: aki ezen belül kerül, Európa nagy részébe további határellenőzés nélkül tud eljutni. Ez egyben azt is jelenti, hogy szerepe az illegális határátlépők számára is felértékelődött. A SIS (Schengeni Információs Rendszer) adatai alapján, már a csatlakozás utáni évben rohamosan nőtt a távoli földrajzi régiókból ide áramló határsértők száma – jelentve egyben az ehhez kapcsolódó egészségügyi kockázat növekedést is. E szerint az ukrán határszakaszon 41%-al nőtt az irreguláris migránsok száma. Ezen belül 64 %-uk pakisztáni és 27 %-uk somáliai, afgán, iraki, grúz, palesztin és bangladesi származású volt.

Migránsok egészsége, mint vezető téma nemzetközi fórumokon

Amint a bevezetőben már említettük, az Európai Unió számára a felé irányuló migráció gazdasági szükségszerűséggé vált, azonban ennek a sikerességét alapvetően meghatározó egészségügyi (közegészségügyi, foglalkozás-egészségügyi stb.) kérdéseivel csak 2007-ben, az EU Portugál Elnöksége alatt kezdett foglalkozni. Ezt követően azonban ez számos nemzetközi fórumon vált vezető témává. Itt csak felsoroljuk ennek legfontosabb állomásait:

- 2007. szeptemberében az Unió Portugál Elnöksége által rendezett konferencia nyitotta meg a sort: Egészség és Migráció: Jobb egészség mindenki számára egy befogadó társadalomban címmel. (Health and Migration: Better health for all in an inclusive society)
- A konferencián elfogadott állásfoglalás szolgált alapjául az Európai Bizottság 2007 decemberi összefoglaló jelentésének (Council Conclusions on Health and Migration in the EU in December 2007). A dokumentum a migránsokat egészségük szempontjából – ezen belül is különösen a fertőző betegségek terén – különösen sérülékeny csoportként határozza meg, és felhívja a tagországokat a megelőzés, kezelés és a speciális egészségügyi támogatási programok egésze terén új stratégia kidolgozására.
- 2007. novemberében az Európa Tanács egészségügyi miniszterei is elfogadtak egy állásfoglalást (Bratislava Declaration). Ez a dokumentum az Emberi Jogok Kartája alapján hív fel a migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek biztosítására.

³⁴⁶ Public health risk assessment and interventions - The Libyan Arab Jamahiriya : Civil unrest. WHO/HSE/GAR/DCE/2011.1

- 2008-ban az Egészségügyi Világszövetség 61. közgyűlése is elfogadta az Állásfoglalás a Migránsok Egészségéről c. dokumentumot. (WHO 61. Assembly: Statement on Health of the Migrants)
- 2008. februárjában az Európai Bizottság Közegészségügyi és Fogyasztóvédelmi Igazgatósága (DG SANCO) szakértő bizottságot hozott létre a migráció és egészség kérdéseiről (Advisory Group on Health and Migration)
- 2008. szeptemberében az Európai Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Központ (ECDC) is szakértő csoportot hívott egybe a Migráció és a Fertőző Betegségek az Európai Unióban c. jelentése véglegesítéséhez. A jelentést 2009 nyarán tették közzé. (ECDC Technical Expert Panel for Scientific Review on Migration and Infectious Diseases in the EU)
- 2008. szeptemberében alapította meg az Európa Tanács is a kérdéssel foglalkozó szakértő bizottságát. (CoE Committee of Experts on mobility, migration and access to health care).
- Ebben a sorban megemlítendő, hogy a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara ezen a területen végzett munkája elismeréseként az European Public Health Association (EUPHA) –tól elnyerte 2010-ben 3rd Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe c. konferencia rendezési jogát. A tudományos tanácskozáson Európa több mint kétszáz vezető kutatója vett részt és számolt be munkájáról. A Egészségügyi Világszervezet Európai Irodája (WHO EURO) és az Európai Betegségmegelőzési Központ (ECDC) vezető tisztségviselői is itt ismertették a kérdéssel kapcsolatos új stratégiájukat.

E tanulmány egyik szerzője ezen fórumok többségének aktív résztvevője volt, így talán jogosan ismételteti meg a korábbi kérdést: fel vagyunk-e készülve, hogy sikeres választ tudjunk adni erre az egyre nagyobb kihívást jelentő problémára? Amint a felsorolásban szereplő témák címeiből kitűnik, a közegészségügyi biztonság, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, mint emberjogi kérdés voltak a meghatározó területek. Sajnálatosan hiányzott a migráció pozitív gazdasági hatását alapvetően meghatározó foglalkozás-egészségügyi kérdések tárgyalása. Ez utóbbi sajnos a tudományos kutatásokban, publikációkban is ritkaságnak számít. Ha a foglalkozás-egészségügy és munkavédelem azon területét nézzük, hogy a fogadó oldalon az első vonalban szolgálatot teljesítők, mint például a határrendészet tagjai, mennyire felkészültek a migránsokkal való foglalkozás során óhatatlanul előforduló egészségi kockázatok megelőzésére, kikerülésére, akkor sem a kutatás, sem a migrációs egészségügy egyéb fórumain a kérdés nem merült fel. A tanulmány további részében egy nemzetközi kutatás részeredményei alapján erre a feltétlenül megoldandó kérdésre hívjuk fel a figyelmet.

Az Increasing Public Health alongside the New Eastern-European Schengen Borders projekt

A projekt fő célja az volt, hogy felmérje: az EU új, keleti schengeni határai mentén Lengyelországban, Szlovákiában és Magyarországon, a jelen helyzetben (2009) milyen a felkészültségi szint

- a közegészségügyi biztonság

- a migránsok speciális egészségügyi problémái ellátása és
- a határőr személyzet foglalkozás-egészségügyi ellátása, felkészültsége szempontjából.³⁴⁷

Ezt követően a kutatók tegyenek javaslatot a szükséges változtatásokra, illetve - ha szükséges – ezekhez kapcsolódó képzési, továbbképzési programokra.

Ennek megfelelően, a projekt célterülete a magyar, lengyel, szlovák szárazföldi Schengen-i határzóna volt; összesen 52 határátkelőhely került vizsgálatra.

A helyzetfelmérés (2009) során a következő módszerek kerültek alkalmazásra:

- Retrospektív adatgyűjtés, elemzés
- Határátkelőhelyek és személyzet vizsgálata, ezen belül az infrastruktúra építészeti és higiéniai vizsgálata, valamint több mint 2300 határrendéssel személyes interjú is készült (u.n. KAP survey: tudás, attitűd és mindennapi gyakorlat), továbbá egy nemzetközi szakértői csapat helyszíni szemléje, mely fókusz csoport vizsgálattal egészült ki.

A személyi feltételek vizsgálati köre a következő volt:

- A kockázat nagyságának és természetének ismerete és a kockázatkezelésre való felkészülés (az eredet országok morbiditási profilja, egészségkulturális és vallási különbségek és a kapcsolódó egészségügyi, közegészségügyi konzekvenciák)
- A migránsok speciális ellátási igényére felkészült szakemberek (mind a szomatikus mind a mentális egészség terén) és azok könnyű elérhetősége a menekült és menedékes ellátás intézményeiben;
- A határőr/ határrendész személyzet munkaegészségügyi felkészítése már az alapképzésben, és a speciális igényeknek, egészségügyi kockázatoknak a figyelembevétele az egészségügyi/ foglalkozás-egészségügyi ellátás tervezése során.

A projekt szükségességét az előbbieken már felvázolt tényezőkön túlmenően az is indokolta, hogy az u.n. Schengeni protokollban a humán közegészségügyi kérdések gyakorlatilag nem szerepelnek.

A továbbiakban a projekt foglalkozás-egészségügyi szempontból lényeges magyarországi részeredményeit ismertetjük. Ezen tanulmány terjedelme csak a legfontosabb tényezők bemutatását teszi lehetővé, de a probléma lényege ebből is látható.

A következő határátkelő helyek, határrendészeti központok és őrzött szállások kerültek vizsgálatra:

- Záhony
- Beregsurány
- Tiszabecs/ Kölcse

³⁴⁷ A PHBLM kódszó alatt regisztrált projekt az International Organization for Migration (IOM) és a PTE közös kezdeményezése alapján az European Commission DG SANCO társ-finanszírozásával valósult meg, és magyar kormányzati pénzügyi támogatásban is részesült. A kutatást – még brüsszeli, IOM-es szolgálata idején – szerző tervezte meg és nyújtotta be támogatásra az Európai Bizottságnak. A kutatás metodikáját a PTE teamje, és azon belül is elsősorban a tanulmány társszerzője fejlesztette ki.

- Csengersima
- Nyírbátor
- Tompa
- Rösztke
- Nagylak
- Kiszombor
- Kiskunhalas

A 'KAP survey' vizsgálatba több mint 1200 határrendészt vontunk be. Az alábbi két táblázatban a fertőző betegségek tüneteivel, azok terjedési módjával kapcsolatos alapvető ismeretek szintjét mutatjuk be és a magyar adatokat összehasonlítjuk a lengyel és szlovák vizsgálat eredményeivel.

			PHBLM céllországek			Összes
			Magyarország	Szlovákia	Lengyelország	
Tünetek ismerete	Nagyon alacsony	Tényszám Százalékban megadva	79 4,8%	21 5,8%	21 5,8%	121 5,8%
	Alacsony	Tényszám Százalékban megadva	572 35,1%	62 17,2%	70 20,6%	704 30,2%
	Átlagos	Tényszám Százalékban megadva	769 47,2%	215 59,6%	198 58,2%	1182 50,7%
	Jó	Tényszám Százalékban megadva	189 11,6%	58 16,1%	50 14,7%	297 12,7%
	Nagyon jó	Százalékban megadva	21 1,3%	5 1,4%	1 ,3%	27 1,2%
Összes		Tényszám	1630	361	340	2331

2. sz. táblázat
Alapvető fertőző betegségek egyszerű tüneteinek ismerete * PHBLM céllországek

Amint a 2.sz. táblázatból látható, az alapvető fertőző betegségek laikusok számára is észlelhető tüneteit jó, illetve nagyon jó szinten csak a megkérdezettek kevesebb mint 15%-a ismerte, és minden harmadik határrendész tudása alacsony vagy nagyon alacsony szintű volt.

			PHBLM célországok			Összes
			Magyarország	Szlovákia	Lengyelország	
Terjedés ismerete	Nagyon alacsony	Tényszám Százalékban megadva	36 2,2%	13 3,6%	8 2,4%	57 2,4%
	Alacsony	Tényszám Százalékban megadva	387 23,7%	62 16,9%	45 13,2%	493 21,2%
	Átlagos	Tényszám Százalékban megadva	935 57,4%	207 57,5%	163 47,9%	1305 56,0%
	Jó	Tényszám Százalékban megadva	247 15,2%	72 20,0%	118 34,7%	437 18,8%
	Nagyon jó	Tényszám Százalékban megadva	25 1,5%	7 1,9%	6 1,8%	38 1,6%
Összes		Tényszám	1630	360	340	2330

3.sz. táblázat
Alapvető fertőző betegségek terjedésének ismerete * PHBLM célországok

A megelőzés/ védekezés szempontjából a tünetek ismereténél is fontosabb az egyes alapvető és gyakori fertőző betegségek terjedése (átvitele) módjának az ismerete. Amint a 3.sz. táblázatból látható, a tudás szint itt sem igazán kedvezőbb. Jó, illetve nagyon jó szintet csak kevesebb, mint minden ötödik megkérdezette ért el, és egynegyedük tudása alacsony vagy nagyon alacsony szintű volt.

Sajnos a másik két országban történt felmérés is hasonlóan gyenge felkészültségi szintet mutatott, bár eredményeik a magyarokénál árnyalatnyival jobbak voltak. A rossz eredményekre nem mentség, hogy a magyar iskolarendszer sem készít fel még csak a szükséges laikus szinten sem a fertőző betegségek megelőzésére szolgáló ismertekre, mivel az egészségnevelés az általános tantervekben csak perifériás vagy teljesen hiányzik. Ennek sajnálatos bizonyítéka tükröződik a 4. sz. táblázat adataiból. A magyar határrendészek kétharmada semmilyen iskolai egészségnevelési programban nem vett részt. Nem vigasztaló, hogy a helyzet Szlovákiában sem volt jobb. Egyedül a lengyel felmérés mutatott kedvezőbb képet.

			PHBLM célországok			Összes
			Magyarország	Szlovákia	Lengyelország	
Egészségnevelés az iskolában	Igen, az elmúlt 12 hónapban	Tényszám Százalékban megadva	245 15,6%	15 4,4%	129 39,7%	389 17,4%
	Igen, korábban	Tényszám Százalékban megadva	301 19,1%	109 31,9%	94 28,9%	504 22,5%
	Nem	Tényszám Százalékban megadva	1027 65,3%	218 63,7%	102 31,4%	1347 60,1%
Összes		Tényszám	1573	342	325	2240

4. sz. táblázat
Egészségnevelés az iskolában * PHBLM célországok

Úgy hiszem, nem szorul különösebb magyarázatra, hogy akik hivatásuk gyakorlása során nap, mint nap potenciálisan ki vannak téve olyan fertőzések lehetőségének, melyek Európában ritkák, vagy a lakosság átoltottsága miatt gyakorlatilag eltűntek (trópusi betegségek illetve u.n. vakcinációval megelőzhető betegségek), saját és környezetük egészsége védelme szempontjából szükséges, hogy az átlagos laikus szintnél messze magasabb szintű, hivatásuk követelményeihez szabott, speciális ismertekkel rendelkezzenek.

Mindehhez hozzá kell még tenni, hogy a vizsgált állomány a kockázatnak kitettség mértékéről sem rendelkezett megfelelő ismertekkel. Ez a védőeszközök használatának alacsony szintjéből is kitűnt, bár zömében ezek rendelkezésre álltak. (Gumikesztyű, maszk, fertőtlenítő stb.)

Fel kell, hogy hívjuk a figyelmet a helyszíni vizsgálatok során, a magyar szakaszon talált néhány további kiemelt jelentőségű anomáliára is.

Kiegészítő vakcináció: Bár az üzem-egészségügyi szolgálat ingyenesen biztosít néhány fontos, kiegészítő illetve 'emlékeztető' oltást (pl. kullancsral terjedő agyvelőgyulladás ellen), az állományt erre nem motiválják, nincs célzott felvilágosítás az oltás hasznáról, a megelőzhető veszélyről. Nagymértékben függ az oltással szembeni motiváltság a parancsnok szemléletétől, ezért az állományon belüli különbségek a védettséggel kapcsolatban igen nagyok.

Higiénés problémák: A schengeni kritériumokra való felkészülés bővülő anyagi lehetőségeket adott az infrastruktúra fejlesztésére. A vizsgált határátkelőhelyek, rendészeti központok zömét felújították. Ennek során pl. tornatermek és sok helyen még szauna is kialakításra került. Ezért különösen megütközést keltő, hogy pl. a kihallgató helységek zömében, ahol a migránsok testi motozása is folyik, nem volt kézmosó. Az egészségügyi szabványoknak megfelelő orvosi vizsgáló is csak az őrzött szállásokon került kialakításra.

Megdöbbenő, és a pénzügyi 'megtakarítás' elrettentő példája, hogy a szolgálati ruhát, melyben a zöldhatáron járnak vagy ismeretlen egészségi hátterű, potenciális fertőzést hordozó migránsokat hallgatnak ki, motoznak meg, az állomány tagjai otthon, a család többi ruhájával együtt mossák. És ezt nem kivételként, hanem rendszerszerűen láttuk³⁴⁸.

³⁴⁸ A vizsgálat 2009 tavaszán történt. Ennek főbb tanulságairól az illetékes szervezetet értesítettük, változtatási javaslatokat fogalmaztunk meg. Ezért lehetséges, hogy az itt felsorolt hiányosságok terén már történt intézkedés. 2012 –re tervezünk egy kisebb volumenű utóvizsgálatot.

Mentálhigiéné: A KAP survey során bebizonyosodott a foglalkozással járó igen magas pszichikai terhelés. A stresszel való megküzdésre (stress coping) felkészítő, a 'kiégést' megelőző (burn out syndrom) tréningek csak esetlegesen, vagy teljesen hiányoznak a munkaegészségügyi felülvizsgálati sorból.

Szükségesnek tartjuk azonban kiemelni, hogy a felmérés itt nem részletezett adatai alapján a migránsokkal kapcsolatos emberjogi ismeretekben, humanitárius magatartásban a magyar határrendész állomány jelentősen jobb képet mutatott, mint amit a másik két vizsgált országban tapasztaltunk. Egy jellemző példát említenénk: a zöldhatáron elfogott határsértők – köztük kisgyermekes családok - ruházata gyakran átázott, tönkre ment. A hivatalos költségvetés váltóruhát nem tud biztosítani. Több helyen is tapasztaltuk, hogy a határ közeli falvakban gyűjtést rendeztek, hogy számukra az egészségi szempontból szükséges száraz, tiszta váltóruhát biztosíthassák.

A Pécsi Tudományegyetem csatlakozó oktatási programjai

A PTE a migrációs egészségügyet új, jelentős területként kezeli mind a képzés, mind a kutatás során. Épp ezért oktatási programjaiban már most megtörténtek illetve fejlesztés alatt állnak azok a programok, amelyek az új kihívásokra válaszul szükséges, adekvátan képzett emberi erőforrás bővítését tudják biztosítani.

Az EU Integrációs alapja támogatásával „Integráció és Migrációs Egészségügy Magyarországon” címmel hat modulból álló mester szintű képzési programot fejlesztettünk ki. A program elsődleges célcsoportja mindazok, akik a migránsok fogadásában, letelepítésében részt vesznek, kezdve a rendészeti, határrendészeti állománytól az egészségügyi és szociális ellátás szereplőig. A fejlesztés során természetesen már a PHBLM vizsgálat során nyert tapasztalatainkat is felhasználtuk.

A hat képzési modul a következő:

- Közegészségügy és alkalmazott epidemiológia, infektológia
- A migráció szociális és magatartástudományi aspektusai; multikulturális szempontok és ezek jelentősége az orvosi és szociális ellátásban.
- Munkaegészségügy (foglalkozás-egészségügy) alkalmazott területei
- Az integráció közgazdasági kérdései
- Migránsok mentális egészségének, pszichoszomatikus gondozásának szempontjai; közösségszintű egészségfejlesztési programok; a migrációhoz kapcsolódó emberjogi kérdések
- „Migráns barát” egészségügyi és szociális ellátó rendszerek és kapcsolódó rendszermenedzseri ismeretek, feladatok

Az oktatási program teszt oktatása – melyen rendészeti dolgozók is részt vettek – sikeresen befejeződött, és megtettük az előkészületeket az akkreditációra. Képzésre, továbbképzésre nem csak a program egésze, de egyes modulok külön – külön is alkalmasak.

Ugyan ebben a témakörben, PTE által életre hívott és vezetett, angol, német, osztrák és szlovák egyetemekből álló nemzetközi konzorcium sikeresen pályázott az EU

ERASMUS programjánál egy EU szintű nemzetközi Migrációs Egészségügyi mester program (CHANCE) kifejlesztésére és elindítására. Az új kurrikulum kifejlesztése ez év februárjában megkezdődött.

Úgy reméljük, hogy képzési programjaink mind itthon, mind nemzetközi szinten - itt a FRONTEX-szel kiépült munkakapcsolat kiteljesedésére törekszünk – hozzá fognak járulni a határrendészet feladataihoz kapcsolódó új egészségügyi, közegészségügyi és foglalkozás-egészségügyi kihívások sikeres kezeléséhez.