



PROJEKAT SPHERE

Humanitarna
povelja i
minimalni standardi
u humanitarnom
djelovanju



Objavio:

Projekt *Sphere*

Autorska prava@The *Sphere* Projekt 2011

E-mail: info@sphereproject.org

Web-stranica: www.sphereproject.org

Grupa nevladinih organizacija i Međunarodni pokret Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca su 1997. godine pokrenuli Projekt *Sphere* (The *Sphere* Project) kako bi razvili skup univerzalnih minimalnih standarda u osnovnim područjima humanitarne reakcije: Priručnik *Sphere* (The *Sphere* Handbook). Cilj Priručnika je poboljšati kvalitetu humanitarnih reakcija u situacijama katastrofa i sukoba, kako bi se poboljšala odgovornost humanitarnih sistema prema ljudima pogođenim katastrofama. Humanitarna povelja i minimalni standardi u humanitarnim reakcijama su produkt kolektivnog iskustva mnogih ljudi i agencija. Iz tog razloga, njih ne treba posmatrati kao da predstavljaju stavove jedne agencije.

Prvo probno izdanje 1998.

Prvo finalno izdanje 2000.

Drugo izdanje 2004.

Treće izdanje 2011.

Treći reprint juli 2013.

ISBN 978-1-908176-00-4

Katalog evidencije ove publikacije je dostupan u Britanskoj biblioteci i Kongresnoj biblioteci SAD.

Sva prava su pridržana. Ovaj materijal je zaštićen autorskim pravima, ali smije se u obrazovne svrhe reproducirati bilo kojom metodom, bez naknade, ali ne i za dalju prodaju. Za sve takve namjene potrebna je formalna dozvola, ali u pravilu se daje odmah. Za kopiranje u drugim okolnostima, za postavljanje na internet (on-line), za ponovnu upotrebu u drugim publikacijama, ili za prijevod ili prilagođavanje, mora se dobiti prethodno pismeno dopuštenje od vlasnika autorskih prava, a može biti potrebno platiti naknadu.

Za Projekt *Sphere* distribuira Practical Action Publishing i njegovi zastupnici i predstavnici širom svijeta.

Practical Action Publishing, Schumacher Centar za tehnologiju i razvoj,

Bourton na Dunsmoreu, Rugby, CV23 9QZ, Ujedinjeno Kraljevstvo.

Telefon: +44 (0) 1926 634501; faks: +44 (0) 1926 634502.

E-mail: sphere@practicalaction.org.uk

Web-stranica: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (kompanija iz Ujedinjenog Kraljevstva, reg. broj 1159018) jeste izdavačka kompanija koja je u potpunosti u vlasništvu kompanije Practical Action i radi samo kao podrška humanitarnim ciljevima svoje roditeljske kompanije.

Dizajnirao:  **messaggio**, Metz-Tessy, Francuska.

Štampa: Hobbs the Printers, Hampshire, Ujedinjeno Kraljevstvo.



Predgovor

Ovo najnovije izdanje Priručnika *Sphere*, Humanitarne povelje i minimalnih standarda u humanitarnom djelovanju jeste produkt široke međuagencijske saradnje.

Humanitarna povelja i minimalni standardi odražavaju namjeru agencija za poboljšanje efektivnosti njihove pomoći i njihove odgovornosti prema svojim zainteresiranim stranama, što pridonosi praktičnom okviru za odgovornost.

Humanitarna povelja i minimalni standardi, naravno, neće zaustaviti ljudske humanitarne krize, niti mogu spriječiti ljudsku patnju. Međutim, ono što oni nude je prilika za poboljšanje pomoći s ciljem da se bolje pomogne ljudima pogođenim katastrofom.

Od svog nastanka u kasnim devedesetim godinama 20. stoljeća, kao inicijativa grupe humanitarnih nevladinih organizacija i Međunarodnog pokreta Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca, standardi *Sphere* se sada primjenjuju kao de facto standardi u humanitarnim reakcijama u 21. stoljeću.

Zato je potrebno iskazati zahvale onima koji su to omogućili.



Ton van Zutphen
Predsjedavajući Odbora *Sphere*



John Damerall
Menadžer projekta

Zahvalnost

Revizija Priručnika *Sphere* je opsežan, saradnički i konzultativni proces, koji uključuje znatan broj ljudi širom svijeta, kojih je previše da bismo ih spomenuli pojedinačno. Projekt *Sphere* se zahvaljuje na velikim doprinosima koji su napravljeni i na spremnosti organizacija i pojedinaca da se uključe u ovaj proces.

Proces revizije Priručnika vodile su radne grupe sastavljene od stručnjaka za tehnička poglavlja i multidisciplinarnu temu, uz podršku osoba koje su bile savjetnici za nova pitanja koja se pojavljuju, iz odgovarajućih sektora, bilo da su ih angažirale humanitarne organizacije ili su direktno zaposleni, zavisno od nivoa posla koji je predviđen. Konsultanti su vodili reviziju elemenata relevantnih za priručnik kao cjelinu, a za koje je bio potreban značajan dodatni rad. Ukoliko nije drugačije navedeno, ljudi koji su navedeni u nastavku su konsultanti.

Humanitarna povelja: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) i Yvonne Klynman (IFRC).

Principi zaštite: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) i Claudine Haenni Dale.

Osnovni standardi: Peta Sandison i Sara Davidson.

Tehnička poglavlja

- ⊙ **Vodosnabdijevanje, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB);
- ⊙ **Osiguranje kvalitete hrane i ishrana:**
 - Ishrana: Susan Thurstans (Save the Children UK),
 - Sigurnost hrane i životni uvjeti: Devrig Velly (Action contre la Faim),
 - Pomoć u hrani: Paul Turnbull (WFP) i Walter Middleton (World Vision International);
- ⊙ **Skloništa, smještaj i neprehrambeni artikli:** Graham Saunders (IFRC);
- ⊙ **Aktivnosti vezane uz zdravstvo:** Mesfin Teklu (World Vision International).

Multidisciplinarnu temu

- ⊙ **Djeca:** Monica Blomstrom i Mari Mörth (oboje iz Save the Children Švedska),
- ⊙ **Starije osobe:** Jo Wells (HelpAge International),
- ⊙ **Osobe s invaliditetom:** Maria Kett (Leonard Cheshire Centar za invaliditet i razvoj uključenosti),
- ⊙ **Rodna pitanja:** Siobhan Foran (IASC GenCap Project),
- ⊙ **Psiho-socijalna pitanja:** Mark van Ommeren (WHO) i Mike Wessells (Columbia University),

- ⊙ **HIV-a i AIDS-a:** Paul Spiegel (UNHCR),
- ⊙ **Životna sredina, klimatske promjene i smanjenje rizika od katastrofa:** Anita van Breda (WWF) i Nigel Timmins (Christian Aid).

Prateći standardi *Sphere*

- ⊙ **Obrazovanje:** Jennifer Hofmann i Tzvetomira Laub (oboje iz INEE),
- ⊙ **Stoka¹:** Cathy Watson (LEGS),
- ⊙ **Ekonomski oporavak:** Tracy Gerstle i Laura Meissnerov (oboje iz SEEP mreže).

Savjetnici

- ⊙ **Rani oporavak:** Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR),
- ⊙ **Koordinacija kampa i uprava kampa:** Gillian Dunn (IRC),
- ⊙ **Programiranje novčanih transfera:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership mreža).

Pored navedenih, veliki broj ljudi je konsultiran s obzirom na civilno-vojnu saradnju, senzitivnost kod konflikata i urbano okruženje.

Osnovane su radne grupe i referentne grupe za podršku fokusnim tačkama u njihovom radu, a Projekt *Sphere* prepoznaje i doprinos svih onih osoba čija pojedinačna imena nisu ovdje navedena. Međutim, potpuni popis svih članova radne grupe i referentnih grupa može se naći na web-stranici www.sphereproject.org.

Urednici: Phil Greaney, Sue Piffner, David Wilson.

Medijator radionice za reviziju: Raja Jarrah.

Specijalist za nadzor i procjenu: Claudia Schneider, Skat.

Sphere radna grupa (na dan 31. decembar 2010. godine)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (Simon Eccleshall) * The Lutheran World Federation (LWF) (Rudelmario Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) *

¹ Pojam "stoka" (engl. livestock) u Priručniku obuhvata stoku i perad.

Save the Children Alliance (Annie Foster) * *Sphere* India (N.M. Prusty) * The Salvation Army (Raelton Gibbs)
* World Vision International (Ton van Zutphen).

Donatori

Pored doprinosa navedenih organizacija, članica Odbora, sredstva za proces revizije Priručnika osigurali su i: Australian Agency for International Development (AusAID) * European Community Humanitarian Office (ECHO) * German Ministry of Foreign Affairs * Spanish Ministry of Foreign Affairs * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Kingdom Department for International Development (DFID) * United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) * United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA).

Tim Projekta *Sphere*

Menadžer projekta: John Damerell.

Obuka i upravljanje učenjem: Veronica Foubert.

Promocija i upravljanje materijalima: Aninia Nadig.

Podrška za obuku i promociju: Cecilia Furtade.

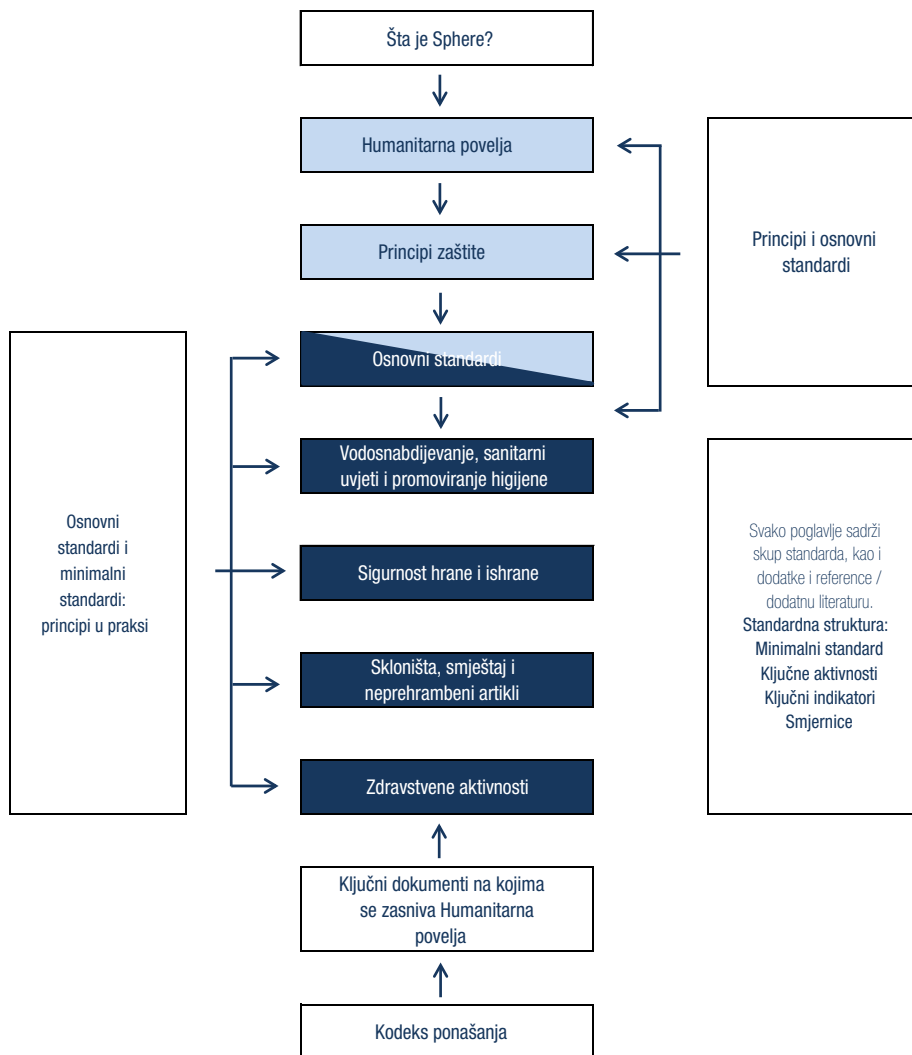
Administracija i finansije: Lydia Beauquis.

U različitim fazama tokom procesa revizije Priručnika, dodatna podrška timu bili su Alison Joyner, Hani Eskandar i Laura Lopez.

Sadržaj

Predgovor.....	iii
Zahvalnost.....	iv
Šta je <i>Sphere</i>	3
Humanitarna povelja	15
Principi zaštite	21
Osnovni standardi	41
Minimalni standardi u vodosnabdijevanju, sanitarnim uvjetima i promoviranju higijene.....	67
Minimalni standardi u osiguranju kvalitete hrane i ishrani	119
Minimalni standardi za skloništa, smještaj i neprehrambene artikle	205
Minimalni standardi za aktivnosti vezane uz zdravstvo	247
Dodaci	307
Dodatak 1. Ključni dokumenti na kojima se zasniva Humanitarna povelja.....	308
Dodatak 2. Kodeks ponašanja pokreta Međunarodnog pokreta Crvenog križa/ krsta i Crvenog polumjeseca i nevladinih organizacija (NVO) u katastrofama...318	
Dodatak 3. Skraćenice i akronimi	325
Indeks	329

Priručnik



Šta je Sphere?



Šta je *Sphere*?

Projekt i Priručnik *Sphere* su dobro poznati kad je u pitanju uvođenja kvalitete i odgovornosti za humanitarno djelovanje. Međutim, gdje je porijeklo Projekta *Sphere*? Šta su njegova filozofija i pristup? Kako i zašto je ovaj priručnik zamišljen? Koje je njegovo mjesto u širem području humanitarnog djelovanja? Ko bi ga trebao koristiti i kada? Ovo poglavlje nastoji dati neke odgovore na ova ključna pitanja. Nadalje, ono daje detalje strukture Priručnika i objašnjava kako ga koristiti i kako Vi ili Vaša organizacija možete biti u skladu sa minimalnim *Sphere* standardima.

Filozofija Projekta *Sphere*: Pravo na dostojanstveni život

Projekt *Sphere* su 1997. godine pokrenule humanitarne nevladine organizacije (NVO) i Međunarodni pokret Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca. Njihov cilj bio je poboljšati kvalitetu njihovih akcija tokom djelovanja na posljedice katastrofe te odgovornost za svoje akcije. Oni su *Sphere* filozofiju zasnovali na dva osnovna uvjerenja: prvo, da oni koji su pogođeni katastrofom ili sukobima imaju pravo na dostojanstven život, pa tako i pravo na pomoć; i drugo, poduzimati sve moguće korake kako bi se ublažilo ljudsku patnju koja proizlazi iz prirodnih nepogoda ili sukoba.

Nastojeći podržati ova **dva osnovna uvjerenja**, Projekt *Sphere* je ustanovio Humanitarnu povelju i identificirao skup **minimalnih standarda** u ključnim sektorima koji spašavaju živote, a koji se sada ogledaju u četiri tehnička poglavlja Priručnika: vodosnabdijevanje, sanitarni uvjeti, promoviranje higijene; sigurnost hrane i ishrane; sklonište, smještaj i neprehrambeni artikli; te zdravstvene aktivnosti. **Osnovni standardi** su procesni standardi i primjenjuju se na sva tehnička poglavlja.

Minimalni standardi su zasnovani na dokazima i predstavljaju konsenzus na nivou sektora o najboljoj praksi u humanitarnim reakcijama. Ključne aktivnosti, ključni indikatori i smjernice (opisano u dijelu "Kako koristiti standarde" u nastavku) prate svaki standard i daju smjernice o tome kako ga postići.

Minimalni standardi opisuju uvjete koji se moraju postići u bilo kojoj humanitarnoj reakciji kako bi katastrofom zahvaćeno stanovništvo moglo preživjeti i opraviti se u stabilnim uvjetima i na dostojanstven način. **Uključivanje** pogođene populacije u konsultativni proces leži u srcu filozofije *Sphere*. Prema tome, Projekt *Sphere* je jedan od prvih među inicijativama koje su sada poznate kao inicijative **kvalitete i odgovornosti** (eng. Q&A).

Humanitarna povelja i minimalni standardi su objavljeni zajedno kao **Priručnik**, a pred vama se nalazi najnovije izdanje. Priručnik *Sphere* je namijenjen za planiranje, implementaciju, praćenje i evaluaciju tokom **humanitarnog djelovanja**. To je ujedno i efektivan alat zagovaranja kada pregovarate sa vlastima za humanitarni prostor i za pružanje resursa. Osim toga, on je koristan za aktivnosti pripremljenosti za katastrofe

i planiranje za nepredviđene okolnosti sa donatorima koji sve više uključuju i standarde u svoje zahtjeve za izvještavanje.

Pošto nije u vlasništvu bilo koje organizacije, humanitarni sektor je u cjelini široko prihvatio Priručnik. On je postao jedan od najatraktivnijih, naširoko poznatih i međunarodno priznatih skupova standarda za humanitarne reakcije i koristi se kao alat za međuagencijsku komunikaciju i koordinaciju.



Priručnik je prvi put objavljen 2000. godine, a revidiran je u 2003. i ponovo 2009–2010. Tokom svakog procesa revizije, provedene su konsultacije širom sektora, uključujući širok raspon agencija, organizacija i pojedinaca, uključujući vlade i agencije Ujedinjenih naroda (UN).

Glavni korisnici Priručnika *Sphere* su praktičari koji su uključeni u planiranje, upravljanje i implementaciju **humanitarnog djelovanja**. To uključuje osoblje i volontere u lokalnim, nacionalnim i međunarodnim humanitarnim agencijama. Minimalni standardi se, također, često koriste kao referenca u kontekstu prikupljanja sredstava i projektnih prijedloga.

Ostali akteri, kao što su vlade i lokalne vlasti, vojska ili privatni sektor se, također, ohrabruju na korištenje Priručnika *Sphere*. On može biti koristan u vođenju njihovih akcija, ali im pomaže i da razumiju standarde koje koriste humanitarne agencije sa kojima mogu biti u interakciji.

Priručnik: odraz *Sphere* vrijednosti

Struktura Priručnika odražava *Sphere* cilj da se uspostavi humanitarna reakcije sa pristupom zasnovanim na pravima i učestvovanju.

Humanitarna povelja, principi zaštite i osnovni standardi

Humanitarna povelja, principi zaštite i osnovni standardi artikuliraju *Sphere* pristup **humanitarnom djelovanju** koji se zasniva na pravima i usmjeren je na ljude. Oni se fokusiraju na važnost uključivanja pogođenog stanovništva i lokalnih i nacionalnih vlasti u svim fazama reakcije. Principi zaštite i Osnovni standardi su grupirani zajedno na početku Priručnika kako bi se izbjeglo ponavljanje u svakom tehničkom poglavlju. *Sphere* korisnici, uključujući i specijaliste u jednom određenom tehničkom području, moraju ih uzeti u obzir kao sastavni dio tih poglavlja.

Kamen temeljac za Priručnik je **Humanitarna povelja** (koju prati opisni spisak ključnih pravnih dokumenata i dokumenata politika u Dodatku 1 na stranici 308). On daje etičku i pravnu pozadinu principima zaštite, kao i osnovnim i minimalnim standardima, čime se omogućuju njihovo ispravno tumačenje i primjena. To je izjava o utvrđenim pravima i obavezama te zajedničkim uvjerenjima i obavezama humanitarnih agencija, koji su svi objedinjeni kao skup zajedničkih **principa, prava i dužnosti**. Zasnovani su na principu humanosti i humanitarnom imperativu i to su: pravo na dostojanstven život, pravo na humanitarnu pomoć i pravo na zaštitu i sigurnost. Povelja, također, naglašava važnost **odgovornosti** agencije prema **pogođenim**

zajednicama. Osnovni standardi i minimalni standardi su artikulacija onoga što ti principi i obaveze znače u praksi.

Humanitarna povelja objašnjava zašto su i pomoć i zaštita kritični stubovi humanitarne akcije. Kako bi se dodatno razvijao ovaj aspekt zaštite, ovaj Priručnik sadrži skup **principa zaštite**, koji prenosi nekoliko pravnih principa i prava navedenih u Povelji u strategije i akcije koje bi trebale biti informativne za humanitarne prakse iz perspektive zaštite. Zaštita je osnovni dio humanitarne akcije i principi zaštite ukazuju na odgovornost svih humanitarnih organizacija da osiguraju da se njihove aktivnosti bave ozbiljnim prijetnjama koje pogođeni ljudi obično sreću u vrijeme sukoba ili katastrofe.

Sve humanitarne agencije trebaju osigurati da njihove akcije ne donose daljnju štetu pogođenim osobama (Princip zaštite 1), da su njihove aktivnosti od koristi, posebno za one koji su najviše pogođeni i ranjivi (Princip zaštite 2), da doprinose zaštiti pogođenih ljudi od nasilja i drugih kršenja ljudskih prava (Princip zaštite 3) i da pomažu da se pogođeni ljudi oporave od zlostavljanja (Princip zaštite 4). Uloge i odgovornosti humanitarnih agencija u zaštiti su općenito sekundarni u odnosu na pravnu odgovornost države ili drugih nadležnih tijela. Zaštita često uključuje podsjećanje tih vlasti na njihove odgovornosti.

Osnovni standardi su prvi set minimalnih standarda i koriste se kao osnova za sve ostale. Oni opisuju kako su procesi i pristupi koji se poduzimaju u humanitarnim reakcijama od temeljne važnosti za efektivnu reakciju. Usmjerenost na kapacitet i aktivno učestvovanje onih koji su pogođeni katastrofom ili sukobom, sveobuhvatna analiza i razumijevanja potreba i konteksta, efektivna koordinacija između agencija, opredjeljenje za stalno poboljšanje rezultata, te humanitarni radnici sa odgovarajućim vještinama i podrškom neophodni su kako bi se postigli tehnički standardi.

Principi zaštite i osnovni standardi su grupirani zajedno na početku ovog Priručnika kako bi se izbjeglo ponavljanje u svakom tehničkom poglavlju. Oni podržavaju sve humanitarne aktivnosti i moraju **se koristiti u kombinaciji sa tehničkim poglavljima**. Oni su od presudne važnosti za tehničke standarde u duhu kvalitete i odgovornosti prema pogođenom stanovništvu.

Osnovni standardi i minimalni standardi u četiri tehnička poglavlja

Osnovni standardi i minimalni standardi pokrivaju pristupe programiranju i četiri kompleta aktivnosti za spašavanje života: snabdijevanje vodom, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene; sigurnost hrane i ishrane; sklonište, smještaj i neprehrambeni artikli i zdravstvene aktivnosti.

Kako koristiti standarde

Osnovni standardi i minimalni standardi slijede određeni format. Oni počinju općim i univerzalnim izjavama, tj. minimumom standarda, nakon čega slijedi niz ključnih akcija, ključnih indikatora i smjernica.

Prvo se navodi **minimalni standard**. Svaki standard je izveden iz principa da katastrofom pogođeno stanovništvo ima pravo na dostojanstven život. Oni su kvalitativne prirode i određuju minimalne nivoe koje treba

ostvariti u humanitarnoj reakciji. Njihov obim je univerzalan i primjenjiv u bilo kojoj situaciji katastrofe. Oni su, dakle, generalno formulirani.

Zatim se predlažu praktične **ključne aktivnosti**, kako bi se postigao minimum standarda. Neke akcije možda neće biti primjenjive u svim kontekstima, i odgovornost izvršioca je da odabere odgovarajuće akcije i osmisliti alternativne akcije koje će rezultirati zadovoljavanjem standarda.



Zatim, skup **ključnih indikatora** služi kao "signal" koji pokazuje da li je standard postignut. Oni osiguravaju način mjerenja rezultata ključnih aktivnosti unutar procesa. Ključni indikatori se odnose na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost.

Konačno, **smjernice** uključuju tačke specifične za kontekst za razmatranje kada se žele postići ključne aktivnosti i ključni indikatori. One pružaju smjernice u rješavanju praktičnih poteškoća, mjerila ili savjete o prioritetnim i multidisciplinarnim temama. One, također, mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, akcije ili indikatore i opisuju dileme, kontroverze ili nedostatke u trenutnom znanju. One ne pružaju smjernice o tome **kako** provesti određenu aktivnost.

Kratki uvodi u svako poglavlje postavljaju glavna relevantna pitanja. Poglavlja o tehničkom minimumu standarda sadrže daljnje dodatke, uključujući, naprimjer, upitnike za procjenu, formule, tabele i primjere obrazaca izvještaja. Svako poglavlje završava referencama i predloženom dodatnom literaturom. Detaljan rječnik za svako poglavlje Priručnika dostupan je na web-stranici www.sphereproject.org.

Sva poglavlja su međusobno povezana. Često standardi opisani u jednom sektoru trebaju se koristiti zajedno sa standardima opisanim u drugim sektorima. Posljedica toga jeste da Priručnik sadrži brojne reference.

Usklađivanje sa minimalnim *Sphere* standardima

Priručnik *Sphere* predstavlja dobrovoljni kodeks i samoregulatorni alat za kvalitetu i odgovornost, a Projekt *Sphere* nema nikakav mehanizam usklađenosti. Ne postoji *Sphere* "prijava", *Sphere* članstvo ili bilo kakav proces akreditacije. Priručnik *Sphere* namjerno nije propisivački orijentiran i nije obavezujući, u cilju poticanja najšireg mogućeg vlasništva nad njim.

Priručnik ne nudi praktične smjernice o tome kako da se pruže određene usluge (ključne aktivnosti ukazuju na djelovanje za postizanje standarda bez navođenja kako se to radi). Umjesto toga, on objašnjava šta **treba biti uspostavljeno** kako bi se osigurao dostojanstven život za pogodeno stanovišтво. Dakle, svaka agencija za implementaciju treba odabrati sistem kako bi osigurala usklađenost sa minimalnim *Sphere* standardima. Neke agencije su koristile isključivo unutrašnje mehanizme, dok su se druge odlučile za pregled ravnopravnih partnera (eng. peer-review). Neke mreže agencija koriste *Sphere* za procjenu njihove kolektivne reakcije u pojedinim hitnim slučajevima.

Usklađenost sa *Sphere* standardima ne znači ispunjavanje svih standarda i indikatora. Step en do kojeg agencije mogu zadovoljiti standarde zavisiće od niza faktora, od kojih su neki izvan njihove kontrole.

Ponekad teškoće pristupa pogođenom stanovništvu, nedostatak saradnje vlasti ili teška nesigurnost čine da je standarde nemoguće ispuniti.

Ako su opći uvjeti života pogođenog stanovništva već bili značajno ispod minimalnih standarda prije katastrofe, agencije mogu imati nedovoljno resursa za ispunjenje standarda. U takvim situacijama, pružanje osnovnih sadržaja za cijelo pogođeno stanovništvo može biti važnije nego dostizanje minimalnih standarda za samo jedan dio.

Ponekad minimalni standardi mogu biti veći od svakodnevnih životnih uvjeta za okolno stanovništvo. Ipak pridržavanje standarda za katastrofom pogođeno stanovništvo je i dalje veoma bitno. No, takve situacije mogu, također, ukazivati na potrebu za akcijom za okolno stanovništvo i za dijalog s vođama zajednice. Ono što je prikladno i izvodivo zavisit će od konteksta.

U slučajevima kada standardi ne mogu biti zadovoljeni, humanitarne agencije trebaju:

- u svojim izvještajima (procjena, ocjenjivanje itd.) opisati jaz između relevantnih *Sphere* indikatora i onih postignutih u praksi,
- objasniti razloge za to i šta treba mijenjati,
- procijeniti negativne implikacije za pogođeno stanovništvo,
- poduzeti odgovarajuće olakšavajuće akcije kako bi se smanjila šteta uzrokovana ovim implikacijama.

Usvajanjem gore navedenih koraka, agencije pokazuju da su u skladu s *Sphere* filozofijom i njenim minimalnim standardima, čak i ako nisu u stanju da ih zadovolje kao što je navedeno u Priručniku.

Uloga Priručnika *Sphere* u humanitarnoj akciji

Priručnik *Sphere* je namijenjen za upotrebu u **humanitarnom djelovanju** u nizu situacija, uključujući i prirodne katastrofe, sukobe, događaje koji se brzo i sporo događaju, ruralne i urbane sredine, kao i složene političke hitne situacije u svim zemljama. Pojam "kriza" obuhvata ove situacije, a gdje je to prikladno, koristi se pojam "sukob". "Stanovništvo" se odnosi na pojedince, porodice, zajednice i šire grupe. Prema tome, u Priručniku često koristimo izraz "katastrofom pogođeno stanovništvo".

Kada koristiti ovaj priručnik

Fokusirajući se na period **humanitarnog djelovanja**, minimalni *Sphere* standardi pokrivaju aktivnosti koje zadovoljavaju hitne potrebe za preživljavanje stanovništva pogođenog katastrofom. Ova faza može biti u rasponu od nekoliko dana ili sedmica, do nekoliko mjeseci, pa čak i godina, a posebno u kontekstu koji uključuje dugotrajnu nesigurnost i izbjeglištvo. Dakle, nemoguće je dodijeliti određeni vremenski okvir za korisnost *Sphere* standarda.

Priručnik, međutim, ima posebno mjesto u širem području humanitarnog djelovanja, koje nadilazi pružanje neposredne pomoći i pokriva čitav spektar aktivnosti koje počinju pripremljenošću za katastrofe, zatim uključuje

humanitarnu pomoć, a na kraju se proteže i na rani oporavak. Priručnik je koristan kao referentni alat za pripremljenost za katastrofe i faze ranog oporavka koje konceptualno "uokviruju" humanitarno djelovanje, ali u stvarnosti ih treba uzeti u obzir istovremeno.

Pripremljenost za katastrofe zahtijeva da akteri, tj. vlade, humanitarne agencije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci, imaju kapacitete, odnose i znanja za pripremu i efektivnu reakciju na katastrofe ili sukobe. Oni bi prije i za vrijeme reakcije trebali početi poduzimati akcije koje će poboljšati pripremljenost i koje smanjuju rizik za budućnost. Oni bi trebali biti spremni, barem da zadovolje minimalne *Sphere* standarde za buduće katastrofe.

Rani oporavak je proces nakon pomoći i vodi u dugoročni oporavak, a najefektivniji je ako se predviđa i olakšava od samog početka humanitarne reakcije. Prepoznajući važnost ranog oporavka, priručnik se referira na njega u cjelini i prema potrebi.

Kretanja u humanitarnom sektoru i njihove implikacije na *Sphere*

U posljednjih nekoliko godina pojavio se velik broj kretanja u humanitarnom sektoru i drugim relevantnim područjima koja obuhvataju promjene u prirodi katastrofa i sukoba, kao i humanitarnog rada. Kretanja uzeta u obzir tokom procesa revizije Priručnika uključuju:

- rastući idejni i operativni fokus na lokalnim i nacionalnim reakcijama sa sviješću da se **pogođeno stanovništvo** mora konsultirati i da se kapaciteti za reakciju krizom pogođene države i državnih agencija i institucija moraju pojačati,
- proaktivniju **odgovornost** humanitarne akcije, a posebno odgovornost prema pogođenom stanovništvu, ali i proaktivnu koordinaciju, i u procesu humanitarne reforme (pristup klastera), pod pokroviteljstvom Stalnog međuagencijskog odbora (Inter-Agency Standing Committee – IASC),
- više pažnje za **pitanja** zaštite i reakcije,
- povećanje svijesti o potencijalno velikim prisilnim migracijama zbog **katastrofa induciranih klimatskim promjenama** i svijesti o tome da uništavanje životne sredine povećava ranjivost,
- priznanje da **siromašno urbano stanovništvo** brzo raste i da ima specifične ranjivosti, a posebno vezane za ekonomiju novca, socijalnu koheziju i fizički prostor,
- nove pristupe za pomoć, kao što su **transferi novca i bonova** i lokalne kupovine umjesto pošiljke humanitarne pomoći,
- povećano prihvaćanje **smanjenje rizika od katastrofa** i kao sektora i kao pristupa,
- povećan angažman **vojske** u humanitarnim reakcijama, kao i skupa aktera koji se ne vode prvenstveno humanitarnim imperativom, što zahtijeva razvoj specifičnih smjernica i strategije koordinacije za humanitarni civilno-vojni dijalog,
- povećana uključenost **privatnog** sektora u humanitarne reakcije koja zahtijeva slične smjernice i strategije kao kod civilno-vojnog dijaloga.

Projekt *Sphere* uključuje ova kretanja u Priručniku kako je to prikladno, a posebno **pitanja u nastajanju**, poput novčanih transfera, ranog oporavka i civilno-vojnih odnosa.



Razumijevanje konteksta tokom humanitarne reakcije

Efektivna humanitarna reakcija se mora zasnivati na sveobuhvatnoj, kontekstualiziranoj dijagnozi (procjena, nadzor i evaluacija), **kako** bi se analizirale **potrebe ljudi, slabosti i sposobnosti u svakom kontekstu**.

Priručnik je suštinski zamišljen kao alat za prepoznavanje različitih konteksta i prilagođavanje programa reakcije u skladu s tim: on vodi ljude u praksi u njihovim razmišljanjima oko postizanja univerzalno primjenjivog standarda u konkretnoj situaciji ili kontekstu, s posebnim naglaskom na specifične ranjivosti i kapacitete.

Nemaju svi pojedinci stanovništva pogođenog katastrofom jednaku kontrolu nad resursima i moći. Ljudi su, dakle, različito pogođeni na osnovi njihovog etničkog porijekla, vjerske ili političke pripadnosti. Izbjegništvo može određene ljude koji u normalnim situacijama ne bi bili ugroženi učiniti ranjivim. Žene, djeca, starije osobe, osobe s invaliditetom ili osobe koje žive s HIV-om mogu biti uskraćeni za bitnu pomoć ili mogućnost da budu saslušane zbog fizičkih, kulturnih i/ili socijalnih barijera. Iskustvo je pokazalo da tretman tih ljudi kao duge liste "ranjivih grupa" može dovesti do fragmentiranja i neefektivnih intervencija koje ignoriraju preklapajuće ranjivosti i promjenljivu prirodu ranjivosti tokom vremena, a čak i za vrijeme jedne određene krize.

Napori za pomoć i oporavak, također, moraju uzeti u obzir buduće opasnosti i ranjivosti kako bi se izgradile zajednice koje će biti sigurnije i kako bi se promovirala veća otpornost. U mnogim dijelovima svijeta klimatske promjene već počinju utjecati na obrasce rizika, a tradicionalna znanja o opasnostima, ranjivostima i kapaciteti trebaju biti u kombinaciji s procjenama budućih klimatskih rizika.

Kako bi bio pravedan za svaku pojedinačnu katastrofu i pojedine ranjivosti i sposobnosti pogođenog stanovništva, ovaj priručnik se bavi nizom **multidisciplinarnih tema**. Teme koje se odnose na **djecu, spol, starije osobe, HIV i AIDS, osobe s invaliditetom, te psihosocijalnu podršku** se bave individualnom ranjivošću i ranjivošću podgrupa. **Smanjenje rizika od katastrofa (uključujući klimatske promjene i životnu sredinu)** bavi se problemima ranjivosti koji utječu na cijelo pogođeno stanovništvo. Na kraju ovog uvoda je detaljniji opis svake teme.

Veze sa drugim humanitarnim standardima

U cilju da se Priručnik *Sphere* održi kao jedna knjiga koja je veličine koja omogućava rad, fokus ostaje na četiri primarna sektora humanitarne reakcije. Mnogi srodni sektori koji su dio efektivne humanitarne reakcije razvili su vlastite standarde. Veliki broj njih su uključeni u nizu **pratećih Sphere standarda**, objavljenih kao zasebne jedinice, ali razvijenih s istom strogošću i procesom konsultacija, kao što su Minimalni *Sphere* standardi za obrazovanje: pripremljenost, reakciju i oporavak Međuagencijske mreže za obrazovanje u hitnim slučajevima (Inter-Agency Network for Education in Emergencies – INEE); Minimalni standardi za ekonomski oporavak nakon krize Mreže malih poduzeća za obrazovanje i promociju (Small Enterprise Education and Promotion – SEEP), Smjernice i standardi za stoku u hitnim situacijama (Livestock Emergency Guidelines and Standards – LEGS).

Obrazovanje u hitnim slučajevima može i održati živote i biti spasonosno. Ono se pruža u sigurnim prostorima i nudi osjećaj normalnosti, psihosocijalne podrške i zaštite od eksploatacije i nasilja. Također se može koristiti i za prijenos poruka o sigurnosti, životnih vještina i vitalnih informacija o zdravlju i higijeni. Minimalni standardi za obrazovanje: pripremljenost, reakcije i oporavak INEE prvi put su objavljeni 2004. godine, a ažurirani su 2010., postavši tako integralnim *Sphere* standardima u 2008. godini. Oni predstavljaju okvir kako bi se osigurala kritična veza između obrazovanja i zdravstva, vode, sanitarnih uvjeta i higijene, ishrane, skloništa i zaštite te za poboljšanje sigurnosti, kvalitete i odgovornosti obrazovne pripremljenosti i reakcije.



Razvoj malog poduzetništva i pitanja koja se tiču stoke pokriveni su Minimalnim standardima za ekonomski oporavak nakon krize Mreže SEEP i Smjericama i standardima za stoku u hitnim situacijama. Predviđa se da će ta dva skupa minimalnih standarda postati integralni *Sphere* standardi u 2011. godini.

Kada se koriste zajedno s ovim priručnikom, prateći standardi će se poboljšati kvalitetu pomoći pružene osobama pogođenim katastrofom ili sukobom. Relevantne smjernice standarda INEE, SEEP i LEGS su integrirane i koriste se kao reference u cijelom ovom priručniku.

Agencije, koalicije i mreže su uspostavile i druge standarde i kodove kako bi ispunjavale određene operativne potrebe, kao što su posebni mandati agencija, tehnička ekspertiza ili nedostaci identificirani u smjericama. Tamo gdje je to značajno, ovi drugi standardi su navedeni u tehničkim poglavljima ovog priručnika.

Projekt *Sphere* je dio grupe inicijativa za **kvalitetu i odgovornost** unutar sektora, i blisko saraduje sa Projektom izgradnje kapaciteta za hitne situacije (Emergency Capacity Building – ECB), koji je razvio Vodič "Dovoljno dobro" (Good Enough Guide), i Partnerstvom humanitarne odgovornosti (Humanitarian Accountability Partnership – HAP) koje se bavi pitanjima usklađenosti kroz svoj Standard humanitarne odgovornosti i upravljanja kvalitetom. Ostale inicijative kvalitete i odgovornosti (eng. Q&A) sa kojima *Sphere* redovno radi jesu People in Aid, Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), Coordination Sud i Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).

Dodatne informacije o Priručniku

Ovaj priručnik je primarni i najviše korišteni alat Projekta *Sphere*. Dostupan i u elektronskom obliku na web-stranici www.sphereproject.org, gdje možete dobiti najnovije vijesti i ažuriranja o dostupnim verzijama i druge resurse.

Priručnik postoji na mnogim jezicima i prate ga razne obuke i promotivni materijali. Navedeno je često prilagođeno lokalnim kontekstima na temelju iskustva iz prakse. Ovo pokazuje živost u zajednice *Sphere* prakse, a ponekad i neformalnu, labavo povezanu i rastuću mrežu ljudi iz prakse koji održavaju *Sphere* duh živim. Projekt *Sphere* se zasniva na potrebi da se pomogne poboljšanju humanitarne reakcije i da se zadovolje prava i potrebe ljudi pogođenih katastrofama i sukobima i da postoji odgovornost prema njima.

Projekt *Sphere* je napravio veliki napredak od svojeg nastanka, ali nijedan priručnik ne može sve sam postići, to možete samo Vi.

Pregled multidisciplinarnih tema

Multidisciplinarnе teme u ovom priručniku se fokusiraju na pojedina područja od interesa u reakciji na katastrofe i bave se pitanjima ranjivosti pojedinca, grupe ili generalno. U ovom dijelu se svaka tema opisuje detaljnije.

Djeca: Moraju se poduzeti posebne mjere kako bi se osiguralo da su sva djeca zaštićena od zla i da imaju pravedan pristup osnovnim uslugama. Pošto djeca često čine veći dio pogođenog stanovništva, bitno je da se njihovi stavovi i iskustva ne samo saslušaju tokom procjene hitne situacije i planiranja, već da ona, također, utječu na isporuku humanitarnih usluga i njihov nadzor i evaluaciju. Djeca i mladi su podložni štetnim utjecajima ranjivosti u određenim situacijama, kao što su neishranjenost, eksploatacija, otmice i regrutiranje u oružane grupe i borbene snage, seksualno nasilje i nedostatak prilika da učestvuju u donošenju odluka. Konvencija o pravima djeteta navodi da se djetetom smatra individua ispod 18 godina. Ova definicija se može razlikovati zavisno od kulturnih i društvenih konteksta. Mora se provesti temeljna analiza kako pogođeno stanovništvo definira djecu kako bi se osiguralo da niti jedno dijete ili mlada osoba nisu isključeni iz humanitarne pomoći.

Smanjenje rizika od katastrofa: Ovo se definira kao koncept i praksa smanjenja rizika od katastrofa kroz sistematske napore za analizu i upravljanje faktorima koji su katastrofa, uključujući i smanjeno izlaganje opasnostima, smanjenu ranjivost ljudi i imovine, pametno upravljanje zemljištem i životnom sredinom i poboljšanu pripremljenost za štetne događaje. Takvi događaji uključuju prirodne katastrofe kao što su oluje, poplave, suše i porast nivoa mora. Pošto se čini da postaju sve promjenjiviji i žešći, ti fenomeni se sve više pripisuju **globalnim klimatskim promjenama**.

Životna sredina: Životnu sredinu treba shvatiti kao fizičke, hemijske i biološke elemente i procese koji utječu na živote i životne uvjete stanovništva pogođenog katastrofama i lokalnog stanovništva. Životna sredina pruža prirodne resurse koji pomažu pojedincima i doprinose kvaliteti života. Životnoj sredini potrebna je zaštita i upravljanje, ako želimo da ona održava svoje bitne funkcije. Minimalni standardi se bave potrebom da se spriječi prekomjerno iskorištavanje, zagađenje i degradacija stanja životne sredine te da se osiguraju funkcije životne sredine koje podržavaju život, da se smanji rizik i ranjivost i nastoje se uvesti mehanizmi koji podržavaju prilagodljivost prirodnih sistema za samooporavak.

Rod: Rod se odnosi na činjenicu da ljudi doživljavaju situaciju različito u skladu sa njihovim rodnim karakteristikama. **Spol** se odnosi na biološke osobine muškaraca i žena. On je prirodno određen rođenjem, dakle, uglavnom nepromjenjiv i univerzalan.

Jednaka prava žena i muškaraca su eksplicitno izražena u dokumentima ljudskih prava koji čine osnovu za Humanitarnu povelju. Žene i muškarci imaju jednako pravo na humanitarnu pomoć i zaštitu, na poštivanje ljudskog dostojanstva, na priznanje njihovih jednakih ljudskih kapaciteta, uključujući sposobnost donošenja odluka, na iste mogućnosti po svom izboru i na isti nivo moći da oblikuju ishod za svoje postupke. Humanitarne reakcije su efektivnije kada se zasnivaju na razumijevanju različitih potreba, ranjivosti, interesa, sposobnosti i strategije suočavanja kod žena i muškaraca, djevojčica i dječaka svih uzrasta te različitih

utjecaja katastrofa ili sukoba na njih. Razumijevanje tih razlika, kao i nejednakosti u ženskim i muškim ulogama i opterećenjima, pristupu i kontroli nad resursima, moći odlučivanja i prilikama za razvoj vještina, ostvaruje se kroz rodne analize. Rod je pitanje koje se proteže kroz više multidisciplinarnih tema. Humanitarni ciljevi proporcionalnosti i nepristranosti znače da se mora posvetiti pažnja postizanju pravednosti između žena i muškaraca, a i osigurati jednaki ishodi. Historijski gledano, pažnja posvećena rodnim odnosima potaknuta je neophodnošću rješavanje potreba i okolnosti žena i djevojčica, pošto su žene i djevojke obično više ugrožene od muškaraca i dječaka. Međutim, humanitarna zajednica sve više prepoznaje potrebu da se razumije sa čim se muškarci i dječaci suočavaju u kriznim situacijama.



HIV i AIDS: Poznavanje prisutnosti HIV-a u određenom humanitarnom kontekstu je važno kako bi razumjeli ranjivosti i rizike te planirali efektivnu reakciju. Osim toga stanovništvo koje je najviše izloženo riziku (tj. muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima, intravenski korisnici droga i seksualni radnici), često trebaju primiti posebne mjere kako bi ih zaštitili od zanemarivanja, diskriminacije i nasilja, u nekim kontekstima to mogu biti i druge ranjive grupe kao što su izbjeglice, migranti, mladi i samohrane majke. Masovno raseljavanje može dovesti do povećanja ranjivosti od HIV-a i rizika zbog odvajanja članova porodice i raspada kohezije zajednice i društvenih i seksualnih normi koje reguliraju ponašanje. Žene i djecu mogu iskoristiti naoružane grupe i biti posebno osjetljivi na HIV zbog seksualnog nasilja i eksploatacije. Tokom hitnih humanitarnih situacija, ljudi mogu nemati pristup intervencijama za HIV poput programa prevencije i može doći do prekida antiretrovirusne terapije (anti-retroviral therapy – ART), liječenja tuberkuloze (tuberculosis – TB), i prevencije i liječenja drugih oportunističkih infekcija.

Ljudi koji žive s HIV-om (people living with HIV – PLHIV) često pate od diskriminacije i stigme i stoga se, kada je to potrebno, povjerljivost mora poštivati i zaštita mora biti dostupna. Aktivnosti sektora u ovom priručniku trebaju osigurati odgovarajuće intervencije za HIV prema prisustvu i kontekstu, a ne povećati ljudske ranjivosti i rizike od HIV-a.

Starije osobe: Prema UN-u stariji muškarci i žene su oni u dobi od preko 60 godina, ali definicija "stariji" može varirati u različitim kontekstima. Ti su ljudi često među najsiriromašnijima u zemljama u razvoju, a obuhvataju veliki i rastući udio najranjivijeg stanovništva pogođenog katastrofom ili sukobom (naprimjer, ljudi stariji od 80 godina su najbrže rastuća dobna grupa u svijetu), a ipak su često zanemareni u upravljanju katastrofama ili sukobima. Izolacija i fizička slabost su značajni faktori koji pogoršavaju ranjivost kod starijih ljudi u katastrofama ili sukobima, uz prekid strategija egzistencije i struktura podrške porodice i zajednice, hronične zdravstvene probleme i probleme mobilnosti, a i pad mentalnog zdravlja. Moraju se napraviti posebni napor kako bi se identificirale i kako bio se došlo do starijih osoba vezanih za kuću i do domaćinstava koja vode stariji ljudi. Oni, također, daju ključni doprinos za opstanak i rehabilitaciju. Igraju vitalnu ulogu kao negovatelji djece, u upravljanju resursima i donose prihode, imaju znanja i iskustvo o strategijama suočavanja sa problemima u zajednici i pomažu očuvanje kulturnih i društvenih identiteta.

Osobe s invaliditetom: Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) procjenjuje da između 7 i 10 posto svjetskog stanovništva, uključujući djecu i starije osobe, živi s invaliditetom. Katastrofe i sukobi mogu uzrokovati povećanu učestalost povreda i naknadne invalidnosti. Konvencija UN-a

o pravima osoba s invaliditetom (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) definira invaliditet kao koncept u razvoju koji proizlazi iz interakcije između osoba s invaliditetom (koji može biti fizički, senzorni, intelektualni ili psihosocijalni) i barijerama u stavovima i okruženju koje sputavaju njihovo potpuno i efektivnije učestvovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima. Dakle, prisutnost tih prepreka onemogućuju osobama s invaliditetom da u potpunosti i smisleno učestvuju u standardnim programima humanitarne pomoći ili ih koriste. Novi CRPD ima poseban osvrt na sigurnost i zaštitu osoba s invaliditetom u sukobu i izvanrednim situacijama (član 11).

Osobe s invaliditetom suočavaju se sa neproporcionalnim rizicima u situacijama katastrofe i često su isključene iz pomoći i rehabilitacijskih procesa. Takvo isključenje otežava efektivno korištenje i učešće u standardnim uslugama podrške kod katastrofa. Važno je znati su da osobe s invaliditetom raznovrsno stanovništvo koje uključuje djecu i starije osobe, čije potrebe se ne mogu riješiti pristupom jednakim za sve. Humanitarne reakcije, dakle, moraju uzeti u obzir određene sposobnosti, vještine, resurse i znanja pojedinaca s različitim vrstama i stepenima invaliditeta. Također je važno zapamtiti da osobe s invaliditetom imaju iste osnovne potrebe kao i svi ostali u svojim zajednicama. Osim toga, neki mogu imati i posebne potrebe, kao što je zamjena pomagala i opreme, te pristup uslugama rehabilitacije. Nadalje, mjere usmjerene na osobe s invaliditetom ne smiju dovesti do njihovog odvajanja od mreže porodice i zajednice. Na kraju, ako se prava osoba s invaliditetom ne uzimaju u obzir u humanitarnim reakcijama, gubi se ogromna prilika za obnovu zajednice za sve ljude. Dakle, bitno je uključiti osobe s invaliditetom u sve aspekte pomoći i oporavka. To zahtijeva i standardne i ciljane reakcije.

Psihosocijalna podrška: Neki od najvećih izvora ranjivosti i patnje u katastrofama proizlaze iz složenih emocionalnih, socijalnih, fizičkih i duhovnih efekata katastrofa. Mnoge od tih reakcija su normalne i mogu biti prevladane s vremenom. Bitno je da se organizira odgovarajuća lokalna podrška za mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška koje promoviraju samopomoć, suočavanje sa problemom i otpornost među pogođenim osobama. Humanitarna akcija je jača ako u najranijem odgovarajućem trenutku pogođeni ljudi učestvuju u vođenju i implementiranju reakcije na katastrofu. U svakom humanitarnom sektoru, način na koji se daje pomoć ima psihosocijalni utjecaj koji može podržati pogođene ljude ili im nauditi. Podrška bi trebala biti data na suosjećajan način koji promovira dostojanstvo, omogućuje ličnu efikasnost kroz smisleno učestvovanje, poštuje važnost vjerskih i kulturnih običaja i jača sposobnost pogođenih osoba za podršku holističkom blagostanju.

Reference

Konvencija UN-a o pravima djeteta: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm,
UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom: disabilities/,
WHO o invaliditetu: www.who.int/disabilities/en/.

Humanitarna povelja



Humanitarna povelja daje etičku i pravnu pozadinu za principe zaštite, osnovne standarde i minimalne standarde koji slijede u ovom Priručniku. To je dijelom izjava o utvrđenim pravima i obavezama, a dijelom izjava o zajedničkom uvjerenju.

U pogledu zakonskih prava i obaveza, ona sažima osnovne pravne principe koji imaju najveći utjecaj na život onih koji su pogođeni katastrofom ili sukobom. Što se tiče zajedničkog uvjerenja, ona pokušava obuhvatiti konsenzus među humanitarnim agencijama o principima koji bi trebali regulirati reakciju na katastrofe ili sukobe, uključujući uloge i odgovornosti raznih aktera.

Ona čini osnovu obaveza humanitarnih organizacija koje podržavaju *Sphere* i poziv na usvajanje istih principa svima onima koji se upuštaju u humanitarnu akciju.

Humanitarna povelja

Naša uvjerenja

1. Humanitarna povelja izražava zajedničko uvjerenje humanitarnih agencija da svi ljudi pogođeni katastrofom ili sukobom imaju pravo dobiti zaštitu i pomoć kako bi im se osigurali osnovni uvjeti za život s dostojanstvom. Mi vjerujemo da su principi opisani u ovoj Humanitarnoj povelji univerzalni, da se primjenjuju na sve one pogođene katastrofom ili sukobom, gdje god se nalazili, i na sve one koji traže da im se pomogne ili osigura njihova sigurnost. Ovi principi se odražavaju u međunarodnom pravu, ali njihova snaga na kraju proizlazi iz osnovnih moralnih principa **čovječanstva**: da su sva ljudska bića rođena slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima. Na osnovi ovog principa, možemo potvrditi primat **humanitarnog imperativa**: da akcije treba poduzeti da se spriječi ili ublaži ljudska patnja koja proizlazi iz katastrofa ili sukoba i da ništa ne smije nadjačati ovaj princip.

Kao lokalne, nacionalne i međunarodne humanitarne agencije, mi se obavezujemo na promociju i pridržavanje principa u ovoj Povelji i na ispunjavanje minimalnih standarda u našim naporima da pomognemo i zaštitimo one koji su pogođeni. Pozivamo sve one koji se bave humanitarnim aktivnostima, uključujući aktere iz vladinog i privatnih sektora, da podrže zajedničke principe, prava i dužnosti utvrđene u nastavku kao iskaz zajedničkih humanitarnih uvjerenja.

Naša uloga

2. Svjesni smo da se osnovne potrebe ljudi pogođenih katastrofom ili sukobima zadovoljavaju, prije svega, kroz vlastite napore i uz podršku zajednice i lokalnih institucija. Svjesni smo primarne uloge i odgovornosti pogođene države da pruži pravovremenu pomoć onima koji su pogođeni i da osigura zaštitu i sigurnost ljudi i pruži podršku za njihov oporavak. Vjerujemo da je kombinacija službene i dobrovoljne akcije ključna za efektivnu prevenciju i reakciju, te u tom pogledu nacionalna društva Međunarodnog pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca i drugi akteri civilnog društva imaju ključnu ulogu u podržavanju tijela javne vlasti. Tamo

gdje je nacionalni kapacitet nedovoljan, možemo pojačati ulogu šire međunarodne zajednice, uključujući i državne donatore i regionalne organizacije, u pružanju pomoći državama da ispune svoje obaveze. Mi prepoznajemo i podržavamo posebne uloge koje imaju agencije Ujedinjenih naroda i Međunarodni odbor Crvenog križa.

3. Kao humanitarne agencije, tumačimo našu ulogu u odnosu na potrebe i kapacitete pogođenih populacija i odgovornosti njihovih vlada ili vlasti koje ih kontroliraju. Naša uloga u pružanju pomoći odražava realnost da oni s primarnim odgovornostima nisu uvijek u potpunosti u stanju sami ispuniti tu zadaću, ili možda to ne žele učiniti. Koliko je to moguće i u skladu sa zadovoljavanjem humanitarnog imperativa i drugih principa iz ove povelje, mi ćemo podržati napore nadležnih tijela da zaštite i pomognu onima koji su pogođeni. Pozivamo sve državne i nedržavne aktere na poštovanje nepristrane, nezavisne i nestranačke uloge humanitarnih agencija i da olakšaju njihov rad uklanjanjem nepotrebnih pravnih i praktičnih prepreka, omogućujući njihovu sigurnost i dopuštajući im pravovremen i stalan pristup pogođenom stanovništvu.



Zajednički principi, prava i dužnosti

4. Mi nudimo naše usluge kao humanitarne agencije na osnovi principa humanosti i humanitarnog imperativa, prepoznajući prava svih osoba, žena i muškaraca, dječaka i djevojčica, pogođenih katastrofama ili sukobima. To su prava na zaštitu i pomoć koja se ogledaju u odredbama međunarodnog humanitarnog prava, ljudskih prava i prava izbjeglica. Za potrebe ove povelje ta prava ćemo sažeti kako slijedi:

- **pravo na život s dostojanstvom,**
- **pravo na primanje humanitarne pomoći,**
- **pravo na zaštitu i sigurnost.**

Iako ta prava nisu tako formulirana u međunarodnom pravu, ona ukratko opisuju niz utvrđenih zakonskih prava i daju potpuniju supstancu za humanitarni imperativ.

5. **Pravo na dostojanstven život** se ogleda u odredbama međunarodnog prava, a posebno mjerama ljudskih prava koje se odnose na pravo na život, na odgovarajući životni standard, na slobodu od mučenja ili okrutnog, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Pravo na život podrazumijeva dužnost da se sačuva život koji je pod prijetnjom. U ovome je implicitna dužnost da se ne uskrati ili otežava pružanje pomoći spašavanja. Dostojanstvo obuhvaća više od fizičkog blagostanja, ono zahtijeva poštovanje za sve ljude, uključujući vrijednosti i vjerovanja pogođenih pojedinaca i pogođenih zajednica i poštivanje njihovih ljudskih prava, uključujući slobodu, slobodu savjesti i vjerskog obreda.

6. **Pravo na primanje humanitarne pomoći** je neophodan element prava na život s dostojanstvom. To obuhvata pravo na odgovarajući životni standard, što uključuje odgovarajuću hranu, vodu, odjeću, krov nad glavom i potrebe za dobro zdravlje, što je izričito garantirano međunarodnim pravom. Osnovni standardi *Sphere* i minimalni standardi odražavaju ta prava i daju njihov praktični izraz, a posebno u odnosu na pružanje pomoći onima koji su pogođeni katastrofom ili sukobima. Ako državni ili nedržavni akteri sami ne pružaju takvu pomoć, smatramo da treba dopustiti drugima da to učine. Svaka se takva pomoć mora

osigurati u skladu sa principom **nepripranosti**, koje zahtijeva da se pomoć pruža isključivo na osnovi potreba i proporcionalno potrebama. To odražava širi princip **nediskriminacije**: da niko ne bi trebao biti diskriminiran na bilo kojoj osnovi, uključujući starost, spol, rasu, boju kože, nacionalnost, seksualnu orijentaciju, jezik, vjeru, invaliditet, zdravstveno stanje, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo.

7. **Pravo na zaštitu i sigurnost** je ukorijenjeno u odredbama međunarodnog prava, rezolucijama Ujedinjenih naroda i drugih međuvladinih organizacija, te u suverenoj nadležnosti države da zaštititi sve one u okviru njene nadležnosti. Sigurnost i zaštita ljudi u situacijama katastrofa ili sukoba su posebna humanitarna briga, uključujući i zaštitu izbjeglica i interno raseljenih osoba. Kako to zakon priznaje, neki ljudi mogu biti posebno ranjivi na zlostavljanje i diskriminaciju zbog svog statusa, kao što su starost, spol i rasa, i mogu trebati posebne mjere zaštite i pomoći. U mjeri u kojoj državi nedostaje sposobnost da zaštititi ljude u tim okolnostima, smatramo da ona mora tražiti međunarodnu pomoć za to.

Pravo koje se odnosi na zaštitu civila i raseljenih osoba zahtijeva posebnu pažnju:

(I) Za vrijeme **oružanih sukoba**, kako su oni definirani u međunarodnom humanitarnom pravu, tamo gdje postoji posebna pravna odredba za zaštitu i pomoć koju treba dati onima koji ne učestvuju u sukobu. Konkretno, Ženevska konvencija iz 1949. i Dodatni protokoli iz 1977. nameću obaveze stranama u međunarodnim oružanim sukobima i sukobima koji nisu međunarodni.

Naglašavamo opći imunitet civilne populacije od napada i odmazde, a posebno važnost principa **razlike** između civila i boraca i između civilnih objekata i vojnih ciljeva, principa **proporcionalnosti** u upotrebi sile i **opreza** u napadu, dužnost da se suzdrži od upotrebe oružja koja su neselektivna ili koja, po svojoj prirodi, nanose suviše povrede ili nepotrebne patnje i dužnost da se omogući nepristrasna pomoć. Velik dio patnje nanesene civilima koja se može izbjeći u oružanim sukobima proizlazi iz nepoštivanja ovih osnovnih principa.

(II) Pravo da se **traži azil ili utočište** je i dalje od vitalnog značaja za zaštitu onih koji se suočavaju sa progonom i nasiljem. Oni koji su pogođeni katastrofom ili sukobom često su prisiljeni napustiti svoje domove u potrazi za sigurnošću i sredstvima za život. Odredbe Konvencije o statusu izbjeglica iz 1951. (s izmjenama i dopunama) i drugi međunarodni i regionalni ugovori osiguravaju osnovne mjere zaštite za one koji ne mogu dobiti zaštitu od države njihovog državljanstva ili prebivališta, a koji su prisiljeni tražiti sigurnost u drugoj zemlji. Glavni među njima je princip **zabrane protjerivanja**: tj. niko ne može biti vraćen u zemlju u kojoj bi bili ugroženi njegov život, sloboda ili fizička sigurnost ili gdje će se vjerovatno suočiti sa mučenjem ili drugim okrutnim, neljudskim ili ponižavajućim postupanjem ili kaznom. Isti princip vrijedi, samim tim, za interno raseljene osobe, što se odražava u međunarodnom pravu o ljudskim pravima i razrađeno je u Smjernicama o internoj raseljenosti iz 1998. i regionalnim i nacionalnim pravima

Naša obaveza

8. Mi nudimo naše usluge u uvjerenju da se pogođena populacija nalazi u središtu humanitarne akcije, i prepoznajemo da je njeno aktivno učestvovanje neophodno za pružanje pomoći na način koji najbolje zadovoljava njene potrebe, uključujući i one ranjive i socijalno isključene osobe. Nastojat ćemo podržati lokalne napore kako bi se spriječile katastrofe, kako bi se pripremilo i reagiralo na njih i efekte sukoba, te za jačanje kapaciteta lokalnih aktera na svim nivoima.

9. Svjesni smo da pokušaji da se pruži humanitarnu pomoć mogu ponekad imati i neželjene štetne efekte. U saradnji sa pogođenim zajednicama i vlastima imamo cilj da se u humanitarnoj akciji minimiziraju negativni efekti na lokalnu zajednicu ili na životnu sredinu. S obzirom na oružani sukob, prepoznajemo da način na koji se daje humanitarna pomoć potencijalno može više civila učiniti ranjivim na napad, ili može povremeno dovesti do nenamjerne prednosti jednoj ili više strana u sukobu.

10. Djelovat ćemo u skladu sa principima humanitarne akcije navedenim u ovoj povelji i specifičnim smjernicama Kodeksa ponašanja Međunarodnog pokreta Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca i nevladinih organizacija (NVO) u katastrofama (1994).

11. Osnovni *Sphere* standardi i minimalni standardi daju praktičnu zajedničku osnovu principima iz ove povelje, a zasnivaju se na razumijevanju agencija o osnovnim minimalnim uvjetima za život s dostojanstvom i njihovom iskustvu u pružanju humanitarne pomoći. Iako postizanje standarda zavisi od niza faktora, od kojih mnogi mogu biti izvan naše kontrole, obavezujemo se da ćemo ih dosljedno pokušavati postići i očekujemo da ćemo biti smatrani odgovornima u skladu s tim. Pozivamo sve strane, uključujući pogođene i donatorske vlade, međunarodne organizacije, privatne i nedržavne aktere da usvoje Osnovne standarde *Sphere* i minimalne standarde kao prihvaćene norme.

12. Pridržavanjem osnovnih standarda i minimalnih standarda, obavezujemo se da ćemo učiniti sve napore kako bi osigurali da ljudi pogođeni katastrofama ili sukobom imaju pristup barem minimalnim potrebama za život s dostojanstvom i u sigurnosti, uključujući i odgovarajuću vodu, sanitarne uvjete, hranu, ishranu, sklonište i zdravstvenu njegu. U tu svrhu, i dalje ćemo se zalagati da države i druge strane ispunjavaju svoje moralne i zakonske obaveze prema pogođenom stanovništvu. Što se nas tiče, obavezujemo se da ćemo učiniti da naše reakcije budu efektivne, primjerene i odgovorne, kroz dobru procjenu i praćenje razvoja lokalnog konteksta te kroz transparentnost informacija i donošenja odluka i kroz djelotvorniju koordinaciju i saradnju s drugim relevantnim akterima na svim nivoima, kako je navedeno u osnovnim standardima i minimalnim standardima. Konkretno, obavezujemo se da radimo u partnerstvu sa pogođenim stanovništvom, s naglaskom na njihovo aktivno učestvovanje u reakciji. Svjesni smo da naša osnovna odgovornost mora biti usmjerena prema onima kojima želimo pomoći.



Principi zaštite



Kako koristiti ovo poglavlje

Humanitarna akcija sastoji se od dva glavna stuba: zaštite i pomoći. Veći dio ovog priručnika, posebno tehnička poglavlja, spadaju u djelokrug pomoći, dok se ovo poglavlje fokusira na zaštitu. Zasniva se na Povelji o humanitarnoj pomoći i odnosi se na humanitarne organizacije i njihov doprinos u zaštiti onih koji su u opasnosti od nasilja i prisile. Općenito, odnosi se na ulogu koje imaju organizacije u osiguravanju poštivanja i ostvarivanje prava navedenih Poveljom o humanitarnoj pomoći, uključujući i pristup pomoći.

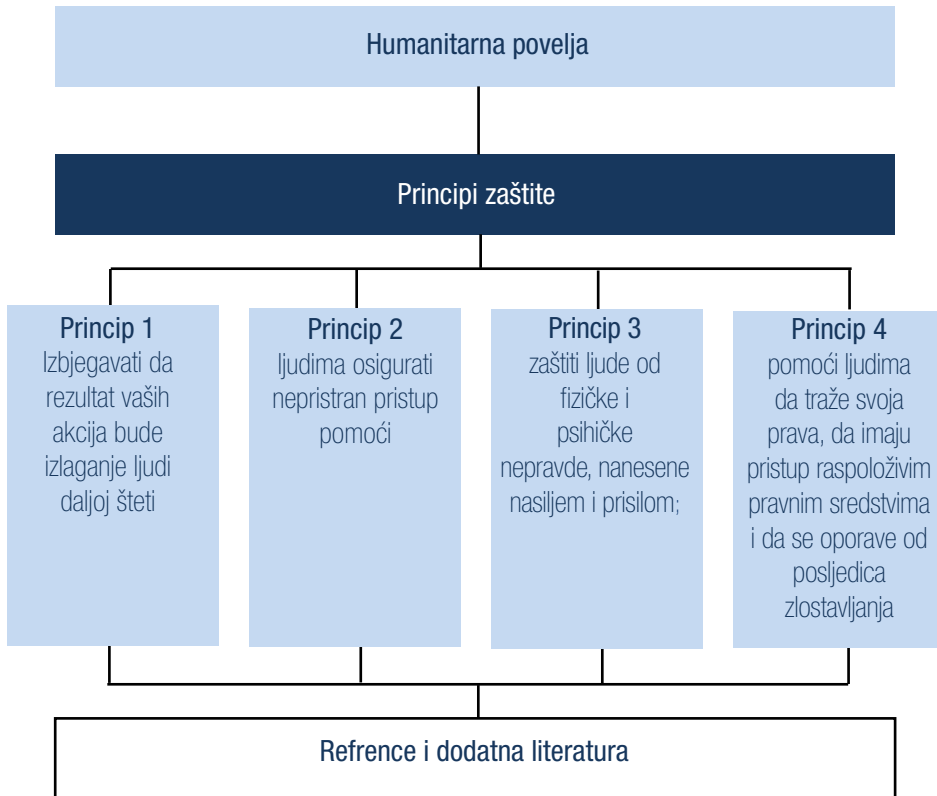
Poglavlje je podijeljeno na dva dijela:

- **uvod**, koji definira opće odgovornosti svih učesnika u kriznim situacijama, što bi trebalo pomoći u zaštiti stanovništva pogođenog katastrofom i u poštivanju njihovih prava;
- četiri **principa zaštite** čine osnovu svim humanitarnim aktivnostima i obuhvataju osnovne elemente zaštite u reagiranju na katastrofe. Nadopunjena su smjernicama koje tačno definiraju ulogu humanitarnih organizacija u zaštiti. Referentno poglavlje uključuje i druge standarde i materijale koji se odnose na više specijaliziranih područja u zaštiti.

Sadržaj

Uvod	25
Principi zaštite	28
Reference i dodatna literatura	37





Uvod

Zaštita i humanitarno djelovanje

Pitanje zaštite odnosi se na sigurnost, dostojanstvo i prava ljudi pogođenih katastrofom ili oružanim sukobom. Povelja o humanitarnom djelovanju sažima osnovna prava koje treba uzeti u obzir pri reagiranju na katastrofu. Ovo poglavlje tiče se načina kako ova prava treba usmjeriti na humanitarnu pomoć iz perspektive zaštite, a naročito načina kako agencije mogu pomoći da pogođeno stanovništvo izbjegne daljnju štetu i na taj način postignu veću zaštitu i sigurnost. Osnovni problemi humanitarne zaštite u tom kontekstu su sprečavanje svih oblika nasilja i prisile, kako bi se spriječilo namjerno kršenje resursa za dostojno preživljavanje.

Ova pitanja čine osnovu za **četiri osnovna principa zaštite** koja usmjeravaju cjelokupnu humanitarnu aktivnost:

1. izbjegavati da rezultat vaših akcija bude izlaganje ljudi daljnjoj šteti.
2. ljudima osigurati nepristran pristup pomoći – srazmjerno potrebama i bez diskriminacije;
3. zaštititi ljude od fizičke i psihičke nepravde, nanesene nasiljem i prisilom;
4. pomoći ljudima da traže svoja prava, da imaju pristup raspoloživim pravnim sredstvima i da se oporave od posljedica zlostavljanja.



S gledišta humanitarnog djelovanja, ova četiri principa su odraz ozbiljnih prijetnji sa kojima se ljudi najčešće suočavaju tokom sukoba ili prirodnih katastrofa. Smjernice se odnose na odgovornost i na mogućnosti kojima raspolažu organizacije, kao i posebnu potrebu za zaštitom.

Četiri principa zaštite proizlaze iz prava utvrđenih Poveljom o humanitarnoj pomoći: pravo na dostojanstven život, pravo na humanitarnu pomoć i pravo na zaštitu i sigurnost.

Shvatanje principa zaštite

Slijedi kratki vodič za tumačenje principa zaštite.

Princip 1 (sprečavanje dodatne štete) odnosi se na rješavanje pitanja zaštite koje mogu biti uzrokovane ili pogoršane humanitarnim odzivom. Kako je to navedeno u Povelji, oni koji su uključeni u humanitarnu pomoć trebaju uraditi sve kako bi se razumno izbjegla izloženost ljudi pogođenih katastrofom ili oružanim sukobom daljnjoj šteti, npr. izgradnja naselja sa za raseljene osobe u područjima koja su nesigurna.

Princip 2 (osigurati dostupnu nepristrasnu pomoć) ima odgovornost da osigura pristup humanitarnoj pomoći svakome kome je potrebna, naročito onima koji su ranjiva grupa ili kojima prijeti isključenje iz političkih ili nekih drugih razloga. Onemogućavanje pristupa neophodnoj pomoći je glavno pitanje zaštite. To može, između ostalog, biti siguran pristup humanitarnim organizacija za pružanje pomoći.

Princip 3 (zaštita ljudi od nasilja) odnosi se na zaštitu od nasilja ili zaštitu od prisile ili poticanja ljudi da se djeluju protiv svoje volje, npr. uzimanje oružja, nasilno iseljavanje ili sprečavanje kretanja ili ponižavajuće postupanje ili kažnjavanje. Odnosi se na sprečavanje ili ublažavanje fizičkih i psihičkih ozljeda, uključujući širenje straha i namjernog teroriziranja i panike.

Princip 4 (pomoć u ostvarivanju prava, prava na naknadu i sredstva za oporavak od posljedica zlostavljanja) odnosi se na ulogu humanitarnih organizacija u pružanju pomoći žrtvama u provođenju njihovih prava i osiguravanje pristupa pravnim sredstvima, kao što su pravne naknade, kompenzacije ili povrat imovine. Ovaj se princip odnosi, također, i na prevladavanje posljedica silovanja ili općenito pomoć ljudima u prevladavanju posljedica od fizičkog, psihičkog, društvenog ili ekonomskog poniženja.

Zajedno sa smjericama, ova četiri principa opisuju što humanitarne organizacije mogu i trebaju učiniti kako bi zaštitili stanovništvo pogođeno katastrofom. Važno je napomenuti da je uloga i odgovornost organizacija u ovom kontekstu sekundarna. Kako je navedeno u povelji, ova uloga trebala bi biti od glavnog značaja za državu ili druge relevantne predstavnike vlasti, npr. sukobljene strane koje okupiraju ili kontroliraju teritoriju. Takvi predstavnici vlasti imaju propisanu zakonsku odgovornost i za dobrobit ljudi unutar njihove teritorije ili teritorije koji kontroliraju ili, općenito, da zaštite civile u oružanim sukobima.

U konačnici samo ti organi vlasti mogu osigurati pogođenom stanovništvu sigurnost svojim djelima ili propustima. Ključna uloga organizacija može biti u poticanju ili uvjeravanju da to rade i pomognu ljudima u suočavanju sa posljedicama, kada vlasti ne ispunjavaju svoje obveze.

Provođenje principa zaštite

Kako bi se zadovoljili standardi iz ovog priručnika, **sve** humanitarne organizacije trebale bi se voditi principom zaštite, čak i ako oni nemaju jasan mandat ili profesionalne sposobnosti za pružanje zaštite.

Principi nisu "apsolutni" jer smo svjesni da određene okolnosti ograničavaju sposobnost organizacije da ispuni kriterije, posebno princip 3, koji neke organizacije nisu u stanju ispuniti. Ipak su principi odraz univerzalne humanitarne brige i uvijek se trebaju voditi humanitarnim aktivnostima.

Veliki broj humanitarnih organizacija vodi se svojim principima ili specifičnim ulogama koje se bave najranjivijim grupama. Neke od ovih agencija provode aktivnosti zaštite kao samostalne programe ili projekte ili u okviru "grupe" ili "sektora za zaštitu" sa namjenskim sredstvima i specijaliziranim osobljem. U 2011. godini Globalna grupa za zaštitu obuhvatila je koordinacijsku strukturu sa tačkama fokusiranim na sljedeće:

- zaštita djece,
- nasilje bazirano na spolu,
- stanovanje, zemlja i vlasništvo,
- zaštita od mina,
- zakon i pravosuđe.

Ovaj spisak prikazuje nam specifična područja zaštite. Spisak nije obiman, ali iz njega se vidi da postoje mnogi drugi specifični problemi u oblasti zaštite.

Za mnoge od ovih i za druge vrste zaštite, kao što je zaštita civila i zaštita raseljenih osoba kod prirodnih nepogoda, razvijeni su specifični standardi i smjernice koje nisu dio *Sphere*. Ovdje su popisani kao reference i mogu se naći na kraju ovog poglavlja. Ovo poglavlje je osmišljeno kako bi se dopunili ovi standardi.

Različiti načini djelovanja zaštite

Četiri principa zaštite primjenjuju se jednako za specijalizirane aktivnosti zaštite i opće humanitarne aktivnosti, iako se međusobno mogu razlikovati. Aktivnosti vezane uz zaštitu svih humanitarnih agencija mogu se svrstati u širem smislu na tri sljedeća načina, koja su međusobno zavisna i mogu se provoditi istovremeno.

Prevenција: spriječiti fizičke prijetnje ili kršenje prava nastalo zbog pojave ili smanjenja izloženosti opasnostima ili ranjivosti zbog takvih prijetnji ili zlostavljanja. Sprečavanje sigurnosnih prijetnji također podrazumijeva i angažman samog okruženja u poštivanju prava žena, muškaraca, djevojaka i mladića svih starosnih dobi u skladu sa međunarodnim pravom.



Odgovor: trenutno zaustaviti nasilje, reagirati na nasilničke incidente i druge vrste ponižavanja.

Posredovanje: eliminirati posljedice trenutnog ili prošlih zlostavljanja kroz naknadu štete, rehabilitaciju i pružanje zdravstvene brige, psihosocijalne pomoći, pravne pomoći i drugih usluga i pomoći pogođenom stanovništvu u pristupu raspoloživim sredstvima i ostvarivanju njihovih prava.

Zagovaranje, bez obzira da li je javno ili privatno, zajednički je element koji spaja ova tri načina aktivnosti. Prijetnje pogođenom stanovništvu proizvod su svjesnih odluka, radnji ili politika, i mnogi od sigurnosnih odgovora predstavljaju pokušaje da se takva ponašanja i politike primijene. Zagovaranje humanitarnih organizacija, kao što su organizacije za zaštitu ljudskih prava, od ključnog je značaja i utjecaja na takve promjene. U humanitarnim organizacijama može doći do neodlučnosti i dileme da li da "progovore" o zlostavljanjima, ili da nastave svoje, i ova dilema može diktirati da li će se i kako zagovarati određene teme. Tamo gdje se zagovaranje odvija, njegov uspjeh generalno zavisi od pouzdanosti dokaza, analizama drugih učesnika, kao i analiza konteksta. Stoga je zagovaranje povezano sa procjenom standarda u osnovnim standardima (vidi Osnovni standardi 3 na 52. str.). Kao što smjernice u nastavku pojašnjavaju, korištenje bilo kakvog dokaza, kao što je izjava svjedoka koja omogućava identificiranje izvora informacija, može biti krajnje osjetljivo i može ljude dovesti u opasnost pa ga je potrebno provesti sa najvećom pažnjom (vidi Princip zaštite 1, smjernica 8 na 29. str.).

Principi zaštite

Princip zaštite 1: Izbjeći izlaganje ljudi daljnjoj nepravdi zbog svojih postupaka

Ovaj princip odnosi se na korake koje poduzmu humanitarne organizacije kako bi se izbjegli ili na najmanju moguću mjeru svele štetne posljedice njihovog djelovanja, naročito rizik od izlaganja ljudi, i time povećanje opasnosti ili zloupotreba njihova prava.

Ovaj princip sadrži sljedeće elemente:

- oblik humanitarne pomoći i sredina u kojoj se odvija neće više ljude izlagati fizičkim opasnostima, nasilju ili drugim zlostavljanjima;
- pomoć i zaštita neće potkopavati sposobnost samozaštite pogođenog stanovništva;
- humanitarne organizacije rukovode osjetljivim informacijama na način da ne ugrožavaju sigurnost nosilaca informacija ili onih koji se mogu prepoznati kroz dobivene informacije.

Smjernice

Procjena okolnosti i predviđanje posljedica humanitarnih akcija za sigurnost i dobrobit stanovništva pogođenog katastrofom.

1. **Izbjegavati saučesništvo** u zloupotrebi prava. Ponekad je teško donijeti odluku ili procjenu, npr. kada ste suočeni sa odlukom da li pomoći ljudima koji su protiv svoje volje zatočeni u logorima. Takve se osude moraju donijeti na individualnoj osnovi i uvijek se trebaju sagledati u primijenjenim okolnostima i uz ponovnu procjenu.
2. **Spisak pitanja kao podsjetnik:** pri analizi aktivnosti, uobičajeno se teba voditi spiskom sljedećih pitanja (koji nije konačan), koja mogu biti kao podsjetnik, u smislu cjelokupnog humanitarnog odaziva i konkretne akcije:
 - Kakvu će korist od naših aktivnosti imati pogođeno stanovništvo?
 - Koje su to nenamjerne negativne posljedice našeg djelovanja za sigurnost ljudi i kako ih možemo izbjeći ili umanjiti posljedice?
 - Da li se pri provođenju aktivnosti uzimaju u obzir prijetnje sigurnosti sa kojima se suočava ugroženo stanovništvo? Da li te aktivnosti mogu osujetiti sopstvene napore ljudi da se zaštite?
 - Da li aktivnosti diskriminiraju neku grupu ljudi ili se mogu prepoznati kao diskriminirajuće?
 - Da li aktivnosti štite prava ljudi koji su marginalizirani kroz historiju ili su bili diskriminirani na neki način?

- Kod zaštite i promoviranja prava takvih grupa, kakav će biti utjecaj na odnose unutar i izvan zajednice?
- Mogu li aktivnosti pogoršati postojeće podjele u zajednici ili podjele među susjednim zajednicama?
- Mogu li aktivnosti nehotice osnažiti ili ojačati naoružane ili neke druge grupe ?
- Mogu aktivnosti postati predmet kriminalne eksploatacije?

3. **Posavjetujte se sa različitim segmentima** pogođenog stanovništva ili organizacijama u koje imate povjerenja, s ciljem procjene potencijalnih pozitivnih i negativnih posljedica na cjelokupnu akciju i specifične aktivnosti.
4. **Oblik pružanja pomoći** može učiniti ljude ranjivijim. Vrijedna roba, kao što su suhi obroci, može biti predmet pljačke, koja može izložiti ljude opasnosti ili gladi. Tamo gdje postoji visoki rizik razmotriti druge oblike pomoći (naprimjer, ponuditi tople obroke u javnim kuhinjama ili centarima za hranu). Ugroženim zajednicama treba konsultirati u vezi sa time na koji način žele da im se pruži pomoć.
5. **Okrugljenje u kojemu se pruža pomoć** trebalo bi biti sigurno, ukoliko je to moguće. Ljudi koji je pomoć potrebna ne smiju biti primorani da putuju ili putuju kroz opasna područja. Kampovi ili naselja trebaju što sigurniji za stanovništvo i trebaju biti smješteni što dalje od područja koji su predmet napada ili druge vrste opasnosti.



Samozaštita pogođenog stanovništva

6. **Shvatiti na koje načine i kojim sredstvima** se ljudi pokušavaju zaštititi, zaštititi svoju porodicu i zajednicu. Treba podržati zajednicu u samopomoći (vidi Princip zaštite 3, smjernica 13–14 na str. 33-34). Načini na koje humanitarne organizacije interveniraju ne trebaju ugroziti sposobnost ljudi da se samozaštite i da zaštite druge, uključujući i selidbu u sigurnija područja i izbjegavanje kontakta sa naoružanim grupama.
7. **Egzistencijalne potrebe:** treba pomoći ljudima u pronalaženju načina da zadovolje egzistencijalne potrebe. To npr. može biti voda, drva za ogrijev, gorivo koje će ljudima pomoći u njihovim svakodnevnim potrebama bez neke opasnosti i mukotrpnih putovanja. Ovo bi se više odnosilo na starije ljude, žene, djecu i invalide.

Korištenje osjetljivih informacija

8. **Zaštita podataka** može biti osjetljivo pitanje. Humanitarne organizacije trebale bi imati jasna pravila i procedure kao smjernice za radnike o tome kako da reaguju ako saznaju ili budu svjedoci kršenja prava i o povjerljivosti sa tim povezanih informacija. Članovi osoblja trebali bi znati kako da naprave izvještaj o nekom događaju ili saznanju.
9. **Prenošenje povjerljivih informacija:** informacije o kršenjima prava je možda bolje priopćiti osobama s odgovarajućim ovlastima, kako bi se osigurala sigurnost. Ove osobe, također, mogu biti prisutne i u drugim područjima, a ne samo tamo gdje su pronađene informacije .

10. **Pravila o prenošenju povjerljivih informacija:** trebaju da budu dostupna i trebaju sadržati izvještaje o incidentima ili analizu trendova. Mora biti jasno navedeno na koji način rukovoditi osjetljivim informacijama i okolnostima pod kojima se informacije trebaju iznijeti. Ukoliko je moguće, organizacije trebaju tražiti da pojedinci pristanu na upotrebu takvih informacija. Bilo kakvo iznošenje takve vrste informacija treba uraditi na način da se izvor informacija ili osobe koje su sa njima povezane ne dovedu u opasnost.
11. **Informacije o konkretnim zloupotrebama i kršenjima prava** treba prikupiti samo ako je njihova namjena jasna i ako su definirane pojedinosti njihove namjeravane upotrebe. Takve povjerljive informacije trebaju prikupiti organizacije sa mandatom zaštite ili one koje imaju potrebne kapacitete, vještine, sisteme i postupke. Prikupljanje informacija je uvjetovano pristankom na pružanje takvih informacija i u svakom slučaju neophodna je suglasnost pojedinca da se te informacije dijele sa trećom stranom.
12. **Treba procijeniti moguću reakciju vlade** ili relevantnog nivoa vlasti na prikupljanje ili korištenje informacija o zloupotrebi. Možda će se morati napraviti izbor između potrebe za nastavkom djelovanja, sa jedne, i potrebe za korištenjem informacija, sa druge strane. Izbor između ove dvije alternative može biti različit od organizacije do organizacije.

Princip zaštite 2: Ljudima treba omogućiti pristup nepristranoj pomoći – u skladu sa potrebama i bez diskriminacije

Ljudi mogu pristupiti humanitarnoj pomoći prema njihovim potrebama i bez negativne diskriminacije. Pomoć nije uskraćena ljudima kojima je potrebna, a pristup humanitarnih organizacija pruža sve što je potrebno kako bi se zadovoljili *Sphere* standardi.

Principi se sastoje od sljedećih elemenata:

- osigurati pristup humanitarnoj pomoći svim grupama pogođene populacije,
- bilo kakvo namjerno lišavanje dijela stanovništva sredstava za život uvijek treba preispitati na osnovu relevantnih propisa i općih humanitarnih principa, kako je to opisano u Humanitarnoj povelji,
- pogođeno stanovništvo prima pomoć na osnovu svojih potreba i nije diskriminirano po bilo kojim osnovama.

Smjernice

Održavanje pristupa

1. **Tamo gdje stanovništvo nije u mogućnosti podmiriti osnovne životne potrebe**, a nadležni organi nisu u mogućnosti osigurati potrebnu pomoć, ne smije im se uskratiti nepristran pristup humanitarnim organizacijama. Takvo uskraćivanje može biti u suprotnosti sa međunarodnim pravom, posebno u situacijama oružanog sukoba.

2. **Nadgledanje pristupa:** pažljivo pratiti pristup pogođenog stanovništva humanitarnoj pomoći, posebno najugroženijoj grupi ljudi.
3. **Pristup humanitarnoj pomoći i sloboda kretanja** usko su povezani (vidjeti Princip zaštite 3, smjernice 7–9 na str. 33). Nadzor pristupa podrazumijeva prepreke kao što su kontrolne tačke, blokade ili minska polja. Kada je riječ o oružanom sukobu, zaraćene strane mogu postaviti kontrolne tačke, ali ovakve barijere ne smiju biti diskriminirajuće za ljude zahvaćene sukobom ili neopravdano ometati ljude da pristupe humanitarnoj pomoći. Treba poduzeti posebne mjere kako bi se osigurala jednakost pristupa za pogođene osobe u udaljenim ili nepristupačnim područjima.
4. Treba poduzeti **posebne mjere** za olakšavanje pristupa najugroženijom grupama, uzimajući u obzir situaciju, društvene i kulturne običaje i ponašanje zajednica. Takve mjere mogu uključiti izgradnju sigurnog prostora za ljude koji su bili žrtve nasilja, kao što je silovanje ili trgovina ljudima ili označiti mjesto za lakši pristup kada je riječ o osobama s invaliditetom. Ove mjere trebaju služiti da se izbjegne stigmatizacija ovih grupa (vidjeti Osnovni standarde 3, smjernice 5–6 na str. 53-54.).

Odbijanje pomoći ili pristupu egzistencijalnim potrebama:

5. **Pravo na primanje humanitarne pomoći:** kako je i navedeno u Humanitarnoj povelji, pogođeno stranovništvo ima pravo primiti humanitarnu pomoć. Ovo pravo proizilazi iz niza pravnih normi i pravila koja su dio međunarodnog prava. Tačnije, međunarodno humanitarno pravo sadrži niz relevantnih odredbi o pristupu pomoći i o zaštiti objekata neophodnih za preživljavanje civilnog stanovništva (od dodatnih protokola I i II iz 1977. do Ženenvskih konvencija 1949.). Humanitarne organizacije mogu promovirati poštivanje relevantnih zakona (vidjeti, također, Princip zaštite 3, smjernice 3–4 na str. 32).

Osiguravanje nediskriminacije

6. **Nepriistrasnost:** humanitarne agencije trebaju dati prioritet ljudima kojima je pomoć potrebna na osnovu njihovih potreba i osigurati pomoć proporcionalno njihovim potrebama. Ovaj princip nepriistrasnosti potvrđen je Kodeksom ponašanja za Međunarodni pokret Crveni križ / krst i Crveni polumjesec i nevladine organizacije za pomoć u katastrofama (vidi Dodatak 2, str. 318, kao i Humanitarnu povelju, str. 15). Humanitarne se organizacije ne trebaju samo usredotočiti na određenu grupu (npr. raseljene osobe u kolektivnim centrima), ako će to ići na štetu drugog dijela ugroženog stanovništva.
7. **Ugroženo stanovništvo ne treba imati poseban pravni status** da bi moglo primiti humanitarnu pomoć i da bi se zaštitilo.



Princip zaštite 3: Ljude zaštititi od fizičkih i psihičkih povreda koje proizlaze iz nasilja i prisile

Ljudi su zaštićeni od nasilja, prisile ili postupaka protiv njihove volje i straha od iskorištavanja.

Principi se sastoje od sljedećih elemenata:

- poduzeti sve potrebne mjere kako se ugroženo stanovništvo ne bi izložilo nasilnom napadu, bilo suočavanjem s izvorom prijetnje ili pružanjem pomoći ljudima da izbjegnu opasnost,
- poduzeti sve mjere kako ugroženo stanovništvo ne bi bilo predmetom nasilja, prisile ili postupaka protiv njihove volje na načine koji im mogu naškoditi ili kršiti njihova prava (npr. slobode kretanja),
- potvrditi se i pomoći ugroženom stanovništvu da se osjećaju sigurno, da povrate dostojanstvo, uključujući mehanizme samopomoći u datoj zajednici.

Smjernice

Zaštita od nasilja i prisile

1. **Primarna odgovornost zaštite ljudi** od prijetnji opasnih po život i njihovu sigurnost leži u vladi i drugim nadležnim organima (vidjeti Humanitarnu povelju, str. 15). Za vrijeme oružanog sukoba, zaraćene strane moraju zaštititi civilno stanovništvo i one koji su položili oružje. Analizirajući značenje u smislu razlika u vrsti prijetnja stanovništvu, humanitarne agencije trebaju ustanoviti ko ima pravnu odgovornost i/ili stvarnu sposobnost pružanja zaštite.
2. **Pomoć umanjuje druge prijetnje:** ovo podrazumjeva pružanje pomoći na takav način da se ljudi osjećaju zaštićeno i sigurno ili uputiti ljude da poduzmu korake (zagovaranjem ili neki drugi način) kako bi smanjili izloženost riziku.
3. **Monitoring i izvještavanje:** humanitarne organizacije trebaju razmotriti svoju odgovornost kada je riječ o praćenju i izvještavanju o teškim povredama prava. Također se trebaju zalagati za prava ugroženog stanovništva zajedno sa nadležnim vlastima i učesnicima, podsjećajući ih na njihove obaveze. Mogu djelovati na različite načine, uključujući diplomaciju, lobiranje i javno zagovaraje, imajući na umu uputstva za upravljanje osjetljivim informacijama (vidi Princip zaštite 1, str. 28).
4. **Za vrijeme oružanog sukoba** humanitarne organizacije trebaju uzeti u obzir i nadgledanje institucija koje su pod posebnom zaštitom i koje su pod zaštitom međunarodnog humanitarnog zakona, kao što su škole i bolnice, trebaju da izvještavaju o svakom napadu na njih. Organizacije, također, trebaju uložiti napore da smanje rizike i nasilne otmice ili nasilno regrutiranje do kojih može doći na tim lokacijama.
5. **Gdje eksplozivne naprave predstavljaju prijetnju ugroženom stanovništvu** humanitarne organizacije trebaju koordinirati sa nadležnim organima vlasti i organizacijama specijaliziranim za otklanjanje minskih polja i neeksplozivnih ubojitih sredstava. Ovakva vrsta opasnosti može naročito doći do izražaja u situacijama gdje se stanovništvo vraća u svoje domove po okončanju oružanog sukoba.

- 6. Politički faktori, faktori u provođenju zakona i vojni faktori** imaju značajnu ulogu u zaštiti ljudi od zlopotrebe i kršenja njihovih prava. Konačno, politika je ta koja može naći rješenja za osnovne probleme koji su često u srži sigurnosnih pitanja. Sigurnosne agencije i agencije za provođenje zakona, npr. policijske i vojne snage, uključujući i mirovne snage, mogu i trebaju igrati važnu ulogu u provođenju fizičke sigurnosti ljudi u rizičnim situacijama. Agencije mogu upozoriti nadležne na kršenje prava. Takve intervencije sa vojnim kontingentima, njihovim zapovjednicima ili nadležnima pod čijom kontrolom takve sile djeluju, mogu biti ključni korak u zaustavljanju nasilja uz pomoć vojnih snaga.

Sloboda kretanja

- 7. Ljudi se ne smiju prisiljavati da ostanu** ili da idu na mjesta koja nisu njihov izbor (npr. kolektivni centri) niti se smije neosnovano ograničiti njihova kretanja. Do ograničavanja slobode kretanja i izbora stanovanja smije doći samo ukoliko postoje ozbiljni sigurnosni ili zdravstveni razlozi i trebaju biti proporcionalni cilju. U svakom slučaju, ljudi ugroženi konfliktom ili nepogodama imaju pravo zatražiti azil.
- 8. Evakuacija:** humanitarne organizacije se trebaju uključiti u evakuaciju iznimno i u ekstremnim situacijama, i to onda kada se pomoć ili zaštita ne mogu pružiti na drugačiji način, a ozbiljna su prijetnja po život, sigurnost i zdravlje ljudi.
- 9. Ne treba poticati pogođeno stanovništvo na ostanak u opasnom području,** niti na njihov povratak ili na preseljenje kada ne postoji potpuni pristup svim informacijama o stanjima u tim područjima.



Posebne povrede kod nasilja i prisile

- 10. Ugrožene osobe:** treba obratiti pažnju na pojedinačne, društvene i kontekstualne faktore, kako bi se utvrdilo ko su osobe koje su najosjetljivije na određene rizike i prijetnje. Mogu biti potrebne posebne mjere za one koji se naročito izloženi rizicima, kao što su žene, djeca, prisilno raseljene osobe, osobe s invaliditetom i vjerske ili etničke manjine.
- 11. Sigurno okruženje za djecu:** organizacije bi trebale djeci osigurati pristup sigurnom okruženju. Porodica i zajednica trebaju dati svoj doprinos kako bi djeca bila na sigurnom i zaštićena.
- 12. Djeca, naročito kada su odvojena od svoje porodice** ili su bez prisustva odrasle osobe, vrlo lako mogu biti zlostavljena ili iskorištena u nepogodama ili sukobima. Organizacije trebaju poduzeti sve neophodne mjere kako bi djecu zaštitili da budu vojno regrutirana i ukoliko su povezani sa vojnim snagama, trebaju raditi na njihovom hitnom demobiliziranju i reintegraciji.
- 13. Žene i djevojke su pod naročitim rizikom** i lakše dolazi do nasilja. Kao doprinos zaštiti ovih grupa, humanitarne organizacije trebaju razmotriti mjere za smanjenje mogućih rizika, uključujući trgovinu ljudima, prisilnu prostituciju, silovanje ili nasilje u porodici. Također trebaju provesti standarde i instrumente kako bi spriječili i iskorijenili praksu zlostavljanja i iskorištavanja. Takva neprihvatljiva praksa može uključiti posebno ranjive osobe, kao što su izolirane ili onesposobljene žene, prisiljene na trgovinu seksualnim uslugama kako bi dobile humanitarnu pomoć.

Zajednica koja se zasniva na socijalnoj podršci i samopomoći

- 14. Mehanizmi zaštite i psihosocijalne pomoći za porodicu i zajednicu:** treba promovirati održavanje porodice na okupu, ljude učiti na koji način zaštititi djecu da ne dođu u situaciju da se odvoje od svoje porodice, promovirati adekvatnu brigu za djecu i drugim članovima odvojenim od svoje porodice. Gdje je god to moguće porodicu zadržati na okupu i omogućiti osobama iz istog sela ili iste mreže podrške da žive na istom području.
- 15. Treba podržavati zajednicu u aktivnostima samopomoći:** kao što su npr. grupe žena koje rade na rješavanju problema vezanih za nasilje nad ženama, grupa mladih koji se samostalno izdržavaju, grupe roditelja koje pružaju podršku pozitivnoj interakciji sa djecom i uključuju roditelje sa malom djecom i djecom sa poteškoćama u razvoju, grupe mladih koji informiraju o opasnostima kao što su mine, grupe koje okupljaju ljude koji su izgubili roditelje, starije osobe i osobe s invaliditetom.

Princip zaštite 4: Treba pomoći ljudima da ostvare svoja prava, pristupe liječenju i oporave od zlostavljanja

Pomoći ugroženom stanovništvu da traži svoja prava kroz informacije, dokumentaciju i pomoć u potrazi za pravim lijekom. Treba podržati ljude na odgovarajući način da se oporave od fizičkog, psihičkog i socijalnog nasilja i drugih zloupotreba.

Principi se sastoje od sljedećih elemenata:

- pomoći ugroženom stanovništvu da ostvari svoja prava i dođu do pravne pomoći od vlade ili iz drugih izvora i informirati ljude o njihovim pravima i raspoloživim sredstvima,
- pomoći ugroženim osobama u osiguranju dokumentacije potrebne kako bi ostvarili svoja zakonska prava,
- pomoći ugroženim osobama da se oporave kroz programe psihosocijalne pomoći i pomoći zajednice.

Smjernice

Pomoć ugroženim osobama u ostvarivanju svojih prava

- 1. Vlada i drugi nadležni organi odgovorni su** da se prava ugroženih osoba ispoštuju i ispune. Da li kroz sisteme zakona ili druge kanale, humanitarne organizacije trebaju razmotriti kako pomoći ugroženom stanovništvu da svoja prava ostvare.
- 2. Prava:** organizacije trebaju informirati ugrožene osobe o njihovim pravima unutar određenog programa pomoći, a prema zakonima i propisima zemlje o kojoj je riječ. Treba obratiti posebnu pažnju na ponovno uspostavljanje prava ljudi na stanovanje, zemlju i imovinu.

- 3. Informiranost i savjetovanje:** ugroženo stanovništvo treba informirati kroz nadležne organe i humanitarne organizacije na jeziku i na način koji mogu razumjeti. Trebali bi biti uključeni u smisleni proces savjetovanja koji se tiče odluka u vezi sa njihovim životima, bez stvaranja dodatnih rizika (vidjeti Osnovni standardi 1, str. 47). Ovo je samo jedan od načina da svoja prava i ostvare.

Dokumentacija

- 4. Pribaviti ili zamijeniti izgubljenu dokumentaciju:** humanitarne organizacije trebaju pomoći ugroženom stanovništvu da pribave ili zamjene izgubljenu dokumentaciju kako bi ostvarili svoja prava. Međutim, da bi imali pristup cijelom nizu prava, obično je potrebna neka vrsta dokumentacije ili identifikacije, kao što je rodni list, vjenčani list, pasoš ili zemljišni list. Pristup određenoj dokumentaciji je važan nakon katastrofe, ali u većini zemalja vlasništvo nije jasno dokumentirano zakonskim odredbama i može postati glavni kamen spoticanja. Potvrdu o smrti treba organizirati kako bi rodbina izbjegla finansijske i pravne probleme. Smrtovnice je obično nemoguće osigurati kada je riječ o neceremonijalnom ukopu, takvu vrstu prakse treba izbjegavati.
- 5. Pravna dokumentacija** koju je izdala vlada ili relevantni nadležni organi ne smije se mješati s dokumentima koje su izdale humanitarne organizacije, kao što su registracija, bonovi za hranu ili bonovi za prijevoz. Službena dokumentacija ne treba određivati ko ima pravo na pomoć humanitarnih organizacija.



Pouka o pravnom lijeku

- 6. Ljudi imaju pravo potraživati zakonske i druge naknade** od vlade i nadležnih organa zbog ugrožavanja svojih prava. Ovo podrazumijeva i kompenzaciju za gubitak ili povrat imovine. Oni, također, imaju pravo očekivati da će počinioci takvih prijestupa biti privedeni pravdi. Ovo može igrati važnu ulogu u povratak povjerenja među pogođenim stanovništvom. Humanitarne organizacije možda mogu ljudima pomoći da pristupe pravdi ili da pomognu na odgovarajući način.
- 7. Briga o zdravlju i rehabilitacija:** ljudima se može pomoći u pristupu odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti i drugoj vrsti rehabilitacije nakon napada, nasilja nad ženama i sličnim problemima (vidjeti Usluge osnovne zdravstvene zaštite – Standard kontrole zaraznih bolesti 3, str. 273 i Usluge osnovne zdravstvene zaštite – standardi zdravstvene zaštite djece 1–2, str. 278–279).
- 8. Tamo gdje se ljudima može pomoći** iz nevladinih izvora, treba pružiti pomoć da na prikladan način identificiraju i pristupe pomoći koja im je potrebna.

Pomoć koja se temelji na zajednici i druga psihosocijalna pomoć

- 9. Treba podržavati pozitivne društvene mehanizme** kao što su kulturološki prikladne sahrane, vjerski obredi i kulturni i društveni običaji koji nisu štetni.
- 10. Dječije aktivnosti:** zajednice treba poticati na organiziranje strukturiranih obrazovnih i zaštitnih aktivnosti za djecu na neformalne načine, kao što je porodični prostor, tamo gdje je to moguće.

Mehanizmi zaštite kroz zajednicu podrazumijevaju aktivnosti samopomoći, koji promiču psihosocijalnu dobrobit ljudi.

11. **Pomoć u organiziranju psihosocijalne pomoći:** za osobe koje su preživjele nasilje. Osobama koje su preživjele nasilje osigurati pristup društvenoj mreži u zajednici i aktivnostima samopomoći. Socijalnu podršku u zajednici treba dopuniti i brigom o mentalnom zdravlju.
12. **Integrirani sistem za podršku:** organizacije koje rade na psihosocijalnoj podršci i mentalnom zdravlju u različitim sektorima trebaju raditi na saradnji kako bi izgradili jedan integrirani sistem podrške stanovništvu (vidjeti Osnovne zdravstvena usluge, Standard mentalnog zdravlja 1, str. 288).
13. **Klinička pomoć:** uspostaviti mehanizme za upućivanje teško pogođenih osoba na kliničko liječenje.

Refernce i dodatna literatura

Opća zaštita: pozadina i alati

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version.

www.icva.ch/doc00002448.pdf.

Giossi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Ženeva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Ženeva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Ženeva.

www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 or www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html.

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Institute (ODI). London.

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York.

www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206.

Posebni standardi zaštite

Djeca

ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004), Interagency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Ženeva. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf



UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Pariz. www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html.

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php.

Osobe s invaliditetom

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities.

Rodno zasnovano nasilje

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html.

Stanovanje, zemljište i vlasnička prava

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. "Pinheiro Principles".

http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644.

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi.

www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973.

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery.

[www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C).

[3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf).

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Ženeva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html.

Interno raseljene osobe

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC.

www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx.

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx.

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html.

IASC (2004), Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-productsproducts&productcatid=10

IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons.

www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx.

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ or.

www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument.

Mentalno zdravlje i psihosocijalna pomoć

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-productsdefault,IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial

Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know.

www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/.

Protivminsko djelovanje

The International Mine Action Standards: www.mineactionstandards.org/imas.htm#english.

Starije osobe

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors.

WHO–HelpAge International. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-productsproducts&productcatid=2448 Humanitarian Charter an.



Osnovni standardi



Kako koristiti ovo poglavlje

Osnovni standardi su esencijalni standardi procesnih normi koji su zajednički svim sektorima. Oni pružaju jedinstvenu referentnu tačku za pristupe koji su osnova za sve standarde u Priručniku. Svako poglavlje stoga zahtijeva popratnu upotrebu osnovnih standarda kako bi se dostigli specifični standarde.

Ovdje je šest osnovnih standarda:

- odaziv na nesreće, usmjeren ka ljudima,
- koordinacija i saradnja,
- procjena,
- osmišljavanje i odgovor na pomoć,
- izvođenje, transparentnost i učenje,
- efikasnost humanitarnih radnika.

Svaki osnovni standard strukturiran je na sljedeći način:

Osnovni standardi: po prirodi je kvalitativan i određuje koji nivo treba postići humanitarnim odgovorom;

Ključne aktivnosti: predložene aktivnosti i ulaz informacija kako bi se zadovoljili standardi;

Ključni pokazatelji: "signali" koji nam pokazuju da li su određeni standardi postignuti; Oni omogućuju način mjerenja u poređenju između procesa i rezultata ključnih aktivnosti; odnose se na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost.

Smjernice: uključuju određene tačke koje treba uzeti u obzir pri primjeni osnovnih standarda, ključnih mjera i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. Osigurati smjernice za rješavanje praktičnih problema i ishoda ili savjete o prioritetnim pitanjima. Oni, također, mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, mjere, odnosno pokazatelje, a opisuju dileme kontraverznim područjima ili propuste u znanju.

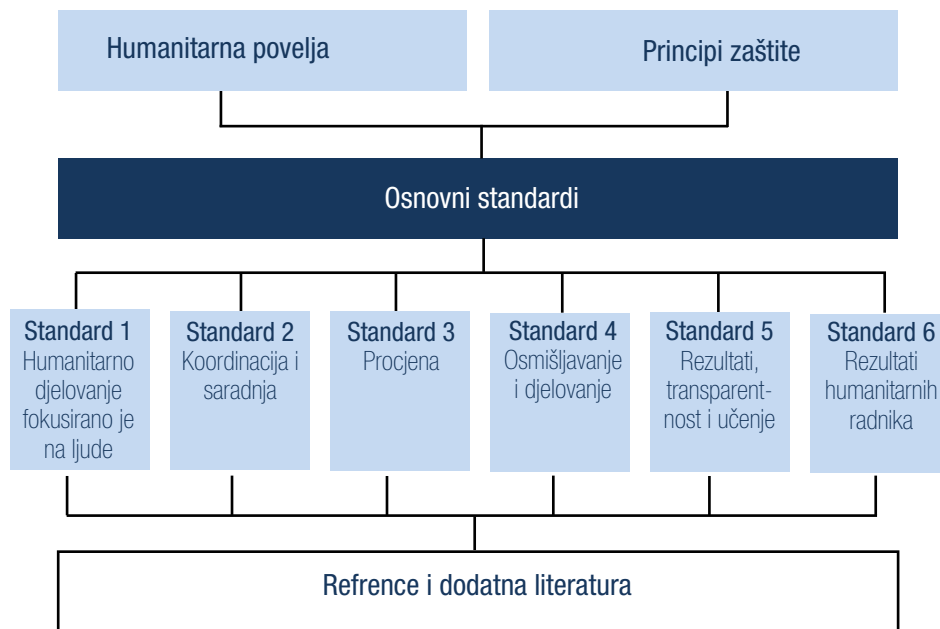
Ključni pokazatelji osnovnih standarda pokrivaju ogromne raspone u korisničkim zahtjevima i sadržajima. Mjerljive i vremenski ograničene specifikacije za svaki pokazatelj su visoko sadržajne i specificirane po sektorima. Korisnici trebaju prihvatiti ključne pokazatelje kao prikladne u konkretnim situacijama.

Spisak odabranih referenci i dodatne literature nalazi se na kraju ovog poglavlja.

Sadržaj

Uvod	45
Osnovni standardi.....	47
Refrence i dodatna literatura	63





Uvod

Osnovni standardi opisuju ključne postupke za postizanje svih minimalnih standarda Projekta *Sphere*. Oni praktično predstavljaju principe minimalnih *Sphere* standarda i osnova su prava za osobe pogođene sukobom ili katastrofom, kako bi pomogli ljudima da žive život dostojan čovjeka. Osnovni standardi određuju minimalan nivo pomoći koju trebaju pružiti (što se i vidi iz ključnih pokazatelja) humanitarne organizacije, bez obzira na to da li su to organizacije na nivou zajednice ili na lokalnom, nacionalnom ili međunarodnom nivou.

Osnovni standardi su, također, povezani sa drugim ključnim inicijativama odgovornosti, promoviranjem koherentnosti i jačanjem zajedničke odgovornosti. Naprimjer, Standardi odgovornosti i upravljanja kvalitetom Inicijative partnerstva za humanitarnu odgovornost (Humanitarian Accountability Partnership – HAP) iz 2010. godine i osnovni standardi sadrže komplementarne zahtjeve. Standard efikasnosti humanitarnih radnika u skladu je s Kodeksom dobre prakse organizacije People in Aid. Vodič Good Enough Projekta hitne izgradnje kapaciteta (Emergency Capacity Building – ECB), Kompas za kvalitetu Groupe URD, i Mreža aktivnog učenja za odgovornost i rezultate u humanitarnim intervencijama (ALNAP) su informacije za Osnovne standarde 1 i 5. Osnovni standardi su preteći za Osnovne standarde u INEE-u (Međuagencijska mreže za obrazovanje u hitnim situacijama) i Minimalne standarde za obrazovanje: pripremljenost, reakcije i oporavak.

Važnost osnovnih standarda za sve sektore

Osnovni standard 1 prepoznaje da su učestvovanje svih ljudi pogođenih katastrofom – žene, muškarce, djevojke i dječake svih uzrasta – i njihova spremnost i strategije za preživljavanje na dostojansten način ključni element u odazivu. Osnovni standard 2 predstavlja potrebu da se efikasno odgovori na nesreću kroz koordinaciju sa drugim organizacijama i nadležnim organima vlasti, uključenim u nepristrasnu humanitarnu pomoć.

Osnovni standard 3 opisuje nužnost sistematične procjene u shvatanju prirode krize, identifikiranje ko je i na koji način pogođen nesrećom i pristup ljudskoj ranjivosti i sposobnosti. On prepoznaje kritičnu važnost u razumijevanju potreba u odnosu na politički, socijalni, ekonomski i ekološki kontekst i na širu populaciju. Organizacije koje postižu osnovni standard 4 odziv na nesreće temelje na nepristranoj procjeni potreba, rješavanju neispunjenih potreba u odnosu na sadržaj, i sposobnost pogođenih ljudi i države da zadovolje svoje potrebe.

Osnovni standard 5 postiže organizacija koja neprestano ispituje učinkovitost, kvalitetu i primjerenost njihovog odaziva na nesreću. Organizacije prilagođavaju svoje strategije u skladu sa praćenjem informacija i povratnim informacijama od ljudi pogođenih nesrećom, kao i razmjenom informacija o njihovom radu. Ulažu u nepristrane preglede i evaluacije i koriste sredstva kako bi poboljšali svoj način rada i aktivnosti.



Osnovni standard 6 govori o tome da humanitarne organizacije imaju obavezu prema ljudima pogođenim katastrofom da zaposle osoblje s odgovarajućim znanjem, vještinama, ponašanjem i stavovima i time učinkovito pruže pomoć.

Ranjivost

Sphere je usmjeren na osiguravanje hitnih životnih potreba ljudi pogođenih katastrofom ili sukobom. Međutim, osnovni standardi mogu podržati spremnost na katastrofe i pristupe koje smanjuju buduće rizike i ranjivosti, ojačati sposobnosti i promoviranje ranog oporavka. Kod takvih pristupa treba uzeti u obzir i utjecaj na životnu okolinu i šire i veoma su bitni za potrebe domaćeg i šireg stanovništva.

U Priručniku se izraz "ranjivost" odnosi na ljude koji su posebno osjetljivi na učinke prirodnih ili vještačkih katastrofa ili sukoba. Ljudi su već osjetljivi ili postaju osjetljivi na katastrofe zbog kombinacije fizičkih, društvenih, političkih faktora ili utjecaja na životnu sredinu. Mogu biti marginalizirani zbog svoje etničke pripadnosti, starosne dobi, spola, invaliditeta, klase ili kaste, političke pripadnosti ili zbog vjeroispovijesti. Kombinacija različitih vrsta ranjivosti doprinosi ugroženosti ljudi iz različitih razloga i na različite načine. Ranjive osobe koje su žrtve nesreće imaju različite načine za oporavak od katastrofe. Kroz razumijevanje kapaciteta ranjivih osoba i uz prepreke sa kojima se suočavaju da bi došli do humanitarne pomoći, od suštinskog značaja je pružiti pomoć onima kojima je najpotrebnija.

Osnovni standardi

Osnovni standardi 1: Humanitarno djelovanje fokusirano je na ljude.

Sposobnost i strategije ljudi da dostojanstveno prežive bitni su za planiranje i pristup odazivu na katastrofu.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- treba podržati lokalne kapacitete identificiranjem društvenih grupa i društvenih mreža što je prije moguće i graditi inicijative samopomoći u zajednici (vidjeti smjericu 1);
- treba uspostaviti sistematične i transparentne mehanizme putem kojih ljudi pogođeni katastrofom ili sukobom mogu redovno dobivati povratne informacije putem programa (vidjeti smjericu 2);
- treba osigurati uravnoteženu zastupljenost ranjivih osoba u raspravama sa stanovništvom pogođenim katastrofom (vidjeti smjericu 3);
- pogođenom stanovništvu treba pružiti informacije o organizaciji, njihovim projektima i ljudskim pravima na prikladan način i odgovarajućim jezikom (vidjeti smjericu 4);
- treba osigurati pogođenom stanovništvu siguran pristup i odgovarajući prostor za zajedničke sastanke i razmjenu informacija, što je prije moguće;
- ljudima treba omogućiti da mogu podnositi pritužbe na program na lak i siguran način, kako bi se moglo reagirati na procedure transparentno i blagovremeno (vidjeti smjericu 6);
- gdje je god moguće koristiti lokalnu radnu snagu, ekološki održive materijale i društveno odgovorno poslovanje u korist lokalne ekonomije i promovirati obnovu od posljedica nesreće;
- gdje je god moguće projekte osmisliti tako da se ispoštuju kulturni, duhovni i tradicionalni običaji koji su važni za lokalno stanovništvo (vidjeti smjericu 7);
- treba postepeno poticati ljude pogođene katastrofom na donošenje odluka i postepeno preuzimanje programa tokom odaziva na nesreću.

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- strategije projekta su izričito povezane sa kapacitetima zajednice i inicijativama;
- ljudi pogođeni katastrofom doprinose ili aktivno učestvuju na redovnim sastancima na kojima se donose odluke o tome kako organizirati i implementirati odgovor na nesreću;
- postepeno povećavati broj inicijativa samopomoći predvođenih zajednicom i lokalnom vlašću dok traje odaziv na nesreću;



- organizacije su istraživale i, po potrebi, postupile po žalbama koje su se ticale pružanja pomoći.

Smjernice

1. **Lokalni kapaciteti:** ljudi pogođeni katastrofom posjeduju i stječu vještine, znanje i u stanju su nositi se sa posljedicama katastrofe, odgovoriti na te posljedice i oporaviti se od njih. Aktivno učešće u humanitarnoj pomoći od osnovnog je značaja kada je riječ o pravu ljudi na dostojanstven život, kako je to i navedeno u principima 6 i 7 Kodeksa ponašanja za Međunarodni pokret Crveni križ / krst i Crveni polumjesec i nevladinih organizacija za oporavak od katastrofa (vidjeti Dodatak 2, str. 318). Samopomoć i inicijative doprinose psihološkoj i socijalnoj dobrobiti kroz vraćanje dostojanstva i stepen kontrole pogođenog stanovništva. Pristup socijalnoj, finansijskoj, kulturološkoj i emocionalnoj pomoći kroz širu porodicu, religijske mreže i rituale, prijatelje, škole i aktivnosti u zajednici pomažu ponovnom uspostavljanju samopoštivanja i identiteta pojedinaca i zajednice, smanjujući ugroženost i jačajući otpornost. Lokalnom stanovništvu treba pomoći da prepozna značaj i ako je potrebno, da se ponovo aktiviraju ili uspostave mreže i grupe podrške za samopomoć. Omjer u kojem ljudi učestvuju i način na koji oni to rade bit će određeni time koliko davno je došlo do katastrofe i fizičkim, društvenim i političkim okolnostima. Pokazatelji učešća, stoga, trebaju biti izabrani u skladu sa sadržajem i predstavljeni svakome ko je pogođen katastrofom. Lokalno stanovništvo obično prvo reagira na katastrofe, pa je čak i odziv u ranoj fazi moguć. Izričiti napor da slušaju, savjetuju i angažiraju ljude u ranoj fazi povećat će kasniji kvalitet programa i zajedničko upravljanje.
2. **Povratni mehanizmi** osiguravaju sredstva za učešće ljudi pogođenih nesrećom u provođenju planiranja i implementaciji programa (vidjeti HAP-ovo mjerilo "učešće"). To podrazumijeva grupne rasprave, ankete, intervjue i sastanke o "praktičnim iskustvima" sa reprezentativnim uzorkom cijelokupno pogođenog stanovništva (vidjeti ECB-ov vodič "Good Enough" za alate i smjernice 3–4). Kao odgovor na dobijene informacije, rezultate i aktivnosti organizacije treba sistematski podijeliti sa pogođenim stanovništvom.
3. **Učešće predstavnika:** razumijevanje i rješavanje prepreka sa kojima se ljudi suočavaju od ključnog su značaja za uravnoteženo učešće. Potrebno je poduzeti mjere kako bi se osiguralo učešće svih ugroženih grupa – mladih i starijih osoba, muškaraca i žena. Treba uložiti posebne napore da se uključe oni koji nisu dovoljno zastupljeni, marginalizirani (npr. na osnovu nacionalnosti ili religije) ili su "nevidljivi" na neki drugi način (npr. vezani za kuću ili smješteni u neku instituciju). Učešće mladih i djece treba promovirati onoliko koliko je to u njihovom interesu i potrebno je poduzeti mjere kako se ne bi izloženi nasilju ili zlostavljanju.
4. **Razmjena informacija:** ljudi imaju pravo na tačne i ažurirane informacije o aktivnostima poduzetim u njihovo ime. Informacija može smanjiti anksioznost i od ključne su važnosti za odgovornost zajednice i vlasništvo. Najmanje što se može uraditi jeste da te organizacije daju opis mandata i projekta organizacije, prava i benificije stanovništva, te kada i gdje najlakše pristupiti pomoći (vidjeti HAP-ovo mjerilo "pružanje informacija"). Najpogodniji načini za razmjenu informacija su oglasne ploče, javni skupovi, škole, novine i radioemisije. Informacije treba iznijeti na način da su ljudima razumljive, da su prevedene na njima razumljiv jezik, koristeći različite odgovarajuće medije kako bi informacije bile

pristupačne svim zainteresiranim, treba koristiti verbalnu komunikaciju ili slike za djecu i odrasle koji su nepismeni, uz jednostavno izražavanje (tj. razumljivo jednom dvanaestogodišnjaku) i koristiti velika slova za osobe s oštećenim vidom. Sastanke organizirati tako da i osobe s oštećenim sluhom mogu učestvovati na njima.

5. **Siguran i pristupačan prostor:** odabrati sigurna mjesta za javna okupljanja, kako bi bila dostupna svim nepokretnim osobama, pa i ženama čije je učešće na javnim događajima ograničeno kulturološkim normama. Predvidjeti i igraonice da djecu gdje bi se djeca družila, igrala i razvijala.
6. **Žalbe:** ljudi se imaju pravo žaliti na organizaciju i tražiti odgovor na žalbe (vidi HAP-ovo mjerilo "Rješavanje prigovora"). Formalni mehanizmi za pritužbe i naknade su bitna komponenta odgovornosti organizacija za pomoć ljudima i stanovništvu, kako bi ponovno uspostavili kontrolu nad svojim životima.
7. **Kulturološki prikladni običaji,** kao što su sprovodi i vjerski obredi i običaji, bitan su element kada je riječ o identitetu ljudi, dostojanstvu i spremnosti da se oporave od katastrofe. Neke kulturološke običaje koji krše ljudska prava (npr. uskraćivanje obrazovanja za djevojke i žene, obrezivanje genitalija) ne bi trebalo podržati.

Osnovni standardi 2: Koordinacija i saradnja

Humanitarno djelovanje planira se i provodi u saradnji s nadležnim organima, humanitarnim organizacijama i organizacijama civilnog društva, koji zajedno rade na humanitarnim aktivnostima da bi tako povećali učinkovitost, pokrivenost i uspješnost.



Ključno djelovanje (čitati sa smjernicama):

- učestvovati u općim i svim važećim sektorskim mehanizmima koordinacije od samog početka (vidjeti smjernice 1–2);
- informirati se o odgovornostima, ciljevima i koordinacijskoj ulozi države i drugih koordinacijskih grupa gdje postoje (vidjeti smjernice 3);
- osigurati koordinacijskim grupama podatke o mandatu organizacije, o ciljevima i programu;
- podijeliti informacije o procjeni sa relevantnim koordinacijskim grupama pravovremeno i na način da ih druga humanitarna organizacija može odmah primijeniti (vidjeti standard 3, str. 52).;
- informacije o programu drugih organizacija koristiti u svrhu izvještavanja, analiza, odabira geografskog područja i odgovora na planove;
- redovno izvještavati koordinacijske grupe o napretku, o nekom dužem kašnjenju programa, o pomankanju organizacija ili rezervnih kapaciteta (vidi smjernicu 4);
- saradivati sa drugim humanitarnim organizacijama na jačanju zastupljenosti na zajedničkim kritičnim humanitarnim pitanjima;

- uspostaviti jasnu politiku i aktivnosti koje se tiču angažmana organizacije sa nehumanitarnim akterima, temeljenu na humanitarnim principima i ciljevima (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji (popratiti kroz smjernice):

- izvještaje o procjeni i informacije o programskim planovima i napretku redovno dostavljati relevantnim koordinacijskim grupama (vidjeti smjernice 4);
- humanitarne djelatnosti ostalih agencija u istom geografskom i sektorskom području ne duplirati;
- obaveze preuzete na koordinacionim sastancima treba ispunjavati i o njima u predviđenim rokovima izvještavati;
- organizacije trebaju uzimati u obzir osposobljenost i strategije drugih humanitarnih organizacija, organizacija civilnog sektora i relevantnih institucija / organizacija.

Smjernice:

1. **Usklađenost odaziva:** za pokrivenost adekvatnog programa, pravovremenost i kvalitet programa potrebno je zajedničko djelovanje. Aktivno učestvovanje i naponi uloženi u koordinaciju omogućavaju koordinatorima da pravovremeno uspostave jasnu raspodjelu posla i odgovornosti, da procjene na koje se potrebe odgovorilo, smanje dupliciranje i navedu nedostatke u pokrivenosti i kvaliteti. Iskoordinirani odazivi na katastrofu, pravovremene procjene među organizacijama i razmjena informacija umanjit će opterećenost kod ljudi pogođenih katastrofom, od kojih bi u suprotnom različiti timovi za procjenu tražili jedne te iste informacije. Saradnja, razmjena resursa i opreme, te optimizacija kapaciteta zajednice, susjednih zajednica, lokalne vlasti, donatora i humanitarnih organizacija sa različitim mandatima i stručnosti potrebne su gdje je god to moguće. Učestvovanjem u mehanizmima koordinacije prije katastrofe, uspostavljaju se odnosi i poboljšava koordinacija tokom odgovora na katastrofu. Lokalne civilne organizacije i vlasti ne mogu učestvovati ako su mehanizmi koordiniranja relevantni samo za međunarodne organizacije. Poštivati korištenje lokalnog jezika, kako na sastancima tako i za razmjenu drugih informacija. Prepoznati koji su to lokalni učesnici civilnog društva i mreže uključene u odziv na katastrofu i potaći druge lokalne i međunarodne humanitarne organizacije na učešće. Članovi osoblja koje predstavlja organizaciju na koordinacijskim sastancima treba imati odgovarajuće informacije, vještinu i ovlasti kako bi dali svoj doprinos u planiranju i donošenju odluka.
2. **Zajednički mehanizmi koordiniranja** podrazumijevaju sastanke – opće sastanke (za sve programe), sektorske (npr. posvećene pitanjima zdravlja) i međusektorske (npr. o rodnim pitanjima) i mehanizmi za razmjenu informacija (kao što su baze podataka o procjeni i kontekstualne informacije). Sastanci koji okupljaju različite sektore mogu dodatno omogućiti ljudima da riješe problem u cjelini, a ne izolirano (npr. problemi kolektivnih centara, vode, sanitarnih uvjeta, higijena i psihosocijalne potrebe predstavljaju povezana pitanja). Treba razmijeniti relevantne informacije između različitih koordinacijskih mehanizama kako bi se osigurala integrirana koordinacija u svim programima. Predanost agencija u učešću utjecat će na kvalitet mehanizama koordinacije: koordinatori programa trebaju osigurati sve da se sastancima i informacijama rukovodi na prikladan način, učinkovito i uz dobre rezultate. Ukoliko nije tako, organizacije koje učestvuju trebaju zagovarati poboljšanje mehanizama.

3. **Koordinacijske uloge:** uloga države pogođene nesrećom jeste da koordinira pružanje pomoći preko postojećih organizacija. Humanitarne organizacije imaju ključnu ulogu kada je riječ o funkcionalnosti državne koordinacije. Međutim, u nekim slučajevima, mogu biti prikladni alternativni mehanizmi koordinacije ukoliko je, naprimjer, državna vlast odgovorna za nasilje i zlostavljanje ili ukoliko njihova pomoć nije nepristrasna ili ukoliko je država spremna igrati ulogu kordinatora, a za to nema potrebne kapacitete. U takvim situacijama, lokalne vlasti mogu voditi zasebne ili zajedničke sastanke sa Ujedinjenim narodima i nevladinim organizacijama. Mnogo velikih humanitarnih kriza sada se koordinira kroz "timski pristup", sa grupama organizacija koje djeluju u istom sektoru pod vodstvom vodeće organizacije.
4. **Efikasnost razmjene podataka** će se povećati ukoliko je informacija jednostavna za korištenje (razumljiva, relevantna, kratka) i ukoliko prati svjetske humanitarne protokole, koji su tehnički kompatibilni sa podacima drugih organizacija (vidjeti Osnovni standard 3, str. 52). Učestalost razmjene podataka zavisi od organizacije i specifičnosti sadržaja i treba biti blagovremena kako bi ostala relevantna. Osjetljive informacije treba sačuvati u tajnosti (vidjetii osnovni standardi 3–4, str. 52–55).
5. **Vojni i privatni sektor:** privatni sektor i međunarodna i državna vojska ulaže, također, svoje napore i time utječu na koordinaciju. Vojska ima posebnu stručnost i resurse, uključujući sigurnost, logistiku, transport i komunikacije. Međutim njihove aktivnosti mogu zamagliti važnu razliku između humanitarnih ciljeva i vojnih ili političkih programa i stvoriti neke buduće eventualne rizike. Vojska treba da je na usluzi, vođena humanitarnim organizacijama i u skladu sa prihvaćenim smjernicama. Neke organizacije će zadržati minimalni kontakt, kako bi se osigurala operativna učinkovitost (npr. osnovni program razmjene informacija), dok druge organizacije mogu uspostaviti snažniji kontakt (npr. upotrebu vojne imovine). U svakom slučaju, humanitarne organizacije se moraju jasno razlikovati od vojnih snaga, kako bi se izbjegla bilo kakva stvarna ili percipirana povezanost sa političkim ili vojnim programom, koji bi mogao ugroziti kredibilitet organizaciji, nezavisnost, sigurnost i pristup pogođenom stanovništvu. Privatni sektor može doprinijeti komercijalnoj učinkovitosti, komplementarnoj ekspertizi i resursima za humanitarne organizacije. Razmjena informacija je potrebna kako bi se izbjeglo dupliciranje i kako bi se promovirala dobra humanitarna praksa. Privatno-humanitarni partnerski odnosi moraju se strogo koristiti u humanitarne svrhe.



Osnovni standardi 3: Procjena.

Prioritetne potrebe stanovništva pogođenog katastrofom su identificirane sistemskom procjenom situacije, ugrožavanja života dostojnog čovjeka i sposobnost pogođenog stanovništva i nadležnih vlasti da odgovore na katastrofu.

Ključno djelovanje (čitati sa smjericama):

- odmah pronaći i koristiti informacije o lokanim humanitarnim kapacitetima iz vremena prije nesreće za pogođenu i širu populaciju, sadržaje i druge prethodno postojeće faktore koji mogu povećati osjetljivost ljudi na katastrofu (vidjeti smjernicu 1);
- odmah početi sa provođenjem procjene, upotpuniti informacije iz vremena prije nesreće, kako bi se započelo sa promjenama i kako bi se identificirali novi faktori koji bi stvorili ili povećali ranjivost (vidjeti smjernicu 2);
- uraditi brzu procjenu što je prije moguće, pravovremeno prateći naknadne detaljnije procjene, ukoliko to situacija dozvoljava (vidjeti smjernicu 3);
- razvrstati podatke o stanovništvu prema spolu i starosnoj dobi (vidjeti smjernicu 4);
- saslušati sve ljude uključene u procjenu – žene i muškarce svih starosnih kategorija, djevojke i momke, i druge osobe pogođene nesrećom, kao i šire stanovništvo (vidjeti Osnovni standard 1 na str. 47 i smjernice 5–6);
- učestvovati u multisektorskoj, zajedničkoj ili međuorganizacijskoj procjeni gdje je to moguće;
- sistemski prikupiti informacije, koristeći razne metode, razvrstati informacije prikupljene iz brojnih izvora i agencija i dokumentirati podatke onako kako su i prikupljeni (vidjeti smjernicu 7);
- procijeniti vještine i kapacitete suočavanja, resurse i strategiju za oporavak osoba pogođenih nesrećom (vidjeti smjernicu 8);
- procijeniti planove odgovore i sposobnosti države;
- procijeniti utjecaj nesreće na psihosocijalno stanje osoba i zajednica;
- procijeniti trenutne i potencijalne sigurnosne probleme stanovništva pogođenog nesrećom i radnika koji pružaju pomoć, uključujući i potencijalno pogoršanje sukoba ili stvaranje napetosti između nesrećom pogođenog stanovništva i domaćeg stanovništva (vidjeti smjernicu 9);
- blagovremeno učiniti dostupnim podatke do kojih se došlo u tim procjenama, i u obliku koji je dostupan u drugim humanitarnim organizacijama (vidjeti Osnovni standardi 2 na str. 49 i smjernicu 10).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- procijenjene potrebe izričito povezati sa kapacitetima pogođenog stanovništva i odziva države na nesreću;

- brzi i detaljni izvještaji sadrže stavove predstavnika svih pogođenih osoba, uključujući i pripadnike ranjivih grupa i okolnog stanovništva;
- izvještaji o procjeni sadrže podatke podijeljene po spolu i starosnoj dobi;
- detaljan izvještaj o procjeni sadrži informacije i analizu ranjivosti, kontekst i sposobnosti;
- koriste se procjene koje su usaglašene i široko prihvaćene;
- brza procjena popraćena je temeljnom procjenom stanovništva izabranog za intervencije.

Smjernice

1. **Informacije prije katastrofe:** objedinjavanje postojećih informacija je neprocjenjivo za početne i brze procjene. Znatna količina informacija je gotovo uvijek na raspolaganju kada je riječ o kontekstu (npr. političkom, socijalnom, privrednom, sigurnosnom, koji se tiču sukoba i životne sredine) i ljudima (kao što su njihov spol, starost, zdravlje, kultura, duhovnost i obrazovanje). Izvori ovih informacija podrazumijevaju relevantna državna ministarstva (npr. informacije koje se tiču zdravlja i podaci iz popisa stanovništva), akademske ili istraživačke institucije, organizacije u zajednici i domaće i međunarodne humanitarne organizacije prisutne i prije katastrofe. Pripremljenost za katastrofe, inicijative za rano upozorenje, novi trendovi u mapiranju na web-plattformama, te platforme mobilnih telefona (kao što je Ushahidi) su također relevantni izvori informacija u bazama podataka.
2. **Početne procjene:** obično se provode u prvim satima nakon nesreće, i mogu se zasnivati gotovo isključivo na neprovjerenim i već postojećim podacima. One su neophodni za informiranje o neposrednoj pomoći i treba ih i odmah podijeliti.
3. **Postepene procjene:** procjena je proces, a ne jedan događaj. Početne i brze procjene pružaju osnovu za naknadne detaljne procjene, kojima se produbljuju (ali ne ponavljaju) raniji nalazi procjene. Treba biti pažljiv pošto ponovne procjene osjetljivih pitanja zaštite, kao što je rodno nasilje, mogu biti štetnije od koristi za zajednicu i pojedince.
4. **Razvrstavanje podataka:** detaljno razvrstavanje podataka rijetko je moguće u početku, ali od presudne važnosti je da se identificiraju različite potrebe i prava djece i odraslih osoba svih starosnih kategorija. Čim prilike dopuste, treba razvrstati prema spolu i uzrastu djecu 0–5 (muški / ženski spol), 6–12 (muški / ženski spol) i 13–17 (muški / ženski spol), a u kategorijama u rasponu od 10 godina starije osobe, naprimjer 50–59 (muški / ženski spol); 60–69 (muški / ženski spol); 70–79 (muški / ženski spol); stariji od 80 godina (muški / ženski spol). Za razliku od fiziološki povezanih starijih grupa u poglavlju o zdravlju, ove grupacije su formirane na osnovu razlika povezanih sa nizom prava, socijalnih i kulturnih pitanja.
5. **Reprezentativne procjene:** procjene na osnovu potreba pokrivaju sve dijelove stanovništva pogođenog katastrofom. Potrebni su posebni napor i za procjenu ljudi na teško dostupnim mjestima, npr. ljudi koji nisu u kampovima, koji se nalaze u teško dostupnim geografskim područjima ili u drugim porodicama koje su ih prihvatile. Isto vrijedi i za ljude kojima nije teško pristupiti, ali su pod rizikom, kao što su osobe s invaliditetom, starije osobe, samci, djeca i omladina, koji mogu biti korišteni



kao djeca-vojnici ili podvrgnuti nasilju na osnovu spola. Izvori primarnih informacija podrazumijevaju izravno promatranje, diskusije u fokus-grupama, ankete i razgovore za širokim rasponom ljudi i grupa kao što su (npr. lokalne vlasti, lideri zajednica – muškarci i žene, stariji muškaraci i žene, zdravstveni radnici, nastavnici i drugo obrazovno osoblje, trgovci i druge humanitarne agencije).

Otvoreni razgovori mogu biti teški ili opasni za neke ljude. Zaseban razgovor sa djecom jer je vrlo vjerovatno da neće razgovarati pred odraslima, može dovesti djecu u opasnost. U većini slučajeva, sa ženama i djevojkama trebalo bi razgovarati u odvojenim prostorijama. Humanitarni radnici angažirani u sistemskom prikupljanju informacija od ljudi koji su bili zlostavljani ili koji su pretrpjeli nasilje moraju imati vještine i sisteme kako bi to odradili sigurno i na odgovarajući način. U područjima sukoba, informacije se mogu zloupotrijebiti i to može dovesti ljude u rizične situacije ili ugroziti rad agencija. Informacije o pojedincima mogu se podijeliti sa drugim humanitarnim agencijama ili relevantnim organizacijama samo uz njihovu saglasnost (vidjeti Princip zaštite 28). Neće biti moguće odmah pristupiti procjeni svih pogođenih nesrećom: isključena područja ili grupe treba jasno navesti u izvještaju o procjeni i vratiti se što je prije moguće.

6. **Procjena ranjivosti:** rizici sa kojima se ljudi suočavaju nakon katastrofa različiti su za različite grupe i pojedince. Neki ljudi mogu biti ranjivi zbog individualnih faktora kao što su starost (naročito vrlo mlade i vrlo stare osobe) i bolesti (posebno osobe koje žive s HIV-om i AIDS-om). Međutim, individualni faktori sami po sebi automatski ne povećavaju rizik. Treba procijeniti socijalne i kontekstualne faktore koji pridonose ranjivosti, poput diskriminacije i marginalizacije (npr. niskog statusa i moći žena i djevojčica), socijalne izolacije, uništavanja okoliša, promjenljivosti klime i siromaštva, nedostatka korištenja zemljišta, lošeg upravljanja; narodnosti, klase ili kaste, i vjerske ili političke pripadnosti. Naknadne detaljnije procjene identificirat će potencijalne opasnosti u budućnosti, kao što su promjene rizika uzoraka zbog degradacije životne sredine (npr. erozije tla i krčenja šuma) i klimatskih promjena i geologiju (npr. ciklona, poplava, suša, klizišta i porasta nivoa mora).
7. **Prikupljanja podataka i kontrolni spiskovi:** informacije o procjenama, uključujući kretanje stanovništva i njihov broj trebaju biti potvrđene, ovjerene i trebaju upućivati ukoliko je to moguće na što više izvora. Ako multisektorske procjene nisu u početku moguće, treba obratiti posebnu pažnju na povezanost s drugim pojedinačnim sektorima, sigurnosnim i procjenama koje se tiču više sektora. Treba bilježiti izvore podataka i nivoe razvrstavanja i od samog početka dokumentirati smrtnost i oboljelost djece ispod 5 godina. Mnogi spiskovi za provjeru su dostupni na osnovu dogovorenih humanitarnih standarda (vidjeti spiskove za provjeru u prilogima nekih tehničkih poglavlja). Oni će poboljšati usklađenost i dostupnost podataka drugim agencijama i time osigurati da su sva ključna područja ispitana i time smanjiti organizacijsku i individualnu pristranost. Zajednički format međuagencijske procjene je možda razvijen i prije katastrofe ili dogovoren za vrijeme odaziva na katastrofu. U svim slučajevima, procjene trebaju pojasniti ciljeve i metodologije koje se koriste i stvaraju nepristrane informacije o utjecaju krize na one koji su pogođeni. Treba koristiti mješavinu kvantitativnih i kvalitativnih metoda koje odgovaraju situaciji. Timovi za procjenu trebaju biti sastavljeni od žena i muškaraca, specijalista i stručnjaka, uključujući i službenike osposobljene za prikupljanje

osjetljivih podataka i za komunikaciju s djecom, što je prije moguće. Timovi trebaju uključivati ljude koje poznaju jezik(e) i mjesto, i koji su u stanju s ljudima komunicirati na kulturno prihvatljive načine.

8. **Procjena sposobnosti:** zajednice imaju kapacitete za suočavanje i oporavak (vidjeti Osnovni standard 1 na 47. str.). Mnogi mehanizmi suočavanja su samoodrživi i korisni, dok drugi mogu biti negativni, s potencijalno dugoročnim štetnim posljedicama, poput prodaje imovine ili obilne konzumacije alkohola. Procjene trebaju identificirati pozitivne strategije koje povećavaju elastičnost, kao i razloge negativnih strategija.
9. **Procjena sigurnosti:** procjenu o zaštiti i sigurnosti pogođenih katastrofom i lokalnog stanovništva treba provesti u svim početnim i naknadnim procjenama, uz identificiranje prijetnji nasiljem i sve oblike prisile i uskraćivanja sredstava za život ili osnovnih ljudskih prava (vidjeti Princip zaštite 3 na 38. str.).
10. **Razmjena procjene:** izvještaji o procjenama pružaju vrijedne informacije drugim humanitarnim agencijama, formiraju osnovne podatke i povećavaju transparentnost odluka kada je riječ o odazivu na nesreće. Bez obzira na razlike u vrstama organizacije, izvještaji o procjeni trebaju biti jasni i sažeti, trebaju omogućiti korisnicima da identificiraju prioritete za akciju i opisati njihovu metodologiju u predstavljanju pouzdanosti podataka i ako je potrebno, omogućiti usporednu analizu.

Osnovni standardi 4: Osmišljavanje i djelovanje

Humanitarno djelovanje zadovoljava procijenjene potrebe stanovništva pogođenog katastrofom u skladu sa kontekstom, rizicima sa kojima se ljudi suočavaju i sposobnošću ugroženih ljudi i države da se izbore i oporave.



Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- osmisлити program koji se zasniva na nepristrasnoj procjeni potreba, kontekstu, rizicima sa kojima se suočavaju i kapacitetima pogođenog stanovništva (vidjeti Osnovni standardi 3 na strani 52);
- osmisлити program kako bi se zadovoljile potrebe koje ne može ili želi zadovoljiti država ili žrtve nesreće (vidjeti smjernicu 1);
- prednost dati aktivnostima, kao što su spašavanje života koje se bave hitnim osnovnim potrebama i preživljavanjem neposredno nakon nesreće;
- koristiti klasificirane procjene, analizirajući način na koji je katastrofa pogodila pojedince i stanovništvo, te osmisлити program kako bi se zadovoljile njihove pojedinačne potrebe;
- osmisлити odgovor tako da ranjivi ljudi imaju potpuni pristup uslugama koje se tiču pomoći i zaštite (vidjeti smjernicu 2);
- uvjeriti se da program i pristup podržava sve aspekte dostojanstva kod pojedinaca i stanovništva pogođenog katastrofom (vidjeti Osnovni standardi 1 na str. 47 i smjernicu 3);
- analizirati sve kontekstualne faktore koji povećavaju ranjivost ljudi, osmisлити program za postupno smanjenje ranjivosti (vidjeti Osnovni standardi 3 na str. 52 i smjernicu 4);

- osmisлити program kako bi se smanjila opasnost koja ugrožava ljude, pogoršavanja dinamike sukoba ili stvaranje nesigurnost ili mogućnost za eksploataciju i zlostavljanje (vidjeti smjernicu 5 i Princip zaštite 1 na str. 28);
- postepeno zatvoriti jaz između procijenjenih uvjeta i minimalnih standarda projekta *Sphere*, ispunjavanjem ili premašivanjem *Sphere* indikatora (vidjeti smjernicu 6);
- osmisлити programe koji promoviraju rani oporavak, smanjuju rizik i povećavaju sposobnost pogođenih osoba da spriječe, minimiziraju ili se bolje suoče s eventualnim efektima budućnih opasnosti (vidjeti smjernicu 7);
- kontinuirano prilagođavati program da bi se održala relevantnost i prikladnost (vidjeti Osnovni standard 5, na str. 58).
- u ranim fazama implementacije programa unaprijediti održivi oporavak planiranjem i kreiranjem izlaznih strategija sa pogođenim stanovništvom.

Ključni pokazatelji (čitati smjericama):

- nacrt projekta zasniva se na analizi specifičnih potreba i rizika sa kojima se suočavaju različite grupe ljudi;
- nacrt projekta odnosi se na jaz između potreba ljudi i njihove vlastite sposobnosti ili sposobnost države da ih zadovolji;
- nacrt program se revidira kako bi odrazio promjene u kontekstu, rizicima i potrebama i sposobnosti ljudi;
- nacrt projekta uključuje smanjenje ranjivosti kod ljudi za eventualne buduće nesreće i povećanje njihove sposobnost za upravljanjem i suočavanjem.

Smjernice

1. **Podrška postojećim kapacitetima:** primarna uloga i odgovornost države je pružanje pravodobne pomoći i zaštite ljudi pogođenih katastrofom (vidjeti Humanitarnu povelju, paragraf 2, str. 16). Treba intervenirati ako pogođeno stanovništvo i / ili država nema dovoljno kapaciteta da odgovori na katastrofu (naročito na samom početku) ili ako država ili vlasti koje provode kontrolu aktivno diskriminiraju određene grupe ljudi i / ili pogođena područja. U svakom slučaju sposobnosti i namjere države prema svim pripadnicima zahvaćenog stanovništva uvjetuju razmjere i vrste humanitarne pomoći.
2. **Pristup:** pomoć se pruža onima kojima je potrebna, bez diskriminacije (pogledajte Princip zaštite 2 na stranici 30). Pristup pomoći i sposobnost ljudi da je koriste i ostvare dobrobiti se povećava kroz pružanje pravovremenih informacija te kroz rješenja koja odgovaraju njihovim specifičnim potrebama i kulturnim i sigurnosnim pitanjima (naprimjer, zasebni redovi za starije osobe ili žene s djecom pri distribuciji hrane). Ovo se poboljšava učestvovanjem žena, muškaraca, djevojčica i dječaka svih uzrasta u osmišljavanju programa pomoći. Pristup može biti poboljšan pomoću pažljivo planiranih

kriterija i postupaka o kojima se izvještava šira javnost, koje zajednica razumije i koji se sistemski prate. Akcije opisane u tehničkim poglavljima omogućavaju jednak pristup putem usvojenog plana, kao što su lociranje objekata u područjima koja su sigurna itd.

3. **Temelj dostojanstvenog života** je osiguranje pristupa osnovnim uslugama, sigurnosti i poštivanju ljudskih prava (pogledajte Humanitarnu povelju na stranici 15). Isto tako, način na koji se provodi humanitarno djelovanje ima veliki utjecaj na dostojanstvo i blagostanje katastrofom pogođenog stanovništva. Pristupi programa koji poštuju intrinzičnu vrijednost svakog pojedinca, podržavaju njegov vjerski i kulturni identitet, promoviraju samopomoć u okviru zajednice i potiču pozitivne mreže socijalne podrške, doprinose psihosocijalnom blagostanju i esencijalni su element u ostvarenju prava ljudi na dostojanstven život.
4. **Kontekst i ranjivost:** društveni, politički, kulturni, ekonomski sukobi i prirodno okruženje su faktori koji mogu povećati ljudsku osjetljivost na katastrofe. Promjene u okolnosti kod ljudi mogu dovesti do nove vrste ranjivosti (vidjeti Osnovni standardi 3). Ranjivih ljudi mogu se suočiti sa nizom faktora istovremeno (npr. stariji ljudi koji su pripadnici marginaliziranih etničkih grupa). Uzajamnim djelovanjem ličnih i kontekstualnih faktora pojačava se rizik stoga se trebaju izanalizirati i osmisliti rješenja u programu za ublažavanje takvih rizika i ciljano odrediti potrebe ranjivih ljudi.
5. **Osjetljivost na sukobe:** humanitarna pomoć može imati i neželjene negativne utjecaje tako što može povećati iskorištavanja i zlostavljanja i dovesti do konkurencije, zloupotrebe ili pronevjere pomoći. Glad može biti oružje rata (npr. namjerno smanjenje stanovništva na području ili prisiljavanje prijenosa imovine). Podrška može negativno utjecati na šire stanovništvo i pojačati nejednake odnose moći između različitih grupa, uključujući i muškarce i žene. Pažljivom analizom i osmišljavanjem može se smanjiti potencijal da pomoć poveća sukobe i nesigurnosti (uključujući i za vrijeme prirodnih katastrofa). Osmišljavanje treba osigurati ravnopravnu distribuciju i nepristrano ciljanje pomoći. Zaštite sigurnost i dostojanstvo ljudi poštujući povjerljivost ličnih podataka. Naprimjer, ljudi koji žive s HIV-om i AIDS-om mogu biti stigmatizirani, a onima koji su preživjeli kršenja ljudskih prava mora se garantirati sigurna i povjerljiva podrška (pogledajte Osnovni standard 3 na stranici 52).
6. **Postizanje minimalnih Sphere standarda:** vrijeme potrebno za postizanje minimalnih standarda zavisit će od konteksta, tj. od sredstava, pristupa, nesigurnosti i životnog standarda u području prije katastrofe. Može doći do napetosti ako dotično stanovništvo dostiže standarde koje premašuju standarde lokalne i / ili šire populacije, ili čak može i pogoršati njihovo stanje. Treba razvijati strategije kako bi se smanjile različitosti i rizici, naprimjer ublažavanje negativnih utjecaja na odaziv u široj prirodnoj sredini i privredi, i zagovaranje povećanje standarda lokalnog stanovništva. Povećati obim odaziva na katastrofu i uključiti lokalno stanovništvo, gdje i kada je to moguće.
7. **Rani oporavak i smanjenje rizika:** što je prije moguće poduzeti mjere kako bi se ojačali lokalni kapaciteti, raditi sa lokalnim resursima i obnoviti uslužne djelatnosti, obrazovanje, tržište, i životne mogućnosti će promovirati rani ekonomski i privredni oporavak i sposobnost ljudi da upravljaju situacijom nakon što se pomoć izvana završi (Osnovni standardi 1). U najmanju ruku, humanitarni odaziv ne bi trebao naškoditi ili ugroziti kvalitetu života za buduće generacije i nenamjerno doprinijeti budućoj opasnosti (npr. kroz krčenje šuma i neodrživo korištenje prirodnih resursa). Nakon što se



neposredne prijetnje životima stabiliziraju, analizirati sadašnje i (višestruke) potencijalne buduće opasnosti (kao što su one koje stvaraju klimatske promjene). Osmisliti reakciju tako da se smanje budući rizici. Naprimjer, tokom reakcije iskoristiti prilike za ulaganje u smanjenje rizika i "sigurniju obnovu". Primjeri uključuju izgradnju kuća otpornih na uragane i zemljotrese, zaštitu močvara koje apsorbiraju olujne udare i podršku razvitku politike i inicijativa koje pokreću zajednice za rano upozoravanje i pripremljenost za katastrofe.

Osnovni standardi 5: Izvodljivost, transparentnost i učenje

Rad humanitarnih agencija kontinuirano se ispituje i o njemu se obavještavaju zainteresirane strane; izvodljivost projekta je prilagođena odazivu na katastrofu.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- uspostaviti sistemske, ali jednostavne, pravovremene i participativne mehanizme za praćenje napretka svih relevantnih *Sphere* standarda i programom navedenih principa, rezultata i aktivnosti (vidjeti smjernicu 1);
- uspostaviti osnovne mehanizme za praćenje sveukupne izvodljivosti Agencije s obzirom na sisteme upravljanja i kontrole kvalitete agencije (vidjeti smjernicu 2);
- pratiti ishode i utjecaj humanitarnog odaziva na pogođeno i šire stanovništvo, gdje je to moguće (vidjeti smjernicu 3);
- uspostaviti sistemske mehanizme za prilagođavanje programskih strategija za praćenje podataka, promjenjivost potreba i kontekst razvoja (vidjeti smjernicu 4);
- periodično razmatrati i učiti tokom odaziva na katastrofu;
- provesti konačnu procjenu ili drugi oblik objektivnog programa učenja, u odnosu na postavljene ciljeve, principe i dogovorene minimalne standarde (vidjeti smjernicu 5);
- učestvovati u međuagencijskim i drugim inicijativama zajedničkog učenja, gdje god je to moguće;
- pravovremeno dijeliti ključne nalaze monitoringa i, gdje je to prikladno, nalaze evaluacije i drugih ključnih procesa učenja s pogođenim stanovništvom, nadležnim vlastima i koordinacijskim grupama (pogledajte smjernicu 6).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- programi su prilagođeni u skladu s informacijama dobijenim kroz monitoring i učenje;
- izvori monitoringa i procjene uključuju stavove reprezentativnog broja ljudi odabranih kroz odaziv na nesreću, kao i lokalne zajednice, ako su različiti;
- tačne i ažurirane, informacije o napretku koje nisu povjerljive, redovno se dijele s korisnicima i relevantnim lokalnim vlastima i drugim humanitarnim organizacijama;

- efekte redovno pratiti u skladu sa svim *Sphere* standardima i minimalnim tehničkim standardima (koji se odnose na globalne ili standarde efikasnosti agencije), a glavne rezultate razmijeniti sa ključnim zainteresiranim stranama (vidjeti smjernicu 9)
- u svrhu učenja za velike humanitarne akcije agencije dosljedno provode objektivne procjene ili analize u skladu sa priznatim standardima praksi evaluacije (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Monitoring** uspoređuje namjere s rezultatima. On mjeri napredak u odnosu na projektne ciljeve i indikatore i njegov utjecaj na ranjivost i kontekst. Informacije dobivene monitoringom su vodilje za revizije projekta, verificiraju kriterije i da li pomoć stiže do ljudi kojima je namijenjena. One omogućuju donositeljima odluka da odgovore na povratne informacije iz zajednice i identificiraju probleme i trendove u nastajanju. To je također prilika za agencije da pruže i prikupe informacije. Za efektivan monitoring se odabiru metode prikladne za određeni program i kontekst, kombinirajući kvalitativne i kvantitativne podatke prema potrebi i uz održavanje konzistentnih evidencija. Otvorenost i komunikacija (transparentnost) o informacijama monitoringa povećava odgovornost prema pogodnom stanovništvu. Monitoring koji provodi samo stanovništvo dodatno poboljšava transparentnost i kvalitetu i vlasništvo ljudi nad informacijama. Zbog jasnoće o namjeravanoj upotrebi i korisnicima podataka treba utvrditi šta se prikuplja i kako se prezentira. Podaci trebaju biti prikazani u kratkom i razumljivom obliku koji olakšava dijeljenje i donošenje odluka.
2. **Uspješnost agencije** ne mjeri se njenim programskim postignuća. Ona obuhvata ukupnu funkciju agencije – njen napredak u odnosima sa drugim organizacijama, poštivanje humanitarne dobre prakse, pravila, principa, djelotvornost i efikasnost njenog sistema upravljanja. Tehnike osiguranja kvalitete kao što je Quality Compass Groupe URD mogu se koristiti za procjenu ukupne uspješnosti agencije.
3. **Monitoring utjecaja:** procjena utjecaja (širi efekti intervencije u kratkoročnom do srednjoročnom periodu, pozitivni ili negativni, namjerni ili nenamjerni) se posmatra i kao izvediva i neophodna za humanitarnu reakciju. To je važno polje koje povezuje pojedine humanitarne doprinose sa promjenama za stanovništvo i kontekst, koji su složeni i međusobno povezani. Pogodeno stanovništvo najbolje može najbolje procijeniti promjene u njihovim životima; stoga rezultat i procjena utjecaja moraju sadržavati povratne informacije od ljudi, otvoreno slušanje i druge participativne kvalitativne pristupe, kao i kvantitativne pristupe.
4. **Održavanje relevantnosti:** monitoringom treba povremeno provjeriti da li je program i dalje relevantan za pogodno stanovništvo. Rezultati trebaju voditi do revizije programa prema potrebi.
5. **Metode za ispitivanje rezultata:** različiti pristupi odgovaraju različitim rezultatima, te svrhama učenja i odgovornosti. Mogu se koristiti različite metode, uključujući nadzor i evaluaciju, participativne procjene utjecaja i vježbe slušanja, alate za osiguranje kvalitete, revizije i interno učenje i vježbe refleksije ("pogleda unazad"). Evaluacije programa se u pravilu provode na kraju intervencije, preporučujući promjene organizacijske politike i buduće programe. Nadzor rezultata i "procjena u realnom vremenu" se također mogu provesti tokom intervencije, što dovodi do neposrednih promjena



u politikama i praksi. Procjene obično provode nezavisni, vanjski procjenitelji, ali i članovi osoblja, ukoliko zauzimaju objektivni pristup. To bi značilo da je to osoblje agencije koje nije bilo uključeno u samu intervenciju. Evaluacija humanitarne intervencije koristi set od osam dimenzija poznatih kao DAC kriteriji (eng. Development Assistance Committee): relevantnost, prikladnost, povezanost, koherentnost, pokrivenost, djelotvornost, efektivnost i utjecaj.

6. **Rezultati cijelog sektora.** Razmjena informacija o napretku svake agencije prema minimalnim *Sphere* standardima u koordinacijskim grupama podržava nadzor cjelokupne intervencije i stvara neprocjenjiv izvor podataka o djelovanju cjelokupnog sektora.

Osnovni standardi 6: Efikasnost humanitarnih službenika

Humanitarne agencije osiguravaju odgovarajući menadžment, monitoring i psihosocijalnu podršku, omogućavaju humanitarnim službenicima potrebna znanja, vještine, ponašanje i stavove za planiranje i provođenje učinkovitog humanitarnog odaziva na nesreću, a koji su osnova humanosti i poštovanja.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osigurati menadžerima odgovarajuću obuku za rukovođenje projektom, poznavanje ključnih politika i resursa za učinkovitije djelovanje (vidjeti smjernicu 1);
- uspostaviti sistemske, poštene i transparentne procedure zapošljavanja kako bi privukli maksimalan broj odgovarajućih kandidata (vidi smjernice 2);
- zaposliti u timovima i žene i muškarace, različitih nacionalnosti, starosti, socijalnog porijekla, tako da ta raznolikost bude prikladna lokalnoj kulturi i situaciji;
- humanitarnim službenicima (osoblju, volonterima i savjetnicima, državnom i međunarodnom osoblju) osigurati adekvatno i pravovremeno upoznavanje, informiranje, jasnu hijerarhiju i opis poslova, koji će im omogućiti da razumiju svoje odgovornosti, ciljeve rada, organizacijske vrijednosti, ključne politike i lokalnu situaciju;
- uspostaviti smjernice za sigurnu evakuaciju, zdravstvenu i sigurnosnu politiku i o tome obavijestiti humanitarne službenike, prije nego što i počnu raditi za agenciju;
- osigurati humanitarnim radnicima zdravstvenu brigu i psihosocijalnu podršku,
- za humanitarne radnike koji štite ljude pogođene nesrećom uspostaviti kodeks osobnog ponašanja kako bi ljude zaštitili od seksualnog zlostavljanja, korupcije, eksploatacije i drugih kršenja ljudskih prava ljudi; podijelite kodekse sa osobama pogođenim nesrećom (vidjeti smjernicu 3);
- promovirati kulturu poštivanja prema stanovništvu pogođenom nesrećom (vidjeti smjernicu 4);
- uspostaviti procedure pritužbe i poduzeti odgovarajuće disciplinske mjere protiv humanitarnih službenika zbog kršenja kodeksa ponašanja u organizaciji;

- redovno ocjenjivati osoblje i volontere i pružiti povratne informacije o uspješnosti u odnosu na radne ciljeve, znanje, vještine, ponašanje i stavove;
- podržati humanitarne službenike u njihovom radu i smanjiti stres (vidjeti smjernicu 5),
- omogućiti osoblju i menadžerima zajedničko identificiranje mogućnosti za kontinuirano učenje i razvoj (vidjeti smjernicu 6),
- osigurati odgovarajuću pomoć humanitarnim službenicima koji su doživjeli ili bili svjedoci vrlo stresnih situacija (vidjeti smjernicu 7).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- iznošenje mišljenja osoblja i volontera pokazuje adekvatan nivo kompetencije u smislu njihovih znanja, vještine, stavove i ponašanje, kao i njihovu odgovornost predviđenu u opisima njihovih radnih mjesta;
- humanitarni službenici koji krše pravila ponašanja, korupcijom i zloupotrebom, predmet su formalnih disciplinskih mjera;
- principi, ili slično, Kodeksa dobre prakse organizacije People in Aid ogledaju se u politici i praksi agencije;
- pojava oboljenja, povreda ili zdravstvenih problema povezanih sa stresom humanitarnih službenika na normalnom je nivou ili je u opadanju tokom odaziva na nesreću.

Smjernice

1. **Rukovodstvo dobre prakse:** sistemi upravljanja zavise od agencije i situacije, s tim da menadžeri i supervizori trebaju biti upoznati sa Kodeksom dobre prakse organizacije People in Aid koji uključuje politiku i smjernice za planiranje, zapošljavanje, upravljanje, učenje i razvoj, premještaj po isteku ugovora za međunarodne organizacije.
2. **Postupci pri zapošljavanju** trebaju biti otvoreni i razumljivi cjelokupnom osoblju i osobama koje apliciraju. Transparentnosti uključuje razvoj i razmjenu ažuriranih i relevantnih opisa poslova za svako radno mjesto, s tim da je od važnosti i uspostava različitih i kompetentnih timova. Postojeći timovi mogu povećati njihovu primjerenost i raznolikost kroz nova zapošljavanja po potrebi. Brzo upošljavanje osoblja može dovesti do zapošljavanja osoba bez iskustva, a kojemu je potrebna podrška osoblja s iskustvom.
3. **Kontrola humanitarnih službenika** nad upravljanjem i dodjela vrijednih resursa pomoći postavlja ih u poziciju nadmoći nad stanovništvom pogođenim nesrećom. Takva nadmoć nad ljudima koji zavise od pomoći, čija je zaštitna društvena mreža uznemirena ili uništena, može dovesti do korupcije i zlostavljanja. Žene, djeca i osobe s invaliditetom često su prisiljeni na seksualno nasilne situacije. Seksualna se aktivnost nikada ne može zahtijevati u zamjenu za humanitarnu pomoć i zaštitu. Niti jedan pojedinac uključen u odaziv na nesreću (humanitarni službenici i vojska, osoblje u državnom ili privatnom sektoru) ne smije biti upleten u zloupotrebu, korupciju i seksualno iskorištavanje. Zabranjen je, također, prisilni rad odraslih i djece, nezakonito korištenje droga i trgovina humanitarnim dobrima i uslugom svih osoba povezanih sa distribucijom humanitarne pomoći.



4. **Humanitarni službenici trebaju poštivati** vrijednosti i dostojanstvo stanovništva pogođenog nesrećom i izbjegavati neprimjereno ponašanje (kao što je neprikladno odijevanje) koje je za njih kulturološki neprihvatljivo.
5. **Humanitarni službenici često rade prekovremeno** u opasnim i stresnim uvjetima. Dužnost agencije je da vodi računa o svojim radnicima, uključujući aktivnosti za promoviranje dobrobiti i izbjegavanje dugoročne iscrpljenosti, povreda ili bolesti. Menadžeri moraju humanitarne službenike upoznati sa rizikom, te njihovo zdravlje zaštititi od prijetnji njihovom fizičkom i emocionalnom zdravlju kroz, naprimjer, efektivnije upravljanje sigurnošću, adekvatan odmor i oporavak, aktivnu podršku za razumne sate rada i pristup psihološkoj podršci. Menadžeri mogu promovirati dužnost brige kroz modeliranje dobre prakse i lično poštivanje pravila. Humanitarni službenici također trebaju preuzeti ličnu odgovornost za svoju dobrobit.
6. **U ranoj fazi katastrofa**, razvoj kapaciteta osoblja može biti ograničen. Tokom vremena i kroz ocjene rezultata i povratne informacije osoblja, menadžeri bi trebali prepoznati i podržati područja za učenje i razvoj. Pripremljenost za katastrofe također pruža mogućnosti za identiranje i razvoj kompetencija vezanih uz humanitarni rad.
7. **Psihološka prva pomoć** treba biti odmah dostupna službenicima koji su doživjeli ili bili svjedoci iznimno stresnih situacija (vidjeti Osnovne zdravstvene usluge – Standard mentalnog zdravlja 1 na str. 288 te reference i dodatnu literaturu). Psihološko ispitivanje je neučinkovito i nije ga preporučljivo koristiti.

Reference i dodatna literatura

Izvori

Odaziv na nesreće usmjeren ka ljudima

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing, Oxford. www.oxfam.org.uk/publications.

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Ženeva. www.hapinternational.org/pool/files/2010-hap-standard-in-accountability.pdf.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Ženeva.

Koordinacija i suradnja

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Ženeva. www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html.

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx>.

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. [UN-CMCoord/publications](http://www.unocha.org/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications)><http://www.unocha.org/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>.

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Ženeva. <http://ochaonline.un.org/cmcs>.

Procjena

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Ženeva.

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.usahidi.com.

Osmišljavanje akcija i odaziv na katastrofu

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/.



Early Recovery Tools and Guidance: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. <http://onerresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx>.

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Ženeva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf.

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/we/inform/publications/1037.

Efikasnost, transparentnost i učenje

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/ourwork/rha/8.aspx.

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf.

Groupe URD (2009), Quality Compass. www.compasqualite.org/en/index/index.php.

Organisation for Economic Co-operation and Development (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Pariz. www.oecd.org/dac.

Efikasnost humanitarnih službenika

SPeople In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. <http://peopleinaid.org>.

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Ženeva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/.

Dodatna literatura

Procjena i odziv

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html.

Djeca

Action for the rights of children (ARC) (2009), <http://cms.stc-resources.org/arc/using/index.html>.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The *Sphere* Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The *Sphere*-INEE Companionship. Geneva.

Disability Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers. New York.

www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf.

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf.

Environment Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.unep.org/Documents.multilingual/Default.asp?DocumentID=307&ArticleID=3891&I=en.

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Ženeva. www.unhcr.org/4a97d1039.html.

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature. 2005. UNHCR Environmental Guidelines. Ženeva. www.unhcr.org/3b03b2a04.html.

Rodna pitanja

WFP (2009), WFP Gender Policy. www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

Gender and Disaster Network: <http://gdnonline.org>.

HIV/AIDS

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Ženeva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=9.

Starije osobe

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Ženeva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-common&tempid=94.

HelpAge International: www.helpage.org

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-in-emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies.



Efikasnost, nadgledanje i procjena

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. www.alnap.org.

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. www.alnap.org.

Catley, A. et al. (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University. <http://sites.tufts.edu/feinstein/2008/participatory-impact-assessment>.

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book. www.compasqualite.org/en/index/index.php.

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Pariz. www.oecd.org/dac.

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org.

Ciljne grupe

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/WDR/43800-WDR2003_En.pdf.

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Ženeva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf.

Minimalni standardi u vodoosnabdijevanju, sanitarnim uvjetima i promoviranje higijene



Kako koristiti ovo poglavlje

Ovo poglavlje je podijeljeno u sedam glavnih poglavlja:

Vodoosnabdijevanje, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH)

Promoviranje higijene

Vodosnabdijevanje

Odstranjivanje fekalija

Nadzor nad zaraznim bolestima

Upravljanje čvrstim otpadom

Drenaža

Principi zaštite i osnovni standardi moraju se koristiti u skladu s ovim poglavljem.

Iako im je prvenstvena namjena informiranost o odazivu na katastrofu, minimalni standardi se mogu koristiti također i u periodu pripreme na nesreću i periodu oporavka od nesreće.

Svaki segment sadrži sljedeće:

Minimalni standardi su kvalitativne prirode i određuju minimalnu kvalitetu koju treba postići pri odazivu na katastrofu kada je u pitanju snabdijevanje vodom, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene;

Ključne aktivnosti su predložene aktivnosti i preporuke kako bi se zadovoljili standardi;

Ključni pokazatelji su “signali” koji pokazuju da li je standard postignut; pružaju način mjerenja i uspostavljaju odnos između procesa i rezultata ključnih aktivnosti i odnose se na minimalni standard, ne na ključnu aktivnost;

Smjernice su posebne tačke za razmatranje prilikom primjene minimalnih standarda, ključne mjere i ključni pokazatelji u različitim situacijama. Smjericama se rješavaju praktične poteškoće, mjerila ili se kroz njih daju savjeti o prioritetnim pitanjima. Oni, također, mogu podrazumijevati kritična pitanja koja se odnose na standarde, postupke ili pokazatelje, a opisuju dileme, nesuglasice ili nedostatke znanja.

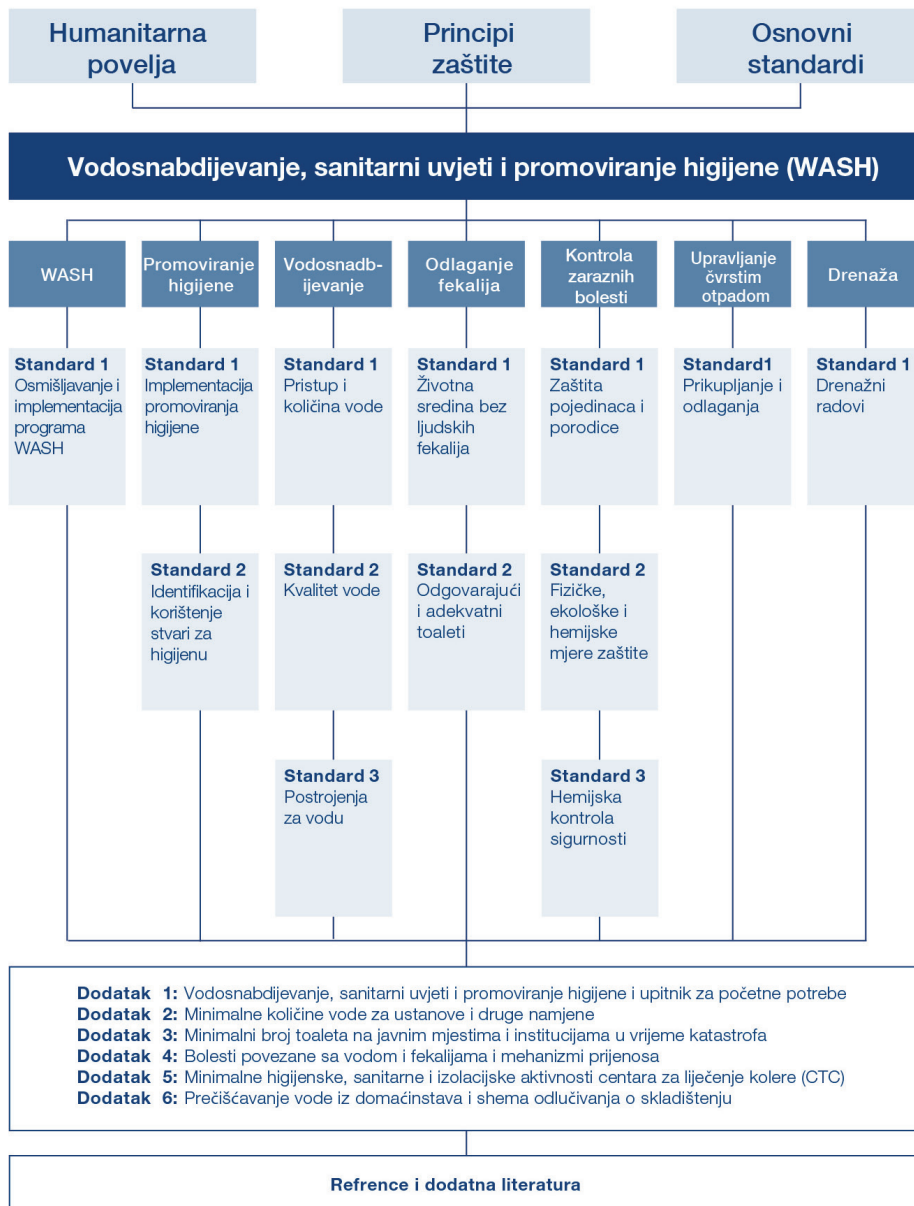
Ukoliko potrebni ključni pokazatelji i aktivnosti ne mogu biti ispunjeni, nastale štetne posljedice za stanovništvo pogođeno nesrećom treba procijeniti i poduzeti odgovarajuće olakšavajuće radnje.

Spisak procjene potreba naveden je u Dodatku 1, smjernice se nalaze u dodacima 2–6, a također je naveden i odabrani spisak referenci i dodatne literature, koji ukazuju na izvore informacija kako o specifičnim tako i o općim pitanjima koja se odnose na ovo poglavlje.

Sadržaj

Uvod	74
1. Vodoosnabdijevanje, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH).....	75
2. Promoviranje higijene.....	78
3. Vodosnabdijvanje.....	83
4. Odstranjivanje fekalija.....	90
5. Kontrola zaraznih bolesti.....	95
6. Upravljanje čvrstim otpadom	100
7. Drenaža.....	103
Dodatak 1: Vodosnabdijevanje, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene početne procjene – upitnici	105
Dodatak 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge namjene.....	109
Dodatak 3: Minimalni broj toaleta na javnim mjestima i u institucijama u situaciji nesreće.....	110
Dodatak 4: Povezanost oboljeljanja sa vodom i fekalijama i načini njihovog prijenosa.....	111
Dodatak 5: Minimalna higijena, sanitarni uvjeti i izolacija aktivnosti za Centre lječenja od kolere (CTCs)	112
Dodatak 6: Shema odluka za prečišćavanje i pohranjivanje vode u domaćinstvu.....	113
Reference i dodatna literatura.....	114





Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za vodosnabdijevanje, sanitarne uvjete i promoviranje higijene (WASH) praktični su izraz zajedničkih uvjerenja i obaveza humanitarne organizacije i zajednički principi, prava i dužnosti u provođenju humanitarnih aktivnosti koje nisu navedene Humanitarnoj povelji. Zasnovani na principu humanosti, a reflektirani u međunarodnom pravu, ovi principi su pravo na život i dostojanstvo, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na osnovu potreba. Spisak ključnih pravnih i političkih dokumenata na kojima se zasniva Humanitarna dostupan je u Dodatku 1 (vidi str. 308), sa komentarima za humanitarne službenike.

Iako su države glavni nositelji dužnosti u odnosu na gore navedena prava, humanitarne agencije odgovorne su za rad sa stanovništvom pogođenim katastrofom na način i u skladu sa tim pravima. Iz tih općih prava proizlazi niz više posebnih prava. To su prava na učestvovanje, informacije i nediskriminaciju, koji predstavljaju temelje Osnovnih standarda, ali kao što su i specifična prava na vodu, sanitarne uvjete, hranu, sklonište i zdravlje, koja su osnova minimalnih standarda u ovom priručniku.

Svako ima pravo na vodu i sanitarne uvjete. To pravo priznato od međunarodnih pravnih instrumenta podrazumijeva dovoljnu količinu vode, te sigurnu, prihvatljivu, fizički dostupnu i pristupačnu vodu za ličnu higijenu i kućanstvo i pristupačnost sanitarnim objektima. Adekvatna količina pitke vode potrebna je kako bi se spriječila smrt od dehidracije, kako bi se smanjio rizik od bolesti povezanih sa vodom i osigurala potrošnja, kuhanje i potrebe za ličnu higijenu i potrebe u domaćinstvu.



Pravo na vodu i sanitarne uvjete neraskidivo je povezano sa drugim ljudskim pravima, uključujući i pravo na zdravlje, stanovanje i odgovarajuću hranu. Kao takvo, od životnog je značenja za ljudski opstanak. Države i nedržavni akteri odgovorni su za ostvarivanje prava na vodu i sanitarne uvjete. U vrijeme oružanog sukoba, naprimjer, zabranjeno je napadati, uništavati, uklanjati ili odstraniti instalacije za pitku vodu ili djelove za navodnjavanje.

Minimalni standardi u ovom poglavlju ne izražavaju pravo na vodu i sanitarne uvjete u potpunosti. U svakom slučaju *Sphere* standardi odražavaju osnovnu pravo na vodu i sanitarne uvjete i doprinose progresivnoj realizaciji tog prava na globalnom nivou.

Važnost WASH programa u katastrofama

Voda i sanitarni uvjeti kritične su odrednice za opstanak u početnim fazama katastrofa. Žrtve nesreće općenito su mnogo osjetljiviji na oboljenja i smrt od bolesti, što je u velikoj mjeri povezano sa neadekvatnim sanitarnim uvjetima, neadekvatnim zalihama vode i nemogućnošću održavanja higijene. Najznačajnije bolesti su stomačne i zarazne bolesti koje se prenose fekooralnim putem (vidjeti Dodatak 4: Oboljenja povezana sa vodom i fekalijama i načini njihovog prijenosa). Druga oboljenja koja se odnose na vodu i sanitane uvjete uključuju uzročnike prenosnih bolesti koji su povezani sa čvrstim otpadom i vodom.

Termin "sanitarni uvjeti" u Priručniku *Sphere* odnosi se na odlaganje fekalija, kontrolu prenosnika bolesti, odlaganje čvrstog otpada i drenažu.

Glavni cilj programa WASH u katastrofama jeste da se reducira prenošenje fekooralnih bolesti i izloženost prenosnicima kroz promociju:

- dobrih higijenskih navika,
- snabdjevenosti pitkom vodom,
- smanjenja zdravstvenih rizika, uvjete koji omogućuju ljudima dobro zdravstveno stanje, dostojanstvo, udobnost i sigurnost.

Snabdijevanje dovoljnom količinom vode i sanitarnim objektima neće osigurati optimalnu upotrebu tih resursa i utjecati na javno zdravlje. Kako bi se postigla najbolja iskorisćenost odaziva, nužno je da žrtve pogođene nesrećom imaju neophodne informacije, znanje i razumijevanje za lakše sprečavanje bolesti povezanih sa vodom i sanitarnim uvjetima i da se pokrenu na učešće u planiranju i održavanju tih objekata.

Korištenjem komunalne vode u sanitarnim objektima, naprimjer kada su u pitanju izbjeglice ili raseljene osobe, povećava se izloženost žena i djevojaka seksualnim i drugim oblicima nasilja na osnovu spola. Kako bi se takvi rizici smanjili i kako bi se pružio kvalitetniji humanitarni odgovor, važno je osigurati učešće žena u programima koji se tiču vodosnabdijevanja i sanitarnih uvjeta. Ravnopravna zastupljenost žena i muškaraca u planiranju, odlučivanju i lokalnom upravljanju osigurat će cjelokupnom stanovništvu siguran i jednostavan pristup vodi, sanitarnim uslugama, a takve usluge bit će primjerene.

Bolji odaziv na katastrofu u javnom zdravstvu postiže se boljom pripravnošću. Takva pripremljenost rezultat je kapaciteta, odnosa i znanja koje su razvili vladini organi, humanitarne organizacije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci kako bi predvidjeli, učinkovito reagirali i utjecali na eventualnu neposrednu opasnost. Zasniva se na analizi rizika i dobroj povezanosti sa sistemom ranog upozorenja. Pripremljenost uključuje planiranje za nepredviđene situacije, nabavljanje opreme i potrošnog materijala, hitne službe i stand-by aranžmane, obuku pojedinaca i obuku na nivou zajednice.

Povezanost sa drugim poglavljima

Mnogi od standarda u ostalim poglavljima relevantni su za ovo poglavlje. Napredak u postizanju standarda u jednom području često utječe, čak i određuje napredak u drugim područjima. Za učinkovit odaziv potrebna je tijesna koordinacija i saradnja sa drugim sektorima. Također je potrebna koordinacija sa lokalnim vlastima i drugim organizacijama kako bi se zadovoljile potrebe, kako se ne bi duplicirali naponi i kako bi se osiguralo da je kvalitet vode i sanitarnih uvjeta optimalan.

Ukoliko, naprimjer, nisu zadovoljeni prehrambeni standardi, potrebno je hitno poboljšanje standarda koji se tiču vode i sanitarnih uvjeta, zato što je povećana mogućnost pojave bolesti. Isto vrijedi i za stanovništva u kojima je prevalencija HIV i AIDS visoka ili gdje postoji veliki broj starijih osoba ili osoba s invaliditetom. O prioritetima treba odlučivati donijeti na osnovu zajedničkih informacija među sektorima, shodno situaciji. Ukoliko je potrebno, upućivano je i na srodne i komplementarne standarde.

Povezanost sa principima zaštite i osnovnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi ovog priručnika, sve humanitarne organizacije moraju biti vođene principima zaštite, čak i ako nemaju jasan mandat zaštite ili stručnost u zaštiti. Principi nisu "apsolutni": uočljivo je da okolnosti mogu ograničiti stepen mogućnosti organizacije da se ispoštuju principi. Usprkos tome, principi su odraz univerzalne humanitarne zabrinutosti koja bi uvijek usmjeravala humanitarno djelovanje.

Osnovni minimalni standardi su bitni standardi za postupke i osobe iz svih sektora. Šest ključnih minimalnih standarda obuhvata učestvovanje, početnu procjenu, humanitarni odaziv, učinkovitost humanitarnih službenika i nadzor pomoćnog osoblja. Predstavljaju jednu referentnu tačku pristupima na kojima se temelje svi standardi u Priručniku. Sva tehnička poglavlja zahtijevaju korištenje zajedničke jezgre minimalnih standarda kako bi postigla svoje standarde. Konkretno, kako bi se osigurala prikladnost i kvaliteta na bilo kojem odazivu na nesreću, učestvovanje osoba pogođenih nesrećom – uključujući grupe i pojedince koji najčešće riskiraju u katastrofama – treba biti maksimalan.



Ranjivosti i sposobnosti stanovništva pogođenog katastrofom

Ovaj dio je osmišljen kao dopuna osnovnim minimalnim standardima.

Važno je razumjeti da mlade ili starije osobe, žene ili osobe s invaliditetom ili HIV-om nisu sami po sebi ranjivi ili pod većim rizikom. Tu se, ustvari, javlja preplitanje faktora: npr. osoba starija je od 70 godina, živi sama i lošeg je zdravlja, vjerovatno je da će biti ranjivija više nego neko slične dobi i zdravstvenog stanja ko živi u višečlanoj porodici i sa dovoljnim primanjima. Isto tako, trogodišnja djevojčica je mnogo osjetljivija ako je bez pratnje, nego ako je živi sa roditeljima koji o njoj brinu.

Kako se provode WASH standardi i ključne aktivnosti, analize ranjivosti i sposobnosti osiguravaju da se odzivom na nesreću i uložnim naporima podrže one koji imaju pravo na pomoć na nediskriminirajući način i oni kojima je pomoć najpotrebnija. To zahtijeva temeljito razumijevanje lokalne situacije i kako određeni efekti krize utječu na pojedine grupe ljudi na različite načine zbog njihove ranjivosti (npr. zbog siromaštva ili diskriminacije), i njihovu izloženost raznim prijetnjama (npr. nasilje na osnovu spola, uključujući seksualno iskorištavanje), pojavu ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. ospica ili kolere). Katastrofa može napraviti već postojeće nejednakosti još gorim. Stoga je bitna strateška podrška ljudima u suočavanju sa nesrećom, njihovoj prilagodljivosti i sposobnosti za oporavak. Njihovo znanje, vještine i strategije treba podržati i zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, finansijskoj i psihosocijalnoj podršci. Različite fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne barijere sa kojima se mogu suočiti pružajući usluge treba riješiti na korektan način.

Među ključna područja koja osiguravaju prava i kapacitete svih ranjivih ljudi spadaju:

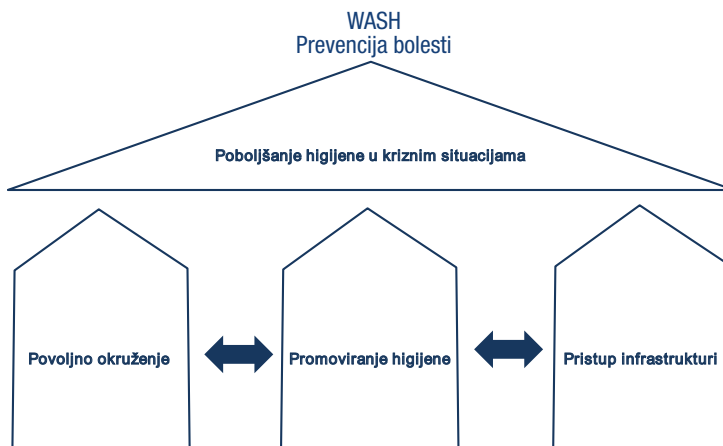
- optimalno učestvovanje ljudi, na način da su uključene sve reprezentativne grupe, pogotovo one koji su manje vidljive (npr. osobe koje imaju komunikacijske i poteškoće u pokretljivosti, oni koji žive u ustanovama, stigmatizirana omladina i druge grupe koje su slabo ili nikako zastupljene i vidljive),
- razdvajanje podataka po spolu i starosti (0–80 i više godina) tokom procjene – ovo je važan element koji osigurava da će sektor za WASH adekvatno razmotriti raznovrsnost stanovništva,
- ostvarivanje prava na informacije i komuniciranje i uključenost svih članova zajednice.

Minimalni standardi

1. Vodosnadbijevanje, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH)

Cilj svakog WASH programa jeste promoviranje dobre lične higijene i higijene okruženja kako bi zaštitili zdravlje, kao što je prikazano na slici ispod. Efikasni WASH program odnosi se na razmjenu informacija između organizacija i stanovništva zahvaćenog katastrofom, identificiranje ključnih higijenskih problema i pronalaženje odgovarajućih rješenja na kulturološki prihvatljiv način. Osiguranje optimalnog vodosnabdijevanja i sanitarnih prostorija te prakticiranje sigurne higijene će u najvećoj mjeri utjecati na javno zdravlje.

Promoviranje higijene od vitalnog je značaja za uspješnost akcije WASH. Fokus na promoviranje higijene je opći i specifičan. Općenito govoreći, sastavni je dio svih područja i posebno će se odražava na vodosnabdijevanje, sanitarne uvjete, kontrolu zaraznih bolesti, upravljanje čvrstim otpadom i drenažu. Tačnije, fokus se usmjerava na dva standarda za promoviranje higijene u ovom poglavlju i odnosi se na pojedine aktivnosti promoviranja higijene.



Standard 1. WASH: Osmišljavanje i provođenje WASH programa

Program WASH omogućava zadovoljavanje potreba žrtvama katastrofe i uključenost korisnika u planiranje, upravljanje i održavanje objekata, tamo gdje je to potrebno.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- identificirati ključne rizike za javno zdravlje u saradnji sa žrtvama katastrofe (vidjeti smjericu 1, osnovni standardi 1, 3 i 4 na stranicama 47–55);
- žrtvama katastrofe osigurati zadovoljavanje javnozdravstvenih potreba i njihovo rješavanje prema prioritetima (vidjeti smjericu 1);
- sistemsko prikupljanje povratnih informacija o planovima i prihvatljivosti sadržaja i metodama promoviranja iz svih grupa korisnika i u svim WASH programskim aktivnostima (vidjeti osnovne standarde 1, 3 i 4 na stranicama 47–55).

Ključne pokazatelji (čitati sa smjericama):

- sve grupe stanovništva imaju siguran i pravedan pristup WASH resursima i infrastrukturi, koriste mogućnosti koje nude i poduzimaju mjere kako bi se reducirao rizik za javno zdravlje (vidjeti Standard promoviranja higijene 2 na stranici 80);
- cjelokupno osoblje na programu WASH jasno i sa poštovanjem komunicira s onima koji su pogođeni nesrećom i otvoreno s njima razmjenjuje informacije o programu, znajući kako odgovoriti na pitanja o projektu članovima zajednice;
- postoji odgovarajući sistem za upravljanje i održavanje objekata, koji doprinosi jednakosti različitih grupa (vidjeti smjericu 1);
- svi korisnici su zadovoljni jer je osmišljavanje i implementacija WASH programa omogućava veću sigurnost i vraćanje dostojanstva.

Smjernice

1. **Procjena potreba:** procjenom je potrebno identificirati rizične postupke koje mogu povećati ranjivost te predvidjeti uspješnost kako osiguravanja WASH infrastrukture, tako i promoviranja higijene. Ključni rizici vjerovatno će se odnositi na fizičku sigurnost u pristupu objektima, diskriminaciji marginaliziranih grupa koja utječe na pristup, korištenje i održavanje toaleta, na nedostatak pranja ruku sapunom ili nekim drugim sredstvom, nehigijensko prikupljanje i skladištenje vode i nehigijensko čuvanje i pripremanje hrane. Pru procjeni potrebno je obratiti pažnju na sredstava raspoloživa stanovništvu, lokalna znanja i običaje, tako da promotivne aktivnosti budu efektivne, relevantne i praktične. Društvene i kulturne norme koje bi mogle olakšati i / ili ugroziti provođenje sigurne higijenske prakse treba

identificirati u sklopu početne i trajne procjene. Pri procjeni treba obratiti posebnu pažnju na potrebe ranjivih grupa ljudi. Ako konsultiranje bilo koje od ugroženih grupa nije moguće, to treba jasno navesti u izvještaju o procjeni i što prije se vratiti na takve slučajeve (vidjeti Osnovni standard 3 na str. 52).



2. Promoviranje higijene

Promoviranje higijene uključuje planirani i sistemski pristup koji omogućava provođenje mjera za sprječavanje i / ili suzbijanje bolesti vezanih uz vodu, sanitarne uvjete i higijenu. Ona također omogućava lakše učešće zajednice, preuzimanje odgovornosti i nadzor unutar programa WASH. Promoviranje higijene treba zasnivati na znanju stanovništva pogođenog nesrećom, njegovim navikama i resursima, kao i na bazi podataka programa WASH, da bi se utvrdilo koji je najbolji način da se zaštiti javno zdravlje, da bi se utvrdilo koji je najbolji način da se zaštiti javno zdravlje.

Pri procjeni treba obratiti posebnu pažnju na potrebe ranjivih grupa ljudi. Ako konsultiranje bilo koje od ugroženih grupa nije moguće, to treba jasno navesti u izvještaju o procjeni i što prije se vratiti na takve slučajeve (vidjeti Osnovni standard 3 na str. 52):

1. razmjena informacija i znanja,
2. mobilizacija zajednica pogođenih katastrofom,
3. pružanje osnovnih materijala i objekata.

Mobilizacija zajednice posebno je pogodna za hitne slučajeve, dok se naglasak treba staviti na poticanje ljudi u provođenju mjera kako bi zaštitili svoje zdravlje. Promotivne aktivnosti trebaju, tamo gdje je to moguće, uključiti interaktivne metode, umjesto da se isključivo usmjere na prosljeđivanje mnoštva poruka.

Standard 1. Promoviranje higijene: provođenje promoviranja higijene

Katastrofom pogođeni muškarci, žene i djeca svih uzrasta svjesni su ključnih rizika za javno zdravlje i spremni su poduzeti mjere protiv pogoršanja sanitarnih uvjeta, te koristiti i održavati dostupne prostore.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- sistemski informirati o rizicima koji su povezani sa higijenom i preventivnim mjerama, koristeći odgovarajuće načine masovne komunikacije (vidjeti smjernice 1 i 2);
- odrediti posebne društvene, kulturne i vjerske faktore koji će potaknuti razne korporativne društvene grupe u zajednici, i koristiti ih kao osnovu za komunikacijske strategije za promoviranje higijene (vidi smjernicu 2.)
- koristiti interaktivne komunikacijske metode za promoviranje higijene, koliko god je to moguće, kako bi se osigurao kontinuirani dijalog i rasprava sa pogođenim grupama (vidjeti smjernicu 3.)
- redovno nadgledati ključnih higijenskih praksi i korištenje obezbjeđenih objekata, u saradnji sa pogođenom zajednicom (vidjeti smjernicu 3 i Osnovni standard 5, te smjernice 1, 3–5 na stranicama 58–59);

- pregovarati sa stanovništvom i ključnim zainteresiranim stranama kako bi se odredili uvjeti za identifikiranje i angažiranje pokretača aktivnosti u zajednici (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- sve grupe korisnika može opisati i pokazati ono što su učinili kako bi se spriječilo pogoršanje higijenskih uvjeta (vidjeti smjernicu 1);
- svi obezbjeđeni sadržaji koriste se na odgovarajući način i redovno održavaju;
- svi ljudi peru ruke nakon male i velike nužde i nakon presvlačenja dječijih pelena, te prije jela i pripremanja hrane (vidjeti smjernicu 6);
- sve aktivnosti i poruke usmjerene na promociju higijenskih navika bave se ključnim ponašanjem i zabludama te su usmjerene na sve grupe korisnika (vidjeti smjernicu 6);
- predstavnici svih grupa uključeni su u planiranje, obuku, provođenje, praćenje i evaluaciju aktivnosti za promoviranje higijene (vidjeti smjernice 1–6 i Osnovni standard 1, te smjernice 1–5 na stranicama 48–49);
- starateljima djece i dojenčadi osigurana su sredstva za pravilno odlaganje izmeta (vidjeti Standard 1. Odstranjivanje fekalija, na stranici 90 i smjernica 6).

Smjernice

1. **Ciljani prioritetni higijenski rizici i ponašanje:** saznanja dobivena procjenom higijenskih rizika, zadataka i odgovornosti različitih grupa treba koristiti za planiranje i određivanje prioriteta pomoći, tako da protok informacija između humanitarnih aktera i pogođenog stanovništva bude adekvatno usmjeren i da se zablude rješavaju tamo gdje se identificiraju.
2. **Uključiti sve segmenate stanovništva:** u ranim je fazama nesreće ponekad potrebno koristiti sredstva javnog informiranja kako bi se ljudi obavijestili o smanjenju zdravstvenih rizika u što većem broju. Različitim grupama treba prosljediti različite informacije, obrazovni i komunikacijski materijal kroz odgovarajuće kanale komunikacije kako bi se informiralo cjelokupno stanovništvo. To je posebno važno za nepismene osobe, osobe s poremećajima u komunikaciji i / ili ljudi koji nemaju pristup radiju ili televiziji. Popularni mediji kao što su kazalište, koncerti, ulični teatar, plesne tačke itd. u ovom slučaju, također, mogu biti učinkoviti. Koordinacija s obrazovnim sektorom, važna je u određivanju mogućnosti za provođenje higijenskih aktivnosti u školama.
3. **Interaktivne metode:** kulturološki adekvatni materijali i metode nude vrijedne mogućnosti za žrtve nesreća za planiranje i praćenje poboljšanje higijenskih uvjeta. Također pruža im mogućnost da predlažu ili vrše pritužbe o programu, ukoliko je to potrebno. Planiranje promoviranja higijene mora biti kulturološki prikladno. Promoviranje aktivnosti o higijeni mora izvesti osoba koja imaju sposobnosti i vještine za rad sa grupama različitih uvjerenja i običaja (npr. u nekim kulturama neprihvatljivo je da žene razgovaraju sa nepoznatim ljudima).



4. **Opterećenost:** važno je osigurati da niti jedna grupa (npr. žene) nije preopterećena s aktivnostima za promoviranje higijene ili rukovođenjem aktivnosti. Prednosti kao što su mogućnost obuke i zapošljavanja treba ponuditi ženama, muškarcima i marginaliziranim grupama.
5. **Opći uvjeti pokretanja zajednice:** korištenjem usluga javnih radnika ili osoba koje rade kućne posjete pruža potencijalno interaktivan način i pristup velikom broju ljudi, ali ovim se radnicima mora pomoći kako bi razvili vještine rukovođenja. Prema gruboj procjeni, kamp zahtijeva dva promotora higijene / pokretača zajednice na 1.000 članova nesrećom pogođene populacije. Pokretači zajednice mogu isto tako biti zaposleni na dnevnoj bazi, na osnovu ugovora ili na volonterskoj bazi, u skladu sa zakonom. Bez obzira da li su radnici plaćeni ili imaju status volontera, o tome treba razgovarati sa pogođenim stanovništvom, organizacijama koje implementiraju projekte i drugim grupama kako bi se izbjeglo stvaranje napetosti i narušavanje dugoročne održivosti sistema u tom mjestu.
6. **Motiviranje različite grupe na poduzimanje mjera:** važno je shvatiti da zdravlje nije uvijek najvažniji motiv za promjenu ponašanja. Potreba za privatnošću, sigurnosti, udobnosti, poštivanjem vjerskih i kulturnih običaja, društvenim statusom i ugledom može biti snažniji pokretač nego obećanje boljeg zdravlja. Takve faktore treba uzeti u obzir prilikom planiranja promotivnih aktivnosti i učinkovito se uključiti u planiranje i lociranje objekata u saradnji sa projektnim timom. Naglasak ne treba biti isključivo na individualnim promjenama ponašanja, nego i na pokretanju društva i radu sa grupama.

Standard 2. Promoviranje higijene: određivanje i upotreba sredstava za ličnu higijenu.

Stanovništvo pogođeno nesrećom ima pristup i uključeno je u prepoznavanje i promoviranje upotrebe higijenskih sredstava kako bi se osigurala osobna higijena, zdravlje, dostojanstvo i dobiti.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- konsultirati sve muškarce, žene i djecu svih uzrasta o tome koja su im sredstva za ličnu higijenu prioritetno potrebna (vidjeti smjernice 1, 3 i 4);
- poduzeti pravovremene distribucije higijenskih sredstava za hitne potrebe zajednice (vidjeti smjernice 2–3);
- provesti nadzor nakon distribucije i ocijeniti korisnost i zadovoljstvo korisnika sa raspodjelom higijenskih sredstava (vidjeti smjernice 3 i 5);
- ispitati i ocijeniti korištenje alternativnih načina za distribuciju higijenskih sredstava, npr. raspodjela novčanih bonova i / ili neprehranbenih proizvoda (eng. non-food items – NFIs) (vidjeti Standard 1. Sigurnost hrane: novčani transferi i transferi bonova na str. 170).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- žene, muškarci i djeca imaju pristup potrepštinama za ličnu higijenu, koje učinkovito pridonose očuvanju zdravlja, dostojanstva i dobrobiti (vidjeti smjernicu 1, 7 i 9);
- svim ženama i djevojkama koje dobivaju menstruaciju, na osnovu konsultiranja pogođenog stanovništva, osigurani su materijali za menstrualnu higijenu (vidjeti smjernice 5 i 8);
- sve žene, muškarci i djeca imaju pristup informacijama i obuku o sigurnoj upotrebi higijenskih sredstava sa kojima nisu upoznati (vidjeti smjernice 5);
- pogođenom stanovništvu dostupne su informacije u koliko će se sati, na kojoj lokaciji, u kojem obliku i kojoj ciljnoj grupi će se vršiti podjela neprehrambenih proizvoda (vidjeti smjernice 3–5);
- sigurnost pogođenog stanovništva i osoblja prioriteta je u organiziranju podjele neprehrambenih proizvoda (vidjeti Princip zaštite 1, smjernice 1–3 na str. 28–29).

Smjernice

1. **Osnovni higijenski artikli:** osnovni minimalni paket higijenskih artikala sastoji se od posude za vodu (kante), sapuna za ličnu higijenu i sapuna za pranje veša i higijenskih potrepština za menstruaciju.

Spisak osnovnih higijenskih artikala

10–20-litrska posuda za prijevoz vode	Jedna po domaćinstvu
10–20-litrska posuda za čuvanje vode	Jedna po domaćinstvu
250 gr sapuna za kupanje	Jedan po osobi mjesečno
200 gr sapuna za pranje veša	Jedan po osobi mjesečno
Materijal prihvatljiv za menstrualnu higijenu, npr. periva pamučna tkanina	Jedan po osobi

2. **Koordinacija:** porazgovarajte sa organizatorima u skloništu i sa pogođenim stanovništvom da li su im potrebni dodatni neprehrambeni artikli, kao što su deke, koje nisu uključene u osnovne higijenske artikle (vidjeti Standard 1. Neprehrambeni artikli na str. 232).
3. **Pravovremena podjela sredstava za ličnu higijenu:** kako bi se osigurala pravovremena podjela potrepština za ličnu higijenu, možda neke ključne artikle (sapun, kanisteri itd.) treba podijeliti bez saglasnosti pogođenog stanovništva, a o narednim podjelama se sa njima posavjetovati.
4. **Prioritetne potrebe:** ljudi mogu odlučiti prodati artikle iz humanitarne pomoći koji ne odgovaraju njihovim prioritarnim potrebama, tako da pri planiranju pomoći treba uzeti u obzir životne uvjete ljudi.
5. **Prikladnost:** treba obratiti pažnju da podjela ne uključuje proizvode koje ljudi neće koristiti zbog neznanja ili zloupotrebe (npr. artikli koji se mogu lako zamijeniti za hranu.). Gdje je kulturološki prikladno ili uobičajno, sapun za pranje može se zamijeniti deterdžentom.



6. **Zamjena:** potrebno je uzeti u obzir činjenicu da artikle trebaju zamijeniti ukoliko je to potrebno.
7. **Posebne potrebe:** osobe s posebnim potrebama (npr. inkontinencija ili teži slučajevi proljeva) zahtijevaju veću količinu higijenskih potrepština za ličnu higijenu, npr. sapuni. Osobe s invaliditetom ili osobe koje su vezane za krevet, vjerovatno će trebati dodatne artikle poput noćnih posuda. Neki artikli će vjerovatno zahtijevati prilagođavanje za sanitarnu upotrebu (npr. stolac sa rupom ili komodna stolica).
8. **Menstrualna higijena:** osigurati diskretno pranje ili odlaganje materijala za menstrualnu higijenu
9. **Dodatni pribor:** zbog društvenih i kulturoloških običaja može se tražiti pristup dodatnim higijenskim sredstvima. U zavisnosti od dostupnosti, ovi artikli (po osobi mjesečno) uključuju sljedeće:
 - 75 ml / 100 gr paste za zube,
 - jedna četkica za zube,
 - 250 ml šampon,
 - 250 ml losion za dojenčad i djecu do 2 godine,
 - jedna jednokratna britva,
 - donje rublje za žene i djevojke koje imaju menstrualni ciklus,
 - jedna četka za kosu i / ili češalj,
 - grickalica,
 - pelene (ulošci) i dječije tute (zavisno od potrebe domaćinstva).

3. Vodosnabdijevanje

Voda je neophodna za život, zdravlje i ljudsko dostojanstvo. U iznimnim okolnostima, nekad nema dovoljno vode kako bi se zadovoljile osnovne potrebe. U tim je slučajevima adekvatno snabdijevanje pitkom vodom (dovoljno za opstanak) od presudne važnosti. U većini slučajeva glavni uzrok zdravstvenih problema je nedostatak higijene, zbog nedovoljnog snabdijevanja vodom ili uzimanjem zagađene vode.

Standard 1. Vodosnabdijevanje: pristupačnost i količina vode

Svi ljudi imaju siguran i pravedan pristup dovoljnoj količini vode za piće, kuhanje, ličnu higijenu i domaćinstvo. Javna mjesta za snabdijevanje vodom dovoljno su blizu domaćinstva, kako bi se omogućilo potrebno minimalno snabdijevanje vode.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- identificirati odgovarajuće izvore vode uzimajući u obzir količinu i utjecaj životne sredine na izvore (vidjeti smjernicu 1).
- provesti snabdijevanje vodom po prioritetima kako bi se zadovoljile potrebe žrtava nesreće (vidjeti smjernice 2 i 4).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- prosječna potrošnje vode za piće, kuhanje i ličnu higijenu u bilo kojem domaćinstvu je najmanje 15 litara po osobi dnevno (vidjeti smjernice 1–7);
- maksimalna udaljenost svakog domaćinstva od najbližeg mjesta za snabdijevanje vodom je 500 m (vidjeti smjernice 1, 2, 5 i 6);
- vrijeme čekanja na izvoru je najviše 30 minuta (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Izbor izvora vode:** pri odabiru izvora vode treba uzeti u obzir sljedeće faktore: dostupnost, blizinu, održivost dovoljne količine vode, da li je potrebno tretiranje vode, te izvodljivost, uključujući postojanje društvenih, političkih i pravnih faktora koji se odnose na izvor. Općenito, poželjno je da podzemni izvori i / ili snabdijevanje izvorskom vodom gravitacijskog toka zahtijevaju manje čišćenje i ne zahtijevaju pumpanje. U početnoj fazi nesreće obično je potrebna kombinacija različitih pristupa i resursa. Sve izvore treba redovno nadgledati kako bi se spriječilo prekomjerno iskorištavanje.
2. **Potrebe:** količina vode potrebna za upotrebu u kućanstvu zavisi od okolnosti i može se razlikovati zavisno od klime, raspoloživosti sanitarnih čvorova, navika ljudi, od njihove vjerske i kulturološke



tradicije, hrane koju kuhaju, odjeće koju nose itd. Općenito, potrošnja vode povećava se ukoliko je izvor vode bliži mjestu prebivališta. Gdje je to moguće, 15 litara po osobi po danu (l/d) može se prekoračiti u skladu sa lokalnim standardima, ako je standard veći.

Količine vode potrebne za preživljavanje

Količine vode potrebe za preživljavanje (voda i hrana)	2,5–3 litara dnevno	Zavisno od podneblja i fiziologije pojedinca
Osnovne higijenske navike	2–6 litara dnevno	Zavisno od grupe društvenih i kulturnih normi
Osnovne potrebe za kuhanje	3–6 litara dnevno	Zavisno od vrste hrane i društvenih i kulturnih normi
Zajedničke osnovne potrebe za vodom	7,5–15 litara dnevno	

Za uputstva o minimalnim količinama vode potrebne za ustanove i druge korisnike pogledajte Dodatak 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge korisnike. Za hitne potrebne količine vode za stoku, pogledajte smjernice i standarde koji se odnose za stoku (vidjeti reference i dodatnu literaturu).

- Mjerenje:** ankete izvršene u domaćinstvima, promatranje i grupne rasprave u zajednici su učinkovitije metode u prikupljanju podataka o korištenju vode i njenoj potrošnji nego mjerenje količine vode koja se crpi u vodovodnoj mreži ili uz ručno korištenje pumpe.
- Količina / pokrivenost:** u slučaju nesreće i pod minimalnim standardima za količine i kvalitetu vode, prioritetno je osigurati ravnopravan pristup dovoljnoj količini vode, čak i ako je srednjeg kvaliteta. Žrtve nesreće su znatno više osjetljive na bolesti, stoga pristup vodi i standardi koji se tiču količine vode trebaju biti postignuti, čak i ako su veći od normi pogođenog ili lokalnog stanovništva. Posebnu pažnju treba obratiti na dodatne potrebne količine vode za osobe pod posebnim zdravstvenim okolnostima, kao što su HIV i AIDS-a, te kako bi se zadovoljile potrebe za hranom i vodom za stoku i kada su suše. Kako bi se spriječilo neprijateljstvo, preporučuje se da vodosnabdijevanje i sanitarni uvjeti u jednakoj mjeri zadovolje potrebe lokalnog i nesrećom pogođenog stanovništva (vidjeti Dodatak 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge namjene).
- Maksimalan broj osoba po izvoru vode:** broj osoba po izvoru zavisi od dotoka i dostupnosti vode na svaki izvor. Okvirne smjernice su:

250 ljudi na česmu	na osnovu protoka 7,5 litra / minuti
500 ljudi na ručnu pumpu	na osnovu protoka 17 litara / minuti
400 ljudi na otvoreni izvor za jednog korisnika	na osnovu protok 12,5 litara / minuti

Smjernice predviđaju da je izvor vode dostupan otprilike osam sati dnevno, da je vodosnabdijevanje konstantno tokom tog vremena. Ako je dostupnost veća od one navedene, ljudi mogu konzumirati više od 15 litara vode dnevno, kolika je minimalna potrebna količina. Ove ciljeve treba koristiti oprezno, jer njihovo ispunjavanje ne mora nužno značiti pružanje potrebne minimalne količine vode ili pravedan pristup.

6. **Vrijeme čekanja:** predugo čekanje pokazatelj je nedovoljne dostupnosti vode, zbog nedovoljnog broja mjesta za snabdijevanje vodom ili neadekvatne dostupne količine vode u izvoru. Mogući štetni učinci dužeg čekanja smanjuju potrošnju vode po stanovniku, povećana potrošnja na nezaštićenim površinskim izvorima i situacija da ljudi koji dolaze po vodu imaju manje vremena za druge poslove važne za opstanak.
7. **Pristupačnost i jednakost:** iako ima dovoljno vode kako bi se zadovoljile minimalne potrebe, potrebne su dodatne mjere kako bi se osiguralo ravnopravan pristup svim grupama. Snabdijevanje grada vodom mora biti dostupno svima bez obzira na spol ili etničku pripadnost. To može biti neka ručna pumpa i spremnik za vodu modificiran ili prilagođen osobama zaraženim HIV-om ili AIDS-om, starijim osobama, osobama s invaliditetom i djeci. U slučajevima kada je distribucija ili ispumpanje vode u ograničeno na određene termine, to treba planirati u saradnji sa korisnicima, uključujući i žene.

Standard 2. Vodosnabdijevanje: kvalitet vode

Voda je zadovoljavajućeg kvaliteta, pitka je i može se koristi za kuhanje, ličnu i kućnu higijenu bez opasnosti po zdravlje.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- uraditi brzi sanitarni pregled i, tamo gdje vrijeme i situacija to dopuštaju, provesti plan o sigurnosti u vodi za izvor (vidjeti smjernice 1–2);
- provesti sve potrebne korake kako bi se smanjila kontaminacija nakon isporuke vode (vidjeti smjernice 3–4 i Standard 1. Promoviranje higijene na stranici 78);
- pri snabdijevanju vodom iz česme, u trenucima opasnosti od stomačne epidemije dijareje, potrebno je tretiranje vode sa dezinficijensom, tako da vrijednost hlora bude 0,5 mg / l i zamućenost ispod 5 NTU (jedinice nefelometrična zamućenosti). U slučaju posebnih stomačnih epidemija, osigurati da je vrijednost hlora od iznad 1 mg / l (vidjeti smjernice 5–8);
- u slučaju predloženog pročišćavanja vode u domaćinstvima obavezno navedite odgovarajuće promoviranje, obuku i nadzor (vidjeti smjernice 3 i 6).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- na mjestu isporuke i upotrebe vode nema fekalnih koliforma na 100 ml vode (vidjeti smjernice 2, 4–7);
- sve metode pročišćavanja vode u domaćinstvu poboljšavaju mikrobiološku kakvoću vode i popraćene su odgovarajućom obukom, promoviranjem i nadzorom (vidjeti smjernice 3–6);
- ne postoje negativne posljedice po zdravlje prouzrokovane kratkoročnim korištenjem vode koja je



kontaminirana hemikalijama (uključujući previše hemikalija koje se koriste za tretman vode) ili iz radioloških izvora, i procjene ne pokazuje vjerovatnost takvih utjecaja (vidjeti smjernice bilješka 7);

- svi korisnici piju vodu iz zaštićenog ili pročišćenog izvora, a ne iz drugih raspoloživih resursa vode (vidjeti smjernice 3 i 6);
- nema pojave bolesti ili njihove povezanosti sa vodom (vidjeti smjernice 1–9).

Smjernice

1. **Nadzor sanitarnih uvjeta i plan o sigurnosti vode:** nadzor sanitarnih uvjeta predstavlja procjenu stanja i praksi koje mogu predstavljati opasnost za javno zdravlje. To uključuje i mogućnost onečišćenja vode na izvoru, tokom transporta i kod kuće, higijenske navike, odvodnjavanje i zbrinjavanje čvrstog otpada. Mapiranje zajednice je posebno efikasna metoda utvrđivanja prijetnji javnom zdravlju, kao i učestvovanje zajednice u pronalaženju načina za smanjenje rizika. Treba imati na umu da, iako životinjski izmet nije tako štetan kao ljudski, on može sadržavati mikroorganizme kao što su *Cryptosporidium*, *Giardia*, *Salmonella*, *Campylobacter*, kalicivirusi i drugi najčešći uzročnici proliva kod ljudi, te iz tog razloga predstavlja značajnu prijetnju zdravlju. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje korištenje svog sigurnosnog plana za vodosnabdijevanje (WSP), koji ima holistički pristup, i koji pokriva identifikaciju opasnosti i procjenu rizika, poboljšanje / nadogradnju plana, nadzor i postupke kontrole upravljanja, uključujući i razvoj pratećih programa (vidjeti reference i dodatnu literaturu).
2. **Mikrobiološki kvalitet vode:** fekalne koliformne bakterije (više od 99 % njih predstavljaju bakterije *E. coli*) pokazatelji su nivoa onečišćenja vode zbog ljudskog i / ili životinjskog izmeta i moguće prisutnosti štetnih patogena. Ukoliko se uoči prisutnost fekalnih koliforma, voda mora biti tretirana.
3. **Promoviranje zaštićenih izvora:** sama zaštićenost izvora ili pročišćavanje vode neće biti učinkovito ako ljudi ne shvaćaju zdravstvene prednosti korištenja ovakve vode. Ljudi mogu preferirati korištenje nezaštićenih izvora, npr. rijeke, jezera i nezaštićenih bunara, zbog okusa vode, blizine izvora i društvenih pogodnosti. Potrebno je da u takvim slučajevima doktori, promotori higijene i pokretači zajednice razumiju razloge takvih odluka, i razmotre promotivne poruke i razgovore.
4. **Kontaminacija nakon isporuke:** voda koja je sigurna u trenutku isporuke može još uvijek predstavljati značajan zdravstveni rizik zbog rekontaminacije za vrijeme preuzimanja, skladištenja i dopremanja. Mjere za smanjenje tih rizika uključuju poboljšane mjere preuzimanja i skladištenja i distribuciju čistih i prikladnih spremnika za prikupljanje i skladištenje vode (vidjeti Standard vodosnabdijevanja 3 na str. 88). Na lokacijama na kojima se voda upotrebljava treba redovno uzimati uzorke vode kako bi se provela kontrola onečišćenja.
5. **Dezinfekcija vode:** ako postoji značajan rizik kontaminacije vode na izvoru ili nakon dostave, voda bi trebala biti tretirana dezinficijensom kao što je hlor. Ovaj rizik će odrediti uvjeti u naselju, kao što su gustina naseljenosti, načini odlaganja fekalija, higijenske navike i učestalost stomačnih oboljenja (diareja). U slučaju prijetnje ili epidemije izazvane proljevom treba očistiti sve zalihe pitke vode, ili prije distribucije, ili kod kuće. Za pravilnu dezinfekciju vode zamućenost smije biti manja od 5 NTU, iako je

moguće za kratkoročne hitne slučajeve vodu sa višim stepenom zamućenosti adekvatno dezinficirati dvostrukom dozom hlora nakon filtriranja, dok se zamućenost ne smanji (vidi Dodatak 6: Shema odluka koje se tiču čišćenja i skladištenja vode iz domaćinstva).

6. **Obrada vode u domaćinstvu:** ako korištenje centralnog sistema za tretman vode nije moguće, mogu se koristiti sistemi za prečišćavanje vode iz domaćinstva, na mjestu korištenja. Različite vrste čišćenja na licu mjesta, za koje se pokazalo da smanjuju učestalost proljeva i poboljšavaju mikrobiološku kvalitetu pohranjene vode u domaćinstvu, uključujući kuhanje, hloriranje, solarnu dezinfekciju, membranske filtracije, spore filtracije pijeskom i dezinfekcije flokulacijom. Najprikladniji izbor čišćenja na licu mjesta u bilo kojem kontekstu zavisi od postojećih uvjeta vode i sanitarnija, kvaliteta vode, kulturne prihvatljivosti i isplativosti tih opcija. Uspješno tretiranje vode na licu mjesta treba sadržavati upotrebu odgovarajućih materijala i proizvoda, kao i odgovarajuću obuku za korisnike. Uvođenje neproverenih metoda pročišćavanja vode u slučaju nezgode treba izbjegavati. U područjima rizika poželjno je prije čišćenje na licu mjesta razmisliti o gotovim proizvodima, što omogućuje brži odgovor. Prednost treba dati upotrebi raspoloživih lokalnih proizvoda, ukoliko se nastavi uporaba u fazi nakon nesreće. Efikasno korištenje zahtijeva redovno praćenje, podršku i nadzor i trebao bi biti preduvjet za usvajanje alternativnog pristupa pročišćavanja vode.
7. **Pročišćavanje hlorom na mjestu primjene:** dvostruka doza hlora može se koristiti za viši nivo neprozirnosti / nivo zamućenosti, ukoliko ne postoji alternativni izvor vode. To može biti samo kratko vrijeme i nakon edukacije korisnika o načinima za smanjenje zamućenosti filtriranjem i pretakanje prije tretiranja vode (vidjeti Dodatak 6: Shema odluka o čišćenju i pohranjivanju vode iz domaćinstva).
8. **Hemijska i radiološka kontaminacija:** ukoliko hidrogeološki podaci ili saznanja o industrijskim ili vojnim aktivnostima upućuju na to da zalihе vode mogu predstavljati hemijske ili radiološke zdravstvene rizike, hitno treba procijeniti rizik provođenjem hemijske analize. Potrebno je napraviti odluku između kratkoročnih rizika i koristi za javno zdravstvo. U nastavku, odluku o korištenju kontaminirane vode treba donijeti na osnovu detaljne procjene i analize posljedica po zdravlje.
9. **Okus:** sam okus ne predstavlja zdravstveno pitanje (npr. blago slana voda ne predstavlja rizik po zdravlje), ali ako čista voda nema dobar okus, ljudi mogu piti vodu iz izvora koji nisu sigurni i time ugroziti svoje zdravlje. Da bi se ovo izbjeglo, treba provesti aktivnosti za promoviranje higijene i time osigurati upotrebu samo sigurnih izvora.
10. **Kvalitet vode za zdravstvene centre:** sve vode za bolnice, domove zdravlja i centre za prehranu treba čistiti hlorom ili rezidualnim dezinficijensom. Ukoliko postoji bilo kakva opasnost od prekida snabdjevanja vodom, potrebno je da institucija osigura zalihе vode za kontinuirano snabdjevanje i normalan nivo upotrebe (vidjeti Dodatak 2: Minimalna količina vode za ustanove i druge namjene i Dodatak 5: Minimalne higijenske i sanitarne mjere za izolacijske centre liječenja od kolere).



Standard 3. Vodosnabdijevanje: vodovodni objekti

Ljudi imaju na raspolaganju odgovarajuće objekte za prikupljanje, pohranjivanje i korištenje dovoljne količine vode za piće, kuhanje i ličnu higijenu, a kako bi se osiguralo da je voda za piće ispravna sve dok se ne potroši.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- pogođenom stanovništvu osigurati adekvatne kapacitete za prikupljanje i pohranu vode (vidjeti smjernicu 1 i Standard promoviranja higijene 2 na str. 80);
- aktivno poticati učestvovanje svih žrtava nesreće i ranjivih osoba u raspodjeli i planiranju urbanog vodosnabdijevanja i izgradnji objekata za pranje veša i kupanje (vidjeti smjernicu 2);
- postaviti posebne umivaonike i osigurati posebne prostorije za pranje veša i objekte gdje žene mogu prati i sušiti veš i sanitarne krpe (vidjeti smjernicu 2 i Standard promoviranja higijene 2 na 80 str).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- svako kućanstvo ima barem dva spremnika za čistu vodu kapaciteta 10–20 litara, jedan za pohranu i jedan za transport (vidjeti smjernicu 1 i Standard promoviranja higijene 2, smjernica 1 na stranici 81);
- kanisteri za prikupljanje i skladištenje vode imaju uska grla, poklopce ili su to neke druge vrste spremnika za sigurno dobavljanje, pohranjivanje i korištenje vode (vidjeti smjernicu 1);
- postoji najmanje jedan umivaonik na 100 ljudi i poseban objekt za pranje i kupanje namijenjen za žene. Na raspolaganju su dovoljne količine vode za kupanje i pranje (vidjeti smjernicu 2);
- voda namijenjena za domaćinstvo u svakom je trenutku nezagađena (vidjeti smjernicu 1);
- ljudi su zadovoljni odgovarajućom opremom koju imaju za prikupljanje vode, skladištenje, kupanje, pranje ruku i pranje veša (vidjeti smjernicu 2);
- osigurano je redovno održavanje instaliranih sistema i objekata, i korisnici su uključeni u taj proces gdje je to moguće (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Prikupljanje i skladištenje vode:** ljudima su potrebne posude za prikupljanje i pohranjivanje vode za piće, kuhanje, pranje i kupanje. Posude trebaju biti čiste, higijenske, lake za nošenje i da odgovaraju lokalnim potrebama i navikama u pogledu veličine, oblika i dizajna. Djeci, osobama s invaliditetom, starijim osobama i osobama zaraženim HIV-om i AIDS-om mogu trebati manje posude ili posebno dizajnirani kanisteri za vodu. Kapacitet kanistera za pohranjivanje vode zavisi od veličine domaćinstva i dostupnosti vode, npr. oko četiri litre po osobi bi bilo prikladno za situacije u kojima postoji stalno dnevno snabdijevanje vodom. Promoviranje i nadzor nad sigurnim prikupljanjem, skladištenjem

i crpljenjem vode prilika je za razgovor o problemima koji se tiču onečišćenja vode s ugroženim osobama, posebno sa ženama i djecom.

- 2. Javne prostorije za tuširanje i kupanje:** ljudima treba privatnost i mjesto gdje se mogu dostojanstveno okupati. Ukoliko to nije moguće, unutar domaćinstva potrebno je osigurati zasebne centralne prostorije za muškarce i žene. Ako sapun nije dostupan, može se koristiti bilo koji od najčešćih alternativa, kao što je pepeo, čisti pijesak, soda ili razne vrste biljaka koje su pogodne za pranje i čišćenje. Pranje odjeće je higijenski posebno važno kada je u pitanju dječja odjeća. Posebno je potrebno pranje pribora za jelo i posuđa za kuhanje. Broj, mjesto, dizajn, sigurnost, prikladnost i praktičnost objekata treba odrediti u dogovoru s korisnicima, posebno sa ženama, adolescentima i osobama s invaliditetom. Osigurati položaj objekata u centralnom dijelu, a njegova dostupnost i dobro osvjettljenje, sa dobrom preglednošću područja, mogu doprinijeti većoj sigurnosti korisnika.
- 3. Održavanje sistema za vodosnabdijevanje:** važno je da su korisnici informirani i opremljeni sa svim potrebnim resursima za održavanje i očuvanje sistema u mjestu.



4. Odlaganje fekalija

Sigurno odlaganje ljudskih fekalija predstavlja prvu prepreku za pojavu bolesti povezanih sa fekalijama, a pomaže u smanjenju direktnog ili indirektnog širenja bolesti. Sigurno odlaganje fekalija je, dakle, važan prioritet. Takve situacije u katastrofama treba rješavati što brže i učinkovitije, kao što je to slučaj sa snabdijevanjem čistom vodom. Pružanje adekvatnih sanitarnih čvorova jedan je od hitnih zadataka u odgovoru na katastrofe i to je ključna aktivnost za osiguravanje dostojanstva, sigurnosti, zdravlja i dobrobiti ljudi.

Standard 1. Odlaganje fekalija: u životnom okruženju nema ljudskih fekalija

Životno okruženje u cjelini, a posebno stambeni prostori, područja za proizvodnju hrane, javni centri i izvorišta pitke vode nisu kontaminirani ljudskim fekalijama.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- odmah započeti odgovarajuće mjere za odlaganje fekalija (vidjeti smjericu 1);
- provesti brze konsultacije sa žrtvama nesreće koje se tiču sigurnog zbrinjavanja fekalija i higijenskih navika (vidjeti Standard 1. Promoviranje higijene, smjernice 1–6 na str. 79–80);
- provesti zajednički kampanju u promoviranju higijene koja se tiče sigurnog odlaganje fekalija i korištenja odgovarajućih objekata (vidjeti Standard 1. Promoviranje higijene, smjernice 1–6 na str. 79–80).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- okruženje u kojem živi zahvaćeno stanovništvo je bez ljudskih fekalija (vidjeti smjernice 1–2);
- sve mjere sigurnog odlaganja fekalija, npr. nužnici i septičke jame, provode se najmanje 30 metara od izvora podzemnih voda. Donji dio nužnika ili septičke jame nalazi se najmanje 1,5 metar iznad nivoa podzemnih voda (vidjeti smjericu 3);
- u slučaju poplava ili visokog nivoa podzemnih voda poduzeti odgovarajuće mjere kako bi se spriječila kontaminacija podzemnih voda fekalijama (vidjeti smjericu 3);
- drenaža ili prolijevanje sistema za odvod fekalija ne kontaminira površinske vode ili plitke podzemne resurse (vidjeti smjericu 3);
- nužnici se većinom koriste higijenski, dječije fekalije se odlažu odmah i na higijenski način (vidjeti smjericu 4).

Smjernice

- 1. Sigurno odlaganje fekalija:** sigurno odlaganje fekalija ima za cilj životnu sredinu koja nije kontaminirana razbacanim ljudskim fekalijama. Odmah nakon nesreće i uvođenjem plana za odlaganje fekalija treba provesti akciju prvog čišćenja, razgraničenja i ograditi mjesta za izgradnju javnih toaleta. Svrha sigurnog odlaganja fekalija jeste kontrola čistoće životne sredine, bez ljudskih fekalija. Postepeno pristupanje rješavanju sanitarnih problema je najefikasnije. Aktivnosti provođenja sigurnog odlaganja fekalija obuhvataju sve grupe stanovništva pogođenog nesrećom. Tamo gdje stanovništvo tradicionalno ne koristi toalete, bit će potrebno provesti zajedničku kampanju za promoviranje higijene i poticanje na odlaganje fekalija kako bi se potaknula potražnja za više toaleta. Kod nesreća u urbanim sredinama lako može doći do oštećenja postojećih kanalizacijskih sistema, stoga treba procijeniti situaciju i razmisliti o postavljanju prijenosnih toaleta ili koristiti septičke jame koje se mogu redovno prazniti. Također je potrebno posvetiti pažnju pitanju pražnjenja, transporta i konačnog odlaganje fekalija i potupanja sa njim.
- 2. Čišćenje područja:** u početnoj fazi gdje ima dovoljno mjesta na raspolaganju, treba označiti mjesto za obavljanje nužde i / ili izgradnju rovova za nužnike. Mjera će biti uspješna samo ukoliko se mjestom pravilno rukovodi i ukoliko se pravilno održava, i ako je stanovništvo pogođeno nesrećom shvatilo važnost upotrebe ovih objekata i gdje se nalaze.
- 3. Udaljenost sistema za odvođenje fekalija od vodnih resursa:** nužnici iskopani u zemlji, rovovi za septičke jame i / ili nužnici moraju biti udaljeni od izvora vode najmanje 30 metara, a dno jame mora biti najmanje 1,5 metara iznad podzemnih voda. Ova udaljenost trebalo bi da bude veća u slučaju tla koje se sastoji od stijena i vapnenca, a može biti manja u slučaju kvalitetnog tla. U nekim kriznim situacijama, onečišćenje podzemnih voda ne mogu biti neposredna briga ako se ne koristi direktno za piće. Umjesto toga, treba biti usvojen tretman vode u domaćinstvu ili razmotriti neke druge opcije (vidjeti Standard vodosnabdijevanja 2, smjernica 6 na str. 87). U slučaju poplave ili visokih podzemnih voda, mogu se graditi nadzemni toaleti ili septički kontejneri za skladištenje fekalija i time spriječiti zagađenje životne sredine. Također je važno da drenaža ili prolivanja iz septičkih jama ne zagađuju površinske i / ili podzemne vode.
- 4. Odlaganje dječijih fekalija:** posebnu pažnju treba posvetiti odlaganju dječijih fekalija, jer je ono obično opasnije od fekalija odraslih osoba (infekcije povezanih sa fekalijama, češći su kod djece jer oni još nisu razvili adekvatna antitijela). Roditelji i skrbnici trebaju biti informirani za sigurno odlaganje fekalija dojenčadi, procesi pranja i korištenje pelena nisu beznačajani, kao i korištenje dječijih tuta ili lopatice za učinkovito i sigurno odlaganje fekalija.



Standard 2. Odlaganje fekalija: prikladni i adekvatni toaleti

Ljudima su dostupni odgovarajući i adekvatni toaleti, primjereni i prihvatljivi sanitarni čvorovi koji su dovoljno blizu mjesta stanovanja, kako bi se omogućio brz, siguran i zaštićen pristup u bilo kojem trenutku, i danju i noću.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- treba se posavjetovati i usaglasiti sa svim korisnicima (pogotovo sa ženama i ljudima sa ograničenom pokretljivošću) o lokaciji, obliku i prikladnosti sanitarnih objekata (vidjeti smjernice 1–4 vodstva i principe zaštite 1–2 na str. 28–30);
- ljudima pogođenim nesrećom osigurati alat, materijal za izgradnju, održavanje i čišćenje njihovih toaleta (vidjeti smjernice 6–7);
- osigurati adekvatno snabdijevanje vodom za pranje ruku i toaleta tekućom vodom ili mehanizmima za higijensko zatvaranje i osigurati adekvatan materijal za analnu higijenu za upotrebu u nužnicama (vidjeti smjernice 7–8).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- Toaleti su projektirani i izgrađeni na prikladan način i zadovoljavaju sljedeće zahtjeve:
 - mogu ih koristiti svi stanovnici, uključujući djecu, starije osobe, trudnice i osobe s invaliditetom (vidjeti smjernicu 1);
 - pozicionirani su tako da su svakom trenutku dostupni korisnicima, pogotovo ženama i djevojkama, tokom dana i noći (vidjeti smjernicu 3 i Princip zaštite 1, smjernice 1–6 na str. 28–29);
 - omogućavaju stepen privatnosti u skladu sa normama korisnika (vidjeti smjernicu 3);
 - dovoljno su jednostavni za korištenje i čišćenje i ne predstavljaju opasnost za zdravlje i životnu sredinu; zavisno od uvjeta, nužnici su prikladno osigurani vodom za pranje ruku i / ili ispiranje (vidjeti smjernice 7–8);
 - omogućavaju odlaganje materijala za menstrualnu higijenu i pružaju ženama privatnost neophodnu za pranje i sušenje tih materijala (vidjeti smjernicu 9);
 - razmnožavanj komaraca i muha svedeno je na najmanju moguću mjeru (vidjeti smjernicu 7);
 - osigurani su mehanizamima za zatvaranje, transport i prikladno odlaganje u slučaju da su nužnici fiksirani za dugoročno korištenje i ukoliko postoji potreba za njihovim pražnjenjem (vidjeti smjernice 11);
 - u slučaju visokog vodostaja ili poplava, jame ili spremnici sa fekalijama su vodonepropusni, kako bi se smanjilo onečišćenje podzemnih voda i životne sredine (vidjeti smjernicu 11);
- maksimalno 20 ljudi koristi jedan nužnik (vidjeti smjernice 1–4 i Dodatak 3: Minimalni broj toaleta na javnim mjestima i institucijama u situacijama nesreće);

- na javnim mjestima, kao što su tržnice, centri za raspodjelu pomoći, domovi zdravlja i škole postoje odvojeni toaleti za žene i muškarce, koji se mogu iznutra zaključati (vidjeti smjernicu 2 i principe zaštite 1–2 na stranicama 28–30);
- toaleti su udaljeni od mjesta stanovanja maksimalno 50 metara (vidjeti smjernicu 5);
- korištenje toaleta je određeno po domaćinstvima i / ili su odvojeni po spolu (vidjeti smjernice 2–5);
- svi članovi stanovništva pogođenog nesrećom zadovoljni su procesom savjetovanja i objektima za nužnike i koriste ih na odgovarajući način (vidjeti smjernice 1–10);
- ljudi peru ruke nakon korištenja toaleta, prije jela i pripremanja hrane (vidjeti smjernicu 8).

Smjernice

1. **Prihvatljivi sadržaji:** uspješni programi odlaganja fekalija zavise od razumijevanja različitih potreba ljudi i njihovog učestvovanja. Ne mogu svi zahodi biti prihvatljivi za sve grupe. Možda je potrebno izgraditi posebne nužnike za djecu, starije osobe i osobe s invaliditetom, npr. nužnici sa sjedalom ili rukohvatima ili noćne posude, dječije tute ili komodne stolice. Vrste sanitarnih objekata zavise od vremena intervencije, sklonosti i kulturoloških običaja korisnika, postojeće infrastrukture, dostupnosti vode (za ispiranje i brtvljenje), zemljišta i dostupnosti građevinskih materijala. Različite vrste odlaganja fekalija za različite faze odgovora na nesreće navedeni su u tabeli u nastavku.

Mogući alternativni načini za sigurno odlaganje fekalija:

Način sigurnog uklanjanja fekalija	Napomene o upotrebi	
1	Obilježeni prostor za potrebe defekacije (npr. platnene ograde)	Prva faza: prva dva ili tri dana, kada je potrebno osigurati nužnike za veliki broj ljudi
2	Nužnici u rovovima	Prva faza: do dva mjeseca
3	Jednostavni nužnici u jamama	Samo u početnoj fazi ili dugotrajna upotreba
4	Ventilacijski poboljšani nužnici u jamama (VIP)	Zavisno od okruženja: srednjoročna ili dugoročna upotreba
5	Ekološka komunalna uredba (Ecosan) za preusmjeravanje otjecanja urina	Zavisno od okruženja: kao odgovor na visoke podzemne vode ili poplave, samo u početnoj fazi, ili srednjoročna i dugoročna upotreba
6	Septičke jame	Srednjoročna i dugoročna upotreba

2. **Javni toaleti:** u toaletima na javnim mjestima uspostavljeno je sistemsko, pravilno i redovno čišćenje i održavanje. Kada planirate broj ženskih toaleta u poređenju sa muškim, treba uzeti u razmatranje podatke o stanovništvu iz baze podataka i koristiti omjer 3:1. Ukoliko je moguće, potrebno je instalirati pisoare (vidi Dodatak 3: Minimalni broj toaleta na javnim mjestima i u institucijama u slučaju nesreće).
3. **Porodični toaleti:** porodični toaleti su najbolja opcija tamo gdje je to moguće. Cilj je jedan toalet na najviše 20 osoba. Gdje nema postojećih, moguće je započeti sa jednim toaletom na 50 osoba



i spuštati broj korisnika na 20 u najkraćem mogućem roku. U nekim slučajevima, ograničenost prostora onemogućava postizanje tih brojki. U takvim slučajevima treba odlučno zahtijevati dodatni prostor. Međutim, treba imati na umu da je primarni cilj osigurati i održati okoliš bez ljudskih fekalija.

4. **Zajednički sadržaji:** domaćinstva treba posavjetovati o lokaciji i obliku i odgovoranosti u pogledu čišćenja i održavanja zajedničkih toaleta. Općenito, čisti toaleti će se vjerovatno i koristiti češće. Treba poduzeti sve potrebno kako bi se osobama sa hroničnim bolestima, poput osoba zaraženih HIV-om i AIDS-om, omogućio jednostavan pristup do toaleta, jer oni često pate od hronične djareje i smanjene pokretljivosti.
5. **Sigurni sadržaji:** neadekvatno lociranje toaleta može žene i djevojke izložiti napadima, pogotovo tokom noći. Žene i djevojke se trebaju osjećati sigurno kada koriste nužnike. Gdje je god moguće, zajednički toaleti trebaju biti osvijetljeni, a za domaćinstva treba osigurati lampe. Zajednicu treba posavjetovati o tome kako poboljšati sigurnost korisnika (vidjeti principe zaštite 1–2 na str. 28–30).
6. **Upotreba lokalnog građevinskih materijala i alata:** preporučuje se za izgradnju toaleta koristiti materijale koji su dostupni na tom području. To, također, omogućava učestvovanje stanovništva u korištenju i održavanju sanitarnih uvjeta. Također, snabdijevanje stanovništva građevinskim alatom omogućit će ostvarenje ovog cilja.
7. **Voda i materijal za analnu higijenu:** za toalete u kojima se pušta voda i / ili one sa mehanizmom za higijensko zatvaranje mora biti osiguran dovod vode. Klasični toalet mora biti opremljen toaletnim papirom ili drugim materijala za analnu higijenu. Korisnike bi trebalo posavjetovati o najprikladnijim načinima održavanja analne higijene i o sigurnom odlaganju tih materijala.
8. **Pranje ruku:** korisnicima treba osigurati mogućnost pranja ruku sapunom ili drugim sredstvima (npr. pepeo) nakon korištenja toaleta ili pranja dječije zadnjice, kao i prije jela i pripremanja hrane. Stoga, u blizini toaleta uvijek treba biti raspoloživ izvor vode.
9. **Menstruacija:** žene i djevojke koje dobijaju menstruaciju, uključujući i učenice, trebaju imati pristup odgovarajućim materijalima za apsorpciju menstrualne krvi. Sa ženama i djevojkama se treba posavjetovati o tome što je kulturološki najprikladnije. U toaletima treba omogućiti odlaganje materijala za menstrualnu higijenu na odgovarajući način i pružiti privatnost u prostorijama za pranje (vidjeti Standard promoviranja higijene 2, smjernice 2 i 8 na str. 81–82).
10. **Pražnjenje:** zavisno od prikladnosti i potreba, pražnjenja toaleta / septičkih jama i kontejnera od fekalija, uključujući krajnja odredišta za zbrinjavanje fekalija, treba razmotriti na samom početku.
11. **Toaleti u situacijama prirodnih nepogoda:** kod poplave ili nepogoda u urbanim sredinama odabir prikladnih toaleta i lokacija za odlaganje fekalija je prilično težak. U takvim slučajevima, preporučuje se koristiti različite mehanizme za pohranjivanje ljudskih fekalija, kao što su uzdignuti toaleti, toaleti sa drenažom urina i kanalizacijski spremnici, kao i korištenje privremenih jednokratnih plastičnih vrećica prikladnih za prikupljanje i odlaganje fekalija. Svi ovi pristupi moraju biti podržani kroz aktivnosti za promoviranje higijene.

5. Kontrola prijenosnika zaraznih bolesti

Prijenosnik prenosi zarazu. Bolesti koje prenosi su glavni uzrok bolesti i smrtnosti u mnogim slučajevima pri katastrofi. Komarci su prijenosnici bolesti i odgovorni su za prenos malarije, koja je jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta. Komarci prenose i druge bolesti, npr. žutu groznicu, denga groznicu i hemoragijsku groznicu. Muhe koje ne grizu ili sinantropske muhe, kao što su kućna muha, muhe zujare i muhe mesare, igraju važnu ulogu u prenosu dijareje. Muhe koje grizu, stjenice i buhe uzrokuju bolne ubode, a u nekim slučajevima prenose i bolesti, kao što je mišiji tifus, šuga i kuga. Krpelji prenose povratnu groznicu, dok uši prenose tifus i povratnu groznicu. Štakori i miševi mogu prenijeti bolesti kao što su leptospiroza i salmonela, a mogu biti domaćini drugim prijenositeljima, npr. buhe mogu prenijeti Lassa groznicu, kugu i druge infekcije.

Zarazne bolesti se mogu kontrolirati na različite načine, uključujući odgovarajuće lokacije i pružanje utočišta, vodosnabdijevanje, odlaganje fekalija, zbrinjavanje čvrstog otpada i odvodnjavanje, pružanje zdravstvenih usluga (mobilizacija zajednice i promoviranje higijene), upotrebu hemijske kontrole, zaštitu pojedinca i porodice i učinkovitu zaštitu skladišta sa namenicama. Zarazne bolesti su obično složene pa se u takvim slučajevima može zahtijevati učešće specijaliste. Međutim, često ima mnogo toga što može biti učinjeno kako bi se spriječilo širenje zaraze uz jednostavne i efikasne mjere, nakon što je identificiran izvor zaraze i njegova veza sa stanovništvom.

Standard 1. Kontrola zaraznih bolesti: lična i porodična zaštita

Sve žrtve pogođene katastrofom posjeduju odgovarajuće znanje i resurse kako bi se zaštitili od bolesti i prijenosnika, koji vjerovatno predstavljaju značajan rizik za zdravlje i dobrobit čovjeka.



Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- podizati svijesti kod svih osoba pogođenih katastrofom o tome koje su u opasnosti zbog zaraznih bolesti, o mogućim uzrocima ovih bolesti, metodama njihovog prijenosa i mogućim metodama prevencije (vidjeti smjernice 1–5);
- pomoći ugroženom stanovništvu u sprečavanju izloženosti od uboda komaraca uz upotrebu svih neškodljivih sredstava (npr. mreže protiv komaraca, losioni protiv komaraca itd.) koji su im dostupni (vidjeti smjernicu 3);
- obratiti posebnu pažnju na zaštitu visokorizičnih grupa kao što su trudnice i dojilje, bebe, djeca, starije osobe, osobe sa smanjenom pokretljivošću i bolesni (vidjeti smjernicu 3);

- ukoliko postoji opasnost od povratne groznice ili tifusa kojeg prenose uši, treba kontrolirati pojavu širenja uši(vidjeti smjernicu 4);
- osigurati redovno prozračivanje i pranje posteljine i odjeće (vidjeti smjernicu 4).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- sve osobe imaju pristup skloništu u kojem se ne dozvoljava razvijanje zaraze i na taj način ih štiti uz odgovarajuće mjere za kontrolu prijenosnika (vidjeti smjernice 3–5);
- sve osobe koje su u opasnosti od zaraznih bolesti razumiju načine njenoga prijenosa i znaju kako se prikladno zaštititi (vidjeti smjernice 1–5);
- sve osobe koje su dobile mreže impregnirane insekticidima za zaštitu od komarca znaju kako ih pravilno koristiti (vidjeti smjernicu 3);
- sve hrana u domaćinstvima zaštićena je od onečišćenja i prijenosnika zaraze poput muha, insekata i glodavaca (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Određivanje rizika za zarazne bolesti:** odluke o kontroli prijenosnika zaraznih bolesti trebaju se temeljiti na procjeni rizika od bolesti i kliničkim dokazima o širenju zaraznih bolesti. Faktori koji utječu na rizik uključuju:
 - imunološko stanje stanovništva, uključujući prethodnu izloženost, prehrambeni stres i druge vrste stresa (npr. izbjeglice, interno raseljene osobe) i kretanje osoba s neendemskih na endemska područja često su uzrok epidemija;
 - tip patogena i prevalencija, i kod prijenosnika i ljudi;
 - vrsta, ponašanje i ekologija prijenosnika zaraze;
 - broj prijenosnika (godišnje doba, mjesto razmnožavanja itd).
 - povećana izloženost prijenosnicima: blizina, vrsta smještaja, vrsta skloništa, postojeća pojedinačna zaštita i mjere izbjegavanja.
2. **Pokazatelji za programe kontrole prijenosnika:** često korišteni pokazatelji za mjerenje utjecaja aktivnosti za kontrolu prenositelja zaraze jesu stope pojave zaraznih bolesti (iz epidemioloških podataka, podataka u zajednici i alternativnih pokazatelja, zavisno od vrste odaziva) i broj parazita (pomoću brzih dijagnostičkih setova ili mikroskopije).
3. **Mjere za zaštitu pojedinaca protiv malarije:** u slučaju značajnog rizika od pojave malarije preporučuje se sistemsko i pravovremeno uvođenje zaštitnih mjera, kao što su korištenje materijala impregniranih insekticidima u šatorima, te zavjese i mreže protiv komaraca. Impregnirane mreže protiv komaraca imaju dodatnu prednost jer djelomično štite i od uši, buha, krpelja, žohara i stjenica. Među sredstvima za zaštitu od komaraca spadaju odjeća s dugim rukavima, insekticidi u domaćinstvu,

zapaljiva spiralna traka protiv komaraca, repelenti i aerosolni sprejevi i losioni protiv komaraca. Od vitalnog je značaja da korisnici razumiju važnost zaštite i da znaju kako pravilno koristiti sredstva, kako bi zaštitne mjere bile što učinkovitije. Ukoliko postoji nedostatak sredstava, treba dostupna sredstva usmjeriti na najugroženije osobe i skupine, npr. djecu uzrasta do pet godina, osobe bez imunizacije i trudnice.

- 4. Individualne mjere zaštite za ostale zarazne bolesti:** najezde se mogu kontrolirati ličnim liječenjem (prah), masovnim kampanjama pranjem ili uklanjanjem uši i protokolima liječenja po dolasku novih raseljenih ljudi u naselje. Čistoća u domaćinstvu i u okolini, zajedno s pravilnim odlaganjem otpada i prikladnim čuvanjem hrane (kuhane i nekuhane), odvratit će štakore, druge glodavce, kao i kukce (kao što su žohari) od ulaska u kuće ili skloništa.
- 5. Bolesti koje se prenose vodom:** ljudi moraju biti informirani o zdravstvenim rizicima i o tome da trebaju izbjegavati kontakt sa vodom na područjima gdje se zna da postoji rizik od infekcije bolestima, kao što su šistosomijaza (parazitska zarazna bolest), gvinejski crv (parazitska zarazna bolest) ili leptospiroze (koja se prenosi ukoliko se dođe u kontakt sa urinom sisavaca, posebno pacova – vidjeti Dodatak 4: Bolesti povezane s vodom i fekalijama, i načini njihovog prenošenja). Organizacije će možda morati raditi sa žrtvama nesreće u potrazi za alternativnim izvorima vode ili osigurati adekvatnu obradu vode za sve namjene.

Standard 2. Kontrola zaraznih bolesti: fizičke i hemijske mjere zaštite i mjere zaštite životne sredine

Okruženje i mjesto u kojem žive žrtve katastrofe nije izloženo izvoru bolesti ili prijenosnicima zaraze i zaraza se održava na najnižem mogućem nivou, gdje god je to moguće.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- smjestiti raseljene osobe na mjestima gdje je vjerovatnost izlaganja prijenosnicima najmanja, posebno od komaraca (vidjeti smjernicu 1);
- čistiti i / ili modificirati mjesta razmnožavanja i mirovanja, gdje je to moguće (vidjeti smjernice 2–4);
- intenzivna kontrola muha u gusto naseljenim područjima, gdje postoji opasnost epidemije ili je prisutna epidemije dijareje (vidjeti smjernicu 2);
- uspostavljanje mehanizama za upućivanje zaraženih malarijom za rano dijagnosticiranje i liječenje (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- gustina populacije komaraca održava se na niskom nivou kako bi se spriječila opasnost od prekomjernog prijenosa bolesti i infekcija (vidjeti smjernicu 4);
- zdravstveni problemi povezani sa zarazom pogađaju manji broj ljudi (vidjeti smjernice 1–5).



Smjernice

1. **Odabir lokacije** je važan zbog smanjenja izloženosti stanovništva pogođenog katastrofom zaraznim bolestima. To bi trebao biti jedan od ključnih faktora u odabiru mogućih mjesta. Naprimjer, kamp za kontrolu malarije bi trebao biti udaljen 1 do 2 km od područja za razmnožavanje prijenosnika bolesti, kao što su močvare i jezera, te bi trebao biti dostupan dodatni izvor pitke vode (vidjeti Standard 2. Pružanje skloništa i smještaja, smjernice 5–9, str. 221–222).
2. **Hemijska i ekološka kontrola prijenosnika zaraze:** postoji nekoliko osnovnih mjera za zaštitu životne sredine koji se mogu poduzeti kako bi se smanjila mogućnost za razmnožavanje prijenosnika zaraze. To uključuje pravilno odlaganje ljudskih i životinjskih fekalija (vidjeti poglavlje o uklanjanju fekalija na stranici 90), pravilno odlaganja smeća u cilju kontrole muha i glodavaca (vidjeti poglavlje o upravljanju čvrstim otpadom na str. 100), odvodnju stajace vode, čišćenje divlje vegetacije oko otvorenih kanala i bara zbog kontrole komaraca (vidjeti poglavlje o dovodnjavanju na str. 103). Te prioritetne mjere za zdravstvenu zaštitu životne sredine utjecat će na gustinu naseljenosti nekih prijenosnika bolesti.

Možda neće biti moguće utjecati na mjesta za razmnožavanje, mjesta prehrane i zadržavanja prijenosnika bolesti u smještaju ili njegovoj neposrednoj blizini, čak i dugoročno, tako da mogu biti potrebne mjere hemijske kontrole i mjere za zaštitu pojedinaca.

Naprimjer, prskanjem zaraženih prostora može se smanjiti broj odraslih muha i spriječiti epidemija dijareje ili će to smanjiti širenje bolesti ako se koristi tokom epidemije.

3. **Planiranje odaziva:** programi za kontrolu prijenosnika možda ne mogu imati utjecaj na bolest ako su usmjereni na krivog prijenosnika zaraze, ako se koriste neefikasne metode ili ako su usmjerene na pravog prijenosnika na pogrešnom mjestu ili u pogrešno vrijeme. Program kontrole neka bude prvenstveno usmjeren u rješavanje sljedećih ciljeva: smanjenje gustine prijenosnika zaraze, smanjenje ljudskog kontakta sa prijenosnikom zaraze i redukcija mjesta za razmnožavanje prijenosnika zaraze. Loše provedeni programi mogu biti kontraproduktivni. Potrebni su detaljno proučeni i česti stručni savjeti i treba ih tražiti i od nacionalne i međunarodne zdravstvene organizacije. Osim toga, na licu mjesta treba tražiti savjete o lokalnim uzorcima bolesti, mjestima razmnožavanja, varijacijama u broju prijenosnika i pojavljivanju bolesti u zavisnosti od godišnjih doba itd.
4. **Ekološka kontrola komaraca:** ekološka kontrola prvenstveno je namijenjena za otklanjanje područja reprodukcije komaraca. Tri glavne vrste komaraca odgovorne za prenos bolesti su *Culex* (filarijaza), *Anopheles* (malarija i filarijaza) i *Aedes* (žuta i denga groznica). *Culex* komarci se razmnožavaju u ustajaloj vodi koja sadrži organske tvari, kao što je kanalizacija, *Anopheles* se razmnožavaju u relativno nezagađenoj površinskoj vodi, kao što su lokve, spori potoci i bunari, a *Aedes* u posudama za vodu, kao što su boce, kante, gume itd. Primjeri okolišne kontrole komaraca uključuju dobru drenažu, pravilno funkcioniranje VIP-a (ventilacijom poboljšanih zahodskih jama) zahodskih jama, zatvaranjem kapka na zahodskim jamama sa čučavcima i na posudama za vodu i držanje bunara pokrivenim i/ili tretiranjem s larvicidom (npr. u područjima gdje je denga groznica endemska).

5. **Liječenje malarije:** strategije kontrole malarije koje imaju za cilj smanjiti gustinu populacije komaraca treba provesti istovremeno s ranom dijagnozom i tretiranjem s efektivnim sredstvima protiv malarije. Takve strategije uključuju eliminiranje lokacija razmnožavanja, smanjenje dnevne stope preživljavanja komaraca i ograničavanje navike ugriza čovjeka. Treba pokrenuti i održati kampanje za poticanje rane dijagnoze i liječenja. Integrirani pristup, kombinirajući aktivnu identifikaciju slučajeva koju vrše obučeni terenski radnici i tretman s efektivnim sredstvima protiv malarije, povećava vjerovatnost da se smanji širenje malarije u odnosu na pasivno pronalaženje slučajeva obolijevanja preko centraliziranih zdravstvenih usluga (pogledajte osnovne zdravstvene usluge – Standard 2. Kontrola zaraznih bolesti, napomene za smjernice 3 na stranici 271).

Standard 3. Kontrola zaraznih bolesti: sigurnost hemijske kontrole

Mjere za nadzor kemikalija provode se na način koji osigurava adekvatnu zaštitu osoblja, žrtava katastrofe i lokalne zajednice te koji sprječava razvitak otpornosti na kemijske tvari koje se koriste.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- Zaštititi osoblje koje rukuje kemikalijama zaštitnom odjećom, omogućiti im prostorije za tuširanje i omogućiti adekvatnu obuku te ograničiti broj sati koje provode rukujući kemikalijama (vidjeti smjericu 1);
- upoznati stanovništvo pogođeno katastrofom o potencijalnim rizicima od materija koje se koriste u hemijskoj kontroli zaraze te s rasporedom njihove upotrebu. Zaštititi stanovništvo tokom i nakon primjene otrova i pesticida, u skladu sa međunarodno dogovorenim postupcima (vidjeti smjericu 1).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- prilikom odabira kvalitete, načina skladištenja i prijevoza hemikalija za kontrolu prijenosnika uzeti u obzir međunarodne standarde i norme. Nisu zabilježene reakcije ili nuspojave pri mjerama kontrole zaraze (vidjeti smjericu 1);
- sve hemikalije za kontrolu prijenosnika su uredno registrirane (vidjeti smjericu 1).

Smjernice

1. **Državni i međunarodni protokoli:** postoje jasni međunarodni protokoli i norme, koje je objavila Svjetska zdravstvena organizacija, a moraju se cijelo vrijeme poštivati. Protokoli se primjenjuju na izbor i korištenje hemikalija za kontrolu prijenosnika, uključujući i zaštitu osoblja i uvjete obrazovanja. Mjere za kontrolu prijenosnika treba prvenstveno usmjeriti na dva glavna cilja: učinkovitost i sigurnost. Ako državne norme vezane za izbor hemikalija ne zadovoljavaju međunarodne standarde, što rezultira vrlo mali ili nikakav učinak ili ugrožava zdravlje i sigurnost, organizacija se mora posavjetovati i lobirati nadležne državne organe za poštivanje međunarodnih standarda.



6. Upravljanje čvrstim otpadom

Upravljanje čvrstim otpadom je proces rukovanja i odlaganja organskog i opasnog čvrstog otpada koji mogu predstavljati rizik za zdravlje ljudi i imati negativan utjecaj na životnu sredinu, ako se njime ne rukuje ispravno. Takvi rizici mogu povećati razmnožavanje muha i glodavaca koji se hrane čvrstim otpadom (vidjeti poglavlje o kontroli prijenosnika na stranici 95) i zagađuju izvore površinskih i podzemnih voda zbog mješanja otpadnih voda iz domaćinstva i medicinskog i industrijskog otpada. Neusmjeren i nagomilan kruti otpad i čestice koje ostaju nakon prirodnih katastrofa mogu stvoriti ružno i depresivno okruženje, što ih može obeshrabriti u nastojanju za poboljšanjem drugih aspekata i zdravlje životne sredine. Kruti otpad često začepi kanalizaciju, što povećava rizik od poplava i dovodi do zdravstvenih problema u okruženju povezanih s krutim otpadom i zagađenjem površinskih voda. Sakupljači otpada i materijala koji se mogu reciklirati sa smeća, a za koji mogu zaraditi nešto novca, također, mogu biti izloženi zaraznim bolestima zbog kontakta s medicinskim i kućnim otpadom.

Standard 1. Upravljanje čvrstim otpadom: Prikupljanje i odlaganje

Pogođeno stanovništvo živi u okruženju gdje nema puno čvrstog otpada, uključujući i medicinski otpad i ima adekvatna i efikasna sredstva za odlaganje svog otpada iz domaćinstva.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- uključiti stanovništvo pogođeno katastrofom u planiranje i provođenje programa za zbrinjavanje krutog otpada (vidjeti smjernicu 1);
- organizirati kampanje za redovno čišćenje i zbrinjavanje krutog otpada (vidjeti smjernicu 1);
- razmisliti o poslovnim mogućnostima i dodatnim prihodima od recikliranja otpada (vidjeti smjernicu 3);
- Uspostaviti sustav u suradnji sa žrtvama katastrofe, koji će osigurati zbrinjavanje kućnog otpada u spremnike za redovito prikupljanje otpada, koji se potom zapali ili zakopa u rupe, kao i sustav odvojenog skupljanja i zbrinjavanja medicinskog i drugog opasnog otpada (vidjeti smjernicu 3);
- zbrinuti otpad iz naselja prije nego što postane opasan po zdravlje ili neugodan (vidjeti smjernice 2–6);
- osigurati dodatne kapacitete za skladištenje i prikupljanje otpada kod porodica domaćina, za čim postoji potreba usljed povećane količine otpada u slučajevima katastrofe;
- osigurati jasno označene i prikladno ograđene jame, sanduke ili područja namijenjena za otpad na javnim mjestima, kao što su tržnice, ribarnice i klaonice (vidjeti smjernice 3–6);

- uspostaviti sistem za redovno prikupljanje otpada (vidjeti smjernice 3–6);
- osigurati konačno odlaganje otpada na način koji sprječava nastanak zdravstvenih i ekoloških problema vezanih uz lokalno i katastrofom pogođeno stanovništvo (vidjeti smjernice 6–7);
- osigurati odgovarajuću zaštitnu odjeću i cjepiva protiv tetanusa i hepatitisa B za osobe koje učestvuju u prikupljanju i odlaganju otpada, kao i za osobe koje su učestvovala u prikupljanju otpadnog materijala za recikliranje (vidjeti smjernicu 7);
- u slučaju da postoji prioritarna potreba primjerenog i dostojanstvenog odlaganja mrtvih tijela, koordinirati sa nadležnim agencijama i vlastima koje se bave time (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- sva domaćinstva imaju pristup kantama za otpatke koje se prazne barem dva puta sedmično, a od odlagališta nisu udaljena više od 100 metara (vidjeti smjernicu 3);
- sav otpad koji je proizvelo stanovništvo u urbanim područjima, uklanja se svakodnevno iz neposredne životne sredine, a na selima barem dva puta sedmično (vidjeti smjernice 1–3);
- na 10 domaćinstava ima barem jedan 100-litarski spremnik, ako otpad iz domaćinstva nije zakopan na licu mjesta (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati pravovremeno i kontrolirano zbrinjavanje čvrstog otpada, što zauzvrat osigurava minimalan rizik od onečišćenja okoliša, krutog otpada (vidjeti smjernice 4–6);
- sav medicinski otpad (uključujući i opasni otpad, npr. staklo, igle, zavoji i lijekovi) su odvojeni i zbrinuti odvojeno u ispravno planiranim, izgrađenim i kontroliranim odlagalištima ili spaljen do pepela u dubokim jamama pod nadzorom zdravstvene ustanove (vidjeti smjernice 4–7).

Smjernice

1. **Planiranje i provođenje:** zbrinjavanje otpada mora se planirati i provoditi u uskoj saradnji i koordinaciji sa stanovništvom i ovlaštenim organizacijama i organima. Sa tim treba započeti na samom početku prije negoli što otpad postane problem i rizik po zdravlje pogođenog stanovništva. U dogovoru sa stanovništvom i nadležnim organima treba organizirati kampanje za redovno čišćenje.
2. **Zakopavanje otpada:** ako se otpad zakopava na licu mjesta, bilo u jamama u domaćinstvu ili u zajedničkim jamama, svakodnevno se mora zatrti tankim slojem zemlje, kako bi se spriječila pojava prijenosnika zaraznih bolesti, kao što su muhe i glodavci, jer mogu postati mjesta njihovog razmnožavanja. Prilikom uklanjanja dječjih fekalija ili pelena, njih treba odmah zatrti zemljom. Odlagališta moraju biti ograđena kako bi se spriječile nesreće i pristup djeci i životinjama. Potrebno je spriječiti zagađenje podzemnih voda od procjednih voda.
3. **Vrste i količine otpada:** otpad u naseljima varira po sastavu i količini, prema količini i vrsti ekonomske aktivnosti, hrani koja se konzumira i lokalnim praksama recikliranja i / ili odlaganja otpada. Treba procijeniti u kojoj će mjeri čvrsti otpad imati utjecaj na zdravlje ljudi i poduzeti odgovarajuće aktivnosti



ako je to potrebno. Otpad iz domaćinstava treba biti prikupljen u otpadnim kontejnerima za odlaganje u jamu za zakopavanje ili spaljivanje. Tamo gdje nije moguće osigurati kontejnere za odlaganje za svako domaćinstvo, treba osigurati komunalne kontejnere. Treba poticati recikliranje krutog otpada u zajednici, pod uvjetom da to ne predstavlja značajnu opasnost za zdravlje. Treba izbjegavati distribuciju roba koje proizvode veliku količinu čvrstog otpada od ambalaže ili prerade na licu mjesta.

4. **Medicinski otpad:** loše upravljanje medicinskim otpadom stanovništva, zdravstvenih radnika, osoba koju rukuju otpadom dovodi do njihove izloženosti infekciji, toksičnosti i ranjavanja. U slučaju katastrofe najopasnija je infekcija oštrim ili neoštrim otpadom (zavoji, krvave krpe i organske tvari, kao što je posteljica itd.). Različite vrste otpada treba razdvojiti. Nekontaminirani otpad (papir, plastična ambalaža, prehrambeni otpad itd.) može se odlagati kao kruti otpad. Zaraženi oštri otpad, i posebno korištene igle i šprice nakon primjene, treba odmah odložiti u posebne plastične kutije. Ove kutije i drugi kruti otpad mogu se odložiti na mjesto za spaljivanje ili koristiti neku drugu sigurnu metodu (vidjeti Standard zdravstvenih sistema 1, smjernica 11 na str. 258).
5. **Otpad iz tržnice:** većina otpada sa tržnice može se tretirati kao kućni otpad. Otpad iz klaonica i ribarnica treba tretirati na poseban način, a potrebne su i posebne prostorije za tekući otpad i treba osigurati da se klanje obavlja u higijenskim uvjetima i u skladu sa važećim propisima. Klaonički otpad često može se odložiti u veliku natkrivenu jamu pokraj klaonice ili objekta za preradu ribe. Krv od klaonice ili od prerade ribe može se pohraniti u jamu ili natkriveni kanal (smanjit će se pristup muhamama). Potrebno je osigurati snabdijevanje vodom za čišćenje.
6. **Kontrolirano odlaganje i / ili odlagalište otpada:** velike količine otpada treba zbrinuti izvan naselja, kroz kontrolirano odlaganje ili sanitarne deponije. Ova metoda zbrinjavanja otpada zavisi od raspoloživog prostora i pristupa mehanizaciji. U idealnom slučaju, otpad za kontrolirano odlaganje svaki dan treba zatrpati zemljom, kako bi spriječili da ga strvinari otkopavaju i šire zarazu.
7. **Zaštita osoblja:** svim osobama koje su uključene u prikupljanje, transport, odlaganje i recikliranje otpada, potrebno je osigurati zaštitnu odjeću, uključujući i (barem) rukavice i, u idealnom slučajevima, odijelo, čizme i zaštitne maske. Ako je potrebno, treba osigurati cjepivo protiv tetanusa i hepatitisa B. Za pranje ruku i lica treba osigurati vodu i sapun. Osobe koje dolaze u kontakt sa medicinskim otpadom moraju se upoznati s ispravnim metodama skladištenja, prijevoza i odlaganja otpada, kao i rizicima povezanim s nepravilnim upravljanjem otpadom.
8. **Postupanje sa leševima:** postupanje s leševima i / ili zakopavanje leševa ljudi koji su umrli u prirodnim katastrofama mora biti prikladno i provedeno na dostojanstven način. Normalno, ovaj posao obično rade timovi za traženje mrtvih, u saradnji s nadležnim državnim organima i nevladinim organizacijama. Čak i ukop osoba koje su umrle od zaraznih bolesti treba biti organiziran na odgovarajući način, pod uvjetom da se konsultira i dogovori sa nadležnim zdravstvenim organima (vidjeti Standard zdravstvenih sistema 1, smjernica 12 na str. 259). Za više informacija o odgovarajućim mjerama za ukop leševa pogledajte materijale navedene u referencama i dodatnoj literaturi.

7. Drenaža

Površinske vode u ili u blizini naselja mogu doći iz domaćinstava i tačaka sa vodom, otpadne vode, toaleti koji cure i kanalizacija, padavina ili rasta poplavnih voda. Glavni zdravstveni rizici povezani s površinskim vodama su onečišćenje pitke vode i životne sredine, šteta na toaletima i stanovima, razmnožavanje prijenosnika bolesti i utapanje. Kišnica i rastuće poplavne vode mogu pogoršati situaciju u naselju i dodatno povećati rizik od zagađenja. Kako bi se smanjili zdravstveni rizici, treba provesti plan za drenažu, koji uključuje oticanje kišnice na osnovu detaljnih planova i ispuštanje otpadnih voda malih razmjera. Ovo poglavlje bavi se problemima i aktivnostima drenaže malih razmjera. Drenaža velikih razmjera generalno je određena planiranim razvojem infrastrukture (vidjeti Standard skloništa i smještaja 2, smjernica 5, na str. 221).

Standard 1. Drenaža: drenažni radovi

Ljudi imaju okruženje u kojem su na minimum svedeni zdravstveni rizici i drugi rizici koji dolaze od vodene erozije i stajaće vode, uključujući i padavine, poplavne vode, kućne otpadne vode i otpadne vode iz zdravstvenih ustanova.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osigurati adekvatne sisteme za drenažu otpadnih voda kako bi se zaštitilo snabdijevanje grada vodom od ustajalih otpadnih voda, oborinskih voda i kako bi drenažni sistem ostao čist (vidjeti smjernice 1–2 i 4–5);
- dogovoriti se sa žrtvama katastrofe na koji se način nositi sa poteškoćama koje se tiču drenaže i osigurati dovoljno odgovarajućeg alata za odvodnju malih razmjera i održavanje, kada to bude potrebno (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati da su sva mjesta za opskrbu vodom i lokacije za pranje ruku opremljeni učinkovitim drenažom kako bi se zaštitili od mulja (vidjeti smjernicu 2).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- drenažni sistem u snabdijevanju grada vodom dobro je isplaniran, izgrađen i održavan. To uključuje i drenažu mjesta za pranje i kupanje, za prikupljanje vode i prostorije za pranje ruku (vidjeti smjernice 2 i 4);
- drenažni sistem ne zagađuje površinske vode i / ili podzemne vode (vidjeti smjernicu 5);
- skloništa, putevi, objekti za vodosnabdijevanje i sanitarni objekti nisu poplavljeni ili pod utjecajem vodne erozije (vidjeti smjernice 2–4);
- drenažne vode ne uzrokuju eroziju (vidjeti smjernicu 5).



Smjernice

1. **Odabir lokacije i planiranje:** najefektivniji način za kontrolu problema drenaže je u izboru lokacije i planu naselja (vidjeti standarde za pružanje skloništa i smještaja, 1 - 2 na str. 215–219).
2. **Otpadne vode:** otpad ili domaće otpadne vode klasificiraju se kao kanalizacija kada je pomiješana s ljudskim izmetom. Ukoliko naselje nema postojeći kanalizacijski sistem, otpadne vode iz domaćinstva ne bi trebalo pomiješati s ljudskim fekalijama. Kanalizaciju je teže i skuplje čistiti nego otpadne vode iz domaćinstva. Ako je moguće, u blizini gradskog vodovoda i prostora za pranje i kupanje treba promovirati stvaranje malih vrtova za korištenje otpadnih voda. Posebnu pažnju treba obratiti na sprječavanje zagađenosti izvora vode otpadnim vodama za pranje i kupanje.
3. **Odvodnja i odlaganje izmeta:** posebnu pažnju treba posvetiti zaštiti sanitarnih uvjeta i kanalizacije od poplava kako bi se izbjegla oštećenja i curenja.
4. **Promoviranje:** pri katastrofi stanovništvo treba biti uključeno u provođenje malih aktivnosti u drenaži, jer oni obično dobro poznaju prirodan tok odvodnje vode i znaju gdje treba postaviti kanale. Poznato je da ukoliko se ljudi razumiju u zdravstvene i fizičke rizike, a učestvovali su u izgradnji sistema odvodnje, veća je vjerovatnoća da će sistem drenaže i održavati. (vidjeti poglavlje o kontroli zaraznih bolesti na str. 95). U tom je slučaju neophodna tehnička pomoć i alat.
5. **Odlaganje na licu mjesta:** ukoliko je moguće, a uvjeti u pogledu tla to dozvoljavaju, drenažu vode sa mjesta za pranje i pranje ruku treba provoditi na licu mjesta, a ne da ide preko otvorenih kanala koje je teško održavati i često su začepljeni. Jednostavne i jeftine tehnike kao što su rovovi i sadnja stabala banane mogu se koristiti na licu mjesta za drenažu otpadnih voda. Tamo gdje je drenaža izvan mjesta jedina mogućnost, u tu svrhu poželjnije je koristiti kanale nego cijevi. Kanali moraju biti osmišljeni kako bi omogućili dovoljno brz protok otpadnih voda u slučaju suhog vremena i odvodnju oborinskih voda. Ako je nagib veći od 5 %, potrebno je koristiti inženjerske tehnike kako bi se spriječila erozija. Odvodnju ostataka iz bilo kojeg procesa tretiranja vode treba pomno nadzirati kako je ljudi ne bi koristili i kako se ne bi zagađili izvori površinskih ili podzemnih voda.

Dodatak 1

Upitnik za početnu procjenu potreba vodosnabdijevanja i drenaže, te promoviranje higijene

Ovaj upitnik je prvenstveno namijenjen za upotrebu za procjene potreba, identificiranje autohtonih resursa i opisivanje lokalnih uvjeta. To ne uključuje pitanja kako bi se odredili vanjski resursi koji su potrebni osim onih koji su neposredno i lokalno dostupni.

1. Općenito

- Koliko je ljudi pogođeno katastrofom i gdje se nalaze? Razvrstati podatke po spolu, dobi, vrsti invaliditeta itd. koliko god je to moguće?
- Koja su vjerovatna kretanja ljudi? Koji su sigurnosni faktori za pogođeno stanovništvo i za potencijalne intervencije pružanja pomoći?
- Koje su trenutne, dominantne ili moguće bolesti povezane sa neadekvatnom vodom i sanitarijama? Koliki je opseg i očekivanja u razvoju problema?
- Sa kojim ljudima se treba posavjetovati i sa njima uspostaviti kontakt?
- Ko su ranjivi ljudi u stanovništvu i zašto?
- Da li svi imaju jednak pristup postojećim objektima, čak i na javnim mjestima, u domovima zdravlja i školama?
- Koje su posebne sigurnosni rizici za žene, djevojke i ranjive grupe ljudi?
- Kakve je navike što se tiče vode i drenaže imalo stanovništvo prije nesreće?
- Koje su formalne i neformalne strukture moći (npr. vođe zajednice, starije stanovništvo, grupe žena)?
- Na koji način se donose odluke u domaćinstvima i zajednicama?

2. Promoviranje higijene

- Kakve je navike koje se tiču vode i drenaže stanovništvo imalo prije nesreće?
- Koje su prakse štetne za zdravlje, ko ih prakticira i zašto?



- Ko se brine o higijeni, ko mu / joj to omogućava i šta ih na to motivira?
- Koje su prednosti i nedostaci predloženih promjena u zakonu?
- Koji su postojeći kanali formalne i neformalne komunikacije i njihov opseg (zdravstveni radnici u zajednici, ko tradicionalno prisustvuje rođenju, tradicionalni iscjelitelji, klubovi, udruženja, crkve, džamije itd.)?
- Koji je pristup masovnim medijima dostupan na tom području (radio, televizija, video, novine itd.)?
- Koji lokalni mediji i / ili nevladine organizacija djeluju u tom području?
- Koje grupe stanovništva treba uključiti u akciju (majke, djecu, vođe zajednice, radnike u javnim kuhinjama itd.)?
- Koji tip sistema bi funkcionirao u tom kontekstu (volonteri, udruženja, odbori i slično) za hitnu i srednjoročnu mobilizaciju?
- Koje su potrebe osoblja i volontera u nadogradnji znanja, a koji su odgovorni za promoviranje higijene?
- Koji su neprehrambeni proizvodi dostupni i koja vrsta pomoći je najtraženija i najpotrebnija?
- Koliko je higijena učinkovita u zdravstvenim ustanovama (posebno važno u slučaju epidemije)?

3. Vodosnabdijevanje

- Koji je trenutni izvor snabdijevanja vodom i ko su trenutni korisnici?
- Koja količina vode je dostupna po osobi po danu?
- Kakva je dnevna / sedmična raspoloživost vode?
- Da li su količine vode dostupne na izvoru dovoljne za kratkoročne i dugoročne potrebe svih grupa stanovništva?
- Da li su mjesta za prikupljanje vode dovoljno blizu stanovanja? Jesu li sigurna?
- Je li trenutno vodosnabdijevanje pouzdano? Koliko dugo će to trajati?
- Da li ljudi imaju dovoljno spremnika za vodu odgovarajuće veličine i vrste?
- Da li je izvor vode zagađen ili je u opasnosti od eventualne zagađenosti (mikrobiološke ili hemijske / radiološke)?
- Da li je instaliran sistem za pročišćavanje vode? Da li je pročišćavanje potrebno? Da li je pročišćavanje moguće? Koja vrsta tretiranja vode je potrebna?
- Da li je potrebna dezinfekcija, iako voda nije zagađena?
- Postoji li u blizini alternativni izvor vode?
- Koja su tradicionalna vjerovanja i običaji povezani za prikupljanje, skladištenje i upotrebu vode?
- Koje su potencijalne prepreke u korištenju raspoloživih resursa vode?
- Da li je moguće stanovništvo raseliti ako izvori vode nisu adekvatni?

- Postoji li mogućnost da se voda transportira ako su izvori vode neadekvatni?
- Koje su ključna higijenska pitanja vezana za snabdijevanje vodom?
- Jesu li ljudima na raspolaganju sredstva za higijensko korištenje vode?
- U slučaju raseljavanja ruralnog stanovništva, šta je uobičajeni izvor vode za stoku?
- Hoće li biti utjecaja na okoliš usljed moguće intervencije koja uključuje snabdijevanje vodom, pumpanje i korištenje izvora vode?
- Koji su drugi korisnici trenutno dostupnih vodnih resursa? Postoji li opasnost od sukoba ako izvori bude koristila nova grupa stanovništva?

4. Odlaganje fekalija

- Koje su trenutne navike obavljanja velike i male nužde? Kad je riječ o potrebama obavljanja nužde na otvorenom, postoji li određeno područje? Da li je to područje sigurno?
- Koja su trenutna uvjerenja i navike koje se odnose na odlaganje izmeta, uključujući tipične navike koje su zasnovane na spolu?
- Da li su dostupni bilo kakvi postojeći objekti? Ako jesu, da li se koriste, ima li ih dovoljno, i da li su učinkoviti? Mogu li se proširiti ili preurediti?
- Da li su trenutni načini čišćenja prijetnja u snabdijevanju vodom (površinskih ili podzemnih voda), stambenim područjima i sveukupnoj životnoj sredini?
- Peru li ljudi ruke nakon nužde i prije pripremanja hrane i jela? Da li su dostupni sapun ili neko drugo sredstvo za čišćenje?
- Jesu li ljudi upoznati s izgradnjom i korištenjem toaleta?
- Koji lokalni materijali su dostupni za izgradnju toaleta?
- Jesu li ljudi spremni koristiti montažne toalete, poljske toalete, iskopane jame itd?
- Ima li dovoljno prostora za poljske toalete, toalete u jamama, nužnike itd?
- Kakav je nagib terena?
- Koji je nivo podzemnih voda?
- Da li je situacija u pogledu tla pogodna za odlaganje fekalija na licu mjesta?
- Da li trenutne uredbe o odlaganju fekalija potiču razmnožavanje prijenosnika zaraznih bolesti?
- Da li su dostupni materijal i voda za analnu higijenu? Kako ljudi obično odlažu takav materijal?
- Kako se žene nose sa problemima koji se odnose na menstruaciju? Jesu li za žene dostupni prikladni materijali ili objekti?
- Postoje li posebni uvjeti ili oprema koja omogućuje pranje osobama s invaliditetom ili nepokretnim osobama u zdravstvenim ustanovama?
- Koja ekološka pitanja treba razmotriti?



5. Zarazne bolesti

- Koji su rizici za razvoj zaraznih bolesti i koliko su ozbiljni?
- Postoje li tradicionalna vjerovanja i običaji (npr. uvjerenje da je malarija uzrokovana prijavom vodom) u odnosu na zarazu i zarazne bolesti? Jesu li neka od ovih vjerovanja ili običaja korisni ili štetni?
- Ako je rizik od razvoja zaraznih bolesti visok, imaju li ugrožene osobe pristup individualnoj zaštiti?
- Je li moguće promijeniti lokalno okruženje (drenažom, čišćenjem, uklanjanjem fekalija i otpada itd.) kako bi se spriječilo razmnožavanje prijenosnika zaraze?
- Da li je potrebno kontrolirati zarazu hemijskim sredstvima? Koji programi, propisi i resursi su dostupni za kontrolu prijenosnika i korištenje hemikalija?
- Koje informacije i sigurnosne mjere treba osigurati stanovništvu?

6. Upravljanja čvrstim otpadom

- Da li gomilanje otpada predstavlja teret?
- Kako ljudi obično raspolazu takvim otpadom? Koja vrsta i koja količina čvrstog otpada je proizvedena u tom području?
- Da li je moguće da se čvrsti otpad zbrinjava na licu mjesta ili se može prikupljati i odlagati izvan naselja?
- Koja je uobičajena praksa odlaganja čvrstog otpada za pogodeno stanovništvo(kompostiranje i / ili jame za otpad, sistem prikupljanja, kante itd.)
- Da li zdravstvene ustanove proizvode otpad? Kako ga uklanjaju? Ko je odgovoran za uklanjanje otpada?
- Gdje su smještene kante za odlaganje menstrualnog otpada i da li njihova odlaganje diskretno i efikasno?
- Koji je utjecaj trenutnog načina zbrinjavanja otpada na okoliš?

7. Drenaža

- Postoji li problem drenaže, npr. plavljenje stanova ili toaleta, mjesta razmnožavanja prijenosnika bolesti, zagađena voda koja kontaminira stambene prostore ili pitku vodu?
- Da li je tlo sklono zadržavanju vode?
- Da li su ljudima na raspolaganju sredstva za zaštitu domova i toaleta od lokalnih poplava?
- Da li je drenažni sistem dobar na područjima gdje se snabdijevaju i koji se koriste za kupanje?

Dodatak 2

Minimalne količine vode za institucije i druge korisnike

Domovi zdravlja i bolnice	5 litara po pacijentu, 40–60 litara po hospitaliziranom bolesniku po danu. Možda će trebati dodatne količine za pranje, ispiranje toaleta itd.
Centri za liječenje od kolere	60 litara po pacijentu dnevno, 15 litara dnevno po njegovatelju.
Terapijski centri za ishranu	30 litara po hospitaliziranom bolesniku dnevno, 15 litara po njegovatelju dnevno.
Prihvatni i tranzitni centri	15 litara po osobi dnevno, ukoliko je duže od jednoga dana, 3 litra po osobi dnevno, ukoliko je boravak ograničen po satu.
Škole	3 litre po učeniku po danu za piće i pranje ruku (korištenje toaleta nije uključeno: vidjeti "javni toaleti" ispod).
Džamije	2–5 litara po osobi dnevno za umivanje i piće.
Javni toaleti	1–2 litra po korisniku dnevno za pranje ruku, 2–8 litara po kubiku, po danu za čišćenje toaleta.
Ispiranje svih toaleta	20–40 litara po korisniku dnevno kod standardnih toaleta za ispiranje, priključenih na kanalizaciju, 3–5 litara po korisniku dnevno za ispiranje toaleta.
Pranje analnog područja	1–2 litra po osobi dnevno.
Životinje	20–30 litara kod velikih i srednjih velikih životinja dnevno, 5 litara kod malih životinja.



Dodatak 3

Minimalan broj toaleta na javnim mjestima i u institucijama u situaciji katastrofe

Institucije	Kratkoročno	Dugoročno
Tržnice	1 toalet na 50 štandova	1 toalet na 20 štandova
Bolnice / medicinski centri	1 toalet na 20 kreveta ili 50 pacijenata	1 toalet na 10 kreveta ili 20 pacijenata
Centri za prehranu	1 toalet na 50 odraslih osoba, 1 toalet na 20 djece	1 toalet na 20 odraslih osoba 1 toalet na 10 djece
Prihvatni / tranzitni centri	1 toalet na 50 osoba, 3:1 žene spram muškaraca	
Skole	1 toalet na 30 djevojaka, 1 toalet na 60 dječaka	1 toalet na 30 djevojaka, 1 toalet na 60 dječaka
Kancelarije		1 toalet na 20 službenika

Izvor: Adapted from Harvey, Baghri i Reed (2002)

Dodatak 4

Bolesti povezane sa vodom i fekalijama i načini njihovog prijenosa

Zaraza putem vode ili zbog nedostatka higijene	Kolera, šigeloza, dijareja, salmonela, itd. Tifus, paratifus, itd. Amoebijska dizenterija, giardijaza Hepatitis A, poliomijelitis rotavirus, dijareja	Bakterijske zaraze koje prenose oralno-fekalnim načinom Nebakterijske zaraze koje se prenose oralno-fekalnim načinom	Zagađena voda Loša kanalizacija Slaba lična higijena Kontaminacija usjeva
Posljedice nedostatka higijene ili pomankanja čiste vode	Infekcije kože i oka Tifus i povratna groznica koju prenose uši		Neadekvatna voda Loša lična higijena
Helminti povezani sa fekalijama	Glista, rudarska glista, bičasta glista	Helminti koji se prenose rukama	Vršenje nužde na otvorenom Kontaminirano tlo
Goveda i svinjska trakavica	Tenijaza	Prijenos zaraze sa životinja na ljude	Napola kuhano meso Kontaminirano tlo
Povezano sa vodom	Šistosomijaza, gvinejski crv, klonorhijaza itd.	Duži boravak u inficiranoj vodi	Kontaminirana voda
Insektivni prenositelji povezani sa vodom	Malaria, Denga groznica, bolest spavanja, filariasis itd.	Ubodi komaraca, muhe	Ubodi u blizini vode Razmnožavanje u blizini vode
Bolesti koje prenose insekti sa fekalija	Diareja, dizenterija	Bolesti koje prenose muhe i žohari	Prijavi okoliš



Dodatak 5

Minimalne higijenske, sanitarne i aktivnosti karantina – centri za liječenje od kolere (CTCs)

Osnovni principi koje sve zdravstvene ustanove i centri za liječenje od kolere moraju slijediti:

1. izolacija teških slučajeva,
2. ograničiti izlučevine (fekalije i povraćanje),
3. samo jedan njegovatelj po pacijentu,
4. prati ruke hloriranom vodom,
5. sve podne površine moraju biti perive,
6. pri izlasku iz centra izvršiti dezinfekciju stopala,
7. očistiti odjeću bolesnika prije napuštanja centra (otkuhavanjem ili dezinfekcijom),
8. osigurati redovno čišćenje podova i svih odjela u centru,
9. osigurati odvojene toalete i prostore za tuširanje za pacijente i njegovatelje,
10. pripremiti hranu u centru; ako se donosi izvana, hrana treba biti prenesena iz posude na kapiji kako bi se spriječilo da se uzročnici kolere – mikroorganizmi *Vibrio* prenesu na posudu i izvan centra nakon upotrebe,
11. pratiti porodicu i rodbinu bolesnika i uvjeriti se da nema više slučajeva bolesti; dezinficirati kuću i pružiti informacije o higijeni,
12. ako ljudi dolaze javnim prijevozom, izvršiti dezinfekciju vozila,
13. na odgovarajući način zadržavati i prečišćavati otjecanje padavina i otpadne vode u izolacijskom kampu,
14. tretirajte otpad unutar područja izolacijskog kampa.

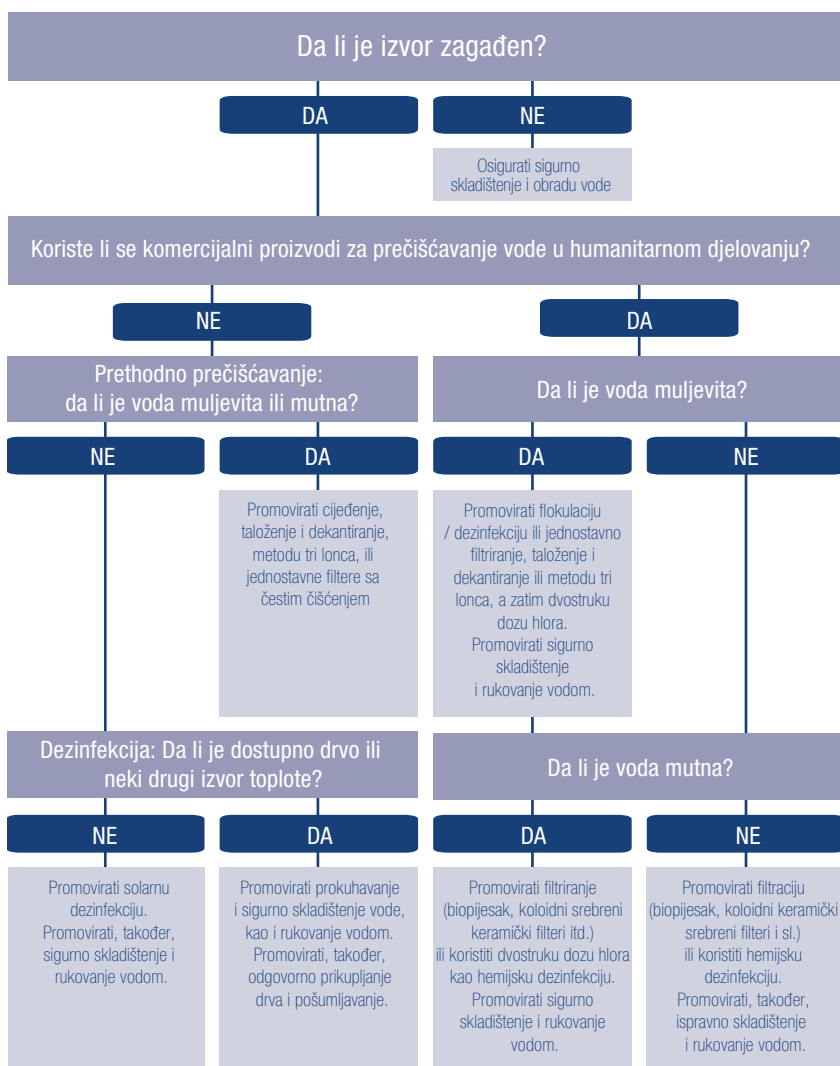
Otopine hlora za centre za liječenje od kolere

% hlora za različitu upotrebu	2 % otopina	0,2 % otopina	0,05 % otopina
	Otpad, fekalije, leševi	Pod, objekti / kreveti, kupke za stopala, odjeća	Ruke, koža

Napomena: svakodnevno treba pripremati svježiju otopinu jer svjetlost i toplota oslabe njeno djelovanje.

Dodatak 6

Schema odluka za prečišćavanje i čuvanje vode u domaćinstvu



Izvor: IFRC (2008), Priručnik: Upravljanje vodosnabdjevanjem i sigurno odlaganje u kriznim situacijama.



Reference i dodatna literatura

Izvori

Međunarodni pravni instrumenti

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Općenito

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, VM, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming. Oxfam GB. Oxford.

www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Sanitarni pregledi

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

Rodna pitanja

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Ženeva.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

Promoviranje higijene

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for

Developing Countries. Practical Action Publishing. UK. Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK. Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Vodosnabdijevanje

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Pariz.

www.actioncontrelafaim.org/english/

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University. UK.

Potrebe vode za sigurnost hrane

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html

Potrebe vode za životinje

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing. UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Kvalitet vode

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Ženeva.

www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

Plan za zaštitu vode

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.

www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

Odlaganje fekalija

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual. WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

Kontrola prijenosnika bolesti

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK. Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief



Organisations. Oxfam GB

Čvrsti otpad

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org International Solid Waste Association: www.iswa.org

Postupanje sa leševima

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva.

http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

Medicinski otpad

Prüss, A, Girault, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health- Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Ženeva.

Drenaža

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

Dodatna literatura

Općenito

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Ženeva.

Odlaganje fekalija

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK.

Kontrola prijenosnika zaraznih bolesti

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Ženeva. Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariaology. Fourth Edition. Arnold. London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int

Postupanje sa leševima

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and

Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Medicinski otpad

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Ženeva. WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Ljudi s invaliditetom i ranjivost općenito

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK.

<http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp>

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK.

www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK

www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf



Minimalni standardi za sigurnost hrane i ishranu



Kako koristiti ovo poglavlje

Poglavlje je podijeljeno u četiri dijela:

Procjena sigurnosti hrane i ishrane,

Prehrana dojenčadi i djece,

Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata,

Sigurnost hrane.

Četvrto poglavlje odnosi se na sigurnost snabdijevanja hranom i podijeljeno je u tri dijela: sigurnost hrane – transport hrane, sigurnost hrane – transferi novca i bonovi, i sigurnosti hrane – načini preživljavanja.

Principe zaštite i osnovne standarde treba primjenjivati u skladu s ovim poglavljem.

Iako je namjena minimalnih standarda da budu osnova za odaziv na katastrofe, također se mogu koristiti u pripremi reagovanja na katastrofe i prijelaz na provođenje mjera za rješavanje posljedica od katastrofe.

Svako poglavlje sadrži sljedeće:

- **Minimalni standardi:** kvalitativne su prirode i određuju minimalnu razinu koju treba postići u odzivu na katastrofe u pogledu snabdijevanja hranom u ishrani;
- **Ključne aktivnosti:** predložene aktivnosti i doprinosi u dostizanju standarda;
- **Ključni pokazatelji:** "znakovi" koji ukazuju da li su standardi postignuti; njima je moguće mjeriti i upoređivati postupke i rezultate ključnih aktivnosti; odnose se na minimalne standarde, a ne na ključne aktivnosti;
- **Smjernice:** uključuju određene tačke koje treba uzeti u obzir pri primjeni minimalnih standarda, ključnih mjera i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. One daju smjernice za rješavanje praktičnih problema, nedoumica ili savjete o prioritarnim pitanjima. One, također, mogu uključivati i kritična pitanja koja se odnose na standarde, mjere, odnosno pokazatelje, a opisuju dileme, kontroverze ili nedostatke u znanju.

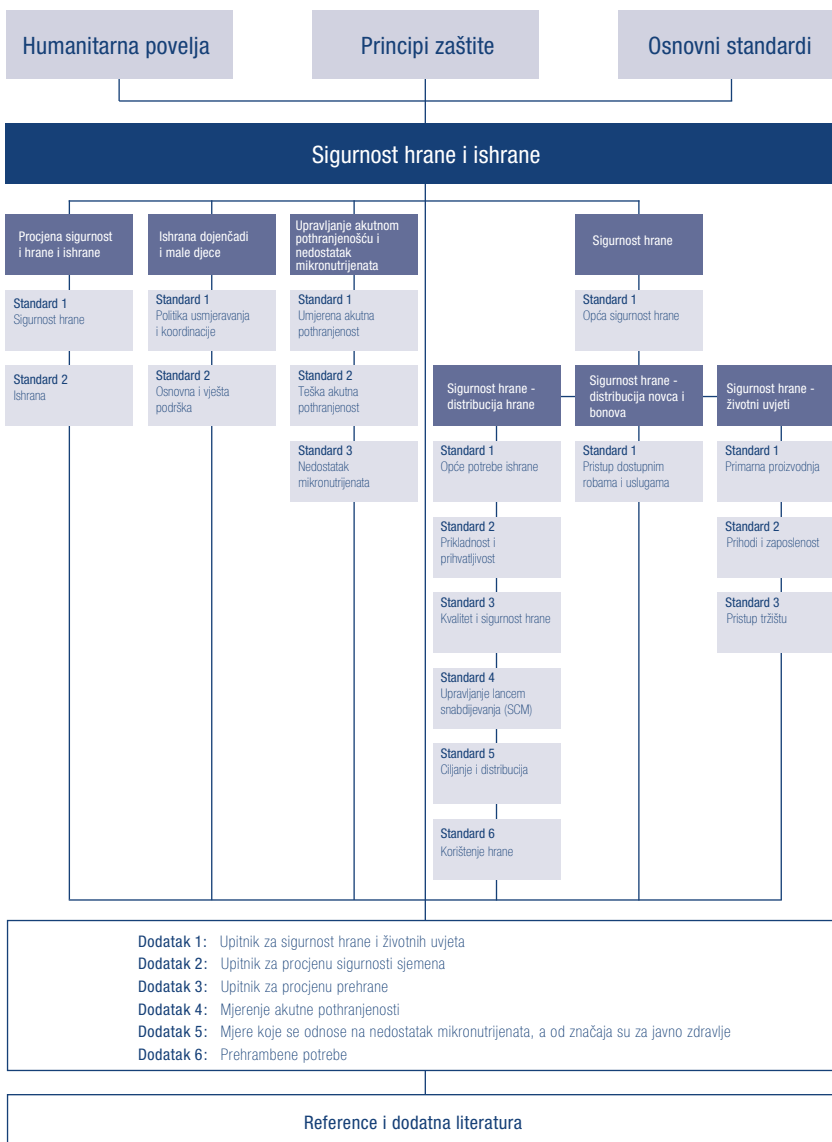
Ukoliko ključni pokazatelji i mjere ne mogu biti ispunjeni, potrebno je ocijeniti dobivene negativne posljedice za žrtve katastrofe i provesti odgovarajuće olakšavajuće mjere.

U dodacima su navedeni upitnici i smjernice za mjerenje akutne pothranjenosti i procjenu važnosti nedostatka mikronutrijenata i utvrđivanje značaja javnog zdravstva u pitanjima nedostatka mikronutrijenata i nutritivnim zahtjevima. Spisak dodatnih sredstava i materijala koji sadrže dodatne informacije o specifičnim i općim pitanjima dio je ovog poglavlja.

Sadržaj

Uvod	123
1. Hrana sigurnost i procjena ishrane.....	130
2. Hranjenje dojenčadi i male djece.....	136
3. Upravljanje akutnom pothranjenosti i nedostatkom mikronutrijenata	141
4. Osiguranje hrane.....	150
4.1. Osiguranje hrane – prijenos hrane.....	153
4.2. Osiguranje hrane – transferi gotovine i vaučera.....	170
4.3. Osiguranje hrane – sredstva za život	173
Dodatak 1: Spisak pitanja za procjenu sigurnosti hrane i životnih uvjeta ...	182
Dodatak 2: Spisak za provjeru procjene sigurnosti sjemena.....	184
Dodatak 3: Popis za procijenu ishrane.....	186
Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti.....	188
Dodatak 5: Mjere koje se odnose na nedostatak mikronutrijenata, a od značaja su za javno zdravlje.....	191
Dodatak 6: Prehrambene potrebe.....	194
Reference i dodatna literatura.....	198





Uvod

Povezanost sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za sigurnost hrane i ishrane su praktičan izraz zajedničkih uvjerenja i obaveza humanitarnih agencija i zajedničkih principa, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnom akcijom, a koji su postavljeni u Humanitarnoj povelji. Ovi principi se zasnivaju na principu humanosti, a ogledaju se u međunarodnom pravu, i uključuju pravo na dostojanstven život, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na osnovu potreba. Popis ključnih zakona i politika koji se koriste za informacije za Humanitarnu povelju je dostupan za referencu u Dodatku 1 (pogledajte stranicu 308), s komentarima koji daju objašnjenja za humanitarne službenike.

Iako su države glavni nosioci dužnosti u vezi sa gore navedenim pravima, humanitarne organizacije odgovorne su za rad sa žrtvama katastrofe na način koji je u skladu s tim pravima. Iz tih općih prava proizlazi niz od više posebnih prava, uključujući i prava na učestvovanje, informacije i nediskriminacije, koje čine temelj osnovnih standarda, kao i određena prava na vodu, hranu, sklonište i zdravlje, koje su osnova minimalnih standarda u ovom priručniku.

Svi imaju pravo na odgovarajuću hranu. To pravo priznato je međunarodnim pravnim instrumentima i uključuje pravo na život bez gladi. Ako pojedinci ili grupe zbog razloga koji su izvan njihove kontrole ne mogu uživati odgovarajuću hranu na osnovu raspoloživih sredstava, države su dužne da osiguraju postovanje tih prava. Pravo na hranu podrazumijeva sljedeće obaveze države:

- poštovanje prava na pristup adekvatnoj hrani za državu znači da ne treba poduzimati mjere koje sprječavaju takav pristup;
- zaštita prava znači da država mora poduzeti mjere kako bi se spriječilo da kompanije / organizacije ili pojedinci drugim pojedincima uskraćuju pristup odgovarajućoj hrani;
- ispunjavanje prava znači da država mora proaktivno učestvovati u aktivnostima usmjerenim na omogućavanje pristupa resursima i sredstvima kako bi se osigurao opstanak, uključujući i sigurnost hrane.

U slučaju katastrofa država treba osigurati hranu svakome kome je potrebna ili može zatražiti međunarodnu pomoć ako njihovi vlastiti izvori nisu dovoljni. Također bi se trebao omogućiti siguran i nesmetan pristup međunarodnoj pomoći.



Ženevske konvencije i dodatne procedure uključuju pravo na pristup hrani u situacijama oružanog sukoba i okupacije. Zabranjeno je izgladnjivanje civila kao načinu vođenja rata, zatim napadanje, oduzimanje, uništavanje i prodaja hrane, poljoprivrednih usjeva, hranu, stoku, postrojenja i izvore pitke vode i sistema za navodnjavanje ili onemogućavanje njihove upotrebe. Kada jedna država silom zauzima drugo, međunarodno humanitarno pravo obavezuje okupatorske snage da stanovništvu osigura dovoljne količine hrane i dovoljno zaliha, ako su resursi okupiranog teritorija nedovoljni. Države trebaju učiniti sve kako bi se osiguralo da izbjeglice i raseljene osobe imaju pristup odgovarajućoj hrani u u svakom trenutku. Minimalni standardi u ovom poglavlju odražavaju važnost prava na pristup hrani i doprinose progresivnoj realizaciji tih prava širom svijeta.

Važnost sigurnosti hrane i ishrane u hitnim slučajevima

Pristup hrani i održavanje dovoljne uhranjenosti ključni su faktori u opstanku u slučaju katastrofe (vidi poglavlje Uloga Projekta *Sphere* u humanitarnim aktivnostima na str. 8). Ugroženi ljudi su često već hronično pothranjeni kada dođe do katastrofe. Pothranjenost je ozbiljan javnozdravstveni problem i jedan od glavnih direktnih ili indirektnih uzroka smrti.

Uzroci pothranjenosti su složeni. Konceptualni okvir rada (vidjeti str. 126) jeste analitički alat koji pokazuje interakciju pojedinih faktora pothranjenosti. Neposredni uzroci pothranjenosti su bolest i / ili nedovoljan unos hrane zbog siromaštva, nedostatka hrane za domaćinstvo, neadekvatna briga u domaćinstvu ili zajednici, loš kvalitet vode, higijene i sanitarnih uvjeta, te neadekvatan pristup zdravstvenoj zaštiti.

Katastrofe poput ciklona, potresa, poplava, sukoba i suše izravno utječu na uzroke podloženosti pothranjenosti. Ranjivost domaćinstva ili zajednice određuje njihovu sposobnost da se nose sa posljedicama takvih šokova. Sposobnost upravljanja povezanim rizicima u velikoj mjeri zavisi od karakteristika domaćinstva ili zajednice, naročito od njihove imovine i načina suočavanja sa poteškoćama. Sposobnost upravljanja navedenim rizicima uvelike određuje karakteristika domaćinstva ili zajednice, naročito od njihove imovine i načina suočavanja sa teškoćama.

U ovom poglavlju su upotrebjene sljedeće definicije:

- *Sigurnost hrane* je zadovoljena kada cjelokupno stanovništvo sve vrijeme ima fizički, socijalni i ekonomski pristup dovoljnim količinama sigurne i zdrave hrane kako bi ispunili svoje prehrambene potrebe i želju za hranom, i što im omogućuje aktivan i zdrav život. Ova definicija o sigurnosti hrane, sadrži tri elementa.
 - "Pristupačnost" označava kvalitet, količinu i sezonsko snabdijevanje hranom u području pogođenom katastrofom. To uključuje i lokalne izvore proizvodnje (poljoprivreda, stočarstvo, ribarstvo, divlja hrana) i uvezena hrana (intervencija vlasti i organizacija može utjecati na dostupnost). Lokalno tržište koje ljudima može omogućiti hranu jedan je od glavnih faktora dostupnosti.

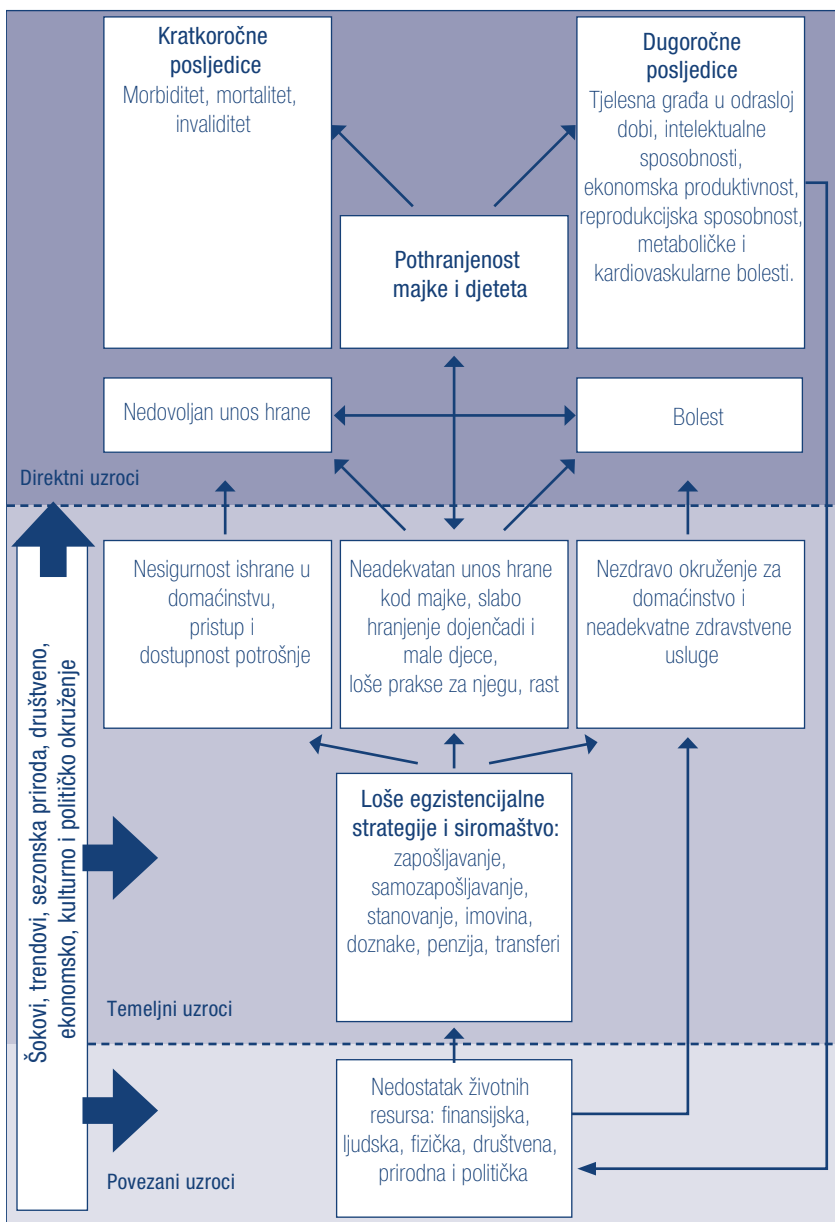
- "Pristup" znači sposobnost domaćinstva da osigura dovoljnu količinu hrane, koja će moći zadovoljiti prehrambene potrebe svih članova. To je mjera mogućnosti domaćina da nabavi zalihe hrane, kombinirajući proizvodnju u domaćinstvu i zalihe, kupovinu, trampu, poklone, posuđivanje hrane, i prenošente transfere novca i / ili bonova.

- "Korištenje" se odnosi na trošenje hrane u domaćinstvu, kojoj postoji pristup, uključujući skladištenje, obradu, pripremu i distribuciju unutar domaćinstva. Ona također predstavlja sposobnost pojedinca da apsorbira i metabolira hranjive materije, na šta mogu utjecati bolesti ili pothranjenost.

- *Životni uvjeti* uključuju sposobnost, sredstva (uključujući prirodne, materijalne i društvene resurse) i vrstu djelatnosti domaćinstva koja će im omogućiti prosperitet. Strategije preživljavanja su praktična sredstva ili poslovi u kojima ljudi koriste svoje kapacitete kako bi ostvarili prihod i druge životne ciljeve. Strategije za borbu s problemom su definirani kao privremeni odgovori na nestašicu hrane. Opstanak domaćinstva je zagarantiran kada je u ono u stanju nositi se s traumatičnim događajima ili oporavakom od njih, a zadržati ili poboljšati svoje sposobnosti i produktivnost imovine.
- *Ishrana* je širok pojam koji obuhvata procese ishrane, probavljanja hrane i iskoristivost hrane u tijelu za rast i razvoj, razmnožavanje, fizičku aktivnost i održavanje dobrog zdravlja. Pojam "neadekvatna uhranjenosti" praktično uključuje pothranjenosti i pretjeranu uhranjenost / pretilost. Pothranjenost pokriva širok raspon uvjeta, uključujući akutnu pothranjenost, hroničnu pothranjenost i pomankanje mikronutrijenata. Akutna pothranjenost odnosi se na gubitak tjelesne mase (mršavost) i / ili nutritivni edem, dok se hronična odnosi se kao zaostatak u razvoju (niski rast). Zaostatak u razvoju i gubitak tjelesne mase su dva oblika retardacije rasta. Pojmovi koji se koriste u ovom poglavlju su pothranjenost i akutna pothranjenost.



Konceptualni okvir uzroka pothranjenosti



Iz konteksta je jasno da je izloženost rizicima zavisi od učestalosti i ozbiljnosti prirodnih katastrofa i katastrofa uzrokovanih ljudskim faktorom i njihovih socio-ekonomskih i geografskih dimenzija. Sposobnost domaćinstva da se nosi s problemom uključuje finansijske, ljudske, fizičke, društvene, političke i prirodnih resursa, na nivou proizvodnje, prihoda i rashoda domaćinstva i mogućnost diversifikacije izvora prihoda i potrošnje kako bi se ublažile posljedice rizika.

Ranjivost kod dojenčadi i djece ukazuje na to da je bavljenje njihovom ishranom prioritet. Sprječavanje pothranjenosti jednako je važno kao i liječenje akutne pothranjenosti. Intervencije za sigurnost hrane kratkoročno utječu na prehranu i zdravlje djece, ali i na njihov dugoročni opstanak i dobrobit.

Žene obično imaju veću ulogu u planiranju i pripremi hrane u domaćinstvu. Nakon katastrofe lako može doći do promjena u strategiji preživljavanja. Određivanje pojedinih uloga u porodici su ključ za poboljšanje sigurnosti hrane na nivou domaćinstva. Shvatanje jedinstvenih prehrambenih potreba trudnica i dojilja, djece, starijih osobe i osoba s invaliditetom, također, su važni u oblikovanju odgovarajućih intervencija na području prehrane.

Sigurnost hrane i intervencija na polju prehrane može se poboljšati kroz bolju pripravnost. Takva vrsta pripravnosti rezultat je uspješnosti, odnosa i znanja koje su razvile vladine agencije, humanitarne organizacije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci kako bi predvidjeli i efikasno odgovorilo na posljedice potencijalnih, neposrednih ili postojećih opasnosti. Pripremljenost se temelji na analizi rizika i usko je vezana uz sisteme ranog upozorenja. Pripremljenost uključuje planiranje za nepredviđene situacije, skladištenja opreme i potrošnog materijala, osnivanje stručnih službi za hitne intervencije, komunikaciju, upravljanje i koordinaciju informacijama, obuku osoblja i planiranje, obuku i vježbe na nivou zajednice.

Glavna područja intervencije sigurnost hrane i ishrane u slučaju katastrofe, o kojima se raspravljalo u ovom poglavlju, jesu dojenčad i djeca, liječenje akutne pothranjenosti i nedostatka mikronutrijenata, transfer hrane, transfer novca i vaučera te načini preživljavanja.

Povezanost sa drugim poglavljima

Mnoge standardi iz drugih poglavlja relevantni su za ovo poglavlje. Napredak u postizanju standarda u jednom području često utječe na napredak u drugim područjima. Za učinkovitu intervenciju potrebni su bliska koordinacija i saradnja sa drugim sektorima. Također ih je važno uskladiti sa lokalnim nadležnim organima, drugim organizacijama koje su uključene u krizne situacije i društvenim organizacijama, da bi se osiguralo da su potrebe zadovoljene bez dupliranja poslova i s optimalnim kvalitetom sigurnosti hrane i ishrane.

Iz konceptualnog okvira rada vidljivo je da postoje dva glavna uzroka pothranjenosti (vidjeti stranicu 126) – osiromašenje domaćinstva i životne sredine i neodgovarajući zdravstveni uvjeti. Odazivom na katastrofe



Čiji je cilj sprečavanje i uklanjanje pothranjenosti, potrebno je zadovoljiti minimalne standarde navedene u ovom poglavlju i poglavljima programa WASH, skloništima i zdravlju. Ujedno je potrebno da se zadovolje osnovni standardi i poštivanje principa zaštite. Kako bi se osigurala sigurnost hrane i ishrane za sve grupe, i na taj način osigurao njihov opstanak i očuvanje dostojanstva, nije dovoljno samo postizanje standarda u ovom poglavlju iz ovog priručnika.

Tamo gdje je relevantno, ukazuje se na posebne standarde i smjernice u drugim poglavljima i druge komplementarne standarde.

Veze sa principima zaštite i osnovnim standardima

Kako bi zadovoljili standardi ovog priručnika, sve humanitarne organizacije trebaju slijediti principe zaštite, čak i ako oni nemaju jasan mandat ili profesionalne sposobnosti za pružanje zaštite. Principi nisu "apsolutni", jer smo svjesni da određene okolnosti ograničavaju sposobnost organizacije da ispunji kriterije. Ipak, principi odražavaju univerzalna humanitarna pitanja kojima se uvijek treba voditi u humanitarnim aktivnostima.

Osnovni standardi su ključni standardi za postupke i osoblje, zajednički za sve sektore. Šest je osnovnih standarda: koordinacija i saradnja; procjena; priprema i odaziv; efikasnost; transparentnost i učenje; i učinak humanitarnih službenika.

Oni predstavljaju zajedničku referentnu tačku pristupima koji su osnova svih standarda ovog priručnika. Da bi se postigli standardi pojedinih poglavlja, potrebno je istovremeno korištenje osnovnih standarda. Kako bi se osigurao adekvatan i kvalitetan odaziv na katastrofe, potreban je što veći nivo saradnje sa žrtvama katastrofe, uključujući grupe i pojedince koji su posebno ranjivi u takvim okolnostima.

Ranjivost i kapaciteti žrtava katastrofe

Ovo poglavlje se treba čitati u kombinaciji sa osnovnim standardima i kao njihova dopuna.

Važno je razumjeti da mladi, starije osobe, žene, osobe s invaliditetom ili zaražene HIV-om i nisu sami po sebi ranjivi ili u većoj opasnosti. Povećava se kombinacijom okolnosti: naprimjer, ako neko stariji od 70 godina živi sam i lošeg je zdravlja, vjerovatno će biti ranjiviji nego neko slične dobi i sa sličnim zdravstvenim uvjetima ko živi u velikoj porodici sa dovoljno prihoda. Isto tako, trogodišnja djevojčica ugroženija je bez staratelja, nego ona o kojoj se brinu odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi sigurnosti hrane i prehrane i ključne aktivnosti, analiza ranjivosti i kapaciteta pomaže da se osigura da napor reakcija na katastrofu podržava one koji imaju pravo na pomoć, na nediskriminirajući način i da je dobijaju oni kojima je najpotrebnija. To zahtijeva temeljito razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena kriza utječe na pojedine grupe ljudi na različite načine s obzirom na

njihove postojeće ranjivosti (npr. vrlo siromašne ili diskriminirane), njihovu izloženost raznim prijetnjama po zaštitu (npr. rodno nasilje uključujući seksualnu eksploataciju), pojavu bolesti ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. ospice ili kolera). Katastrofa može učiniti već postojeće nejednakosti i gorim. Međutim, podrška ljudima da se suoče sa strategijom za rješavanje njihovih problema, otpornost i oporavak od presudnog je značaja. Potrebno je podržati njihovo znanje, vještine i strategije i omogućiti pristup društvenoj, pravnoj, finansijskoj i psihosocijalnoj pomoći. Pored toga na pravedan način moraju se riješiti različite fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne barijere sa kojima se mogu suočiti u pristupu takvim uslugama.

Među ključna područja za osiguranje poštivanja prava i kapaciteta svih osjetljivih ljudi spadaju:

- optimizacija saradnje na način koji osigurava uključenost predstavnika svih grupa, pogotovo manje vidljivih (npr. osobe sa komunikacijskim poremećajima, poteškoćama u pokretljivosti, osobe koje žive u institucijama, stigmatizirane mlade i druge, premalo ili nezastupljene grupe);
- razvrstanost podataka po spolu i dobi (0–80 godina i više) tokom procjene važni su kako bi se osiguralo da programi sigurnosti hrane i ishrane vode računa o raznolikosti stanovništva;
- osigurajte dostupnost informacija, na način koji uključuje sve članove zajednice.



Minimalni standardi

1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane

U akutnoj krizi i za hitnu reakciju, može biti dovoljna multisektorska početna brza procjena da se odluči je li hitna pomoć potrebna ili ne. Početne brze procjene su dizajnirane za dobivanje brze i jasne vizije o određenom kontekstu u vremenu. Vjerovatno će biti potrebno provoditi dalje, sve detaljnije procjene sigurnosti hrane i ishrane koje zahtijevaju mnogo vremena i resursa da se ispravno izvrše. Procjena je kontinuirani proces, a posebno kod dugotrajnih kriza, te bi trebao poslužiti da pruži informacije za usmjeravanje i donošenje odluka u sklopu upravljanja intervencijom.

U idealnom slučaju, procjena sigurnosti hrane i ishrane trebale bi se poklapati i "ići ruku pod ruku", te bi trebala biti usmjerena na identificiranje prepreka za adekvatnu prehranu i intervencije za poboljšanje dostupnosti hrane, pristup hrani i optimalno korištenje hranjivih materija koje se unose hranom. Spiskovi provjere procjene navedeni su u Dodatku 1: Spisak pitanja za procjenu sigurnosti hrane i životnih uvjeta, Dodatku 2: Spisak za provjeru procjene sigurnosti sjemena i Dodatku 3: Upitnik za procjenu prehrane.

Dva standarda procjene sigurnosti hrane i ishrane proizlaze iz Osnovnog standarda 3 (vidjeti str. 52), a odnose se na sve slučajeve planiranja i zagovaranja intervencije na području sigurnosti hrane i ishrane.

Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane: sigurnost hrane

Ukoliko su ljudi izloženi riziku od nestašice hrane, procjenu treba izvršiti na osnovu provjerenih metoda, kako bi razumjeli vrstu i stepen nesigurnosti hrane i kako bi se identificirale one osobe koje su najviše pogođene i definiralo najprikladnije rješenje.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- koristiti metodologiju koja se pridržava široko prihvaćenih principa i opisati je sveobuhvatno u izvještaju o procjeni (vidjeti smjernicu 1);
- prikupiti i analizirati podatke u početnoj fazi procjene (vidjeti smjernicu 2);

- analizirati utjecaj nestašice hrane na uhranjenost stanovništva (vidjeti smjernicu 4);
- izraditi procjene koje se zasnivaju na lokalnim resursima, uključujući formalne i neformalne institucije, ukoliko je to moguće (vidjeti smjernicu 9).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- ispitati sigurnost hrane i uvjete života pojedinca, domaćinstva i zajednice za buduće djelovanje (vidjeti smjernice 3–9);
- rezultati evaluacije su grupirani u analitičkom izvještaju, uključuju jasne preporuke za ciljano djelovanje na najugroženije pojedince i grupe (vidjeti smjernice 1–10);
- intervencija se zasniva na direktnoj potrebi za hranom, ali i u promoviranju i zaštiti strategija životnih uvjeta (vidjeti smjernicu 10).

Smjernice

1. **Metodologija:** opseg procjene i postupci uzimanja uzoraka veoma su važni, čak i ako su neformalni. Procjene sigurnosti hrane moraju imati jasne ciljeve i uključuju međunarodno priznate metode. Potvrda kroz različite izvore informacija (npr. procjena usjeva, satelitski snimci i procjena domaćinstva) od ključne su važnosti za dosljedno provođenje (vidjeti 3. Osnovne standarde na str. 52 i izvore i dodatnu literaturu).
2. **Izvori informacija:** ponekad su dostupne informacije iz sekundarnih izvora o situaciji prije nesreće. Kako žene i muškarci imaju različite i komplementarne uloge u osiguravanju ishrane domaćinstava, te informacije treba klasificirati prema spolu, koliko je to moguće (vidjeti Osnovne standarde 3 na str. 52 i Dodatak 1: Spisak pitanja za procjenu sigurnosti hrane i životnih uvjeta).
3. **Raspoloživost, pristupačnosti, potrošnja i korištenje hrane** (vidi definiciju za dostupnost, pristup i korištenje hrane na str. 125). Potrošnja hrane pokazuje unos energije i hranjivih tvari kod pojedinaca i domaćinstava. Mjerenje stvarnog sadržaja energije i hranjivih tvari tokom te procjene nije praktično. Promjene u broju obroka prije i poslije katastrofe može biti jednostavan, ali smislen pokazatelj promjena u sigurnosti hrane. Broj obroka koje pojede pojedinac ili domaćinstvo i učestalost uzimanja u određenom razdoblju odražavaju raznolikost u prehrani. To je dobar približni pokazatelj, posebno u vezi sa socijalno-ekonomskim statusom, domaćinstvom i ukupnim unosom energije kvalitete hrane i prehrane. Alati, koji se mogu koristiti za pružanje strožijih mjera za rješavanje problema i obrasci potrošnje hrane su: sezonski kalendar, procjena raznolikosti prehrane u domaćinstvu, opseg izloženosti nestašici hrane ili procjena potrošnje hrane.
4. **Sigurnost hrane i nutritivna vrijednost:** nedostatak hrane je jedan od tri glavna uzroka pothranjenosti. Međutim, ne smijemo pretpostaviti da je to i jedini uzrok.
5. **Okolina:** nedostatak hrane može biti rezultat širih makroekonomskih i strukturnih društveno-političkih faktora, uključujući nacionalnu i međunarodnu politiku, procese ili institucije koje mogu utjecati na pristup žrtava katastrofe prikladnim hranjivim obrocima i degradaciju lokalne životne sredine. Ovaj



fenomen se obično naziva hroničnim nedostatkom hrane i dugoročno stanje proizlazi iz strukturnih slabosti koje se mogu dodatno pogoršati zbog utjecaja katastrofa. Lokalni i regionalni informacijski sistemi za sigurnost hrane, uključujući i sisteme ranog upozorenja na glad i integriranu klasifikaciju faze sigurnosti hrane važni su mehanizmi za analizu podataka.

6. **Analiza odaziva:** sigurnost hrane varira zavisno od prihoda ljudi, njihovog grografskog položaja, od tržišnih sistema, pristupa lokalnom tržištu, položaja u društvu (uključujući spol i dob), od sezone, vrste katastrofe i pripadajućih odgovora. Procjena mora biti usmjerena na pitanje o tome kako su ljudi prije i poslije katastrofe dobivali hranu i ostvarivali zaradu. U slučaju raseljenih osoba treba uzeti u obzir sigurnost hrane lokalnog stanovništva. Procjena, također, treba obuhvatiti analizu tržišta, banaka, finansijskih institucija i drugih domaćih mehanizama u slučaju novčanih transfera i transfera konvojima, lanci snabdijevanja hranom uključujući sve s tim povezane rizike (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28). Na osnovu toga bit će moguće ocijeniti izvedljivost novčanih transfera ili transfera hrane i uspostavljanje sigurnih i učinkovitih mehanizama za dodjelu pomoći.
7. **Analiza tržišta** treba biti dio početne i naknadne procjene. Analiza tržišta treba uključiti kretanje cijena, dostupnost osnovnih roba i usluga, utjecaj katastrofa na strukturu tržišta i period u kojem se može očekivati oporavak. Razumijevanje tržišnih kapaciteta u otvaranju radnih mjesta, hrani, neophodnoj robi i uslugama, nakon katastrofe mogu pomoći u pravovremenom planiranju, ekonomičnosti i odazivu na odgovarajući način, koji mogu biti od koristi u poboljšanju lokalne privrede. Tržišni sistem može nadmašiti kratkoročne potrebe nakon poplava i osigurati sredstva za život kroz snabdijevanje i održati potražnju radne snage. Programi trebaju biti zasnovani na podršci u kupovini lokalne robe, tamo gdje je to moguće (vidjeti Standard 4. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernice 2–3 na str. 210; Standard 1. Životni uslovi, smjernica 7 na str. 234; Standard 3. Osiguranje hrane i životnih uslova, smjernica 2 na str. 236).
8. **Strategije za suočavanje sa problemima:** pri procjeni i analizi treba uzeti u obzir različite vrste suočavanja sa problemom, ko ih primjenjuje i kada, koliko dobro funkcioniraju i njihove štetne utjecaje ne prirodu (ukoliko postoji). Preporučljivo je koristiti alate kao što su indeksi suočavanja sa problemima. Iako se strategije razlikuju, postoje različite faze suočavanja. Neke strategije su normalne, pozitivne i njih je moguće podržati. Druge strategije, ponekad se nazivaju krizne situacije, mogu trajno ugroziti sigurnost snabdijevanja hranom (prodaja zemljišta, preseljenje cijele porodice u katastrofi ili krčenje šuma). Neke strategije suočavanja koje primjenjuju žene i djevojke ili su prisiljene da ih koriste mogu značajno i negativno utjecati na njihovo zdravstveno i psihičko stanje i socijalnu uključenost. Neke strategije za suočavanje s problemom mogu utjecati na životnu sredinu, naprimjer pretjerano iskorištavanje zajedničkih prirodnih resursa. Na osnovu analize, potrebno je odrediti prag životnih uvjeta kako bi se utvrdilo najprikladniji kombinirani odaziv koji će pružiti podršku i sigurnost hrane, prije nego što se iscrpe sve bezopasne mogućnosti (vidjeti Principe zaštite 1 i 2 na str. 28–30).
9. **Participacijske analize osjetljivosti:** presudno je smisljeno učestvovanje različitih grupa žena i muškaraca i lokalnih nadležnih institucija u svim fazama procjene . Programi se moraju zasnivati na lokalnom znanju i potrebama i moraju se prilagoditi lokalnim uvjetima. U područjima koja su izložena češćim prirodnim katastrofama ili dugotrajnom sukobu, moguće je uspostaviti lokalne sisteme i

mreže za rano upozorenje i hitne intervencije i planove koji bi trebali biti uključeni u bilo koju vrstu procjene. Bitno je da su u planiranje i implementaciju projekta uključene žene (vidjeti Princip zaštite 2–4 na str. 30–34).

- 10. Trenutne potrebe i dugoročno planiranje:** intervencije kojima je cilj zadovoljiti neposredne potrebe za hranom mogu uključivati transfer hrane i novca i vaučera. Oni mogu biti zasebni ili u kombinaciji s drugim intervencijama za životne uvjete. Iako će zadovoljavanje neposrednih potreba i očuvanje produktivne imovine biti prioritet na početku krize, djelovanje uvijek mora biti planirano imajući u vidu duži rok i uključujući svijest o utjecaju klimatskih promjena na obnovu degradirane životne sredine.

Standard 2. Procjene sigurnosti hrane i ishrane: ishrana

Tamo gdje je povećana opasnost od pothranjenosti ljudi procjena se treba zasnivati na međunarodno prihvaćenim metodama kako bi se razumjela priroda, stepen i učestalost pothranjenosti i identificiralo stanovništvo najviše pogođeno i u najvećoj opasnosti i osmislio najprikladniji odgovor.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- prikupljati informacije o procjenama prije nesreće i osigurati početne procjene za utvrđivanje vrste i ozbiljnosti situacije koja se tiče hrane i ishrane (vidjeti smjernice 1–6);
- definirati grupe kojima je najpotrebnija pomoć u hrani i glavne faktore koji mogu utjecati na situaciju koja se tiče hrane i ishrane (vidjeti smjernice 1–2);
- odrediti da li su stanovništvu potrebne kvalitativne ili kvantitativne procjene kako bi se bolje izmjerio i razumio antropometrijski status, status mikronutrijenata, ishrana dojenčadi i male djece, praksa majčinske njege i s tim povezane potencijalne odrednice pothranjenosti (vidjeti smjernice 1–2);
- razmisliti o mišljenju lokalne zajednice i drugih lokalnih interesnih grupa o mogućim odrednicama pothranjenosti (vidjeti smjernicu 7);
- uključiti procjene nacionalnih i lokalnih kapaciteta za upravljanje i / ili podršku odazivu (vidjeti smjernice 1 i 8);
- koristiti informacije o procjeni ishrane kako bi se utvrdilo da li je stanje stabilno ili se pogoršava (vidjeti smjernice 7 i 8).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- u slučaju antropometrijskih i neantropometrijskih procjena koristiti metodologiju procjene i analize, uključujući standardizirane pokazatelja u skladu s općeprihvaćenim principima (vidjeti smjernice 3–6);
- rezultati procjene prezentovani su u analitičkom izvještaju, uključujući jasne preporuke za djelovanje usmjereno na najugroženije pojedince i grupe (vidjeti smjernice 3–6).



Smjernice

- 1. Informacije o okolnostima:** informacije o uzrocima pothranjenosti mogu se prikupiti iz primarnih i sekundarnih izvora, među kojima su postojeći zdravstveni ili prehrambeni profili, izvještaji o istraživanju, informacije o ranom upozorenju, evidencije zdravstvenih centara, izvještaji o sigurnosti hrane i grupe u okviru zajednice. Ako su podaci za pojedina područja procjene ili odziva nedostupni, potrebno je koristiti i druge izvore, kao što su istraživanja zdravlja stanovništva (Demographic Health Surveys), analiza niza različitih pokazatelja (Multi Indicator Cluster Surveys), druga državna istraživanja zdravlja i ishrane, informacijski sistem o ishrani Svjetske zdravstvene organizacije (WHO Nutrition Landscape Information System), informacijski sistem Svjetske zdravstvene organizacije o vitaminima i mineralima u ishrani (WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System), bazu podataka Complex Emergency Database (CE-DAT), informacijski sistem o ishrani u kriznim situacijama (Nutrition in Crisis Information System – NICS), nacionalne sisteme za nadzor prehrane i stope prijema i pokrivenosti u postojećim programima za upravljanje pothranjenošću. Ukoliko su predstavljeni podaci dostupni, bolje je ispitati trendove uhranjenosti tokom vremena, kao i prevazilaženje pothranjenosti u određenom trenutku (pogledajte Dodatak 3: Spisak pitanja za procjenu ishrane). U kontekstu šire procjene, naročito one usmjerene na javno zdravlje i sigurnost hrane, dobro je obaviti procjenu ishrane. Potrebno je prikupiti podatke o postojećim inicijativama vezanim za ishranu, operativnim sposobnostima države i lokalnim kapacitetima da se reagira kako bi se utvrdili nedostaci i usmjerio odgovor.
- 2. Opseg analize:** nakon početne procjene treba provesti detaljnu procjenu (vidjeti Osnovni standard 3 na str. 52) samo ako su identificirane informacijske praznine i ako su potrebne dodatne informacije za donošenje odluka u vezi programa za mjerenje ishoda programa ili za potrebe zagovaranja. Detaljnija procjena ishrane nudi mnoge potencijalne pristupe procjeni, uključujući antropometrična istraživanja, procjene u ishrani dojenčadi i djece, istraživanja mikronutrijenata i analizu uzroka. Također se mogu koristiti sistemi za kontrolu i praćenje ishrane.
- 3. Metodologija:** svaka procjena ishrane treba imati jasne ciljeve i da koristi međunarodno prihvaćene metode za prepoznavanje nutritivno ranjivih pojedinaca i treba razjasniti faktore koji mogu pridonijeti pothranjenosti. Procjenu i analize treba u svom izvještaju dokumentirati pravovremeno, logično i transparentno. Pristup procjeni mora biti nepristrasan, zastupljen i usaglašen na nivou organizacija i vlade, tako da se podaci mogu međusobno nadopunjavati, uskladiti i primijeniti. Interorganizacijska procjena može se koristiti u procjeni opsežnih, tehnički složenih i širokih geografskih područja.
- 4. Antropometrijska istraživanja** su reprezentativne međusektorske ankete, i zasnovana su na slučajnom uzorku ili iscrpnom pregledu. Antropometrijska istraživanja nude procjenu rasprostranjenosti (hronične i akutne) pothranjenosti. Prije svega, ona pokazuju odnos između težine i visine u skladu sa standardima Svjetske zdravstvene organizacije (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti). Mogu se navesti i informacije o odnosu između težine i visine u skladu sa standardima američkog Nacionalnog centra za zdravstvenu statistiku (eng. National Center for Health Statistics – NCHS), što omogućava poređenje s prethodnim istraživanjima. U antropometrijskom istraživanju treba navesti gubitak težine i veliki gubitak težine, koji se mjeri obimom nadlaktice. Prehrambeni edem treba procijeniti i odvojeno pribilježiti. Intervale pouzdanosti za rasprostranjenost pothranjenosti treba prijaviti i osigurati kvalitetno istraživanje. To se može učiniti pomoću postojećih alata (npr. metodoloških priručnika i alata kao što je Standardizirani nadzor i procjena pomoći i tranzicije (Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – SMART), softvera ENA (procjena hitne ishrane) ili Epilinfo). Najšire prihvaćena praksa je procjena nivoa pothranjenosti

kod djece uzrasta od 6 do 59 mjeseci, koja se onda koristi i za približnu procjenu za cjelokupno stanovništvo. Međutim, tamo gdje i druge grupe mogu biti u većoj mjeri pogođene ili suočene sa rizikom koji se tiče ishrane, treba uzeti u obzir procjenu (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti).

5. **Neantropometrični pokazatelji:** Dodatne informacije u antropometriji su bitne, ali je potreban oprez u njihovoj upotrebi, osim toga antropometrijska istraživanja treba dodati u ograničenoj mjeri, kako ne bi ugrozili kvalitetu istraživanja. Takvi pokazatelji uključuju pokrivenost cijepljenja (osobito u slučaju ospica), zamjena vitamina A u nedostatak mikronutrijenata i pokazatelje Svjetske zdravstvene organizacije o ishrani dojenčadi i djece (eng. Infant and young child feeding – IYCF). Mjerenja mogu, također, uključiti stopu smrtnosti dojenčadi i djece mlade od 5 godina, zavisno od slučaja.
6. **Nedostatak mikronutrijenata:** ukoliko je kod stanovništva i prije katastrofe bio nedostatak vitamina A, joda i cinka ili ako su patili od anemije uzrokovanom nedostatkom željeza, situacija u trenutku nesreće se pogoršava. Može doći do izbijanja pelagre epidemije, beriberi bolesti, skorbuta i drugih bolesti zbog nedostatka mikronutrijenata, što treba uzeti u obzir pri planiranju i analizi procjene. Ako u domovima zdravlja postoje osobe sa bilo kojom od ovih bolesti, do njih je došlo zbog nedostatka pristupa odgovarajućoj hrani i najvjerojatnije ukazuju na problem cjelokupnog stanovništva. Procjena nedostataka mikronutrijenata može biti direktna ili indirektna. Indirektna procjena uključuje procjenu unosa nutrijenata na nivou stanovništva i ekstrapolaciju rizika nedostatka pregledom dostupnih podataka o pristupu hrani, dostupnosti i iskoristivosti (pogledajte Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i prehrane na stranici 130), i procjene adekvatnosti porcija hrane (pogledajte Standard 1. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 154). Direktna procjena, ako je moguće, uključuje mjerenje kliničkog ili supkliničkog nedostatka hranjivih materija kod individualnih bolesnika ili na uzorku stanovništva, npr. mjerenje nivoa hemoglobina tokom istraživanja, pri čemu se učestalost anemije može koristiti kao prosječna mjera za nedostatak željeza.
7. **Tumačenje nivoa pothranjenosti:** da bi se utvrdilo zahtijeva li stopa pothranjenosti intervenciju i detaljnu analizu stanja u pogledu veličine i gustoće naseljenosti i stepena oboljelosti i smrtnosti (vidjeti Standard 1. Osnovne zdravstvene usluga, smjernica 3 na str. 268). Također je potrebno uzeti u obzir zdravstvene pokazatelje, sezonske promjene, IYCF pokazatelje, stopu pothranjenosti prije katastrofe, stopu pomankanja mikronutrijenata (vidjeti Dodatak 5: mjere se odnose na nedostatak mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje), udio teške akutne pothranjenosti u odnosu na globalnu akutnu pothranjenost i druge faktore koji utječu na glavne uzroke pothranjenosti. Kombinacija komplementarnih informacijskih sistema je vjerovatno najučinkovitiji način praćenja trendova. Gdje god je to moguće, lokalne institucije i stanovništvo treba biti uključeno u praćenje aktivnosti, tumačenje nalaza i planiranje mogućih odgovora. To može biti i odgovarajuće modeliranje i pristup odlučivanju, uzimajući u obzir niz varijabli, uključujući sigurnost hrane, životne uvjete, zdravlje i ishranu (vidjeti Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane, smjernica 5 na str. 131).
8. **Odlučivanje:** podaci o izvršenoj procjeni trebali bi činiti osnovu u odlučivanju o odazivu koji se tiče upravljanja pothranjenosti. Pri odlučivanju o općenitoj distribuciji hrane ili drugih preventivnih zdravstvenih mjera u akutnoj fazi katastrofe nema potrebe čekati rezultate detaljne procjene. Kad se procjena provodi, rezultati bi trebali da usmeravaju aktivnosti. Odlučivanje se mora zasnivati na razumijevanju pothranjenosti, kako je to definisano u konceptualnom okviru, rezultatima procjene ishrane i postojećim kapacitetima za djelovanje na posljedice katastrofe.



2. Ishrana dojenčadi i male djece

Nedovoljna ishrana dojenčadi i djece povećava opasnost od pothranjenosti, bolesti i smrtnosti. Rizik je još veći u slučaju katastrofe, a najugroženija su mala djeca. Optimalne prakse ishrane koje maksimizuju preživljavanje i smanjuju smrtnost kod djece mlađe od 24 mjeseca su rano uvođenje isključivog dojenja, isključivo dojenje tokom šest mjeseci, nastavak dojenja do 24 mjeseca ili i nakon toga, te uvođenje odgovarajuće, adekvatne i sigurne dodatne hrane na uzrastu od šest mjeseci.

IYCF (Ishrana dojenčadi i male djece) odnosi se na intervencije za zaštitu i podršku prehrambenih potreba i dojene i nedojene novorođenčadi i male djece. Prioritetne aktivnosti uključuju zaštitu i potporu dojenju minimalizirajući rizik od vještačke ishrane i pružanje adekvatne i sigurne zamjenske ishrane. Dojenčad i djeca u posebno teškim okolnostima, npr. stanovništvo kod kojega se uveliko proširio HIV, siročad, djeca sa malom porođajnom težinom i teško pothranjena djece zahtijevaju posebnu pažnju. Zaštita i podrška ishrani, fizičkom i mentalnom zdravlju trudnica i dojilja od ključnog su značaja za dobrobit majke i djeteta. Potrebno je uzeti u obzir posebne potrebe skrbnika, kao što su djedovi i bake, samohrani očevi ili braća i sestre. Međusektorskim djelovanjem potrebno je zaštititi i osigurati odgovarajuće i pravodobno ispunjenje prehrambenih potreba dojenčadi i djece sa malom porođajnom težinom i teško pothranjene djece i njihovih majki. Ishrana dojenčadi i djece je u većini standarda u ovom poglavlju obuhvaćena kao i u drugim poglavljima, također.

Standard 1. Ishrana dojenčadi i djece: izrada smjernica i koordinacija

Sigurna i odgovarajuća ishrana dojenčadi i djece je zaštićena kroz provođenje osnovnih smjernica i dobru koordinaciju.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- poštivati set operativnih smjernica o ishrani dojenčadi pri katastrofama (Operativne smjernice o ishrani dojenčadi u hitnim slučajevima – eng. Infant feeding in emergencies – IFE), Međunarodni pravilnik o reklamiranju zamjena za majčino mlijeko i naknadne važeće odluke Svjetske zdravstvene skupštine (eng. World Health Assembly – WHA), poznate kao Kodeks (vidjeti smjernice 1–2);
- izbjegavati skupljanje ili prihvaćanje donacija kao nadomjestak za majčino mlijeko (eng. breastmilk substitutes – BMS), drugih mliječnih proizvoda, staklenih bočica i cucli (vidjeti smjernicu 2).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- uspostavljena je državna i / ili organizacijska politika u vezi s ishranom dojenčadi i djece uzimajući u obzir operativne smjernice IFE (vidjeti smjernicu 1);
- pri katastrofi imenovan je nadležni organ za usklađivanje aktivnosti na području IYCF (vidjeti smjernicu 1);
- imenovan je nadležni organ koji surađuje sa bilo kakvim donacijama BMS, mliječnih proizvoda, bočica i cuclli (vidjeti smjernicu 2);
- kršenje Kodeksa se prati i prijavljuje (vidjeti smjernice 1–2).

Smjernice

1. **Planiranje smjernica, koordinacija i komunikacija:** ključni dokumenti sa smjericama na kojima se zasnivaju krizni programi uključuju operativne smjernice i IFE i kodeks. Dodatne smjernice su navedene u poglavlju Izvori i dodatna literatura na kraju ovog poglavlja. Rezolucija Generalne skupštine Svjetske zdravstvene organizacije 63.23 (2010) navodi i poziva članice da osiguraju usklađenost državnih i međunarodnih planova pripravnosti i odgovore na katastrofe sa operativnim smjericama IFE. Pripravnost na katastrofu uključuje razvoj politike, smjernice i obuku o IFE-i i odabir zamjena za majčino mlijeko i komplementarnih namirnica koje su u skladu sa Kodeksom. Za svaku katastrofu treba imenovati organ zadužen za koordinaciju aktivnosti u oblasti IYCF. Podrška za dojenje treba od početka biti integrirana u ključne usluge kao što su reproduktivno zdravlje, primarna zdravstvena zaštita, psihosocijalne usluge i programi selektivne ishrane.
2. **Postupanje sa mlijekom i mliječnim proizvodima:** mlijeko i mliječni proizvodi ne smiju biti uključeni u raspodjelu (vidjeti Standard 2. Sigurnost hrane: transferi hrane, smjernica 5 na str. 135). Indikacije za nadzor i postupanje sa vještačkom hranom moraju biti u skladu s operativnim smjericama IFE i Kodeksom, u idealnom slučaju pod vodstvom ovlaštenog koordinacijskog tijela u oblasti IFE. Prikupljanje i primanje donacija u obliku zamjena za majčino mlijeko, mliječnih proizvoda, bočica i cuclli je zabranjeno. Sve donacije takve vrste trebaju biti pod nadzorom nadležne organizacije i treba ih definirati i njima treba rukovoditi koordinacijsko tijelo u oblasti IFE.

Standard 2. Ishrana dojenčadi i djece: osnovna i profesionalna pomoć

Majke i skrbnici dojenčadi i djece imaju pravovremeni pristup i odgovarajuću pomoć u ishrani koja minimizira rizik i optimizira rezultate u smislu ishrane, zdravlja i opstanka.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- pružati objedinjene međusektorske aktivnosti za zaštitu i potporu, sigurnu i adekvatnu ishranu dojenčadi i djece (vidjeti smjernice 1);



- davati prednost trudnicama i dojiljama u pristupu hrani, novčanim transferima i / ili voučerima i drugim vrstama pomoći (vidjeti smjernicu 1);
- uključiti stručno savjetovanje za dojenje u intervencijama koje su usmjerene na trudnice i dojilje i djecu do 24 mjeseca (vidjeti smjernice 2–7);
- podržavati rano pokretanje dojenja (od rođenja) kod majki novorođenčadi (vidjeti smjernicu 3).
- pružiti pravovremenu podršku, sigurnu, prikladnu i odgovarajuću zamjensku hranu (vidjeti smjernicu 5);
- olakšati majkama i starateljima čija djeca zahtijevaju vještačku hranu pristup dovoljnoj količini odgovarajućeg zamjenskog mlijeka (vidjeti smjernicu 6);
- obratiti posebnu pažnju na podršku u ishrani dojenčadi i djece koja su u naročito teškim situacijama (siročad, izrazito pothranjena djeca, djeca sa niskom porođajnom težinom i djeca zaražena HIV-om) (vidjeti smjernice 4–7).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjernicama):

- provoditi mjerne pokazatelje standarda Svjetske zdravstvene organizacije za rani početak dojenja, stopa isključivog dojenja djece ispod 6 mjeseci i stope jednogodišnjeg i dvogodišnjeg dojenja djece (vidjeti smjernice 2–3 i 5–6);
- staratelji imaju pravovremeni pristup odgovarajućoj, nutritivno prikladnoj i sigurnoj dodatnoj hrani za djecu između 6 i 24 mjeseci (vidjeti smjernice 5–6);
- majke dojilje imaju pristup stručnoj podršci u vezi sa dojenjem (vidjeti smjernice 1–3);
- omogućiti pristup odgovarajućim zamjenama za majčino mlijeko koje su u skladu sa Kodeksom i srodna podrška za dojenčad kojima je potrebna vještačka ishrana (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Jednostavne i osnovne mjere intervencije.** Obratiti pažnju i pregledati izvještaje o poteškoćama u dojenju, dohrani i / ili praksi vještačke ishrane djece do 24 mjeseci. Bebe koje majke ne doje trebaju hitnu pomoć. U pružanju podrške i ispunjavanju hitnih osnovnih potreba prvenstvo trebaju imati majke, skrbnici, trudnice i dojilje. Domaćinstva sa djecom mlađom od 24 mjeseca i majke novorođenčadi – dojilje trebaju biti registrirane i potrebno im je omogućiti pristup programu sigurnosti hrane, kako bi se osigurao pristup adekvatnoj hrani. Određena skloništa za majke i staratelje omogućavaju pristup podršci između ljudi u istoj situaciji (peer-to-peer) i osnovnoj podršci IYCF. Pomoć kod dojenja treba biti uključena od samog početka u osnovne usluge, kao što su reproduktivno zdravlje, primarna zdravstvena zaštita, psihosocijalne usluge i programi selektivne ishrane.
2. **Trudnice i dojilje:** nedovoljan unos hranjivih tvari kod trudnica ili dojilja može dovesti do rizika od komplikacija tokom trudnoće, smrtnosti majki, dojenčadi sa niskom porođajnom težinom i smanjenja uhranjenosti majki, povezanih sa niskim nivoima određenih hranjivih tvari u majčinom mlijeku. Mala težina majke jako je povezana sa niskom porođajnom težinom djeteta i tipična je za trudnoće

kod adolescenata. Trudnice i dojilje trebaju svaki dan dobiti dnevne doze kako bi se zadovoljile prehrambene potrebe različitih mikronutrijenata, koji pomažu u održavanju količine i kvaliteta mlijeka, bez obzira na to uzimaju li obogaćene obroke. Ako žena već prima suplemente željeza i folne kiseline, to se treba nastaviti. Žene, također, trebaju uzimati vitamin A i to šest–osam sedmica prije poroda. Nadopuna ishrane mikronutrijentima mora se odvijati u skladu i sa međunarodnim preporukama o dozi i vremenu. Kada je u pitanju traumatizirano stanovništvo, može biti potrebna pomoć kroz psihosocijalne usluge. Iako je podrška u ishrani majki adolescentica važna, programi za prevenciju trudnoće kod adolescentkinja najviše utječu na smanjenje broja novorođenčadi sa niskom tjelesnom težinom.

3. **Rani početak dojenja** (u roku od sat vremena nakon rođenja) poželjan je u zaštiti zdravlja majke i djeteta. Djeca sa niskom porođajnom težinom i njihove majke imat će posebnu korist od fizičkog kontakta pri rođenju i ranog početka isključivo dojenja (vidjeti Standard osnovnih zdravstvenih usluga 2 – zdravlje djeteta, smjernica 1 na str. 280).
4. **Dojenje:** “isključivo” dojenje znači da dijete dobiva samo majčino mlijeko bez vode, druge tekućine ili čvrste hrane, osim potrebnih lijekova ili dodataka kao što su mikronutrijenti. Time se osigurava sigurnost hrane i tekućine kod dojenčadi tokom prvih šest mjeseci i omogućava aktivna imunološka zaštita. Dojenje, također, štiti stariju dojenčad i djecu, posebno u situacijama nedostatka pitke vode i loših sanitarnih i higijenskih uvjeta, tako da je važno da nastave sa dojenjem u naredna 24 mjeseca ili čak i duže. Majke, porodice, zajednice i zdravstveni stručnjaci uvijek trebaju biti svjesni pozitivnih učinaka dojenja, jer krizne situacije često mogu narušiti to uvjerenje. Potrebno je planiranje i raspodjela sredstava za pružanje stručne podrške pri dojenju u prevladavanju teških situacija, uključujući i stanovništvo koje je pod stresom i izrazito pothranjeno djecu mlađu od 6 mjeseci (vidjeti Standard 2 – liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata na str. 145), stanovništvo koje koristi mješovitu ishranu, te dojenčad i djecu koja žive u okruženju gdje postoji HIV zaraza (vidjeti smjernicu 7).
5. **Dohrana** je proces davanja druge hrane osim mlijeka u dobi od 6 mjeseci (ili odgovarajuća zamjena za majčino mlijeko kod beba koje nisu dojile). Tokom razdoblja dohrane (6 do 24 mjeseci), dojenje i dalje značajno doprinosi sigurnosti hrane i tekućine. Djeca koja nisu dojila trebaju pomoć kako bi se nadomjestili prehrambeni nedostaci. Povezanost sa programima za sigurnost hrane neophodna je kao podrška dohrani. Tamo gdje stanovništvo zavisi od humanitarne pomoći, odgovarajuća hrana obogaćena mikronutrijentima treba biti uključena u opće obroke. Za različite situacije su potrebni jasni kriteriji za uključivanje, korištenje i trajanje dodavanja nutrijenata na bazi lipida tokom perioda dopunskog hranjenja – dohrane. Terapijske namirnice spremne za korištenje nisu komplementarna hrana – dohrana. Pri distribuciji dohrane treba osigurati praktične smjernice za pripremu i prezentaciju pripreme. Korištenje mikronutritivnih suplemenata, uključujući vitamin A, treba biti u skladu sa najnovijim preporukama. Bebama sa niskom porođajnom težinom i djeci od koristi može biti dodatak željeza u ishrani. Ukoliko se stanovništvo nalazi u području gdje je rasprostranjena malarija, dodatak željeza treba biti fokusiran na djecu koja su anemična i bez željeza, uz odgovarajuće mjere kontrole koje se odnose na malariju.
6. **Vještačka hrana:** djeci koja nisu dojena potrebna je pomoć stručnog osoblja koje može predvidjeti i



procijeniti mogućnosti hranjenja. Za majke koje nisu u mogućnosti dojiti bebu, donatorsko mlijeko vrlo je važno, pogotovo kada je u pitanju hranjenje djece i beba sa niskom porođajnom težinom. Ukoliko je potrebno vještačko hranjenje majkama i skrbnicima treba osigurati pristup dovoljnim količinama odgovarajućih zamjena za majčino mlijeko i to koliko god je to potrebno (za bebe najmanje do 6 mjeseci starosti), kao i s tim povezanu podršku u osnovnim namirnicama, uslugama i materijalima (voda, gorivo, skladištenje, praćenje rasta, zdravstvenu njegu, vrijeme). Kod dojenčadi mlađe od 6 mjeseci koja se hrane mješovitom hranom treba promovirati prijelaz isključivo na dojenje. Zbog poteškoća u čišćenju, upotreba bočice se ne preporučuje. Program za promoviranje vještačke ishrane mora pratiti praksu hranjenja dojenčadi i male djece na osnovu standardnih pokazatelja, kako bi se spriječila opasnost od narušavanja dojenja. Na nivou pojedinaca i stanovništva treba provoditi nadzor nad morbiditetom, sa posebnim naglaskom na dijareju. Kod beba mlađih od 6 mjeseci koje nisu dojene treba uzeti u obzir nisku dozu dodatnog vitamina A.

- 7. Ishrana dojenčadi i virus HIV:** povećanje stope preživljavanja djece koja nisu zaražena virusom HIV-a trebaju biti glavna briga u određivanju najbolje opcije za hranjenje dojenčadi majki zaraženih HIV-om. Majke nepoznatog ili negativnog stanja kad je u pitanju infekcija HIV-om treba poticati na dojenje u skladu s općim preporukama za dojenčad i djecu (vidjeti smjernice 3–5). Za majke zaražene virusom HIV-a, kombinirane antiretrovirusne terapije uz dojenje znatno doprinose smanjenju mogućnosti prenosa HIV-a nakon poroda. Poboľššan pristup antiretrovirusnim lijekovima trebao bi biti jedan od prioriteta (vidjeti Standard osnovnih zdravstvenih usluga 2 – seksualno i reproduktivno zdravlje, na str. 284). Opasnosti po dojenčad povezane sa zamjenskim hranjenjem u krizi su još veće. To znači da dojenje dojenčadi majki zaraženih HIV-om i djece zaražene HIV-om daje veću vjerovatnoću preživljavanja, čak i tamo gdje antiretrovirusni lijekovi još nisu dostupni. Hitna pomoć u obliku umjetne hrane potrebna je za dojenčad koja već primaju zamjensku hranu (vidjeti smjernicu 6).

3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata

Akutna pothranjenost i nedostatak mikronutrijenata povezani su sa povećanim rizikom od oboljenja i smrtnosti kod pogođenih osoba. Stoga je potrebno kada su prevalencija ili rizik visoki, osigurati pristup uslugama na ispravan način i spriječiti pothranjivanje. Utjecaj tih usluga će biti znatno manji ukoliko se glavni uzroci pothranjenosti mogu liječiti istovremeno sa provođenjem drugih mjera kao potpore zdravlju, snabdijevanju vodom i sanitarnim uvjetima, promoviranju higijene, prebacivanju i sigurnosti hrane. Umjerena akutna pothranjenost može se liječiti na više načina. U slučaju nesreće prihranjivanje je često osnovni način prevencije i liječenja umjerene akutne pothranjenosti i prevencije teške akutne pothranjenosti. Može biti opće ili usmjereno ciljan, zavisno od nivoa akutne pothranjenosti, ranjivosti grupe stanovništva i rizika od povećanja stope akutne pothranjenosti. Pokazatelji u upravljanju akutnom pothranjenosti i nedostatkom mikronutrijenata, Osnovni standardi 1, odnose se ciljano na prihranjivanje. Indikatori u Standardu 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatka mikronutrijenata odnose se prvenstveno na ciljano dopunsko hranjenje. Iako ne postoje definirani indikatori efekta dopunskog hranjenja uopćeno, važan je monitoring pokrivenosti, prihvatljivosti i obroka koji se daju.

Teška akutna pothranjenost se može rješavati kroz terapijsku brigu koja može biti dostupna kroz različite pristupe. Kontrola akutne pothranjenosti u zajednici trebala bi biti prvi izbor, ukoliko to uvjeti dopuštaju. Programi za liječenje teške akutne pothranjenosti mora uključiti mobilizaciju zajednice (uključujući učinkovitu komunikaciju, aktivno nalaženje slučajeva, upućivanje i praćenje), ambulantno liječenje od teške akutne pothranjenosti kod bolesnika bez zdravstvenih komplikacija i praćenju bolesnika sa medicinskim komplikacijama ili djece u bolnicama.

Nedostatke mikronutrijenata je u mnogim kontekstima teško identificirati. Iako se klinički znakovi teških nedostataka mogu najlakše dijagnosticirati, veća opasnost po zdravlje i opstanak stanovništva mogu biti supklinički nedostaci. Tamo gdje je poznato da su nedostaci mikronutrijenata bili prisutni u stanovništvu, može se pretpostaviti da bi to moglo biti pogoršano katastrofom. Ove nedostatke treba rješavati putem intervencije koja se odnosi na sve stanovništvo i putem individualnih tretmana.



Standard 1. Liječenja akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata: umjereno akutna pothranjenost

Probleme umjereno akutne pothranjenosti treba ispravno riješiti.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- jasno definirati i dogovoriti o strategijama, ciljevima i kriterijima za pripremu i završetak intervencije (vidjeti smjernice 1);
- povećati pristup i pokrivenost uključivanjem stanovništva od samog početka (vidjeti smjernice 2 i Osnovni standard 2 na str. 50);
- prihvatiti i otpuštati bolesnike na osnovu procjene prema stanju i međunarodno prihvaćenim antropometrijskim kriterijima (vidjeti smjernice 3–4, Dodatak 4: mjerenje akutne pothranjenosti i Dodatak 5: mjere pri nedostatku mikronutrijenata koji su od značaja za javno zdravlje);
- povezati upravljanje umjerenom akutnom pothranjenošću sa upravljanjem teškom akutnom pothranjenošću i postojećim zdravstvenim uslugama gdje je to moguće (vidjeti smjernice 5–6)
- osigurati suhe ili pogodne dodatne porcije hrane spremne za upotrebu, osim u slučaju kada postoji jasan razlog za ishranu na licu mjesta (vidjeti smjernicu 8).
- Istražiti uzroke odustajanja i lošeg djelovanja i djelovati na njih (vidjeti smjernice 5–6).
- baviti se ishranom dojenčadi i djece, s posebnim naglaskom na zaštiti, podršci i promoviranju dojenja (vidjeti smjernicu 7.).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama)

Ovi pokazatelji se u osnovi odnose na djecu uzrasta od 6 do 59 mjeseci, čak i ako su u program, također, uključena i druga djeca.

- Više od 90 posto ciljanog stanovništva živi u području koje obuhvata manje od jednog dana hodanja u oba pravca (uključujući tu i vrijeme liječenja) od centra programa za distribuciju suhih obroka i ne više od od sat vremena hoda do mjesta provođenja programa za dodatnu ishranu (vidjeti smjernicu 2);
- u ruralnim područjima, pokrivenost je veća od 50 posto, u urbanim sredinama veća od 70 posto, a u kampovima veća i od 90 posto (vidjeti smjernicu 2);
- među pacijentima koji su otpušteni iz ciljanog programa za dodatnu ishranu, manje je od 3 % smrtnih slučajeva, više od 75 % se oporavilo, stanje se ponovilo u manje od 15 % (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Kreiranje programa** mora se zasnivati na razumijevanju složenosti i dinamike prehrabene situacije. Dodatni programi ishrane može biti ciljan ili općenit. Izbor pristupa zavisi od nivoa akutne pothranjenosti i broja bolesnika, rizika od povećanja stope akutne pothranjenosti, kapaciteta za pregled i kontrolu pacijenata na osnovu antropometrijskih kriterija, raspoloživih sredstvima i pristupa žrtvama katastrofe. Ciljani program ishrane zahtijeva više vremena i truda u prikupljanju i praćenju pojedinaca koji pate od akutne pothranjenosti, ali zahtijeva manje izvora hrane, dok opći pristup obično zahtijeva manju stručnost osoblja i više izvora hrane. Uz efikasnu mobilizaciju zajednice moguće je povećati razumijevanje stanovništva i učinkovitost programa. Važne su veze sa terapijskim zbrinjavanjem, zdravstvenim sistemima, mrežama za HIV i AIDS i tuberkulozu (TB), programima za sigurnost ishrane uključujući transfere hrane, novca ili bonova. Stanovništvo pogođeno katastrofom treba biti uključeno u odlučivanje lokacije za provođenje programa. Potrebno je uzeti u obzir ranjive ljude koji imaju poteškoće u pristupu tim mjestima. Od samog početka potrebno je uzeti u obzir izlazne strategije ili planove za dugoročnu podršku.
2. **Pokrivenost** se odnosi na pojedince kojima je potreban tretman u odnosu na one koji su već u njega uključeni. Na pokrivenost može utjecati prihvatljivost programa, mjesta dostupnosti programa, sigurnosna situacija, učestalost distribucije pomoći, vrijeme čekanja, kvaliteta usluge, opseg mobilizacije, broj kućnih posjeta i mišljenja i kriteriji za uključivanje. Lokacije provođenja programa trebaju biti blizu ciljanog stanovništva kako bi se smanjio rizik i troškovi vezani uz putovanja na velike udaljenosti sa malom djecom i raseljavanje osoba. Metodologija za mjerenje pokrivenosti zavisi od pouzdanosti i vrste prikupljenih informacija. U izvještaju se mora navesti metoda. Pri odlučivanju o odgovarajućoj metodi, zavisno od okolnosti, treba uzeti u obzir važeće smjernice. Procjena pokrivenosti treba se promatrati kao alat za upravljanje, tako da se ne bi trebala odlagati do faze završetka hitne pomoći.
3. **Kriteriji pristupanja:** za pojedince koji ne zadovoljavaju kriterije antropometrijskog određivanja akutne pothranjenosti također može biti korisna dodatna prehrana, npr. osobe zaražene HIV-om ili tuberkulozom, ljudi koji su bili otpušteni sa terapije, kako bi se spriječilo ponavljanje stanja, osobe sa drugim hroničnim oboljenjima ili osobe s invaliditetom. Sistemi praćenja i izvještavanja moraju biti prilagođeni ukoliko su uključeni pojedinci koji ne ispunjavaju antropometrijske kriterije.
4. **Kriteriji za otpuštanje:** moraju biti u skladu sa državnim smjernicama ili međunarodnim smjernicama, ukoliko državne nisu dostupne, i moraju biti navedeni u izvještaju u pokazateljima uspjehnosti (vidjeti smjernicu 5).
5. **Pokazatelji uspjehnosti** odnose se na pojedince otpuštene iz programa nakon završetka liječenja. Ukupan broj otpuštenih osoba se sastoji od svih koji su se oporavili, umrli, odustali ili onih koji se nisu oporavili. Pojedinci koji su upućeni na dodatne usluge (kao što su zdravstvene usluge), a koji nisu završili liječenje će ili nastaviti liječenje, ili se vratiti da nastave liječenje kasnije. Pojedinci upućeni na druge lokacije nisu završili s terapijom i ne bi trebali biti uključeni u indikatore uspjehnosti. Indikatori vezani za rezultate su:



Broj oporavljenih osoba =

$$\frac{\text{Broj oporavljenih}}{\text{Ukupan broj otpuštenih osoba}} \times 100$$

Broj otpuštenih umrlih osoba =

$$\frac{\text{Broj smrtnih slučajeva}}{\text{Ukupan broj otpuštenih osoba}} \times 100$$

Podijeljeni otpusti (ponavljano stanje) =

$$\frac{\text{Broj osoba kojima se stanje ponovilo}}{\text{Ukupan broj otpuštenih osoba}} \times 100$$

Podijeljeni otpusti (bez ozdravljenja) =

$$\frac{\text{Broj osoba bez ozdravljenja}}{\text{Ukupan broj otpuštenih osoba}} \times 100$$

Osobe primljene nakon otpuštanja sa terapije treba prijaviti kao zasebnu kategoriju, kako bi se izbjeglo prikazivanje bolje stope oporavka. Djeca s akutnom pothranjenosti, sekundarnom invalidnosti, rascjepom nepca ili hirurškim poteškoćama itd. ne bi trebali biti isključeni iz programskog izvještaja. Pri izvještavanju glavna grupa u programu su djeca između 6 i 59 mjeseci.

Osim gore navedenih pokazatelja, kada se analizira efekat, sistemi trebaju pratiti učestvovanje stanovništva, prihvatljivost programa (dobre mjere i pokrivenost), količinu i kvalitetu hrane koja se daje, pokrivenost, razloge za prebacivanje na druge programe (posebno djece čiji se nutritivni status pogoršava do teške akutne pothranjenosti) i broj primljenih osoba i osoba u procesu liječenja., Također treba uzeti u obzir vanjske faktore kao što su uzroci morbiditeta, nivo pothranjenosti stanovništva, nivo nesigurnosti hrane u domaćinstvima i kod stanovništva, dostupnost komplementarnih mjera (uključujući programe opće distribucije hrane ili slične programe) i kapacitete postojećih sistema za pružanje usluga. Treba redovno ispitivati uzroke ponavljanja situacija i neadekvatan odgovor na liječenje.

6. **Doprinos zdravlju i načini izvodljivosti:** ciljani dodatni programi ishrane su jedna važna kontaktačka za pregled i upućivanje doktoru zbog bolesti. Programi moraju uzeti u obzir kapacitet postojećih zdravstvenih usluga, kako bi se osiguralo efikasno pružanje antihelminitici, suplemenata vitamina A, željeza i folne kiseline u kombinaciji sa praćenjem i pri liječenju malarije, cink za liječenje dijareje i imunizaciju (vidjeti Standard osnovnih zdravstvenih usluga 2 – kontrola zaraznih bolesti na 272. str. te Standard osnovnih zdravstvenih usluga 1 i 2 – zdravlje djeteta na str. 278–279). U područjima s

visokom prevalencijom HIV-a treba biti dostupno testiranje na HIV i profilaktičko liječenje, posebnu pažnju treba obratiti na kvalitet i količinu dodatnih obroka.

7. **Majke dojilje** akutno pothranjene djece ispod 6 mjeseci trebale bi biti uključene u program dopunske ishrane, bez obzira na njihovu uhranjenost. Umjereno pothranjene majke mogu uspješno dojiti i potrebna im je odgovarajuća pomoć u ishrani, kako bi zaštitili svoj nutritivni status. Majke bi trebale dobiti dodatne obroke, stručnu podršku o isključivom dojenju i savjetovanje o sigurnoj, hranjivoj i adekvatnoj komplementarnoj ishrani. Djecu mlađu od 6 mjeseci koja su izrazito pothranjena trebalo bi uputiti na odgovarajuću stručnu pomoć za dojenje i po potrebi u bolnicu.
8. **Obroci:** suhi obroci ili hrana koja se distribuira sedmično može se odmah koristiti ili svake dvije sedmice, preporučljivija je od ishrane na terenu, s tim da određivanje sastava i količine treba uzeti u obzir sigurnost hrane u domaćinstvu i ispravnost dijeljenja hrane sa drugima. Potrebno je osigurati jasne informacije o higijeni pri pripremi i skladištenju dodatne hrane, načinu i vremenu potrošnje (vidjeti Standard sigurnosti hrane 6 – transfer hrane, smjernica 1 na stranici 169) i važnosti dojenja do 24 mjeseca. Da bi se zadovoljile posebne potrebe ranjivih osoba, npr. osobe sa smanjenom pokretljivošću, potrebna su prilagođavanja u programu.

Standard 2. Liječenja akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata: teška akutna pothranjenost

Poteškoće teške akutne pothranjenosti su rješive.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- jasno definirati i dogovoriti kriterije za pripremu ili povećanje pomoći u postojećim uslugama, smanjenje usluga ili prestanak pomoći (vidjeti smjernice 1);
- uključiti mjere za ambulantne i hospitalizirane pacijente, uputiti i mobilizirati stanovništvo da se nosi s teškom akutnom pothranjenošću (vidjeti smjernicu 2);
- povećati pristup i pokrivenost kroz uključenost stanovništva od samog početka (vidjeti smjernice 1–3 i Osnovni standard 1 na stranici 48);
- osigurati hranu i medicinsku brigu u skladu sa državnim i međunarodno priznatim smjericama za liječenje teške akutne pothranjenosti (vidjeti smjernice 4–8);
- osigurati da kriteriji za otpust uključuju antropometrične u neantropometrične indekse (vidjeti smjernice 6);
- ispitati uzroke ponavljanja situacije, nedostatka odgovora ili višu stopu smrtnosti (vidjeti smjernice 6–7);
- riješiti ishranu dojenčadi i djece sa posebnim naglaskom na zaštitu, podršku i promoviranje dojenja (vidjeti smjernice 9–10).



Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

U osnovi, ovi pokazatelji odnose se na djecu od 6 do 59 mjeseci, čak i ako su u program uključena i druga djeca;

- više od 90 procenata ciljnog stanovništva je u tom području, što je manje od jednog dana hodanja (uključujući vrijeme liječenja) od centra programa;
- u ruralnom području pokrivenost je veća od 50 procenata u urbanim sredinama, veća od 70 procenata u kampovima i veća od 90 procenata (vidjeti smjernicu 3);
- među pacijentima koji su se otpušteni sa terapije za manje od 10 % je smrtnih slučajeva, više od 75 % se oporavilo, a kod manje od 15 % stanje se ponovilo (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Planiranje programa:** programi trebaju biti planirani kao nadogradnja i podrška postojećim kapacitetima zdravstvenog sistema ukoliko je to moguće. Dodatna podrška je potrebna kako bi se osiguralo efikasno liječenje teške akutne pothranjenosti i treba se zasnivati na postojećim kapacitetima zdravstvenih ustanova i zajednice, broju i geografskoj rasprostranjenosti žrtava katastrofa i sigurnosnoj situaciji. U programe od početka treba uključiti izlaznu strategiju ili plan za dugoročnu podršku, koji će trajati i nakon katastrofe. Kriteriji za zatvaranje ili tranziciju programa trebaju uključiti postojeće kapacitete i mogućnosti integracije u postojeće sisteme.
2. **Dijelovi programa:** programi za liječenje teške akutne pothranjenosti trebaju uključiti ambulantnu njegu bolesnika sa medicinskim komplikacijama i svu djecu s akutnom pothranjenošću mlađu od 6 mjeseci, te decentraliziranu ambulantnu njegu djece bez medicinskih komplikacija. Ambulantna njega može se provesti direktno ili na temelju preporuke. Osim toga, programi trebaju biti povezani sa drugim službama koje rješavaju neposredne i glavne uzroke pothranjenosti, kao što su dodatna ishrana, mreže za nadzor HIV, AIDS-a i tuberkuloze, osnovne zdravstvene usluge i programi za sigurnost hrane, uključujući i transfere hrane, novca i bonova. Uz učinkovitu mobilizaciju zajednice može se postići prihvatljivost, raspoloživost i pokrivenost programom. Mjesta ambulantnog provođenja programa trebaju biti u blizini ciljnog stanovništva sa ciljem smanjenja rizika i troškova povezanih sa dužim putovanjima sa malom djecom i raseljenim osobama.
3. **Pokrivenost:** kao i kod umjerene akutne pothranjenosti, pokrivenost može utjecati na prihvatljivost programa, mjesto i dostupnost programa, opću sigurnosnu situaciju, učestalost distribucija, vrijeme čekanja, broj kućnih posjeta, obim mobiliziranosti i kriterije za ocjenu i uključivanje, metodologija za mjerenje pokrivenosti zavisno od pouzdanosti i vrste prikupljenih informacija. Izvještaj mora navesti metodu. Pri odlučivanju o odgovarajućoj metodi, zavisno od okolnosti treba uzeti u obzir važeće smjernice (vidjeti Standard za liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata 1, smjernica 2 na str. 143).
4. **Smjernice:** potrebno je uzeti u obzir smjernice države, ukoliko su dostupne. Ako smjernice nisu dostupne ili ne zadovoljavaju međunarodne standarde, trebaju se usvojiti međunarodne smjernice koje su navedene u izvorima i dodatnoj literaturi.

5. **Kriteriji za uključivanje** moraju biti u skladu sa državnim i međunarodnim smjernicama (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti i reference i dodatna literatura). Kriteriji za uključivanje djece mlađe od 6 mjeseci i grupe čiji je antropometrijski status teško odrediti, trebaju uzeti u obzir kliničko stanje i stanje dojenja. Osobe koje su u procesu testiranja na HIV ili za koje se sumnja na izloženost kontaminiranosti HIV-om, osobe sa tuberkulozom i hronično bolesne osobe trebaju imati jednak pristup zaštiti ako zadovoljavaju kriterije za uključivanje. Osobe zaražene HIV-om, koje ne zadovoljavaju kriterije za uključivanje, često zahtijevaju pomoć u ishrani, ali to nije najbolja opcija u kontekstu liječenja teške akutne pothranjenosti u slučaju nesreće. Tim pojedincima i njihovim porodicama potrebna je podrška kroz niz usluga, uključujući kućnu njegu u centrima za liječenje tuberkuloze i programe usmjerene na prevenciju bolesti usmjerenih sa majke na dijete.
6. **Kriteriji za otpust i oporavak:** otpušteni pojedinci ne pokazuju znakove komplikacija, osim toga opet moraju pojačati apetit i nastojati zadržati odgovarajuću težinu bez edema povezanih sa pothranjenošću (npr. za dva uzastopna vaganja). Dojenje je posebno važno za djecu mlađu od 6 mjeseci i djecu do 24 mjeseci. Djecu koja nisu dojila treba pažljivo pratiti. Potrebno je uzeti u obzir kriterije za otpuštanje, kako bi se izbjegli rizici koji su povezani sa preranim otpuštanjem. Smjernice ograničavaju prosječnu smrtnost tokom liječenja, s ciljem izbjegavanja dugotrajnog perioda oporavka. Prosječna smrtnost zavisit će od smjernica i stoga ih treba prilagoditi državnim kontekstom i smjernicama koje se koriste. Prosječnu postignutu težinu treba izračunati za svakog pojedinačno sa ili bez edema povezanih sa pothranjenošću. Kod nekih pothranjenih osoba sa HIV-om, AIDS-om i tuberkulozom može doći do loše reakcije na liječenje. Potrebno je razmotriti opcije – dugoročno liječenje ili u kombinaciji sa zdravstvenim uslugama i drugim društvenim i drugim uslugama u zajednici (vidjeti Osnovni standard zdravstvenih usluga 2 – seksualno i reproduktivno zdravlje na 284 str.).
7. **Indikatori uspješnosti:** za upravljanje teškom akutnom pothranjenošću treba kombinirati ishode bolničke i ambulantne njege bez dvostrukog brojanja (tj. uklanjanjem transfera između ove dvije komponente). Tamo gdje to nije moguće, tumačenje stope ishoda treba na odgovarajući način prilagoditi, naprimjer, treba očekivati bolje indikatore kada se provede samo ambulantna njega i treba težiti indikatorima kako je navedeno za kombiniranu njegu pri implementaciji samo bolničke njege. Broj otpuštenih pojedinaca koji su imali tešku akutnu neishranjenost sastoji se od onih koji su se oporavili, umrli, odustali, ili se nisu oporavili (vidjeti Standard 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata, smjernica 4, str. 143). Pojedinci koji su upućeni na druge usluge (npr. medicinske usluge) nisu završili liječenje. Ako programi izvještavaju samo o ambulatnom liječenju, transferi u bolničku njegu se moraju prijaviti prilikom procjene rezultata. Faktori kao što su klinička kompleksnost HIV-a će utjecati na stope smrtnosti za dio primljenih slučajeva koji su HIV pozitivni. Iako indikatori uspješnosti nisu prilagođeni ovim situacijama, njihovo razmatranje je neophodno za interpretaciju. Dodatno, neophodno je uraditi pokrivenost broja oboljele djece i njihovo liječenje i broj novih slučajeva ukoliko se ne prate indikatori. Uzroci pogoršavanja kliničkog statusa, uspjeha ili neuspjeha u liječenju se treba pratiti i o tome izvjestiti i dokumentirati odmah nakon utvrđivanja stanja. Definicija svega se treba usvojiti kroz korištenje smjernica.
8. **Zdravstvene ustanove:** svi programi za liječenje teškog oblika akutne pothranjenosti trebaju uključiti sistemsko liječenje prema državnim i međunarodnim smjernicama i utvrđenim sistemom upućivanja u liječenje srodnih bolesti, poput tuberkuloze i HIV-a. U područjima s visokom prevalencijom HIV-a strategija za liječenje pothranjenosti treba razmotriti mjere za sprečavanje širenja HIV-a i mjere za



potporu za preživljavanje kod majke i djeteta. Od velike su važnosti učinkoviti sistemi upućivanja na testiranje na tuberkulozu i HIV i njegu.

9. **Podrška pri dojenju:** djeca koja su primljena u bolnicu na liječenje, obično su u najgorem stanju. Majkama je potrebna stručna podrška pri dojenju kao dio prehrambenog liječenja i oporavka, posebno kod djece mlađe od 6 mjeseci. To zahtijeva vrijeme i resurse – kako bi se odredilo mjesto za dojenje (kutak za dojenje), koji je namijenjen za profesionalnu podršku i podršku među majkama. Dojilje ozbiljno pothranjene djece mlađe od šest mjeseci trebaju dobiti dodatne obroke, bez obzira na njihovu uhranjenost, osim ako ne ispunjavaju antropometrijske kriterije za tešku akutnu pothranjenost – u ovom slučaju treba ih uzeti na liječenje.
10. **Socijalna i psihosocijalna podrška:** emocionalna i fizička stimulacija kroz igru važna je za djecu sa teškom akutnom pothranjenosti u periodu rehabilitacije. Staratelji takve djece često zahtijevaju socijalnu i psihosocijalnu potporu, kako bi mogli djecu izliječiti. To se može postići kroz programe mobilizacije koji bi trebali biti usmjereni prema poticanju i interakciji kao metodama liječenja i prevencije budućih kognitivnih i drugih poremećaja (vidjeti Princip zaštite 4 na str. 34). Svi staratelji ozbiljno pothranjene djece trebaju biti u mogućnosti hraniti i voditi brigu o svojoj djeci tokom liječenja kroz pružanje savjeta, praktične demonstracije i informacije o zdravlju i ishrani.

Standard 3. Liječenje akutne pothranjenosti i nadostatak mikronutrijenata: nedostatak mikronutrijenata

Intervencije koje se tiču mikronutrijenata prate nutritivne intervencije javnog zdravstva i druge intervencije usmjerene na smanjenje uobičajenih bolesti povezanih s hitnim situacijama i rješavaju nedostatak mikronutrijenata.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osposobiti zdravstveno osoblje u prepoznavanju i liječenju nedostatka mikronutrijenata (vidjeti smjernice 1–2);
- uspostaviti postupke za efikasno djelovanje u slučajevima raznih vrsta nedostataka mikronutrijenata koji mogu ugroziti stanovništvo (vidjeti smjernice 2).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- liječenje slučajeva nedostatka mikronutrijenata u skladu sa trenutno najboljom kliničkom praksom (vidjeti smjernice 1–2);
- mjere u području mikronutrijenata prate javnozdravstvene mjere za smanjenje pojavljivanja uobičajenih bolesti koje su povezane sa hitnim intervencijama, poput malih boginja (vitamin A) i dijareje (cink) (vidjeti smjernice 3–4).

Smjernice

- 1. Dijagnoza i liječenje kliničkog nedostatka miknutrijenata:** dijagnosticiranje određene vrste kliničkog nedostatka miknutrijenata je moguće kroz jednostavan pregled. Klinički pokazatelji ove vrste nedostatka mogu biti uključeni u zdravlje ili nadzor prehrambenih sistema i zahtijevaju temeljitu obuku osoblja kako bi se osigurala tačnost procjena. Definicije od slučaja do slučaja su problematične i u kriznim situacijama često mogu biti određene samo kroz dopunsko djelovanje kod pojedinca kojima je pružena zdravstvena zaštita kroz zdravstvene ustanove od strane zdravstvenog osoblja. Liječenje nedostataka miknutrijenata treba da uključuje aktivno pronalaženje slučajeva i korištenje dogovorenih definicija slučajeva i smjernica za liječenje. Otkrivanje i liječenje slučajeva mora se odvijati u okviru zdravstvenog sistema i programa prehrane (vidjeti Standard 2. za procjenu sigurnosti hrane i ishrane, smjernica 6. na str. 135). Gdje prevalencija nedostatka miknutrijenata premašuje javnozdravstvene pragove (vidjeti Dodatak 5: Mjere od javnozdravstvenog značaja u nedostatku miknutrijenata), vjerovatno je primjereno liječenje stanovništva dodacima u ishrani. Skorbut (vitamin C), pelagra (niacin), beriberi (tiamin) i ariboflavinoza (riboflavin) su najčešće epidemije zbog neadekvatnog pristupa miknutrijenata kod stanovništva koje zavisi od pomoći u ishrani. Na osnovu gore navedenih činjenica potrebno je nedostatke miknutrijenata rješavati kroz aktivnosti koje pokrivaju cijelo stanovništvo, kao i liječenje pojedinaca.
- 2. Dijagnoza i liječenje supkliničkih nedostataka miknutrijenata:** supklinički nedostatak miknutrijenata može imati negativne posljedice za zdravlje i ne može se direktno identificirati, bez biohemijskih istraživanja. Iznimka je anemija, za koju su dostupna biohemijska ispitivanja, koja se mogu relativno jednostavno napraviti i na terenu (vidjeti Standard procjene sigurnosti hrane i ishrane 2, smjernica 6 na str. 135 i Dodatak 5: Mjere u vezi sa nedostatkom miknutrijenata od značaja za javno zdravlje). Za procjenu rizika kod zahvaćenog stanovništva treba utvrditi da li je potrebno poboljšati unos hrane ili korištenje dodataka ishrani (suplementa), moguće je koristiti indirektnu pokazatelje (vidjeti Standard za procjenu sigurnosti hrane i ishrane 2, standard 6. na str. 135 i Dodatak 5: Mjere u vezi sa nedostatkom miknutrijenata od značaja za javno zdravlje).
- 3. Prevencija:** strategije za prevenciju nedostatka miknutrijenata ukratko su opisane u poglavlju o sigurnosti hrane – transfer hrane (vidjeti Standard o sigurnosti hrane 1 – transfer hrane na stranici 154). Prevencija, također, zahtijeva kontrolu bolesti kao što je akutna dišna infekcija, ospice i parazitska infekcija, naprimjer malarija i dijareja, koji iscrpljuju zalihe miknutrijenata (vidi standarde osnovnih zdravstvenih usluga 1 i 2 – zdravlje djeteta na stranicama 278–279). Spremnost za liječenje treba uključivati razvoj definiranog slučaja i smjernice za postupanje, te sisteme za aktivno otkrivanje primjera (slučaja).
- 4. Upotreba miknutrijenata u liječenju općih bolesti:** dodavanje suplemenata miknutrijenata trebalo bi biti uključeno u prevenciji i liječenju nekih bolesti. To uključuje pružanje vitamina A kao dodataka za male boginje i dodavanje cinka sa oralnom rehidracijskom soli za liječenje dijareje (vidjeti standarde osnovnih zdravstvenih usluga 1 i 2 – zdravlje djeteta na stranicama 278–279 i Standard ishrana dojenčadi i djece 2 na str. 137).



4. Sigurnost hrane

Intervencije koje se tiču sigurnosti hrane trebaju imati cilj zadovoljavanja kratkoročne potrebe, "da ne uzrokuju štetu", da utječu na to da pogođeno stanovništvo u manjoj mjeri usvaja potencijalno štetne strategije suočavanja sa problemima i da doprinesu uspostavljanju dugoročnog osiguranja hrane. Precizna procjena ispituje primjerenost i izvedivost opcija mogućih reakcija (vidjeti Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane, str. 130). Intervencije za osiguranje hrane u ovom dijelu su grupirane u standardima za opću sigurnost hrane, transfere hrane, novca i bonova, te intervencije za osiguranje životnih uvjeta. Ako je potrebna hrana, treba uzeti u obzir odgovarajući oblik transfera i treba pažljivo odabrati vrste hrane za transfer u naturi ili kroz bonove. Intervencije koje se tiču životnih uvjeta uključuju primarnu proizvodnju, dohodak i zaposlenost, te pristup tržištu roba i usluga. Transferi novca i bonova mogu se koristiti za razne robe ili usluge u osiguranju hrane, kao i za ostale sektore. Razumijevanje kapaciteta tržišta i odgovarajući modalitet za isporuku od presudnog su značaja za projektiranje intervencija osiguranja hrane.

Standardi sigurnosti hrane uzimaju u obzir resurse kako bi se zadovoljile potrebe cjelokupnog stanovništva za hranom i specifičnih grupa ugroženih osoba s povećanim prehrambenim rizikom. Dok se ne zadovolje ove potrebe, bilo koja intervencija usmjerena na liječenje loše ishrane imat će ograničen utjecaj, jer će se oni koji se oporave od pothranjenosti vratiti u kontekst neadekvatnog unosa hrane i njihov nutritivni status će se vjerovatno opet pogoršati.

Usmjeravanje, isporuke i metode distribucije trebaju smanjiti rizik grešaka uključivanja i isključivanja. To uključuje rizik da hranu, novac ili drugu pomoć vojnici koriste na neodgovarajući način. Važno je da se intervencije osiguranja hrane ne preusmjeravaju na način da pogoršaju sukobe.

Standard 1. Sigurnosti hrane: opća sigurnost hrane

Ljudi imaju pravo na humanitarnu pomoć u hrani koja osigurava njihov opstanak i podržava njihovo dostojanstvo, a koliko je to moguće sprječava smanjenje njihove imovine i gradi otpornost.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- osmisliti primarne intervencije kako bi zadovoljili neposredne potrebe (vidjeti smjericu 1);
- razmisliti o poduzimanju mjera za podršku, zaštitu i promociju sigurnosti hrane (vidjeti smjericu 2);
- bazirati intervencije na detaljnoj analizi, njihovim prednostima, s njima povezanim rizicima i troškova strategija suočavanja ljudi sa problemima (vidjeti smjericu 3);

- razviti tranzicijske i izlazne strategije za sve reakcije na katastrofe, povećati svijest o njima i primijeniti ih na odgovarajući način (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati da korisnici imaju pristup odgovarajućoj podršci, uključujući pružanje potrebnih znanja, vještina i usluga (vidjeti smjernicu 5);
- zaštititi i očuvati životnu sredinu od daljnjeg propadanja u svim reakcijama (vidjeti smjernicu 6);
- vršiti nadzor kako bi se odredio nivo prihvatanja i pristupa intervencijama različitih grupa i pojedinaca, te osigurati pokrivenost cijelog stanovništva pogođene katastrofom bez diskriminacije (vidjeti smjernicu 7);
- procijeniti mjerenje efekata reakcija na lokalnu ekonomiju, socijalne mreže, životne uvjete i životnu sredinu i osigurati da se nalazi efektivno dijele i koriste kako bi utjecali na buduće intervencije (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji (čitati sa smjericama):

- svi katastrofom pogođeni ljudi kojima trebaju intervencije koje se tiču osiguranja hrane dobivaju pomoć koja zadovoljava njihove osnovne životne potrebe, sprječava smanjenje njihove imovine, daje im izbor i promovira njihovo dostojanstvo;
- domaćinstva ne koriste negativne strategije suočavanja sa problemima (vidjeti smjernicu 3);
- izbor novca, bonova ili njihove kombinacije se zasniva na potpunoj procjeni i analizi (vidjeti Standard 1. Sigurnost hrane: transfer novca i bonova na stranici 170).

Smjernice

1. **Davanje prioriteta intervencijama koje spašavaju živote:** distribucija hrane, novca ili bonova ili kombinacija je najčešća početna reakcija na akutnu nesigurnost hrane. Ostale vrste reakcija također treba uzeti u obzir, uključujući subvencije za hranu, privremene otpise naknada, programe zapošljavanja, produktivnu podršku za egzistenciju, trošenje zaliha, pružanje stočne hrane i podrške tržištima. Kada tržišta funkcioniraju, dostupna su i ne postoje ozbiljni rizici inflacije, prioritet može biti da se ponovo uspostave normalni aranžmani tržišta i revitalizacija ekonomskih aktivnosti koje osiguravaju zapošljavanje (pogledajte dijelove o intervencijama za tržište i sigurnost hrane u Referencama i dodatnoj literaturi). Takve strategije mogu biti prikladnije od distribucije hrane, ako one nude prednosti u podršci za egzistenciju, smanjenje buduće ranjivosti i poštivanje dostojanstva. Agencije trebaju uzeti u obzir ono što drugi rade kako bi se osiguralo da kombinirana intervencija pruži ulaze i usluge koji su komplementarni.
2. **Podrška, zaštita i promocija sigurnosti hrane:** to uključuje širok raspon reakcija i zagovaranja. Za vrijeme početne faze katastrofe zadovoljavanje neposrednih potreba i očuvanje produktivne imovine je prioritet, ali reakcije trebaju biti planirane sa dugoročnom perspektivom i integrirane sa reakcijama iz drugih sektora. U kratkom roku može biti nemoguće da se postigne sigurnost hrane strategijama čovjeka koji se brine o svojoj egzistenciji. Međutim, treba podržati postojeće strategije koje doprinose



sigurnosti hrane i očuvanju dostojanstva. Intervencije koje se tiču sigurnosti hrane trebaju spriječiti dalje smanjenje sredstava, voditi prema oporavku imovine izgubljene u katastrofi i povećati otpornost na buduće opasnosti.

3. **Rizici povezani sa strategijama suočavanja sa problemima:** treba podržati strategije suočavanja sa problemima koje pridonose sigurnosti hrane i dostojanstva. Međutim, te strategije mogu nositi troškove ili uzrokovati rizike koji povećavaju ranjivost (pogledajte Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane na stranici 130). Rizici moraju biti prepoznati što je prije moguće i treba poduzeti rane intervencije kako bi se izbjeglo da ljudi pribjegavaju takvim strategijama. Naprimjer, distribucijom drva i / ili efikasnih štednjaka može se izbjeći prekomjerno korištenje prirodnih resursa i putovanje u nesigurna područja, a novčane donacije mogu izbjeći prodaju imovine i zemljišta pod stresom (pogledajte Princip zaštite 1 na stranici 28).
4. **Izlazne i tranzicijske strategije** treba uzeti u obzir od samog početka, a posebno u uvjetima gdje reakcija može imati dugoročne posljedice, npr. pružanje besplatnih usluga koje bi se inače plaćale, kao što su veterinarske usluge, može učiniti da bude teško nastaviti plaćati takve usluge. Prije zatvaranja programa ili tranzicije u novu fazu, trebalo bi biti dokaza o poboljšanju ili da drugi bolje postavljeni akteri mogu preuzeti odgovornost. U slučaju transfera hrane, novca i / ili bonova, to može značiti povezivanje s postojećom socijalnom zaštitom ili mrežama sistema za dugoročnu sigurnost ili zagovaranje kod vlada i donatora za uspostavu sistema koji se bave hroničnom nesigurnosti hrane.
5. **Pristup znanju, vještinama i uslugama:** organizacijske strukture bi trebale biti osmišljene i planirane, zajedno s korisnicima, tako da su primjerene i da se, gdje je to moguće, adekvatno održavaju nakon intervencije. Neki pojedinci imaju vrlo specifične potrebe, npr. djeca bez roditelja usljed AIDS-a, i mogu propustiti prijenose informacija i vještina koji se odvijaju unutar porodice, a isto se može osigurati kroz odgovarajuće usluge.
6. **Utjecaj na životnu sredinu:** treba očuvati bazu prirodnih resursa za proizvodnju i egzistenciju katastrofom pogođenog stanovništva (i domaćeg stanovništva). Utjecaj na okoliš treba uzeti u obzir prilikom procjene i planiranja bilo kakve reakcije. Naprimjer, ljudi koji žive u kampovima trebaju gorivo za kuhanje, što može ubrzati lokalno krčenje šuma. Distribucija hrane s dugim vremenima pripreme će zahtijevati više goriva za kuhanje i potencijalno utječe na životnu sredinu (vidjeti Standard 2. Sigurnost hrane: transfera hrane na stranici 157). Intervencije mogu pomoći u oporavku sredine od degradacije. Naprimjer, smanjenje zalih smanjuje pritisak na pašnjake tokom suše i čini da više ispaše bude na raspolaganju za stoku koja preživi. Gdje je to moguće, reakcija bi trebala izgraditi sposobnost ljudi da upravljaju prirodnim resursima, a posebno kada se isporučuju ulazni materijali. Treba procijeniti i ublažiti rizik da reakcija uzrokuje ili pogorša tenzije oko prirodnih resursa, i tako potakne sukobe (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28).
7. **Pokrivenost, pristup i prihvatljivost:** treba procijeniti korisnike i njihove karakteristike i njihov broj uz razvrstavanje s obzirom na spol i starost, prije određivanja nivoa učestvovanja pojedinih grupa (s posebnim naglaskom na ranjive osobe). Učestvovanje djelomično određuje jednostavnost pristupa i prihvatljivosti aktivnosti za učesnike. Iako neke intervencije koje se tiču osiguravanja hrane ciljaju na ekonomski aktivne ljude, one ne bi trebale praviti nepravednu diskriminaciju i trebaju biti dostupne

ranjivim osobama i zaštititi uzdržavane članove porodice, uključujući djecu. Ograničenja mogu smanjiti učestvovanje, uključujući i smanjenu sposobnost za rad, težak posao kod kuće, trudnoću, hranjenje i brigu za djecu te bolest i invalidnost. Prevladavanje ograničenja uključuje identificiranje aktivnosti u okviru kapaciteta grupe ili uspostavu odgovarajućih struktura za podršku. Treba uspostaviti mehanizme za ciljanje na osnovu vlastitog izbora nakon punih konsultacija sa svim grupama stanovništva (pogledajte Princip zaštite 2 na stranici 30).

8. **Praćenje i procjena:** potrebno je nadzirati širu situaciju sigurnosti hrane u cilju procjene kontinuirane relevantnosti intervencije i kako bi se moglo odrediti kada će se ukinuti određene aktivnosti, uvesti izmjene ili novi projekti i kako bi se utvrdila bilo kakva potreba za zagovaranjem. Procjena se treba zasnivati na utvrđenim kriterijima Odbora za pomoć u razvoju koje je zabilježio OECD, a koji mjere sljedeće parametre: prikladnost, povezanost, koherentnost, pokrivenost, efektivnost, efikasnost i utjecaj.

4.1. Sigurnost hrane – Transferi hrane

Cilj transfera hrane je da se osigura da ljudi imaju siguran pristup hrani odgovarajuće kvalitete i količine, te da imaju sredstva za sigurnu pripremu i konzumiranje.

Općenito (besplatna) distribucija hrane se uvodi kada se procijeni da je neophodna i usmjerena na one koji najviše trebaju hranu, a prekida se kada su korisnici oporavili sposobnost proizvodnje ili pristupa hrani na druge načine. Korisnici mogu trebati prijelaz na druge oblike pomoći, kao što su uvjetni transferi ili reakcija za egzistenciju. Dodatna hrana može biti potrebna uz bilo koje opće obroke za pojedince izložene riziku (naprimjer djeca u dobi od 6 do 59 mjeseci i trudnice ili dojilje). To može biti urađeno krovnim ili ciljanim pristupom, zavisno od kontekstu (vidjeti Standard 1. Liječenje akutne neishranjenosti i nedostataka mikronutrijenata na stranici 142).

Za opću distribuciju hrane i dodatne hrane, gdje god je to moguće, treba davati obroke koji se nose kući. Hranjenje na licu mjesta se poduzima samo kad ljudi nemaju sredstva da kuhaju za sebe (odmah nakon katastrofe ili tokom kretanja stanovništva), gdje bi moguća nesigurnost situacije za primatelje obroka koji nose hranu kući doveli u rizik, ili za osiguranje hrane u školama.

Upravljanje lancem snabdijevanja (eng. supply chain management – SCM) mora biti posebno snažno i odgovorno, jer životi mogu biti izloženi riziku, a transferi hrane često predstavljaju veliki dio djelovanja u situacijama katastrofa. Isporuku i distribuciju treba pratiti u svim fazama, uključujući i na nivou zajednice, a transparentnost kroz efektivnu komunikaciju može igrati ključnu ulogu. Periodične procjene trebaju distribuirati nalaze i o njima treba razgovarati sa zainteresiranim stranama, uključujući pogođeno stanovništvo i lokalne institucije.



Standard 1. Sigurnost hrane i transferi hrane 1: opći zahtjevi ishrane

Osigurajte da budu ispunjene prehrambene potrebe katastrofom pogođenog stanovništva, uključujući i onih koji su najviše izloženi riziku.

Ključne akcije (čitati sa napomenama za smjernice):

- koristiti nivoje pristupa odgovarajućoj količini i kvaliteti hrane kako bi se utvrdilo je li situacija stabilna ili postoje li izgledi da će se pogoršati (vidjeti smjernice 1, 4 i 5);
- osmisliti transfere hrane na osnovu standardnih početnih zahtjeva planiranja za energiju, proteine, masti i mikronutrijente, prilagođene prema potrebi lokalne situacije (vidjeti ključne indikatore, smjernicu 2 i Dodatak 6: prehrambene potrebe);
- osigurati da stanovništvo ima pristup odgovarajućim hranjivim namirnicama i da je prehrambena podrška zaštićena, da se promovira i podržava (vidjeti smjernice 3–8);
- osigurati da djeca od 6 do 24 mjeseca imaju pristup nutritivno i energetski bogatoj dodatnoj hrani i da trudnice i dojilje imaju pristup dodatnoj prehrambenoj podršci (vidjeti smjernicu 2);
- osigurajte da domaćinstva sa hronično bolesnim članovima, uključujući oboljele od HIV-a i članove s određenim poteškoćama ili ranjivostima imaju pristup odgovarajućoj nutritivno bogatoj hrani i odgovarajuću prehrambenu podršku (vidjeti smjernice 6–8).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- postoji adekvatan pristup nizu namirnica, uključujući osnovne (žitarice ili gomolji), mahunarke (ili životinjske proizvode) i izvore masti, koji zajedno zadovoljavaju prehrambene potrebe (vidjeti smjernice 2, 3, 5);
- postoji adekvatan pristup jodiranoj soli za većinu (>90 procenata) domaćinstava (vidjeti smjernice 2–4 i Dodatak 6: prehrambene potrebe);
- postoji adekvatan pristup dodatnim izvorima niacina (npr. mahunarke, orasi, sušena riba) ako je osnovna hrana kukuruz ili sirutka (vidjeti smjernice 2–3 i Dodatak 5: Mjere značaja nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje i 6: Prehrambene potrebe);
- postoji adekvatan pristup dodatnim izvorima tiamina (npr. mahunarke, orasi, jaja) ako je osnovna hrana prerađena riža (vidjeti smjernice 2–3);
- postoji adekvatan pristup adekvatnim izvorima riboflavina u situacijama u kojima su ljudi zavisni od vrlo ograničene prehrane (vidjeti smjernice 2–3);
- nema slučajeva skorbuta, pelagre, beriberija ili nedostatka riboflavina (vidjeti smjernicu 5 i Dodatak 5: Mjere značaja nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje);
- prevalencija nedostatka vitamina, anemije i poremećaja joda nije od značaja za javno zdravlje (vidjeti smjernicu 5 i Dodatak 5: Mjere značaja nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje).

Smjernice

1. **Tumačenje pristupa hrani:** pristup hrani može se mjeriti analitičkim alatima, kao što je ocjena potrošnje hrane ili alati raznovrsnosti prehrane. Pristupi koji uzimaju u obzir niz varijabli, uključujući sigurnost hrane, pristup tržištu, egzistenciju, zdravlje i ishranu mogu biti prikladni kako bi se utvrdilo je li situacija stabilna ili se pogoršava i jesu li potrebne intervencije koje se tiču hrane (vidjeti Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane na stranici 130).
2. **Prehrambene potrebe i planiranje obroka:** sljedeće procjene za minimalne potrebe populaciji se trebaju koristiti za planiranje općih obroka, s brojkama prilagođenim za svaki dio stanovništva, kako je opisano u Dodatku 6.

Prehrambene potrebe:

- 2.100 kcal / osoba / dan
- 10 % ukupne energije od proteina
- 17 % ukupne energije osiguravaju masti
- odgovarajući unos mikronutrijenata

Opći obroci hrane se mogu osmisлити pomoću alata za planiranje obroka (npr. NutVal). Tamo gdje ljudi nemaju pristup bilo kakvoj hrani, distribuirani obroci trebaju ispuniti njihove ukupne prehrambene potrebe. Dogovorene procjene moraju biti uspostavljanje za prosječne količine hrane dostupne pogodnom stanovništvu (pogledajte Standard 1. Procjena sigurnost hrane i ishrane na stranici 130). Obroke tada treba planirati da bi se nadoknadila razlika između nutritivnih potreba i onoga što ljudi mogu sami napraviti. Dakle, ako je standardni uvjet 2.100 kcals / osoba / dan i procjena utvrdi da ljudi unutar ciljanog stanovništva mogu, u prosjeku, pribaviti 500 kcals / osoba / dan kroz vlastite napore i resurse, pružena pomoć u hrani bi trebala da iznosi $2.100 - 500 = 1.600$ kcals / osoba / dan. Osim energetskog sadržaja, ključno je i uzimanje u obzir proteina, masti i vitamina i minerala u planiranju ishrane. Ako je predviđeno da obrok pruža sve energetske sadržaje u prehrani, onda on mora sadržavati dovoljne količine svih hranjivih tvari. Ako je predviđeno da obrok nadoknadi samo dio utroška energije, tada se to može uraditi pomoću jednog od dva pristupa. Ako je sadržaj hranjivih tvari drugih namirnica koje su na raspolaganju stanovništvu **nepoznat**, obrok bi trebao osigurati uravnotežen sadržaj hranjivih tvari koji je proporcionalan energetskom sadržaju obroka. Ako je sadržaj hranjivih tvari drugih namirnica dostupnih populaciji **poznat**, obrok može nadopuniti te namirnice popunjavajući nedostatke u prehrani. Prosječne brojke za planiranje općih obroka trebaju uzeti u obzir dodatne potrebe trudnica i dojilja. Adekvatna i prihvatljiva hrana za malu djecu bi trebala biti uključena u opći obrok, npr. nutritivno obogaćena kašasta hrana (vidjeti Standard 2. Ishrana dojenčadi i male djece na stranici 137). Treba osigurati jednakost tako da se slični obroci daju na sličan način pogodnom stanovništvu i podgrupama. Osobe koje planiraju bi trebali biti svjesni da različite veličine obroka u susjednim zajednicama mogu izazvati napetost. Unos prekomjerne količine mikronutrijenata može biti štetno i pri planiranju obroka to treba uzeti u obzir, a pogotovo ako se uključuje nekoliko različitih nutritivno obogaćenih prehrambenih proizvoda.



3. **Prevenција akutne neishranjenosti i nedostataka mikronutrijenata:** ako su zadovoljeni ključni indikatori hrane, tada treba spriječiti pogoršanje ishrane cjelokupnog stanovništva, a odgovarajuće javno zdravstvene mjere također trebaju biti uspostavljene kako bi se spriječile bolesti kao što su male boginje, malarija i parazitske infekcije (vidjeti standarde 1 i 2 Osnovne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti 1–2 na stranicama 270–272). Osiguravanje odgovarajućeg hranjivog sadržaja obroka u pomoći u hrani može biti izazovno u situacijama gdje postoje ograničene vrste hrane koje su na raspolaganju. Mogućnosti za poboljšanje nutritivnog kvaliteta obroka su obogaćenje osnovnih namirnica, uključivanje obogaćene kašaste hrane, uključivanje lokalno kupljenih artikala da se pruže hranjive tvari koje nedostaju i / ili upotreba proizvoda za dopunu hrane, kao što su hrane zasnovane na lipidima sa velikom gustoćom nutrijenata i spremne za korištenje, ili suplementi u obliku tableta ili praškova sa više mikronutrijenata. Ovi proizvodi mogu biti usmjereni na ranjive pojedince kao što su djeca uzrasta od 6 do 24 ili od 6 do 59 mjeseci ili trudnice i dojilje. Izuzetno, ako je hrana bogata hranjivim tvarima lokalno dostupna, može se uzeti u obzir raznovrsnost i povećavanje količine hrane u općem obroku, ali se mora voditi računa o ekonomičnosti i utjecaju na tržišta. Ostale opcije koje se mogu, također, uzeti u obzir za prevenciju nedostataka mikronutrijenata uključuju mjere sigurnosti hrane za promociju pristupa hranjivim namirnicama (vidjeti Standard 1. Procjene sigurnosti hrane i ishrane na stranici 130 i standarde 1 i 2. Sigurnost hrane: životni uvjeti na stranicama 174–177). Trebaju se uzeti u obzir gubici mikronutrijenata koji se mogu pojaviti tokom prijevoza, skladištenja, prerade i kuhanja, te bioraspoloživost različitih hemijskih oblika vitamina i minerala.
4. **Nadzor nad korištenjem obroka:** ključni indikatori se bave pristupom hrani, ali ne kvantificiraju iskoristivost hrane ili bioraspoloživost nutrijenata. Direktno mjerenje unosa hrane bi nametnulo nerealne zahtjeve za prikupljanje informacija. Međutim, iskorištenje se može posredno procijeniti korištenjem podataka iz različitih izvora. Ti izvori mogu uključivati nadzor dostupnosti hrane i korištenja na nivou domaćinstva, procjenu cijene hrane i dostupnosti hrane na lokalnim tržištima, ispitivanje planova za distribuciju i evidenciju pomoći u hrani, procjenu bilo kakvih doprinosa hrane iz prirode i obavljanje procjene sigurnosti hrane. Raspodjela hrane unutar domaćinstva ne mora uvijek biti pravedna i ranjive osobe mogu biti posebno pogođene time, ali obično nije moguće izmjeriti ove aspekte. Odgovarajući mehanizmi raspodjele (vidjeti Standard 5. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 164), izbor hrane i razgovor sa pogođenim stanovništvom mogu doprinijeti boljoj raspodjeli hrane unutar domaćinstva (pogledajte Osnovni standard 1 na stranici 47).
5. **Stariji ljudi** mogu biti posebno pogođeni katastrofama. Faktori rizika koji smanjuju pristup hrani i mogu povećati zahtjeve za nutrijentima uključuju bolest i invalidnost, izolaciju, psihosocijalni stres, veličinu porodice, hladnoću i siromaštvo. Stariji ljudi bi trebali biti u mogućnosti lako pristupiti izvorima hrane (uključujući i transfere hrane). Hrana treba biti laka za pripremu i konzumaciju i treba ispunjavati dodatne zahtjeve starijih ljudi za proteine i mikronutrijente.
6. **Ljudi koji žive s HIV-om** se mogu suočiti sa većim rizikom od pothranjenosti zbog niza faktora. Među njima su i smanjeni unos hrane zbog gubitka apetita ili poteškoća u jelu, slabe apsorpcije hranjivih tvari zbog dijareje, parazita ili oštećenja crijevnih stanica, promjene u metabolizmu i hroničnih

infekcija i bolesti. Zahtjevi za energijom ljudi koji žive sa HIV-om rastu prema stadiju infekcije. Oni moraju osigurati da su dobro uhranjeni i unositi što je više moguće proteina i mikronutrijenata kako bi odgodili početak AIDS-a. Mljevenje i pojačavanje hrane ili pružanje pojačanih, miješanih ili specijalističkih dodataka prehrani su moguće strategije za poboljšanje pristupa odgovarajućoj ishrani. U nekim situacijama može biti prikladno povećati ukupnu veličinu bilo kakvog obroka hrane. Treba razmotriti davanje antiretrovirusne terapije (ART) i ulogu podrške koju ishrana može igrati u toleranciji i pridržavanju ovog tretmana.

7. **Osobe s invaliditetom.** Osobe s invaliditetom mogu biti izložene posebnom riziku da u katastrofi budu odvojene od članova uže porodice i uobičajenih staratelja. One se, također, mogu suočiti s diskriminacijom koja utječe na pristup hrani. Treba uložiti napore da se odrede i smanje ti rizici, putem osiguravanje fizičkog pristupa hrani, razvijanja mehanizama za podršku hranjenju (npr. davanje kašika i slamki, razvoj sistema za kućne posjete ili doseg) i osiguravanje pristupa energetski zasićenoj hrani bogatoj nutrijentima. Specifični prehrambeni rizici uključuju poteškoće u žvakanju i gutanju (što dovodi do smanjenog unosa hrane i davljenja), neodgovarajući položaj ili držanje prilikom hranjenja, a smanjena pokretljivost utječe na pristup hrani i sunčevoj svjetlosti (što utječe na nivoe vitamina D) i konstipaciju (zatvor), od koje, naprimjer, mogu patiti osobe sa cerebralnom paralizom.
8. **Staratelji i oni za koje se oni brinu** se mogu suočiti sa određenim prehrambenim preprekama, npr. oni imaju manje vremena za pristup hrani, jer su bolesni ili se brinu za bolesne, a oni mogu imati veću potrebu za održavanje higijenskih praksi koje mogu biti ugrožene i oni mogu imati manje sredstava za zamjenu za hranu zbog troškova liječenja ili sahrana i oni se mogu suočiti sa društvenom stigmom i smanjenim pristupom mehanizmima podrške u zajednici. Važno je da staratelji dobiju podršku, a ne da im se odmaže u brizi za ranjive pojedince. Podrška koja se nudi treba se odnositi na ishranu, higijenu, zdravlje i psihosocijalnu podršku i zaštitu. Postojeće društvene mreže se mogu koristiti za pružanje obuke odabranim članovima stanovništva da preuzmu odgovornost u tom području (pogledajte Princip zaštite 4 na stranici 34).

Standard 2. Sigurnost hrane i transferi hrane: prikladnost i prihvatljivost

Namirnice koje se daju su primjerene i prihvatljive za korisnike, tako da ih oni mogu efektivno i efikasno koristiti na nivou domaćinstva.



Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- konsultirati sa katastrofom pogođenim osobama o prihvatljivosti, poznatosti i prikladnosti prehrambenih artikala u postupku procjene i planiranja programa, te osigurati da se rezultati koriste kao informacije za odluke o izboru hrane (vidjeti smjernicu 1);
- procijeniti sposobnost ljudi za skladištenje hrane, njihov pristup vodi i gorivu i vrijeme kuhanja i zahtjeve za namakanjem pri odabiru vrste hrane (vidjeti smjernicu 2);

- kada se distribuira hrana nepoznata lokalnom stanovništvu, dati instrukcije o odgovarajućoj pripremi za ljude koji će pripremati hranu i to po mogućnosti na lokalnom jeziku (vidjeti smjernicu 1);
- ako se distribuiraju žitarice cijelog zrna treba osigurati da primatelji imaju ili sredstva za mljevenje / obradu kod kuće, ili pristup odgovarajućim objektima za mljevenje / obradu (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati da katastrofom pogođeni ljudi imaju pristup kulturološki važnim artiklima uključujući i začine (vidjeti smjernicu 4).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- odluke programa se zasnivaju na punoj saradnji sa svim ciljanim korisnicima u odabiru namirnica (vidjeti smjernice 1 i 4);
- osmišljavanje programa uzima u obzir pristup vodi, gorivu za kuhanje i opremi za preradu hrane (vidjeti smjernice 2–3);
- ne postoji opća raspodjela mlijeka u prahu ili tekućeg mlijeka ili mliječnih proizvoda kao zasebnih roba (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Poznavanje i prihvatljivost:** hranjiva vrijednost je primarna stvar pri odabiru korpe sa hranom, a roba mora biti poznate primateljima i u skladu sa vjerskim i kulturnim tradicijama, uključujući određenu hranu koja je tabu za trudnice i dojilje. Ranjivi ljudi bi trebali učestvovati u konsultacijama o izboru hrane. Ako se koristi nepoznata hrana, ona bi trebala imati potencijal da bude ukusna lokalnom stanovništvu. U izvještajima o procjeni i zahtjevima za donatore, treba objasniti izbor namirnica (uključenih i isključenih). Kada katastrofe spriječe pristup objektima za kuhanje, treba distribuirati hranu koja je već spremna za korištenje (vidjeti također Standard 2. Hranjenje dojenčadi i male djece na stranici 137). Bez mogućnosti kuhanja, moguće je da ne postoji alternativa pružanju nepoznate hrane i posebni "hitni obroci" se tada, također, mogu uzeti u obzir.
2. **Skladištenje hrane i priprema:** sposobnost ljudi da skladište hranu treba biti jedna od informacija u izboru robe. Za potrebe za vodom vidjeti Standard 1. Snabdijevanje vodom na stranici 83. Treba procijeniti korištenje goriva prije nego se odabere način osiguranja hrane, kako bi osiguralo da korisnici mogu dovoljno kuhati hranu da se izbjegne opasnost za zdravlje i spriječilo propadanje životne sredine i eventualni sigurnosni rizici kroz pretjerano prikupljanje drva za loženje (pogledajte Princip zaštite 1 na stranici 28). Uopće, hrana koja se pruža ne bi trebala zahtijevati mnogo vremena za kuhanje ili velike količine vode. Mljevena zrna obično smanjuju vrijeme kuhanja ili količinu goriva. Za opremu za kuhanje vidjeti Standard 6. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 168 i Standard 3 i 4. Neprehrambeni artikli na stranicama 235–236.
3. **Obrada hrane:** žitarice sa cijelim zrnom imaju prednost zbog dužeg roka trajanja i mogu imati veću vrijednost za primatelje. Žitarice cijelog zrna se mogu distribuirati tamo gdje je mljevenje na nivou domaćinstva tradicionalno ili tamo gdje je dostupan pristup lokalnim mlinovima. Mogu se osigurati

objekti za komercijalno mljevenje sa slabom ekstrakcijom: to uklanja bakterije, ulje i enzime (koji uzrokuju užeglost) i uveliko povećava rok trajanja, iako smanjuje sadržaj proteina. Mljevenje je od posebnog interesa za kukuruz: mljeveni kukuruz ima rok trajanja od samo šest do osam sedmica, tako da bi ga trebalo mljeti neposredno prije konzumacije. Treba poštivati nacionalne zakone o uvozu i distribuciji cjelovitih žitarica. Troškovi mljevenja za primatelja mogu biti zadovoljeni gotovinom ili bonovima, a manje preferirani pristup je davanje dodatnog žita, odnosno pružanje opreme za mljevenje.

4. **Kulturološki važne stavke:** procjenom treba utvrditi kulturološki važne začine i ostale prehrambene proizvode koji su bitan dio svakodnevnih prehrambenih navika (npr. začini, čaj) i odrediti pristup ljudi ovim artiklima. Izbor prehrambenih proizvoda treba biti osmišljen sukladno navedenom, a pogotovo na mjestima gdje ljudi ovise od pomoći u hrani tijekom duljeg razdoblja.
5. **Mlijeko:** ne bi trebalo biti neciljane distribucije besplatne ili subvencionirane hrane za dojenčad, mlijeka u prahu, tekućeg mlijeka ili mliječnih proizvoda kao zasebne robe (to uključuje mlijeko namijenjeno za miješanje s čajem) u općoj distribuciji hrane ili programa dopunskog hranjenja sa nošenjem hrane kući pošto njihovo nepažljivo korištenje može uzrokovati ozbiljne zdravstvene opasnosti. Bilo kakve intervencije koje uključuju mlijeko moraju biti u skladu s Operativnim smjericama za IFE, Međunarodnim pravilnikom o stavljanju BMS-a na tržište i kasnijim relevantnim rezolucijama WHA-a (vidjeti standarde 1 i 2: Ishrana dojenčadi i male djece na stranicama 136–137).

Standard 3. Sigurnost hrane i transferi hrane: kvaliteta i sigurnost hrane

Hrana koja se distribuira je prikladna za prehranu ljudi i odgovarajućeg je kvaliteta.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- odabrati namirnice koje su u skladu sa nacionalnim standardima zemlje-primateljice i drugim međunarodno prihvaćenim standardima (vidjeti smjernice 1–2);
- distribuirati hranu prije isteka roka trajanja ili dosta prije tog datuma (vidjeti smjernicu 1);
- konsultirati se sa primateljima o kvaliteti distribuirane hrane i odmah djelovati u vezi sa problemima koji se javljaju (vidjeti smjernicu 3);
- odabrati odgovarajuće pakiranje za hranu koje je čvrsto, pogodno za rukovanje, skladištenje i distribuciju, te ne predstavlja opasnost za životnu sredinu (vidjeti smjernicu 4);
- označiti pakete hrane na odgovarajućem jeziku; za pakiranu hranu navesti datum proizvodnje, porijeklo, datum isteka roka trajanja za potencijalno opasne namirnice i pojednosti o sadržaju nutrijenata (vidjeti smjernicu 4);
- transportirati i skladištiti hranu u odgovarajućim uvjetima, koristeći najbolje prakse u upravljanju skladištenjem, sa sistematskim provjerama kvalitete hrane (vidjeti smjernicu 5).



Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- svi primatelji dobivaju hranu koja je "primjerena svrsi": zbog sigurnosti, hrana ne smije predstavljati opasnost za zdravlje, a što se tiče kvalitete, hrana bi trebala odgovarati specifikacijama kvalitete te biti hranjiva (vidjeti smjernice 1, 2, 4);
- monitoring odgovornosti prati sve prigovore korisnika koji su primljeni i riješeni (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Kvaliteta hrane:** hrana mora biti u skladu sa standardima za hranu zemlje-primatelja i / ili standardima **Codexa Alimentarius** u pogledu kvalitete, pakiranja, označavanja i "svrsishodnosti". Hrana treba uvijek biti "prikladna za ishranu ljudi", ali također bi trebala biti "primjerena svrsi". Kada hrana nema kvalitetu da se koristi na određeni način, ona nije odgovarajuća za svrhu, čak i ako je prikladna za ishranu ljudi (npr. kvaliteta brašna može onemogućiti pečenje na nivou domaćinstva, čak i ako je ono sigurno za konzumiranje). Kod ispitivanja kvalitete, uzorci trebaju biti izvučeni prema planu uzorkovanja i trebaju ih sistematski provjeravati agencije koje ih kupuju, kako bi se osigurala kvaliteta koja je prikladna. Kad god je potrebno, hrana koja je kupljena lokalno ili se uvozi mora biti popraćena fitosanitarnim certifikatima i ostalim certifikatima inspekcije. Treba provesti ispitivanje slučajnog uzorka na zalihama. Pri fumigaciji treba koristiti odgovarajuće proizvode i slijediti stroge procedure. Kad su u pitanju velike količine ili postoje sumnje ili sporovi oko kvalitete, pošiljku bi trebali pregledati nezavisni inspektori kvaliteta. Informacije o rokovima i kvaliteti pošiljaka hrane mogu se dobiti iz certifikata dobavljača, inspeksijskih izvještaja kontrole kvalitete, naljepnica sa paketa i izvještaja skladištenja. Hranu koja neodgovara svojoj namjeni treba pažljivo odložiti (vidjeti Standard 4. Sigurnost hrane: transfer hrane, smjernica 10 na stranici 163).
2. **Genetski modificirana hrana:** treba razumjeti i poštivati nacionalne propise koji se odnose na prijem i korištenje genetski modificirane hrane. Takva pravila treba uzeti u obzir kada se planira transfer hrane iz uvoza.
3. **Mehanizam za žalbe i odgovore na žalbe:** agencije moraju osigurati odgovarajuće mehanizme za prigovore i odgovore na prigovore o kvaliteti i sigurnosti hrane zbog odgovornosti prema primateljima (vidjeti Osnovni standard 1, smjernicu 2 na stranici 48).
4. **Pakiranje:** ako je moguće, ambalaža treba omogućiti direktnu distribuciju bez ponovnog mjerenja (npr. kašikom) ili ponovnog pakiranja: odgovarajuće veličine paketa mogu pomoći da se osigura da se ispunjavaju standardi za obroke. Ambalaža za hranu ne smije nositi poruke koje su politički ili vjerski motivirane ili koje uzrokuju podjele. Rizici po životnu sredinu se mogu svesti na minimum izborom ambalaže i brigom o praznim paketima (kao što su vreće i konzerve). Pakiranje hrane spremne za korištenje (kao što staniolski omoti) može zahtijevati posebne kontrole za sigurno odlaganje.
5. **Područja za skladištenje** moraju biti suha i higijenska, na odgovarajući način zaštićena od vremenskih uvjeta i nezagađena hemijskim ili drugim ostacima. Ona bi, također, trebala biti zaštićena od štetočina kao što su insekti i glodavci (vidjeti, također, Standard 4. Sigurnost hrane: transfer hrane

Standard 4. Sigurnost hrane i transferi hrane: upravljanje lancem snabdijevanja (SCM)

Svim troškovima uključujući i obroke se upravlja kroz neovistan, transparentan i djelujući sustav.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- uspostaviti koordiniran i efektivan sistem SCM pomoću lokalnih kapaciteta gdje je to moguće (vidjeti smjernice 1–3);
- osigurati transparentan, pošten i otvoreni postupak za dodjelu ugovora (vidjeti smjernice 1, 2, 4);
- izgraditi dobre odnose s dobavljačima i pružateljima usluga i provoditi etičke prakse (vidjeti smjernice 1, 2, 4, 5);
- obučiti i nadgledati osoblje za posmatranje kvalitete hrane i sigurnosnih procedura na svim nivoima sistema SCM (vidjeti smjernicu 5);
- uspostaviti odgovarajuće postupke odgovornosti, uključujući sisteme inventara, izvještaja i finansija (vidjeti smjernice 6–8);
- smanjiti gubitke, uključujući i krađe, i obračunati sve gubitke (vidjeti smjernice 9–11);
- nadzirati i upravljati lancem snabdijevanja hranom tako da se poduzmu sve moguće mjere kako bi se izbjegla nenamjenska korištenja i prekidi distribucije i da sve zainteresirane strane budu redovno obaviještene o uspješnosti lanca snabdijevanja (vidjeti smjernice 12–13).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- hrana stiže do namjerenih tačaka za distribuciju (vidjeti smjernice 1 i 7);
- sistemi za praćenje robe, obračuni inventara i sistemi izvještavanja su uspostavljeni od samog početka intervencije (vidjeti smjernice 7-8 i 11-13);
- izvještaji o procjeni SCM-a pokazuju dokaze o procjeni i inventar lokalnih kapaciteta SCM-a, lokalnu dostupnost hrane i lokalnu logističku infrastrukturu (vidjeti smjernice 2–3);
- SCM izvještavanje pokazuje:
 - dokaze transparentnih, poštenih i otvorenih sistema za dodjelu ugovora,
 - dokaze o upravljanju rezultatima dobavljača / davatelja usluga i izvještavanju,
 - broj i udio osoblja SCM-a koje je obučeno,
 - potpunost i tačnost dokumentacije,
 - gubici su svedeni na minimum, a održavaju se na manje od 2 % i sva se hrana obračunava,
 - redovna analiza lanca snabdijevanja i relevantne zainteresirane strane dobijaju informacije iz lanca



hrane i lanca snabdijevanja.

Smjernice

1. **Upravljanje lancem snabdijevanja** je integrirani pristup logistici. Počevši s izborom robe, a uključuje nalaženje izvora, nabavku, osiguranje kvalitete, pakiranje, utovar, prijevoz, skladištenje, upravljanje zalihama i osiguranje. SCM uključuje mnogo različitih partnera, a važno je da su aktivnosti koordinirane (pogledajte Osnovni standard 2 na stranici 49). Prakse za upravljanje i monitoring trebaju osigurati da se roba čuva do tačaka za distribuciju. Međutim, humanitarne agencije su, također, odgovorne da hrana stigne do ciljanih korisnika (vidjeti standarde 5 i 6. Sigurnost hrane: transfera hrane na stranicama 164–168).
2. **Korištenje lokalnih usluga:** treba biti izrađena procjena dostupnosti i pouzdanosti lokalne sposobnosti prije traženja izvora izvan tog područja. Ovu procjenu treba poduzeti kako bi se osiguralo da lokalni izvori ne uzrokuju ili pogoršaju neprijateljstva i naprave više štete u zajednici. Renimirani lokalni ili regionalni prijevoznici i špediteri imaju dragocjeno znanje o lokalnim propisima, postupcima i objektima, te mogu pomoći da se osigura usklađenost sa zakonima zemlje-domaćina i da se ubrzaju isporuke. U okruženju u kojem su u toku sukobi, provjera pružalaca usluga treba biti posebno stroga.
3. **Lokalni izvori u odnosu na uvoz:** treba procijeniti lokalnu dostupnost robe i implikacije za lokalnu proizvodnju i tržišne sisteme za hranu sa lokalnim porijeklom ili uvezenu hranu, uključujući i održivost životne sredine (vidjeti Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane na stranici 130 i standarde 1 i 3. Sigurnost hrane: životni uvjeti na stranicama 174–180). Tržišta su stimulirana i dobijaju podršku lokalnom ili regionalnom kupovinom hrane, a to može dati poljoprivrednicima poticaj za veću proizvodnju i pomoći da se potakne lokalna ekonomija. Tamo gdje je u proces uključeno nekoliko organizacija, korištenje lokalnih izvora treba što je više moguće koordinirati. Ostali izvori roba u zemlji mogu uključivati pozajmice ili preraspodjele iz postojećih programa za hranu (možda će biti potreban sporazum donatora) ili nacionalne rezerve žitarica, pozajmice ili zamjene sa komercijalnim dobavljačima.
4. **Nepriistranost:** pravedne i transparentne procedure ugovaranja neophodne su kako bi se izbjegle sumnje favoriziranja ili korupcije. Rezultate pružalaca usluga treba procijeniti i ažurirati uži izbor.
5. **Vještine i obuka:** iskusni ljudi iz SCM prakse i menadžeri programa bi trebali biti mobilizirani za uspostavljanje SCM sistema i obuku. Posebni tipovi relevantne ekspertize su upravljanje ugovorima, transport i upravljanje skladištem, upravljanje inventarem i informacijama, praćenje pošiljki i upravljanje uvozom. Kada se izvodi obuka, ona bi trebala uključivati osoblje partnerskih organizacija i pružatelja usluga i biti na lokalnom jeziku.
6. **Hrana se ne koristi za plaćanje:** treba izbjegavati korištenje hrane za plaćanje logističkih operacija, kao što su istovar u skladištima i distribucijskim tačkama. Ako novčane isplate nisu moguće i hrana se koristi, treba napraviti usklađivanje količina hrane koje su poslone na distribucione tačke, tako da izvorno planirane količine ipak dođu do ciljanih primatelja.
7. **Izvjешtavanje** (uključujući i klaster logistike i interagencijsko izvještavanje): većina donatora ima posebne zahtjeve za izvještavanje i menadžeri lanca snabdijevanja trebaju biti svjesni tih zahtjeva te

ustupaviti sisteme koji ih zadovoljavaju. Svakodnevne potrebe upravljanja uključuju pravovremeno izvještavanje o bilo kakvim kašnjenjima ili odstupanjima u lancu snabdijevanja. Informacije o lancu i ostali izvještaji SCM se trebaju dijeliti na transparentan način.

8. **Dokumentacija:** dovoljna dokumentacija i obrasci (tovarni listovi, knjige skladišta, obrasci za izvještavanje itd.) bi trebali biti dostupni na lokalnom jeziku na svim mjestima gdje se robe primaju, pohranjuju i / ili otpremaju, kako bi se održao dokumentirani tok za reviziju transakcija.
9. **Skladištenje:** namjenska skladišta za hranu se preferiraju u odnosu na objekte koji se dijele sa drugima, ali dobro upravljanje može smanjiti rizike koji se javljaju u ovom drugom slučaju. Prilikom odabira skladišta trebalo bi utvrditi da opasne robe tu nisu bile ranije skladištene i da ne postoji opasnost od kontaminacije. Faktori koje treba razmotriti uključuju sigurnost, kapacitet, jednostavnost pristupa, strukturnu čvrstoću (krov, zidovi, vrata i pod) i odsutnost bilo kakve opasnosti od poplava.
10. **Odlaganje roba neprikladnih za prehranu ljudi:** oštećenu robu trebaju pregledati kvalificirani inspektori (poput stručnjaka za sigurnost hrane i javnih zdravstvenih laboratorija) i potvrditi je li prikladna ili neprikladna za ishranu ljudi. Odlaganje mora biti izvršeno prije nego hrana postane opasna po zdravlje. Metode zbrinjavanja neprikladnih roba uključuju prodaju za hranu za životinje i zakopavanje / spaljivanje, koje odobre i kojima svjedoče nadležni organi. Za odlaganje u obliku hrane za životinje, mora se dobiti potvrda za prikladnost za tu namjenu. U svim slučajevima, neprikladna roba ne smije ponovo ući u lanac snabdijevanja kao hrana za ljude ili životinje i odlaganje ne smije naškoditi životnoj sredini ili zagaditi izvore vode.
11. **Prijetnje po lanac snabdijevanja:** u situacijama oružanog sukoba ili opće nesigurnosti, postoji opasnost od krađe hrane ili od toga da zaraćene strane oduzmu hranu, a treba upravljati i opasnostima vezanima za sigurnost transportnih puteva i skladišta. Potencijal za krađu postoji u svim fazama lanca snabdijevanja: moraju se uspostaviti sistemi kontrole i moraju se nadzirati sve tačke za skladištenje, predaju i tačke distribucije kako bi se smanjio taj rizik. Sistemi unutrašnje kontrole trebaju osigurati podjelu odgovornosti kako bi se smanjio rizik od tajnih dogovora. Zalihe treba redovno kontrolirati kako bi se otkrilo ilegalno nenamjensko korištenje hrane. Treba poduzeti mjere ne samo kako bi se osigurala cjelovitost lanca snabdijevanja, već i za analizu i rješavanje širih političkih i sigurnosnih implikacija, poput mogućnosti da preusmjerene zalihe dolju "vatru na ulje" u oružanom sukobu (pogledajte Princip zaštite 1 na stranici 28).
12. Treba redovno provoditi **analizu lanca snabdijevanja**, kao i analizu relevantnih informacija o nivoima zaliha, očekivanim dolascima i distribucijama koje se dobivaju od zainteresiranih strana uključenih u lanac snabdijevanja. Praćenje i prognoziranje nivoa zaliha treba naglasiti očekivane nedostatke i probleme na vrijeme, kako bi se našlo rješenje. Razmjena informacija među partnerima može olakšati zajmove kako bi se spriječile pauze u lancu. Te pauze mogu biti neizbježne ako su resursi neadekvatni. U takvim slučajevima, može biti prioritarno da se odredite prioritne stavke u paketima prehrambenih proizvoda prilikom programiranja resursa (tj. odabrati šta treba kupiti) u skladu sa raspoloživim sredstvima. Treba se konsultirati sa zainteresiranim stranama i rješenja mogu uključivati smanjenje obroka ili smanjenje ili isključivanje vrsta hrane kojima korisnici imaju veći pristup



(fizički i ekonomski).

13. **Pružanje informacija:** treba osigurati relevantne informacije odgovarajućim zainteresiranim stranama, umjesto svim zainteresiranim stranama kako bi se izbjegli nesporazumi. Korištenje lokalnih medija, tradicionalnih metoda širenja vijesti i savremenih tehnologija (tekstualne poruke preko mobilnih telefona, e-mail) treba razmotriti kao način vođenja informiranja službenika i primatelja o isporukama i za jačanje transparentnosti.

Standard 5. Sigurnost hrane i transferi hrane: ciljanje i distribucija

Metoda ciljane distribucije hrane je visokoreaktivna, pravovremena, transparentna i sigurna, podržava dostojanstvo i odgovara lokalnim uvjetima.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- identificirati i ciljati primatelje hrane na osnovu potreba, uz konsultacije s odgovarajućim zainteresiranim stranama (vidjeti smjernice 1–2);
- osmisliti efektivne i nepristrane metode distribucije hrane koje podržavaju dostojanstvo u dogovoru sa partnerskim organizacijama, lokalnim grupama i primateljima; proces osmišljavanja bi trebao uključivati aktivnu participaciju žena i predstavnika osoba s invaliditetom, starijih osoba i osoba sa smanjenom pokretljivošću (vidjeti smjernice 1–4);
- konsultirati lokalne zainteresirane strane o odgovarajućim tačkama za distribuciju koje će osigurati jednostavan pristup i sigurnost primatelja (vidjeti smjernice 5–6);
- unaprijed obavijestiti primatelje o planu distribucije i kvaliteti i količini obroka hrane (vidjeti smjernice 7–8);
- pratiti i procijeniti rezultate ciljane distribucije hrane (vidjeti smjernicu 9).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- kriteriji usmjeravanja moraju se zasnivati na temeljnoj analizi ranjivosti (vidjeti smjernicu 1);
- mehanizmi ciljanja su dogovoreni sa katastrofom pogođenim stanovništvom (vidjeti smjernice 1–2);
- postoje odgovarajući alternativni distribucijski modeli za osobe sa smanjenom pokretljivošću (vidjeti smjernice 3–4);
- primatelji ne bi trebali hodati više od 10 kilometara do mjesta distribucije, odnosno ne više od četiri sata hoda (vidjeti smjernicu 5);
- tokom distribucije su prisutne kartice za obroke, panoi i / ili putokaza, uz specificiranje obroka (vidjeti smjernice 7–8);
- nadzor i / ili mehanizmi odgovornosti korisnika (vidjeti smjernicu 9) evidentiraju:

- preference zainteresiranih strana koje se tiču metoda distribucije,
- informacije o distribuciji za korisnike,
- prijem hrane od korisnika: stvarni u odnosu na planirano (pravovremenost, količina, kvalitet).

Napomene za smjernice

1. **Usmjeravanje:** hrana treba biti usmjerena na ljude za koje je procijenjeno da im je najpotrebnija: domaćinstva kojima nije dostupna hrana i pothranjeni ljudi (vidjeti Ranjivosti i kapaciteti katastrofom pogođenog stanovništva na stranici 128 i standarde 1 i 2. Procjena sigurnosti hrane i ishrane na stranici 130–133). Usmjeravanje se provodi tokom cijele intervencije, a ne samo u početnoj fazi. Pronalaženje prave ravnoteže između grešaka isključenosti (što može biti opasno po život) i grešaka uključivanja (koje su potencijalno destruktivne ili rasipne) vrlo je složeno. Osim toga, smanjenje pogrešaka obično povećava troškove. Kod akutnih hitnih situacija, pogreške uključivanja mogu biti prihvatljivije od pogrešaka isključivanja, a krovna distribucija može biti prikladna u katastrofama koje iznenadno nastupaju, u kojima su sva domaćinstva pretrpjela slične gubitke, ili gdje detaljna procjena usmjeravanja nije moguća zbog nedostatka pristupa. Izbor agenata uključenih u ciljanje se treba temeljiti na njihovoj nepristranosti, sposobnosti i odgovornosti. Agenti koji pomažu u ciljanju mogu uključivati stariješine, lokalno izabrane odbore za pomoć, organizacije civilnog društva, lokalne nevladine organizacije, lokalne vladine institucije ili međunarodne nevladine organizacije. Naročito se podržava izbor žena kao agenata za pomoć u usmjeravanju. Pristupi u usmjeravanju moraju biti jasni i primaoci ih moraju prihvatiti, kao i dio stanovništva koji ne dobiva pomoć, kako bi se izbjeglo stvaranje napetosti i nanošenje štete (vidjeti Osnovni standard 1, smjernica 3 na stranici 48 i Princip zaštite 2 na stranici 30).
2. **Registracija:** formalna registracija domaćinstava koja trebaju dobiti hranu se treba provesti čim je to izvedivo i ažurirati po potrebi. Podaci o korisnicima su ključni da se osmisle efektivne distribucijske mreže (veličina i demografski profil populacije utječe na organizaciju distribucije), izrade popisi korisnika, liste obračuna i kartice obroka (ako se izdaju) te identificiraju ljudi sa posebnim potrebama. U kampovima je registracija često izazov, a posebno tamo gdje raseljeni ljudi nemaju identifikacijske dokumente (vidjeti Princip zaštite 4, smjernice 4–5 na stranici 35). Popisi lokalnih vlasti i popisi domaćinstava napravljeni u zajednici mogu biti korisni, ako nezavisna procjena pokaže da su tačni i nepristrani. Žene iz katastrofom pogođenog stanovništva je potrebno poticati da pomognu u procesu registracije. Agencije bi trebale osigurati da ranjivi pojedinci nisu izostavljeni iz popisa za distribuciju, a posebno ljudi koji su vezani za kuću. Iako se obično registriraju glave domaćinstva, žene trebaju imati pravo biti registrirane po vlastitim imenima i žene mogu koristiti transfere primjerene na nivou domaćinstva. Ukoliko registracija nije moguća u početnim fazama katastrofe, ona bi trebala biti dovršena čim se situacija stabilizira. To je posebno važno kada se zahtijeva transfer hrane u dugim periodima. Potrebno je uspostaviti mehanizam za prigovore i reakciju na žalbe u procesima registracije (pogledajte Osnovni standard 1, smjernice 2 i 6 na stranicama 48–49).
3. **Metode distribucije za “suhe” obroke:** većina metoda distribucije razvija se tokom vremena.



Opća distribucije hrana je obično u obliku suhih obroka koje korisnici trebaju skuhati u njihovim domovima. Primatelji mogu biti pojedinci ili nositelji kartice za obrok domaćinstva, predstavnici grupe domaćinstava, tradicionalne vođe ili vođe ciljane distribucije zasnovane na zajednici. Uvjeti na terenu će odrediti najbolje primatelje koje treba odabrati, a promjena stanja može dovesti do promjene primatelja. Rizike koji su sastavni dio distribucije preko predstavnika ili vođa treba pažljivo procijeniti. Izbor primatelja treba uzeti u obzir utjecaj na radna opterećenja i moguće rizike nasilja, uključujući i porodično zlostavljanje (vidjeti principe zaštite 1 i 2 na stranicama 28–30). Pri određivanju učestalosti distribucije treba uzeti u obzir težinu obroka hrane i sredstva korisnika da ga nose kući. Specifične akcije mogu biti potrebne kako bi se osiguralo da starije osobe i osobe s invaliditetom mogu prikupiti on što im po pravu pripada, a ostali članovi zajednice mogu pomoći, ali pružanje sedmičnih ili dvosedmičnih obroka može biti lakše za preuzimanje od preuzimanja mjesečnih obroka. Pokušajte da se cilja na ranjive ljude ne bi trebali doprinijeti bilo kakvoj stigmati koju oni već trpe, a to može biti posebno pitanje kod populacija sa velikim brojem ljudi koji žive s HIV-om i AIDS-om (pogledajte Načelo zaštite 4, napomene za smjernice 1, 9–11 na stranici 35–36).

4. **Metoda distribucije za “mokre” obroke:** izuzetno hrana iz opće distribucije može biti kuhani obrok ili hrana spremna za jelo tokom početnog perioda tokom akutne hitne situacije. Ovi obroci mogu biti prikladni kada su, naprimjer, ljudi u pokretu, kod ekstremne nesigurnosti gdje bi nošenje hrane kući izložilo korisnike riziku od krađe ili nasilja, kod visokih nivoa zlostavljanja ili oporezivanja koji isključuju ranjive ljude, velikih raseljavanja koji dovedu do toga da ljudi izgube svoju imovinu (oprema za kuhanje i / ili gorivo) ili ih učine preslabim da kuhaju za sebe, ili kada lokalni vođe preusmjeravaju obroke ili postoje pitanja vezana za životnu sredinu (naprimjer zaštita krhke životne sredine kroz izbjegavanje prikupljanja drva za ogrjev). Školski obroci i poticaji u obliku hrane za obrazovno osoblje se mogu koristiti kao mehanizam distribucije u hitnim situacijama (pogledajte Minimalne standarde za obrazovanje INEE).
5. **Distribucijske tačke i putovanje:** treba uspostaviti distribucijske tačke na sigurnim lokacijama koje su i najpovoljnije za primatelje, a ne na osnovu logističke pogodnosti za agenciju (pogledajte Princip zaštite 3, napomene za smjernice 6–9 na stranici 33). To treba uzeti u obzir teren i blizinu drugih izvora podrške (pitka voda, toaleti, medicinske usluge, hlad, skloništa, sigurni prostori za žene). Distribucijske tačke trebaju izbjegavati mjesta na kojima ljudi moraju proći vojne ili oružane punktove ili pregovarati za siguran prolaz. Treba uzeti u obzir učestalost distribucije i broj distribucijskih tačaka, vrijeme koje je potrebno primateljima da putuju do distribucijske tačke te praktične probleme i troškove transporta roba. Primatelji bi trebali biti u mogućnosti putovati do i od distribucijske tačke unutar jednog dana. Treba razviti alternativne načine distribucije za one koji ne mogu doći i mogu biti izolirani (npr. osobe s teškoćama u kretanju). Pješaka brzina je prosječno 5 km / sat, ali je sporija na lošem terenu i na padinama, a vrijeme varira zbog starosti i stepena mobilnosti. Pristup distribuciji je čest izvor tjeskobe za marginalizirano i isključeno stanovništvo u situacijama katastrofe. Distribucija bi trebala biti zakazana kako bi se smanjilo ometanje svakodnevnih aktivnosti i trebala bi biti u vrijeme koje omogućuje putovanje do distribucijskih tačaka tokom dana, uzimajući u obzir zaštitu primatelja, i da se izbjegne da korisnici borave preko noći jer to nosi dodatne rizike (pogledajte Princip zaštite 1 na stranici 28).

6. **Minimiziranje sigurnosnih rizika:** distribucije hrane može stvoriti sigurnosne rizike, uključujući i skretanje i nasilje. Napetosti mogu biti visoke tokom distribucije. Žene, djeca i starije osobe i osobe s invaliditetom su posebno izloženi riziku od gubitka njihovih prava. Rizici se moraju unaprijed procijeniti i treba poduzeti korake kako bi se smanjili. To uključuje nadzor nad distribucijom koju provodi obučeno osoblje i čuvanje distribucijskih tačaka pogođenog stanovništva. Ako je to potrebno, lokalna policija može biti uključena, ali oni bi trebali biti senzibilizirani na ciljeve transfera hrane. Pažljivo planiranje plana lokacije za tačku za distribuciju može olakšati kontrolu mase i sniziti sigurnosne rizike. Treba provoditi posebne mjere za sprječavanje, monitoring i reakciju na rodno nasilje, uključujući seksualno iskorištavanje povezano sa distribucijom hrane. To uključuje odvajanje muškaraca i žena, naprimjer kroz fizičke prepreke ili nudeći odvojeno vrijeme distribucije, informiranje svih timova za distribuciju hrane o primjerenom ponašanju i kaznama za seksualno zlostavljanje, uključujući i ženske "čuvare" koji nadgledaju istovar, registraciju, distribuciju i postdistribuciju hrane (pogledajte, također, smjernicu 5 i Princip zaštite 2 na stranici 31).
7. **Širenje informacija:** primatelji bi trebali biti informirani o:
- količini i vrsti obroka koji se distribuiraju i razlozima za eventualna odstupanja od plana, a informacije o obrocima trebaju biti istaknute na distribucijskim mjestima u formatima koji su dostupni za ljude koji ne znaju čitati ili koji imaju komunikacijske poteškoće (npr. napisane na lokalnom jeziku i / ili slikovnim jezikom i / ili usmene informacije), tako da su ljudi svjesni svojih prava,
 - planu distribucije (dan, vrijeme, mjesto, frekvencija) i bilo kakvim promjenama,
 - nutritivnoj kvaliteti hrane i, ako je potrebno, posebnim mjerama kako bi primatelji zaštitili svoje prehrambene vrijednosti,
 - potrebama za sigurno rukovanje hranom i korištenju hrane,
 - specifičnim informacijama za optimalno korištenje hrane za djecu (pogledajte standarde 1 i 2. Ishrana dojenčadi i male djece na stranicama 136–137),
 - odgovarajućem načinu da primatelji dobiju više informacija o programu i postupku za žalbe (pogledajte Osnovni standard 1, smjernice 4–6 na stranici 48-49).
8. **Promjene u programu:** o promjene u korpi prehrambenih proizvoda ili nivou obroka uzrokovanim nedovoljnom dostupnošću hrane mora se raspraviti s primateljima preko odbora za distribuciju, vođa zajednice i organizacija koje ih predstavljaju. Smjer akcije treba zajednički razviti prije distribucije. Odbor za distribuciju treba informirati ljude o promjenama, razlozima za njih, a i kada će biti nastavljeni normalni obroci. Mogu se uzeti u obzir sljedeće opcije:
- smanjiti obroke svim primateljima (jednak dio dostupnih roba ili smanjiti korpe prehrambenih proizvoda),
 - dajte "punu" obrok ranijim pojedincima i "smanjeni" obrok općoj populaciji,
 - kao posljednji izbor možete odgoditi distribuciju.
- Ako distribucije planiranog obroka nije moguća, manjak nije nužno ispraviti u sljedećoj distribuciji (tj. retroaktivna distribucije ne mora biti prikladna).



9. **Monitoring i procjenu** treba provoditi na svim nivoima lanca snabdijevanja i na mjestu potrošnje (pogledajte Osnovni standard 5 na stranici 58). Na tačkama distribucije treba, provjeriti jesu li uspostavljeni aranžmani za distribuciju prije same distribucije (npr. za registraciju, sigurnost, distribuciju informacija). Uz intervjue primatelja treba provoditi nasumična vaganja obroka koje preuzimaju domaćinstva kako bi se mjerila tačnost i pravičnost upravljanja distribucijom. Nasumične posjete domaćinstvima mogu pomoći da se utvrdi prihvatljivost i korisnost obroka, a također i da se identificiraju ljudi koji ispunjavaju kriteriji za odabir, ali ne primaju hranu. Takve posjete mogu otkriti da li se prima dodatna hrana, odakle dolazi, za što se koristi i od koga dolazi (naprimjer, kao rezultat rekvizicije, regrutacije ili iskorištavanja, seksualno ili na drugi način). Monitoring treba analizirati utjecaj transfera hrane na sigurnost korisnika. Također treba procijeniti šire efekte distribucije hrane, kao što su implikacije poljoprivrednog ciklusa, poljoprivredne aktivnosti, tržišni uvjeti i dostupnost poljoprivrednih ulaza.

Standard 6. Sigurnost hrane i transferi hrane: upotreba hrane

Hrana se sprema, priprema i konzumira na siguran i primjeren način u domaćinstvima i na nivou zajednice.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- zaštititi korisnike od neodgovarajućeg rukovanja hranom ili pripremanja hrane (vidjeti smjernicu 1);
- distribuirati primateljima hrane relevantne informacije o važnosti higijene hrane i promovirati dobro razumijevanje higijenske prakse u rukovanju hranom (vidjeti smjernice 1–2);
- kada se distribuira kuhana hrana, obučiti osoblje o sigurnom skladištenju i rukovanju hranom, pripremi hrane i potencijalnim zdravstvenim rizicima koje uzrokuju nepravilne prakse (vidjeti smjernicu 1);
- konsultirati se sa (i savjetovati ih gdje je to potrebno) korisnike o skladištenju, pripremi, kuhanju i konzumiranju hrane koja je distribuirana i implikacijama ciljanog davanja hrane za ranjive ljude i odgovoriti na pitanja koja se javljaju (vidjeti smjernice 1–2);
- osigurati da domaćinstva imaju pristup odgovarajućem posuđu, gorivu, vodi za piće i higijenskom materijalu (vidjeti smjernice 1–4);
- osigurati prisustvo njegovateljima koji mogu pripremiti odgovarajuću hranu i brinuti o ishrani za pojedince koji ne mogu pripremati hranu ili se ne mogu sami hraniti, gdje je to potrebno (vidjeti smjernicu 5).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- nisu zabilježeni slučajevi zdravstvenih opasnosti zbog distribuirane hrane;
- podignuti svijest korisnika o dobroj higijeni hrane (vidjeti smjernice 1–2).

- sve relevantno osoblje moraju biti obučeno za rukovanje hranom i o opasnostima od nepravilnih praksi (vidjeti smjernicu 1);
- puni pristup domaćinstva adekvatnim i sigurnim materijalima i opremi za pripremu (vidjeti smjernice 3–4);
- puno prisustvo njegovatelja za sve osobe sa posebnim potrebama (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Higijena hrane:** katastrofe mogu poremetiti normalne higijenske prakse ljudi. Možda će biti potrebno promovirati higijenu hrane i aktivno podržavati mjere u skladu sa lokalnim uvjetima i obrascima bolesti, npr. naglašavajući važnost pranja ruku prije rukovanja hranom, izbjegavanje kontaminacije vode i poduzimanje mjera kontrole štetočina. Primatelji hrane trebaju biti informirani o tome kako sigurno skladištiti hranu na nivou domaćinstva. Staratelji trebaju dobiti informacije o optimalnoj upotrebi kućanskih resursa za ishranu djece i sigurnim metodama za pripremu hrane (vidjeti standarde 1 i 2. Promoviranje higijene na stranicama 78–80). Tamo gdje su uspostavljene javne kuhinje da se osigura topli obrok stanovništvu pogođenom katastrofom, potrebno je posebno veliku pažnju posvetiti odabiru lokacije kuhinje, uzimajući u obzir uvjete dostupnosti, sigurnosti i čistoće lokacije, dostupnost vode za kuhanje i piće i prostora za jelo.
2. **Izvori informacija:** potrebni su mehanizmi za razmjenu informacija i prikupljanje povratnih informacija od korisnika, a posebno žena (pogledajte Osnovni standard 1, smjernice 2 i 6 na stranicama 48–49). Škole i sigurne prostore za učenje treba razmotriti kao pogodne lokacije za pružanje informacija koje se tiču hrane. Mogu biti potrebni pristupačni formati ili dijagrami za osobe s različitim komunikacijskim potrebama (vidjeti Osnovni standard 1, smjernicu 4 na stranici 48).
3. **Gorivo, pitka voda i kućanski predmeti:** kada je to potrebno, treba dati odgovarajuće gorivo ili uspostaviti program sadnje ili berbe drveća uz monitoring za sigurnost žena i djece, glavnih skupljača drva (za peći i goriva vidjeti Standard 4. Neprehrambeni artikli na stranici 236; za pristup vodi, količinu, kvalitetu i objekte vidjeti standarde 1–3. Vodopsnabdijevanje na stranicama 83–88; za pribor za kuhanje i jelo, posude za vodu vidjeti Standard 3. Neprehrambeni artikli na stranici 235).
4. **Pristup objektima za preradu hrane** kao što su mlinovi za mljevenje žitarica omogućuje ljudima da pripreme hranu po vlastitom izboru, a također i uštede vrijeme za druge proizvodne aktivnosti. Prerada hrane na nivou domaćinstva, kao što je mljevenje, može smanjiti vrijeme i količine vode i goriva potrebne za kuhanje (vidjeti Standard 2. Sigurnost hrane: transfer hrane, smjernicu 2 na stranici 157).
5. **Specifične potrebe:** pojedinci koji trebaju pomoć pri hranjenju mogu uključivati malu djecu, starije osobe, osobe s invaliditetom i osobe koje žive s HIV-om (pogledajte Standard 2. Ishrana dojenčadi i male djece na stranici 137 i Standard 1. Sigurnost hrane: transferi hrane, smjernice 5–7 na stranici 158). Programi kojima se pokušava ostvariti da se dođe do svih kojima je to potrebno, zatim dodatna podrška i praćenje mogu biti potrebni kako bi se podržali ljudi sa smanjenim sposobnostima da osiguraju hranu za izdržavane osobe (npr. roditelje sa mentalnom bolešću).



4.2. Sigurnost hrane: transferi novca i bonova

Transferi novca i bonova su dvije vrste pomoći: novčani transferi ljudima pružaju novac, dok transferi bonova ljudima pružaju kupone za kupovinu fiksne količine određenog proizvoda, kao što je hrana (bonovi na osnovu robe) ili fiksne novčane vrijednosti (bonovi na osnovu vrijednosti). Iako se njihovi ciljevi i dizajn mogu razlikovati, transferi novca i bonova dijele tržišni pristup po kojem korisnici dobivaju kupovnu moć.

Transferi novca i bonova se koriste kako bi se zadovoljile osnovne prehrambene i neprehrambene potrebe ili za kupovinu sredstava koja omogućuju ljudima da nastave ekonomske aktivnosti. Bezuvjetna (ili neciljana ili "univerzalna") novčana podrška ne postavlja uvjete o tome kako treba koristiti novac, ali ako su osnovne potrebe identificirane u procjeni, očekuje se da će novac biti korišten za pokriće tih potreba. Ako je podrška za egzistenciju ili proizvodne aktivnosti identificirana kao potreba, tada se očekuje da će se distribuirani novac koristiti za to. Bezuvjetna novčana podrška može biti prikladna na početku hitne situacije. Uvjetovana novčana podrška podrazumijeva da primatelj koristi novac za određene namjene (npr. obnovu kuće, osiguranje radne snage, uspostavu i ili ponovnu uspostavu egzistencije i / ili zdravstvenih usluga). Bonovi daju pristup nizu unaprijed određenih roba (npr. hrana, stoka, sjeme, alat) ili usluga (npr. mlinovi za mljevenje, transport, pristup tržišnici ili štandu, bankovni krediti). Bonovi mogu imati ili gotovinsku vrijednost ili robnu vrijednost, za koje se koriste u unaprijed odabranim prodavnicama, sa specificiranim trgovcima ili pružateljima usluga ili na sajmovima. Programi bonova trebaju koristiti standarde za sektor koj je u pitanju, naprimjer, programi bonova za hranu trebaju poštovati standardi 1–3 i 6. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranicama 154–168.

Izbor odgovarajućih transfera (hrana, novac ili bonovi) zahtijeva određenu analizu specifičnu za kontekst, uključujući troškovnu efikasnost, sekundarne efekte na tržište, fleksibilnost transfera, ciljanje i rizike nesigurnosti i korupcije.

Standard 1. Sigurnost hrane, transfer novca i bonova: pristup dostupnim robama i uslugama

Novac i bonovi se smatraju načinima kojima se osiguravaju osnovne životne potrebe te zaštita i ponovno uspostavljanje adekvatnih životnih uvjeta.

Ključne akcije (čitati sa smjernicama):

- konsultirati se sa korisnicima, predstavnicima zajednice i drugim ključnim zainteresiranim stranama i uključiti ih u procjenu, osmišljavanje, implementaciju, praćenje i evaluaciju (vidjeti smjernice 1, 3, 6–7 i osnovne standarde 1–3 na stranicama 47–52);

- procijeniti i analizirati da li ljudi mogu kupiti ono što im je potrebno na lokalnim tržištima po cijenama koje su isplativije u poređenju s alternativnim transferima i analizirati lanac tržišta (vidjeti smjernicu 2);
- odabrati novac ili bonove ili kombinaciju na osnovu najpogodnijeg mehanizma isporuke i mogućih koristi za katastrofom pogođeno stanovništvo i lokalnu ekonomiju (vidjeti smjernice 1–3, 5–6);
- provesti mjere za smanjenje rizika od nezakonitih radnji, nesigurnosti, inflacije, štetnog korištenja i negativnih utjecaja na grupe u nepovoljnom položaju; posebna pažnja je potrebna za sisteme odabira (vidjeti smjernice 4 i 7);
- nadzirati kako bi procijenili jesu li gotovina i / ili bonovi i dalje najprikladniji za transfer i da li su potrebna prilagođavanja (vidjeti smjernicu 8).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sve ciljano stanovništvo zadovoljava neke ili sve svoje osnovne potrebe za hranom i druge egzistencijalne potrebe (npr. produktivna imovina, zdravlje, obrazovanje, prijevoz, smještaj, transport) kupovinom na lokalnim tržištima (vidjeti smjernice 1–2, 8);
- novac i / ili bonovi su preferirani oblik transfera za sve ciljano stanovništvo, a posebno kod žena i drugih ranjivih osoba (vidjeti smjernice 3–8);
- transfer nema za posljedicu troškove koji nisu u skladu sa društvenim normama (vidjeti smjernice 4–8);
- transfer ne stvara nesigurnost (vidjeti smjernice 3–4, 8);
- lokalna ekonomija ima podršku u oporavku od katastrofe (vidjeti smjernice 1–2, 8).

Smjernice

1. **Transferi novca i bonova su alat:** novac i bonovi su mehanizmi za postizanje željenih ciljeva, a ne intervencije same po sebi. Pažljiva usporedna procjena treba navesti jesu li novac i / ili bonovi odgovarajući ili ne, i da li se smiju koristiti sami ili u kombinaciji s ostalim vrstama podrške, kao što je podrška uaturi. Transferi novca i bonova se mogu koristiti u različitim fazama katastrofe. Odgovor bi trebao biti određen ne samo na osnovu očekivane efektivnosti i efikasnosti u ispunjavanju osnovnih potreba korisnika ili ponovnom uspostavljanju adekvatnih životnih uvjeta, već i na osnovu očekivanog nižeg nivoa sa njim povezanih rizika. Novac i bonovi mogu ponuditi veći izbor i fleksibilnost nego pomoć uaturi, a to može dati primateljima osjećaj većeg dostojanstva. Novac i bonovi, također, mogu stvoriti pozitivne višestruke efekte u lokalnim ekonomijama, koje treba uzeti u obzir prilikom procjene. Novac i bonovi se mogu koristiti na sljedeći način:

- novčane donacije – uvjetovani ili bezuvjetovani transfer novca bilo u jednoj ili više rata kako bi se zadovoljilo više potreba,

- robni ili vrijednosni bonovi – transfer papirnih ili elektroničkih bonova koji mogu biti razmijenjeni za određenu robu ili više roba prema vrijednosti bona,



- novac za rad – prijenos novca kao prihoda zarađenog učestvovanjem u određenim aktivnostima (obično aktivnosti koje zahtijevaju fizički rad).

Planiranje, implementacija i monitoring trebaju uključiti lokalne zainteresirane strane, kao što su vlade, lokalne vlasti, strukture i predstavnike zajednice, udruženja, asocijacije, lokalne grupe i korisnike. To će pomoći da se osigura relevantnost i održivost. Izlaznu strategiju treba planirati s ključnim zainteresiranim stranama od njenog osmišljavanja pa nadalje.

2. **Utjecaj na lokalne ekonomije i tržišne sisteme:** procjena tržišta treba analizirati situaciju prije i nakon katastrofe, kao i konkurentnost i integraciju tržišta da reagira na trenutne potrebe. Analiza treba pokazati ulogu različitih aktera na tržištu, dostupnost i cijenu robe (sredstva za egzistenciju, materijali za sklonište, hrana i drugo, zavisno od ciljeva), sezonski i fizički, društveni i ekonomski pristup za različite grupe ranjivih ljudi. Novac i bonovi mogu biti prikladni kada tržišta funkcioniraju i kada su dostupna, te kada su hrana i druge osnovne stavke na raspolaganju u potrebnim količinama i po razumnim cijenama. Takvi transferi mogu potaknuti lokalnu ekonomiju na brži i održiv oporavak. Tržišne reakcije mogu promovirati lokalnu kupovinu i bolje korištenje mogućnosti postojećih tržišnih aktera. Novac i bonovi koji se koriste kada je kontekst neprimjeren mogu narušiti tržišta i mogu imati negativne efekte, kao što je inflacija. Monitoring tržišta je bitan da se razumije utjecaj novca i bonova na lokalne ekonomije i ljude.
3. **Mehanizmi za isporuku novca i bonova:** novac i bonovi se mogu isporučiti preko lokalnih banaka, trgovina, trgovaca, kompanija za lokalni prijenos novca, kompanija za doznake i pošta. Oni se mogu isporučiti fizički ili putem tehnologije poput mobilnog bankarstva i mobilne telefonske mreže. Banke su obično efektivne i efikasne, ali mogu biti manje dostupne ranjivim ljudima. Ako su banke dostupne, možda putem mobilnog bankarstva, one mogu biti sigurniji izbor. Izbor mehanizma isporuke zahtijeva procjenu mogućnosti i konsultacije s primateljima. Pitanja koja treba razmotriti su troškovi za primatelja (bankovne naknade, vrijeme putovanja i troškovi, vrijeme na tačkama za preuzimanje), troškovi za organizaciju (naknade i troškovi uspostave pružatelja, vrijeme potrebno da osoblje uspostavi i upravlja sistemom, te transport sigurnost, obrazovanje i obuka primatelja), efektivnost i efikasnost (pouzdanost, otpornost, odgovornost, transparentnost, monitoring, fleksibilnost, finansijska kontrola, finansijska sigurnost i pristup ranjivih osoba). Pristup koji se može činiti skupim ipak može biti najprikladniji mehanizam transfera.
4. **Razmatranje rizika:** zajednički problemi rizika transfera novca i bonova su bojazan da novac i bonovi mogu doprinijeti inflaciji cijena (ostavljajući katastrofom pogođene ljude, a i druge sa manjom kupovnom moći), korištenje novca i bonova za antisocijalne namjene (npr. alkohol i / ili zavisnost od duhana) i različit pristup žena i muškaraca novcu u usporedbi s resursima u prirodi. Ostala pitanja su to da transport novca može stvoriti sigurnosne rizike za osoblje za implementaciju i za pogođeno stanovništvo (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28) i da privlačnost novca može otežati odabir primatelja i može povećati rizik od korumpiranog nenamjenskog korištenja ili da novac oduzmu naoružane grupe. Međutim, distribucije u prirodi također nose rizike (vidjeti standarde 4–5: Sigurnost hrane: transferi hrane na stranicama 161–164). Rizici za novac i bonove se mogu svesti na minimum dobrim osmišljavanjem, temeljnom analizom rizika i dobrim upravljanjem. Odlučivanje treba ići kroz

konsultacije na osnovu dokaza: neutemeljeni strahovi ne bi trebali utjecati na planiranje programa.

5. **Određivanje vrijednosti transfera novca ili bonova:** vrijednost postavljena za transfer je specifična za kontekst. Proračune treba napraviti u koordinaciji s drugim agencijama i na osnovu prioriteta i potreba katastrofom pogođenog stanovništva, cijena ključnih roba za koje se očekuje da će se kupovati na lokalnim tržištima, drugoj pomoći koja je bila i / ili će biti dana, dodatnih povezanih troškova (npr. pomoć za putovanje za osobe s ograničenom pokretljivošću), metode, veličine i učestalosti plaćanja i vremenu plaćanja u odnosu na sezonu, te ciljevima programa i transfera (npr. pokrivanje potrebe za hranom na osnovu korpe prehrambenih proizvoda, odnosno pružanje zapošljavanja na osnovu dnevnog rada). Fluktacije cijena mogu smanjiti uspješnost transfera novca i bonova. Fleksibilnost budžeta je bitna kako bi se prilagodila vrijednost transfera ili dodala komponenta roba, na temelju praćenja tržišta.
6. **Odabir tipa transfera novca ili bonova:** odgovarajuća vrsta transfera zavisi od ciljeva programa i lokalnog konteksta. Kombinacija pristupa može biti prikladna, uključujući i pomoć u naturi i sezonske varijacije. Agencije trebaju putem informiranih konsultacija saznati šta katastrofom pogođeno stanovništvo smatra za najprikladniji(e) oblik(e) transfera (vidjeti Standard 3. Sigurnost hrane: egzistencija na stranici 180).
7. **Programi za ciljanje transfera novca i bonova:** izazovi mogu biti značajni za robe i usluge u naturi, ali zbog atraktivnosti novca i bonova potrebna je posebna pažnja kako bi se smanjile pogreške isključenja i uključivanja. Do korisnika je moguće doći bilo direktnim odabirom (za katastrofom pogođena domaćinstva ili stanovništvo) ili indirektnim odabirom (npr. lokalni trgovci ili pružatelji usluga). Nesigurni uvjeti mogu zahtijevati indirektni pristup ciljanja (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28). Spol utječe na odluke o članu domaćinstva registriranom da prima novac ili bonove, kao i transfere u naturi (vidjeti Standard 5. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 164). Koordinacija sa zainteresiranim stranama, uključujući socijalnu pomoć države i programe socijalne zaštite koji pružaju novčane transfere, ključna je za ciljanje (kao i za transfere u naturi).
8. **Monitoring transfera novca i bonova:** potrebni su podaci nultog stanja, uz nadzor prije, za vrijeme i nakon programa transfera, uzimajući u obzir direktne i indirektne efekte novca i bonova na tržište. Promjene u intervenciji trebaju reagirati na promjene konteksta i situacije na tržištu. Monitoring bi trebao uključivati cijene ključnih roba, efekte umnožavanja na lokalne ekonomije i promjene cijena. Ključna pitanja su: Šta ljudi kupuju s gotovinom i bonovima koji se daju? Mogu li ljudi sigurno primati i trošiti novac? Da li se novac i bonovi skreću? Da li žene utječu na to kako se troše novac ili bonovi (vidjeti Osnovni standard 5 na stranici 58).



4.3. Sigurnost hrane: sredstva za egzistenciju

Otpornost egzistencije ljudi i njihova ranjivost zbog nesigurnosti hrane u velikoj mjeri određuju resursi (ili sredstva) koja su im na raspolaganju i kako su ona pogođena katastrofom. Ta sredstva su finansijski kapital (kao što su gotovina, kredit, štednja) i također uključuje fizički (kuće, mašine), prirodni (zemlja, voda), ljudski

(rad, vještine), društveni (mreža, norme) i politički (utjecaj, politika) kapital.

Ključ za one koji proizvode hranu jeste da li oni imaju pristup zemlji koja može podržavati proizvodnju i da li oni imaju sredstva da nastave sa uzgojem. Ključ za one koji trebaju prihode kako bi dobili hranu jeste da li oni imaju pristup zapošljavanju, tržištu i uslugama. Za ljude pogođene katastrofama prioritet treba biti očuvanje, obnavljanje i razvoj resursa potrebnih za njihovu sigurnost hrane i buduću egzistenciju. Dugotrajna politička nestabilnost, nesigurnost i opasnost od sukoba može ozbiljno ograničiti aktivnosti za osiguranje životnih uvjeta i pristup tržištima. Domaćinstva će možda morati napustiti svoje parcele i mogu izgubiti imovinu, bilo da je napuste, da je uništena ili da je oduzmu zaraćene strane. Tri standarda se odnose na primarne mehanizme proizvodnje, uključujući robu i usluge.

Standard 1. Osiguranje hrane, životni uvjeti, primarna proizvodnja

Primarni mehanizmi proizvodnje su zaštićeni i podržani.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- intervencije podrške primarnoj proizvodnji treba zasnivati na procjeni sredstava za egzistenciju, analizi konteksta i pokazanom razumijevanju održivosti proizvodnih sistema, uključujući pristup i dostupnost potrebnih sredstava, usluga i potražnje na tržištu (vidjeti smjernicu 1);
- uvesti nove tehnologije samo tamo gdje proizvođači hrane i domaći potrošači razumiju i prihvataju njihove implikacije za lokalne sisteme proizvodnje, kulturološke prakse i životnu sredinu (vidjeti smjernicu 2);
- pružiti sredstva za proizvodnju ili novac za kupovinu niza ulaznih sredstava kako bi se proizvođačima pružila fleksibilnost u osmišljavanju strategija i upravljanju njihovom proizvodnjom i smanjio rizik (vidjeti smjernicu 3);
- isporučiti ulazna sredstva na vrijeme, osigurati da su lokalno prihvatljiva i u skladu s odgovarajućim normama kvalitete (vidjeti smjernice 4–5);
- uvesti sredstva i usluge sa pažnjom, da ne pogoršate opasnost ili povećate rizik, npr. povećanjem konkurencije za deficitarne prirodne resurse ili oštećenjem postojećih društvenih mreža (vidjeti smjernicu 6);
- gdje je to moguće i odgovarajuće obučiti proizvođače hrane o boljim praksama upravljanja (vidjeti smjernice 1–2, 5–6);
- kad god je to moguće kupovati sredstva i usluge na lokalnom nivou, osim ako bi to nepovoljno utjecalo na lokalne proizvođače, tržišta ili potrošače (vidjeti smjernicu 7);
- provesti redovno praćenje kako bi procijenili da li korisnici koriste sredstva za proizvodnju na odgovarajući način (vidjeti smjernicu 8).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sva domaćinstva sa procijenjenim potrebama imaju pristup potrebnim sredstvima da se zaštiti i ponovo pokrene primarna proizvodnja do nivoa prije katastrofe, kada je to opravdano te u skladu s poljoprivrednim kalendarom (vidjeti smjernice 1–6);
- sva odabrana domaćinstva su dobila novac ili bonove, kad se smatra (ili procjenjuje) da je to operativno izvedivo i po tržišnoj vrijednosti potrebnih sredstava, dajući tako domaćinstvima opcije za osiguravanje egzistencije (vidjeti smjernice 3, 5 i 7).

Smjernice

1. **Održivost primarne proizvodnje:** da bi bile održive, strategije proizvodnje hrane moraju imati razumnu priliku da se adekvatno razviju i uspiju (vidjeti standarde i smjernice za hitne situacije za stoku (Livestock Emergency Guidelines and Standards – LEGS) u dijelu Reference i dodatna literatura). Na ovo može utjecati širok raspon faktora, uključujući:
 - pristup dovoljnim prirodnim resursima (poljoprivredno zemljište, pašnjaci, stočna hrana, voda, rijeke, jezera, priobalne vode itd.); ekološka ravnoteža ne smije biti ugrožena npr. prekomjernim iskorištavanjem rubnih zemljišta, prekomjerno ribarenje ili onečišćenja vode, posebno u perurbanim područjima;
 - nivoi vještina i sposobnosti, koji mogu biti ograničeni kod stanovništva ozbiljno pogođenog bolešću ili ako je obrazovanje i osposobljavanje zabranjeno nekim grupama;
 - dostupnost radne snage u odnosu na postojeće obrasce proizvodnje i vrijeme ključnih aktivnosti poljoprivrede i akvakulture;
 - dostupnost i pristup ulaznim sredstvima potrebnim za poljoprivredu i proizvodnju u akvakulturi.Nivo proizvodnje prije katastrofe može biti loš i pokušaj da se vrati na njega bi mogao biti u suprotnosti sa principom “nečinjenja štete” (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28).
2. **Tehnološki razvoj:** “nove” tehnologije mogu uključiti poboljšane sorte usjeva, stoke ili ribe, nove alate, gnojiva ili inovativne prakse upravljanja. Koliko je to moguće, proizvodnja hrane treba graditi na postojećim obrascima proizvodnje hrane ili ih ojačati i / ili biti povezana s nacionalnim razvojnim planovima. Nove tehnologije treba uvesti tek nakon katastrofe, ako su prethodno testirane u lokalnom području i poznato je da su prilagođene i prihvatljive korisnicima. Kada se uvedu, nove tehnologije bi trebale biti popraćene odgovarajućim konsultacijama u zajednici, pružanjem informacija, obukom i drugom relevantnom podrškom. Gdje god je moguće, ovo treba učiniti u koordinaciji s privatnim i javnim pružateljima usluga i dobavljača ulaznih sredstava kako bi se osigurala stalna podrška i dostupnost tehnologije u budućnosti i, što je veoma važno, ekonomska isplativosti.
3. **Poboljšanje izbora:** intervencije koje nude proizvođačima veći izbor uključuju gotovinu ili kredit u zamjenu (ili kao nadopunu) za proizvodna ulazna sredstva i sjeme i stoku uz korištenje bonova



koji omogućavaju poljoprivrednicima priliku za odabir sorte sjemena ili stoke po vlastitom izboru. Podrška proizvodnji treba procijeniti potencijalne implikacije za prehranu, uključujući pristup hrani bogatoj nutrijentima kroz vlastitu proizvodnju ili putem novca osiguranog tom proizvodnjom. Pružanje stočne hrane tokom suše može pružiti više koristi za direktnu ljudsku prehranu stočarima nego davanje transfera hrane ljudima. Izvedivost transfera novca domaćinstvima u cilju pružanja pristupa sredstvima za proizvodnju se treba zasnivati na dostupnosti robe na lokalnom nivou, pristupu tržištima i dostupnosti sigurnih i pristupačnih mehanizama prijenosa.

4. **Pravovremenost i prihvatljivost:** primjeri ulaznih sredstava za proizvodnju su sjemenke, alati, gnojivo, stoka, oprema za ribolov, oprema za lov, krediti i kreditne linije, tržišne informacije i sredstva za transport. Alternativa za sredstva u naturi je da se osiguraju novac ili bonovi koji će omogućiti ljudima kupovinu ulaznih sredstva za proizvodnju po vlastitom izboru. Pružanje sredstva za poljoprivredu i veterinarskih usluga se mora vremenski podudarati s odgovarajućim poljoprivrednim i stočarskim sezonama. Naprimjer, pružanje sjemena i alata mora prethoditi sezoni sadnje, a hitno smanjenje zalih stoke za vrijeme suše se treba desiti prije nego što dođe do povećane smrtnosti stoke, a približavanje treba početi kada je oporavak osiguran, npr. nakon kiša.
5. **Sjeme:** prioritet se treba dati sjemenu za usjeve i sortama koje su već u lokalnoj upotrebi, tako da poljoprivrednici mogu koristiti svoje vlastite kriterije za uspostavu kvalitete. Usjevi u ponudi trebaju biti oni iz najvišeg prioriteta za nadolazeću sezonu. Specifične vrste trebaju odobriti poljoprivrednici i lokalni ratarski stručnjaci. Sjemenke moraju u najmanju ruku biti prilagođene lokalnoj poljoprivrednoj ekologiji i uvjetima upravljanja poljoprivrednika, biti otporne na bolesti i biti izabrane s obzirom na buduće scenarije klimatskih promjena, poput poplava ili suša i porasta nivoa mora. Sjeme koje je porijeklom iz zemalja izvan područja treba biti adekvatno testirano na kvalitetu i treba provjeriti njegovu prikladnost lokalnim uvjetima. Poljoprivrednici trebaju dobiti pristup nizu usjeva i sorti kod bilo kakvih intervencija povezanih sa sjemenom tako da oni sami mogu odrediti strategije o tome što je najbolje za njihov sistem uzgoja. Hibridna sjemenka mogu biti prikladna tamo gdje su poljoprivrednici upoznati s njima i imaju iskustvo sa njihovim uzgojem. To se može utvrditi samo kroz konsultacije sa stanovništvom. Kada se sjemenje daje besplatno i poljoprivrednici uzgajaju kukuruz, poljoprivrednici mogu preferirati hibridno sjeme umjesto domaćih sorti, jer je ono inače skupo. Treba poštovati i vladine politike u vezi sa hibridnim sjemenom prije distribucije. Genetski modificirano (GMO) sjeme se ne smije distribuirati, osim ako ga odobre lokalne vlasti. U takvim slučajevima, poljoprivrednici bi, također, trebali biti svjesni da pomoć sadrži GMO sjeme.
6. **Utjecaj na uvjete života na selu:** primarna proizvodnja hrane može ne biti održiva ako postoji manjak vitalnih prirodnih resursa (i može ne biti održiva na duži rok, ako je bila u opadanju prije katastrofe) ili ako postoji nemogućnost pristupa za određeno stanovništvo (npr. ljudi bez zemlje). Promoviranje proizvodnje koja zahtijeva veći (ili promijenjeni) pristup lokalno raspoloživim prirodnim resursima može pojačati napetosti unutar lokalnog stanovništva, što zauzvrat može ograničiti pristup vodi i druge osnovne potrebe. Treba obratiti pažnju kada se pružaju sredstva, bilo u naturi ili novcu, tako da ona ne povećavaju sigurnosne rizike za primatelje ili stvaraju sukobe (vidjeti Standard 2. Sigurnost hrane: životni uvjeti na stranici 177 i Standard 1. Sigurnost hrane: transferi novca i bonova na stranici 170). Također, besplatno pružanje sredstva može poremetiti tradicionalne mehanizme

socijalne podrške i preraspodjele, a da pritom ostavi privatni sektor bez posla i ugrožava budućnost pristupa ulaznim sredstvima.

7. **Lokalna kupovina ulaznih sredstava za proizvodnju:** tamo gdje je to moguće, ulazna sredstva za proizvodnju i usluge za proizvodnju hrane, kao što su veterinarske usluge i sjeme, treba nabaviti putem postojećih lokalnih legalnih i provjerljivih sistema snabdijevanja. Za podršku lokalnog privatnog sektora, treba koristiti mehanizme kao što su novac ili bonovi i povezivanje primarnih proizvođača direktno s dobavljačima. U projektiranju takvih sistema treba omogućiti lokalnu kupovinu, a treba uzeti u obzir dostupnost odgovarajućih ulaznih sredstava za proizvodnju i mogućnost dobavljača da povećaju snabdijevanje, s obzirom na rizik od inflacije (npr. podizanje cijene za predmete za koje vlada nestašica) i kvalitetu ulaznih sredstava. Direktno davanje uvezenih ulaznih sredstava za proizvodnju treba provoditi samo kada lokalne alternative nisu izvedive.
8. **Monitoring korištenja:** mogu se procijeniti indikatori procesa i rezultata proizvodnje hrane, prerade i distribucije, npr. površina koja je zasađena, količina sjemena po hektaru, prinosi i broj potomstva stoke. Važno je da se utvrdi kako proizvođači koriste ulazna sredstva za proizvodnju (tj. verifikacija da se sjeme zaista sadi i da se alati, gnojiva, mreže i ribolovna oprema koriste u skladu s namjenom) ili kako se novac troši na ulazna sredstva za proizvodnju. Kvaliteta ulaznih sredstava treba biti pregledana u smislu njihovih rezultata, njihove prihvatljivosti i preferencija proizvođača. Za procjenjivanje je važno razmotriti kako projekt utječe na hranu koja je na raspolaganju domaćinstvima, npr. zalihe hrane domaćinstva, količina i kvaliteta hrane koja se konzumira ili količina hrane kojom se trguje ili koja se daje. Gdje projekt ima za cilj povećati proizvodnju određene vrste hrane, kao što su životinjski ili riblji proizvodi ili proteinima bogate mahunarke, treba istražiti korištenje tih proizvoda kod domaćinstava.

Standard 2. Sigurnost hrane i životnih uvjeta: prihodi i zaposljavanje

Tamo gdje su proizvodnja prihoda i zaposlenost moguće strategije za osiguravanje životnih uvjeta, žene i muškarci imaju jednak pristup odgovarajućim mogućnostima za zaradu.



Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- zasnivati odluke o aktivnostima proizvodnje prihoda na procjeni tržišta i na adekvatnoj participativnoj analizi sposobnosti domaćinstava da se uključe u aktivnosti (smjernice 1–2);
- zasnivati vrste naknada (gotovina, bonovi, hrana ili kombinacija) na dobroj analizi lokalnih kapaciteta, neposrednih potreba, tržišnih sistema i preferencija katastrofom pogođenog stanovništva (vidjeti smjernicu 3);
- zasnivati nivo naknada na potrebama, ciljevima za obnovu životnih uvjeta i lokalnim cijenama rada (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati postupke da je uspostavljeno zaštićeno i da je sigurno radno okruženje (vidjeti smjernicu 5);

- poduzeti mjere kako bi se izbjeglo skretanje i / ili nesigurnost kada su u pitanju velike sume novca (vidjeti smjernicu 6).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- svi ciljani ljudi stvaraju prihode kroz svoje aktivnosti i doprinose ispunjavanju svojih osnovnih i drugih egzistencijalnih potreba;
- intervencije koje pružaju mogućnosti zapošljavanja su jednako dostupne ženama i muškarcima i ne utječu negativno na domaće tržište i kao ni na normalne aktivnosti koje se tiču životnih uvjeta (vidjeti smjernicu 7);
- stanovništvo je svjesno i razumije da naknada doprinosi sigurnosti hrane svih članova domaćinstva pojednako (vidjeti smjernicu 8).

Smjernice

1. **Prikladnost inicijativa:** analiza tržišta je osnova za opravdanje i definiranje aktivnosti. Treba koristiti postojeće alate za razumijevanje tržišta i ekonomskih sistema (vidjeti više o tržištu u Referencama i dodatnoj literaturi). Trebalo bi maksimalno koristiti lokalne ljudske resurse u izradi projekta i utvrđivanju odgovarajućih aktivnosti. Alternative za određene grupe (kao što su trudnice, osobe s invaliditetom ili starije osobe) treba raspravljati unutar ciljane grupe. Tamo gdje postoji veliki broj raseljenih osoba (izbjeglica ili raseljenih osoba), trebalo bi razmotriti mogućnosti da se osiguraju radna mjesta kojima odgovaraju vještine raseljenih osoba i domaćina. Pri izboru lokacija aktivnosti treba uzeti u obzir opasnost od napada, rizike za sigurnost (kao što su minirana područja) i ekološki neodgovarajuća područja (npr. zemljište koje je kontaminirano ili zagađeno, sklono slijeganju ili poplavama, ili pretjerano strmo) (vidjeti principe zaštite 1–3 na stranicama 28–32).
2. **Transferi prihoda domaćinstvima s ograničenim kapacitetima za učestvovanje:** iako će mnoga domaćinstva moći iskoristiti zapošljavanje i aktivnosti za proizvodnju prihoda, efekt katastrofe na neka domaćinstva im može onemogućiti da iskoriste te mogućnosti, ili period za primanje odgovarajućih prihoda može biti predug. Mjere zasebne pomoći (safety net) u takvim slučajevima, poput bezuvjetnih transfera gotovine i / ili hrane treba uzeti u obzir za takva domaćinstava, s planom za povezivanje s postojećim sistemima socijalne zaštite ili za zagovaranje nove zasebne pomoći za njih tamo gdje je to potrebno.
3. **Vrsta naknade:** naknada može biti u novcu ili u hrani ili kombinirana i treba omogućiti domaćinstvima sa nesigurnom opskrbom hrane da zadovolje svoje potrebe. Umjesto plaćanja za radove zajednice, naknada može biti u obliku poticaja da se pomogne ljudima da poduzmu zadatke od direktne koristi za njih. Treba uzeti u obzir potrebe ljudi za kupovinom i utjecaj davanja ili novca ili hrane za ostale osnovne potrebe (kao što su škola, pristup zdravstvenim uslugama i društvene obaveze). O vrsti i nivou naknada treba odlučiti od slučaja do slučaja, uzimajući u obzir faktore navedene iznad, dostupnost novca i hrane i moguću utjecaj na lokalna tržišta rada.
4. **Plaćanja:** nema univerzalno prihvaćenih smjernica za postavljanje nivoa naknada, ali tamo gdje je naknada u naturi i služi kao transfer prihoda, mora se uzeti u obzir vrijednost preprodaje (npr. hrane) na

lokalnim tržištima. Neto dobit u prihodu za pojedince kroz učestvovanje u programskim aktivnostima treba biti veća nego da su provodili svoje vrijeme na drugim aktivnostima. To se odnosi na hranu i novac za radne aktivnosti i, također, kredit, pokretanje posla itd. Prilike za zaradu bi trebale unaprijediti ponudu izvora prihoda, a ne zamijeniti postojeće izvore. Naknada ne bi trebala imati negativan utjecaj na lokalna tržišta rada, npr. da uzrokuje inflaciju, preusmjeravanje radne snage iz drugih aktivnosti ili podrivanje osnovnih javnih usluga.

5. **Rizici u radnom okruženju:** treba izbjegavati radno okruženje visokog rizika putem praktičnih postupaka za smanjenje rizika ili liječenje povreda, npr. sastanci za informiranje, zaštitna odjeća i kompleti za prvu pomoć, gdje je to potrebno. To bi trebalo uključivati smanjenje rizika od izlaganja HIV-u. Vježbe za povećanje sigurnosti u tranzitu uključuju sigurne pristupne puteve za rad, osiguranje staza koje su dobro osvijetljene, davanje lampi, korištenje sistema ranog upozorenja (koji mogu koristiti zvona, zviždaljke, radio i druge uređaje) i sigurnosne standarde, kao što su putovanja u grupama ili izbjegavanje putovanja po mraku. Posebnu pažnju treba obratiti na žene, djevojke i druge izložene opasnosti od seksualnog zlostavljanja. Treba osigurati da sve zainteresirane strane budu svjesne postupaka u hitnim situacijama i da mogu pristupiti sistemima ranog upozoravanja (vidjeti Principe zaštite 1 i 3 na stranicama 28–32).
6. **Opasnost od nesigurnosti i zloupotrebe sredstava:** predaja resursa u obliku hrane ili novca za rad (npr. kredita ili plaćanja za obavljeni rad) uvodi sigurnosne probleme za osoblje programa i primatelje (vidjeti Standard 5. Sigurnost hrane: transferi hrane, smjernicu 6 na stranici 166 i Standard 1. Sigurnost hrane: transfer novca i bonova, smjernicu 4 na stranici 172).
7. **Odgovornosti za uvjete života:** učestvovanje u mogućnostima stjecanja dohotka ne bi trebalo ugroziti djecu ili druge oblike odgovornosti za njegu, jer to može povećati rizik od neishranjenosti i druge zdravstvene rizike. Programi mogu uzeti u obzir zapošljavanje pružatelja usluga njege ili sredstva za pružanje njege. Može biti neprikladno uvesti veći obim posla u životima ljudi, a posebno žena. Programi ne bi trebali negativno utjecati na pristup drugim mogućnostima, poput drugog zaposlenja ili obrazovanja, ili preusmjeravati resurse domaćinstva iz proizvodnih aktivnosti koje već postoje. Učestvovanje u stvaranju prihoda treba poštivati nacionalne zakone koji propisuju minimalnu starost za prijem u radni odnos, a ona obično nije niža od starosti za završavanje obaveznog školovanja.
8. **Korištenje naknada:** fer naknade znače da prihodi koji se proizvode donose značajan dio sredstava potrebnih za sigurnost hrane. Mora se razumjeti upravljanje novcem u domaćinstvu ili upravljanje transferima hrane (uključujući i distribuciju unutar domaćinstva i prema krajnjim korisnicima), jer način na koji su distribuirani može pogoršati ili smanjiti postojeće napetosti i drugačije utječe na sigurnost hrane ukućana. Reakcije koje stvaraju dohodak i zaposlenost često imaju više ciljeva sigurnosti hrane, uključujući i resurse na nivou društva koji utječu na sigurnost hrane. Naprimjer, popravak cesta može poboljšati pristup tržištima i pristup zdravstvenoj njezi, dok popravak ili gradnja sistema za vodu, žetvu i navodnjavanje može poboljšati produktivnost.



Standard 3. Sigurnost hrane i životnih uvjeta: pristup tržištima

Štiti se i promovira siguran pristup katastrofom pogođenog stanovništva tržištu roba i usluga u ulogama proizvođača, potrošača i trgovaca.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- zaštititi i pojačati pristup povoljnim tržištima rada za proizvođače, potrošače i trgovce (vidjeti smjernicu 1);
- zasnivati intervencije koje se tiču sigurnosti hrane i životnih uvjeta na dokazanom razumijevanju da li lokalna tržišta funkcioniraju ili su poremećena, kao i na njihovom potencijalu za jačanje (vidjeti smjernici 2);
- Temeljiti zagovaranje poboljšanja i politike promjena zasnovano na analizi tržišta provedenoj prije svake intervencije;
- poduzeti korake za promoviranje i podršku pristupa tržištu za ranjive ljude (vidjeti smjernicu 4);
- kontrolirati štetne efekte intervencije na lokalna tržišta, uključujući i kupovine hrane i distribucije (vidjeti smjernicu 5);
- smanjiti negativne posljedice ekstremnih sezonskih ili drugih abnormalnih kretanja cijena na tržištu (vidjeti smjernicu 6).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- intervencije su osmišljene kao podrška oporavku tržišta, bilo putem direktne intervencije ili promoviranjem lokalnih trgovaca putem programa novca i / ili bonova;
- odabrano stanovništvo ima siguran i potpun pristup tržištu roba, usluga i sistema tokom trajanja programa.

Smjernice

1. **Ponuda i potražnja na tržištu:** ekonomski pristup tržištima je pod utjecajem kupovne moći, tržišnih cijena i dostupnosti. Dostupnost zavisi od uvjeta trgovine između osnovnih potreba (hrana, osnovna ulazna sredstva za poljoprivredu, poput sjemena, alata, zdravstvena njega i slično) te izvora prihoda (novac, usjevi, stoka, plaće itd.). Smanjenje sredstava nastaje kada pogoršanje trgovine prisiljava ljude da (često po niskim cijenama) prodaju imovinu kako bi kupili osnovne životne potrebe (po napuhanim cijenama). Pristup tržištima, također, može biti pod utjecajem političkog i sigurnosnog okruženja i kulturnih ili vjerskih razloga, koji ograničavaju pristup određenim grupama kao što su manjine.

2. **Analiza tržišta:** treba uzeti u obzir da se svim pogođenim skupinama omogućiti pristup tržištima koja funkcioniraju, uključujući i ranjive skupine. Neophodno je napraviti analizu tržišta robe koja se plaća u gotovini, bonovima ili hrani. Lokalni otkup viškova će podržati lokalne proizvođače, ali nepovoljni utjecaji, također, trebaju biti identificirani. Uvoz će vjerovatno smanjiti lokalne cijene (vidjeti Standard 1. Procjena sigurnosti hrane i ishrane, smjernicu 7 na stranici 132).
3. **Zagovaranje:** tržišta djeluju u širim nacionalnim i globalnim ekonomijama, koje utječu na uvjete lokalnih tržišta. Naprimjer, vladine politike, uključujući politike cijene i trgovine, utječu na pristup i dostupnost. Iako su akcije na ovom nivou izvan dosega reakcije na katastrofe, te faktore treba analizirati jer može doći do prilike za zajednički pristup agencija ili da se zagovara za poboljšanja kod vlade i drugih organizacija (vidjeti Princip zaštite 3. na stranici 32).
4. **Ranjive osobe:** treba provesti analizu ranjivosti kako bi se identificirali ljudi koji imaju ograničen pristup tržištima i prilikama za egzistenciju. Osobe s invaliditetom, osobe koje žive sa HIV-om, starije osobe i žene s odgovornostima njege za nekoga, moraju dobiti podršku u pristupu tržištima.
5. **Utjecaj intervencija:** lokalna kupovina hrane, sjemena i drugih roba može uzrokovati lokalnu inflaciju na štetu potrošača, ali u korist domaćih proizvođača. S druge strane, uvezana hrana može smanjiti cijene i djelovati kao obeshrabrenje za lokalnu proizvodnju hrane, što potencijalno povećava nesigurnost hrane. Novčana pomoć može imati pozitivne višestruke efekte u lokalnim ekonomijama, ali može također uzrokovati lokalnu inflaciju za ključne robe. Oni koji su odgovorni za nabavku trebaju pratiti te efekte i uzeti ih u obzir. Distribucija hrane, također, može utjecati na kupovnu moć korisnika, pošto je to oblik transfera prihoda. Neke robe su lakše za prodati za dobru cijenu od drugih, npr. ulje u odnosu na miješanu hranu. "Kupovna moć", povezana sa datom hranom ili korpom namirnica, utjecat će na to da li će se ta hrana jesti ili će je domaćinstvo koje je korisnik prodati. Razumijevanje prodaje i kupovine unutar domaćinstva je važno za određivanje šireg utjecaja programa za distribuciju hrane.
6. **Izuzetno visoke sezonske promjene cijena** mogu negativno utjecati na siromašne poljoprivredne proizvođače, koji moraju prodati svoje proizvode kada su cijene najniže (obično tek nakon žetve) ili vlasnike stoke koji su je prisiljeni prodavati za vrijeme suše. S druge strane, potrošači koji imaju malo raspoloživog dohotka ne mogu sebi priuštiti da investiraju u zalihu u hrani i umjesto toga zavise od malih, čestih kupovina. Dakle, oni su prisiljeni kupiti nešto čak i kada su cijene visoke (npr. tokom suše). Primjeri intervencija koje mogu minimizirati ove efekte uključuju poboljšane sisteme transporta i skladištenja, diversifikaciju proizvodnje hrane i transfere novca ili hrane u kritičnim vremenima.



Dodatak 1.

Upitnik za procjenu sigurnosti hrane i egzistencije

Procjene sigurnosti hrane često široko kategoriziraju pogođeno stanovništvo u grupacije po egzistenciji, prema njihovim izvorima i strategijama za pribavljanje prihoda ili hrane. Ovo, također, može uključivati analizu stanovništva prema bogatstvu grupa ili slojeva. Važno je usporediti prevladavajuću situaciju sa historijom sigurnosti hrane prije katastrofe. Takozvana "prosječna normalna godina" se može smatrati za nulto stanje. Treba uzeti u obzir specifične uloge i ranjivosti žena i muškaraca, kao i implikacije za sigurnost hrane u domaćinstvu. Sljedeći upitnik pokriva široka područja koja se obično razmatraju u procjeni sigurnosti hrane.

1. Sigurnost hrane za grupe po životnim uvjetima

- Postoje li grupe u stanovništvu koje dijele iste strategije osiguranja uvjeta za život? Kako se one mogu kategorizirati u skladu sa njihovim glavnim izvorima hrane ili prihoda?

2. Sigurnost hrane prije katastrofe (nulto stanje)

- Kako su različite grupe po životnim uvjetima pribavljale hranu ili prihode prije katastrofe? Šta su bili njihovi izvori hrane i prihoda za prosječnu godinu u nedavnoj prošlosti?
- Kako su ti različiti izvori hrane i prihoda varirali između sezona u normalnoj godini? (Može biti korisno kreirati sezonski kalendar.)
- Osvrnuvši se na proteklih pet ili deset godina, koliko je sigurnost hrane varirala iz godine u godinu? (Može biti korisno kreirati dijagram kroz vrijeme ili historije dobrih i loših godina.)
- Kakva imovina, štednja ili druge rezerve su u vlasništvu različitih grupa po životnim uvjetima (npr. zalihe hrane, novčane uštede, stoka, ulaganja, krediti, nevraćen dug itd.)?
- Šta uključuju izdaci domaćinstava tokom perioda od jedne sedmice ili mjesec dana, i koliki udio se troši na svaku stavku?
- Ko je odgovoran za upravljanje gotovinom u domaćinstvu i na šta se troši gotovina?
- Koliko je pristupačno najbliže tržište za dobivanje osnovnih dobara? (Uzmite u obzir udaljenost, sigurnost, jednostavnost mobilnost, dostupnost informacija o tržištu, transport itd.)
- Kakva je dostupnost i cijena osnovnih dobara, uključujući hranu?

- Kakvi su bili prosječni uvjeti razmjene između osnovnih izvora prihoda i hrane, npr. plaće prema hrani, stoke prema hrani itd. prije katastrofe?

3. Sigurnost hrane tokom katastrofe

- Kako je katastrofa utjecala na različite izvore hrane i prihoda za svaku od identificiranih grupa po životnim uvjetima?
- Kako je katastrofa utjecala na uobičajene sezonske obrasce sigurnosti hrane za različite grupe?
- Kako je katastrofa utjecala na pristup tržištima, tržišnu dostupnost i cijene osnovnih roba?
- Koje su različite strategije suočavanja sa problemima za različite grupe po životnim uvjetima i koliki je udio ljudi koji su učestvovali u njima?
- Kako se to promijenilo u poređenju sa situacijom prije katastrofe?
- Na koju grupu ili stanovništvo je katastrofa najviše utjecala?
- Koji su kratkoročni i srednjoročni efekti strategije suočavanja sa problemima na finansijsku i drugu imovinu ljudi?
- Koji su efekti strategije suočavanja sa problemima na njihovo zdravlje, opće blagostanje i dostojanstvo za sve grupe zavisno od životnih uvjeta i sve ranjive ljude? Postoje li rizici povezani sa strategijama suočavanja s problemima?



Dodatak 2.

Upitnik za procjenu sigurnosti sjemena

U nastavku su primjeri pitanja za procjene za sigurnost sjemena.

1. Prije katastrofe (nulto stanje)

- Koji su najvažniji usjevi poljoprivrednika? Za šta ih oni koriste – potrošnju, prihode ili oboje? Da li se ovi usjevi uzgajaju svake sezone? Koji manje važni usjevi mogu postati važni u vrijeme stresa?
- Kako poljoprivrednici obično dobijaju sjeme ili drugi sadni materijal za te usjeve? (Uzeti u obzir sve kanale.)
- Koji su parametri sjetve za svaki važniji usjev? Koja je prosječna zasadena površina? Koje su stope sijanja? Koje su stope multiplikacije (omjeri sjemena ili zrna dobivenih na zasijano sjeme)?
- Postoje li važne ili poželjne vrste posebnih usjeva?
- Koja su proizvodna upustva od esencijalnog značaja za pojedine vrste usjeva ili sorti?
- Ko je u kući odgovoran za donošenje odluka, upravljanje usjevima i raspolaganje proizvodima usjeva u različitim fazama proizvodnje i postproizvodnje?

2. Nakon katastrofe

- Je li intervencija vezana za uzgoj izvediva sa stanovišta korisnika?
- Jesu li poljoprivrednici uvjereni da je situacija sada stabilna i dovoljno sigurna da mogu uspješno kultivirati, žeti i prodati ili konzumirati usjeve?
- Da li oni imaju dovoljno pristupa poljima i drugim sredstvima za proizvodnju (stajsko gnojivo, dodaci, tegleće životinje)?
- Jesu li spremni ponovo se angažirati u poljoprivredi?

3. Procjena ponude i potražnje sjemena: domaće zalihe

- Jesu li na raspolaganju adekvatne količine domaćeg proizvedenog sjemena za sjetvu? (To uključuje i

sjeme iz vlastite žetve poljoprivrednika i sjeme koje je potencijalno dostupno putem društvenih mreža, npr. susjeda.

- Je li to usjev koji poljoprivrednici i dalje žele saditi? Je li prilagođen lokalnim uvjetima? Postoji li još uvijek potreba za njim?
- Jesu li vrste koje su dostupne putem vlastite proizvodnje poljoprivrednika još uvijek pogodne za sijanje iduće sezone? Da li kvaliteta sjemena zadovoljava uobičajene standarde poljoprivrednika?

4. Procjena ponude i potražnje sjemena: lokalna tržišta

- Da li tržišta općenito funkcioniraju bez obzira na katastrofu (tržni dan se održava, poljoprivrednici se mogu slobodno kretati, prodavati i kupovati)?
- Jesu li sadašnje količine raspoloživog sjemena ili zrna usporedive s onima u normalnim uvjetima u isto vrijeme tokom prethodnih sezona?
- Jesu li usjevi i sorte koje poljoprivrednici mogu pronaći na tržištu pogodni za uzgoj?
- Da li se trenutne tržišne cijene sjemena ili zrna mogu usporediti s cijenama u isto vrijeme u prethodnim sezonama? Ako postoji razlika cijena, je li vjerovatno da će to biti problem za poljoprivrednike?

5. Procjena snabdijevanja i potražnje sjemena: sjeme u formalnom sektoru

- Jesu li usjevi i sorte koje se nude iz formalnog sektora prilagođeni pojedinim zonama pod stresom? Postoje li dokazi da se sviđaju poljoprivrednicima?
- Mogu li količine sjemena dostupne iz formalnog sektora ispuniti sve potrebe za pomoć? Ako ne, koliki bi udio potreba poljoprivrednika mogao biti pokriven?



Dodatak 3.

Upitnik za procjenu ishrane

U nastavku su primjeri pitanja za procjene koje ispituju temeljne uzroke pothranjenosti, nivo rizika prehrane i mogućnosti za reakciju. Pitanja se zasnivaju na konceptualnom okviru uzroka pothranjenosti (pogledajte stranicu 126). Informacije će vjerovatno biti na raspolaganju iz raznih izvora, a prikupljanje će zahtijevati različite alate za procjenu, uključujući i intervjue ključnih informatora, posmatranje i pregled sekundarnih podataka (vidjeti osnovne standarde 1, 3–4 na stranicama 47–55).

Situacija prije katastrofe

Koje informacije već postoje o prirodi, obimu i uzroku pothranjenosti kod pogođenog stanovništva? Pogledajte Standard 2. Procjena sigurnost hrane i ishrane na stranici 133.

Trenutni rizik od pothranjenosti

1. Rizik pojave pothranjenosti odnosi se na smanjeni pristup hrani – vidi Dodatak 1: upitnici za procjenu sigurnosti hrane i životnih uvjeta.
2. Rizik pojave pothranjenosti u vezi sa ishranom dojenčadi i male djece i praksi njege:
 - Ima li promjene u radu i socijalnim obrascima (npr. zbog migracije, raseljavanja ili oružanog sukoba), koja znači da su se uloge i odgovornosti u domaćinstvu promijenile?
 - Ima li promjena u normalnom sastavu domaćinstva? Postoji li veliki broj djece odvojene od roditelja?
 - Je li poremećeno normalno okruženje za njegu (npr. raseljavanjem), što utječe na pristup sekundarnim starateljima, pristup hrani za djecu, pristup vodi itd.?
 - Da li neka djeca nisu dojena? Postoje li djeca koja se hrane vještačkom hranom?
 - Ima li bilo kakvih dokaza ili sumnji o opadanju praksi ishrane djece u hitnim situacijama, a posebno trend u opadanju započinjanja dojenja ili stopi isključivog dojenja, bilo koje povećanje stope umjetnog hranjenja i / ili bilo koje povećanje udjela djece koja nisu dojena?
 - Je li dostupna dopunska hrana i sredstva za higijensku pripremu koja su u skladu s uzrastom, nutricionistički adekvatna i sigurna?
 - Postoji li neki dokaz ili sumnja o općoj distribuciji nadomjestaka za majčino mlijeko, kao što su hrana

- za dojenčad, ostali mliječni proizvodi, boce i cucle, bilo kao donacija ili kroz kupovinu?
- Da li su u pastoralnim sredinama stada bila dugo daleko od male djece? Je li se pristup mlijeku promijenio u odnosu na normalni?
 - Jesu li HIV i AIDS utjecali na prakse njege na nivou domaćinstva?
3. Rizik od pothranjenosti koji se odnosi na loše javno zdravlje (pogledajte poglavlje Zdravlje na stranici 249):
- Ima li kakvih izvještaja o izbijanju bolesti koje mogu utjecati na nutritivni status, poput malih boginja ili akutne dijareje? Da li postoji rizik da će se dogoditi ove epidemije? (Vidjeti standarde 1–3. Osnovne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti na stranicama 270–273.)
 - Kakva je procijenjena pokrivenost vakcinacijom za ospice kod pogođene populacije? Pogledajte Osnovne zdravstvene usluge – zdravstveni standard za djecu 1 na stranici 278.
 - Da li se vitamin A rutinski daje nakon vakcinacije protiv malih boginja? Kakva je procijenjena pokrivenost sa dopunskim vitaminom A?
 - Ima li ikakvih procjena stope smrtnosti (bilo gruba ili precizna procjena)? Kakve su to procjene i koje se metode koriste? Pogledajte Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge na stranici 267.
 - Ima li, ili će biti, značajnog pada temperature okoline koji će vjerovatno utjecati na učestalost akutnih respiratornih infekcija ili na energetske potrebe pogođenog stanovništva?
 - Postoji li visoka prevalencija HIV-a?
 - Jesu li ljudi već ranjivi na pothranjenost zbog siromaštva ili bolesti?
 - Ima li pretrpanosti, odnosno rizika od tuberkuloze ili visoke prevalencije tuberkuloze?
 - Postoji li visoka učestalost malarije?
 - Da li su ljudi bili u vodi ili imali mokru odjeću ili bili izloženi drugim teškim uvjetima, tokom dugo vremena?
4. Koje su postojeće formalne i neformalne lokalne strukture kroz koje se potencijalne intervencije mogu usmjeriti?
- Koji je kapacitet ministarstva zdravstva, vjerskih organizacija, grupa za podršku u zajednici, grupa za podršku dojenju ili nevladinih organizacija s dugoročnim ili kratkoročnim prisustvom na tom području?
 - Kakve prehrambene intervencije i podrške u zajednici su već uspostavljene i organizirane u okviru lokalnih zajednica, pojedinaca, NVO-a, vladinih organizacija, agencija UN-a, vjerskih organizacija itd.?
- Koje su politike prehrane (prošle, tekuće i završene), planirane dugoročne reakcije i programi za prehranu koji se provode ili planiraju kao reakcija na trenutnu situaciju?



Dodatak 4.

Mjerenje akutne neishranjenosti

U velikim hitnim situacijama sa prehranom, može biti potrebno uključiti djecu mlađu od 6 mjeseci, trudnice i dojilje, stariju djecu, adolescente, odrasle ili starije osobe u procjene koje se tiču ishrane, odnosno prehrambene programe. Istraživanja starosnih grupa, osim djece 6–59 mjeseci treba provoditi samo ako je:

- poduzeta detaljna kontekstualna analiza situacije, uključujući analizu uzroka neishranjenosti; samo ako rezultati analize sugeriraju da nutritivni status male djece ne odražava nutritivni status opće populacije, tada treba razmotriti istraživanje ishrane za drugu starosnu grupu;
- dostupna je tehnička ekspertiza kako bi se osigurao visok kvalitet prikupljanja podataka, odgovarajuća analiza i ispravan prikaz i tumačenje rezultata;
- uzeti su u obzir resursi i / ili oportunitetni troškovi uključivanja i ostalih starosnih grupa u istraživanje;
- formulirani su jasni i dobro dokumentirani ciljevi istraživanja.

Dojenčad mlađa od 6 mjeseci

Dok je u toku istraživanje za ovu starosnu grupu, temelj dokaza za procjenu i upravljanje je trenutno ograničen. Većina smjernica preporučuju iste antropometrijske definicije za slučajeve akutne neishranjenosti dojenčadi, kao i za stariju djecu uzrasta od 6 do 59 mjeseci (osim za obim sredine nadlaktice, engl. *mid upper arm circumference* – MUAC), koji se trenutno ne preporučuje za djecu mlađu 6 mjeseci). Uvjeti prijema se fokusiraju na trenutnu veličinu, a ne procjenu rasta. Prebacivanje sa referenci rasta NCHS-a na standarde rasta Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2006. godine dovodi do više slučajeva novorođenčadi mlađe od 6 mjeseci koja gube na težini. Implikacije ove promjene treba posmatrati i rješavati. Potencijalne posljedice su da se što se više dojenčadi uključuje u programe prehrane ili staratelji pokazuju interes za adekvatnost isključivog dojenja. Važno je procijeniti i uzeti u obzir sljedeće:

- dužinski rast dojenčadi, tj. je li stopa rasta dobra usprkos veličini tijela koja je mala (neka dojenčad mogu nadoknađivati nisku porođajnu težinu);
- praksa hranjenja djeteta, tj. da li se dijete isključivo doji;
- klinički status, tj. ima li dijete imate bilo kakve medicinske komplikacije ili bolesti koje se mogu liječiti ili koje dojenče izlažu riziku;
- majčinski faktori, npr. ima li majka podršku porodice i da li je depresivna. Prijem u bolničku njegu za

terapijske programe ishrane treba biti prioritet za dojenčad izloženu velikom riziku.

Djeca uzrasta 6–59 mjeseci

Tabela u nastavku prikazuje najčešće korištene indikatore različitih stepena pothranjenosti među djecom uzrasta 6–59 mjeseci. Indeks težine po visini (eng. weight for height – WFH) treba izračunati pomoću krivulje rasta za djecu WHO-a 2006. Ocjena WFH Z (prema standardima SZO-a) je preferirani indikator za izvještavanje o istraživanju antropometrijskih rezultata. MUAC je nezavisan kriterij za akutnu pothranjenost i jedan je od najboljih prediktora smrtnosti. Prevalencija niskog MUAC-a se također istražuje u istraživanjima za predviđanje količine slučajeva za dodatno hranjenje i programa terapijske njege. Prelazne tačke koje su najčešće korištene su <11.5 cm za tešku akutnu pothranjenost i 11.5–<12.5 cm za umjerenu akutnu neishranjenost. Također se često koristi, s većom prelaznom tačkom, kao dio procesa pregleda u dvije faze. Ovo ne bi trebalo koristiti samo u antropometrijskim istraživanjima, već se može koristiti kao jedini kriterij za prijem za programe ishrane.

	Globalna akutna pothranjenost	Umjerena akutna pothranjenost	Teška akutna pothranjenost
djeca 6,0–59,9 mjeseci	WFH <-2 Z ocjena i/ili MUAC < 12.5 cm I / ili prehrambeni edem	WFH - 3 - <-2 Z ocjena i/ili MUAC 11.5 - <12.5 cm	WFH <-3 Z ocjena i / ili MUAC < 11.5 cm I / ili prehrambeni edem

Djeca uzrasta 5–19 godina

Primjena standarda rasta SZO iz 2007. preporučuje se kako bi se utvrdio status ishranjenosti u djece uzrasta 5–19 godina. Ove krivulje referentnih podataka rasta su rekonstrukcija NCHS / WHO reference iz 1977. i usko su usklađene sa standardima SZO o razvoju djece za djecu uzrasta 6–59 mjeseci i preporučenih prelaznih tačaka za odrasle. Korištenje MUAC-a kod starije djece i adolescenata, a posebno u kontekstu HIV-a, može se uzeti u obzir. Pošto je ovo tehničko područje u razvoju, važno je da se koriste najnovije smjernice i tehnička ažuriranja.

Odrasli (20–59,9 godina)

Nema dogovorene definicije akutne pothranjenosti kod odraslih, ali dokazi pokazuju da bi prijelazne tačke kod teške akutne neishranjenosti mogle biti manje od indeksa tjelesne mase (eng. body mass index – BMI) od 16, a i manje od 18,5 za blagu i umjerenu akutnu neishranjenost. Istraživanja pothranjenosti odraslih bi trebala imati za cilj da prikupе podatke o težini, visini, visini kod sjedenja i mjerenja MUAC-a. Ovi podaci se mogu koristiti za izračunavanje BMI. BMI treba prilagoditi za Cormicov indeks (odnos visine kod sjedenja i stajanja) samo da bi se napravila poređenja između grupa stanovništva. Takva prilagođavanja mogu bitno promijeniti očitu prevalenciju pothranjenosti u odraslih, a mogu imati važne programske posljedice. Mjerenja MUAC treba uvijek provoditi. Ako su potrebni neposredni rezultati ili su resursi ozbiljno ograničeni,



istraživanje se može zasnivati samo na mjerenjima MUAC. Budući da je tumačenje antropometrijskih rezultata komplicirano zbog nedostatka validiranih funkcionalnih podataka ishoda i mjerila za utvrđivanje značenja rezultata, takvi rezultati se moraju tumačiti zajedno s detaljnim kontekstualnim informacijama. Smjernice za procjenu se mogu naći u dijelu Reference i dodatna literatura. Pri pregledima pojedinaca za prijem na prehranbenu njegu i otpust iz nje, kriterij bi trebao uključivati kombinaciju antropometrijskih indikatora, kliničke znakove (posebno slabost, nedavni gubitak težine) i društvene faktore (pristup hrani, prisutnost njegovatelja, skloništa itd.). Imajte na umu da edem kod odraslih može biti uzrokovan različitim razlozima osim razloga neishranjenosti, a doktori trebaju procijeniti edem kod odraslih i isključiti druge uzroke. Pojedine agencije trebaju odlučiti o indikatoru za određivanje kvalificiranosti za njegu, uzimajući u obzir poznate nedostatke BMI-a i nedostatak informacija o MUAC-u i programske implikacije njihovog korištenja. Pošto je ovo tehničko područje u razvoju, važno je da se koriste najnovije smjernice i tehnička ažuriranja. MUAC se može koristiti kao sredstvo pregleda za trudnice, npr. kao kriterij za ulazak u program ishrane. S obzirom na njihove dodatne prehranbene potrebe, trudnice mogu biti izložene većem riziku od drugih grupa stanovništva. MUAC se ne mijenja značajno tokom trudnoće. Za MUAC <20.7 cm (teški rizik) i <23 cm (umjeren rizik) se pokazalo da nose rizik od usporavanja rasta fetusa. Predložene prelazne tačke za rizik variraju od zemlje do zemlje i kreću se od 21 cm do 23 cm. Manje od 21 cm je predloženo kao prikladna prijelazna tačka za selekciju žena u opasnosti tokom hitnih situacija.

Stariji ljudi

Trenutno ne postoji dogovorena definicija pothranjenosti u starijih ljudi, a ove grupe mogu biti u opasnosti od pothranjenosti u hitnim situacijama. SZO predlaže da BMI pragovi za odrasle mogu biti prikladni i za osobe starije od 60 do 69 godina i više. Međutim, tačnost mjerenja je problematična zbog ledne zakrivljenosti (pognutost) i kompresije pršljenova. Obim ili poluobim ruke se može koristiti umjesto visine, ali faktor množenja za izračun visine varira zavisno od grupe stanovnika. Potrebna je vizuelna procjena. MUAC može biti koristan alat za mjerenje pothranjenosti kod starijih ljudi, ali istraživanja o prikladnoj prelaznoj tački su trenutno još uvijek u toku.

Osobe s invaliditetom

Trenutno nema smjernica za mjerenje osoba s tjelesnim invaliditetom i zato su one često isključene iz antropometrijskih mjerenja. Potrebna je vizuelna procjena. MUAC mjerenja mogu biti pogrešna u slučajevima gdje se nadlaktica mišića može dodatno izgraditi za pomoć mobilnosti. Postoje alternative standardnim mjerama visine, uključujući i dužinu, obim i polu-obim ruke ili dužina potkoljenice. Potrebno je konsultirati najnovija istraživanja kako bi se utvrdio najprimjereniji način mjerenja osoba s invaliditetom za koje standardna mjerenja težine, visine i mjerenje MUAC-a nisu prikladna.

Dodatak 5

Mjerenja značaja nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje

Tamo gdje se otkriju klinički nedostaci mikronutrijenata, trebalo bi ih hitno liječiti na individualnoj osnovi. Pojedinačni slučajevi kliničkog nedostatka mikronutrijenata su obično indikator temeljnog problema nedostatka mikronutrijenata na nivou cjelokupnog stanovništva. Mjerenje i klasifikacija nedostataka mikronutrijenata na nivou cjelokupnog stanovništva je važno za planiranje i nadzor intervencija.

Biohemijski testovi imaju prednost da pružaju objektivne mjere statusa mikronutrijenata. Međutim, prikupljanje bioloških uzoraka za ispitivanje često predstavlja izazove kod logistike, obuke osoblja, hladni lanac, a ponekad i prihvatljivosti izazova. Biohemijska mjerenja, također, nisu uvijek tako jasno korisna, odnosno osjetljiva su i specifična, što se može i pretpostaviti. Također, mogu postojati varijacije u skladu sa dobom dana, uzorkom koji je prikupljen, prema godišnjem dobu, kao i od akutne pothranjenosti. Dobra kontrola kvalitete je bitna i treba je uvijek uzeti u obzir pri odabiru laboratorija za ispitivanje uzorka.

Pri ocjeni stanja mikronutrijenata treba imati na umu mogućnost prekomjernog unosa, kao i nedostatak. To je od posebne važnosti kada se više visoko obogaćenih proizvoda ili dodataka koriste za isporuku mikronutrijenata ugroženom stanovništvu.

Tabela u nastavku prikazuje klasifikaciju važnosti odabranih nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje korištenjem različitih indikatora.



Indikator nedostatka mikronutrijenata	Preporučena starosna grupa za istraživanje prevalencije	Definicija problema za javno zdravlje	
		Ozbiljnost	Prevalencija (%)
Nedostatak vitamina A			
Noćna sljepoća (XN)	24–71 mjeseci	blag	> 0 – < 1
		umjeren	≥ 1 – < 5
		ozbiljan	≥ 5
Bitotove mrlje (X1B)	6–71 mjeseci	Nije specificirano	> 0.5
Kseroza rožnice / čirevi / keratomalacija (X2, X3a, X3b)	6–71 mjeseci	Nije specificirano	> 0.01
Ožiljci rožnice (XS)	6–71 mjeseci	Nije specificirano	> 0.05
Serum retinola (<0,7 pmol/L)	6–71 mjeseci	blag	≥ 2 – < 10
		umjeren	≥ 10 – < 20
		ozbiljan	≥ 20
Nedostatak joda			
Gušavost (vidljiva + opipljiva)	Djeca školske dobi	blag	5.0 – 19.9
		umjeren	20.0 – 29.9
		ozbiljan	≥ 30.0
Srednja koncentracija mokraćnog joda (mg/l)	Djeca školske dobi	pretjeran unos	> 300 ¹
		dovoljan unos	100 – 199 ¹
		blag nedostatak	50 – 99 ¹
		umjeren nedostatak	20 – 49 ¹
		ozbiljan nedostatak	< 20 ¹

Indikator nedostatka mikronutrijenata	Preporučena starosna grupa za istraživanje prevalencije	Definicija problema za javno zdravlje	
		Ozbiljnost	Prevalencija (%)
Nedostatak željeza			
Anemija (Žene koje nisu trudne hemoglobin <12,0 g/dl, djeca 6–59 mjeseci <11,0 g/dl)	Žene, djeca 6–59 mjeseci	nizak	5 – 20
		srednji	20 – 40
		visok	≥ 40
Beriberi¹			
Klinički znakovi	Cijela populacija	blag	≥ 1 case & <1%
		umjeren	1 – 4
		ozbiljan	≥ 5
Prehrambeni unos (<0,33 mg/1000 kcal)	Cijela populacija	blag	≥ 5
		umjeren	5 – 19
		ozbiljan	20 – 49
Smrtnost dojenčadi	Dojenčad 2–5 mjeseci	blag	Nema povećanja stope
		umjeren	Blaga vršna vrijednost u stopama
		ozbiljan	Značajna vršna vrijednost u stopama
Pelagra¹			
Klinički znakovi (dermatitis) u istraživanoj starosnoj grupi	Cijela populacija ili žene > 15 godina	blag	≥ 1 case & <1%
		umjeren	1 – 4
		ozbiljan	≥ 5
Dijetetski unos ekvivalenata niacina <5 mg/dan	Cijela populacija ili žene > 15 godina	blag	5 – 19
		umjeren	20 – 49
		ozbiljan	≥ 50
Skorbut¹			
Klinički znakovi	Cjelokupno stanovništvo	blag	≥ 1 case & < 1%
		umjeren	1 – 4
		ozbiljan	≥ 5

¹ Za informacije o biohemijским testovima i zdravstvenim pragovima pogledajte najnoviju literaturu ili zatražite savjete specijalista.



Dodatak 6

Prehrambene potrebe

Sljedeći podaci se mogu koristiti za svrhe planiranja u početnoj fazi katastrofe. Minimalni zahtjevi za nutrijente navedeni u tabeli na sljedećoj stranici bi trebali biti korišteni za procjenu adekvatnosti općih obroka namijenjenih stanovništvu. Zahtjevi se izračunavaju na osnovu pretpostavljenog demografskog profila, pretpostavki o temperaturi okoline i nivou aktivnosti ljudi. Također su uzete u obzir dodatne potrebe trudnica i dojilja. Zahtjevi nisu namijenjeni za procjenjivanje adekvatnosti dodatnih ili terapijskih obroka za njegu ili za procjenu obroka usmjerenih na pojedine grupe ljudi, kao što su osobe koje pate od tuberkuloze ili osobe koje žive s HIV-om.

Postoje dvije važne tačke za razmatranje prije zadovoljavanja potreba navedenih ispod. Prvo, te minimalne potrebe za prosječnu grupu stanovništva uključuju potrebe svih starosnih grupa oba spola. One se, dakle, ne odnose na bilo koju određenu grupu po starosnoj dobi ili spolu i ne smije ih se koristiti kao potrebe za pojedince. Drugo, prehrambeni zahtjevi se zasnivaju na profilu grupe stanovništva.

Nutrijent	Minimalne potrebe stanovništva ¹
Energija	2.100 kcals
Protein	53 g (10 % od ukupne energije)
Mast	40 g (17 % od ukupne energije)
Vitamin A	550 µg RAE*
Vitamin D	6,1 µg
Vitamin E	8,0 mg alfa-TE*
Vitamin K	48,2 µg
Vitamin B1 (tiamin)	1,1 mg
Vitamin B2 (riboflavin)	1,1 mg
Vitamin B3 (niacin)	13,8 mg NE
Vitamin B6 (piodiksin)	1,2 mg
Vitamin B12 (kobalamin)	2,2 µg
Folna kiselina	363 µg DFE*
Pantotenat	4,6 mg
Vitamin C	41,6 mg
Željezo	32 mg
Jod	138 µg
Cink	12,4 mg
Bakar	1,1 mg
Selen	27,6 µg
Kalcij	989 mg
Magnezij	201 mg

*Alpha-TE – ekvivalenti alfa-tokoferol

*RAE – ekvivalenti aktivnosti retinola

*DFE – ekvivalent prehrambenog folata

¹ Izraženo kao unos referentnih nutrijenata (RNI) za sve nutrijente osim za energiju i bakar.



Referenca: RNI od FAO/WHO (2004), potrebe vitamina i minerala u ljudskoj prehrani. Drugo izdanje je korišteno za sve proračune potreba vitamina i minerala, osim bakra, pošto potrebe ovog minerala nisu bile uključene u FAO/WHO (2004). Potrebe za bakar su uzete iz WHO-ovih (1996), Elementi u tragovima u ljudskoj ishrani i zdravlju.

Sljedeća tabela daje indikator prosječne strukture globalnog stanovništva raščlanjen prema starosti. Međutim, važno je imati na umu da je ovo specifično za kontekst i može se značajno razlikovati. Naprimjer, u nekim ruralnim sredinama, migracija srednje generacije je rezultirala u neproporcionalno visokim brojem starijih ljudi koji se brinu o djeci.

Grupa	% Stanovništva
0–6 mjeseci	1,32
7–11 mjeseci	0,95
1–3 godina	6,58
4–6 godina	6,41
7–9 godina	6,37
10–18 godina žene	9,01
10–18 godina muškarci	9,52
19–50 žene	17,42
51–65 žene	4,72
19–65 muškarci	27,90
65+ žene	2,62
65+ muškarci	2,18
Trudnice	2,40
Dojilje	2,60

Referenca: Ujedinjeni narodi (2003), Svjetska populacija: Revizija 2002, stanovništvo je interpolirano prema spolu, godinama starosti i kalendarskim godinama, od 1950. do 2050. godine.

Energetske potrebe stanovništva treba prilagoditi sljedećim faktorima:

- demografska struktura stanovništva, a posebno postotak onih ispod 5 godina, a i postotak žena,
- srednja težina odraslih i stvarna, uobičajena ili poželjna tjelesna težina,
- nivo aktivnosti za održavanje produktivnog života, tj. potrebe povećat će se ako nivo aktivnosti prelazi trajanje dnevnog svjetla (tj. 1,6 x koeficijent bazalnog metabolizma)
- prosječna temperatura okoline i skloništa i odjevni kapaciteti, tj. potrebe će se povećati ako je srednja temperatura okoline niža od 20 °C,
- prehrambeno i zdravstveno stanje stanovništva, tj. potrebe će se povećati ako je stanovništvo loše uhranjeno i ima dodatne zahtjeve za nadoknađivanje rasta. Prevalencije HIV-a i AIDS-a mogu utjecati na potrebe prosječnog stanovništva (vidjeti Standard 1. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 154). Da li je potrebno prilagoditi opće obroke kako bi zadovoljile ove potrebe zavisit će od kontekstualne analize i aktuelnih međunarodnih preporuka.

Ako nije moguće dobiti ovu vrstu informacija iz procjene, podaci u gornjoj tabeli trebaju biti korišteni kao minimalne potrebe.



Reference i dodatna literatura

Izvori

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition. Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.enonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm.

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, tom 83, no. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch.

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html.

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome. WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/.

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org.

Dodatna literatura

Reference za procjenu

Početna procjena

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

Procjena sigurnosti hrane

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml FAO and

WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Procjena sigurnosti sjemena

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.



Procjena životnih uvjeta

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

Tržišta

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Konsumacija hrane

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

Participativne metodologije

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a stepby-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

Informacijski sistemi za ishranu i sigurnost hrane

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net.

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp.

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1. Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org.

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

Antropometrijska procjena

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting

Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London.

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

Procjena mikronutrijenata

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva.

Procjena IYCF-a

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.enonline.net/resources.

Ishrana dojenčadi i djece

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.enonline.net/ife.

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.enonline.net/ife IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.enonline.net/ife.

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva. UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.enonline.net/ife.

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI),

UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.



Intervencije za sigurnost hrane

Opće

Barrett, C and Maxwell, D (2005), *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role*. London.

IASC (2005), *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), *Emergency food security interventions*. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Geneva.

Usmjeravanje i distribucija hrane

Jaspars, S and Young, H (1995), *General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities*. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), *UNHCR Handbook for Registration*. Geneva. WFP (2009), *School Feeding Quality Standards*. Rome.

WFP (2008), *Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide*. Rome. WFP (2006), *Targeting in Emergencies*. Rome.

Upravljanje lancima snabdijevanja i kvalitet i sigurnost hrane

CARE, *Food Resource Management handbook. Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide*. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), *Catalogue and Standard Operating Procedures*. www.unhrd.org.

WFP (2010), *Food Quality Control*: <http://foodquality.wfp.org>

WFP (2003), *Food Storage Manual*. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome. World Vision International, *World Vision Food Resource Manual*. Second edition.

World Vision International, *Food Monitors Manual*.

Intervencija sa gotovinom i bonovima

Action contre la faim (2007), *Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers*. Paris.

Adams, L (2007), *Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper*.

Cash Learning Partnership (2010), *Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies*. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London. Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Intervencija sa sjemenom

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

Opći priručnik za hitne situacije u vezi sa hranom

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris. UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Ranjivi ljudi

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

Liječenje akutne pothranjenosti

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.



ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources.

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

Nedostaci mikronutrijenata

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva. WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

Minimalni standardi za skloništa, smještaj i neprehrambene proizvode



Kako koristiti ovo poglavlje

Ovo poglavlje je podijeljeno u dva glavna dijela:

Sklonište i naselje,

Neprehrambeni artikli: odjeća, posteljina i predmeti za domaćinstvo.

Oba dijela pružaju opće standarde za upotrebu u bilo kojem od nekoliko scenarija intervencija za raseljeno i neraseljeno stanovništvo, uključujući privremeno ili prijelazno sklonište za individualna domaćinstva koja borave na izvornim lokacijama, ili povratak u popravljene stanove, privremeni smještaj sa porodicama domaćinima, i / ili privremena naselja u zajednicama koja se sastoje od planiranih ili samostalno formiranih kampova ili onih koje je stanovništvo samo naselilo, kolektivnih centara, tranzitnih ili povratnih centara. Principi zaštite i osnovni standardi se konzistentno koriste s ovim poglavljem. Iako su prvenstveno namijenjeni da pruže informacije za humanitarne reakcije kod katastrofa, minimalni standardi se mogu također uzeti u obzir tokom pripremljenosti za katastrofe i u prijelazu na aktivnosti za oporavak i obnovu.

Svaki dio sadrži sljedeće:

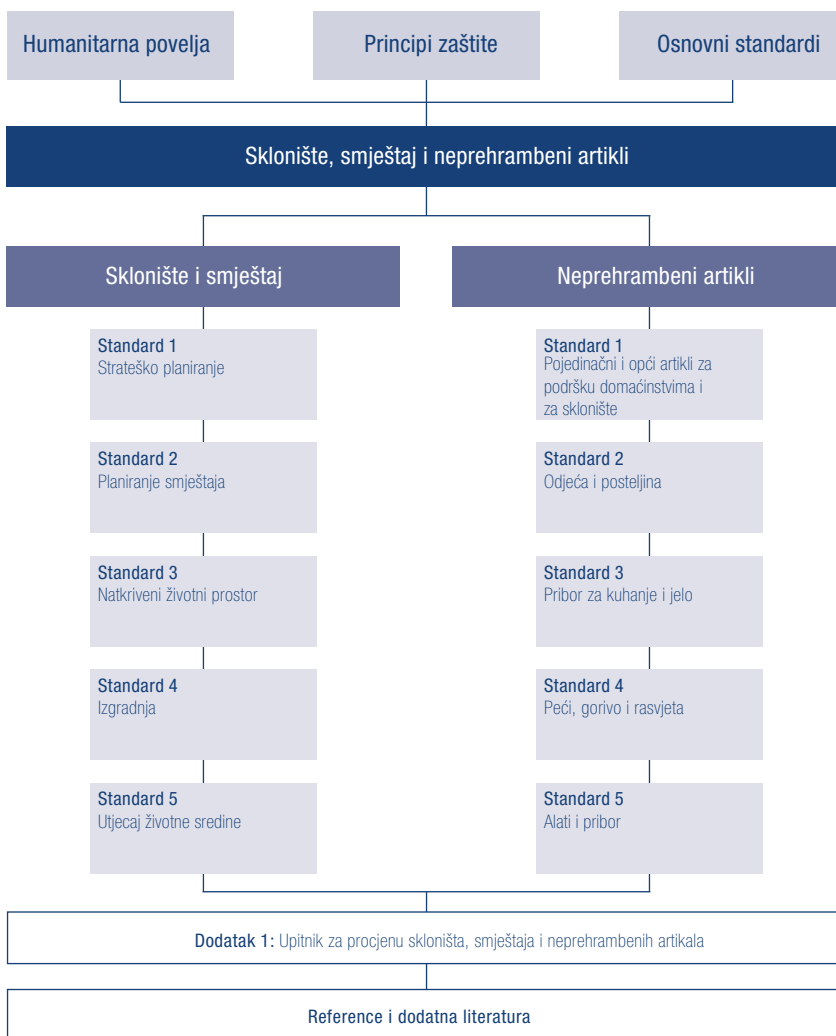
- **Minimalni standardi:** oni su kvalitativne prirode i određuju minimalne nivoe koje treba ostvariti u humanitarnim reakcijama u vezi sa pružanjem skloništa;
- **Ključne aktivnosti:** ovo su predložene aktivnosti i ulazne informacije kako bi se zadovoljili standardi;
- **Ključni indikatori:** ovo su “signali” koji pokazuju da li je standard postignut; oni pružaju način mjerenja i komuniciraju procese i rezultate ključnih aktivnosti i odnose se na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost;
- **Smjernice:** uključuje specifične tačke za razmatranje prilikom primjene osnovnog standarda, ključnih aktivnosti i ključnih indikatora u različitim situacijama. One pružaju smjernice o rješavanju praktičnih teškoća, mjerila ili savjete o prioritetnim pitanjima. Također mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, postupke ili indikatore, te opisivati dileme, kontroverze ili nedostatke u trenutnom znanju.

Ukoliko potrebni ključni indikatori i aktivnosti ne mogu biti ispunjeni, treba procijeniti nastale štetne posljedice za pogođeno stanovništvo i treba poduzeti odgovarajuće radnje za njihovo ublažavanje. Uputnik procjene potreba je uključen u Dodatku 1, a napomene za smjernice se nalaze u dodacima 2–6. Odabrana lista referenci i dodatne literature, koja upućuje na izvorne informacije o specifičnim i općim pitanjima koja se odnose na ovo poglavlje, također se može naći u nastavku.

Sadržaj

Uvod	209
1. Skloništa i smještaj.....	215
2. Neprehrambeni proizvodi: odjeća, posteljina i predmeti za domaćinstvo...231	
Dodatak 1: Upitnik za procjenu za skloništa, smještaja i neprehrambenih artikala.....	239
Reference i dodatna literatura.....	244





Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za sklonište, smještaj i neprehrambene artikle su praktični izraz zajedničkih uvjerenja i obaveza humanitarnih agencija i zajedničkih principa, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnim djelovanjem, a koji su predstavljeni u Humanitarnoj povelji. Zasnivaju se na principu humanosti, a ogledaju se u međunarodnom pravu, i uključuju pravo na dostojanstven život, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na osnovu potrebe. Spisak važnih pravnih dokumenata i politika na kojima se zasniva Humanitarna povelja dostupan je u Dodatku 1 (vidjeti stranicu 308), s komentarima koji su objašnjenja za humanitarne radnike. U humanitarnom djelovanju, sklonište, smještaj i s njima povezani neprehrambeni artikli su poznati pojmovi koji spadaju u obim prava na adekvatno stanovanje, koje je sadržano u ljudskim pravima.

Svako ima pravo na odgovarajuće stanovanje. To pravo se priznaje u ključnim međunarodnim pravnim instrumentima (vidjeti Reference i dodatna literatura: Međunarodni pravni instrumenti). To uključuje pravo da se živi u sigurnim okolnostima, miru i dostojanstvu, sa sigurnošću uživanja stanovanja, kao i zaštitom od prisilnog iseljenja i pravo na restituciju. Ovi instrumenti definiraju adekvatno stanovanje i tako osiguravaju:

- dovoljno prostora i zaštitu od hladnoće, vlage, topline, kiše, vjetra i drugih prijetnji zdravlju, uključujući i strukturne opasnosti i prijenosnike bolesti;
- dostupnosti usluga, objekata, materijala i infrastrukture;
- priuštivost, mogućnost naseljavanja, dostupnost, lokacijsku i kulturnu prikladnost;
- održivi pristup prirodnim i zajedničkim resursima, pitkoj vodi, energiji za kuhanje, grijanju i rasvjeti; sanitarnim uvjetima i objektima za pranje veša, sredstvima za čuvanje hrane, odvozu smeća, drenaži lokacije, i hitnim službama;
- odgovarajuću lokaciju naselja i smještaja kako bi se osigurao siguran pristup zdravstvenim uslugama, školama, centrima za brigu o djeci i drugim socijalnim objektima i prilikama za bolje životne uvjete;
- da građevinski materijal i politike koje se odnose na stambenu gradnju na odgovarajući način omogućuju izražavanje kulturnog identiteta i raznovrsnosti stanovanja.

Minimalni standardi u ovom poglavlju nisu potpuni izraz prava na adekvatno stanovanje kao što je ono definirano relevantnim međunarodnim pravnim instrumentima. Umjesto toga, minimalni standardi odražavaju sadržaj **jezgre** prava na adekvatno stanovanje i doprinose progresivnoj realizaciji ovog prava.

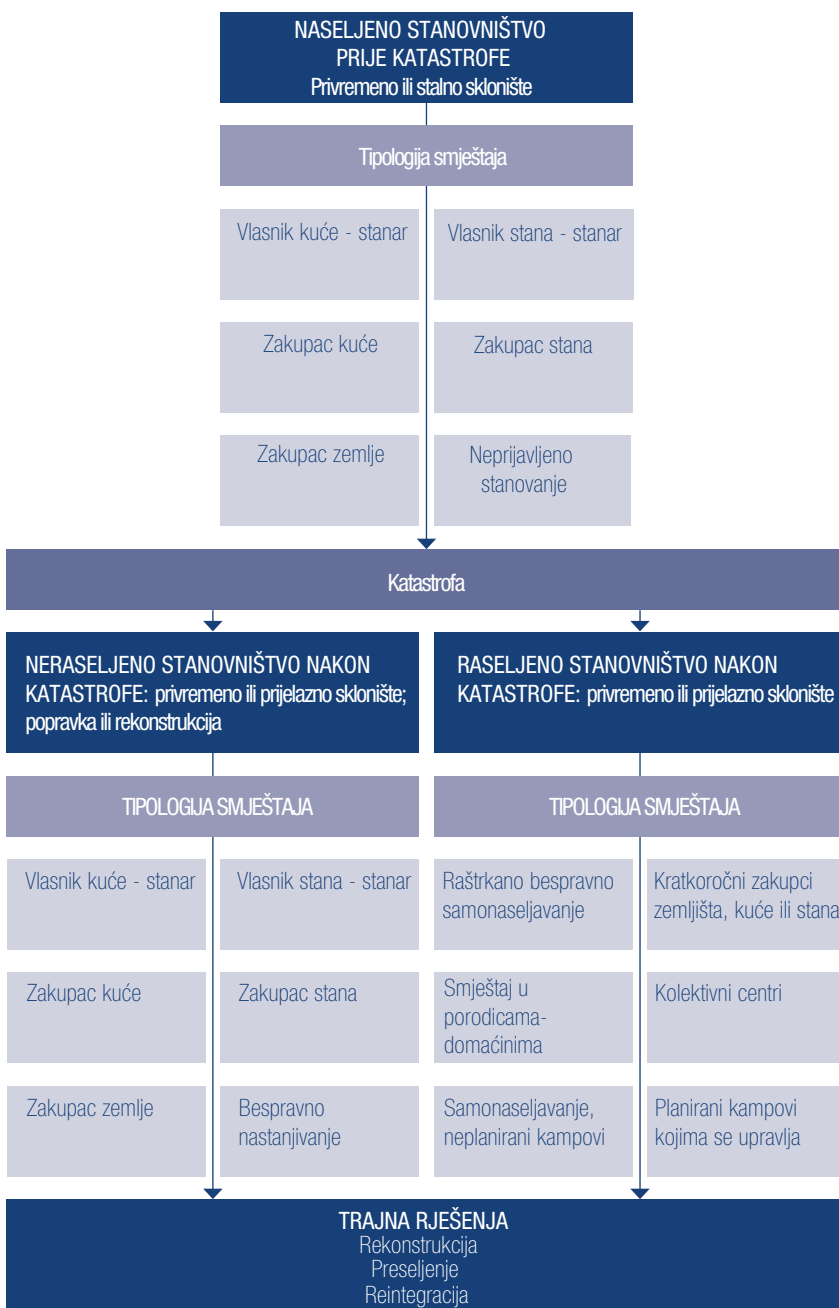


Važnost skloništa, smještaja i neprehrambenih artikala u katastrofama

Sklonište je kritična determinanta za preživljavanje u početnim fazama katastrofe. Pored preživljavanja, sklonište treba osigurati sigurnost, ličnu sigurnost i zaštitu od klime i promovirati otpornost na bolesti. Ono je, također, važno za ljudsko dostojanstvo, za održavanje porodice i život u zajednici i omogućuje pogođenom stanovništvu da se oporavi od utjecaja katastrofe. Sklonište i s njim povezan smještaj i reakcije u obliku neprehrambenih artikala trebaju podržavati postojeće strategije suočavanja sa problemom i promovirati samodostatnost i samoupravljanje onih koji su pogođeni katastrofom. Lokalne kapacitete i resurse treba maksimalno koristiti, ako to ne rezultira u negativnim efektima za pogođeno stanovništvo ili lokalnu ekonomiju. Svaka reakcija bi trebala uzeti u obzir poznate rizike od katastrofa i smanjiti dugoročni negativan utjecaj na životnu sredinu, a maksimalno povećati mogućnosti da pogođeno stanovništvo održi ili uspostavi bolje životne uvjete.

Toplinska udobnost, zaštita od utjecaja klime i lična sigurnost i dostojanstvo se postižu zadovoljavanjem kombinacije potreba pojedinaca i lokacije natkrivenog prostora u kojem su trenutno nastanjeni. Isto tako, zadovoljavanje tih potreba zahtijeva odgovarajuću kombinaciju sredstava za pripremu, kuhanje i konzumiranje hrane, odjeću i posteljinu, adekvatan natkriveni prostor ili sklonište, sredstvo za grijanje i ventilaciju prema potrebi, te pristup osnovnim uslugama. Potrebe za skloništem, smještajem i neprehrambenim artiklima stanovništva pogođenog katastrofom se određuju prema vrsti i obimu katastrofe i mjeri u kojoj je stanovništvo raseljeno. U intervenciji treba koristiti informacije o sposobnosti i želji raseljenih za povratak na mjesto izvornog stanovanja i za početkom procesa oporavka: tamo gdje nisu u stanju ili se ne žele vratiti, oni će trebati privremeno ili prijelazno rješenje za sklonište i smještaj (pogledajte dijagram ispod). Lokalni kontekst katastrofe će dati informacije za intervencije, uključujući i da li je pogođeno područje seosko ili gradsko, koji su lokalni klimatski i ekološki uvjeti, kakva je politička i sigurnosna situacija, te kakva je sposobnost pogođenog stanovništva da doprinesu ispunjenju svojih potreba za skloništem.

Opcije i scenariji reakcija koje se tiču skloništa i smještaja



U ekstremnim vremenskim uvjetima, gdje sklonište može biti presudno za opstanak, ili kao rezultat premještanja, može se desiti da pogođeno stanovništvo ne bude u mogućnosti izgraditi odgovarajuće sklonište, pa će biti potrebna rješenja koja se mogu brzo postaviti, kao što su šatori i slično, ili privremeni smještaj u postojećim javnim zgradama. Raseljeno stanovništvo može organizirati sklonište sa porodicama-domaćinima, mogu se smjestiti kao pojedinačna domaćinstva ili u grupama domaćinstava u okviru postojećih naselja ili može biti potreban privremeni smještaj u planiranim kampovima pod upravom, ili kolektivnim centrima.

Pogođeno stanovništvo bi, ako je moguće, trebalo dobiti podršku da popravi ili prilagodi postojeće stanove ili izgradi nove strukture. Pomoć može uključivati pružanje odgovarajućih građevinskih materijala, alata i pribora, novca ili bonova, tehničkih smjernica i obuka ili kombinaciju. Potrebno je osigurati podršku ili tehničku pomoć pogođenom stanovništvu koje nema sposobnost ili znanje da poduzme građevinske aktivnosti. Također treba uzeti u obzir prava i potrebe onih koji su sekundarno pogođeni katastrofom, poput susjednog stanovništva koje je domaćin raseljenima. Tamo gdje se javne zgrade, a posebno škole, koriste kao privremeni komunalni smještaj, treba poduzeti planirano i sigurno preseljenje stanovništva koja je tu sklonjeno što je prije moguće kako bi se omogućilo da se normalne aktivnosti nastave.

Svaka intervencija bi trebala koristiti informacije o koracima koje je pogođeno stanovništvo poduzelo kako bi se pružilo privremeno ili stalno sklonište koristeći njihove kapacitete i resurse. Reakcije za skloništa trebaju omogućiti pogođenom stanovništvu da postepeno nadograde i / ili ostvare tranziciju iz stambenih rješenja za hitne situacije u stalna. Također, može biti potrebno omogućiti popravak oštećenih javnih zgrada ili pružanje privremenih objekata koji trebaju služiti kao škole, zdravstveni centri i drugi objekti u lokalnoj zajednici. Skloništa za stoku i druge izvore egzistencije mogu biti ključni dodatak pružanju stambenog skloništa za neka pogođena stanovništva. U djelovanju trebalo bi koristiti informacije o rizicima i ranjivostima postojećih skloništa i naselja u vezi sa lokacijom, planiranjem, projektiranjem i gradnjom, uključujući i one koji su pogoršani katastrofom ili zbog utjecaja klimatskih promjena. Razmatranje utjecaja životne sredine na izgradnju rješenja za naselje i sklonište je, također, od velike važnosti za svođenje dugoročnog utjecaja katastrofe na minimum.

Bolje intervencije u slučaju katastrofa u vidu skloništa, smještaja i neprehranbenih artikala se postižu kroz bolju pripremljenost. Takva pripremljenost je rezultat kapaciteta, odnosa i znanja koje razvijaju vlade, humanitarne agencije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci kako bi predvidjeli i efektivno reagirali na utjecaj vjerovatnih, neposrednih ili tekućih opasnosti. Pripremljenost se zasniva na analize rizika i sistemima ranog upozorenja.

Veze sa drugim poglavljima

Mnogi od standarda u ostalim poglavljima su relevantni za ovo poglavlje. Napredak u ostvarivanju standarda u jednom području često utječe, pa čak i određuje napredak u drugim područjima. Kako bi intervencija bila efektivna, potrebna je bliska koordinacija i saradnja s drugim sektorima. Naprimjer, u područjima gdje

se pruža pomoć i vidu skloništa neophodno je komplementarno pružanje vodosnabdijevanja i sanitacijskih objekata, kako bi se osiguralo zdravlje i dostojanstvo pogođenog stanovništva. Isto tako, pružanje adekvatnog skloništa doprinosi zdravlju i blagostanju raseljenog stanovništva, a osnovni pribor za kuhanje i jelo te gorivo za kuhanje su potrebni kako bi omogućili korištenje pomoći u hrani i zadovoljavanje prehrambenih potreba. Koordinacija s lokalnim vlastima i drugim agencijama koje reagiraju je, također, potrebna kako bi se osiguralo da su ispunjene potrebe, a da se naponi ne dupliciraju i da se optimizira kvaliteta intervencije koje se tiču skloništa, smještaja i neprehrambenih artikala.

Veze sa principima zaštite i Osnovnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi u ovom priručniku, sve humanitarne agencije trebaju biti vođene principima zaštite, čak i ako one nemaju određen mandat za zaštitu ili specijalističke kapaciteta za zaštitu. Principi nisu "apsolutni": prihvaća se da okolnosti mogu ograničiti obim u kojem su agencije u mogućnosti da ih ispune. Ipak, principi odražavaju univerzalna humanitarna pitanja koji bi trebali voditi akciju u svako vrijeme. Osnovni standardi su bitni procesni standardi i standardi osoblja koje dijele svi sektori. Šest osnovnih standarda pokrivaju humanitarno djelovanje fokusirane na ljude, koordinaciju i saradnju, procjenu, osmišljavanje i reakciju; efektivnost, transparentnost i učenje i performanse humanitarnih radnika. Oni pružaju jedinstvenu referentnu tačku za pristupe koji podržavaju sve druge standarde u Priručniku. Zato, svako tehničko poglavlje zahtijeva popratno korištenje osnovnih standarda kako bi se pomoglo u ostvarivanju njegovih standarda. Konkretno, kako bi se osigurala prikladnost i kvaliteta za bilo kakvu reakciju treba osigurati učestvovanje katastrofom pogođenih ljudi, uključujući i grupe i pojedince koji su najčešće izloženi riziku u katastrofama.

Ranjivosti i kapaciteti katastrofom pogođenog stanovništva

Ovaj dio osmišljen je kako bi se čitao u kombinaciji s temeljnim standardima i da ih upotpunjuje. Važno je razumjeti da to što je neko mlad ili star, žena ili pojedinac s invaliditetom ili HIV-om ne čini, samo po sebi, tu osobu ranjivom ili povećava rizik kojemu je izložena. Umjesto toga, to je uzajamno djelovanje faktora: naprimjer, za nekog ko ima više od 70 godina, živi sam i u lošem je zdravstvenom stanju je vjerovatno da će biti više ranjiv nego neko slične dobi i zdravstvenog stanja ko živi unutar šire porodice i sa dovoljno prihoda. Slično tome, 3-godišnja djevojčica je puno više ugrožena ako nema pratnje, nego ako se za nju brinu odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi aktivnosti u svezi skloništim, smještajem i neprehrambenim proizvodima, analiza ranjivosti i kapaciteta pomaže da se osigura da napor u okviru intervencija na katastrofu podržava one koji imaju pravo na pomoć, na ne diskriminirajući način i da je dobivaju oni kojima je najpotrebnija. To zahtijeva temeljno razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena kriza utječe na pojedine grupe ljudi na različite načine s obzirom na njihove postojeće ranjivosti (npr. vrlo siromašne ili diskriminirane), njihovu izloženost raznim prijetnjama po zaštitu (npr. rodno nasilje uključujući seksualnu eksploataciju), pojavu bolesti ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. male boginje ili kolera). Katastrofe mogu dovesti do toga da postojeće nejednakosti budu još izražajnije. Međutim, ključna je podrška za



strategije suočavanja ljudi, otpornost i kapacitete za oporavak. Njihovo znanje, vještine i strategije trebaju biti podržane, a treba zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, finansijskoj i psihosocijalnoj podršci. Također treba na odgovarajući način riješiti razne fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne barijere sa kojima se ljudi mogu suočiti u pristupu ovim uslugama.

Ispod su istaknuta neka od ključnih područja koja će osigurati da se uzimaju u obzir prava i kapaciteti svih ranjivih ljudi:

- optimizirati učestvovanje ljudi, osiguravajući da su sve reprezentativne grupe uključene, a posebno oni koji su manje vidljivi (npr. pojedinci koji imaju komunikacijske poteškoće i poteškoće mobilnosti, oni koji žive u institucijama, stigmatizirane mlade osobe i druge grupe koje su slabo zastupljene);
- razvrstati podatke po spolu i dobi (0–80 i više godina) tokom procjene, jer to je važan element u osiguravanju da sektor ili područje adekvatno uzima u obzir raznovrsnost stanovništva;
- osigurati da je o pravu na informacije komunicirano na način koji uključuje i koji je dostupan svim članovima zajednice.

Minimalni standardi

1. Sklonište i smještaj

Neraseljenom katastrofom pogođenom stanovništvu treba pomoći na izvornom mjestu stanovanja, privremenim ili prijelaznim skloništem za domaćinstva, ili sa sredstvima za popravak ili izgradnju odgovarajućih skloništa. Individualna skloništa za domaćinstva za takvo stanovništvo mogu biti privremena ili stalna, zavisno od faktora koji uključuju i obim pružene pomoći, prava korištenja zemljišta ili vlasništvo, dostupnost osnovnih usluga i mogućnosti za nadogradnju i proširenje skloništa. Raseljeno stanovništvo koje nije u mogućnosti da se vrate u svoje domove često vole ostati sa drugim članovima porodice ili osobama s kojima dijele historijske, vjerske ili druge veze i treba im pomoći da to učine. Kada takvo raštrkano naseljavanje nije moguće, mogu se pružiti privremena komunalna naselja u planiranim ili samostalno naseljenim kampovima, uz privremeno ili prijelazno sklonište za domaćinstva, ili u prikladnim velikim javnim zgradama koje se koriste kao kolektivni centri.

Standard 1. Skloništa i smještaj: strateško planiranje

Strategije za sklonište i naselje doprinose sigurnosti, zaštiti, zdravlju i blagostanju raseljenog i neraseljenog katastrofom pogođenog stanovništva i promoviraju oporavak i obnovu gdje je to moguće.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- procijeniti i analizirati potrebe za skloništem i smještajem za pogođeno stanovništvo u dogovoru sa relevantnim vlastima i samim stanovništvom (vidjeti smjernicu 1);
- razviti plan intervencije za sklonište i smještaj (uključujući i rani oporavak ako je moguće) u saradnji sa relevantnim vlastima, agencijama koje učestvuju u djelovanju i pogođenim stanovništvom (vidjeti smjernicu 1);
- odrediti prioritete i podržati povratak pogođenih domaćinstava u njihove izvorne stanove ili mjesta njihovih stanovanja gdje god je to moguće (vidjeti smjernicu 2);
- pomoći onima koji ne se mogu ili ne žele vratiti u njihove izvorne stanove da ih prime druga domaćinstva ili da budu smješteni u privremenim naseljima u zajednici (vidjeti smjernice 3–4);
- osigurati da pristup do neprehrambenih artikala, rješenja za sklonište (kao što su šatori ili kompleti za sklonište), građevinskog materijala, novca, tehničke pomoći ili informacija ili kombinacija budu određeni prema potrebi (vidjeti smjernice 5–6);



- osigurati da se stanovi ili naselja nalaze na sigurnoj udaljenosti od bilo koje stvarne ili potencijalne prijetnje, te da su rizici od postojećih opasnosti na minimumu (vidjeti smjernicu 7);
- osigurati da ostaci od katastrofe budu uklonjeni sa ključnih lokacija, uključujući lokacije oštećenih ili uništenih domova, privremenih naselja u zajednicama, ustanova od javnog značaja i pristupnih puteva (vidjeti smjernicu 8);
- planirajte siguran pristup vodi i sanitarnim uslugama, zdravstvenim ustanovama, školama i mjestima za rekreaciju i molitvu, a i zemljištu, tržištima ili uslugama koje se koriste za nastavak ili razvoj aktivnosti za podršku uvjetima za život (vidjeti smjernice 9–10).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- rješenja za skloništa i naselje za zadovoljavanje osnovnih potreba cijelog katastrofom pogođenog stanovništva se dogovaraju sa samim stanovništvom i organima vlasti u koordinaciji sa svim agencijama koje učestvuju u intervenciji (vidjeti smjernicu 1);
- sva rješenja za privremeno sklonište i smještaj su sigurna i adekvatna i takva će i ostati dok se ne postignu trajnija rješenja (vidjeti smjernice 2–10).

Smjernice

1. **Procjena, konsultacije i koordinacija:** početna procjena potreba je važna da se identificiraju potrebe za skloništem i smještajem za pogođeno stanovništvo, rizici nakon katastrofe, ranjivost i kapaciteti, mogućnosti za rješavanje oporavka od samog nastanka katastrofe i potrebe za detaljnijom procjenom, uključujući utjecaj na životnu sredinu. U takvu procjenu bi trebalo biti uključeno stanovništvo pogođeno katastrofom (posebno ranjive osobe s posebnim potrebama), zajedno sa relevantnim organima. Planove pripremljenosti za nepredviđene situacije treba upotrijebiti kao smjernice za djelovanje u koordinaciji s relevantnim vlastima, humanitarnim i drugim organizacijama i pogođenim stanovništvom, kroz korištenje dogovorenih mehanizama koordinacije. Dostupnost resursa, lokalni kontekst (uključujući i obrazac vremenskih uvjeta koji se sezonski ponavljaju), sigurnost i pristup postojećim ili novim lokacijama i zemljištu treba poslužiti kao informacije za planiranje intervencije (vidjeti osnovne standarde 1–5 na str. 47–58, standarde 1–5. Neprehrambeni artikli na str. 232–238, i Dodatak 1: Upitnik za procjenu skloništa, smještaja i neprehrambenih artikala).
2. **Povratak:** prilika za povratak na svoje zemljište i u svoje domove glavni je cilj za veći dio katastrofom pogođenog stanovništva. Popravak stanova ili razvijanje rješenja za skloništa, što određuje samo stanovništvo, podržavaju strategije suočavanja sa problemom u toj zajednici, da zadrže uspostavljene obrasce smještaja i omogućе korištenje postojeće infrastrukture (vidjeti Osnovni standard 1 na str. 47). Povratak može biti odgođen ili spriječen i tako zahtijeva period privremenog smještaja na drugom mjestu. Pitanja koja utječu na povratak uključuju nastavak katastrofe, kao što su poplave, klizišta ili zemljotresi koji su u toku, i sigurnosni razlozi, kao što su okupiranost imovine ili zemljišta i potreba za restitucijom, nastavak nasilnih sukoba, etničke ili vjerske napetosti, strah od progona i nagaznih mina i neeksploziranih ubojitih sredstava. Rekonstrukcija škola je također važna kako bi se omogućilo

povratak raseljenih osoba. Domaćinstva čiji su nositelji žene, udovice ili siročad zbog katastrofe, ili osobe s invaliditetom, mogu biti spriječeni prilikom povratka zbog neadekvatnih ili diskriminirajućih zakona koji se tiču zemljišta i nekretnina ili uobičajenih procedura. Raseljeno stanovništvo koje možda nema sposobnost da poduzme aktivnosti rekonstrukcije također može biti obeshabreno ili spriječeno u povratku.

- 3. Prihvatanje u porodicama i zajednicama domaćinima:** raseljeno stanovništvo koje nije u mogućnosti da se vrate u svoje domove često vole ostati s drugim članovima porodice ili osobama s kojima dijele historijske, vjerske ili druge veze (pogledajte Osnovni standard 1 na stranici 47). Pomoć za takvo prihvatanje može uključivati podršku za proširenje ili prilagođavanje postojećeg skloništa porodice-domaćina i objekata za smještaj raseljenog domaćinstva, ili pružanje dodatnih odvojenih skloništa u susjedstvu porodice-domaćina. Treba procijeniti nastali rast gustine stanovništva i zahtjev za društvenim objektima, infrastrukturom i prirodnim resursima.
- 4. Privremena naselja u zajednici:** privremeni planirani kampovi. Iako oni ne bi trebali postati princip djelovanja, mogu se koristiti za smještaj pogođenog stanovništva koje nije u mogućnosti ili se ne želi vratiti na mjesto izvornog stanovanja, a i za one za koje porodice-domaćini nisu moguća opcija. Takva rješenja naseljavanja mogu biti potrebna u područjima gdje sigurnosne prijetnje povećavaju rizik za izolirano stanovništvo ili tamo gdje je ograničen pristup osnovnim uslugama i resursima, kao što su voda, hrana i građevinski materijal lokalnog porijekla. Postojeće zgrade koje se koriste kao kolektivni centri mogu pružiti brzu privremenu zaštitu od klime. Zgrade koje se koriste u te svrhe mogu trebati prilagođavanja ili nadogradnju, naprimjer podjelu unutrašnjih dijelova te rampe za osobe s teškoćama u kretanju. U mnogim zemljama upotreba unaprijed identificiranih zgrada za kolektivne centre je uobičajena reakcija na poznate vrste katastrofa, uz sa tim povezane odgovornosti upravljanja i usluga. Iako se školske zgrade često koriste za smještaj katastrofom pogođenog stanovništva, potrebno je identificirati alternativne strukture da se omogući nastavak školovanja. Kod planiranja privremenih naselja u zajednicama treba razmotriti implikacije za ličnu sigurnost, privatnost i dostojanstvo stanovnika i pristup osnovnim objektima. Potrebno je osigurati da privremena komunalna naselja ne postanu i sama metom napada, i da ne predstavljaju sigurnosni rizik za okolno stanovništvo ili rezultiraju u neodrživim zahtjevima za životnu sredinu u neposrednoj blizini.
- 5. Vrste pomoći u skloništim:** kako bi se zadovoljile potrebe ugroženog stanovništva za skloništem, mogu biti potrebne kombinacije različitih vrsta pomoći. Osnovna pomoć može uključivati lične artikle, kao što su odjeća i posteljina, odnosno opće kućanske artikle, kao što su peći i gorivo. Artikli za podršku za sklonište uključuju šatore, plastičnu foliju i komplete alata, građevinski materijal i privremena ili tranzicijska skloništa uz korištenje materijala koji se može ponovo koristiti kao dio stalnih skloništa. Također može biti potreban manualni rad ili specijalistički rad, bilo dobrovoljan ili ugovoren, kao i tehničke instrukcije za odgovarajuće tehnike gradnje. Korištenje novca ili bonova za promociju korištenja lokalnih lanaca snabdijevanja i resursa treba uzeti u obzir, zavisno od funkcioniranja lokalne ekonomije. Novac se, također, može koristiti za plaćanje najma smještaja. Informacije ili savjeti koji se distribuiraju putem javnih kampanja ili lokalnih centara o tome kako ostvariti pristup podršci, materijalima ili drugim oblicima podrške za sklonište mogu nadopuniti pomoć u robama.



6. **Tranzijska skloništa:** ova skloništa su više pristup nego faza djelovanja, i pružanje tranzicijskog skloništa je reakcija na činjenicu da nakon katastrofe sklonište često gradi samo pogođeno stanovništvo i da taj proces treba podržati (vidjeti Osnovni 1 na stranici 47). Rješenja za skloništa nakon katastrofa koja se mogu djelimično ili u cijelosti ponovo upotrijebiti kao trajnije građevine, ili premjestiti sa privremene na trajnu lokaciju, mogu promovirati tranziciju pogođenog stanovništva u trajnije sklonište. Za neraseljeno stanovništvo koje je na lokaciji svojih ranijih domova, tranzicijsko sklonište može pružiti osnovne domove, koje će kasnije nadograditi, proširiti ili zamijeniti tokom vremena kako im resursi dozvole. Za raseljeno stanovništvo, tranzicijska skloništa mogu pružiti odgovarajuća skloništa koja se mogu rastaviti i ponovo koristiti, kada pogođeno stanovništvo bude u mogućnosti da se vrati na lokaciju svojih domova ili bude preseljeno na novu lokaciju. Tranzijska skloništa se, također, mogu biti dostupna pogođenom stanovništvu koje su prihvatila druga domaćinstva koja mogu pružiti dodatna skloništa u bližoj okolini. Sve takve strukture trebaju se moći ukloniti i ponovo upotrijebiti kada pogođeno stanovništvo budu u mogućnosti da se vrate na svoje izvorne lokacije ili drugdje.
7. **Procjene rizika, ranjivost i opasnosti:** poduzeti i redovno pregledajti procjene rizika i ranjivosti (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 52). Stvarne ili potencijalne sigurnosne prijetnje i posebni rizici i ranjivosti zbog starosti, spola, invaliditeta, socijalnog ili ekonomskog statusa, zavisnosti pogođenog stanovništva od prirodnih resursa životne sredine i odnosa između pogođenog stanovništva i zajednica domaćina trebaju biti uključeni u takve procjene (vidjeti Princip zaštite 3 na stranici 32). Rizici koji potječu od prirodnih opasnosti kao što su zemljotresi, vulkanske aktivnosti, klizišta, poplave ili jaki vjetrovi se trebaju koristiti kao informacije za planiranje rješenja skloništa i smještaja. Lokacije smještaja ne bi trebale biti izložene bolestima ili kontaminaciji ili da imaju značajne rizike pojave prenosnika bolesti. Potencijalno opasni materijali i predmeti mogu biti pohranjeni ili izloženi budućim prirodnim katastrofama kao što su zemljotresi, poplave i tajfuni. Mine i neeksplozivna ubojita sredstva mogu biti prisutni zbog prijašnjih ili sadašnjih sukoba. Stabilnost građevinskih objekata u naseljenim područjima pogođenim katastrofom trebaju procijeniti tehnički stručnjaci. Za kolektivne centre treba procijeniti mogućnost postojećih građevinskih objekata za bilo kakvo dodatno opterećenje i povećan rizik od urušavanja strukturnih dijelova kao što su podovi, unutrašnji pregradni zidovi, krovovi itd.
8. **Uklanjanje ruševina:** uklanjanje ruševina nakon prirodnih katastrofa ili sukoba je prioritet kako bi se omogućilo pružanje skloništa i uspostavu odgovarajućih rješenja za smještaj. Planiranje upravljanja odlaganjem ostataka treba započeti odmah nakon katastrofe kako bi se osiguralo da se ostaci mogu reciklirati ili identificirati za razdvajanje, prikupljanje i / ili prečišćavanje (pogledajte Standard 5. Skloništa i smještaj na stranici 228). Ključna pitanja uključuju prisutnost leševa koji zahtijevaju identifikaciju i odgovarajuće upravljanje, pristup ličnim stvarima, strukturno opasne lokacije i opasni materijali i vlasništvo nad materijalima koji se mogu spasiti za ponovnu upotrebu ili prodaju. Odstranjivanje otpadaka može pružiti mogućnosti za zaradu za radne programe i / ili zahtijevati upotrebu velike opreme i ekspertizu. Treba uzeti u obzir upotrebu, upravljanje, vlasništvo i utjecaj odlagališta na životnu sredinu.
9. **Škole, zdravstvene ustanove i komunalna infrastruktura:** treba osigurati pristup osnovnim uslugama, uključujući škole, zdravstvene ustanove, sigurna igrališta i zajedničke prostorije za sastanke.

Treba koristiti postojeću ili popravljenu infrastrukturu za usluge, uz dodatne privremene usluge ili objekte prema potrebi. Tamo gdje za popravak ili izgradnju javnih zgrada treba razviti nove planove naselja ili treba proći druge regulatorne procese, mogu biti potrebne privremene konstrukcije za kratkoročne objekte. Svaka takva privremena ili trajna građevina mora ispunjavati dogovorene standarde (vidjeti Standard 1. WASH na stranici 83, Standard 1. Zdravstveni sistemi na stranici 255 i Minimalni standardi INEE za obrazovanje: pripremljenost, intervencija i oporavak).

10. **Podrška za životne uvjete:** kod smještaja katastrofom pogođenog stanovništva treba uzeti u obzir informacije o njihovim ekonomskim aktivnostima prije katastrofe i mogućnostima u kontekstu nakon katastrofe (vidjeti standarde 1–2. Procjena osiguranja hrane i ishrane, na str. 130–133, te Osnovni standard 1, na str. 47). Treba uzeti u obzir dostupnost zemljišta i pristup istom za obrađivanje i ispašu, kao i pristup tržištu i lokalnim uslugama za pojedine ekonomske aktivnosti.

Standard 2. Sklonište i smještaj: planiranje naselja

Planiranje povratničkih, prihvatnih ili privremenih naselja u zajednici omogućuje sigurno korištenje smještaja i osnovnih usluga za pogođeno stanovništvo.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- identificirati i koristiti postojeće procese planiranja gdje je to moguće, uz korištenje informacija o dogovorenim najboljim praksama, svodeći na najmanju mjeru rizik i ranjivost takvog smještaja (vidjeti smjernicu 1);
- voditi računa o vlasništvu nad stambenim objektima, zemljištem i imovinom i / ili prava na upotrebu u zgradama ili na lokacijama (vidjeti smjernicu 2);
- osigurajte siguran pristup svim lokacijama skloništa i smještaja u osnovnim uslugama (vidjeti smjernice 3–4);
- koristiti postojeće obrasce naselja i topografske karakteristike kako bi minimizirali negativan utjecaj na životnu sredinu (vidjeti smjernicu 5);
- prema potrebi uključiti pogođeno stanovništvo u planiranje privremenih naselja u zajednicama kroz porodične grupe, grupe u susjedstvu ili selu (vidjeti smjernicu 6);
- osigurati dovoljnu površinu i odgovarajuću podijeljenost na požarne zone u privremenim planiranim i samoupravljanim kampovima (vidjeti smjernice 7–8);
- smanjiti rizike od prijenosnika (vidjeti smjernicu 9).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sve grupe stanovništva kojima se pruža pomoć u obliku skloništa konsultiraju se kroz dogovorene



postupke planiranja i sa njima se dogovara o mjestu njihova skloništa ili pokrivenom prostoru i pristupu osnovnim uslugama (vidjeti smjernicu 1);

- svi planovi naselja pokazuju da su identificirani i ublaženi rizici i ranjivosti u korištenju skloništa, pokrivenih prostora i osnovnih usluga (vidjeti smjernice 2–9).

Smjernice

1. **Procesi planiranja:** treba koristiti lokalne prakse planiranja i za njih treba koristiti informacije o vrsti katastrofe ili krize, utvrđenim opasnostima i utjecaju na pogođeno stanovništvo. Treba koristiti odgovarajuće mjere kako bi se smanjili rizici i ranjivosti za naselje. Treba poštovati postojeće propise za planiranje, gdje to traže relevantne vlasti i kada to ne ometa humanitarni imperativ za zadovoljavanje potreba za hitno sklonište i smještaj. Treba identificirati dugoročne posljedice odluka donesenih u procesu planiranja, a posebno u pogledu mjesta za privremeno naselje u zajednici.
2. **Vlasništvo, prava i korištenje stambenih objekata, zemljišta i imovine:** i za neraseljeno i raseljeno stanovništvo treba utvrditi vlasništvo nad relevantnim zemljištem, stambenim i drugim zgradama i nositelje formalnih prava ili običajnih prava korištenja. Takva pitanja su često kontroverzna, a posebno tamo gdje nisu održavane evidencije ili gdje je konflikt možda utjecao na posjed. Višestruko korištenje stanova ili zgrada s mješovitim korištenje će uključivati zajedničko ili dijeljeno vlasništvo ili stanarsko pravo. Identifikacija zemljišnih ili imovinskih prava ranjivih ljudi se treba zahtijevati i treba podržati takve ljude, a posebno žene, udovice ili siročad zbog katastrofe, osobe s invaliditetom, stanare, nositelje prava na socijalna stanarska prava i neformalne naseljenike. Potrebno je razjasniti formalna, neformalna i podrazumijevana prava vlasništva ili nasljedstva, a posebno nakon katastrofe u kojoj je nositelj prava ili vlasništva možda preminuo ili je raseljen. Pružanje grupnog zakupa ili nečeg sličnog za više domaćinstava u kojima formalna prava nisu postojala prije katastrofe može pomoći u postepenoj uspostavi takvih prava. Pružanje pomoći oko skloništa se, također, može percipirati ili koristiti kao legalizacija polaganih prava na zemljište što može inhibirati ili spriječiti humanitarno djelovanje. Pri korištenju zemljišta i za privremena komunalna naselja treba uzeti u obzir postojeća prava korištenja zemljišta i prirodnih resursa životne sredine domaćina ili susjednih zajednica (vidjeti Standard 5. Sklonište i smještaj na stranici 228).
3. **Osnovne usluge i objekti:** katastrofom pogođeno stanovništvo koje se vraća na mjesto svojih prijašnjih domova, koje su prihvatile porodice-domaćini ili su smještene u privremenim naseljima u zajednicama trebaju zaštićen, siguran i pravičan pristup osnovnim uslugama. Zavisno od situacije, ovo uključuje vodu, sanitarije, gorivo za kuhanje ili javne kuhinje, zdravstvenu njegu, odlaganje čvrstog otpada, škole, socijalne ustanove, mjesta za molitvu, mjesta za sastanke, rekreacijske površine, uključujući prostore pogodne za djecu i prostore za smještaj stoke (osiguravanje odgovarajućeg razdvajanja svake takve stoke od stambenih prostora). Treba osigurati dovoljan prostor za kulturno odgovarajuće pokope i s tim povezane rituale. Korištenje postojećih ili popravljenih objekata treba maksimizirati, ako to ne utječe negativno na susjedne zajednice ili zajednice domaćine. Treba pružiti i dodatne sadržaje ili pristupne tačke za zadovoljavanje potreba pogođenog stanovništva, a posebno ranjivih osoba. Socijalne strukture i uloge spolova u pogođenom stanovništvu i potrebe ranjivih ljudi

se trebaju odraziti u pružanju usluga, naprimjer osiguravanju da su usluge na razumnoj udaljenosti za hodanje za osobe s teškoćama u kretanju i osiguranje sigurnih područja za dojenje u privremenim javnim naseljima. Treba osigurati odgovarajući pristup sadržajima za starije osobe, osobe s tjelesnim invaliditetom i onima kojima je potreban čest pristup. Treba po potrebi osigurati administrativne urede, skladišta i smještaj osoblja i područja karantene u privremenim javnim naseljima (vidjeti Standard 1. WASH na stranici 83 i Standard 1. Zdravstveni sistemi na stranici 255).

4. **Pristup:** treba procijeniti pristup naselju, stanje lokalne infrastrukture puteva i blizinu putnih čvorišta za distribuciju humanitarne pomoći, uzimajući u obzir sezonska ograničenja, opasnosti i bezbjednosne rizike. Za privremena naselja u zajednici, sama lokacija i bilo kakvo primarno skladište i tačke za distribuciju hrane treba da budu dostupni za kamione u svim vremenskim uslovima. Ostali sadržaji trebalo biti dostupni za laka vozila. Ceste i putevi unutar naselja trebaju pružiti siguran pristup u svim vremenskim uvjetima za pojedinačne stanove i komunalne objekte, uključujući škole i zdravstvene ustanove. Prema potrebi treba osigurati umjetnu rasvjetu. Unutar privremenih naselja u zajednici ili kolektivnih centara, kod pristupnih puteva i puteva za evakuaciju treba izbjegavati kreiranje izoliranih ili pregrađenih područja koja bi mogla predstavljati opasnost za ličnu sigurnost korisnika. Stepenice ili promjene nivoa blizu izlaza u kolektivnim centrima treba izbjegavati, a treba osigurati rukohvate za stepeništa i rampe. Za stanare s teškoćama u kretanju, potrebno je osigurati prostor u prizemlju zgrade, u blizini izlaza ili uz pristupne putove bez promjene u nivou. Stanari zgrada koje se koriste kao kolektivni centri trebaju biti na dogovorenoj razumnoj udaljenosti od najmanje dva izlaza, koji pružaju alternativne puteve za evakuaciju, a ti izlazi moraju biti jasno vidljivi.
5. **Odabir lokacije i drenaža:** pri odabiru mjesta i planiranju privremenih naselja u zajednici treba procijeniti drenažu površinskih voda i rizike stvaranja jezeraca ili poplava. Nagib lokacija ne smije biti veći od 5 posto, osim ako se poduzmu opsežne mjere sanitacije i kontrole erozije, ili manji od 1 posto ako se ne pruži adekvatna sanitacija. Drenažni kanali mogu biti i dalje potrebni kako bi se smanjile poplave i stvaranje jezeraca. Najniža tačka na lokaciji treba biti najmanje tri metra iznad procijenjenog maksimalnog nivoa podzemne vode. Uvjeti tla trebaju biti pogodni za iskopavanje jama za toalete i treba se informirati o položajima toaleta i drugih objekata (vidjeti standarde 1–2. Odlaganja izlučevina na stranicama 90–92 i Standard 1. Drenaža na stranici 103).
6. **Planiranje lokacije za privremena naselja u zajednici:** za prostorni raspored u kolektivnim centrima i parcelama za domaćinstva u privremenim planiranim kampovima bi trebalo koristiti informacije o postojećim društvenim praksama i korištenju zajedničkih resursa, uključujući vodu i sanitarne uvjete, javnim kuhinjama, distribuciji hrane itd. Planiranje susjedstva treba podržati postojeće društvene mreže, pridonijeti sigurnosti i omogućiti pogodnom stanovništvu samostalnost u odlučivanju i djelovanju. Plan parcela u privremenim planiranim kampovima bi trebao održati privatnost i dostojanstvo odvojenih domaćinstava, osiguravajući da se sklonište za svako domaćinstvo otvara prema zajedničkom prostoru ili zaklonjenom prostoru koje koristi to domaćinstvo, umjesto da bude nasuprot ulaza u drugo sklonište. Treba osigurati zaštićena, zajednička dnevna područja za raseljeno stanovništvo koje uključuju značajan broj odraslih pojedinaca ili djece bez pratnje. Za raspršena naselja, također, treba primjenjivati principe planiranja susjedstva, npr. grupe domaćinstava treba vratiti



u definirano geografsko područje ili identificirati porodice-domaćine u neposrednoj blizini jedna druge (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28).

7. **Površina privremenih planiranih ili samostalno naseljenih kampova:** za kamp-naselja najmanja korisna površina koju treba osigurati je 45 kvadratnih metara za svaku osobu, uključujući parcele za domaćinstva. Prostor mora imati potreban prostor za ceste i pješačke prolaze, vanjske površine u domaćinstvu za kuhanje ili zajedničke prostorije za kuhanje, obrazovne ustanove i rekreacijska područja, sanitaciju, požarne zone, administraciju, skladište vode, područja za distribuciju, tržnice, skladišta i ograničene bašte za individualna domaćinstva. Tamo gdje komunalne usluge mogu pružati postojeći ili dodatni objekti izvan planiranog područja naselja, minimalna korisna površina bi trebala biti 30 m² za svaku osobu. Planiranje područja, također, treba uzeti u obzir promjene u stanovništvu. Ako se najmanja površina ne može osigurati, posljedice veće gustoće naseljenosti bi trebale biti ublažene, naprimjer kroz osiguravanje odgovarajućeg razdvajanja i privatnosti između pojedinih domaćinstava, prostora za potrebne objekte itd.
8. **Sigurnost od požara:** procijenite rizike od požara kako bi pružili informacije za planiranje lokacije privremenih naselja u zajednicama i grupiranja individualnih skloništa za domaćinstva. Akcije ublažavanja trebaju sadržavati 30 metara požarne zone između svakih 300 metara izgrađenog područja, a najmanje 2 metra (ali po mogućnosti dva puta u odnosu na ukupnu visinu bilo koje strukture) između pojedinih zgrada ili skloništa kako bi se spriječilo da strukture koje se sruše dođu u dodir sa susjednim zgradama. Pri planiranju lokacije i sigurnog razdvajanja skloništa za domaćinstva treba uzeti u obzir generalno poželjne prakse za kuhanje i korištenje peći ili radijatora (vidjeti Standard 4. Neprehrambeni artikli, na str. 236).
9. **Rizici od prijenosnika bolesti:** niska područja, ostaci uslijed katastrofe, napuštene zgrade i iskopine, poput onih koji proizlaze iz upotrebe lokalne zemlje za gradnju, mogu postati prostor za razmnožavanje štetočina koje mogu dovesti u opasnost zdravlje obližnjeg stanovništva. Za privremena naselja u zajednici odabir lokacije i ublažavanje rizika prijenosnika su ključni za smanjenje utjecaja bolesti koje nose prijenosnici na pogođeno stanovništvo (vidjeti standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na str. 95–99).

Standard 3. Skloništa i smještaj: natkriveni životni prostor

Ljudi imaju dovoljno natkrivenog životnog prostora koji pruža toplinsku udobnost, svjež zrak i zaštitu od klime osiguravajući njihovu privatnost, sigurnost i zaštitu zdravlja te omogućavajući osnovne aktivnosti za domaćinstvo i životnim uvjetima.

Ključne akcije (čitati sa smjernicama):

- osigurati da svako pogođeno domaćinstvo ima odgovarajući natkriveni stambeni prostor (vidjeti smjernice 1–2);

- omogućiti sigurno razdvajanje i privatnost, kako je to potrebno između spolova, između različitih starosnih grupa i između različitih porodica prema potrebi u određenom domaćinstvu (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati da se mogu obavljati osnovne aktivnosti za domaćinstvo i životne uvjete u sklopu natkrivenog životnog prostora ili susjednom području (vidjeti smjernicu 4);
- promovirati korištenje rješenja skloništa i materijala koji su poznati katastrofom pogođenom stanovništvu i, gdje je to moguće, kulturološki i društveno prihvatljivi i ekološki održivi (vidjeti smjernice 5–6);
- procijeniti specifične klimatske uvjete za sva godišnja doba kako bi pružili optimalnu toplinsku udobnost, ventilaciju i zaštitu (vidjeti smjernice 7–10).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- svi pogođeni pojedinci imaju inicijalnu minimalnu natkrivenu površinu od 3,5 m² po osobi (vidjeti smjernice 1–2);
- sva rješenja skloništa i materijali udovoljavaju dogovorenim tehničkim standardima i standardima izvođenja i kulturološki su prihvatljivi (vidjeti smjernice 3–10).

Smjernice

1. **Vremenski uvjeti i kontekst:** u hladnim klimatskim područjima, aktivnosti domaćinstva se obično odvijaju unutar natkrivenog područja i pogođeno stanovništvo može provoditi značajno vrijeme unutra da bi se osigurala odgovarajuća toplinska udobnost. U urbanim sredinama, aktivnosti za domaćinstva se obično obavljaju unutar natkrivenog područja, pošto je obično manje vanjskog prostora u blizini koji se može koristiti. Natkrivena površina veća od 3,5 m² po osobi će često biti potrebna za ispunjavanje ovih potreba. Visina od poda do plafona je ključni faktor, a veća visina se preferira u vrućim i vlažnim klimatskim uvjetima da se pomogne cirkulacija zraka, dok je niža visina poželjna u hladnoj klimi kako bi se smanjio unutrašnji volumen koji zahtijeva zagrijavanje. Unutrašnja visina od poda do plafona mora biti najmanje dva metra na najvišoj tački. U toplijim podnebljima se susjedni natkriveni vanjski prostor može koristiti za pripremu hrane i kuhanje. Rješenja za skloništa moraju biti sposobna funkcionirati kod različitih klimatskih ekstrema, od hladnih noći i zime do vrućih dana i ljeta. Tamo gdje se ne mogu pružiti materijali za potpuno sklonište treba kao prioritet pružiti materijal za natkrivanje kako bi se pružilo minimalno natkriveno područje. Nastali natkriveni prostor možda neće pružiti potrebnu zaštitu od klime, niti sigurnost, privatnost i dostojanstvo, pa onda treba poduzeti korake kako bi se zadovoljile te potrebe u najkraćem mogućem roku (vidjeti smjernicu 2).
2. **Trajanje:** neposredno nakon katastrofe, posebno u ekstremnim klimatskim uvjetima u kojima materijali za sklonište nisu dostupni, natkriveni prostor manji od 3,5 m² po osobi može biti odgovarajući da spasi živote i pruži adekvatno kratkoročno sklonište. U takvim slučajevima, natkriveni prostor bi trebao doći do 3.5 m² po osobi što je prije moguće, kako bi se smanjio negativan utjecaj na zdravlje i



blagostanje smještenog stanovništva. Ako se ne može postići 3.5 m² po osobi, ili je to više od tipičnih prostora koje koristi pogođeno ili susjedno stanovništvo, treba uzeti u obzir utjecaj na dostojanstvo, zdravlje i privatnost zbog smanjenog pokrivenog područja. Svaka odluka da se pruži manje od 3,5 m² po osobi se treba naglasiti, uz aktivnosti za ublažavanje štetnih efekata na pogođeno stanovništvo. Privremena ili prijelazna rješenja skloništa mogu trebati da daju adekvatno sklonište tokom dužeg trajanja, kroz različite sezonske klimatske uvjete i potencijalno za nekoliko godina. Planovi intervencije dogovoreni s lokalnim vlastima ili drugima trebaju osigurati da privremena i prijelazna skloništa ne smiju postati trajno stambeno rješenje.

3. **Kulturološke prakse, zaštićenost i privatnost:** postojeće lokalne prakse u korištenju natkrivenog stambenog prostora, na primjer raspored za spavanje i smještaj članova proširene porodice, moraju se uzeti u obzir informacije za potrebni natkriveni prostor. Konsultacije trebaju uključiti pripadnike ranijih grupa i one koji se brinu za takve pojedince. Treba dati mogućnosti da raspored prostora unutar skloništa određuje kućanstvo. U kolektivnom smještaju, grupiranje srodnih porodica, dobro planirane pristupne staze kroz natkriveni prostor i materijali za pregrade za lični prostor i prostor domaćinstva mogu pomoći u pružanju adekvatne lične privatnosti i zaštićenosti. Psihosocijalne prednosti osiguranja adekvatnog prostora i privatnosti, uz umanjivanje pretrpanosti trebaju biti maksimizirane u pojedinačnim skloništima za domaćinstva i privremenom kolektivnom smještaju (vidjeti Princip zaštite 1 na stranici 28).
4. **Aktivnosti domaćinstva i životni uvjeti:** natkrivena površina treba osigurati prostor za sljedeće aktivnosti: spavanje, pranje i oblačenje, njegu za dojenčad, djecu i bolesne, nemoćne osobe, skladištenje hrane, vode, imovine domaćinstva i drugih ključnih sredstava, kuhanje i jelo u zatvorenom prostoru kada je to potrebno, a i zajedničko okupljanje članova domaćinstva. Planiranje natkrivenog prostora, a posebno položaj otvora i pregrada, treba da omogući maksimalno korištenje unutrašnjeg prostora i bilo kakvog susjednog vanjskog prostora.
5. **Rješenja za skloništa, materijali i izgradnja:** treba osigurati definirana rješenja za skloništa kao što su porodični šatori, kompleti za skloništa, paketi materijala ili montažni objekti, tamo gdje lokalne opcije za sklonište nakon katastrofa nisu dostupne, ne odgovaraju ili se ne mogu na održiv način podržati putem lokalnog prirodnog okruženja. Tamo gdje se daje ojačana plastična folija koja služi kao pomoć za sklonište u hitnim situacijama, to bi trebalo biti dopunjeno s užetom, alatom, priborom i pratećim materijalima kao što su drvene motke ili lokalno nabavljeni elementi za okvir. Svi takvi materijali ili definirana rješenja za sklonište trebaju ispuniti dogovorene nacionalne i međunarodne propise i standarde i biti prihvatljivi za pogođeno stanovništvo. Kad se pruža samo dio materijala za osnovno sklonište (npr. plastična folija), procijenite i ublažite bilo kakav potencijalni negativni utjecaj na lokalnu ekonomiju ili životnu sredinu zbog traženja izvora drugih materijala koji su potrebni (npr. drveni stubovi za okvir). Tehnička i finansijska sposobnost pogođenog stanovništva za održavanje i popravak skloništa također se treba uzeti u obzir prilikom specifikacija materijala i tehnologija (pogledajte Standard 5. Neprehrambeni artikli na stranici 238). Treba poduzeti aktivnosti redovnog monitoringa kako bi se osiguralo da izvedba rješenja skloništa ostane adekvatna tokom vremena.

6. **Participativno osmišljavanje:** svi članovi svakog pogođenog domaćinstva trebaju biti u najvećoj mogućoj mjeri uključeni u određivanje vrste pomoći skloništa koju treba pružiti. Prioritizirati mišljenja onih skupina ili pojedinaca koji obično provode više vremena unutar natkrivenog stambenog prostora i pristupa osoba s posebnim potrebama. Ovdje bi trebalo koristiti informacije procjene postojećih tipičnih stambenih objekata. Obavijestite domaćinstva o nedostacima, kao i prednostima nepoznatih "modernih" oblika gradnje i materijala koji se mogu vidjeti kao poboljšanje socijalnog statusa takvih domaćinstava (vidjeti Osnovni standard 1 na stranici 47).
7. **U toplim, vlažnim vremenskim uvjetima:** skloništa bi trebala biti usmjerena i projektirana kako bi se povećala ventilacija i smanjio ulaz direktne sunčeve svjetlosti. Krov bi trebao imati razuman nagib za drenažu kišnice s velikim prevjesima, osim na mjestima izloženim jakim vjetrovima. Konstrukcija skloništa treba biti lagana, pošto je potreban nizak toplinski kapacitet. Adekvatna drenaža površinske vode se treba osigurati oko skloništa, zajedno s upotrebom podignutih podova kako bi se smanjila opasnost od ulaska vode u natkriveni prostor.
8. **U vrućim, suhim vremenskim uvjetima:** konstrukcija bi trebala biti teža kako bi se osigurao visok toplinski kapacitet i riješile promjene temperatura tokom noći i dana, kako bi se naizmjenice hladila i zagrijavala unutrašnjost, ili može biti lagana, uz adekvatnu izolaciju. Treba se pobrinuti za strukturalno projektiranje teške konstrukcije u područjima sa seizmičkim rizicima. Ako su na raspolaganju samo plastična folija ili šatori, dvoslojni krov treba osigurati ventilaciju između slojeva kako bi se smanjio porast temperature. Otvori vrata i prozora smješteni daleko od smjera prevladavajućeg vjetrova će smanjiti grijanje vrućim vjetrovima i toplinsko zračenje iz okolnog tla. Treba osigurati podne obloge koje se bez razmaka spajaju sa vanjskom fasadom kako bi se smanjilo prodiranje prašine i prijenosnika bolesti.
9. **U hladnim podnebljima:** teška konstrukcija s visokim toplinskim kapacitetom je potrebna za skloništa koja se koriste tokom dana. Lagana konstrukcija s malim toplinskim kapacitetom i značajnom izolacijom je adekvatnija za skloništa koja se koriste samo noću. Treba smanjiti protok zraka, a posebno oko otvora vrata i prozora, kako bi se osigurala lična udobnost, a također treba pružiti prikladnu ventilaciju za grijalice ili peći za kuhanje. Peći ili drugi oblici grijalica su bitni i moraju biti u skladu sa skloništem. Procijenite i ublažite potencijalne rizike od širenja požara zbog korištenja peći i grijalica (pogledajte Standard 4. Neprehrambeni artikli na stranici 238). Treba se osigurati drenaža površinske vode oko skloništa i treba koristiti podignute podove kako bi se smanjila opasnost da voda zbog kiše i topljenja snijega ulazi u natkriveni prostor. Gubitak tjelesne topline kroz pod treba svesti na minimum osiguravajući da je pod izoliran i korištenjem izoliranih podloga za spavanje, madraca i podignutih kreveta (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni artikli na stranici 234).
10. **Ventilacija i kontrola prijenosnika bolesti:** adekvatna ventilacija treba biti osigurana u okviru pojedinih skloništa za domaćinstvo i javnih objekata kao što su škole i zdravstvene ustanove za održavanje zdravog unutrašnjeg okruženja, smanjenje efekata dima iz zatvorenih kućnih peći i smanjenje rezultirajućih respiratornih infekcija i problema s očima, a i da se ograniči rizik prijenosa bolesti poput tuberkuloze koja se širi kapljicama. Lokalne prakse izgradnje, obrasci upotrebe skloništa raselejenih osoba i odabira materijala se trebaju koristiti kao informacije za mjere kontrole prijenosnika bolesti (vidjeti Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge: kontrola infektivnih bolesti na stranici 270 i standarde 1–3: Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 95–99).



Standard 4. Skloništa i smještaj: izgradnja

Godje je to odgovarajuće, koriste se sigurne lokalne građevinske prakse, materijali, stručnost i kapaciteti, uz maksimalno učestvovanje pogođenog stanovništva i lokalnih mogućnosti za unapređenje životnih uvjeta.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- uključiti pogođeno stanovništvo, lokalne građevinske stručnjake i relevantne vlasti u dogovor o odgovarajućim sigurnim građevinskim praksama, materijalima i ekspertizi za povećanje lokalnih prilika za životne uvjete (vidjeti smjernice 1–3);
- osigurati pristup dodatnoj podršci i resursima za katastrofom pogođene ljude koji nemaju kapacitet, sposobnost ili mogućnost da poduzmu građevinske aktivnosti (vidjeti smjernice 1–3);
- smanjiti strukturalne rizike i ranjivosti kroz odgovarajuće građevinske specifikacije i specifikacije materijala (vidjeti smjernice 4–5);
- zadovoljiti dogovorene standarde za materijale i kvalitetu rada (vidjeti smjernice 5–6);
- upravljati pružanjem materijala, radne snage, tehničke pomoći i regulatornih odobrenja putem odgovarajućih praksi za tendere, dokumentaciju, nabavku i administraciju izgradnje (vidjeti smjernicu 7);
- omogućiti održavanje i unapređenje pojedinih skloništa za domaćinstva koristeći lokalno dostupne alate i resurse (vidjeti smjernicu 8).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sva izgradnja je u skladu s dogovorenim sigurnim građevinskim praksama i standardima (vidjeti smjernice 2–7);
- pogođeno stanovništvo je uključeno u građevinske radove i lokalne prilike za životne uvjete su maksimalno unaprijeđene (vidjeti smjernice 1–2, 8).

Smjernice

1. **Učestvovanje pogođenog stanovništva:** pri učestvovanju pogođenog stanovništva u aktivnostima oko skloništa i smještaja treba koristiti informacije iz postojećih praksi kroz koje se planiraju izgradnja i održavanje stambenih objekata i naselja. Programi obuke za vještine i planovi za učenje šegrita mogu maksimizirati mogućnosti za učestvovanje u fazi izgradnje, a posebno za osobe kojima nedostaju potrebne građevinske vještine ili iskustvo. Žene svih dobi trebaju biti ohrabrene da učestvuju u aktivnostima oko izgradnje skloništa i obuke. Doprinosi onih koji imaju manje mogućnosti da poduzmu fizičke poslove ili poslove koji zahtijevaju specijalističku tehničku stručnost mogu uključivati monitoring lokacije i kontrolu inventara, pružanje njege za djecu, privremeni smještaj ili pripremu hrane za one

koji se bave građevinskim radovima i administrativnu podršku. Treba uzeti u obzir ostale zahtjeve za resursima vremena i radnim resursima pogođenog stanovništva. Pružanje pomoći radnih timova volontera u zajednici ili najamjenih radnika može nadopuniti uključenost pojedinih domaćinstava. Takva pomoć je neophodna za podršku ženskim glavama domaćinstava, pošto žene mogu biti posebno izložene riziku od seksualnog iskorištavanja u traženju podrške za izgradnju za svoje sklonište (pogledajte Osnovni standard 1 na stranici 55, Princip zaštite 2 na stranici 36 i Standard 5. Neprehrambeni artikli na stranici 276). Osobe sa teškoćama u kretanju, stariji ljudi i drugi koji nisu u mogućnosti poduzeti građevinske aktivnosti, također, mogu trebati pomoć.

2. **Tehnička stručnost i iskustvo:** odgovarajuća stručnost za tehnički projekt, izgradnju i upravljanje trebaju nadopuniti vještine i razumijevanje pogođenog stanovništva i pružiti iskustvo postojećih tehničkih i regulatornih postupaka (vidjeti Osnovni standard 6 na stranici 71). Na mjestima izloženim sezonskim ili cikličnim katastrofama, učestvovanje tehničkih stručnjaka koji imaju prethodna iskustva za odgovarajuća lokalna rješenja ili oko dogovorenih najboljih praksi se može koristiti za projektiranje i izgradnju.
3. **Nalaženje materijala i radne snage:** brzo pružanje rješenja za skloništa ili materijala i alata, bilo pojedinačno ili u obliku predefiniраниh kompleta, može omogućiti pogođenom stanovništvu da samo podigne ili izgradi skloništa. Tamo gdje je to moguće, lokalne životne uvjete treba podržati kroz lokalnu nabavku građevinskog materijala, specijalističke građevinske vještine i nekvalificiranu radnu snagu, uzimajući u obzir brzu procjenu i analizu tržišta. Ako će lokalna nabavka materijala vjerovatno imati značajan negativan utjecaj na lokalnu ekonomiju ili životnu sredinu, može biti potrebno sljedeće: korištenje višestrukih izvora, alternativni materijali ili proizvodni procesi, materijali čiji su izvori na regionalnom ili na međunarodnom nivou, ili posebno projektirana skloništa (vidjeti Standard 5. Skloništa i smještaj na stranici 265). Treba promovirati ponovnu upotrebu materijala spašenih iz oštećenih zgrada, nakon što su identificirana prava na takav materijal.
4. **Sprječavanje katastrofa i smanjenje rizika:** otpornost izgradnje treba biti u skladu s poznatim klimatskim uvjetima i prirodnim nepogodama i treba uzeti u obzir prilagođavanje za rješavanje lokalnog utjecaja klimatskih promjena. Promjene u građevinskim standardima ili građevinskoj praksi kao rezultat katastrofe treba primijeniti u dogovoru s katastrofom pogođenim stanovništvom i relevantnim vlastima.
5. **Sigurno osmišljavanje i izgradnja javnih zgrada:** privremene i stalne javne zgrade, kao što su škole i zdravstvene ustanove trebaju biti izgrađene ili popravljene tako da budu otporne na katastrofe i kako bi se osigurala sigurnost i pristupačnost za sve. Takvi objekti trebaju biti u skladu s građevinskim standardima specifičnim za sektor i procedurama za izdavanje odobrenja, uključujući zahtjeve pristupačnosti za osobe s poteškoćama kretanja i vizuelnim ili komunikacijskim poteškoćama. Popravak ili izgradnja takvih građevina treba se provoditi u dogovoru s relevantnim vlastima i u skladu sa dogovorenom infrastrukturom usluga i strategijom održavanja (vidjeti Minimalne standarde INEE u obrazovanju: pripremljenost, reakcija, oporavak).
6. **Građevinski standardi:** standardi i smjernice o izgradnji trebaju biti dogovoreni s relevantnim vlastima kako bi se osiguralo da se zadovolje ključni zahtjevi sigurnosti i izvođenja. Tamo gdje se lokalni ili nacionalni građevinski propisi uobičajeno ne poštuju i ne provode, treba biti dogovorena



postepena usklađenost, što odražava lokalnu kulturu stanovanja, klimatske uvjete, resurse, kapacitete izgradnje i održavanja, dostupnost i finansijska mogućnost.

7. **Upravljanje nabavkom i izgradnjom:** treba razviti raspored izgradnje kako bi se planirale aktivnosti. Raspored bi trebao uključivati ključne faze kao što su očekivani datumi završetka, preseljenje raseljenog stanovništva u određeno sklonište i smještaj i vremenskih uvjeta koji se sezonski ponavljaju. Trebalo bi uspostaviti efikasan i odgovarajući lanac snabdijevanja, kao i sistem upravljanja materijalom, radnom snagom i monitoring. To bi trebalo uključiti pronalazak dobavljača, nabavku, transport, rukovanje i upravljanje, od tačke porijekla do odgovarajućih lokacija prema potrebama (vidjeti Standard 4. Osiguranje hrane: transfer hrane na 161. str.).
8. **Nadogradnja i održavanje:** pošto početne interevncije koje se tiču skloništa obično daju samo minimalni nivo zatvorenog prostora i materijalne pomoći, pogodeno stanovništvo će morati tražiti alternativne načine povećanja obima ili kvalitete zatvorenog prostora koji se pruža. Oblik konstrukcije i materijali koji se koriste trebaju omogućiti pojedinim domaćinstvima održavanje i postepeno adaptiranje ili nadogradnju skloništa kako bi zadovoljili svoje dugoročne potrebe koristeći lokalno dostupne alate i materijale (vidjeti Standard 5. Neprehrambeni artikli na stranici 276).

Standard 5. Skloništa i smještaj: utjecaj na životnu sredinu

Rješenja za skloništa i smještaj i nalaženje izvora materijala i građevinske tehnike koje se koriste svode na minimum negativan utjecaj na lokalno prirodno okruženje.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- procijeniti i analizirati nepovoljan utjecaj katastrofe na lokalnu prirodnu sredinu, kao i okolišne rizike i ranjivosti (vidjeti smjernicu 1);
- uzeti u obzir obim dostupnih lokalnih prirodnih resursa pri planiranju privremenog ili trajnog naseljavanja pogođenog stanovništva (vidjeti smjernice 1–3);
- upravljati lokalnim prirodnim resursima okoliša kako bi se zadovoljile tekuće i buduće potrebe katastrofom pogođenog stanovništva (vidjeti smjernice 1–3);
- minimizirati negativan utjecaj na lokalne prirodne resurse životne sredine do kojih može doći zbog proizvodnje i snabdijevanja građevinskog materijala i procesa gradnje (vidjeti smjernice 3–4);
- sačuvati drveće i drugu vegetaciju, gdje je to moguće, kako bi povećali zadržavanje vode, smanjili eroziju tla i pružili hlad (vidjeti smjernicu 5);
- kada privremena naselja u zajednici više nisu potrebna, vratiti njihove lokacije u prvobitno stanje, osim ako nije drugačije dogovoreno (vidjeti smjernicu 6).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- planiranje svih naselja za povratak, naselja domaćina ili privremenih naselja u zajednici pokazuje da je štetni utjecaj na prirodni okoliš sveden na minimum i / ili ublažen (vidjeti smjernice 1–6);
- građevinski procesi i nabavka materijala za sva rješenja skloništa pokazuju da je štetni utjecaj na lokalnu životnu sredinu sveden na minimum i / ili ublažen (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Procjena utjecaja na životnu sredinu:** utjecaj katastrofe na životnu sredinu treba procijeniti kako bi se uzelo u obzir intervencije i aktivnosti ublažavanja koje su potrebne. Mnoge prirodne katastrofe, naprimjer, klizišta, često su direktan rezultat lošeg upravljanja prirodnim resursima životne sredine. Alternativno, one mogu nastati zbog postojećih rizika za životnu sredinu ili ranjivosti, kao što su sezonske poplave u niskim područjima ili nedostatak prirodnih resursa životne sredine koji se mogu sigurno eksploatirati. Razumijevanje tih rizika je bitno za informacije za planiranje naselja i da se osigura da poznate ranjivosti, uključujući i utjecaj klimatskih promjena, imaju u vidu prilikom djelovanja.
2. **Održivost i upravljanje resursima životne sredine:** tamo gdje su resursi životne sredine ograničeni, a potrebni su za podršku znatno povećanom broju stanovnika, treba se ublažiti neodrživa potražnja prirodnih resursa. Tamo gdje su prirodni resursi dostupni, privremenim naseljima u zajednicama treba upravljati kako bi se smanjile štete. Treba osigurati upravljanje i održive isporuke goriva i opcije za ispašu stoke, poljoprivrednu proizvodnju i druge aktivnosti unapređenja životnih uvjeta koji zavise od prirodnih resursa. Manji broj velikih naselja pod upravom može biti ekološki održiviji od većeg broja manjih, raspršenih naselja koja nisu tako laka za upravljanje i nadzor. Takođe, treba uzeti u obzir utjecaj potreba za prirodnim resursima kod stanovništva koje je domaćin onima koji su pogođeni katastrofom ili naseljeni blizu pogođenih područja.
3. **Ublažavanje dugoročnog utjecaja na životnu sredinu:** upravljanje prirodnim resursima životne sredine treba uzeti u obzir na svim nivoima planiranja. Tamo gdje potreba da se osigura sklonište za pogođeno stanovništvo ima značajan negativan utjecaj na životnu sredinu kroz osiromašenje prirodnih resursa, dugoročne efekte treba svesti na minimum kroz komplementarno upravljanje životnom sredinom i aktivnosti rehabilitacije. Preporučuje se savjetovanje s odgovarajućim agencijama za zaštitu životne sredine.
4. **Dobavljanje građevinskih materijala:** treba procijeniti utjecaj na životnu sredinu zbog korištenja prirodnih resursa, kao što su voda, građevinsko drvo, pijesak, zemlja i trava, kao gorivo za pečenja cigli i crijeva. Treba identificirati uobičajene korisnike, brzinu vađenja i regeneracije i vlasništvo ili kontrolu nad tim sredstvima. Alternativni ili dopunski izvori snabdijevanja mogu podržati lokalnu ekonomiju i smanjiti dugoročni štetni utjecaj na lokalnu životnu sredinu. Potrebno je promovirati korištenje više izvora i ponovnu upotrebu spašenih materijala, alternativnih materijala i proizvodnih procesa (kao što je korištenje stabiliziranih zemljanih blokova). Ovo bi trebalo kombinirati sa praksom ublažavanja, kao što su komplementarno ponovno sađenje.



5. **Erozija:** skloništa za smještaj treba planirati tako da se zadrži drveće i druga vegetacija kako bi se stabiliziralo tlo i da se do maksimuma povećaju mogućnosti za hlad i zaštitu od vremenskih utjecaja. Treba koristiti prirodne konture za elemente kao što su ceste, putovi i drenažne mreže kako bi se smanjile erozija i poplave. Tamo gdje se to ne može postići, bilo kakva vjerovatna erozije treba biti spriječena kroz pružanje iskopanih drenažnih kanala, drenažne vodove sa cijevima ispod putova ili zasađene nasipe zemlje kako bi se smanjio protok vode (vidjeti Standard 1. Drenaža na stranici 121).
6. **Predaja:** prirodna obnova okoliša treba biti poboljšana u i oko privremenih naselja u zajednici putem odgovarajućih mjera za rehabilitaciju životne sredine. Eventualnim ukidanjem takvih naselja treba upravljati kako bi se osiguralo zadovoljavajuće uklanjanje svih materijala ili otpada koji se ne može ponovo upotrijebiti, ili koji bi mogao imati negativan utjecaj na životnu sredinu.

2. Neprehrambeni artikli: odjeća, posteljina i predmeti za domaćinstvo

Odjeća, deke i posteljina zadovoljavaju većinu ličnih ljudskih potreba za sklonište od klime i za održavanje zdravlja, privatnosti i dostojanstva. Pristup osnovnim dobrima i robama treba omogućiti stanovništvu da pripremi i konzumira hranu, pruža toplinsku udobnost, zadovoljava lične potrebe higijene i potrebe za izgradnju, održavanje i popravak skloništa (vidjeti Standard 2. Promoviranje higijene na stranici 94 i Standard 1. Snabdijevanje vodom na stranici 97).

Sve pogođene grupe stanovništva, bilo da se mogu vratiti na mjesto svojih izvornih domova, ili da su ih primile druge porodice kao domaćini ili da su smještene u privremenim naseljima u zajednici, imat će individualne potrebe i potrebe u okviru domaćinstava za neprehrambenim artiklima i moraju se procijeniti i zadovoljiti prema potrebi.

Stanovništva koje su sekundarno pogođena katastrofama, a posebno porodice domaćini, mogu također trebati pomoć u neprehrambenim artiklima kako bi zadovoljile dodatni teret toga što su domaćini ili utjecaj katastrofe na lokalnu ekonomiju i pristup tim artiklima. Iako je distribucija neprehrambenih artikala zajednička aktivnost kod reakcije, treba uzeti u obzir pružanje gotovine ili bonova za pristup takvim neprehrambenim artiklima, tamo gdje lokalna tržišta i dalje funkcioniraju (vidjeti Standard 1 - Sigurnost hrane: transfer novca i bonova na stranici 200).

Predmeti za individualnu upotrebu ili upotrebu u domaćinstvu obično ne zahtijevaju dodatne informacije ili instrukcije o tome kako se koriste. Međutim, predmeti za podršku za popravak ili izgradnju skloništa, naprimjer građevinski materijal, pribor i alat, obično trebaju pratiti dodatne tehničke smjernice za sigurno i efektivno korištenje. Slično tome, stavke za zadovoljavanje lične higijene trebaju biti potkrijepljene odgovarajućim aktivnostima promoviranja higijene (vidjeti standarde 1–2: Promoviranje higijene na stranicama 91–94).



Standard 1. Neprehrambeni artikli: artikli za individualnu podršku, artikli za domaćinstvo i sklonište

Pogođeno stanovništvo ima dovoljno artikala za pojedince i općih artikala za podršku domaćinstvu i za sklonište kako bi se osiguralo zdravlje, dostojanstvo, sigurnost i blagostanje.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- procijeniti zasebne potrebe pogođenog stanovništva za neprehranbenim artiklima (vidjeti smjernice 1–2 i Standard 3. Snabdijevanje vodom na stranici 103);
- utvrditi koji neprehrambeni artikli mogu biti lokalno dobavljeni ili ih pogođeno stanovništvo može samo nabaviti se kroz pružanje pomoći u gotovini ili bonovima (vidjeti smjernicu 3);
- razmisliti o primjerenosti svih neprehranbenih artikala u određenom paketu (vidjeti smjernicu 4);
- planirati urednu, transparentnu i pravednu distribuciju svih neprehranbenih artikala (vidjeti smjernicu 5);
- osigurati instrukcije, tehničke smjernice ili promociju za korištenje artikala za podršku za skloništa gdje je to potrebno (vidjeti smjernicu 6);
- planirati nadopunu neprehranbenih artikala za raseljeno stanovništvo tokom dužeg vremenskog perioda (vidjeti smjernicu 7).

Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- zadovoljene su procijenjene potrebe katastrofom pogođenog stanovništva za neprehranbenim artiklima (vidjeti smjernice 1–7).

Smjernice

1. **Procjene potreba:** treba procijeniti pojedinačne potrebe za ličnim predmetima, kao što su odjeća i predmeti za ličnu higijenu, opći predmeti za domaćinstvo, kao što su skladište hrane i predmeti za pripremu hrane, te predmeti za podršku za potrebe za skloništem, kao što su plastične folije, užad, alat ili osnovni građevinski materijal. Treba napraviti razliku između individualnih i zajedničkih potreba, a posebno za kuhanje i gorivo. Treba identificirati neprehranbene artikle koji se mogu zadovoljiti pomoću poznatih proizvoda nabavljenih iz lokalnih izvora. Potrebu za kutijama, vrećicama ili sličnim spremnicima za skladištenje i transport za ličnu upotrebu i domaćinstva za raseljeno stanovništvo i ono koje je u prolazu, treba uzeti u obzir za uključivanje u sklopu bilo kakve pomoći u neprehranbenim artiklima. Pružanje neprehranbenih artikala treba biti dio plana sveukupne reakcije na katastrofe (vidjeti osnovne standarde 1–3 na stranicama 55–61 i Standard 1. Skloništa i smještaj na stranici 249).

2. **Javni objekti:** neprehranbene artikle treba dijeliti kako bi se podržala lična higijena, zdravlje, priprema i kuhanje hrane itd., onako kako je to primjereno za škole i druge javne objekte. Pristup bi trebao biti na raspolaganju za materijale za rekreaciju i materijale za učenje. Trebale bi biti uspostavljene veze između sektora zdravstva i obrazovanja kako bi se osiguralo da poruke javnog zdravstva i poruke o higijeni podržavaju odgovarajuće korištenje neprehranbenih artikala (vidjeti standarde 1–2: Promoviranje higijene na stranicama 91–94 i Minimalni standardi INEE u obrazovanju: pripremljenost, reakcija, oporavak).
3. **Nabavka neprehranbenih artikala:** katastrofe utječu na lokalnu ekonomiju i lance snabdijevanja i često zahtijevaju vanjski izvor neprehranbenih artikala i direktnu distribuciju za pojedince, domaćinstva i zajednice. Brza analiza tržišta kao dio procjene početnih potreba može odrediti da li poznati neprehranbeni artikli mogu biti nađeni kod lokalnih izvora ili na okolnim, nepogođenim područjima. Tamo gdje lokalna ekonomija i dalje radi, ili se može podržati kroz određenu pomoć u snabdijevanju ili upravljanjem lancem snabdijevanja, pružanje gotovine i / ili bonova može omogućiti pogođenom stanovništvu da upravlja vlastitim potrebama za artiklima za pomoć (vidjeti Standard 1. Sigurnost hrane: gotovina i bonovi na stranici 200). Svaka takva pomoć se treba planirati kako bi se osiguralo da ranjivi ljudi nisu u nepovoljnom položaju i da su potrebe za pomoć zadovoljene.
4. **Paketi pomoći:** neprehranbeni artikli se često pakiraju i ranije rasporede u skladištima na osnovu standardnih specifikacija i sadržaja. Količina i specifikacija neprehranbenih artikala u paketu za domaćinstva treba uzeti u obzir broj ljudi u tipičnom domaćinstvu, njihovu starost, spol i prisutnost osoba s posebnim potrebama, kao i kulturnu prihvatljivost artikala.
5. **Distribucija:** efikasne i pravedne metode distribucije treba planirati u dogovoru s pogođenim stanovništvom. Ono treba biti informirano o takvom distribuiranju i bilo kakvom procesu registracije ili procjene koji su potrebni za učestvovanje. Treba izvršiti formalnu registraciju ili dodjelu kartica (žetona, tokena...). Treba osigurati da ranjive osobe ili domaćinstva nisu izostavljeni sa spiska za raspodjelu i da mogu pristupiti informacijama i samoj distribuciji. Postupak žalbe bi trebao biti uspostavljen za rješavanje bilo kakvih problema koji nastaju tokom registracije ili distribucije. Treba se konsultirati sa relevantnim lokalnim vlastima o lokacijama distribucije koje su najprikladnije za siguran pristup i preuzimanje neprehranbenih artikala, kao i za siguran povratak primatelja. Pješačka udaljenost, teren i praktične implikacije troška transporta većih artikala, kao što su artikli za skloništa trebaju biti uzeti u obzir. Treba se poduzeti nadzor distribucije i korištenja pruženih neprehranbenih artikala kako bi se ocijenila prikladnost i primjerenost i procesa distribucije i samih neprehranbenih artikala (vidjeti Standard 5. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 192).
6. **Promocija, instrukcije i tehničke smjernice:** artikli za pojedince i opći artikli za domaćinstva bi trebali biti poznati katastrofom pogođenom stanovništvu kako bi ih koristila bez dodatnih uputstava. Međutim, po potrebi treba osigurati tehničke smjernice i instrukcije kao nadopunu uz pružanje artikala za skloništa poput građevinskog materijala, alata i pribora (vidjeti Standard 5. Neprehranbeni artikli na stranici 276). Jednostavni dijagrami za ilustraciju kako se predmeti mogu koristiti za popravak ili izgradnju sigurnog i adekvatnog skloništa mogu biti na ambalaži. Katastrofom pogođeno stanovništvo i lokalni stručnjaci za izgradnju bi trebali biti uključeni u aktivnosti podizanja svijesti koje se provode na



lokaciji (naprimjer, popravak ili montaža pokaznih skloništa), kako bi bolje razumjeli potrebne tehnike izgradnje. Onima koji su uključeni u izgradnju treba naglasiti bilo kakve nedostatke u skloništima prije katastrofa ili projektu naselja i izgradnje koji su možda pridonijeli oštećenju ili uništenju domova, kao i lokalne primjere dobre prakse koji su odoljeli katastrofi.

7. **Nadopunjavanje:** planiranje distribucija pomoći treba uzeti u obzir stopu potrošnje, rezultirajuće trajanje korištenja i sposobnost pogođenog stanovništva da nadopuni takve artikle.

Standard 2. Neprehrambeni artikli: odjeća i posteljina

Stanovništvo pogođeno katastrofom ima dovoljno odjeće, deka i posteljine kako bi osigurala svoju ličnu udobnost, dostojanstvo, zdravlje i dobrobit.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- prepoznati specifične potrebe za odjećom kod žena, djevojaka, muškaraca i dječaka svih uzrasta, uključujući dojenčad i ranjive i marginalizirane pojedince i osigurati pristup potrebnim stavkama u korektnim veličinama i pogodnim za kulturu, godišnje doba i podneblje (vidjeti smjernice 1–5);
- identificirati potrebe za dekama i posteljinom kod pogođenog stanovništva i po potrebi osigurati pristup dekama i posteljini, kako bi osigurali dovoljnu toplinsku udobnost i omogućili odgovarajuće spavanje (vidjeti smjernice 2–5);
- procijeniti potrebu za mrežama za krevete tretiranim insekticidom i pružite ih prema potrebi (vidjeti standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sve žene, djevojke, muškarci i dječaci imaju najmanje dva kompleta odjeće odgovarajuće veličine koji su prikladni za kulturu, godišnje doba i podneblje (vidjeti smjernice 1–5);
- svi pogođeni ljudi imaju kombinaciju deke, posteljina, podloga za spavanje ili madraca i mreža za krevet tretiranih insekticidom, tamo gdje je to potrebno, kako bi se osigurala dovoljna toplinska udobnost i omogućilo odgovarajuće spavanje (vidjeti smjernice 2–5 i standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116).

Smjernice

1. **Promjene odjeće:** svi pogođeni ljudi bi trebali imati pristup dovoljnoj količini odjeće tako da je mogu promijeniti kako bi se osigurala njihova toplinska udobnost, dostojanstvo, zdravlje i blagostanje. To će zahtijevati najmanje dva kompleta esencijalnih artikala, a posebno veša, kako bi se omogućilo pranje.
2. **Prikladnost:** odjeća (uključujući po potrebi i obuću) treba biti u skladu sa klimatskim uvjetima i kulturnim praksama i veličini koja odgovara potrebi. Dojenčad i djeca do 2 godine trebaju imati deku

pored odgovarajuće odjeće. Posteljina treba odražavati kulturne prakse i treba je biti dovoljno kako bi se omogućilo da se organizirati odvojeno spavanje ukoliko je to potrebno.

3. **Toplinske karakteristike:** treba uzeti u obzir izolacijske karakteristike odjeće i posteljine, kao i efekt vlažnih vremenskih uvjeta na toplinske performanse takvih predmeta. Treba uzeti u obzir kombinaciju odjeće i posteljine kako bi se osiguralo da su ispunjene potrebe za toplinskom udobnosti. Korištenje izoliranih podloga za spavanje ili madraca za borbu protiv gubitka topline kroz tlo može biti učinkovnije od pružanja dodatne deke.
4. **Trajnost:** odjeća i posteljina moraju biti dovoljno izdržljive za tipično trošenje i dugotrajnu upotrebu.
5. **Specifične potrebe:** pojedinci izloženi najvećem riziku trebaju imati dodatnu odjeću i posteljinu kako bi se zadovoljile njihove potrebe. To uključuje osobe sa problemima inkontinencije, osobe sa hroničnim bolestima, trudnice i dojilje, starije osobe i osobe sa smanjenom pokretljivošću. Djeca, osobe s ograničenom pokretljivošću i starije osobe su sklonije gubitku topline te im stoga mogu biti potrebne dodatna odjeća, deke itd. za održavanje odgovarajućeg nivoa toplinske udobnosti. S obzirom na nedostatak mobilnosti, starije osobe i bolesne, nemoćne osobe će trebati posebnu pažnju, kao što je pružanje madraca i podignutih kreveta.

Standard 3. Neprehrambeni artikli: pribor za kuhanje i jelo

Stanovništvo pogođeno katastrofom ima pristup kulturno odgovarajućim artiklima za pripremu i čuvanje hrane i za kuhanje, jelo i piće

Ključna akcija (čitati sa smjericama):

- utvrditi potrebe pogođenog stanovništva za pripremu i čuvanje hrane i za kuhanje, jelo i piće, te omogućiti pristup kulturno odgovarajućim artiklima prema potrebi (vidjeti smjernice 1–2).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- svako domaćinstvo ili grupa od četiri do pet osoba ima na raspolaganju dva porodična lonca za kuhanje s ručkama i poklopcem, posudu za pripremanje hrane ili posluživanje, kuhinjski nož i dvije kašike za posluživanje (vidjeti smjernice 1–2);
- svi katastrofom pogođeni ljudi imaju pristup tanjirima, kašikama ili drugom priboru za jelo i šolju ili posudu za piće (vidjeti smjernice 1–2).

Smjernice

1. **Prikladnost:** Izbor artikala za kuhanje predmeta i pribora za jelo bi trebao biti kulturološki prikladan i treba omogućiti sigurnu praksu koju treba poštovati. Prilikom određivanja ovih artikala treba konsultirati



žene ili one koji obično nadziru pripremu hrane. Količine artikala za kuhanje trebaju biti zasnovane na informacijama iz kulturoloških praksi, kao što su one koje zahtijevaju odvojene rasporede za kuhanje za različite porodične grupe unutar domaćinstva ili razdvajanje pojedinih namirnica tokom pripreme. Vrsta i veličina pribora za kuhanje i jelo trebaju biti pogodne za starije osobe, osobe s invaliditetom i djecu.

2. **Materijali:** svi plastični predmeti (kante, zdjele, kanisteri, spremnici vode i slično) trebaju biti izrađeni od plastike prehrabene kvalitete. Svi metalni proizvodi (pribor za jelo, zdjele, tanjiri i šolje itd.) trebaju biti od nehrđajućeg čelika ili emajlirani.

Standard 4. Nепреhrabeni artikli: peći, goriva i rasvjeta

Katastrofom pogođeno stanovništvo ima pristup sigurnim, štedljivim pećima i pristupačnom snabdijevanju gorivom ili domaćoj energiji, odnosno mogućnosti kuhanja u zajednici. Svako domaćinstvo ima pristup odgovarajućim sredstvima koja osiguravaju održivu vještačku rasvjetu kako bi se osigurala sigurnost.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- identificirati i zadovoljiti potrebe domaćinstava za kuhanjem i grijanjem prostora osiguravajući pristup sigurnim, štedljivim pećima, pristupačnom snabdijevanju gorivom ili domaćoj energiji ili mogućnost kuhanja u zajednicama (vidjeti smjericu 1);
- osigurati da se peći mogu sigurno koristiti i da su protivpožarni rizici svedeni na minimum (vidjeti smjernice 2–3);
- identificirati ekološki i ekonomski održive izvore goriva ili domaće energije i odrediti prioritete (vidjeti smjericu 4);
- osigurati da postoji izvor goriva i da se ono skladišti na zaštićen i siguran način (vidjeti smjericu 5);
- prepoznati i zadovoljiti potrebe domaćinstva za održivim načinima umjetne rasvjete i osigurati pristup šibicama ili prikladnim alternativnim načinima za paljenje goriva ili svijeća itd. (vidjeti smjericu 6).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- pogođeno stanovništvo koristi štedljive peći i ima potrebno snabdijevanje gorivom ili domaćom energijom (vidjeti smjernice 1–3);
- nema incidenata sa štetom po ljude u rutinskoj upotrebi peći i izvora i skladištenja goriva (vidjeti smjernice 4–5);
- katastrofom pogođeno stanovništvo ima pristup sigurnim i održivim sredstvima za umjetnu rasvjetu i pristup šibicama ili prikladnim alternativnim načinima za paljenje goriva ili svijeća itd. (vidjeti smjericu 6).

Smjernice

1. **Peći:** specifikacija peći je prilagođena postojećim lokalnim praksama. Treba promovirati energetske efikasne prakse za kuhanje, uključujući i korištenje štedljivih peći, pripreme drva za loženje, upravljanje vatrom, pripremu hrane, zajedničko kuhanje itd. Kod smještaja u zajednicama, zajednička ili centralizirana mogućnost kuhanja se preferira u odnosu na davanje pojedinih peći za domaćinstva, kako bi se smanjili rizici od požara i zagađenja zatvorenih prostora dimom (vidjeti Standard 2. Sigurnost hrane: transferi hrane na stranici 184).
2. **Ventilacija:** odvod za dim treba postaviti na peći u zatvorenim prostorima kako bi se ispušni plinovi ili dim ventilirali prema van na siguran način. Treba koristiti otvore zaštićene od vremenskih utjecaja kako bi se osigurala prikladna ventilacija i smanjio rizik od respiratornih problema.
3. **Sigurnost od požara:** treba osigurati sigurno odvajanje između štednjaka i elemenata skloništa. Unutrašnje peći treba staviti na nezapaljive baze sa nezapaljivim rukavcem oko dimnjaka, na mjestu gdje on prolazi kroz strukturu skloništa prema vani. Peći bi trebale biti smještene dalje od ulaza da se omogući siguran pristup prilikom upotrebe.
4. **Održivi izvori goriva:** treba upravljati izvorima goriva, a posebno u uvjetima gdje se zajednica koja je domaćin ili susjedne zajednice, također, oslanjaju na njih. Resurse treba nadopuniti kako bi se osigurala održivost snabdijevanja, npr. uspostavljanje plantaže drva za loženje kako bi se smanjila ili eliminirala eksploatacija drva za loženje iz postojećih šuma. Tamo gdje je to prihvatljivo pogodnom stanovništvu, korištenje netradicionalnih izvora goriva bi trebalo biti podržano, naprimjer korištenje briketa proizvedenih od piljevine i drugih organskih tvari.
5. **Prikupljanje i skladištenje goriva:** katastrofom pogodeno stanovništvo, a posebno žene i djevojke, treba konsultirati o položaju i sredstvima za prikupljanje goriva za kuhanje i grijanje radi rješavanja pitanja lične sigurnosti. Treba rješavati zahtjeve za prikupljanje goriva za posebno ranjive ljude, kao što su ženske glave domaćinstava, one koji brinu za hronično bolesne osobe ili osobe sa teškoćama u kretanju ili pristupu. Potrebno je promovirati upotrebu goriva koja zahtijevaju manje rada, uključujući i štedljive peći i pristupačne izvore goriva. Gorivo treba biti pohranjeno na sigurnoj udaljenosti od same peći, a bilo koje tekuće gorivo, kao što je kerozin, treba čuvati izvan dohvata djece i dojenčadi.
6. **Vještačka rasvjeta:** fenjeri ili svijeće mogu pružiti uobčajenu i lako raspoloživu rasvjetu, ali treba procijeniti rizik od požara zbog njihovog korištenja. Treba osigurati druge vrste umjetne rasvjete koje doprinose ličnoj sigurnosti u i oko naselja tamo gdje opće osvjetljenje nije dostupno. Treba uzeti u obzir korištenje energetske efektivne umjetne rasvjete, kao što su svjetleće diode (LED), te solarni paneli za generiranje lokalizirane električne energije.



Standard 5. Neprehrambeni artikle: alati i pribor

Kada je pogodeno stanovništvo odgovorno za izgradnju ili održavanje svojih skloništa ili za uklanjanje ostataka, ima pristup potrebnim alatima, priboru i dopunskoj obuci.

Ključne akcije (čitati sa smjernicama):

- identificirati i zadovoljiti potrebe za alatom i materijalom za pričvršćivanje kod stanovništva odgovornog za sigurnu izgradnju dijela ili svih skloništa ili objekata u zajednici, kao i za vršenje esencijalnog održavanja ili uklanjanja ostataka (vidjeti smjernice 1–2);
- osigurati da odgovarajući mehanizmi za upotrebu, održavanje i čuvanje alata i pribora budu dogovoreni i shvaćeni tamo gdje su predviđeni za javno i zajedničko korištenje (vidjeti smjernice 1–2);
- tamo gdje je to potrebno osigurati obuku ili instrukcije o korištenju alata i izgradnji, održavanju i uklanjanju ostataka (vidjeti smjernicu 3).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- sva domaćinstva ili grupe u zajednici imaju pristup alatima i opremi za sigurno vršenje poslova izgradnje, održavanja ili uklanjanja ostataka gdje je to potrebno (vidjeti smjernice 1–2);
- sva domaćinstva ili društvene grupe imaju pristup obuci i podizanju razine svijesti o sigurnoj upotrebi alata i materijala za popravku koji se daju (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Tipični komplet alata:** alati i materijali za popravak koji se daju trebaju biti poznati i odgovarajući za kontekst. Razmotriti materijale za pričvršćivanje, kao što su ekseri različitih veličina, pocinčane žice i konopi te predmeti za pomoć u postavljanju i mjerenju. Osigurati zajedničke alate ako se takvi alati koriste na javnim zgradama i potrebni su samo u ograničenom vremenskom periodu, ili gdje su takvi resursi ograničeni. Svaka takva zajednička upotreba, održavanje i čuvanje se trebaju dogovoriti prije distribucije.
2. **Životni uvjeti:** tamo gdje je to moguće treba osigurati alate koji su odgovarajući za aktivnosti za podršku životnim uvjetima. Korištenje alata treba nadzirati kako bi se izbjegli negativni utjecaji na životnu sredinu (kao što je neovlaštena ili neodrživa eksploatacija prirodnih resursa itd.) kao i bilo kakvo zajedničko korištenje takvih alata.
3. **Obuka i tehnička pomoć:** treba osigurati obuku ili podizanje svijesti o sigurnoj upotrebi i jednostavnom održavanju alata i u planiranim aktivnostima. Pomoć članova šire porodice, susjeda ili unajmljeni rad za poduzimanje zadataka izgradnje ili održavanja treba pružiti domaćinstvima na čijem su čelu žene, kao i ostalim identificiranim ranjivim ljudima (vidjet Standard 4. Skloništa i smještaj, smjernica 1 na stranici 262).

Dodatak 1.

Upitnik za procjenu skloništa, naselja i neprehrambenih artikala

Ovaj popis pitanja služi kao vodič i kontrolna lista kako bi se osiguralo da se dobiju odgovarajuće informacije koje se rabe za intervencije u vidu pružanja skloništa i smještaja nakon katastrofe. Spisak pitanja nije obavezan i treba se na odgovarajući način koristiti i prilagoditi. Pretpostavlja se da se zasebno dobijaju informacije o osnovnim uzrocima katastrofe, sigurnosnoj situaciji, osnovnoj demografiji i raseljenom stanovništvu i domaćinem stanovništvu, te ključnim osobama sa kojima se treba konsultirati i koje treba kontaktirati (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 61).

1. Skloništa i smještaj

Procjena i koordinacija

- Jesu li relevantne vlasti i agencije uspostavile dogovoreni mehanizam koordinacije?
- Koji su osnovni podaci dostupni o pogođenom stanovništvu, koje su poznate opasnosti, rizici i ranjivosti o smještaju i skloništu?
- Postoji li plan za nepredviđene situacije koji se može iskoristiti kao osnova za intervenciju?
- Koje su informacije početne procjene već dostupne?
- Je li planirana interagencijska ili međusektorska procjena i da li uključuje sklonište, smještaj i neprehrambene artikle?

Demografija

- Od koliko ljudi se sastoji tipično domaćinstvo?
- Koliko ljudi, s obzirom na spol i starost, unutar katastrofom pogođenog stanovništva čine pojedinci koji ne čine tipična domaćinstva (kao što su djeca bez pratnje) ili pojedine manjinske grupe s veličinama domaćinstva koje nisu tipične?
- Koliko pogođenih domaćinstava nema odgovarajući zaklon i gdje su ta domaćinstva?



- Koliko je ljudi, s obzirom na spol i starost, koji nisu članovi pojedinih domaćinstava, i koji su bez ikakvog ili s neadekvatnim skloništem i gdje se ona nalaze?
- Koliko pogodnih domaćinstava bez adekvatnog skloništa nije raseljeno i može im se pomoći na mjestu njihovog ranijeg stanovanja?
- Koliko je pogodnih domaćinstava bez adekvatnog skloništa raseljeno i potrebna im je pomoć sa smještajem u porodicama domaćinima ili u okviru privremenih naselja u zajednicama?
- Koliko ljudi, s obzirom na spol i dob, nemaju pristup objektima kao što su škole, zdravstvene ustanove i društveni centri?

Rizici

- Kakav je neposredni rizik po život zbog nedostatka adekvatnog skloništa, i koliko ljudi je u opasnosti?
- Koji su mogući dalji rizici po život, zdravlje i sigurnost pogođenog stanovništva kao rezultat trenutnih posljedica katastrofa ili drugih poznatih opasnosti pri osiguravanju skloništa?
- Koji su posebni rizici za ranjive ljude, uključujući žene, djecu, maloljetnike bez pratnje, osobe s invaliditetom ili hroničnim bolestima, s obzirom na nedostatak adekvatnog skloništa i zašto?
- Kakav je utjecaj prisutnosti raseljenog stanovništva na domaće stanovništvo?
- Koji su potencijalni rizici konflikta ili diskriminacije unutar grupa ili između grupa unutar pogođenog stanovništva?

Resursi i ograničenja

- Koji su materijalni, finansijski i ljudski resursi pogođenog stanovništva kako bi se zadovoljile neke ili sve njene hitne potrebe za skloništim?
- Koji su problemi u vezi sa dostupnosti zemljišta, vlasništva i korištenja za zadovoljavanje hitnih potreba za skloništem, uključujući i privremena naselja u zajednici gdje je to potrebno?
- Koji su problemi s kojima se suočava potencijalni stanovništvo domaćini kod smještaja raseljenih unutar svojih stanova ili na susjednom zemljištu?
- Koje su mogućnosti i ograničenja korištenja postojećih, dostupnih i nepogođenih zgrada ili objekata za privremeni smještaj raseljenog stanovništva?
- Kakva je topografska i lokalna okolišna prikladnost za korištenje dostupnog slobodnog zemljišta za smještaj privremenih naselja?
- Koje su potrebe i ograničenja lokalnih propisa u razvoju rješenja za skloništa?

Materijali, osmišljavanje i konstrukcija

- Koja je početna rješenja za skloništa i materijale dosada osiguralo pogođeno stanovništvo ili drugi akteri?

- Koji postojeći materijali se mogu spasiti iz oštećenih lokacija za upotrebu u obnovi skloništa?
- Koje su tipične građevinske prakse pogođenog stanovništva i koji se različiti materijali koriste za strukturni okvir i krov i vanjske zidove?
- Koja su alternativna rješenja konstrukcije ili materijala potencijalno dostupna i poznata ili prihvatljiva za pogođeno stanovništvo?
- Koje karakteristike su potrebne kako bi se osigurao siguran i neometan pristup i korištenje rješenja skloništa za sve članove pogođenog stanovništva, a posebno one s teškoćama u kretanju?
- Kako potencijalna rješenja za sklonište koja su identificirana minimiziraju buduće rizike i ranjivosti?
- Kako se skloništa tipično grade i ko ih gradi?
- Kako se tipično nabavljaju građevinski materijali i od koga?
- Kako žene, mladi, osobe s invaliditetom i starije osobe mogu biti obučeni ili kako im se može pomoći da učestvuju u izgradnji vlastitih skloništa i koja su ograničenja?
- Hoće li dodatna pomoć, kroz pružanje dobrovoljnog ili plaćenog rada ili tehnička pomoć, biti potrebni za podršku pojedincima ili domaćinstvima kojima nedostaje sposobnost ili mogućnost gradnje?

Aktivnosti domaćinstva i životni uvjet

- Koje se aktivnosti domaćinstva i aktivnosti podrške za životne uvjete obično odvijaju u skloništu ili u okolini skloništa za pogođeno stanovništvo i kako rezultirajući prostor i njegov izgled reflektiraju ove aktivnosti?
- Koje pravne i ekološki održive mogućnosti podrške za životne uvjete mogu biti osigurane kroz snabdjevanje materijala i izgradnju rješenja za skloništa i smještaj?

Osnovne usluge i objekti u zajednici

- Koja je trenutna dostupnost vode za piće i ličnu higijenu i kakve su mogućnosti i ograničenja u zadovoljavanju očekivanih potreba sanitarnih uvjeta?
- Kakva je trenutna situacija u vezi sa socijalnim objektima (zdravstvene ambulante, škole, mjesta molitve i slično) i koja su ograničenja i mogućnosti pristupa kod tih objekata?
- Ako se komunalni objekti, a posebno škole, koriste za sklonište za raseljeno stanovništvo, kakav je proces i vremenski okvir za vraćanje njihovoj izvornoj namjeni?

Zajednice-domaćini i utjecaj na životnu sredinu

- Koja su pitanja koja izazivaju zabrinutost za zajednicu-domaćina?
- Koji su organizacijski i fizički problemi planiranja smještanja raseljenog stanovništva u zajednici-domaćinu ili u privremenim smještajima?



- Koji su lokalni ekološki problemi koji se odnose na lokalne izvore građevinskog materijala?
- Koji su lokalni ekološki problemi koji se odnose na potrebe raseljenog stanovništva za gorivom, sanitarnim uvjetima, odlaganjem otpada, ispašom za životinje, ako je to potrebno i sl.?

2. Neprehrambeni artikli

Potrebe za neprehrambenim artiklima

- Koji su kritični neprehrambeni artikli koje treba pogođeno stanovništvo?
- Može li se bilo koji od potrebnih neprehrambenih artikala nabaviti na lokalnom nivou?
- Je li moguća upotreba novca ili bonova?
- Hoće li biti potrebna tehnička pomoć da nadopuni pružanje skloništa i artikala za podršku?

Odjeća i posteljina

- Koji tip odjeće, deka i posteljine obično koriste žene, muškarci, djeca i dojenčad, trudnice i dojilje i stariji ljudi, i koje su specijalne društvene i kulturološke okolnosti?
- Koliko žena i muškaraca svih starosnih grupa, djece i dojenčadi ima neadekvatnu odjeću ili nedovoljno odjeće, deka ili posteljine za zaštitu od štetnog djelovanja vremenskih uvjeta i za održavanje njihovog zdravlja, dostojanstva i blagostanja?
- Koje su potencijalne opasnosti za život, zdravlje i ličnu sigurnost pogođenog stanovništva zbog potrebe za adekvatnom odjećom, dekama ili posteljinom?
- Koje su mjere za kontrolu prijenosnika bolesti, a posebno snabdijevanje mrežama protiv komaraca, potrebne kako bi se osiguralo zdravlje i blagostanje populacije?

Kuhanje i jelo, peći i gorivo

- Koji pribor za kuhanje i jelo je koristilo tipično domaćinstvo prije katastrofe?
- Koliko domaćinstava nemaju pristup dovoljnom priboru za kuhanje i jelo?
- Kako je pogođeno stanovništvo obično kuhalo i grijalo svoje stanove prije katastrofe i gdje se kuhanje obavljalo?
- Koja goriva su se obično koristila za kuhanje i grijanje prije katastrofe i gdje su nabavljana?
- Koliko domaćinstava nema pristup peći za kuhanje i grijanje, i zašto?
- Koliko domaćinstava nema pristup odgovarajućim zalihama goriva za kuhanje i grijanje?
- Koje su mogućnosti i ograničenja, a posebno problemi životne sredine, zbog nalaženja dovoljnog izvora zaliha goriva za katastrofom pogođeno stanovništvo i susjedno stanovništvo?
- Kakav je utjecaj nabavljanja adekvatnog snabdijevanja gorivom na katastrofom pogođeno stanovništvo, a posebno žene svih starosnih grupa?

- Koja kulturološka pitanja u vezi sa kuhanjem i jedenjem treba uzeti u obzir?

Alati i oprema

- Koji su osnovni alati za popravak, izgradnju ili održavanje skloništa kojima domaćinstva imaju pristup?
- Za koje se aktivnosti kao podrška egzistenciji, također, mogu koristiti osnovni alati za izgradnju, održavanje i uklanjanje ostataka?
- Koja je obuka ili koje su aktivnosti podizanja svijesti potrebne kako bi se omogućilo sigurno korištenje alata?



Reference i dodatna literatura

Međunarodni pravni instrumenti

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Opće

Corsellis, T and Vitale, A (2005), *Transitional Settlement: Displaced Populations*. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/ IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery*. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), *Shelter Projects 2008*. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), *Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines*. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), *Shelter Projects 2009*. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), *Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction*. Geneva.

ProVention Consortium (2007), *Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12*. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), *Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance*. Geneva.

UNHCR (2007), *Handbook for Emergencies*. Third Edition. Geneva. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council

(NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Privremena naselja u zajednicama

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Životna sredina

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html.

Gotovina, bonovi i procjena tržišta

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford.

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Invaliditet

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf.

Rodna pitanja

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.



Psihosocijalna podrška

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Škole i javne zgrade

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Neprehrambeni artikli i artikli za hitne situacije

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

Minimalni standardi u zdravstvu



Kako koristiti ovo poglavlje

Ovo poglavlje je podijeljeno u dva glavna dijela:

Zdravstveni sistemi,

Osnovne zdravstvene usluge.

Pristup zdravstvenih sistema u projektiranju, implementaciji, monitoringu i evaluaciji zdravstvenih usluga je usvojen kao okvir za organiziranje zdravstvenih usluga tokom djelovanja u situacijama katastrofe. Ovo je najbolji pristup kako bi se osiguralo da se identificiraju prioritetne zdravstvene potrebe i da se zadovolje na efektivan i efikasan način. Principi kao što su podržavanje nacionalnih i lokalnih zdravstvenih sistema, koordinacija i standardizacija alata i pristupa se naglašavaju u cijelom poglavlju.

Principi zaštite i osnovni standardi se moraju konzistentno koristiti s ovim poglavljem.

Iako su prvenstveno namijenjeni kao informacije za humanitarne intervencije na katastrofe, minimalni standardi se mogu, također, uzeti u obzir tokom pripreme za katastrofe.

Svaki dio sadrži sljedeće:

- **Minimalni standardi** su kvalitativne prirode i određuju nivo koji treba postići u humanitarnim intervencijama;
- **Glavne aktivnosti** su predložene aktivnosti i preporuke kako bi se zadovoljili standardi;
- **Glavni pokazatelji** su „signali“ koji pokazuju je li standard postignut. Oni pružaju način mjerenja i uspostavljaju odnose između procesa i rezultata ključnih aktivnosti i odnose se na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost.
- **Smjernice** uključuje specifične tačke za razmatranje prilikom primjene osnovnog standarda, ključnih aktivnosti i ključnih indikatora u različitim situacijama i pružaju smjernice o rješavanju praktičnih teškoća, mjerila ili savjete o prioritetnim pitanjima. Također mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, postupke ili indikatore, te opisivati dileme, kontroverze ili nedostatke u saznanjima.

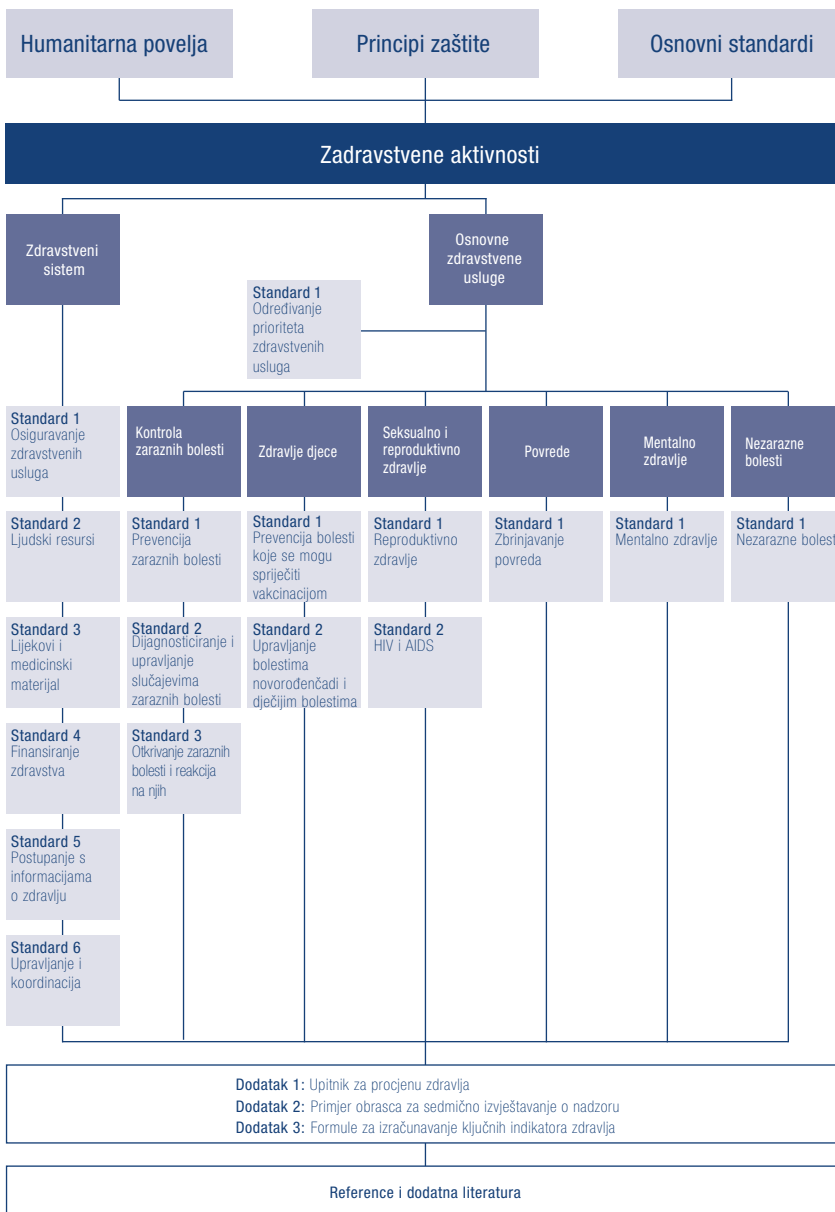
Ako se potrebni ključni indikatori i aktivnosti ne mogu ispuniti, treba procijeniti nastale štetne posljedice za pogođeno stanovništvo i treba poduzeti odgovarajuće radnje ublažavanja.

Dodaci uključuju upitnike za procjenu zdravstvenih usluga, primjere obrazaca za izvještavanje o monitoringu i formule za izračunavanje ključnih zdravstvenih indikatora. Također se daju i reference i dodatna literatura.

Sadržaj

Uvod	251
1. Zdravstveni sistem.....	255
2. Osnovne zdravstvene usluge.....	267
2.1. Osnovne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti.....	269
2.2. Osnovne zdravstvene usluge – zdravlje djece.....	277
2.3. Osnovne zdravstvene usluge – seksualno i reproduktivno zdravlje.....	281
2.4. Osnovne zdravstvene usluge – povrede.....	286
2.5. Osnovne zdravstvene usluge – mentalno zdravlje.....	288
2.6. Osnovne zdravstvene usluge – nezarazne bolesti.....	290
Dodatak 1: Upitnik za procjenu zdravlja.....	292
Dodatak 2: Primjer sedmičnih obrazaca za izvještavanje o nadzoru.....	294
Dodatak 3: Formule za izračun ključnih indikatora zdravlja.....	299
Reference i dodatna literatura.....	301





Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za zdravstvene aktivnosti su praktičan izraz zajedničkih uvjerenja i obaveza humanitarnih organizacija i zajedničkih principa, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnom intervencijom, a koji su postavljeni u Humanitarnoj povelji. Ovi principi se zasnivaju na principu humanosti, a ogledaju se u međunarodnom pravu i uključuju pravo na dostojanstven život, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na osnovu potreba. Spisak ključnih zakonskih dokumenata i dokumenata politike na kojima se zasniva Humanitarna povelja je dostupan Dodatku 1 (pogledajte stranicu 356), sa komentarima koji daju objašnjenja za humanitarne radnike.

Iako su države glavni nositelji dužnosti u odnosu na prava navedena iznad, humanitarne organizacije imaju odgovornost za rad sa katastrofama pogođenom stanovništvu na način koji je u skladu s tim pravima. Iz ovih općih prava proističe niz specifičnijih prava. To su prava na učestvovanje, informiranje i nediskriminaciju koja čine osnovu Osnovnih standarda, kao i specifična prava na vodu, sanitarne uvjete, hranu, sklonište i zdravlje koja podržavaju te i minimalne standarde u ovom Priručniku.

Svako ima pravo na zdravlje koje se priznaje u više internacionalnih pravnih instrumenata. Pravo na zdravlje se može osigurati samo ako je stanovništvo zaštićeno, ako su stručnjaci zaduženi za zdravstveni sistem dobro obučeni i posvećeni univerzalnim principima etike i profesionalnim standardima, ako je sistem u kojem rade osmišljen da zadovolji minimalne standarde za potrebe i ako je država voljna i sposobna da uspostavi i osigura ove uvjete sigurnosti i stabilnosti. U vrijeme oružanih sukoba, civilne bolnice i medicinski objekti ni u kom slučaju ne smiju biti predmet napada, a zdravstveno i medicinsko osoblje ima pravo na zaštitu. Zabranjeno je vršenje djela ili aktivnosti koje ugrožavaju neutralnost zdravstvenih objekata, kao što je nošenje oružja.

Minimalni standardi u ovom poglavlju nisu puni izraz prava na zdravlje. Međutim, *Sphere* standardi odražavaju suštinu prava na zdravlje i to posebno tokom hitnih situacija, te doprinose progresivnoj realizaciji tog prava na globalnom nivou.

Važnost zdravstvenih aktivnosti u katastrofama

Pristup zdravstvenoj zaštiti je kritična determinanta za opstanak u početnim fazama katastrofa. Katastrofe gotovo uvijek imaju značajan utjecaj na javno zdravlje i blagostanje pogođenog stanovništva. Efekti na javno zdravlje se mogu opisati kao direktni (npr. smrt od nasilja i povreda) ili indirektni (naprimjer, povećane stope infektivnih bolesti i / ili pothranjenosti). Ti indirektni efekti na zdravlje su obično povezani sa faktorima kao što su neadekvatna količina i kvaliteta vode, kvarovi na sanitarnim čvorovima, prekid ili smanjenje



pristupa zdravstvenim uslugama i pogoršanje sigurnosti hrane. Nedostatak sigurnosti, ograničenja kretanja, raseljavanje stanovništva i pogoršani uvjeti života (pretrpanost i neodgovarajuće sklonište), također, mogu predstavljati prijetnju javnom zdravlju. Klimatske promjene potencijalno povećavaju ranjivost i rizik.

Primarni ciljevi humanitarne intervencije na humanitarne krize su spriječiti i smanjiti veliki mortalitet i morbiditet. Glavni cilj je zadržati grubu stopu mortaliteta (CMR) i stopu mortaliteta ispod 5 godina starosti (U5MR) na nultom stanju od prije katastrofe, ili ih smanjiti na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za stanovništvo prije katastrofe (pogledajte tabelu o podacima o nultom stanju mortaliteta po regiji na stranici 311). Različite vrste katastrofa su povezane s različitim obimima i obrascima mortaliteta i morbiditeta (pogledajte tabelu o utjecaju na javno zdravlje za odabrane katastrofe), tako da će zdravstvene potrebe za pogodeno stanovništvo varirati zavisno od vrste i obima katastrofe.

Doprinos zdravstvenog sektora je pružanje osnovnih zdravstvenih usluga, uključujući i preventivne i promotivne intervencije koje su učinkovite u smanjenju zdravstvenih rizika. Osnovne zdravstvene usluge su prioritetne zdravstvene intervencije koje su učinkovite u rješavanju glavnih uzroka pretjeranog mortaliteta i morbiditeta. Implementacija osnovnih zdravstvenih usluga mora podržavati akcije za jačanje zdravstvenog sistema. Način na koji su zdravstvene intervencije planirane, organizirane i kako se pružaju tijekom intervencija u situacijama katastrofe može ili pojačati ili podrijeti postojeće zdravstvene sustave i njihov budući oporavak i razvitak.

Potrebna je analiza postojećeg zdravstvenog sistema kako bi se utvrdio nivo performansi sistema i identificirale glavne prepreke za pružanje zdravstvenih usluga i pristup njima. U ranim fazama katastrofe, podaci mogu biti nepotpuni i može biti potrebno da se važne odluke o javnom zdravlju donesu bez svih raspoloživih relevantnih podataka. Multisektorska procjena se treba provesti što je prije moguće (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 61).

Bolja reakcija se postiže kroz bolju pripremljenost, a ona se zasniva na analizi rizika i dobro je povezana sa sistemima ranog upozoravanja. Pripremljenost uključuje planiranje za nepredviđene situacije, kreiranje zaliha opreme i potrošnog materijala, uspostavu i / ili održavanje hitnih službi i aranžmana na čekanju, komunikacija, upravljanja informacijama i koordinacijskih aranžmana, obuku osoblja, planiranje na nivou zajednice, obuke i vježbe. Provođenje građevinskih propisa može dramatično smanjiti broj smrtnih slučajeva i ozbiljne povrede povezane sa zemljotresima i / ili osigurati da zdravstvene ustanove funkcioniraju i nakon katastrofe.

Utjecaj odabranih katastrofa na javno zdravlje

Napomena: obrasci morbiditeta i mortaliteta znatno variraju zavisno od konteksta čak i za određene vrste katastrofa.

Efekt	Kompleksna hitna situacija	Zemljotresi	Jaki vjetrovi (bez poplava)	Poplave	Bujice / cunamiji
Smrti	Mnoge	Mnoge	Nekoliko	Nekoliko	Mnoge
Teške povrede	Varira	Mnoge	Umjerene	Nekoliko	Nekoliko
Povećan rizik od infektivnih bolesti	Visok	Varira*	Mali	Varira *	Varira *
Nestašica hrane	Često	Rijetko	Rijetko	Varira	Zajednička
Raseljenje velikih populacija	Često	Rijetko (mogu se javiti u teško oštećenim gradskim područjima)	Rijetko (mogu se javiti u teško oštećenim gradskim područjima)	Često	Varira

* Zavisí od raseljenja nakon katastrofa i životnih uvjeta stanovništva. Preuzeto od Pan American Health Organization, 2000.

Veze sa drugim poglavljima

Zbog utjecaja različitih determinanti zdravlja i zdravstvenog statusa, mnogi od standarda u ostalim poglavljima su relevantni za ovo poglavlje. Napredak u postizanju standarda u jednom sektoru često utječe na napredak u drugim sektorima. Kako bi intervencija bila efektivna, potrebna je bliska koordinacija i saradnja sa drugim sektorima. Koordinacija s lokalnim vlastima, drugim organizacijama u reakciji i organizacijama u zajednici je, također, potrebna kako bi se osiguralo da su potrebe ispunjene, da se napori ne dupliciraju i da se optimizira korištenje resursa i da je kvaliteta zdravstvenih usluga adekvatna.

Veze sa principima zaštite i Osnovnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi u ovom Priručniku, sve humanitarne organizacije se trebaju voditi principima zaštite, čak i ako one nemaju određen mandat za zaštitu ili specijalistički kapacitet u zaštiti. Principi nisu "apsolutni", tj. priznaje se da okolnosti mogu ograničiti obim u kojem ih organizacije mogu ispuniti. Ipak, principi odražavaju univerzalna humanitarna pitanja koji bi trebali voditi intervenciju u svako doba.

Temeljni standardi su proces za osoblja koje koriste svi sektori. Šest temeljnih standarda pokrivaju humanitarne intervencije usmjerene na ljude, koordinaciju i suradnju, procjenu, osmišljavanje i djelovanje, efektivnost, transparentnost i učenje, i rad humanitarnih radnika. Oni pružaju jedinstvenu referentnu tačku za pristupe koji podržavaju sve druge standarde u priručniku. Svako tehničko poglavlje, dakle, zahtijeva



popratno korištenje Osnovnih standarda kao pomoć u ostvarivanju njegovih standarda. Konkretno, kako bi se osigurala primjerenost i kvaliteta bilo kakve reakcije, treba biti maksimizirano učestvovanje katastrofom pogođenih ljudi, što uključuje i grupe i pojedince koji su najčešće po rizikom u katastrofama.

Ranjivosti i kapaciteti katastrofom pogođenog stanovništva

Ovaj dio je osmišljen kako bi se čitao u kombinaciji s osnovnim standardima i jačao ih.

Važno je razumjeti da to što je neko mlad ili star, žena ili pojedinac s invaliditetom ili HIV-om ne čini, samo po sebi, tu osobu ranjivom ili povećava rizik kojemu je izložena. Umjesto toga, to je uzajamno djelovanje faktora: naprimjer, za nekog ko ima više od 70 godina, živi sam i u lošem je zdravstvenom stanju je vjerovatno da će biti više ranjiv nego neko slične dobi i zdravstvenog stanja ko živi unutar šire porodice i sa dovoljno prihoda. Slično tome, 3-godišnja djevojčica je puno više ugrožena ako nema pratnje nego ako se za nju brinu odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi i ključne aktivnosti zdravstvenih aktivnosti, analiza ranjivosti i kapaciteta pomaže da se osigura da djelovanje u situacijama katastrofa podržava one koji imaju pravo na pomoć na nediskriminirajući način i da je dobijaju oni kojima je najpotrebnija.

To zahtijeva temeljno razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena kriza utječe na pojedine grupe ljudi na različite načine s obzirom na njihove postojeće ranjivosti (npr. vrlo siromašne ili diskriminirane), njihovu izloženost raznim prijetnjama po zaštitu (npr. rodno nasilje uključujući seksualnu eksploataciju), pojavu bolesti ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. male boginje ili kolera). Katastrofe mogu učiniti da postojeće nejednakosti budu gore. Međutim, ključna je podrška za strategije suočavanja ljudi, otpornost i kapacitete za oporavak. Njihovo znanje, vještine i strategije trebaju biti podržane, a treba zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, finansijskoj i psihosocijalnoj podršci. Također treba na korektan način riješiti razne fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne barijere sa kojima se ljudi mogu suočiti u pristupu ovim uslugama.

Ispod su istaknuta neka od ključnih područja koja će osigurati da se uzimaju u obzir prava i kapaciteti svih ranjivih ljudi:

- optimizirati učestvovanje ljudi, osiguravajući da su sve reprezentativne grupe uključene, a posebno oni koji su manje vidljivi (npr. pojedinci koji imaju komunikacijske poteškoće i poteškoće mobilnosti, oni koji žive u institucijama, stigmatizirane mlade osobe i druge grupe koje su slabo zastupljene);
- razvrstati podatke po spolu i dobi (0–80 i više godina) tokom procjene, jer to je važan element u osiguravanju da sektor sigurnosti hrane i prehrane adekvatno uzima u obzir raznovrsnost stanovništva;
- uvjeriti se da su ljudi o pravu na informacije obavješteni način koji uključuje i koji je dostupan svim članovima zajednice.

Minimalni standardi

1. Zdravstveni sistemi

Svjetska zdravstvena organizacija – SZO (eng. World Health Organization – WHO) definira zdravstvene sisteme kao: „sve organizacije, institucije i sredstva koja su posvećena ka kreiranju zdravstvenih aktivnosti“. To uključuje cijeli niz aktera koji se bavi pružanjem, finansiranjem i upravljanjem zdravstvenim uslugama, nastojanjima da se utječe na determinante zdravlja kao i pružanje direktnih zdravstvenih usluga na svim nivoima.

Standardi zdravstvenog sistema *Sphere* su organizirani prema Okviru zdravstvenog sistema SZO, koji se sastoji od šest strukturnih blokova: vodstvo, ljudski resursi, lijekovi i medicinska pomagala, finansiranje zdravstva, upravljanje zdravstvenim informacijama i pružanje usluga. Postoji mnogo međusobnog povezivanja i interakcija između svakog od tih funkcija i aktivnosti koje utječu na jedan mogu utjecati i na druge. Ovi strukturni blokovi zdravstvenog sistema jesu funkcije koje su potrebne za pružanje osnovnih zdravstvenih usluga. Zdravstvene intervencije tokom djelovanja na katastrofe bi trebale biti osmišljene i provoditi se na način koji doprinosi jačanju zdravstvenog sistema.

Standard 1. Zdravstveni sistemi: pružanje zdravstvenih usluga

Ljudi imaju jednak pristup efektivnim, sigurnim i kvalitetnim zdravstvenim uslugama koje su standardizirane i slijede prihvaćene protokole i smjernice.

Ključne akcije (čitati sa smjernicama):

- pružiti zdravstvene usluge na odgovarajućem nivou zdravstvenog sistema; nivoi uključuju domaćinstva i zajednicu, klinike ili ambulante, domove zdravlja i bolnice (vidjeti smjernicu 1);
- prilagoditi ili uspostaviti standardizirane protokole za upravljanje slučajevima najčešćih bolesti, vodeći računa o nacionalnim standardima i smjernicama (vidjeti smjernicu 2);
- uspostaviti ili ojačati standardizirani sistem za dalje upućivanje, te osigurati da ga koriste sve organizacije (vidjeti smjernicu 1);
- uspostaviti ili ojačati standardizirani sistem trijaže u svim zdravstvenim ustanovama kako bi se osiguralo da oni s znakovima hitnosti dobiju hitno liječenje;
- pokrenuti zdravstveno obrazovanje i promociju na nivou zajednice i zdravstvene ustanove (vidjeti smjernicu 3);



- uspostaviti i pratiti sigurno i racionalno korištenje snabdijevanja krvi i proizvoda krvi (vidjeti smjernici 5);
- osigurati da su laboratorijske usluge dostupne i da se koriste kada je to indicirano (pogledati smjernicu 6);
- izbjegavati uspostavljanje alternativnih ili paralelnih zdravstvenih usluga, uključujući mobilne klinike i poljske bolnice (vidjeti smjernice 7–8);
- dizajnirati zdravstvene usluge na način koji osigurava prava pacijenata na privatnost, povjerljivost i informirani pristanak (vidjeti smjernicu 9);
- provesti odgovarajuće postupke za upravljanje otpadom, mjere sigurnosti i metode kontrole infekcija u zdravstvenim ustanovama (vidjeti smjernice 10–11 i Standard 1. Upravljanje čvrstim otpadom na stranici 117);
- odlagati mrtva tijela na način koji je dostojanstven, kulturološki prikladan i koji je zasnovan na dobroj praksi javnog zdravstva (vidjeti smjernicu 12 i Standard 1. Upravljanje čvrstim otpadom, smjernicu 8 na stranici 120).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- postoji dovoljan broj zdravstvenih ustanova kako bi se zadovoljile osnovne zdravstvene potrebe čitavog katastrofom pogođenog stanovništva:
 - jedna ambulanta / 10. 000 stanovnika (osnovne zdravstvene jedinice su primarne zdravstvene ustanove u kojima se nude opće zdravstvene usluge),
 - jedan dom zdravlja / 50.000 ljudi,
 - jedna bolnica / 250.000 ljudi,
 - > 10 stacioniranih kreveta i kreveta za porodilje / 10.000 ljudi (vidjeti smjernicu 1);
- stope korištenja u zdravstvenim ustanovama su 2–4 nova pregleda po osobi godišnje među katastrofom pogođenim stanovništvom >1 novih pregleda po osobi godišnje među ruralnom i raseljenom stanovništvu (vidjeti smjernicu 4 i Dodatak 3: Formule za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja).

Smjernice

1. **Nivo zaštite:** zdravstveni objekti se kategoriziraju prema nivou njege, prema njihovoj veličini i uslugama koje pružaju. Broj i položaj zdravstvenih objekata koji su potrebni može varirati od konteksta do konteksta. Zdravstveni sistemi, također, moraju razviti proces za kontinuiranu njegu. To se najbolje postiže uspostavljanjem efektivnog sistema za upućivanje, a posebno kod intervencija za spašavanje života. Sistem upućivanja bi trebao funkcionirati 24 sata dnevno, sedam dana u sedmicu.
2. **Nacionalni standardi i smjernice:** općenito, organizacije moraju biti u skladu sa zdravstvenim standardima i smjericama zemlje u kojoj se provodi intervencija na katastrofu, uključujući i protokole liječenja i liste esencijalnih lijekova. Kada su oni zastarjeli ili ne odražavaju prakse utemeljene na dokazima, treba koristiti internacionalne standarde kao reference i vodeća agencija za zdravstveni sektor treba podržati Ministarstvo zdravstva (MZ) kako bi ih ažuriralo.

3. **Promocija zdravlja:** aktivan program promocije zdravlja u zajednici treba započeti u saradnji s lokalnim zdravstvenim vlastima i predstavnicima zajednice, osiguravajući tako uravnoteženu zastupljenost žena i muškaraca. Program treba osigurati podatke o glavnim zdravstvenim problemima, zdravstvenim rizicima, dostupnosti i lokaciji zdravstvenih usluga i ponašanjima koja štite i promoviraju dobro zdravlje i rješavaju i obeshrabruju štetne prakse. Poruke i materijali u vezi sa javnim zdravljem trebaju koristiti odgovarajući jezik i medije, biti kulturno osjetljivi i lako razumljivi. Škole i prostori odgovarajući za djecu su važna mjesta za širenje informacija i način da se dopre do djece i roditelja (vidjeti Minimalne standarde INEE za obrazovanje, Standard 3. Pristup i okruženje za učenje).
4. **Stopa korištenja zdravstvenih usluga:** nema minimalnog praga za korištenje zdravstvenih usluga, jer će se to razlikovati od konteksta do konteksta. U stabilnim ruralnim i raseljenim skupinama stanovnika, stope korištenja trebaju biti najmanje 1 novi pregled po osobi godišnje. Među katastrofom pogođenim stanovništvom, može se očekivati u prosjeku 2–4 nova pregleda / osobi / godišnje. Ako je stopa niža od očekivane, to može ukazivati na neadekvatan pristup zdravstvenim uslugama. Ako je stopa viša, to može ukazivati na pretjerano korištenje zbog određenog zdravstvenog problema javnog zdravlja ili potcijenjenog broja ciljanog stanovništva. U analizi stopa korištenja idealno bi bilo razmotriti i korištenje po spolu, starosti, etničkom porijeklu i invaliditetu (vidjeti Dodatak 3: Formula za izračun ključnih zdravstvenih indikatora).
5. **Sigurna transfuzija krvi:** naponi trebaju biti usklađeni s nacionalnom transfuzijskom službom (eng. blood transfusion service – BTS), ako postoji. Prikupljanje krvi bi trebalo biti samo u dobrovoljnom obliku od davatelja krvi koji se ne plaćaju. Trebala bi biti uspostavljena dobra laboratorijska praksa, uključujući i pregled za transfuzijom prenosive infekcije, krvne grupe, testiranje kompatibilnosti, proizvodnju komponenti u krvi i skladištenje i transport proizvoda od krvi. Nepotrebne transfuzije se mogu smanjiti kroz efektivnu kliničku upotrebu krvi, uključujući i korištenje alternativa transfuziji (kristaloidi i koloidi), gdje god je to moguće. Odgovarajuće kliničko osoblje treba biti obučeno kako bi se osiguralo davanje sigurne krvi i njena efektivna klinička upotreba.
6. **Laboratorijske usluge:** najčešće zarazne bolesti se mogu dijagnosticirati klinički (npr. dijareja, akutne respiratorne infekcije) ili uz pomoć brzih dijagnostičkih testova ili mikroskopom (npr. malarija). Laboratorijsko ispitivanje je najkorisnije za utvrđivanje uzroka izbijanja zaraza na koje se sumnja, testiranja kultura i njihove osjetljivosti na antibiotike kako bi se pomoglo u odlukama o upravljanju slučajevima (npr. dizenterija) i odabiru vakcina tamo gdje može biti indicirana masovna imunizacija (npr. meningokokni meningitis). Za određene nezarazne bolesti, kao što je dijabetes, laboratorijska ispitivanja su bitna za dijagnozu i liječenje.
7. **Mobilne klinike:** tokom nekih katastrofa, možda će biti potrebno imati mobilne klinike kako bi se zadovoljile potrebe izoliranog ili mobilnog stanovništva koje ima ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti. Mobilne klinike su se, također, pokazale kao ključne za povećanje pristupa liječenju u epidemijama, gdje se očekuje veliki broj slučajeva, a kao što je situacija kod izbijanja epidemije malarije. Mobilne klinike trebaju se uvesti tek nakon konsultacija s ključnim agencijama u sektoru zdravstva i lokalnim vlastima (vidjeti Standard 6. Zdravstveni sustavi na stranici 265).



8. **Poljske bolnice:** povremeno, poljske bolnice mogu biti jedini način da se osigura zdravstvena zaštita kada su postojeće bolnice teško oštećene ili uništene. Međutim, obično je efektivnije osigurati sredstva za postojeće bolnice, tako da one mogu početi ponovo raditi ili se nositi s dodatnim opterećenjem. Može biti prikladno rasporediti poljsku bolnicu za neposrednu njegu traumatskih povreda (prvih 48 sati), sekundarnu njegu traumatskih povreda i rutinske hirurške i akušerske hitne situacije (od 3. do 15. dana), ili kao privremeni objekt koji će zamijeniti oštećenu lokalnu bolnicu dok ne bude obnovljena. Pošto su poljske bolnice vrlo vidljive, često postoji znatan politički pritisak vlada donatora da se one osnuju. Međutim, važno je donijeti odluku o postavljanju poljske bolnice isključivo na osnovu potrebe i dobrobiti koju pruža.
9. **Prava pacijenata:** zdravstvene ustanove i službe trebaju biti dizajnirane na način koji osigurava privatnost i povjerljivost. Treba tražiti informirani pristanak od bolesnika (ili staratelja, ako bolesnici nisu sposobni za to), prije medicinskih ili hirurških zahvata. Zdravstveno osoblje treba shvatiti da pacijenti imaju pravo znati šta svaki postupak uključuje, kao i očekivane koristi, potencijalne rizike, troškove i trajanje.
10. **Kontrola infekcija u zdravstvu i sigurnost pacijenata:** programe za efektivnu reakciju za vrijeme katastrofe, kontinuiranu prevenciju i kontrolu infekcija (eng. infection prevention and control – IPC) treba provoditi na nacionalnom i na perifernim nivoima, te na raznim nivoima zdravstvenih objekata. Takav program IPC-a za zdravstvene ustanove treba sadržavati sljedeće:
 - definirane politike IPC-a (npr. rutinske i dodatne mjere kontrole infekcije za rješavanje potencijalnih prijetnji),
 - kvalificirano, namjensko tehničko osoblje (tim za IPC) za pokretanje programa kontrole infekcija s definiranim obimom, funkcijama i odgovornostima,
 - nadzorni sistem ranog upozorenja za otkrivanje zaraznih epidemija,
 - definiran budžet za aktivnosti (npr. obuka osoblja) i potrošni materijal za reakcije na hitne situacije,
 - pojačane standardne mjere opreza i dodatne posebne mjere definirane za epidemijske bolesti,
 - administrativne kontrole (npr. politike izolacije) te inženjerske kontrole i kontrole okruženja (npr. poboljšanje ventilacije okruženja),
 - ličnu zaštitnu opremu koja se koristi,
 - prakse IPC-a se nadziru i preporuke se redovno revidiraju.
11. **Medicinski otpad:** opasni otpad koji nastaje u zdravstvenim ustanovama se može razdvojiti na zarazni bez oštrih predmeta, oštre predmete i nezarazni zajednički otpad. Loše upravljanje medicinskim otpadom potencijalno izlaže zdravstveno osoblje, čistače, radnike koji rukuju otpadom, pacijente i druge u zajednici infekcijama kao što su HIV i hepatitis B i C. Ispravno razdvajanje na mjestu nastanka otpada i konačni postupci odlaganja za specifične kategorije se moraju provesti kako bi se smanjio rizik od infekcija. Osoblje određeno za obradu medicinskog otpada treba biti osposobljeno i treba nositi zaštitnu opremu (rukavice i čizme su minimalni zahtjevi). Obradu otpada treba provoditi prema vrsti otpada: naprimjer, infektivni otpad koji ne uključuje oštre predmete, a i oštre predmete treba odlagati u zaštićene jame ili spaljivati.

12. **Postupanje sa posmrtnim ostacima:** kada katastrofe rezultiraju visokom stopom smrtnosti, bit će potrebno upravljanje odlaganjem velikog broja mrtvih tijela. Pokop velikog broja posmrtnih ostataka u masovnim grobnicama se često zasniva na lažnom uvjerenju da oni predstavljaju opasnost za zdravlje ako ne budu odmah pokopani ili spaljeni. Ljudski ostaci u samo nekoliko posebnih slučajeva (npr. smrt prouzročena kolerom ili hemoragijskom groznicom) predstavljaju rizik za zdravlje i zahtijevaju posebne mjere opreza. Tijela se ne trebaju odlagati neceremonijalno u masovne grobnice. Ljudi bi trebali imati priliku da identificiraju članove svoje porodice i obave kulturno odgovarajući pogreb. Masovni pokop može biti prepreka za dobivanje potvrde o smrti potrebne za zahtjeve za ostvarivanje zakonskih prava. Kad su oni koji se pokopavaju žrtve nasilja, treba uzeti u obzir forenzičku obradu (pogledajte Standard 2. Skloništa i smještaj, smjernicu 3 na stranici 255).

Standard 2. Zdravstveni sistemi: ljudski resursi

Zdravstvene usluge pružaju osposobljeni i kompetentni zdravstveni radnici koji imaju odgovarajuću kombinaciju znanja i vještina kako bi se zadovoljile zdravstvene potrebe stanovništva.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- pregledati broj zaposlenih i kapacitet kao ključne komponente procjene nultog stanja zdravstva;
- riješiti neravnoteže u broju uposlenih, njihovim sposobnostima, spolu i/ili etničkoj pripadnosti gdje je to moguće (vidjeti smjernicu 1);
- podržati lokalne zdravstvene radnike i integrirati ih u potpunosti u zdravstvene usluge, uzimajući u obzir njihove kompetencije (vidjeti smjernicu 1);
- osigurati adekvatne pomoćne radnike za pomoć u svakoj zdravstvenoj ustanovi;
- obučiti kliničko osoblje u korištenju kliničkih protokola i smjernica (vidjeti smjernicu 2);
- osigurati nadzor osoblja na redovnoj osnovi kao podršku kako bi se osigurala njihova usklađenost sa standardima i smjericama, uključujući i pružanje povratnih informacija;
- standardizirati programe obuke i odredite prioritete u skladu sa nedostacima u ključnim zdravstvenim potrebama i kompetencijama;
- osigurati poštenu i pouzdanu plaću za sve zdravstvene radnike, dogovorenu među svim organizacijama i u saradnji s nacionalnim zdravstvenim vlastima;
- osigurati sigurno radno okruženje, uključujući i osnovnu higijenu i zaštitu za sve zdravstvene radnike.

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- postoje najmanje 22 kvalificirana zdravstvena radnika (doktori, medicinske sestre i babice) / 10.000 stanovnika (vidjeti smjernicu 1):



- barem jedan doktor / 50.000 stanovnika,
- barem jedna kvalificirana medicinska sestra / 10.000 stanovnika,
- najmanje jedna babica / 10.000 stanovnika;
- postoji barem jedan zdravstveni radnik u zajednici (eng. Community Health Worker – CHW) / 1.000 stanovnika, jedan nadzornik / 10 radnika koji obavljaju kućne posjete i jedan viši nadzornik;
- zdravstveno osoblje u klinici ne bi trebalo primati više od 50 pacijenata dnevno; ako se ovaj prag redovno premašuje, treba zaposliti dodatno kliničko osoblje (vidjeti smjernicu 1 i Dodatak 3: Formula za izračun ključnih zdravstvenih indikatora).

Smjernice

1. **Broj osoblja:** zdravstveni radnici uključuju širok spektar radnika, uključujući doktore, medicinske sestre, babice, drugo zdravstveno osoblje, stažiste, tehničare, farmaceute, porodične doktore itd., kao i osoblje uprave. Ne postoji konsenzus o optimalnom broju zdravstvenih radnika za stanovništvo i on se može razlikovati od konteksta do konteksta. Međutim, ne postoji korelacija između dostupnosti zdravstvenih radnika i pokrivenosti zdravstvenih intervencija. Naprimjer, prisutnost samo jednog ženskog zdravstvenog radnika ili jednog predstavnika marginalizirane etničke grupe u osoblju može značajno povećati pristup žena ili ljudi iz manjinskih grupa zdravstvenim uslugama. Neravnoteža u osoblju se mora rješavati kroz preraspoređivanje i / ili zapošljavanje zdravstvenih radnika na područjima gdje postoje kritični nedostaci u odnosu na zdravstvene potrebe (vidjeti Osnovni standard 6 na stranici 71).
2. **Obuka i nadzor osoblja:** zdravstveni radnici trebaju imati odgovarajuću obuku, vještine i podršku kroz monitoring za njihov nivo odgovornosti. Organizacije imaju obavezu da obuču i nadziru osoblje kako bi se osiguralo da je njihovo znanje ažurirano. Obuka i nadzor će biti visok prioritet pogotovo tamo gdje osoblje nije imalo kontinuirano obrazovanje ili gdje su uvedeni novi protokoli. Koliko je to moguće, programi osposobljavanja trebaju biti standardizirani i prioriteti, trebaju biti određeni prema ključnim zdravstvenim potrebama i nedostacima kompetencija identificiranim putem monitoringa. Treba voditi evidenciju ko je koga obučio u čemu, kada i gdje. Tu evidenciju treba podijeliti s odjelom ljudskih resursa lokalnih zdravstvenih vlasti (vidjeti Osnovni standard 6 na stranici 71).

Standard 3. Zdravstveni sistemi: lijekovi i medicinske robe

Ljudi imaju pristup dosljednoj opskrbi esencijalnih lijekova i potrošnih materijala.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama) :

- pregledati postojeće liste esencijalnih lijekova u zemlji pogođenoj katastrofom u ranoj fazi intervencije kako bi se utvrdila njihova prikladnost (vidjeti smjernicu 1);
- uspostaviti i podržavati listu standardiziranih esencijalnih lijekova i medicinske opreme koja sadrži stavke koje odgovaraju zdravstvenim potrebama i nivou stručnosti zdravstvenih radnika (vidjeti smjernice 1–2);
- uspostaviti ili prilagoditi efektivan sistem za upravljanje lijekovima (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati da budu dostupni neophodni lijekovi za liječenje uobičajenih oboljenja;
- prihvatiti medicinske donacije samo ako slijede međunarodno priznate smjernice; ne treba koristiti donacije koje ne poštuju ove smjernice i odložite ih na siguran način.

Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- nijedna zdravstvena institucija nije ostala bez odabranih esencijalnih lijekova duže od sedam dana i prate se zalihe medicinskog potrošnog materijala (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Lista esencijalnih lijekova:** većina zemalja ima uspostavljenu listu esencijalnih lijekova. Kada je to potrebno ovaj dokument treba pregledati, u dogovoru s glavnim zdravstvenim vlastima u ranoj fazi intervencije, kako bi se utvrdila njegova prikladnost. Povremeno, mogu biti potrebne promjene na listi esencijalnih lijekova, npr. ako postoje dokazi o otpornosti na preporučene antimikrobne lijekove. Ako ne postoji ažurirana lista, treba pratiti smjernice SZO, npr. Model liste za esencijalne lijekove SZO. Korištenje standardnih zapakiranih kompleta treba ograničiti na rane faze katastrofe.
2. **Medicinska oprema:** treba biti pažljiv pri definiranju liste potrebne opreme dostupne na različitim nivoima u zdravstvu. To bi, također, trebalo biti povezano sa potrebnim kompetencijama osoblja.
3. **Upravljanje lijekovima:** zdravstvene agencije trebaju uspostaviti efektivan sistem upravljanja lijekovima. Cilj takvog sistema je da osigura efektivno, ekonomično i racionalno korištenje kvalitetnih lijekova te skladištenje i pravilno odlaganje lijekova kojima je istekao rok. Ovaj sistem bi trebao biti zasnovan na četiri ključna elementa ciklusa za upravljanje lijekovima: selekcija, nabavka, distribucija i korištenje.



4. **Potrošni medicinski materijal:** ovo uključuje listu esencijalnih ili ključnih lijekova koji su odabrani za redovnu procjenu funkcioniranja sistema upravljanja lijekovima. Stavke koje će biti odabrane kao lijekovi koji se prate trebaju biti relevantne za prioritete javnog zdravlja i trebaju bi biti dostupne zdravstvenim ustanovama u svakom trenutku. Primjeri uključuju amoksicilin i paracetamol.

Standard 4. Zdravstveni sistemi: finansiranje zdravstva

Ljudi imaju besplatan pristup osnovnim zdravstvenim uslugama za sve vrijeme trajanja katastrofe.

Ključne akcije (čitati sa smjericama):

- identificirati i mobilizirati finansijska sredstva za pružanje besplatnih zdravstvenih usluga na tački pružanja tih usluga pogođenom stanovništvu za vrijeme katastrofe (vidjeti smjernicu 1);
- kada se kroz vladin sistem od korisnika naplaćuju naknade, treba poduzeti potrebne mjere za njihovo ukidanje ili privremenu obustavu za vrijeme trajanja intervencije na katastrofe (vidjeti smjernicu 2);
- osigurati da finansijska i tehnička podrška zdravstvenom sistemu pokriva sve finansijske nedostatke kreirane ukidanjem i / ili suspenzijom naknada koje plaćaju korisnici i da se sistem nosi s povećanim zahtjevima za zdravstvene usluge (vidjeti smjernicu 1).

Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- primarne zdravstvene usluge se besplatno pružaju katastrofom pogođenom stanovništvu u svim državnim objektima i objektima nevladinih organizacija za vrijeme trajanja intervencije na katastrofe.

Smjernice

1. **Finansiranje zdravstva:** troškovi pružanja osnovnih zdravstvenih usluga variraju zavisno od konteksta. Takav kontekst obuhvata postojeći zdravstveni sistem, stanovništvo pogođeno katastrofom i specifične zdravstvene potrebe koje određuje katastrofa. Prema Komisiji za makroekonomiju i zdravlje SZO, minimalni paket osnovnih zdravstvenih usluga zahtijeva izdatke od najmanje 40 US \$ / osobi / godišnje u zemljama s niskim dohotkom (podatak iz 2008.). Pružanje zdravstvenih usluga u uvjetima katastrofa će vjerovatno izazvati veće troškove nego u stabilnim uvjetima.
2. **Naknade koje plaćaju korisnici** odnose se na direktna plaćanja korisnika na mjestu pružanja usluga. Naknade koje plaćaju korisnici otežavaju pristup zdravstvenoj njezi i za rezultat imaju to da siromašni i ranjive osobe ne traže odgovarajuću zdravstvenu zaštitu uvijek kada je to potrebno. Osnovni humanitarni princip je da usluge i robe koje pružaju humanitarne agencije trebaju biti besplatne za

primatelja. U kontekstu u kome to nije moguće, može se smatrati da davanje gotovine i / ili bonova članovima pogođenog stanovništva omogućuje pristup zdravstvenim uslugama (vidjeti Standard 1. Sigurnost hrane: transfer novca i bonova na stranici 200). Uklanjanje naknada koje plaćaju korisnici moraju pratiti druge mjere za podršku za zdravstveni sistem kako bi on kompenzirao izgubljene prihode i povećano korištenje (npr. plaćanje poticaja za zdravstveno osoblje, pružanje dodatnih medicinskih roba). Dostupnost i kvaliteta usluga moraju biti pod nadzorom nakon uklanjanja naknada koje plaćaju korisnici.

Standard 5. Zdravstveni sistemi: upravljanje zdravstvenim informacijama

Osmišljavanje i osiguranje zdravstvenih usluga su vođeni prikupljanjem, analizom, interpretacijom i korištenjem relevantnih podataka o javnom zdravlju.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- odlučiti o korištenju postojećeg zdravstvenog informacijskog sistema (eng. health information system – HIS), njegovoj adaptaciji ili korištenju alternativnih HIS-ova (vidjeti smjernicu 1);
- kada je to potrebno, provesti procjene i istraživanja kako bi prikupili informacije koje nisu dostupne iz HIS-a, a ključne su za odlučivanje o prioritetnim zdravstvenim uslugama (vidjeti smjernicu 2);
- razviti i / ili koristiti standardizirane definicije slučaja za sve bolesti i zdravstvena stanja za koje se podnosi izvještaj i osigurati da ih koriste sve agencije;
- osmisliti sisteme za nadzor i rano upozorenje (eng. early warning – EWARN) za detekciju epidemija kao sastavni dio HIS-a i nadograditi postojeće HIS-ove, kad god je to moguće (vidjeti Standard 3. Osnovne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti na stranici 316 i Dodatak 2: primjer sedmičnih obrazaca za izvještavanje o nadzoru);
- prepoznati i prijaviti prioritetne bolesti i zdravstvena stanja kroz HIS;
- svi učesnici se trebaju dogovoriti i koristiti zajedničke brojeke, kao što je broj stanovnika (vidjeti smjernicu 3);
- zdravstvene ustanove i agencije trebaju podnijeti podatke o nadzoru i ostale podatke HIS-a vodećoj organizaciji na redovnoj osnovi, a frekvencija tih izvještaja će se razlikovati zavisno od konteksta i tipa podataka, npr. dnevno, sedmično, mjesečno;
- konzistentno koristiti dopunske podatke s ostalim relevantnim izvorima, kao što su istraživanja, kako bi interpretirali podatke monitoringa i koristili podatke za usmjeravanje donošenja odluka (vidjeti smjernicu 2);
- poduzeti odgovarajuće mjere za zaštitu podataka kako bi garantirali prava i sigurnost osoba i / ili stanovništva (vidjeti smjernicu 4).



Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- sve zdravstvene ustanove i agencije vodećoj agenciji redovno podnose izvještaj HIS u roku od 48 sati od isteka izvještajnog perioda;
- sve zdravstvene ustanove i organizacije prijavljuju slučajeve bolesti koje uzrokuju epidemije u roku od 24 sata od pojave bolesti (vidjeti Standard 3. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti na 273. str.).
- vodeća organizacija daje redovne izvještaje sa informacijama o generalnom zdravlju, uključujući analizu i interpretaciju epidemioloških podataka, kao i izvještaj o pokrivenosti zdravstvenim uslugama i korištenju zdravstvenih usluga.

Smjernice

1. **Zdravstveni informacijski sistem:** sistem nadzora treba graditi na postojećem HIS-u kad god je to moguće. U nekim katastrofama može biti potreban novi ili paralelni HIS. To se određuje prema procjeni rezultata i adekvatnosti postojećeg HIS-a i informacijskim potrebama za tekuću katastrofu. Tokom reakcije na katastrofu, zdravstveni podaci trebaju uključivati, ali se ne ograničavaju na sljedeće:
 - smrti zabilježene u zdravstvenim ustanovama, uključujući smrtno slučajeve djece ispod 5 godina,
 - proporcionalni mortalitet,
 - mortalitet sa specifičnim uzrokom,
 - stope pojave za najčešće morbiditete,
 - proporcionalni morbiditet,
 - stopu iskorištenosti zdravstvene ustanove,
 - broj konsultacija po osobi zaposlenoj u klinici dnevno.
2. **Izvori podataka:** interpretacija i korištenje podataka o zdravstvenim objektima trebaju uzeti u obzir izvor informacija i njegova ograničenja. Korištenje dopunskih podataka kod donošenja odluka je od ključne važnosti u sveobuhvatnom HIS-u, naprimjer, procjene prevalencije bolesti ili informacije o ponašanju kod traženja zdravstvenih usluga. Ostali izvori podataka koji mogu poboljšati analizu uključuju istraživanja zasnovana na stanovništvu, laboratorijske izvještaje i kvalitetu mjerenja usluga. Istraživanja i procjena moraju pratiti međunarodno priznat kriterij kvalitete i koristiti standardizirane alate i protokole i, gdje je to moguće, treba ih analizirati sa partnerima.
3. **Detaljno razvrstavanje podataka:** podaci trebaju, koliko je to moguće, biti razvrstani po spolu, starosti, ranjivosti ili određenim pojedincima, dijelovima stanovništva koje je pogođeno i domaćem stanovništvu i kontekstu (npr. situacija sa kampom naspram situacije bez kampa) kako bi služili da se usmjeri donošenje odluka. Detaljno razvrstavanje može biti teško tokom ranih faza hitne situacije. Međutim, podaci o mortalitetu i morbiditetu trebaju biti razdvojeni barem za djecu mlađu od 5 godina. Kako to vrijeme i uvjeti omoguće, treba težiti ka detaljnijem razvrstavanju kako bi se otkrile potencijalne nejednakosti i ranjive osobe (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 61).

4. **Povjerljivost:** treba poduzeti odgovarajuće mjere opreza kako bi zaštitili sigurnost pojedinaca, kao i same podatke. Osoblje ne bi bez dozvole pacijenta smjelo dijeliti informacije o pacijentima s onima koji nisu direktno uključeni u njegu. Posebnu pažnju treba posvetiti osobama s intelektualnim, mentalnim poteškoćama ili oštećenjima osjeta, što može kompromitirati njihovu sposobnost da daju informirani pristanak. Podaci koji se odnose na povrede uzrokovane mučenjem ili drugim kršenjima ljudskih prava, uključujući seksualno zlostavljanje se moraju pažljivo tretirati. Može se razmotriti da se te informacije prenesu odgovarajućim akterima ili institucijama, ako pojedinac da svoj pristanak (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sistemi na stranici 296 i Princip zaštite 1, smjernice 7–12 na stranici 35).

Pogledati Dodatak 2 za primjer obrazaca za nadzor mortaliteta, EWARN i morbiditeta, kao i Dodatak 3: Formule za izračun ključnih zdravstvenih indikatora.

Standard 6. Zdravstveni sistemi: vodstvo i koordinacija

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama koje su pod koordinacijom više organizacija i sektora kako bi se postigao maksimalni efekt.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- kad god je to moguće osigurati da predstavnici Ministarstva zdravstva vode ili da su u najmanju ruku blisko uključeni u koordinaciji u zdravstvenom sektoru;
- kada Ministarstvo zdravstva nema potrebne kapacitete ili nije spremno voditi intervenciju, mora se identificirati alternativna agencija sa potrebnim kapacitetom da preuzme vodstvo u koordinaciji u sektoru zdravstva (vidjeti smjernice 1–2);
- održavati redovne koordinacijske sastanke o zdravstvu za lokalne i vanjske partnere na centralnom, unutardržavnom i terenskom nivou unutar zdravstvenog sektora, te između zdravstvenog sektora i drugih sektora i odgovarajućih grupa za multidisciplinarnu temu (vidjeti smjernice 3 i Osnovni standard 2 na stranici 58);
- razjasniti i dokumentirati konkretne odgovornosti i kapacitete svake zdravstvene organizacije kako bi se osigurala optimalna pokrivenost stanovništva (vidjeti smjernice 1);
- uspostavite radne grupe u okviru mehanizma za koordinaciju kad god to određena situacija zahtijeva (npr. pripremljenost na izbijanje bolesti i reakcija na njih, reproduktivno zdravlje);
- redovno kreirati i distribuirati ažurirane informacije u zdravstvenom sektoru.



Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- vodeća je organizacija razvila strateški dokument za intervenciju u sektoru zdravstva kako bi odredila prioritete intervencija i definirala ulogu vodeće organizacije i partnerskih organizacija na početku hitne intervencije (vidjeti smjernicu 2).

Smjernice

1. **Vodeća organizacija za zdravstvo:** Ministarstvo zdravstva bi trebalo biti vodeća organizacija za zdravstvo i biti odgovorno za vođenje intervencije u sektoru zdravstva. U nekim situacijama, Ministarstvu zdravstva može nedostajati kapacitet ili volja da preuzme ulogu vođe na efikavan i nepristran način. U toj situaciji, SZO kao vodeća organizacija za globalni zdravstveni klaster, uglavnom preuzima tu odgovornost. Povremeno, kada i Ministarstvo zdravstva i SZO nemaju odgovarajući kapacitet, može biti potrebno da druga organizacija koordinira aktivnosti. Vodeća zdravstvena organizacija bi trebala osigurati da organizacije koje učestvuju u intervenciji koordiniraju aktivnosti s lokalnim vlastima u zdravstvu i da podržavaju kapacitete lokalnih zdravstvenih sistema (vidjeti Osnovni standard 2 na stranici 58).
2. **Strategija zdravstvenog sektora:** važna odgovornost vodeće zdravstvene organizacije jeste da razvije sveobuhvatnu strategiju za hitne intervencije unutar zdravstvenog sektora. U idealnom slučaju bi trebalo napraviti dokument u kojem se navode prioritete i ciljevi u zdravstvenom sektoru i navode strategije za njihovo postizanje. Ovaj dokument bi trebao biti razvijen nakon konsultacija s relevantnim organizacija i predstavnicima zajednice, kako bi se osigurao što veći proces uključivanja svih aktera.
3. **Koordinacijski sastanci** trebaju biti usmjereni na djelovanje i osigurati forum u kojem se dijele informacije, identificiraju i nadziru prioritete, razvijaju i prilagođavaju zajedničke zdravstvene strategije, dodjeljuju specifični zadaci i dogovara o standardiziranim protokolima i intervencijama. Oni bi se trebali koristiti kako bi se osiguralo da svi zdravstveni partneri koriste zajedničke odrednice i druge relevantne brojeve, alate, smjernice i standarde, kad god je to moguće. Sastanci bi se trebali češće održavati na početku katastrofe.

2. Osnovne zdravstvene usluge

Osnovne zdravstvene usluge su preventivne i usluge liječenja koje su prikladne za rješavanje zdravstvenih potreba stanovništva pogođenog katastrofama. One uključuju intervencije koje su najefektivnije u prevenciji i smanjenju viška morbiditeta i mortaliteta od zaraznih i nezaraznih bolesti, posljedica sukoba i događaja sa velikim brojem žrtava. Tokom katastrofa, stopa smrtnosti može biti vrlo visoka i identificiranje glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta je važno za izradu odgovarajućih esencijalnih zdravstvenih usluga. Ovaj dio poglavlja o zdravlju daje osnovne standarde zdravstvenih usluga kategoriziranih u šest dijelova: kontrola zaraznih bolesti, zdravlje djece, seksualno i reproduktivno zdravlje, povrede, mentalno zdravlje i nezarazne bolesti.

Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge: određivanje prioriteta zdravstvenih usluga

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama koje su prioritetne za rješavanje glavnih uzroka prevelikog mortaliteta i morbiditeta.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- prikupljati i analizirati podatke o zdravstvenim problemima i rizicima, u svrhu ciljanja na glavne uzroke prevelikog mortaliteta i morbiditeta, u koordinaciji s lokalnim zdravstvenim vlastima (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 61);
- identificirati ranjive ljude (npr. žene, djeca, starije osobe, osobe s invaliditetom itd.), koji mogu biti posebno izloženi riziku (vidjeti Princip zaštite 2 na stranici 36);
- odrediti prioritetne zdravstvene usluge koje su prikladne, izvedive i efektivne za smanjenje prevelikog morbiditeta i mortaliteta i provoditi ih u koordinaciji s lokalnim zdravstvenim vlastima (vidjeti smjernicu 1);
- identificirati prepreke koje ometaju pristup prioriteta zdravstvenim uslugama i utvrditi praktična rješenja za njihovo rješavanje (vidjeti smjernicu 2);
- implementirati prioritetne zdravstvene usluge u koordinaciji sa svim ostalim sektorima i / ili klasterima i multidisciplinarnim temama (vidjeti Osnovni standard 2 na stranici 58).



Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- gruba stopa mortaliteta (CMR) se održava na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za stanovništvo prije katastrofe ili se smanjuje ispod (vidjeti smjernicu 3);
- stopa smrtnosti djece mlađe od 5 godina (U5MR) se održava na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za stanovništvo prije katastrofe ili se smanjuje ispod (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Prioritetne zdravstvene usluge** su osnovne zdravstvene usluge koje su učinkovite u rješavanju glavnih uzroka prevelikog mortaliteta i morbiditeta. One se razlikuju zavisno od konteksta, uključujući i vrstu katastrofe i njen utjecaj. Koliko je to moguće, prioritetne zdravstvene usluge treba zasnivati na principu prakse utemeljene na dokazima i one trebaju donositi dokazanu korist za javno zdravlje. Nakon što mortalitet padne blizu osnovnog nivoa, tokom nekog vremena treba uvesti sveobuhvatniji obim zdravstvenih usluga (vidjeti Osnovni standard 4 na stranici 65).
2. **Pristup zdravstvenim uslugama** treba zasnivati na principima jednakosti i nepristranosti, osiguravajući tako jednak pristup prema potrebi i bez diskriminiranja. U praksi, trebaju biti organizirani lokacija i kapacitet osoblja koje pruža zdravstvene usluge kako bi se osigurali optimalni pristup i pokrivenost. Posebne potrebe ranjivih ljudi treba rješavati pri projektiranju zdravstvenih usluga. Prepreke pristupu mogu biti fizičke, finansijske, bihevioralne i / ili kulturne, kao i komunikacijske. Bitno je prepoznavanje i prevladavanje takvih prepreka za pristup prioritetnim zdravstvenim uslugama (vidjeti Osnovni standard 3 na stranici 61 i Princip zaštite 2 na stranici 36).
3. **Opći mortalitet i mortalitet djece mlađe od 5 godina:** CMR je najkorisniji indikator zdravlja za nadzor i procjenu ozbiljnosti hitne situacije. CMR koji je udvostručen ili viši od osnovnog CMR-a ukazuje na značajnu hitnu situaciju u javnom zdravlju, što zahtijeva trenutnu intervenciju. Kada je osnovna stopa nepoznata ili sumnjive validnosti, organizacija treba imati za cilj održavanje CMR-a koji je barem ispod 1,0 / 10.000 / dan.

U5MR je osjetljiviji indikator od CMR-a. Kada je osnovna stopa nepoznata ili sumnjive validnosti, organizacija treba imati za cilj održavanje U5MR-a barem ispod 2,0 / 10,000 / dan (vidjeti Dodatak 3: Formula za izračun ključnih zdravstvenih indikatora).

Referentni podaci nultog stanja mortaliteta po regijama

Regija	CMR (smrti / 10000 / dan)	CMR Prag hitne situacije	U5MR (smrti / 10000 / dan)	U5MR Prag hitne situacije
Supraharska Afrika	0,41	0,8	1,07	2,1
Bliski istok i Sjeverna Afrika	0,16	0,3	0,27	0,5
Južna Azija	0,22	0,4	0,46	0,9
Istočna Azija i Pacifik	0,19	0,4	0,15	0,3
Latinska Amerika i Karibi	0,16	0,3	0,15	0,3
Centralna i istočna Evropa / CIS* i baltičke države	0,33	0,7	0,14	0,3
Industrijski razvijene zemlje	0,25	0,5	0,03	0,1
Zemlje u razvoju	0,22	0,4	0,44	0,9
Najnerazvijenije zemlje	0,33	0,7	0,82	1,7
Svijet	0,25	0,5	0,40	0,8

* Zajednica nezavisnih država

Izvor: UNICEF, Stanje djece u svijetu 2009. godina (podaci iz 2007.).

2.1. Osnovne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti

Morbiditet i mortalitet zbog zaraznih bolesti imaju tendenciju povećanja u katastrofama. U mnogim okruženjima koja su pogodena sukobima, između 60 posto i 90 posto smrtnih slučajeva su uzrokovala četiri glavne uzroka zaraze: akutna respiratorna infekcija, dijareja, male boginje i malarija, na mjestima gdje je malarija endemična. Akutna pothranjenost pogoršava ove bolesti, a posebno kod djece ispod 5 godina. Epidemije zaraznih bolesti su daleko rjeđe povezane sa prirodnim katastrofama koje nastaju naglo. Kad dođe do izbijanja zaraze, ona je uglavnom povezana s faktorima rizika, kao što su raseljavanje stanovništva, prenatrpanost, neodgovarajući stanovi, manjak vode i nesigurna voda i neadekvatni sanitarni uvjeti.



Standard 1. Kontrole zaraznih bolesti: prevencija zaraznih bolesti

Ljudi imaju pristup informacijama i uslugama koje su dizajnirane kako bi se spriječile zarazne bolesti koje najznačajnije doprinose prevelikom morbiditetu i mortalitetu.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- razviti i provesti opće mjere prevencije u saradnji sa relevantnim sektorima (vidjeti smjernicu 1);
- provesti odgovarajuće metode kontrole prijenosnika bolesti za malariju, denga groznicu i druge bolesti koje prenose prijenosnici bolesti, zavisno o lokalnoj epidemiologiji (vidjeti smjernice 2–3);
- provesti specifične mjere za sprječavanje bolesti, npr. masovna vakcinacija protiv malih boginja kako to bude indicirano (vidjeti Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge: zdravlje djece na stranici 321).

Ključni indikator (čitati sa smjernicama):

- pojava glavnih zaraznih bolesti relevantnih za kontekst je stabilna (ne raste).

Smjernice

1. **Opće mjere prevencije:** ovo uključuje dobro planiranje lokacija, pružanje čiste vode i odgovarajuće sanitarne uvjete, pristup higijenskim objektima, vakcinaciju protiv određenih bolesti, dovoljnu količinu hrane i sigurno snabdijevanje hranom, kontrolu prijenosnika bolesti i ličnu zaštitu od njih te zdravstvenu edukaciju zajednice i društvenu mobilizaciju. Većina tih intervencija treba biti razvijena u saradnji sa drugim sektorima, uključujući:
 - sklonište – odgovarajući broj skloništa i dovoljno prostora između njih; adekvatno ventilirana skloništa izolirana od insekata i smještena daleko od stajaće vode, a dovoljno blizu vode i sanitarnih objekata (vidjeti standarde 1–3: Skloništa i smještaj na stranicama 249–258 i Standard 2: Neprehrambeni artikli na stranici 271);
 - voda, sanitarni uvjeti, higijena – dovoljne količine pitke vode i odgovarajućih sanitarnih objekata i promoviranje higijene (vidjeti standarde 1–2. Promoviranje higijene na stranicama 91–94, standarde 1–3. Vodopsnabdijevanje na stranicama 97–103 i standarde 1–2. Odlaganje fekalija na stranicama 105–107);
 - ekološki prihvatljivi sanitarni uvjeti i sigurno upravljanje otpadom i kontrola prijenosnika (vidjeti smjernice 2–3, Standard 4. Skloništa i smještaj na stranici 262, standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116, Standard 1. Upravljanje čvrstim otpadom na stranici 117 i Standard 1. Drenaža na stranici 121);
 - sigurnost hrane, ishrana i pomoć u hrani – pristup dovoljnoj količini hrane i upravljanje pothranjenosti

(vidjeti standarde 1–2. Ishrana dojenčadi i male djece na stranicama 159–160, standarde 1–3. Upravljanje akutnom pothranjenosti i nedostacima mikronutrijenata na stranicama 165–173 i Standard 1. Sigurnosti hrane na stranici 176);

- zdravstvena edukacija i socijalna mobilizacija – razvijanje poruka kako bi se osigurala efektivna implementacija navedenih preventivnih mjera.

2. **Prevenција malarije:** provesti postupke prevencije malarije u skladu sa rizikom od infekcije, fazom hitne situacije i mobilnošću stanovništva, tipom skloništa i ponašanjem lokalnog prijenosnika bolesti u području gdje je malarija endemska. Mjere za kontrolu prijenosnika bolesti, kao što su unutrašnje prskanje reziduala (eng. indoor residual spraying – IRS) djelotvornim insekticidom i distribucija dugotrajnih mreža tretiranih insekticidom (eng. long-lasting insecticide-treated nets – LLIN), trebaju biti vođene entomološkim procjenama i ekspertizom. Da bi bio efektivan kao mjera za kontrolu u zajednici, IRS zahtijeva pokrivanje najmanje 80 posto stanova. LLIN-i osiguravaju dugotrajnu ličnu zaštitu i standardna su odabrana mreža. Raspodjela netretiranih mreža se ne preporučuje (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni artikli na stranici 271 i standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116).

Izbor distribucije LLIN-a kao prioriteta za grupe izložene riziku zavisi od faze katastrofe i stepenu prijenosa malarije. U ranoj fazi katastrofe u područjima gdje je prisutan visok do umjeren prijenos malarije prioritet trebaju biti bolnički pacijenti, teško pothranjeni ljudi i članovi njihovih domaćinstava, trudnice i djeca do 2 godine. Sljedeći prioritet su oni uključeni u programe dopuskog hranjenja, djeca ispod 5 godina starosti i domaćinstva sa trudnicama i djecom do 2 godine starosti. Na kraju, cijelo stanovništvo izloženo riziku treba dobiti LLIN-e. U ranoj fazi katastrofe u područjima sa niskim nivoom prijenosa, LLIN-e bi trebalo koristiti u kliničkim uvjetima (naprimjer, rezidencijalni centri za terapijsko hranjenje i bolnice).

3. **Prevenција denga groznice:** kontrola prijenosnika bolesti (larve i odrasli insekti) je glavna metoda prevencije denga groznice. Kontrola se treba voditi prema podacima o nadzoru o distribuciji slučajeva kod ljudi i gustoći prijenosnika bolesti. Treba ciljati na najproduktivnije lokacije razmnožavanja, koje se razlikuju od mjesta do mjesta. U urbanim područjima se **Aedes** komarci razmnožavaju u posudama za skladištenje vode i drugim mjestima gdje stoji voda (plastične čaše, otpadne gume, razbijene boce, lonci za cvijeće i slično). Periodično pražnjenje i uklanjanje kontejnera je najefektivniji način za smanjenje broja lokacija razmnožavanja. Voda uskladištena u kućama bi trebala biti pokrivena u svako doba, a spremnike treba očistiti i izribati jednom sedmično.

Katastrofom pogođeno stanovništvo treba dobiti odgovarajuće spremnike za skladištenje vode sa poklopcem. Obrada spremnika s odobrenim larvicidima je, također, efektivan način uklanjanja larvi. Prskanje insekticidima je efektivno u smanjenju broja odraslih komaraca. Također treba poticati mjere lične zaštite (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni artikli na stranici 271 i standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116).



Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti: dijagnosticiranje zaraznih bolesti i upravljanje slučajevima bolesti

Ljudi imaju pristup efektivnoj dijagnozi i liječenju za one zarazne bolesti koje najznačajnije doprinose prevelikom morbiditetu i mortalitetu koji se mogu spriječiti.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osmisлити edukativne poruke o javnom zdravlju koje će potaknuti ljude da brzo traže njegu za groznicu, kašalj, dijareju itd.;
- osigurati zdravstvenu zaštitu u svim zdravstvenim ustanovama prvog nivoa na osnovu standardnih protokola upravljanja slučajevima, odnosno integriranog upravljanja dječjim bolestima (Integrated Management of Childhood Illnesses – IMCI) i integriranog upravljanja bolestima odraslih (Integrated Management of Adult Illness – IMAI), gdje se ta upravljanja provode, te upućivanje za dalju njegu za liječenje teških bolesti (pogledajte napomene za smjernice 1);
- provesti trijažu, dijagnostiku i protokole za upravljanje slučajevima za rano liječenje stanja kao što su upala pluća, malarija, dijareja, male boginje, meningitis, pothranjenost i denga groznica i obučiti osoblje o protokolima liječenja (vidjeti smjernice 2–3 i Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge: zdravlje djece na stranici 323);
- uvesti programe za kontrolu tuberkuloze tek nakon što su ispunjeni priznati kriteriji (vidjeti smjernicu 4).

Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- standardizirani protokoli upravljanja slučajevima za dijagnostiku i liječenje uobičajenih zaraznih bolesti su lako dostupni i dosljedno se koriste (vidjeti smjernice 1–3 i Standard 1. Zdravstveni sistemi na stranici 296).

Smjernice

1. **Integrirano upravljanje dječjim bolestima i integrirano upravljanje bolestima odraslih:** mortalitet od zaraznih bolesti se može smanjiti ranom i tačnom dijagnozom i odgovarajućim liječenjem. Korištenje IMCI-a i IMAI-a tamo gdje se provode, ili drugih nacionalnih dijagnostičkih algoritama, važno je za trijažu i klasificiranje bolesti prema vrsti i težini, a i za pomoć u primjeni odgovarajućih tretmana. Znakovi opasnosti su indikacije za upućivanje u bolničke objekte. Standardni protokoli upravljanja slučajevima omogućuju postavljanje ispravne dijagnoze i racionalno korištenje lijekova (vidjeti Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge: zdravlje djece 2 na stranici 323).
2. **Upala pluća:** ključ za smanjenje mortaliteta od upale pluća je brza upotreba oralnih antibiotika, kao što su amoksicilin, u skladu sa nacionalnim protokolima. Teška upala pluća zahtijeva bolničko liječenje i parenteralnu terapiju.

3. **Malaria:** pristup brzom i efektivnom liječenju je ključ za uspješnu kontrolu malarije. U područjima za koja je malaria endemska treba uspostaviti protokol za ranu dijagnozu groznice (manje od 24 sata) i liječenje sa vrlo efektivnim lijekovima koji se prvi primjenjuju (tzv. prva linija odbrane). Kombinirane terapije na bazi Artemisinina (ACT-i) su standard za liječenje falciparum malarije. Izbor lijeka treba odrediti u dogovoru sa vodećom zdravstvenom organizacijom i nacionalnim programom kontrole malarije. Razmislite o kvaliteti lijeka kada vršite izbor dobavljača. Po mogućnosti malariju treba dijagnosticirati laboratorijskim testom (brzi dijagnostički test, mikroskopija) prije započinjanja liječenja. Međutim, liječenje kliničke malarije ne bi trebalo biti odgođeno ako laboratorijska dijagnostika nije dostupna.
4. **Kontrola tuberkuloze (TB):** loše provedeni programi kontrole TB-a potencijalno mogu učiniti više zla nego dobra, produženjem infektivnosti i doprinosenjem širenju bakterija otpornih na više lijekova. Iako upravljanje pojedinačnim bolesnicima sa TB-om može biti moguće u vrijeme katastrofa, sveobuhvatni program kontrole tuberkuloze treba primijeniti samo ako su ispunjeni priznati kriteriji. Ti kriteriji uključuju obavezu i resurse organizacije, te osiguranu stabilnost stanovništva tokom najmanje 12–15 mjeseci i mogućnost isporuke dobrog i kvalitetnog programa. Kada se provode, programi kontrole TB-a trebaju biti integrirani s nacionalnim programom zemlje u kojoj se provode i poštovati strategiju direktno posmatrane terapije kratkog trajanja.

U akutnoj fazi u hitnim situacijama, potencijalni prekid svih liječenja za sve hronične bolesti, uključujući i tuberkulozu i gubitak praćenja pacijenta, vjerovatno će biti značajan problem. Mora biti uspostavljena snažna saradnja između zdravstvenih radnika i uspostavljenih usluga nacionalnih programa za TB. To će pomoći da ljudi koji su već bili na terapiji prije katastrofe nastave sa svojim liječenjem (vidjeti Standars 1. Osnovne zdravstvene usluge: nezarazne bolesti na stranici 336).

Standard 3. Osnovne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti: otkrivanje izbijanja epidemija i djelovanje

Za epidemije se priprema, one se otkrivaju, istražuju i kontroliraju na pravovremen i efektivan način.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

Otkrivanje:

- uspostaviti EWARIN sistem nadzora (rano upozorenje) za bolest i sistem djelovanja na osnovu sveobuhvatne procjene rizika od zaraznih bolesti, kao dio šireg zdravstvenog informacijskog sistema (vidjeti smjernicu 1 i Standard 5. Zdravstveni sistemi na stranici 305);
- obučiti zdravstvene radnike i zdravstvene radnike u zajednici da otkrivaju i prijavljuju potencijalna izbijanja epidemija;
- stanovništvu pružiti jednostavne informacije o simptomima bolesti koje izazivaju epidemije i kome se obratiti za pomoć.



Pripremljenost:

- pripremiti plan istraživanja izbijanja epidemije i plan djelovanja (vidjeti smjernicu 2);
- osigurati da su dostupni protokoli za istraživanja i kontrolu uobičajenih epidemija, uključujući relevantne protokole liječenja i da ih se distribuira relevantnom osoblju;
- osigurati rezervne zalihe osnovnih materijala koji su dostupni za prioritetne bolesti ili se mogu brzo nabaviti iz prethodno definiranih izvora (vidjeti smjernicu 3);
- unaprijed odrediti lokacije za izolaciju i liječenje infektivnih pacijenata, npr. centri za tretman kolere;
- identificirati laboratorij koji može pružiti potvrdu izbijanja epidemije, bilo na lokalnom, regionalnom, nacionalnom nivou ili u nekoj drugoj zemlji (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati da su materijali za uzorkovanje i načini prijevoza dostupni na licu mjesta za infektivne agense koji najvjerojatnije uzrokuju iznenadno izbijanje epidemije (vidjeti smjernicu 5).

Kontrola:

- opisati izbijanje epidemije po vremenu, mjestu i osobi, šta je dovelo do identifikacije pojedinaca izloženih visokom riziku i prilagoditi mjere kontrole (vidjeti smjernice 6–8);
- provesti odgovarajuće mjere kontrole koje su specifične za bolesti i kontekst (vidjeti smjernice 9).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- pisani plan istraživanja izbijanja epidemije i plan djelovanja su na raspolaganju ili su razvijeni na početku reakcije na katastrofu;
- zdravstvene organizacije izvještavaju o izbijanjima epidemije na koja sumnjaju sljedećem odgovarajućem nivou unutar zdravstvenog sistema u roku od 24 sata od otkrivanja;
- vodeća zdravstvena organizacija će pokrenuti istragu o prijavljenim slučajevima bolesti koje izazivaju epidemije u roku od 48 sata od obavještenja;
- stopa smrtnosti (CFR) održava se ispod prihvatljivih nivoa:
 - kolera – 1 posto ili niže,
 - šigeloza dizenterija – 1 posto ili niže,
 - tifus – 1 posto ili niže,
 - meningokokni meningitis – varira, 5–15 posto,
 - malarija – varira, cilj za <5 posto bolesnika teško oboljelih od malarije,
 - male boginje – različito, 2–21 posto prijavljenih u okruženju pogođenim sukobom, cilj za <5 posto (vidjeti smjernicu 10).

Smjernice

- 1. Sistem ranog upozoravanja za otkrivanje izbijanja epidemije:** ključni elementi takvog sistema će uključivati:
 - mrežu partnera u implementaciji,
 - implementaciju na nivou svih zdravstvenih ustanova i na nivou zajednice, ako je to moguće,
 - sveobuhvatnu procjenu rizika svih mogućih bolesti koje izazivaju epidemije,
 - identificiranje, na osnovu procjene rizika, malog broja prioriternih stanja (10–12) za sedmični monitoring i određeni broj bolesti za momentalno izvještavanje "upozorenja" (vidjeti Dodatak 2: Primjeri oblika sedmičnih izvještaja monitoringa),
 - jasne definicije slučaja za svaku bolest ili stanje na standardnom obrascu za monitoring,
 - kritične pragove za upozorenje definirane za svaku prioriternu bolest ili stanje za pokretanje istraživanja,
 - komunikacija kako bi se osigurala brza obavještenja o formalnim ili neformalnim upozorenjima (glasine, mediji itd.) odgovarajućim zdravstvenim vlastima,
 - sistem za evidenciju i reagiranje na neposredna upozorenja,
 - izvještavanje podataka, unos u standardnu bazu podataka i analiza na sedmičnoj osnovi,
 - povratne informacije iz sedmičnih monitoringa i neposredne informacije upozorenja za sve partnere,
 - redovni monitoring kako bi se osigurala kvaliteta podataka, kao i pravovremenost i potpunost izvještavanja,
 - standardni protokoli i obrasci za istraživanja,
 - standardne procedure za razmjene informacija i početak intervencije na izbijanje epidemije.
- 2. Istraživanje izbijanja epidemije i plan kontrole:** ovo mora biti pripremljeno uz puno učestvovanje svih zainteresiranih strana. Treba riješiti sljedeća pitanja:
 - kriteriji prema kojima treba sazvati tim za kontrolu izbijanja epidemije,
 - sastav tima za kontrolu izbijanja epidemije,
 - specifične uloge i odgovornosti organizacija i pozicije u timu,
 - dogovori za savjetovanje i razmjene informacija na lokalnom i nacionalnom nivou,
 - resursi i sadržaji dostupni za istraživanje i reakciju na izbijanje bolesti,
 - spisak potrebnih esencijalnih lijekova, pomagala i dijagnostike.
- 3. Rezervne zalihe:** rezerve na licu mjesta trebaju sadržavati materijal za korištenje u intervenciji za vjerovatno izbijanje epidemije. Zapakirani kompleti za dijareju ili koleru mogu biti potrebni u nekim okolnostima. Može biti nepraktično na licu mjesta držati neke rezerve, kao što su meningokokne vakcine. Za te artikle treba unaprijed odrediti procedure za brzu nabavku, prijevoz i skladištenje, tako da se mogu brzo nabaviti.



4. **Referentni laboratoriji:** laboratorijska ispitivanja su korisna za potvrdu dijagnoze tokom sumnje na epidemiju za koju može biti indicirana masovna vakcinacija (npr. meningokokni meningitis) ili kada kultura i testiranje osjetljivosti na antibiotik mogu utjecati na odluke o upravljanju slučajevima (npr. šigeloza). Referentni laboratorij koji može pomoći s sofisticiranim testiranjima treba odrediti bilo na regionalnom ili na međunarodnom nivou, npr. kod serološke dijagnostike, malih boginja, žute groznice, denga groznice i virusne hemoragijske groznice.
5. **Prijevoz medija i brzi testovi:** materijali za uzorkovanje (npr. rektalni štapići s vatom) i transport medija (npr. Cary-Blair mediji za **koleru, Shigella, E. coli i salmonelu**) i materijali hladnog lanca za transport trebaju biti lako dostupni. Osim toga, dostupno je nekoliko brzih testova koji mogu biti korisni u pregledu za zarazne bolesti na terenu, uključujući i malariju i meningitis.
6. **Istraga izbijanja epidemije:** deset ključnih koraka u istraživanju izbijanja epidemije su:

1. utvrditi postojanje izbijanja epidemije,
2. potvrditi dijagnozu,
3. definirati slučaj,
4. izbrojati slučajeve,
5. izvršiti opisnu epidemiologiju (vrijeme, osoba, mjesto),
6. utvrditi ko je u opasnosti,
7. razviti hipoteze objašnjavajući izloženost i bolesti,
8. procijeniti hipoteze,
9. informirati o spoznajama,
10. provesti mjere kontrole.

Ti koraci se ne moraju provoditi u bilo kom strogom redoslijedu, a mjere kontrole treba provesti što je prije moguće.

7. **Potvrda o postojanju izbijanja epidemije:** nije uvijek jednostavno utvrditi je li epidemija prisutna, a jasne definicije pragova izbijanja bolesti ne postoje za sve bolesti. Ipak pragovi postoje za bolesti navedene u nastavku:

- bolesti za koje jedan slučaj može ukazati na izbijanje epidemije: kolera, male boginje, žuta groznica, hemoragijska virusna groznica,

- bolesti za koje treba posumnjati na izbijanje epidemije kada broj slučajeva ili smrti zbog bolesti bude veći od broja koji se očekuje za lokaciju ili udvostruči u odnosu na prethodni sedmični prosjek; šigeloza u regijama gdje nije endemska i u izbjegličkim kampovima, jedan slučaj šigeloze treba potaći zabrinutost zbog mogućeg izbijanja epidemije,

- malarija – definicije su specifične za situaciju; povećanje broja slučajeva iznad onoga što se očekuje za određeno doba godine u definiranom stanovništvu u određenom području može ukazivati na izbijanje epidemije; ako nema historijskih podataka, signali upozorenja uključuju značajno povećanje slučajeva groznica koji su potvrđeni kao malarija u protekle dvije sedmice i sve veći trend stope smrtnosti tokom proteklih sedmica,

- meningokokni meningitis – u pojasu meningitisa – za stanovništvo iznad 30.000, 15 slučajeva / 100.000 osoba / sedmično; međutim, kod visokog rizika izbijanja epidemija (tj. bez izbijanja epidemija tokom 3+ godine i pokrivenost vakcinacijom <80 posto), taj prag se smanjuje na 10 slučajeva / 100.000 osoba / sedmično. Za stanovništvo manje od 30.000, izbijanje epidemije potvrđuje pet slučajeva u jednoj sedmici ili udvostručenje broja slučajeva u periodu od tri sedmice. U kampu, dva potvrđena slučaja u jednoj sedmici ukazuju na izbijanje epidemije,

- denga groznica – povećanje slučajeva groznica u posljednje dvije sedmice koji pokazuju povećan nivo IgG (na osnovu uparenih testiranja uzastopnih sera uzoraka) febrilnih pacijenata sa 3–5 dana bolesti i sa smanjenim brojem trombocita (<20.000).

8. **Reakcija na izbijanje epidemije:** ključne komponente reakcije na izbijanje epidemije su koordinacija, upravljanje slučajevima, monitoring i epidemiologija, laboratorijske i posebne preventivne mjere, kao što su poboljšanje vodosnabdijevanja i sanitacije, zavisno od bolesti, rizika prijenosa, društvene mobilizacije, odnosi s medijima i upravljanja informacijama, logistika i sigurnost.
9. **Mjere kontrole:** mjere kontrole moraju biti posebno razvijene kako bi se zaustavio prijenos uzročnika izbijanja epidemije. Postojeće znanje o uzročniku često može poslužiti za dizajniranje odgovarajućih mjera kontrole u određenim situacijama. Općenito, aktivnosti reakcije uključuju kontrolu izvora i / ili prevenciju izloženosti (npr. kroz poboljšane izvore vode kako bi se spriječila kolera), prekida prijenosa i / ili prevenciju infekcije (naprimjer, masovna vakcinacija kako bi se spriječila ospice ili upotreba LLIN-a kako bi se spriječila malarija) i modifikiranje odbrane domaćina (naprimjer, brza dijagnostika i liječenje ili putem hemoprofilakse) (vidjeti Standard 5. Zdravstveni sistemi na stranici 305, standarde 1–2. Snabdijevanje vodom na stranicama 97–100, standarde 1–2. Promoviranje higijene na stranicama 91–94 i standarde 1–3. Kontrola prijenosnika bolesti na stranicama 111–116).
10. **Stopa smrtnosti slučajeva (CFR):** prihvatljivi CFR za zarazne bolesti se razlikuje prema općem kontekstu, dostupnosti zdravstvenih usluga i kvaliteti i brzini upravljanja slučajevima. Općenito, cilj je smanjiti CFR što je više moguće. Ako CFR prelazi minimalne očekivane nivoe, treba odmah poduzeti mjeru procjene mjera kontrole i korektivne mjere kako bi se osiguralo da se CFR održava na prihvatljivom nivou.

2.2. Osnovne zdravstvene usluge – zdravlje djece

Tokom hitnih situacija, djeca su posebno osjetljiva na povećane stope morbiditeta i mortaliteta. Rješavanje njihovih specifičnih zdravstvenih potrebe zahtijeva intervencije fokusirane na djecu. Zdravstvene intervencije za djecu moraju uključivati one koje se bave glavnim uzrocima prevelikog morbiditeta i mortaliteta, uključujući akutne respiratorne infekcije, dijareju, male boginje, pothranjenost i neonatalne uzroke.



Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge – zdravlje djece: sprječavanje bolesti koje se mogu spriječiti vakcinama

Kada se situacija stabilizira, djeca uzrasta od 6 mjeseci do 15 godina imaju imunitet protiv malih boginja i pristup uslugama rutinskog proširenog programa za imunizaciju (EPI).

Ključne akcije (treba ih čitati zajedno s napomenama za smjernice)

- napraviti procjenu obima vakcinacije za male boginje kod djece od 9 mjeseci do 15 godina na početku reakcije na katastrofu, kako bi se utvrdila opasnost od izbijanja epidemije (vidjeti smjernicu 1);
- kada je pokrivenost vakcinacije za male boginje <90 posto ili nepoznata, provesti kampanju masovne vakcinacije za djecu uzrasta od 6 mjeseci do 15 godina, uključujući i davanje vitamina A djeci uzrasta 6–59 mjeseci (vidjeti smjernice 1–2);
- osigurati da sva dojenčad vakcinirana između 6–9 mjeseci prime drugu dozu vaccine protiv malih boginja nakon 9 mjeseci (vidjeti smjernicu 3);
- uspostaviti stalni sistem za mobilno ili raseljeno stanovništvo kako bi se osiguralo da barem 95 posto došljaka u kamp ili zajednicu u dobi od 6 mjeseci do 15 godina dobije vakcinaciju protiv malih boginja;
- čim to uvjeti dopuste ponovo uspostaviti EPI kako bi rutinski vakcinirali djecu protiv malih boginja i drugih bolesti koje se mogu spriječiti vakcinom, a uključene su u nacionalnom planu (vidjeti smjernicu 4).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- po završetku kampanje vakcinacije za male boginje:
 - najmanje 95 posto djece u dobi od 6 mjeseci do 15 godina je vakcinirano protiv malih boginja,
 - najmanje 95 posto djece uzrasta 6–59 mjeseci je dobilo odgovarajuću dozu vitamina A;
- barem 90 posto djece od 12 mjeseci je dobilo tri doze DPT-a (difterija, pertusis i tetanus) nakon ponovnog uspostavljanja rutinskih EPI usluga, što je posredni indikator za potpuno imuniziranu djecu.

Smjernice

1. **Pokrivenost vakcinacijom za male boginje:** odrediti pokrivenost vakcinacijom za male boginje u pogođenom stanovništvu kroz pregled podataka o pokrivenosti vakcinacijom. Na osnovu tog pregleda, utvrdite je li obuhvat rutinske vakcinacije za male boginje > 90 posto tokom prethodnih pet godina, i / ili ako je kampanja vakcinacije za male boginje provedena u prethodnih 12 mjeseci, je li dosegoao > 90 posto djece u dobi od 9 mjeseci do 5 godina. Ako je pokrivenost vakcinacijom za ospice < 90 posto, nepoznata ili postoje sumnje u vezi sa procjenom pokrivenosti, kampanja mora biti provedena na osnovu pretpostavke da je pokrivenost nedovoljna da bi se spriječilo izbijanje epidemije.

2. **Raspon godina za vakcinaciju za male boginje:** neka starija djeca su možda izbjegla i prethodne kampanje vakcinacije za male boginje i same male boginje. Ta djeca ostaju u opasnosti, a mogu poslužiti i kao izvor zaraze za dojenčad i malu djecu koja su izložena većem riziku od umiranja od te bolesti. To je razlog za preporuku za vakcinaciju do dobi od 15 godina. U okruženju sa siromašnim resursima, možda neće biti moguće vakcinirati svu djecu u dobi od 6 mjeseci do 15 godina. U tim situacijama, prioritet treba dati djeci uzrasta 6–59 mjeseci. Sva djeca u ciljnoj starosnoj grupi trebaju biti vakcinirana protiv malih boginja, bez obzira na njihov prethodni status imunizacije.
3. **Ponovite vakcinaciju za male boginje za djecu uzrasta 6–9 mjeseci:** sva djeca u dobi 6–9 mjeseci koja su primila vakcinu za male boginje bi trebala dobiti dodatnu dozu vaccine za male boginje nakon 9 mjeseci, uz najmanje mjesec dana između dvije doze.
4. **Ponovno uspostavljanje nacionalnog programa EPI:** u isto vrijeme dok se priprema kampanja masovne vakcinacije protiv malih boginja, trebali bi početi planovi za ponovno uspostavljanje programa EPI u saradnji sa nacionalnim vlastima. Brza ponovna uspostava vakcinacije EPI ne samo da direktno štiti djecu od bolesti kao što su male boginje, difterija i pertusis, već ima dodatnu vrijednost jer se smanjuje rizik od respiratornih infekcija.

Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge – zdravlje djece: upravljanje bolestima novorođenčadi i dječijim bolestima

Djeca imaju pristup prioritetnim zdravstvenim uslugama koje su osmišljene za rješavanje glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta novorođenčadi i djece.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- poruke zdravstvene edukacije trebaju potaknuti pogodeno stanovništvo da traži ranu njegu za bilo koju bolest (temperatura, kašalj, dijareja itd.) kod novorođenčadi; u tim porukama uzmite u obzir djecu koja nemaju odrasle osobe koje se brinu za njih (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sistemi, smjernicu 3 na stranici 298);
- gdje je to moguće osigurajte neophodnu njegu za novorođenčad prema Integriranom upravljanju trudnoćom i smjernicama za porod (IMPAC), (vidjeti smjernicu 1);
- osigurati zdravstvenu zaštitu djeci u zdravstvenim ustanovama prvog nivoa koristeći nacionalni protokol, odnosno smjernice IMCI-a tamo gdje se iste provode i bolničko liječenje za ozbiljno bolesnu djecu (vidjeti smjernicu 2);
- uspostaviti standardizirani sistem procjene za hitne slučajeve i trijažu u svim zdravstvenim ustanovama koje pružaju njegu za bolesnu djecu kako bi se osiguralo da djeca sa hitnim znakovima dobiju hitno liječenje (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati da djeca koja koriste zdravstvene usluge budu pregledana za njihov status uhranjenosti i



upućena na prehrambene usluge (vidjeti standarde 1–3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatka mikronutrijenata na stranicama 165–173);

- uspostaviti odgovarajući protokol upravljanja za liječenje slučajeva difterije i pertusisa u situacijama u kojima je rizik od izbijanja tih bolesti visok (vidjeti smjernicu 6);
- staviti na raspolaganje potrebne lijekove za liječenje najčešćih dječjih bolesti u odgovarajućim dozama i oblicima.

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- sva djeca do 5 godina starosti koja imaju malariju su dobila efektivno liječenje protiv malarije u roku od 24 sata od početka simptoma (vidjeti Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge: Kontrola zaraznih bolesti na stranici 314);
- sva djeca do 5 godina s dijarejom su primila oralne soli za rehidraciju (ORS) i dopunu cinka (vidjeti smjernicu 3);
- sva djeca do 5 godina koje se prijavljuju s upalom pluća su dobila odgovarajuće antibiotike (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Njega novorođenčeta:** sva novorođenčad bi u idealnom slučaju trebali dobiti stručnu pomoć pri rođenju (po mogućnosti u zdravstvenoj ustanovi), novorođenčad treba utopiti i rano primiti i isključivo dojiti. Svu novorođenčad treba procijeniti kako bi se vidjelo imaju li bilo kakve probleme, a posebno poteškoće sa hranjenjem. Svu bolesnu novorođenčad treba procijeniti za moguću sepsu i lokalne infekcije.
2. **Integrirano upravljanje dječjim bolestima (IMCI):** IMCI je integrirani pristup zdravlju djece koji se fokusira na njegu djece mlađe od 5 godina na nivou primarne zdravstvene zaštite. Tamo gdje je IMCI razvijen u zemlji i postoje adaptirane kliničke smjernice, ove smjernice trebaju po mogućnosti biti uključene u standardiziranim protokolima, a zdravstveni stručnjaci trebaju biti obučeni na odgovarajući način.
3. **Trijaža:** IMCI i smjernice za upućivanje na njegu se mogu poboljšati kada se koriste u kombinaciji sa brzom trijažom i liječenjem. Trijaža je razvrstavanje pacijenata u prioritete prema njihovim medicinskim potrebama, raspoloživim resursima i njihovim šansama za preživljavanje. Kliničko osoblje uključeno u njegu bolesne djece treba biti obučeno za korištenje smjernica hitne trijaže, procjene i liječenja (ETAT) za provođenje brze procjene.
4. **Upravljanje dijarejom:** djeca sa dijarejom moraju biti liječena s ORS-om niskog osmolaliteta i primati dopunu cinka. ORS niskog osmolaliteta skraćuje trajanje epizode dijareje i smanjuje potrebu za intravenskom tekućinom.
5. **Upravljanje upalom pluća:** djecu koja kašlju treba procijeniti da li imaju brzo i / ili otežano disanje i uvučenost prsa. Djeca sa brzim i / ili otežanim disanjem trebaju primiti odgovarajući oralni antibiotik, a onu s uvučenim prsima treba uputiti u bolnicu.

6. **Epidemija pertusisa (hripavac) ili difterije:** izbijanja epidemije pertusisa su uobičajena u situacijama rasejavanja stanovništva. Kampanja vakcinacije kao reakcija na epidemije pertusisa se obično izbjegava zbog zabrinutosti oko nuspojava među starijim primateljima DPT vakcine sa cijelim ćelijama. Međutim izbijanje epidemije se može koristiti za rješavanje nedostataka rutinske imunizacije. Upravljanje slučajevima uključuje antibiotsku terapiju slučajeva i rano profilaktičko liječenje kontakata u domaćinstvima gdje se nalazi dijete ili trudnica. Izbijanja epidemije difterije su rjeđa, ali su kod prenapučenosti uvijek prijetnja u stanovništvu s niskim imunitetom na difteriju. Kao reakcija na izbijanje epidemije difterije u kampovima provodi se masovna kampanja vakcinacije s tri odvojene doze vakcina. Upravljanje slučajevima uključuje davanje antitoksina i antibiotika.

2.3. Osnovne zdravstvene usluge – seksualno i reproduktivno zdravlje

Svi pojedinci, uključujući i one koji žive u katastrofom pogođenim područjima, imaju pravo na reproduktivno zdravlje (eng. reproductive health – RH). Da bi ostvarile to pravo, pogođeno stanovništvo mora imati pristup sveobuhvatnim informacijama o RH-u i uslugama kako bi moglo donijeti slobodne i informirane odluke. Kvaliteta usluga RH-a se mora zasnivati na potrebama pogođenog stanovništva. Usluge za RH moraju poštivati vjerska uvjerenja, etičke vrijednosti i kulturu zajednice, a biti i u skladu s univerzalno priznatim međunarodnim standardima ljudskih prava.

Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge – seksualno i reproduktivno zdravlje: reproduktivno zdravlje

Ljudi imaju pristup prioritarnim zdravstvenim uslugama za reproduktivno zdravlje u okviru Minimalnog osnovnog paketa usluga (Minimum Initial Service Package – MISP) prilikom početka hitne situacije te pristup sveobuhvatnom RH-u kada se situacija stabilizira.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- prepoznati vodeću organizaciju za RH u zdravstvenom sektoru ili klasteru kako bi olakšali koordinaciju i implementaciju MISP-a i osigurali da službenik za RH (nominirala vodeća organizacija za RH) bude postavljen i da funkcionira unutar zdravstvenog sektora ili klastera (vidjeti smjernicu 1),
- provesti mjere za smanjenje rizika od seksualnog nasilja, u koordinaciji s drugim relevantnim sektorima ili klasterima (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati usluge za kliničko upravljanje seksualnim nasiljem, uključujući pristup podršci za mentalno zdravlje i psihosocijalnoj podršci i pravnoj pomoći (vidjeti smjernicu 3 i Princip zaštite 2, smjernicu 7 na stranici 37);



- uspostaviti minimalni skup usluga prevencije HIV-a, te liječenja, njega i podrške kako bi se smanjio prijenos HIV-a (vidjeti Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge: Seksualno i reproduktivno zdravlje na stranici 328);
- osigurati da su hitne usluge za slučajeve poroda i njega novorođenčadi raspoložive i dostupne, uključujući:
 - u domovima zdravlja – kvalificirane babice i materijali za normalne porode i osnovno upravljanje hitnim porodima i komplikacijama kod novorođenčadi; osnovna hitna njega kod poroda (basic emergency obstetric care – BEmOC) i njega za novorođenče,
 - kod bolnica kojima se upućuju slučajevi – vješto medicinsko osoblje i materijali za sveobuhvatno upravljanje tokom poroda i komplikacijama kod novorođenčeta; sveobuhvatna hitna njega kod poroda (comprehensive emergency obstetric care – CEmOC) i njega za novorođenče,
 - komunikacijski i transportni sistem za upravljanje porodima i hitnim slučajevima sa novorođenčadi je uspostavljen i funkcionira 24 sata na dan, sedam dana u sedmici, od centra u zajednici do zdravstvenih centara i između centara i bolnice kojoj se upućuju slučajevi (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati čiste komplete za porod za vidno trudne žene i babice za čiste kućne porode, kada je pristup stručnim zdravstvenim uslugama i zdravstvenim ustanovama nemoguć (vidjeti smjernicu 4);
- informirajte stanovništvo o prednostima i dostupnosti kliničkih usluga za one koji su preživjeli seksualno nasilje i o sistemu za hitno upućivanje kod komplikacija trudnoće i porođaja (vidjeti smjernice 3–4);
- osigurati da su uobičajene kontracepcijske metode dostupne i da zadovoljavaju potražnju (vidjeti smjernicu 2);
- planirati da implementirate sveobuhvatne usluge RH-a kao integrirane u primarnu zdravstvenu zaštitu, u najkraćem mogućem roku (vidjeti smjernicu 1).

Ključni indikatori (čitati sa smjernicama):

- sve zdravstvene ustanove imaju educirano osoblje, dovoljne zalihe i opremu za kliničko upravljanje slučajevima osoba koje su preživjele silovanje na osnovu nacionalnih protokola ili protokola Svjetske zdravstvene organizacije, SZO-a;
- sve trudnice dobijaju čiste komplete za porod u njihovom trećem tromjesečju;
- postoje najmanje četiri zdravstvene ustanove sa BEmOC-om i njegom za novorođenčad / 500.000 stanovnika;
- postoji barem jedna zdravstvena ustanova sa CEmOC-om i njegom za novorođenčad / 500.000 stanovnika;
- udio poroda putem carskog reza nije manji od 5 posto ili veći od 15 posto (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Minimalni početni paket usluga:** MISP definira usluge koje su najvažnije za sprečavanje morbiditeta vezanog za RH i mortaliteta među ženama, muškarcima i adolescentima u situacijama

katastrofa. On sadrži koordinirani komplet prioriternih usluga RH-a koje se moraju provoditi istovremeno kako bi se spriječile i uklonile posljedice seksualnog nasilja, smanjio prijenos HIV-a, spriječio prevelik morbiditet i mortalitet majki i novorođenčadi i počelo planiranje za sveobuhvatne usluge RH-a čim se situacija stabilizira.

Planiranje za integraciju kvalitetnih sveobuhvatnih aktivnosti RH-a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na početku hitne situacije je neophodno kako bi se osigurao kontinuitet njega. Sveobuhvatna njega RH-a uključuje nadogradnju postojećih usluga, dodavanje usluga koje nedostaju i poboljšanje kvalitete usluga.

2. **Materijali za reproduktivno zdravlje:** potrošni materijal za MISP se mora distribuirati i uskladišiti kako bi se izbjeglo kašnjenje u isporuci ovih bitnih proizvoda za stanovništvo. Međuagencijski zdravstveni komplet za hitne situacije obuhvaća ograničenu količinu lijekova za profilaksu pacijenta nakon izlaganja, magnezijulfat i instrumente i lijekove za njegu koju pružaju babice, ali ne i sve potrošne materijale potrebne za MISP. Međuagencijski kompleti za reproduktivno zdravlje, koje je razvila Međuagencijska radna grupa za RH-a u krizi, sadrže lijekove i potrošni materijal za period od tri mjeseca.
3. **Seksualno nasilje:** svi akteri u reakciji na katastrofe moraju biti svjesni opasnosti od seksualnog nasilja, uključujući seksualno iskorištavanje i zlostavljanje koje čine humanitarni radnici, i moraju raditi na tome da se to nasilje spriječi i da se reagira na njega. Ukupni podaci o prijavljenim incidentima moraju biti sastavljeni na siguran i etički način i biti podijeljeni sa drugima kako bi se pružile informacije za napore prevencije i reakcije. Učestalost seksualnog nasilja treba pratiti. Moraju biti uspostavljene mjere za pomoć preživjelim u svim zdravstvenim ustanovama primarnog nivoa i iste moraju da uključuju stručno osoblje koje će pružiti kliničko upravljanje koje objedinjuje hitnu kontracepciju, profilaksu nakon izlaganja virusu kako bi se spriječio HIV, liječenje vjerovatnih spolno prenosivih infekcija (STIs), njegu rana, prevenciju tetanusa i prevenciju hepatitisa B. Upotreba hitne kontracepcije je lični izbor koji mogu odabrati samo same žene. Ženama treba ponuditi objektivno savjetovanje kako bi se postigle informirane odluke. Oni koji su preživjeli seksualno nasilje trebaju dobiti podršku da traže kliničku njegu i trebaju bit upućeni na kliničku njegu i dobiti pristup podršci za mentalno zdravlje i psihosocijalnoj podršci.

Na zahtjev preživjele osobe, osoblje za zaštitu treba pružiti zaštitu i pravnu podršku. Svi pregledi i liječenje trebaju biti urađeni samo uz informirani pristanak preživjele osobe. Povjerljivost je bitna u svim fazama (vidjeti Standard 5. Zdravstveni sistemi, smjernicu 4 na stranici 307 i Princip zaštite 1, smjernice 7–12 na stranici 35).

4. **Hitna njega kod poroda i novorođenčadi:** oko 4 posto katastrofom pogođenog stanovništva su trudnice. Oko 15 posto svih trudnica će doživjeti nepredvidljive porođajne komplikacije tokom trudnoće ili u trenutku poroda, to će zahtijevati hitnu porođajnu njegu, a 5–15 posto svih poroda će zahtijevati operaciju, kao što je carski rez. Kako bi se spriječilo prevelik mortalitet i morbiditet majki i novorođenčadi usljed komplikacija, u svim osnovnim zdravstvenim ustanovama trebaju biti dostupne vješte babice kod svih poroda, kao i BEmOC i neonatalno oživljavanje.

BEmOC funkcije uključuju parenteralne antibiotike, parenteralne uterotonične lijekove (oksitocin),



parenteralne antikonvulzive (magnezijevsulfat), ručno uklanjanje zadržanih proizvoda začeta upotrebom odgovarajućih tehnologija, ručno uklanjanje posteljice, vaginalni porod uz pomoć (porod uz vakuum ili forceps) i reanimaciju majke i novorođenčeta. CEmOC funkcije uključuju sve intervencije u BEmOC-u kao i operacije u općoj anesteziji (carski rez, laparotomija) i racionalne i sigurne transfuzije krvi.

Sistem upućivanja treba osigurati da se žene ili novorođenčad upućuju na njegu i imaju sredstva za putovanje do i od primarne zdravstvene ustanove sa BEmOC-om i njegom za novorođenčad, te bolnice s CEmOC-om i uslugama njege za novorođenčad.

Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge – seksualno i reproduktivno zdravlje:

HIV i AIDS

Ljudi imaju pristup minimalnom skupu prevencije HIV-a, liječenja, njege i uslugama podrške tokom katastrofa.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjernicama):

- utvrditi standardne mjere opreza i sigurne postupke odlaganja otpada u svim situacijama u zdravstvu (vidjeti smjernicu 2 i Standard 1: Zdravstveni sistemi, smjernice 10–11 na stranicama 299–300);
- uspostaviti i pratiti sigurno snabdijevanje krvi i racionalno korištenje transfuzije krvi (vidjeti smjernicu 2 i Standard 1. Zdravstveni sistemi, smjernicu 5 na stranici 298);
- uspostaviti pristup kvalitetnim besplatnim muškim i ženskim kondomima, uključujući i informacije o pravilnom korištenju kondoma;
- osigurati da zdravstvene ustanove osiguravaju upravljanje sindromima svim pacijentima koji pokazuju simptome spolno prenosivih infekcija;
- pobrinuti se da se (eng. post-exposure prophylaxis – PEP) usluge profilakse pružaju pojedincima u roku od 72 sata od incidenta potencijalne izloženosti HIV-u (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati informacije u pristupačnim formatima i edukaciju o prevenciji HIV-a općoj javnosti i visokorizičnim grupama (npr. prostitutke);
- osigurati zaštitu od prijenosa HIV-a sa majke na dijete (eng. prevention of mother-to-child transmission – PMTCT) osiguravanjem pristupa kontraceptivima, te čistog i sigurnog poroda djeteta (uključujući hitnu njegu za porode) i pružanje antiretrovirusnih (ARV) lijekova (vidjeti smjernicu 4);
- osigurati liječenje, njegu i podršku za bebe koje rode majke za koje se zna da su HIV pozitivne, uključujući usmjeravanje i savjetovanje o prehrani dojenčadi (vidjeti Standard 2. Ishrana dojenčadi i male djece na stranici 160);
- osigurati da osobe koje žive s HIV-om (PLHIV) primaju zdravstvenu zaštitu, uključujući cotrimoksazol profilaksu vezanu uz HIV-infekcije;

- osigurati da ljudi koji su prethodno primali antiretrovirusnu terapiju (ART) nastave primati tretman (vidjeti smjernicu 4);
- uspostaviti veze između programa za HIV-a i programa za tuberkulozu tamo gdje postoje;
- osigurati da ljudi s većim rizikom izloženosti HIV-u imaju pristup intervencijama prevencije HIV-a za seksualni prijenos HIV-a i pristup čistim špricama i iglama za poznate intravenske korisnike droga, tamo gdje već postoje ove usluge;
- pokrenuti planove da proširite paletu usluga kontrole HIV-a u fazi nakon katastrofe (pogledati smjernice 1).

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- ljudi s najvećim rizikom izloženosti HIV-u se ciljaju s programom prevencije HIV-a;
- trudnice za koje se zna da su HIV pozitivne su dobile ARV lijekove za PMTCT;
- 100 posto krvi za transfuzije se pregleda za transfuzijom prenosive infekcije, uključujući HIV;
- pojedinci koji su potencijalno izloženi HIV-u (profesionalna izloženosti u zdravstvenom okruženju i neprofesionalna izloženosti) primaju PEP u roku od 72 sata od incidenta;
- sve primarne zdravstvene ustanove imaju antimikrobe kako bi pružile upravljanje sindromima pacijenata koji pokazuju simptome STI-a.

Smjernice

1. **Kontrola HIV-a:** najmanji skup prevencije, liječenja, njege i podrške za HIV, opisan u ključnim akcijama ovog standarda se sastoji od radnji koje zdravstveni sektor mora poduzeti kako bi spriječio prijenos HIV-a i za pružanje njege i podrške PLHIV-ovima. One bi trebale biti implementirane u ranim fazama bilo kakve reakcije na katastrofe.
2. **Prevencija prijenosa HIV-a u zdravstvenom okruženju:** prevencija prijenosa HIV-a u okruženju zdravstva (npr. bolnice, ambulante, kampanje vakcinacije) je prioritet u ranim fazama reakcije na katastrofe. Osnovni postupci osiguravaju primjenu standardnih mjera opreza, uspostavljanje sigurne i racionalne prakse za transfuziju krvi i pravilno odlaganje medicinskog otpada (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sistemi, smjernice 5, 10–11 na stranicama 298–300).
3. **Profilaksa nakon izlaganja (PEP):** PEP za sprečavanje zaraze HIV-om uključuje savjetovanje, procjenu rizika izloženosti HIV-u, informirani pristanak, procjenu izvora i davanje ARV lijekova. Međutim, PEP ne bi trebao biti dat osobama za koje se zna da su HIV pozitivne, a savjetovanje i testiranje ne bi smjeli biti obavezni, niti bi davanje PEP-a trebalo biti odgođeno dok se čekaju rezultati testa.
4. **Antiretrovirusni lijekovi:** davanje ARV-a za PMTCT, PEP i dugoročni ART u situacijama katastrofe je izvediv. Nastavak ART-a za one koji su već koristili terapiju prije katastrofe se mora smatrati za prioritet tokom reakcije na katastrofe. Trudnice koje su već primale ART trebaju nastaviti uzimanje ARV-a bez prekida. Trudnice za koje se zna da su HIV pozitivne bi trebale dobiti ARV za PMTCT prema nacionalnom protokolu, gdje je to moguće.

Napomena

Caritas Internationalis i njegovi članovi ne promoviraju korištenje ili distribuiranje bilo kog oblika umjetne kontrole rađanja.



2.4. Osnovne zdravstvene usluge – povrede

Povreda je obično glavni uzrok prevelikog mortaliteta i morbiditeta nakon prirodnih katastrofa koje nastaju naglo, primjer takve katastrofe su zemljotresi. Mnoge prirodne katastrofe koje nastaju naglo su događaji sa velikim brojem žrtava, što znači da više ljudi postanu pacijenti nego što su lokalno raspoloživi resursi u stanju zbrinuti pomoću uobičajenih postupaka. Povrede zbog fizičkog nasilja su, također, povezane sa složenim hitnim situacijama. Tokom oružanog sukoba, naprimjer, većina smrtnih slučajeva vezanih za traume se javljaju u nesigurnim područjima daleko od zdravstvenih ustanova i stoga se obično ne mogu spriječiti medicinskom njegom. Potrebne su intervencije koje imaju za cilj da spriječe smrti prouzrokovane ovim situacijama kod civilnog stanovništva (vidjeti Princip zaštite 2, smjernice 1–5, na str. 38–39).

Standard 2. Osnovne zdravstvene usluge – povrede: zbrinjavanje povreda

Ljudi imaju pristup efektivnoj njezi za povrede tokom katastrofa kako bi se spriječio morbiditet, mortalitet i invaliditet.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osigurati da lokalni zdravstveni radnici i oni koji koordiniraju reakcijom u zdravstvenom sektoru budu upoznati s upravljanjem situacijama sa masovnim žrtvama (vidjeti smjernicu 1);
- uspostaviti standardizirani sistem trijaže kod situacija s masovnim žrtvama s jasnim smjericama za procjenu, određivanje prioriteta, osnovnu reanimaciju i upućivanje (vidjeti smjernicu 1);
- osigurati da zdravstveni radnici razumiju osnovne principe i vještine za pružanje prve pomoći i osnove reanimacije (vidjeti smjernicu 2);
- osigurati da su lokalni zdravstveni radnici upoznati s osnovnim principima obrade rana (vidjeti smjernicu 3);
- osigurati vakcinu za tetanus koja sadrži toksoid za osobe sa prljavim ranama i one koji su uključeni u operacije spašavanja ili čišćenja (vidjeti smjernicu 4);
- uspostaviti standardizirane protokole za upućivanje povrijeđenih pacijenata za naprednu njegu, uključujući operacije i postoperativno liječenje (vidjeti smjernicu 5);
- osigurati da finalne usluge traume i hirurške usluge, kao i rehabilitaciju nakon traume i operacije pružaju samo organizacije s odgovarajućom ekspertizom i resursima (vidjeti smjernicu 5);
- osigurati da standardna pomagala i pomagala za kretanje (npr. invalidska kolica, štake) budu dostupna za povrijeđene pacijente i osobe s invaliditetom što je prije moguće te da se ta pomagala mogu popraviti na lokalnom nivou (vidjeti smjernicu 6).

Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- sve zdravstvene ustanove imaju educirano osoblje i sisteme za upravljanje kod više žrtava.

Smjernice

1. **Trijaža:** trijaža je proces kategorizacije pacijenata prema težini njihovih povreda ili bolesti, a i proces određivanja prioriteta za liječenje u skladu sa raspoloživim resursima i šansama za preživljavanje pacijenata. Kod događaja sa velikim brojem žrtava, oni s teškim, po život opasnim povredama mogu dobiti niži nivo prioriteta od onih sa povredama koje je lakše preživjeti. Ne postoji standardizirani sistem trijaže i nekoliko takvih sistema su u upotrebi širom svijeta. Najčešća klasifikacija koristi sistem koda sa četiri boje: crvena za visoki prioritet, žuta za srednji prioritet, a zelena se koristi za ambulantne pacijente i crna za preminule.
2. **Prva pomoć i osnovna medicinska njega:** kritični postupci uključuju obnavljanje i održavanje disanja što može zahtijevati čišćenje i zaštitu dišnih putova, uz kontrolu krvarenja i davanje intravenskih tekućina kada je to potrebno. Ti postupci mogu pomoći da se stabiliziraju osobe izložene povredama koje su prijetnja po život, prije transfera u centar za upućivanje i može značajno povećati njihove šanse za preživljavanje, čak i kod teških povreda. Ostali neoperativni postupci su jednako bitni, a kao što su čišćenje i obrada rana i davanje antibiotika i profilakse za tetanus.
3. **Zbrinjavanje rana:** kod većine katastrofa, mnogi pacijenti će doći na njegu više od šest sati nakon povrede. Odgođeno pristupanje njezi uveliko povećava rizik od rane infekcije i slabi sprječavanje prevelikog mortaliteta. Dakle, ključno je da su lokalni zdravstveni radnici upoznati s odgovarajućim principima i protokolima za sprječavanje infekcija rana i upravljanje infekcijama rana, što uključuje i odloženo primarno zatvaranje i čišćenje rana i hirurško odstranjenje stranog materijala i mrtvog tkiva.
4. **Tetanus:** rizik od tetanusa može biti relativno visok kod prirodnih katastrofa koje nastaju naglo i u kojima obično nastaje veliki broj povreda i traumatskih slučajeva. Iako se masovna imunizacija za tetanus ne preporučuje, vakcina koja sadrži tetanus toxoid (DT ili TD – vaccine za difteriju i tetanus – ili DPT, zavisno od starosti i historije vakcinacije) se preporučuje za one sa prljavim ranama i za one koji su uključeni u operacije spašavanja i čišćenja koje ih dovode u opasnost. Pojedinci s prljavim ranama koji ranije nisu bili vakcinirani protiv tetanusa trebaju primiti dozu imuno globulina tetanusa (TIG), ako je dostupna.
5. **Traumatološka i hirurška njega:** operativna traumatska njega i ratna hirurgija spašavaju živote i dugoročnu invalidnost i zahtijevaju posebnu obuku i resurse koje ima malo organizacija. Neodgovarajuća ili neadekvatna operacija može učiniti više zla nego da se ne radi ništa. Štaviše, hirurgija bez bilo kakve neposredne rehabilitacije može dovesti do potpunog neuspjeha obnavljanja funkcionalnih sposobnosti pacijenta. Zato samo organizacije i stručnjaci sa relevantnom ekspertizom mogu uspostavljati ove usluge koje spašavaju živote i sprječavaju invalidnost.
6. **Postoperativna rehabilitacija za traumatološke povrede:** rana rehabilitacija može uveliko povećati preživljavanje i poboljšati kvalitetu života onih koji su preživjeli povrede. Pacijenti koji trebaju pomagala (kao što su proteze i uređaji za mobilnost) će, također, trebati fizičku rehabilitaciju. Gdje je to moguće, partnerstvo s programima rehabilitacije u zajednici može optimizirati postoperativnu njegu i rehabilitaciju za preživjele sa povredama.



2.5. Osnovne zdravstvene usluge – mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje i psihosocijalni problemi se javljaju u svim humanitarnim okruženjima. Užasi, gubici, nesigurnost i brojni drugi faktori stresa povezani sa sukobima i drugim katastrofama izlažu ljude povećanom riziku od različitih društvenih, bihevioralnih, psiholoških i psihijatrijskih problema. Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška uključuju multisektorsku podršku (vidjeti dijagram "piramida intervencija" u nastavku). Ove podrške zahtijevaju koordiniranu implementaciju koja uključuje radne grupe više sektora i više klastera. Standard mentalnog zdravlja u nastavku se fokusira na zdravstvene aktivnosti. Čitatelji trebaju pogledati Osnovni standard 1 na stranici 55 i Princip zaštite 3 na stranici 38.

Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge: mentalno zdravlje

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama za sprječavanje problema koji se tiču mentalnog zdravlja i sa tim povezanog otežanog funkcioniranja.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- osigurati da se razviju lokalne intervencije na osnovu identificiranih potreba i resursa;
- omogućiti članovima zajednice, uključujući marginalizirane osobe da ojačaju samopomoć u zajednici i socijalnu podršku (vidjeti smjernicu 1);
- osigurati da radnici u zajednici, uključujući volontere i osoblje zdravstvenih usluga nude psihološku prvu pomoć ljudima u akutnim problemima nakon izlaganja ekstremnom stresu (vidjeti smjernicu 2);
- pobrinite se da postoji barem jedan član osoblja u svakoj zdravstvenoj ustanovi koji radi sa različitim, ozbiljnim mentalnim problemima kod odraslih i djece (vidjeti smjernicu 3);
- rješavati sigurnost i osnovne potrebe i prava osoba s problemima mentalnog zdravlja u institucijama (vidjeti smjernicu 4);
- smanjiti štetu u vezi s alkoholom i drogama;
- u sklopu ranog oporavka, inicirati planove za razvoj održivog sistema mentalnog zdravlja zajednice (vidjeti smjernicu 5).

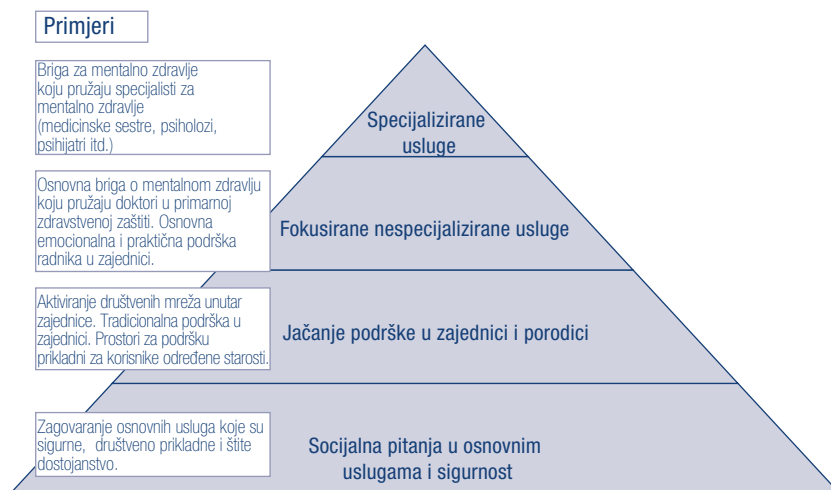
Ključni indikator (čitati sa smjericama):

- sve zdravstvene ustanove imaju educirano osoblje i sisteme za upravljanje problemima mentalnog zdravlja.

Smjernice

1. **Podrška samopomoći u zajednici i društvena podrška:** samopomoć u zajednici i društvena podrška čine ključni element cjelokupnog mentalnog zdravlja i psihosocijalnu multisektorsku podršku (vidjeti dijagram ispod; Osnovni standard 1 na stranici 55 i Princip zaštite 4, smjernice 9–13 na stranici 43 i Princip zaštite 3, smjernicu 15 na stranici 40). Zdravstvene organizacije često zapošljavaju ili angažiraju radnike u zajednici i volontere koji mogu omogućiti članovima zajednice, uključujući i marginalizirane osobe, povećanje samopomoći i socijalne podrške.

Piramida intervencije



Izvor: Međuagencijski upravni odbor Referentne grupe za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku, 2010.

2. **Psihološka prva pomoć:** akutna anksioznost nakon izlaganja ekstremnim stresovima (npr. traumatskim događajima) se najbolje rješava prateći principe psihološke prve pomoći, koje se često pogrešno doživljava kao kliničke intervencije. Umjesto toga, to je opis humane, podržavajuće reakcije usmjerene na drugo ljudsko biće koje pati i koje možda treba pomoć. To uključuje osnovnu, nenametljivu pragmatičnu njegu sa naglaskom na slušanje, ali ne sileći razgovor, a uključuje i procjenu potreba i problema, i osiguravanje da se ispune osnovne potrebe, potičući društvenu podršku od bračnih partnera i zaštitu od daljeg nasilja. Psihološko slušanje (tj. promocija razgovora o problemu potičući osobu da kratko, ali sistematski prepriča percepcije, misli i emocionalne reakcije koje je iskusila tokom nedavnog, stresnog događaja) je u najboljem slučaju neefektivno i ne bi ga trebalo primijeniti. Isto tako, treba izbjegavati benzodiazepine u upravljanju akutnim stresom, jer oni mogu ometati prirodni oporavak.



3. **Osnovna mentalna zdravstvena njega:** problemi mentalnog zdravlja ljudi mogu biti izazvani hitnim situacijama, te mogu biti već postojeći ili oboje. Ljudi s teškim mentalnim problemima trebaju imati pristup mreži socijalne podrške u zajednici, kao i kliničkoj njezi putem dostupnih zdravstvenih usluga (npr. u općim bolnicama, ambulantama primarne zdravstvene zaštite i slično). Organiziranje osnovne kliničke mentalne zdravstvene njege obično uključuje bilo organiziranje brze obuke i nadzor nad općim zdravstvenim osobljem ili dodavanje stručnjaka za mentalno zdravlje zdravstvenoj klinici. Trebaju biti dostupni osnovni psihotropici i antiepileptici. Pojedinci koji su primali terapiju za mentalno zdravlje prije krize trebaju imati pristup kontinuiranom liječenju.
4. **Ljudi u institucijama:** duševne bolnice i domove za osobe sa teškim psihičkim problemima treba redovno posjećivati, a posebno na početku krize, jer je rizik od teškog zapuštanja ili zlostavljanja ljudi u ustanovama izuzetno visok. Sigurnost, osnovne fizičke potrebe (voda, hrana, sklonište, sanitarni uvjeti i medicinska njega), nadzor ljudskih prava i osnovna psihijatrijska i psihosocijalna njega se moraju pružati tokom cijele krize.
5. **Rani oporavak:** pošto humanitarne krize povećavaju stopu širokog spektra psihičkih poremećaja, treba inicirati planove za razvoj sistema za mentalno zdravlje kako bi se povećala efektivna pokrivenost mentalnog zdravlja širom zahvaćenih područja (vidjeti Osnovni standard 4 na stranici 65).

2.6. Osnovne zdravstvene usluge – nezarazne bolesti

Starenje stanovništva i povećanje očekivanog trajanja života su pomaknuli profile bolesti sa zaraznih na nezarazne bolesti (eng. non-communicable diseases – NCD) u mnogim zemljama, uključujući zemlje sa niskim i srednjim primanjima. Kao rezultat toga, važnost NCD-a raste kao glavni javni zdravstveni problem u situacijama katastrofa. Povećanje zdravstvenih problema zbog pogoršanja postojećih hroničnih zdravstvenih stanja je postalo zajednička karakteristika mnogih nesreća.

Standard 1. Osnovne zdravstvene usluge: nezarazne bolesti

Ljudi imaju pristup osnovnim terapijama za smanjenje morbiditeta i mortaliteta zbog akutnih komplikacija ili pogoršanja njihovih hroničnih zdravstvenih stanja.

Ključne aktivnosti (čitati sa smjericama):

- procijeniti i dokumentirati prisustvo NCD-a i podijeliti te podatke s organizacijama koje reagiraju na katastrofu (vidjeti smjernicu 1);
- osigurati identifikaciju osoba s NCD-ima koje su primale terapiju prije hitne situacije i osigurati da nastave tako; izbjegavati naglo prekidanje liječenja;
- osigurati da osobe s akutnim komplikacijama i pogoršanim NCD-ima koje predstavljaju prijetnju za

njihov život (npr. srčane bolesti, teška hipertenzija) i pojedinci koji osjećaju bolove (npr. bol zbog uznapredovalog raka) primaju tretman;

- u situacijama gdje su tretmani za NCD-e nedostupni, utvrditi jasne standardne operativne postupke za upućivanje
- osigurati da esencijalna dijagnostička oprema, osnovni laboratorijski testovi i lijekovi za rutinsko tekuće upravljanje NCD-ima budu dostupni putem sistema primarne zdravstvene zaštite; ovi lijekovi moraju biti navedeni na listi esencijalnih lijekova;
- osigurati da pomagala (npr. pomagala za hodanje) budu na raspolaganju za osobe sa teškoćama u kretanju ili komunikaciji.

Ključni indikatori (čitati sa smjericama):

- sve primarne zdravstvene ustanove imaju jasne standardne operativne postupke za upućivanje pacijenata s NCD-ima u objekte za sekundarnu i tercijarnu njegu;
- sve primarne zdravstvene ustanove imaju odgovarajuće lijekove za nastavak liječenja za osobe sa NCD-ima koje su primale terapiju prije hitne situacije.

Smjernice

1. **Nezarazne bolesti** uključuju bolesti srca, moždani udar, hipertenziju, hronično zatajenje bubrega, bronhijalnu astmu, hronično zatajenje bubrega koje čini osobu zavisnom od dijalize, dijabetes koji zahtijeva inzulinsku terapiju, i epilepsiju. Pojedinci sa hroničnim medicinskim stanjima su tokom hitnih situacija posebno osjetljivi na pogoršanje njihovog stanja ili komplikacije kao što su sekundarne infekcije te su u opasnosti kada se prekida liječenje. Klinička stabilizacija i održavanje terapije trebaju biti glavni oslonac reakcije zdravstvenog sektora u humanitarnom okruženju.

Ljudi sa NCD-ima trebaju dugotrajno liječenje i praćenje. Rutinsko tekuće upravljanje NCD-ima bi trebalo biti dostupno putem sistema primarne zdravstvene zaštite, pomoću lijekova sa liste esencijalnih lijekova. Općenito se ne preporučuje uvesti nove terapijske režime ili programe za upravljanje hroničnim zdravstvenim uvjetima tokom pružanja pomoći, a pogotovo ako je za režim ili program malo vjerovatno da će se nastaviti nakon faze hitne situacije.



Dodatak 1

Upitnik za procjenu zdravlja

Priprema

- Pribaviti dostupne informacije o katastrofom pogođenom stanovništvu.
- Pribaviti dostupne karte i fotografije iz zraka.
- Pribavite i demografske i zdravstvene podatke.

Sigurnost i pristup

- Utvrditi postojanje tekućih prirodnih katastrofa ili katastrofa koje su kreirali ljudi.
- Utvrditi ukupnu sigurnosnu situaciju, uključujući i prisutnost oružanih snaga.
- Utvrditi koji pristup humanitarne organizacije imaju katastrofom pogođenom stanovništvu.

Demografija i društvena struktura

- Odrediti ukupnu veličinu katastrofom pogođenog stanovništva te analizu stanovništva po starosti i spolu.
- Identificirati grupe s povećanim rizikom, npr. žene, djecu, starije osobe, osobe s invaliditetom.
- Odrediti prosječnu veličinu domaćinstva i procijenite broj domaćinstava koja vode žene ili djeca.
- Odrediti postojeću društvenu strukturu, uključujući i položaje vlasti i / ili utjecaja.

Informacije o zdravstvenom historijatu

- Identificirati zdravstvene probleme koji su u području pogođenom katastrofom postojali prije katastrofe.
- Identificirati zdravstvene probleme koje su izbjeglice već imale u zemlji porijekla (područje porijekla za interno raseljene osobe).
- Identificirati postojeće rizike za zdravlje, npr. potencijalne zarazne bolesti.
- Identificirati prethodne izvore zdravstvene zaštite.
- Analizirati performanse funkcija zdravstvenog sistema.

Stope mortaliteta

- Izračunati grubu stopu mortaliteta.
- Izračunati stopu mortaliteta po starosti (npr. mortalitet djece mlađe od 5 godina).
- Izračunati stopu mortaliteta po specifičnom uzroku.
- Izračunati proporcionalnu stopu mortaliteta.

Stope morbiditeta

- Odrediti incidenciju glavnih bolesti koje su od značaja po javno zdravlje.
- Odrediti stope incidencije glavnih bolesti specifičnih za određeni spol ili starost gdje je to moguće.

Dostupni izvori

- Odrediti kapacitet Ministarstva zdravstva zemlje pogođene katastrofom.
- Odrediti status nacionalnih zdravstvenih ustanova, uključujući i ukupan broj po vrsti njege koju pružaju, fizičkom statusu i pristupačnosti.
- Odrediti broj zdravstvenog osoblja koje je na raspolaganju i njegove vještine.
- Odrediti dostupne zdravstvene budžete i mehanizam finansiranja.
- Odrediti kapacitet i funkcionalno stanje postojećih javnozdravstvenih programa, npr. prošireni program za imunizaciju.
- Odrediti raspoloživost standardiziranih protokola, esencijalnih lijekova, pomagala i logističkih sistema.
- Odrediti status postojećih sistema upućivanja bolesnika.
- Odrediti nivo okolišnog zdravlja u zdravstvenim ustanovama.
- Odrediti status postojećeg zdravstvenog informacijskog sistema.

Podaci iz ostalih relevantnih sektora:

- nutritivni status,
- hrana i sigurnost hrane,
- uvjeti životne sredine,
- sklonište – kvaliteta skloništa,
- obrazovanje – obrazovanje o zdravlju i higijeni.



Dodatak 2

Primjer formulara sedmičnog izvještaja o monitoringu

Obrazac za praćenje mortaliteta 1*

Lokacija:

Datum od ponedjeljka: do nedjelje:

Ukupan broj stanovnika na početku ove sedmice:

Rođeni ove sedmice: Umrli ove sedmice:

Dolasci ove sedmice (ako je primjenjivo): Odlasci ove sedmice:

Ukupan broj stanovnika na kraju sedmice: Ukupan broj stanovnika mlađih od 5 godina:

	0–4 god.		5 i više god.		ukupno
	muškarci	žene	muškarci	žene	
Neposredni uzrok					
Akutna infekcija nižih respiratornih organa					
Kolera (sumnja)					
Dijareja – krvava					
Dijareja – vodena					
Povreda – koja nije slučajna					
Malarija					
Mortalitet majki – direktni					
Male boginje					
Meningitis (sumnja)					
Novorođenčad (0–28 dana)					
Ostalo					
Nepoznato					
Ukupno po starosti i spolu					
Osnovni uzrok					
Osnovni uzrok					
AIDS (sumnja)					
Neishranjenost					
Mortaliteti majki – indirektni					
Nezarazne bolesti (specificirati)					
Ostalo					
Ukupno po starosti i spolu					

* Ovaj obrazac se koristi kada postoji mnogo smrtnih slučajeva i zbog toga detaljnije informacije o pojedinačnim slučajevima smrti ne mogu biti prikupljene zbog ograničenja vremena.

- Ostali uzroci mortaliteta se mogu dodati u skladu s kontekstom i epidemiološkim podacima.
- Starost može biti dalje razvrstana (0–11 mj., 1–4 god., 5–14 god., 15–49 god., 50–59 god., 60–69 god., 70–79 god., 80 i više god.) kako bude izvedivo.
- U obrazac ne treba uključiti isključivo podatke o smrtnim slučajevima iz zdravstvenih ustanova, već treba uključiti i izvještaje sa terena i izvještaje vjerskih vođa, radnika na terenu, ženskih grupa i bolničke izvještaje.
- Kad god je to moguće, definicije slučaja treba staviti na leđa obrasca.

Obrazac za praćenje mortaliteta 2*

Lokacija:

Datum od ponedjeljka: do nedjelje:

Ukupan broj stanovnika na početku ove sedmice:

Rođeni ove sedmice: Umrli ove sedmice:

Dolasci ove sedmice (ako je primjenjivo): Odlasci ove sedmice:

Ukupan broj stanovnika na kraju sedmice: Ukupan broj stanovnika mlađih od 5 godina:

Broj	Spol (m, ž)	Starost (dana = d, mjeseci = m, godina = g)	Direktan uzrok smrti													Osnovni uzroci						
			Akutna infekcija donjih respiratornih organa	Kolera (sumnja)]	Djareja – krvava	Djareja – vodenasta	Povreda – koja nije slučajna	Malaria	Mortalitet majki – direktni	Male boginje	Meningitis (sumnja)	Novorođenčad (0–28 dana)	Nezarazne bolesti (specificirati)]	Ostalo (specificirati)	Nepoznato	AIDS (sumnja)	Neishranjenost	Mortalitet majki – indirektni	Ostalo (specificirati)	Datum (dd / mm / gg)	Lokacija na licu mjesta (npr. blok br.)	Smrt u bolnici ili kod kuće
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* Ovaj obrazac se koristi kada postoji mnogo smrtnih slučajeva i zbog toga detaljnije informacije o pojedinačnim slučajevima smrti ne mogu biti prikupljene zbog ograničenja vremena.

- Ostali uzroci mortaliteta se mogu dodati u skladu s kontekstom i epidemiološkim podacima.

- Starost može biti dalje razvrstana (0–11 mj., 1–4 god., 5–14 god., 15–49 god., 50–59 god., 60–69 god., 70–79 god., 80+ god) kako bude izvedivo.

- U obrazac ne treba uključiti isključivo podatke o smrtnim slučajevima iz zdravstvenih ustanova, već treba uključiti i izvještaje sa terena i izvještaje vjerskih vođa, radnika na terenu, ženskih grupa i bolničke izvještaje.

- Kad god je to moguće, definicije slučajeva treba staviti na leđa obrasca.



Primjer sedmičnog obrasca za izvještavanje EWARN*

*Ovaj obrazac se koristi u akutnoj fazi hitne situacije kada je rizik od bolesti koje izazivaju epidemije visok

Datum od ponedjeljka do nedjelje:

Mjesto / selo / naselje / kamp:

Provincija: okrug: podokrug:

Naziv lokacije:

• Bolnička njega • Ambulantna njega • Zdravstveni centar • Mobilna klinika

Agencija (agencije) koja pruža podršku:

Službenik koji podnosi izvještaj i kontakt-broj:

Ukupan broj stanovnika: Ukupan broj djece mlađe od 5 godina:

A. UKUPNI PODACI ZA SEDMICU

Novi slučajevi:	MORBIDITET		MORTALITET		ukupno
	<5 godina	5 godina i stariji	<5 godina	5 godina i stariji	
UKUPNO PRIJEMA					
UKUPNO UMRLIH					
Akutna respiratorna infekcija					
Akutna vodenasta dijareja					
Akutna krvava dijareja					
Malaria – sumnja / potvrđeno					
Male boginje					
Meningitis – sumnja					
Sindrom akutne hemoragijske groznice					
Sindrom akutne žutice					
Akutna opuštена paraliza (AFP)					
Tetanus					
Ostale groznice > 38,5 ° C					
Povrede / rane					
Ostalo					
Ukupno					

- Moguće je dati više od jedne dijagnoze, a treba zabilježiti najvažnije. Svaki se slučaj treba brojati samo jednom.

- Uključite samo one slučajeve koji su viđeni (ili smrti koje su se dogodile) tokom sedmice nadzora.

- Napišite "0" (nula) ako nije bilo slučajeva ili smrti tokom sedmice za jedan od sindroma koji je naveden u obrascu.

- Smrt bi trebala biti prijavljena samo u dijelu mortaliteta, a ne u dijelu morbiditeta.

- Definicije slučajeva za svako stanje pod nadzorom mora biti napisano na poledini na ovom obrascu.

- Uzroci morbiditeta se mogu dodati ili oduzeti u skladu s epidemiologijom i procjenom rizika od bolesti.

- Svrha EWARN nadzora je rano otkrivanje bolesti koje izazivaju epidemije.

- Podaci o stanjima kao što su pothranjenost se trebaju dobiti kroz istraživanja (prevalencije), a ne nadzor (incidencija).

B. UPOZORENJE O IZBIJANJU EPIDEMIJE

Ako u bilo koje vrijeme sumnjate na bilo koje od sljedećih bolesti, molim pošaljite SMS ili telefonirajte na broj ili pošaljite poruku na e-mail s maksimalnim informacijama o vremenu, mjestu i broju slučajeva i smrtnih slučajeva: kolera, šigeloza, male boginje, dječija paralize, tifus, tetanus, hepatitis A ili E, denga groznica, meningitis, difterija, pertusis, hemoragijska groznica (ovaj popis bolesti zavisi od epidemiologije bolesti u zemlji).

Primjer obrasca rutinskog izvještavanja o praćenju morbiditeta *

* Praćenje morbiditeta može biti proširen s EWARD-om nakon akutne faze kako bi uključili i druge bolesti i praćenje drugih indikatora prema potrebi.

Lokacija:

Datum od ponedjeljka: do nedjelje:

Ukupan broj stanovnika na početku ove sedmice:

Rođeni ove sedmice: Umrli ove sedmice:

Dolasci ove sedmice (ako je primjenjivo):

Odlasci ove sedmice:

Ukupan broj stanovnika na kraju sedmice: Ukupan broj stanovnika mlađih od 5 godina:

Morbiditet	Do 5 godina (novi slučajevi) broj			5 godina i iznad (novi slučajevi)			Ukupno	Ponovljeni slučajevi
	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Novi slučajevi	Ukupno
Dijagnoza *								
Akutna respiratorna infekcija **								
Akutna vodenasta dijareja								
Akutna krvava dijareja								
Malaria – sumnja / potvrđeno								
Male boginje								
Meningitis – sumnja								
Sindrom akutne hemoragijske groznice								
Sindroma akutne žutice								
Akutna opuštena paraliza (AFP)								
Tetanus								
Ostale groznice > 38,5 ° C								
AIDS – sumnja ***								
Očne bolesti								
Poثرanjenost ****								



Povrede – slučajne								
Povrede								
- koje nisu slučajne								
Spolno prenosive bolesti								
Genitalni ulkus								
Muški iscjedak uretre								
Vaginalni iscjedak								
Bol u donjem trbuhu								
Kožne bolesti								
Nezarazne bolesti (npr. dijabetes)								
Gliste								
Ostalo								
Nepoznato								
Ukupno								

* Moguće više od jedne dijagnoze; uzroci morbiditeta se mogu dodati ili oduzeti u skladu s kontekstom i epidemiološkim podacima.

**Akutne respiratorne infekcije: u nekim zemljama, ova kategorija se može podijeliti na infekcije gornjeg i donjeg trakta.

***Prevalencija HIV-a i AIDS-a se najbolje procjenjuje putem istraživanja.

**** Prevalencija pothranjenosti se najbolje procjenjuje kroz brza istraživanja (MUAC ili pregled težine / visine) pošto nadzor otkriva samo one koji dolaze tražiti pomoć.

Podaci o starosti mogu biti dodatno razvrstane

UPOZORENJE O IZBIJANJU EPIDEMIJE

Ako u bilo koje vrijeme sumnjate na bilo koje od sljedećih bolesti, molim pošaljite SMS ili telefonirajte na broj ili pošaljite poruku na e-mail s maksimalnim informacijama o vremenu, mjestu i broju slučajeva i smrtnih slučajeva:

kolera, šigelozna, male boginje, dječja paralize, tifus, tetanus, hepatitis A ili E, denga groznica, meningitis, difterija, pertusis, hemoragijska groznica (ovaj popis bolesti zavisi od epidemiologije bolesti u zemlji).

Posjete zdravstvenoj ustanovi	Do 5 godina			5 i više godina			Ukupno	
	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene
Ukupno posjeta								

Stopa korištenja: broj posjeta zdravstvenoj ustanovi po osobi godišnje = ukupan broj posjeta u 1 sedmici / ukupan broj stanovnika x 52 sedmice.

- Starosti se mogu dalje razvrstati (0–11 mj., 1–4 god., 5–14 god., 15–49 god., 50–59 god., 60 o više god).

Broj konsultacija po kliničaru: ukupan broj posjeta (novih i ponovljenih) / FTE kliničara u zdravstvenoj ustanovi / broj dana rada zdravstvene ustanove sedmično.

Dodatak 3

Formule za izračun ključnih zdravstvenih indikatora

Opća stopa mortaliteta (CMR)

Definicija: Stopa mortaliteta u cijelom stanovništvu, uključujući i žene i muškarce i sve starosne grupe.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj smrtnih slučajeva tokom vremenskog perioda}}{\text{Stanovništvo izloženo riziku sredinom perioda x broj dana u periodu}} \times 10.000 \text{ osoba} = \frac{\text{smrti}}{10.000 \text{ osoba / dan}}$$

Stopa mortaliteta djece mlađe od 5 godina (U5MR)

Definicija: Stopa mortaliteta djece mlađe od 5 godina u stanovništvu.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj smrtnih slučajeva djece <5 godina tokom perioda}}{\text{Ukupan broj djece <5 godina x broj dana u perioda}} \times 10.000 \text{ osoba} = \frac{\text{smrti / 10.000 djece mlađe od 5 godina}}{\text{dan}}$$

Stopa incidencije

Definicija: broj novih slučajeva bolesti koji se javljaju tokom određenog vremenskog perioda u stanovništvu izloženom riziku razvoja bolesti.

Formula:

$$\frac{\text{Broj novih slučajeva zbog specifične bolesti u vremenskom periodu}}{\text{Populacija izložena riziku razvoja bolesti x broj mjeseci u vremenskom periodu}} \times 1.000 \text{ osoba} = \frac{\text{Novi slučajevi zbog određene bolesti / 1.000 osoba}}{\text{mjesečno}}$$



Stopa smrtnosti slučajeva (CFR)

Definicija: Broj ljudi koji umiru od bolesti podijeljen s brojem ljudi koji imaju bolest.

Formula:

$$\frac{\text{Broj umrlih od bolesti tokom perioda}}{\text{Ljudi koji imaju bolesti tokom perioda}} \times 100 = x\%$$

Stopa iskorištenosti zdravstvenih ustanova

Definicija: Broj ambulantnih posjeta po osobi godišnje. Kad god je to moguće, razlika bi trebala biti napravljena između novih i starih posjeta, a nove posjete treba koristiti za izračunavanje ove stopu. Međutim, često je teško razlikovati nove i stare posjete, pa se često koriste u kombinaciji kao ukupni broj posjeta tokom katastrofe.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj posjeta u jednoj sedmici}}{\text{ukupan broj stanovnika}} \times 52 \text{ sedmica} = \text{Posjete / osoba / godina}$$

Broj konsultacija po kliničaru po danu

Definicija: Prosječan broj ukupnih konsultacija (novih i ponovljenih slučajeva) koje pregleda svaki doktor dnevno.

$$\frac{\text{Broj konsultacija po kliničaru po danu}}{\text{Broj FTE * kliničara u zdravstvenoj ustanovi}} \div \text{Broj dana tokom kojih je zdravstvena ustanova otvorena sedmično}$$

FTE (full-time equivalent) – ekvivalent punog radnog vremena se odnosi na ekvivalentan broj kliničara koji rade u zdravstvenoj ustanovi. Naprimjer, ako postoji šest kliničara koji rade na ambulantnom odjelu, ali dvojica od njih rade na pola radnog vremena, onda je broj FTE kliničara = 4 člana osoblja s punim radnim vremenom + 2 člana osoblja sa pola radnog vremena = 5 FTE kliničara.

Reference i dodatna literatura

Izvori

Međunarodni pravni instrumenti

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>.

Zdravstveni sistemi

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction.

Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html.

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html.

WHO (2008), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People



for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva. WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva.

<http://helid.desastres.net/>.

Kontrola zaraznih bolesti

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

Zdravlje djece

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf.

Seksualno i reproduktivno zdravlje

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf.

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. <http://misp.rhrc.org/>

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf .

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing.

Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalusia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Povrede

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.
PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa.

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf.

Mentalno zdravlje

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc.

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/.

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health/.

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Nezarazne Bolesti

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet*, tom 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.



Dodatna literatura

Međunarodni pravni instrumenti

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

Zdravstveni sistemi

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp.

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Osnovne zdravstvene usluge

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org.

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org.

UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva.

www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines.

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Kontrola zaraznih bolesti

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.
Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

Zdravlje djece

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva. WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn

Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.

Geneva.<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>.

Seksualno i reproduktivno zdravlje

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva. International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention,

Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html.

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html.

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations.

www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines.

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf.



Povrede

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme.

Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris. WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Mentalno zdravlje

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/.

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/.

Nezarazne bolesti

Fauci, AS et al (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tiery, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

Prilozi



Prilog 1

Ključni dokumenti na kojima se zasniva Humanitarna povelja

Humanitarna povelja postavlja zajednička uvjerenja i zajedničke principe koja se odnose na humanitarno djelovanje i odgovornosti u situacijama katastrofa ili sukoba, te napominje da se isto reflektira i u međunarodnom pravu. Sljedeći označeni spisak ključnih dokumenata sadrži najvažnije međunarodne pravne instrumente koji se odnose na međunarodna ljudska prava, međunarodno humanitarno pravo (IHL), prava izbjeglica i humanitarna djelovanja. To nije pokušaj da se postavi regionalni zakon i kretanja u tom polju. Spisak, također, uključuje i niz drugih smjernica, principa, standarda i okvira koji se koriste kao informacije za Humanitarnu povelju. Pošto je ovaj spisak neophodno vrlo selektivan, dalji resursi i internetske poveznice (link) do tih dokumenata su dostupni na web-stranici: www.sphereproject.org. Zbog ograničenog prostora, napomene su date samo za dokumente koji su izgledali kao da zahtijevaju uvod ili posebna objašnjenja, jer su noviji ili imaju određene odjeljke koji se odnose na katastrofe ili sukobe.

Dokumenti su navedeni tematski, po naslovima:

1. **Ljudska prava, zaštita i ranjivost,**
2. **Oružani sukob i humanitarna pomoć,**
3. **Izbjeglice i interno raseljene osobe (IDP),**
4. **Katastrofe i humanitarna pomoć,**

Da bi se osigurala jasnoća o statusu svakog dokumenta, svaki je razvrstan pod podnaslovima kao što su:

1. **Ugovori i običajno pravo (ako je primjenjivo),**
2. **Smjernice UN-a i druge formalno usvojene međuvladine smjernice i principi,**
3. **Okviri humanitarne politike, smjernice i principi.**

1. Ljudska prava, zaštita i ranjivost

Sljedeći dokumenti se prvenstveno odnose na ljudska prava koja su priznata u univerzalnim sporazumima i deklaracijama. Niz ključnih dokumenata koji se odnose na starost (djecu i starije osobe), spol i invaliditet su također uključeni, jer su to neke od najčešćih osnova ranjivosti u katastrofama ili sukobima.

1.1. Sporazumi i običajno pravo o ljudskim pravima, zaštiti i ranjivosti

Sporazum o zakonu o ljudskim pravima vrijedi za države koje su strane u tom relevantnom sporazumu, ali običajno pravo (npr. zabrana mučenja) se odnosi na sve države. Zakon o ljudskim pravima se primjenjuje u svim vremenima, uz dva moguća izuzetka:

- neka ograničena građanska i politička prava mogu biti suspendirana za vrijeme proglašene nacionalnih vanrednih situacija, u skladu s članom 4. Međunarodne povelje o građanskim i političkim pravima ("odstupanje");
- tokom priznatih oružanih sukoba, IHL (Međunarodno humanitarno pravo) se prvo primjenjuje ako postoji bilo kakva nedosljednost sa zakonom o ljudskim pravima.

1.1.1 Univerzalna ljudska prava

Opća deklaracija o ljudskim pravima iz 1948. (UDHR), usvojena je rezolucijom Generalne skupštine UN-a 217 A(III) 10. decembra 1948. www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml.

UDHR je proglasila Generalna skupština UN-a 1948. godine, i time su, prvi put, univerzalno zaštićena osnovna ljudska prava. To nije sporazum, ali se generalno smatra za dogovoreno da su ta prava postala dio međunarodnog običajnog prava. Prva rečenica u preambuli uvodi koncept "urođenog dostojanstva" ljudskih bića kao temeljne osnove za ljudska prava, a prvi član kaže: "Sva ljudska bića rađaju se slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima".

Međunarodnu povelju o građanskim i političkim pravima iz 1966. (ICCPR), usvojila je Generalna skupština UN-a rezolucijom 2200A (XXI) od 16. decembra 1966. godine, a stupila je na snagu 23. marta 1976.; Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 999, str. 171 i paragraf 1057, str. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm.

Drugi fakultativni protokol za ICCPR iz 1989. (s ciljem ukidanja smrtne kazne), usvojen je rezolucijom Generalne skupštine UN-a 44/128 15. decembra 1989. godine, a stupio je na snagu 11. jula 1991. godine; Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1642, str. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm.

Države potpisnice ICCPR-a (Međunarodna povelja ljudskih i političkih Prava) moraju poštivati i osigurati prava za sve pojedince unutar svog teritorija, ili u njihovoj nadležnosti, uz priznavanje prava "naroda" na samoopredjeljenje i jednaka prava muškaraca i žena. Neka prava (označena sa zvjezdicom*) nikada ne smiju biti suspendirana, ni u najtežim nacionalnim krizama.

Prava: pravo na život, *nisu dozvoljeni mučenje ili drugo okrutno, neljudsko ili ponižavajuće postupanje, *ropstvo; *proizvoljno hapšenje ili pritvor; garantira se humanost i dostojanstvo u pritvoru; nema zatvaranja zbog kršenja ugovora, *garantira se sloboda kretanja i stanovanja; moguće je samo zakonito protjerivanje stranaca iz zemlje; jednakost pred zakonom, pošteno suđenje i pretpostavka nevinosti u kaznenim postupcima; nema retrospekcije u kaznenim djelima, *jednakost pred zakonom; *privatni život; sloboda misli, vjere i savjesti, *slobodno mišljenje, izražavanje i mirno okupljanje; sloboda udruživanja; pravo na brak i porodični život; zaštita djece; pravo na glasanje i učestvovanje u javnim poslovima; pravo manjina da uživaju svoju kulturu, religiju i jezik.*

Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima iz 1966. (ICESCR) usvojila je Generalna skupština UN-a, rezolucija 2200A (XXI) od 16. decembra 1966. godine, sa stupanjem na snagu 3. januara 1976., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 993, str. 3. www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm.

Države potpisnice se slažu da ulože maksimum svojih raspoloživih sredstava na "postizanju" prava povelje, koja jednako uživaju i muškarci i žene.

Prava: na rad; primanje pravedne naknade; pridruživanje sindikatima; socijalnu sigurnost / osiguranje; na porodični život, uključujući i zaštitu majke nakon poroda i zaštitu djece od iskorištavanja; na adekvatan životni standard, uključujući hranu, odjeću i stanovanje; na fizičko i mentalno zdravlje; na obrazovanje; te na učestvovanje u kulturnom životu i uživanje u prednostima naučnog i kulturnog napretka.

Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije iz 1969. (ICERD), usvojena rezolucijom Generalne skupštine UN-a 2106 (XX) od 21. decembra 1965., sa stupanjem na snagu 4. januara 1969., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 660, str. 195. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm.

Konvencija o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena iz 1979. (CEDAW), usvojena rezolucijom Generalne skupštine UN 34/180 od 18. decembra 1979. godine, sa stupanjem na snagu 3. septembra 1981., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1249, str. 13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm.

Konvencija o pravima djeteta iz 1989. godine (CRC), usvojena rezolucijom Generalne skupštine UN-a 44/25 od 20. novembra 1989. godine, sa stupanjem na snagu 2. septembra.

1990., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1577, str. 3. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm.

Opcionalni protokol o uključivanju djece u oružani sukob iz 2000. godine, koji je usvojila Generalna skupština UN-a rezolucijom A/RES/54/263 od 25. maja 2000. godine, sa stupanjem na snagu 12. februara 2002. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 2173, str. 222. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm.

Opcionalni protokol o prodaji djece, dječjoj prostituciji i dječjoj pornografiji iz 2000. godine, koji je usvojila Generalna skupština UN-a rezolucijom A/RES/54/263 od 25. maja 2000. godine, sa stupanjem na snagu 18. januara 2002. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 2171, str. 227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm.

CRC-u (Konvencija o pravima djece) su sve države gotovo univerzalno pristupile. On prepravlja osnovna ljudska prava djece i identifikira kada je potrebna posebna zaštita (npr. kada su odvojena od svoje porodice).

Protokoli zahtijevaju pozitivnu akciju o specifičnim pitanjima za zaštitu djece za države koje su njihove potpisnice.

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom iz 2006. (CRPD), koju je usvojila Generalna skupština UN rezolucijom A/RES/61/106 od 13. decembra 2006. godine, sa stupanjem na snagu 3. maja 2008. godine, Kolekcija sporazuma Ujedinjenih naroda, Poglavlje IV, 15. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm.

CRPD podržava prava osoba s invaliditetom u svim drugim sporazumima o ljudskim pravima, a i specifično se bavi podizanjem svijesti u pogledu osoba s invaliditetom, nediskriminacije i dostupnosti usluga i sadržaja. Tu se i posebno spominju "rizične situacije i hitne humanitarne situacije" (član 11).

1.1.2. Genocid, mučenje i druga kriminalna zloupotreba prava

Konvencija o sprečavanju i kažnjavanju zločina genocida iz 1948., koju je usvojila Generalna skupština UN-a rezolucijom 260 (III) od 9. decembra 1948., sa stupanjem na snagu 12. januara 1951., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 78, str. 277. www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm.

Konvencija protiv mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja iz 1984., koja je usvojena rezolucijom Generalne skupštine UN-a 39/46 od 10. decembra 1984., sa stupanjem na snagu 26. juna 1987., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1465, str. 85. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm.

Ova konvencija ima vrlo velik broj država potpisnica. Zabrana mučenja, također, sada je općenito priznata kao dio međunarodnog običajnog prava. Nijedna vrsta izvanrednog stanja ili rata se ne može koristiti da se opravda mučenje.

Države ne smiju vratiti (**refouler**) nikoga na područje na kojem ta osoba ima opravdane razloge za sumnju da će on ili ona biti izloženi opasnosti od mučenja.

Rimski statut Međunarodnog kriminalnog suda, koji je usvojen na Diplomatskoj konferenciji u Rimu, 17. jula 1998., sa stupanjem na snagu 1. jula 2002., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 2187, str. 3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/58570openDocument.

Član 9. Statuta (Elementi kaznenih djela), koji je usvojio Međunarodni kriminalni sud (ICC) iz 2002. godine, detaljno opisuje ratne zločine, zločine protiv čovječnosti i genocid, na taj način utvrđujući mnogo običajnog međunarodnog kaznenog prava. ICC može istraživati i procesuirati slučajeve koje mu pošalje Vijeće sigurnosti UN-a (čak i ako država optuženog nije potpisnica sporazuma), kao i zločine koje navodno počinje državljani država potpisnica sporazuma, ili koji su počinjeni na njihovom teritoriju.

1.2. Principi Ujedinjenih naroda i drugi formalno usvojeni međuvladini principi i smjernice o ljudskim pravima, zaštiti i ranjivosti

Madridski međunarodni plan akcije za starenje iz 2002. godine, Svjetska skupština UN-a o starenju, Madrid, 2002., potvrđen rezolucijom Generalne skupštine UN-a 37/51 od 3. decembra 1982.

www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm.

Principi Ujedinjenih naroda za starije osobe iz 1991. godine, Rezolucija Generalne skupštine UN-a 46/91 od 16. decembra 1991. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm.

1.3. Okviri humanitarne politike, smjernice i principi o ljudskim pravima, zaštiti i ranjivosti

Zaštita osoba pogođenih elementarnim katastrofama: IASC-ove operativne smjernice o ljudskim pravima i elementarnim katastrofama iz 2006., Međuagencijski stalni odbor, www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx.

Međunarodno pravo i standardi koji se primjenjuju u situacijama prirodne katastrofe (IDLO Pravni priručnik) iz 2009., Organizacija za razvoj međunarodnog prava (IDLO). www.idlo.int/DOCnews/352doc.pdf

Međuagencijski principi koji su smjernice za djecu bez pratnje i djecu odvojenu od roditelja iz 2002., koja je razvio ICRC, Ured Visokog komesara UN-a za izbjeglice (UNHCR), Dječiji fond UN-a (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK i Međunarodni odbor za spašavanje, 2009. www.icrc.org.

Priručnik o rodnim pitanjima u humanitarnoj akciji iz 2006., Međuagencijski Stalni odbor. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=contentsubside-tf_gender-genderh.

Smjernice o mentalnom zdravlju i psihosocijalnoj podršci u hitnim situacijama IASC-ove iz 2007. godine, Stalni međuagencijski odbor,

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subside-tf_mhps-default.

Minimalni standardi za obrazovanje u hitnim situacijama, hroničnim krizama i ranoj rekonstrukciji INEE iz 2007., uz ažuriranje iz 2010. Međuagencijska mreža za obrazovanje u hitnim situacijama (INEE) (službeno priznat kao *Sphere* standard od 2008.).

www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/.

2. Oružani sukob, međunarodno humanitarno pravo i humanitarna pomoć

2.1. Sporazumi i običajno pravo za oružani sukob, međunarodno humanitarno pravo i humanitarnu pomoć

Međunarodno humanitarno pravo (IHL) određuje pragove kada sukob postaje "oružani sukob" i na taj način čini da ovaj poseban pravni režim bude primjenjiv. Međunarodni odbor Crvenog krsta / krsta (ICRC) službeni je repozitorij o IHL-u, te pruža opsežne informacije i resurse na svojoj web-stranici (www.icrc.org), uključujući i službeni komentar o Ženevskim konvencijama i protokolima, te pravila Studije običajnog međunarodnog humanitarnog prava.

2.1.1. Osnovni sporazumi Međunarodnog humanitarnog prava

Četiri Ženevske konvencije iz 1949. godine.

Dopunski protokol uz Ženevske konvencije, Zaštita žrtava međunarodnih oružanih sukoba iz 1977. (Protokol I).

Dopunski protokol uz Ženevske konvencije, Zaštita žrtava nemeđunarodnih oružanih sukoba iz 1977. (Protokol II).

www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView.

Četiri Ženevske konvencije, čije su potpisnice sve države, a koje su također općenito prihvaćene kao dio običajnog prava, tiču se zaštite i tretmana ranjenika i bolesnika u kopnenom ratovanju (I) i ratovanju na moru (II), tretmana ratnih zarobljenika (III) i zaštita civila tokom oružanog sukoba (IV). One se odnose prvenstveno na međunarodne oružane sukobe, osim člana 3. koji je zajednički za konvencije što se tiče sukoba koji nisu međunarodni, kao i neke druge elemente prihvaćene kao običajno pravo u sukobima koji nisu međunarodni. Dva protokola iz 1977. su ažurirali konvencije u to vrijeme, a posebno oko definicije boraca i određivanja sukoba koji nisu međunarodni. Veliki broj država nije pristupio tim protokolima.

2.1.2. Ugovori o ograničenom ili zabranjenom oružju i kulturnim dobrima

Osim "Ženevskog zakona" koji je opisan iznad, tu je i glavni dio zakona koji se često opisuje kao "Haaški zakon" o oružanom sukobu. To uključuje Konvenciju o zaštiti kulturnih dobara i niz konvencija o vrstama oružja koje su ograničene ili zabranjene, uključujući plinove i ostalo hemijsko i biološko oružje, konvencionalno oružje koje je neselektivno ili uzrokuje nepotrebnu patnju, kao i protivpješadijske mine i kasetnu municiju, www.icrc.org/ihl.nsf.

2.1.3. Običajno međunarodno humanitarno pravo

Običajno međunarodno humanitarno pravo se odnosi na zakon kod oružanih sukoba koji je prihvatila država, kroz njihove izjave, politike i prakse, a što predstavlja uobičajena pravila koja se odnose na sve države, bez obzira na njihovo pristupanje sporazumima međunarodnog humanitarnog prava. Ne postoji dogovoreni popis običajnih pravila, ali najrelevantnija interpretacija je navedena u studiji ispod.

Običajno međunarodno humanitarno pravo (CIHL) Studija, ICRC, Henckaerts, J-M and Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument.

Studija pokriva gotovo cijeli obim zakona za oružane sukobe. Ona navodi 161 posebno pravilo i da li svako vrijedi u međunarodnom oružanom sukobu i / ili oružanom sukobu koji nije međunarodni. Iako neki pravni komentatori kritiziraju njenu metodologiju studija CIHL-a je nastala kroz širok proces savjetovanja i rigorozno istraživanje tokom više od deset godina, a njen autoritet kao interpretacije običajnih pravila se široko priznaje.

2.2. UN-ovi i drugi formalni usvojeni međuvladini principi i smjernice o oružanom sukobu, međunarodnom humanitarnom pravu i humanitarnoj pomoći

“Aide Memoire“ (izvještaj) Vijeća sigurnosti UN-a o zaštiti iz 2002. godine, uz ažuriranje iz 2003. (S/PRST/2003/27), www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27. To nije rezolucija koja je obavezujuća za države, već je usmjeravajući dokument za Vijeće sigurnosti UN-a koji se odnosi na očuvanje mira i hitnim situacijama sukoba, a koji je rezultat konsultacija s nizom agencija UN-a i IASC-om.

Rezolucija Vijeća sigurnosti UN-a o seksualnom nasilju i ženama u oružanim sukobima, pogotovo rezolucije broj 1820 (2008), 1888 (2009) i 1889 (2009).

Sve odluke Vijeća sigurnosti UN-a po godinama i broju: www.un.org/documents/scres.htm.

2.3. Okviri Humanitarne politike, smjernice i principi o oružanom sukobu, međunarodnom humanitarnom pravu i humanitarnoj pomoći

Profesionalni standardi za rad na zaštiti koji provode humanitarni akteri i akteri koji se bave ljudskim pravima u oružanim sukobima i drugim situacijama nasilja 2009. godina.

ICRC. www.icrc.org.

3. Izbjeglice i interno raseljene osobe (IDP)

UNHCR je Agencija za izbjeglice UN-a i ima poseban pravni mandat za zaštitu izbjeglica prema Konvenciji o pravima izbjeglica i Protokolu. On je, također, dobio mandat od Generalne skupštine UN-a da saraduje s državama u zaštiti raseljenih osoba. UNHCR ima bogate resurse na svojoj internetskoj stranici.

3.1. Sporazumi o izbjeglicama i raseljenim osobama

Osim međunarodnog sporazuma, ovo poglavlje uključuje dva sporazuma Afričke unije (bivša Organizacija afričkog jedinstva, ili OAU), jer su oba dokumenta postavili historijske presedane.

Konvencija o statusu izbjeglica iz 1951. (s izmjenama i dopunama), koju je usvojila Konferencija opunomoćenika Ujedinjenih naroda o statusu izbjeglica i osoba bez državljanstva, Ženeva, 2–25. juli 1951. godine, sa stupanjem na snagu 22. aprila 1954., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 189, str. 3.

Protokol o statusu izbjeglica iz 1967. godine, koji je istaknula Generalna skupština UN-a, u rezoluciji 2198 (XXI) 2 od 16. decembra 1966., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 606, str. 267. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf.

Prvi međunarodni sporazum o izbjeglicama čija Konvencija definira izbjeglicu kao osobu koja “se nalazi izvan zemlje čiji je državljanin zbog osnovanog straha od proganjanja zbog svoje rase, vjere, nacionalnosti, pripadnosti određenoj društvenoj grupi ili političkog mišljenja, a ne može, ili se zbog tog straha ne želi staviti pod zaštitu te zemlje, ili se vratiti tamo jer postoji strah od proganjanja...”

OAU Konvencija koja regulira pojedine aspekte problema izbjeglica u Africi iz 1969. godine, a usvojila ju je Skupština šefova država i vlada na svojoj šestoj redovnoj sjednici, u Addis Abebi, 10. septembra 1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html.

Ona prihvaća i širi definiciju Konvencije iz 1951. godine kako bi uključila ljude koji su bili prisiljeni napustiti svoju zemlju, ne samo kao rezultat progona, već i zbog vanjske agresije, okupacije, strane dominacije ili događaja koji ozbiljno remete javni red. Ona također prepoznaje nedržavne grupe kao počinitelje proganjanja i ne zahtijeva da izbjeglice pokazuju direktnu vezu između sebe i buduće opasnosti.

Konvencija za zaštitu i pomoć raseljenih osoba u Africi Afričke unije (Kampala konvencija) iz 2009. godine, koja je usvojena na posebnom sastanku Afričke unije, koji je održan u Kampali, Uganda, 22. oktobra 2009. godine, a još uvijek nije bila na snazi u oktobru 2010. godine. www.unhcr.org/4ae9bede9.html.

Ovo je prva multilateralna Konvencija o raseljenim licima. Prvobitno ju je potpisalo 17 država Afričke unije u oktobru 2009. godine, ali zahtijeva 15 formalnih pristupa / ratifikacija da stupi na snagu.

3.2. UN i drugi formalno usvojeni međuvladini principi i smjernice o izbjeglicama i raseljenim osobama

Smjernica o internoj raseljenosti iz 1998., koju su u septembru 2005. priznali šefovi država i vlada okupljeni na Svjetskom sastanku u New Yorku u okviru rezolucije Generalne skupštine UN-60/L. 1 (132, UN Doc. A/60/L. 1) kao "važan međunarodni okvir za zaštitu raseljenih osoba", www.idpguidingprinciples.org/.

Ovi principi se zasnivaju na međunarodnom humanitarnom pravu i ljudskim pravima i analognim pravima izbjeglica, a svrha im je služiti kao međunarodni standard smjernica za vlade, međunarodne organizacije i sve ostale relevantne aktere u pružanju pomoći i zaštite raseljenim osobama.

4. Katastrofe i humanitarna pomoć

4.1. Sporazumi o katastrofama i humanitarnoj pomoći

Konvencija o sigurnosti osoblja Ujedinjenih naroda i pridruženog osoblja iz 1994. godine, usvojena je rezolucijom Generalne skupštine UN-a 49/59 od 9. decembra 1994. godine, sa stupanjem na snagu 15. januara 1999., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 2051, str. 363. www.un.org/law/cod/safety.htm.

Fakultativni protokol uz Konvenciju o sigurnosti osoblja Ujedinjenih naroda i pridruženog osoblja iz 2005. godine, koji je usvojila Generalna skupština UN-a rezolucijom A/60/42 od 8. decembra 2005. godine, sa stupanjem na snagu 19. augusta 2010. godine.

www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions.

U konvenciji je zaštita ograničena na očuvanje mira koje obavlja UN, osim ako je UN proglasio "izuzetan rizik"

što je nepraktičan uvjet. Protokol ispravlja ovaj veliki propust u konvenciji i širi pravnu zaštitu na sve operacije UN-a, od hitne humanitarne pomoći do izgradnje mira i dostave humanitarne, političke i razvojne pomoći.

Konvencija o pomoći u hrani iz 1999. godine je zasebni pravni instrument u okviru konvencije o trgovini žitaricama iz 1995., koju provodi Odbora za pomoć u hrani putem Sekretarijata Međunarodnog vijeća za žitarice (IGC).

Tampere konvencija o pružanju telekomunikacijskih resursa za ublažavanje katastrofe i operacije pomoći iz 1998. godine, koju je odobrila Međuvladina konferencija o hitnim telekomunikacijama 1998., sa stupanjem na snagu 8. januara 2005. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 2296, str. 5. www.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,41dec59d4,0.html.

Okvirna konvencija UN-a o promjeni klime iz 1992. (UNFCCC), koja je usvojena na Konferenciji Ujedinjenih naroda o okolišu i razvoju u Rio de Janeiru, od 4. do 14. juna 1992., a koju je Generalna skupština UN-a prihvatila u rezoluciji 47/195 od 22. decembra 1992., sa stupanjem na snagu 21. marta 1994, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1771, str. 3. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php.

Kyoto protokol uz UNFCC iz 1997. godine, je usvojen na trećem zasjedanju Konferencije potpisnica Okvirne konvencije, Kyoto, Japan 11. decembra 1997. godine, sa stupanjem na snagu 16. februara 2005. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, tom 2303, str. 148. http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1687.php.

UNFCCC i Kyoto protokol se bave hitnom potrebom za implementacijom prilagođavanja klimatskim promjenama i strategijom smanjenja rizika i izgradnje lokalnih kapaciteta i otpornosti, a posebno u zemljama koje su sklone prirodnim katastrofama. On naglašava strategije smanjenja katastrofa i upravljanja rizicima, a posebno s obzirom na klimatske promjene.

4.2. UN-ovi i drugi formalno usvojena međuvladini principi i smjernice o katastrofama i humanitarnoj pomoći

Jačanje koordinacije hitne humanitarne pomoći Ujedinjenih naroda, s Prilogom, vodećim načelima, Rezolucija Generalne skupštine 46/182 od 19. decembra 1991. godine. www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html.

Ovo je dovelo do stvaranja UN-ovog odjela za humanitarne poslove, koji je postao UN-ov ured za koordinaciju humanitarnih poslova (OCHA) u 1998. godini.

Hyogo okvir za akciju 2005–2015.: Izgradnja otpornosti naroda i zajednica na katastrofe, usvojen na Svjetskoj konferenciji o smanjenju katastrofa 2005. www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm.

Ovime su postavljene strategije za države i humanitarne agencije za uključivanje smanjenja rizika od katastrofa u implementaciju hitne reakcije, programe za oporavak i pripremljenost, i integriranje u održivi razvoj i izgradnju kapaciteta za otpornost.

Smjernice za domaću pomoć i regulaciju međunarodne pomoći zbog katastrofa i početnu pomoć za oporavak, (IDRL smjernice) 2007. godine, koje je usvojila Međunarodna konferencija Crvenog krsta i Crvenog polumjeseca (što uključuje države potpisnice Ženevske konvencije). www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp.

4.3. Okviri humanitarne politike, smjernice i principi za pomoć za katastrofe i humanitarnu pomoć

Kodeks ponašanja za Međunarodni Crveni krst i nevladine organizacije (NVO) u pomoći kod katastrofa (pogledajte Prilog 2: kodeks ponašanja na stranici 368).

Osnovni principi Međunarodnog pokreta Crvenog križa / krsta iz 1965., koja su usvojena na 20. Međunarodnoj konferenciji Crvenog križa / krsta. www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp.

Standardi HAP-a za humanitarnu odgovornost iz 2007., Partnerstvo za humanitarnu odgovornost (međunarodno samostalno regulatorno tijelo za humanitarni sektor, uključujući i certifikaciju), www.hapinternational.org.

Principi i dobre prakse humanitarnog donatorstva iz 2003. koje su odobrili Štokholmska konferencija zemalja donatora, agencije UN-a, nevladine organizacije i Međunarodni pokret Crveni križ / krst, te su ih potpisale Evropska komisija i 16 država, www.goodhumanitarianandonorship.org.

Principi partnerstva: Izjava o obavezi iz 2007., odobrena na sastanku Globalne humanitarne platforme u julu 2007. (mehanizam dijaloga između UN-a i humanitarnih organizacija koje nisu dio UN-a) www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html.

Prilog 2

Kodeks ponašanja

za Međunarodni pokret Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca i nevladine organizacije (NVO) u pružanju pomoći kod prirodnih katastrofa

Pripremili zajedno Međunarodna federacija Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca i Međunarodni odbor Crvenog križa / krsta¹

¹Pod pokroviteljstvom: *Caritas Internationalis*,* *Catholic Relief Services*,* *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*,* *International Save the Children Alliance*,* *Lutheran World Federation*,* *Oxfam*,* *World Council of Churches*,* *International Committee of the Red Cross* (* članovi Upravnog odbora za humanitarne reakcije).

Svrha

Ovaj Kodeks ponašanja ima namjeru da čuva naše standarde ponašanja. Ne radi se o operativnim detaljima, kao što su kako treba izračunati obroke ili postaviti izbjeglički kamp. Umjesto toga, on nastoji zadržati visoke standarde nezavisnosti, efektivnosti i utjecaja kojima teži djelovanje nevladinih organizacija i Međunarodnog pokreta Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca. To je dobrovoljni kodeks, koji se provodi voljom organizacije koja je prihvatila da poštuje standarde utvrđene u Kodeksu.

U slučaju oružanog sukoba, ovaj Kodeks ponašanja će se tumačiti i primjenjivati u skladu sa međunarodnim humanitarnim pravom.

Kodeks ponašanja je predstavljen prvi. U prilogu se nalaze tri priloga, opisujući radno okruženje koje bismo željeli vidjeti da su ga kreirali vlada domaćin, donatori i međuvladine organizacije, kako bi se olakšala efektivna dostava humanitarne pomoći.

Definicije

NVO: termin NVO-i (nevladine organizacije) se ovdje odnosi na organizacije, i nacionalne i međunarodne, koje su odvojene od vlade zemlje u kojima su osnovane.

NVHA (eng. NGHHA): za potrebe ovog teksta, izraz Nvladine humanitarne agencije (NGHA) je napravljen kako bi obuhvatio komponente Međunarodnog pokreta Crvenog križa / krsta – Međunarodnog odbora Crvenog križa / krsta, Međunarodne federacije društava Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca i njihova nacionalna društva članove i nevladine organizacije kao što je gore definirano. Ovaj kod se odnosi posebno na one NVHA-e koji su uključeni u reakcije na katastrofe.

MVO (eng. IGO): MVO (međuvladine organizacije) je termin koji se odnosi na organizacije koje čine dvije ili više vlada . Ono uključuje sve agencije Ujedinjenih naroda i regionalne organizacije.

Katastrofe: katastrofa je opasan događaj koji rezultira gubitkom života, velikoj ljudskoj patnji i nesreći, i velikoj materijalnoj šteti.

Kodeks ponašanja

Principi ponašanja za Međunarodni pokret Crveni križ / krst i Crveni polumjesec i nevladine organizacije u programima djelovanja u situacijama katastrofe

1. Humanitarni imperativ je na prvom mjestu

Pravo na primanje humanitarne pomoći, te pravo da se ponudi, osnovni je humanitarni princip koji trebaju uživati svi građani svih zemalja. Kao članovi međunarodne zajednice, mi prepoznajemo našu obavezu pružanja humanitarne pomoći gdje god je to potrebno. Otuda i potreba za nesmetan pristup ugroženom stanovništvu koji je od osnovne važnosti u ostvarivanju te odgovornosti. Glavni motiv naše reakcije na

katastrofe je ublažiti ljudsku patnju među onima koji su barem u stanju izdržati stres uzrokovan katastrofom. Kada dajemo humanitarnu pomoć, to nije stranački ili politički čin i ne treba ga posmatrati kao takav.

2. Pomoć se daje bez obzira na rasu, vjeru ili nacionalnost primatelja i bez nepovoljnog razlikovanja bilo koje vrste. Prioriteti pomoći se izračunavaju na osnovu same potrebe.

Kad god je moguće, mi ćemo zasnivati pružanje pomoći na temeljnoj procjeni potrebe žrtava katastrofe i lokalnih kapaciteta koji već postoje da zadovolje te potrebe. Mi ćemo uzeti u obzir proporcionalnost u okviru kompletnih naših programa. Ljudska patnja mora biti ublažena kad god se nađe, a život je dragocijen u jednom dijelu zemlje kao i drugom. Dakle, pružanje naše pomoći će odražavati stepen patnje koji se nastoji ublažiti. U implementaciji ovog pristupa, mi prepoznajemo ključnu ulogu žena u zajednicama koje su često izložene katastrofama, te ćemo osigurati da ta uloga dobije podršku, a ne da bude smanjena, našim programima pomoći. Implementacija takve univerzalne, nepristrane i nezavisne politike, može biti efektivna samo ako mi i naši partneri imamo pristup potrebnim resursima za pružanje takve pravične pomoći i imamo jednak pristup svim žrtvama katastrofe.

3. Pomoć se neće koristiti za promociju određenog političkog ili vjerskog stava

Humanitarna pomoć će se davati prema potrebi pojedinaca, porodica i zajednice. Ne poričući pravo NGHA-a da zagovaraju određena politička ili vjerska mišljenja, mi potvrđujemo da pomoć neće biti zavisna od toga da se primatelj pridržava tih mišljenja. Nećemo vezati obećanje, isporuke ili distribucije pomoći za prihvatanje određenog političkog ili vjerskog uvjerenja.

4. Mi ćemo nastojati da ne djelujemo kao instrumenti državne vanjske politike

NGHA su agencije koje djeluju nezavisno od vlada. Mi zato formuliramo svoje vlastite politike i strategije implementacije i ne želimo provoditi politiku bilo koje vlade, osim u mjeri u kojoj se podudara sa našim vlastitim nezavisnim politikama. Mi nikada nećemo svjesno, ili zbog nepažnje, dopustiti da mi ili naši zaposlenici, budemo iskorišteni za prikupljanje podataka politički, vojno ili ekonomski osjetljive prirode za vlade ili druga tijela, gdje se takvi podaci mogu iskoristiti za svrhe koje nisu strogo humanitarne svrhe, niti ćemo djelovati kao instrumenti vanjske politike donatora. Mi ćemo koristiti pomoć koju primamo da reagiramo na potrebe i ta pomoć ne bi trebala biti vođena potrebom donatora da se riješi robnih viškova, a ni političkim interesom bilo kojeg donatora. Cijenimo i promoviramo dobrovoljni donatorski rad i finansiranje zainteresiranih pojedinaca kako bismo podržali naš rad i prepoznali nezavisnost djelovanja koja se promovira takvom dobrovoljnom motivacijom. Kako bismo zaštitili našu nezavisnost, mi ćemo nastojati izbjeći zavisnost od jednog izvora finansiranja.

5. Mi ćemo poštovati kulturu i običaje

Mi ćemo nastojati poštivati kulture, strukture i običaje zajednica i zemalja u kojima radimo.

6. Pokušat ćemo izgraditi intervenciju na katastrofe u lokalnim kapacitetima

Svi ljudi i zajednice, čak i u katastrofi posjeduju kapacitete, kao i ranjivosti. Gdje je to moguće, mi ćemo ojačati te kapacitete zapošljavanjem lokalnog osoblja, nabavkom lokalnih materijala i trgovanjem sa lokalnim kompanijama. Gdje je to moguće, mi ćemo raditi preko lokalnih NGHA-a kao partneri u planiranju i provođenju, te ćemo saradivati sa strukturama lokalne samouprave gdje je to prikladno. Mi ćemo dati visok prioritet pravilnoj koordinaciji naših hitnih reakcija. To mogu najbolje učiniti oni koji su najdirektnije uključeni u operacije pomoći u zemljama koje su u pitanju, i to treba uključiti predstavnike nadležnih tijela UN-a.

7. Naći ćemo načina da uključimo korisnike programa u upravljanje pomoći

Pomoć kao reakcija na katastrofe nikada ne bi trebala biti nametnuta korisnicima. Efektivna pomoć i trajna rehabilitacija se mogu najbolje postići tamo gdje su predviđeni korisnici uključeni u projektiranje, upravljanje i implementaciju programa pomoći. Mi ćemo nastojati ostvariti puno učestvovanje zajednice u našim humanitarnim i rehabilitacijskim programima.

8. Pomoć za podršku mora nastojati smanjiti buduće ranjivosti na katastrofe, kao i zadovoljavanja osnovnih potreba

Sve akcije pomoći utječu na izgled za dugoročni razvoj, bilo u pozitivnom ili negativnom smislu. Uvažavajući to, nastojat ćemo provoditi programe pomoći koji će aktivno smanjiti ranjivost korisnika na buduće katastrofe i pomoći u stvaranju održivog načina života. Mi ćemo u osmišljavanju i upravljanju programima pomoći obratiti posebnu pažnju na pitanja životne sredine. Također ćemo nastojati minimizirati negativni utjecaj humanitarne pomoći, tražeći da se izbjegne dugoročna zavisnost korisnika od vanjske pomoći.

9. Mi sebe držimo odgovornim prema onima kojima želimo pomoći, kao i onima čije smo resurse prihvatili

Mi često djelujemo kao institucionalna veza u partnerstvu između onih koji žele pomoći i onih kojima je potrebna pomoć u katastrofama. Stoga, sebe držimo odgovornima prema obima stranama. Sve što činimo s donatorima i korisnicima odražava stav otvorenosti i transparentnosti. Mi prepoznamo potrebu da podnosimo izvještaje o našim aktivnostima, kako iz finansijske perspektive tako i iz perspektive efektivnosti. Svjesni smo obaveze da osiguramo odgovarajući nadzor distribucije pomoći i obavimo redovne procjene utjecaja pomoći za katastrofe. Također ćemo nastojati da na otvoren način podnesemo izvještaje o utjecaju našeg rada, a i faktorima koji ograničavaju ili povećavaju taj efekt. Naši programi će se temeljiti na visokim standardima profesionalnosti i stručnosti kako bi se smanjilo trošenje vrijednih resursa.

10. U našim aktivnostima pružanja informacija, publiciteta i oglašavanja, mi ćemo posmatrati žrtve katastrofe kao dostojanstvene ljude, a ne beznadne objekte

Nikada ne bi trebalo biti izgubljeno poštovanje za žrtve katastrofe kao ravnopravne partnere u akciji. U našim javnim informacijama mi ćemo prikazati objektivnu sliku situacije katastrofe ističući kapacitete i težnje

žrtava, a ne samo njihove ranjivosti i strahove. Iako ćemo saradivati s medijima kako bi se poboljšao odaziv javnosti, nećemo dopustiti da vanjski ili unutrašnji zahtjevi za publicitetom imaju prednost nad načelom maksimiziranja ukupne pomoći. Mi ćemo izbjeći takmičenje za medijsku pokrivenost s drugim organizacijama koje reagiraju na katastrofe u situacijama kada takva pokrivenost može biti na štetu usluge pružene korisnicima ili sigurnosti naših radnika ili korisnika.

Radno okruženje

Pošto smo se unilateralno dogovorili da težimo da se pridržavamo navedenog Kodeksa, u nastavku dajemo neke indikativne smjernice koje opisuju radno okruženje koje bismo željeli vidjeti da kreiraju donatori, vlade domaćina i međuvladine organizacije, a uglavnom organizacije Ujedinjenih naroda, kako bi se olakšalo efektivno učestvovanje NGHA-a u reakcijama na katastrofe.

Ove smjernice su prezentirane u svrhu usmjeravanja. One nisu pravno obavezujuće, niti očekujemo da vlade i međuvladine organizacije iskažu svoje prihvatanje ovih smjernica kroz potpisivanje bilo kojeg dokumenta, iako to može biti cilj u budućnosti. Oni su prikazani u duhu otvorenosti i saradnje, tako da naši partneri postanu svjesni idealnog odnosa koji bismo željeli imati s njima.

Prilog I: Preporuke vladama katastrofama pogođenih država

1. Vlade bi trebale prepoznati i poštovati nezavisne, humanitarne i nepristrane akcije NGHA-a

NGHA-i su nezavisna tijela. Vlade domaćini bi trebala poštovati ovu nezavisnost i nepristranost.

2. Vlade domaćini trebaju omogućiti brz pristup žrtvama katastrofa za NGHA-e

Ako će NGHA-i da djeluju u potpunosti u skladu sa svojim humanitarnim principima, oni bi trebali dobiti brz i nepristran pristup žrtvama katastrofe, u svrhu dostave humanitarne pomoći. Dužnost vlade domaćina, u sklopu ostvarivanja suverenih odgovornosti, jeste da ne blokira takvu pomoć i prihvati nepristrano i apolitično djelovanje NGHA-a. Vlade domaćini bi trebale olakšati brzi ulazak osoblja koje pruža pomoć, posebno odričući se zahtijeva za tranzitne, ulazne i izlazne vize, odnosno urediti da se brzo izdaju. Za vrijeme trajanja faze pružanja hitne pomoći vlade bi trebale dati dozvole preleta i prava slijetanja za avione koji transportiraju materijal i osoblje međunarodne pomoći.

3. Vlade bi trebale olakšati pravovremen protok roba za pomoć i protok informacija tokom katastrofa

Robe i oprema za pomoć se donose u zemlju isključivo u svrhu smanjenja ljudske patnje, a ne za komercijalnu korist ili dobitak.

Takve robe bi normalno trebale dobiti slobodan i neograničen prolaz i ne bi trebale biti predmet zahtjevima

za konzularne potvrde o porijeklu ili fakture, uvozne i / ili izvozne dozvole ili druga ograničenja, ili za oporezivanje uvoza, naknade za slijetanje ili lučke naknade.

Vlada domaćin mora olakšati privremeni uvoz potrebne opreme za pružanje pomoći, uključujući vozila, lake avione i telekomunikacijsku opremu kroz privremeno odricanje licenci ili restrikcije registracija za upotrebu. Jednako tako, vlade ne bi trebale ograničiti ponovni izvoz opreme za pružanje pomoći na kraju operacije pomoći.

Da bi se olakšale komunikacije u katastrofi, vlade domaćini bi trebale imenovati određene radijske frekvencije, koje organizacije koje pružaju pomoć mogu koristiti u zemaljskoj i međunarodnoj komunikaciji u svrhu komunikacije u katastrofi, te bi trebale osigurati da takve frekvencije budu poznate zajednici za pružanje pomoći prije katastrofe. One bi trebale odobriti osoblju za pružanje pomoći da koristi sva sredstva komunikacije potrebna za njegove operacije pomoći.

4. Vlade bi trebale nastojati pružiti koordinirane informacije o katastrofi i usluge planiranja

Sveukupno planiranje i naponi koordinacije pomoći su na kraju odgovornost vlade domaćina. Planiranje i koordinacija mogu biti uveliko poboljšani ako NGHAI dobijaju informacije o humanitarnim potrebama i vladinim sistemima za planiranje i implementaciju napora pomoći, kao i informacije o mogućim sigurnosnim rizicima koji se mogu sresti. Vlade se pozivaju da NGHAI-im daju takve informacije.

Da bi se olakšalo efektivnu koordinaciju i efektivno korištenje napora pružanja pomoći, vlade domaćini se pozivaju da prije katastrofe odrede jednu kontakt tačku za NGHAI-e koji dolaze kako bi se mogli povezati s nacionalnim vlastima.

5. Pomoć kod katastrofe u slučaju oružanog sukoba

U slučaju oružanog sukoba, akcije pomoći se vode odgovarajućim odredbama međunarodnog humanitarnog prava.

Prilog II: Preporuke za vlade donatore

1. Vlade donatori bi trebale prepoznati i poštovati nezavisne, humanitarne i nepristrane aktivnosti NGHAI-a.

NGHAI-i su nezavisna tijela čiju nezavisnost i nepristranost donatori trebaju poštovati. Donatori ne bi trebali koristiti NGHAI-e za promociju bilo kakvog političkog ili ideološkog cilja.

2. Vlade donatori trebaju osigurati sredstva uz garanciju operativne nezavisnosti

NGHAI-i prihvataju finansiranje i materijalnu pomoć od donatora u istom duhu kao što i oni pružaju žrtvama katastrofe, tj. uz humanost i nezavisnost aktivnosti. Implementacija akcija pomoći je, na kraju krajeva, odgovornost NGHAI te će se provoditi u skladu s odgovarajućim NGHAI.

3. Vlade donatori trebaju koristiti svoje usluge kako bi pomogle NGHA-ima u dobivanju pristupa žrtvama katastrofe

Vlade donatori bi trebale prepoznati važnost prihvaćanja nivoa odgovornosti za sigurnost i slobodu pristupa osoblja NGHA-a na lokacije katastrofe. One bi trebale biti spremne da koriste diplomatiju s vladama domaćinima o takvim pitanjima, ako je to potrebno.

Prilog III: Preporuke za međuvladine organizacije

1. Međuvladine organizacije trebaju priznati, domaće i strane NGHA-e, kao vrijedne partnere

NGHA-i su spremni za rad s UN-om i drugim međuvladinim agencijama da se postigne bolja reakcija na katastrofe. Oni to čine u duhu partnerstva koji poštuje integritet i nezavisnost svih partnera. Međuvladine agencije moraju poštivati nezavisnost i nepristranost NGHA-a. NGHA-i se trebaju konsultirati s UN-ovim agencijama u pripremi planova pružanja pomoći.

2. Međuvladine organizacije trebaju pomoći vlade domaćine u pružanju sveukupnog okvira koordinacije za međunarodne i lokalne katastrofe

NGHA-i obično nemaju mandat da osiguraju sveukupni okvir za koordinaciju za katastrofe koje zahtijevaju međunarodnu reakciju. Ta odgovornost pada na vladu domaćina i relevantna tijela Ujedinjenih naroda. Navedene se poziva da ovu uslugu pruže na vrijeme i na efektivan način kako bi služile pogodenoj državi i nacionalnoj i međunarodnoj zajednici za reakciju na katastrofu. U svakom slučaju, NGHA-i trebaju učiniti sve napore kako bi osigurali efektivnu koordinaciju svojih usluga.

U slučaju oružanog sukoba, humanitarne aktivnosti se vode odgovarajućim odredbama međunarodnog humanitarnog prava.

3. Međuvladine organizacije trebaju proširiti sigurnosnu zaštitu predviđenu za organizacije UN-a i na NGHA-e

Tamo gdje se sigurnosne usluge pružaju za međuvladine organizacije, ova usluga se treba proširiti i na njihove operativne partnere NGHA-e, gdje se to zatraži.

4. Međuvladine organizacije trebaju dati NGHA-ima isti pristup relevantnim informacijama koje se daju organizacijama UN-a

Međuvladine organizacije se pozivaju da dijele sve informacije, potrebne za implementaciju efektivne reakcije na katastrofe sa svojim operativnim partnerima NGHA-ima.

Prilog 3

Skraćenice i akronimi

ACT	Kombinirana terapija na bazi artemizina
ALNAP	Mreža za aktivno učenje za odgovornost i performanse u humanitarnoj akciji
ART	Antiretrovirusna terapija
ARV	Antiretrovirusni
BCPR	Biro za prevenciju krize i oporavak (UNDP)
BEmOC	Osnovna hitne porođajna njega
BMI	Indeks tjelesne mase
BMS	Zamjena za majčino mlijeko
BTS	Službe za transfuziju krvi
CDC	Centri za kontrolu i prevenciju bolesti
CE-DAT	Baze podataka za kompleksne hitne situacije
CEDAW	Konvencija o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena
CEmOC	Sveobuhvatna hitne njega za porod
CFR	Stopa mortaliteta slučaja
CHW	Zdravstveni radnik u zajednici
CIHL	Običajno međunarodno humanitarno pravo
cm	Centimetar
CMR	Gruba stopa mortaliteta
CRC	Konvencija o pravima djeteta
CRPD	Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

CRS	Catholic Relief Services
CTC	Centar za liječenje kolere
DAC	Odbor za razvojnu pomoć
DPT	Difterija, pertusis i tetanus
ECB	Izgradnja kapaciteta za hitne situacije (projekt)
ENA	Procjena prehrane u hitnim situacijama
EPI	Prošireni program za imunizaciju
ÉTAT	Hitna trijaža, procjena i liječenje
EWARN	Rano upozorenje
FANTA	Tehnička pomoć za hranu i prehranu
FAO	Organizacija ujedinjenih naroda za hranu i poljoprivredu
FTE	Ekvivalent punog radnog vremena
GMO	Genetski modificirani organizam
HAP	Partnerstvo za humanitarnu odgovornost
HIS	Zdravstveni informacijski sistem
IASC	Stalni međuagencijski odbor
ICC	Međunarodni kriminalni sud
ICCPR	Međunarodna povelja o građanskim i političkim pravima
ICERD	Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije
ICESCR	Međunarodna povelja o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima
ICRC	Međunarodni odbor Crvenog križa / krsta
ICVA	Međunarodno vijeće volonerskih agencija
IDLO	Organizacija za međunarodno razvojno pravo
IDP	Interno raseljene osobe
IFE	Prehrana djece u hitnim situacijama
IFPRI	Međunarodni istraživački institut za politiku hrane
IFRC	Međunarodna federacija Crvenog križa / krsta i Crvenog polumjeseca
IGC	Međunarodno vijeće za žitarice
IHL	Međunarodno humanitarno pravo
IMAI	Integrirano upravljanje bolestima odraslih
IMCI	Integrirano upravljanje dječjim bolestima
IMPAC	Integrirano upravljanje trudnoće i porođaja

INEE	Međuagencijska mreža za obrazovanje u hitnim situacijama
IPC	Prevenција i kontrola infekcija
IRC	Međunarodni odbor za spašavanje
IRS	Rezidual prskanja u zatvorenom prostoru
ISPO	Međunarodno društvo za protetiku i ortopedska pomagala
IYCF	Hranjenje dojenčadi i male djece
km	Kilometar
LBW	Niska porođajna težina
LEDS	Svjetleće diode
LEGS	Smjernice i standardi za stoku u hitnim situacijama
LLIN	Mreža tretirana dugotrajnim insekticidom
MISP	Minimalni paket početnih usluga
MOH	Ministarstvo zdravlja
MSF	Doktori bez granica
MUAC	Obim sredine nadlaktice
NCD	Nezarazne bolesti
NCHS	Nacionalni centar za zdravstvenu statistiku
NFI	Neprehrambeni artikl
NGO (NVO)	Nevladina organizacija
NICS	Informacijski sistem za prehranu u krizi
NRC	Norveško vijeće za izbjeglice
NTU	Jedinica nefelometrijske zamućenosti
OAU	Organizacija afričkog jedinstva (sada Afrička unija)
OCHA	Ured Ujedinjenih naroda za koordinaciju humanitarnih poslova
OECD	Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj
OHCHR	Ured visokog komesara Ujedinjenih naroda za ljudska prava
ORS	Soli za oralnu rehidraciju
PAHO	Pan američka zdravstvena organizacija
PEP	Profilaksa nakon izlaganja
PLHIV	Ljudi koji žive s HIV-om
PLWHA	Ljudi koje žive s HIV-om i AIDS-om
PMTCT	Prevenција prijenosa majka-dijete (HIV)

PoUWT	Prečišćavanje vode na mjestu korištenja
Q & A	Kvaliteta i odgovornost
RH	Reproduktivno zdravlje
RNI	Referentni unos nutrijenata
SCM	Upravljanje lancem snabdijevanja
SEEP	Promocija i obrazovanje za mala poduzeća (mreža)
SKAT	Švicarski centar za odgovarajuće tehnologije
SMART	Standardizirani nadzor i procjena pomoći i tranzicije
STI	Spolno prenosive infekcije
TB	Tuberkuloza
TIG	Tetanus imunoglobulin
U5MR	Stopa mortaliteta djece mlađe od 5 godina
UDHR	Opća deklaracija o ljudskim pravima
UN	Ujedinjeni narodi
UNAIDS	Zajednički program Ujedinjenih naroda za HIV / AIDS
UN-DDR	Program Ujedinjenih naroda za razoružanje, demobilizaciju i reintegraciju
UNDP	Razvojni program Ujedinjenih naroda
UNFCCC	Okvirna konvencija Ujedinjenih naroda o promjeni klime
UNFPA	Fond stanovništva Ujedinjenih naroda
UN-Habitat	Program Ujedinjenih naroda za ljudska naselja
UNHCR	Ured Visokog komesara Ujedinjenih naroda za izbjeglice (Agencija za izbjeglice UN)
UNICEF	Fond Ujedinjenih naroda za djecu
UNISDR	Međunarodna strategija Ujedinjenih naroda za smanjenje katastrofa
USAID	Agencija Sjedinjenih Američkih Država za međunarodni razvoj
VCA	Analiza ranjivosti i kapaciteta
VIP	Ventilirana poboljšana jama (toalet)
WASH	Vodosnabdijevanje, sanitacija i promocija higijene
WEDC	Centar za vodu, inženjering i razvoj
WFH	Težina po visini
WFP	Svjetski program hrane
WHA	Svjetska zdravstvena skupština
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija
WSP	Plan sigurnosti vode

Index



Symbols

(MISP) 302

(SCM) 161

A

agencije. *See* humanitarne organizacije

AIDS. *See* HIV i AIDS

akutne pothranjenosti. *See* pothranjenosti

alati 37, 155, 170, 176, 177, 238, 243

ambulantno liječenje 141

B

beriberi 135, 149

biološko oružje 313

bolest 97, 98, 124, 153, 156, 273, 275, 279, 300

bolesti 35, 54, 62, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 84, 86, 90, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 112, 115, 116, 125, 129, 135, 136, 144, 147, 148, 149, 156, 157, 169, 176, 187, 188, 209, 210, 213, 218, 222, 225, 234, 242, 249, 251, 253, 254, 255, 257, 258, 263, 264, 265, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 287, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 305, 306, 325, 327

Bolesti koje se prenose vodom 97

bolnica 256, 282

Briga o zdravlju 35

C

ciljanje 57, 153, 164, 165, 170, 172, 173

civilnog društva 9, 16, 49, 50, 72, 127, 165, 212

CMR 252, 268, 269, 299, 325. *See* sirovu stopu smrtnosti

D

denga 95, 98, 270, 271, 272, 277, 297, 298

difterije 280, 281. *See also* DPT

Dijagnoza 149, 297

djeca 10, 12, 33, 49, 53, 54, 61, 78, 81, 95, 97, 121, 127, 136, 138, 142, 144, 146, 148, 152, 153, 154, 156, 166, 186, 189, 234, 239, 242, 267, 271, 277, 278, 279, 280, 292

dječaci 13, 234. *See also* djeca

dojenčad 82, 127, 138, 139, 140, 159, 186, 188, 224, 234, 242, 278, 279

dojenje 136, 137, 138, 139, 140, 145, 148

DPT 278, 281, 287, 326

droga 13, 61, 285

društvene mreže 157, 221

državna vlast 51

E

edem 125, 134, 189, 190

EPI. *See* prošireni program na imunizaciju

erozija 104, 230

G

Genetski modificirana hrana 160

glodavci 101, 160

gorivo 29, 140, 152, 166, 169, 213, 217, 220, 229, 232, 237, 242

gotovina 171, 173, 177, 182, 233

građevinski materijali 241

H

hepatitis 258, 297, 298

HIV V, 10, 13, 54, 57, 65, 73, 74, 84, 85, 88,

94, 114, 128, 129, 136, 138, 139, 140, 143, 145, 146, 147, 148, 154, 156, 157, 166, 169, 179, 181, 187, 189, 194, 197, 201, 202, 203, 213, 254, 258, 282, 283, 284, 285, 298, 302, 305, 327, 328

HIV i AIDS 10, 13, 73, 84, 143, 187, 284

hrana 84, 96, 112, 124, 139, 140, 145, 150, 153, 154, 155, 158, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 170, 172, 175, 177, 180, 181, 186, 217, 290, 293

hrana za dojenčad 186

hranjenja 139, 140, 141, 157, 159, 186, 188, 271

hronične bolesti 273

Humanitarna povelja II, III, IV, 1, 4, 5, 6, 16, 24, 44, 209, 251, 308

humanitarne organizacije IV, 22, 26, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 45, 46, 50, 51, 53, 71, 72, 73, 123, 127, 128, 251, 253, 292

humanitarne pomoći 9, 12, 14, 17, 19, 28, 31, 46, 56, 61, 71, 81, 123, 139, 209, 221, 251, 316, 319, 321, 322

I

IDP. *See* interno raseljene osobe

igraonice 49

IMAI. *See* Integrated Management of Adult Illness

IMCI. *See* integrirano upravljanje dječijih bolesti

Integrated Management of Adult Illness 272

Integrirano upravljanje dječijim bolestima 272, 280, 326

interno raseljene osobe 18, 96, 292, 308, 314

interno raseljene osobe (IDP) 308, 314

izbjeglice 13, 72, 96, 124, 292, 312, 314, 315, 327, 328

izvori vode 106, 107

J

javno zdravstvo 75, 87, 135

K

kamp 80, 98, 222, 278, 296, 319. *See also* sklonište

kanalizacija 98, 103, 104

karantene 221

katastrofa II, V, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 25, 46, 48, 54, 55, 57, 62, 72, 100, 123, 127, 132, 146, 153, 183, 206, 210, 212, 217, 218, 224, 227, 234, 240, 251, 252, 253, 254, 257, 262, 267, 273, 282, 284, 286, 287, 290, 292, 308, 316, 317, 318, 319, 322, 328

Kišnica 103

Klimatske promjene 252

kolera 129, 213, 254, 274, 276, 277, 297, 298

konflikt 220

kontaminacija 85, 87, 90

koordinacija 6, 42, 50, 73, 127, 128, 136, 137, 212, 216, 239, 248, 253, 265, 277, 323

krize III, 10, 11, 45, 54, 74, 133, 220, 252, 290, 325

kućni otpad 102

Kuhanje 242

kulturološke prakse 174

kupanje. *See* WASH

Kvaliteta i odgovornost 328

L

laboratorijska ispitivanja 257, 276

laboratorijske usluge 256

lična higijena 233
ljudska prava 49, 308, 309, 310, 327
lokalne vlasti 5, 50, 51, 54, 172, 176

M

mala djeca. *See* djeca
malaria 98, 108, 139, 149, 156, 257, 269, 271, 272, 273, 274, 276, 277
male boginje 149, 156, 213, 254, 269, 272, 276, 277, 278, 279, 297, 298
Mapiranje zajednice 86
medicinski otpad 100, 101
meningitis 257, 272, 274, 276, 277, 297, 298
Menstruacija 94
mentalno zdravlje 14, 249, 267, 281, 283, 288, 290, 310
Minimalni standardi 1, 4, 5, 10, 11, 12, 71, 75, 123, 124, 130, 209, 215, 219, 233, 251, 255, 312
mlijeko 136, 137, 138, 139, 140, 159, 186, 325
Mobilizacija zajednice 78
mobilne klinike 256, 257
monitoring 38, 58, 59, 60, 141, 160, 162, 167, 169, 172, 226, 228, 260, 275, 277
morbiditet 252, 264, 283, 286
Muhe 95

N

najbolje prakse 159
naknada 151, 177, 178, 179, 262, 263
naselje 97, 104, 206, 212, 213, 215, 216, 220, 239, 296
nasilje 12, 26, 27, 33, 34, 36, 38, 51, 53, 54,

74, 129, 166, 167, 213, 254, 282, 283
nedostaci mikronutrijenata 141, 191
neprehrambeni proizvodi 106
nezarazne bolesti 249, 257, 267, 273, 290
niacin 149, 195
novčani transferi 80, 170

O

obroci 29, 145, 153, 155, 158, 166, 167
obuka 162, 172, 212, 243, 258
odgovornost II, III, 4, 6, 7, 9, 11, 19, 25, 26, 32, 45, 48, 56, 59, 61, 62, 152, 157, 172, 251, 266, 317, 323, 324, 325, 326, 328
odjeća 89, 96, 112, 179, 206, 207, 217, 231, 232, 234, 235
odlaganje 72, 79, 82, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 102, 104, 107, 108, 160, 163, 220, 261, 285
odvodnjavanje 86, 95
oralne soli za rehidraciju (ORS) 280
osobe koje žive s HIV-om (PLHIV) 284
osobe s invaliditetom 10, 14, 33, 34, 53, 61, 73, 92, 93, 128, 143, 166, 169, 178, 217, 220, 236, 240, 241, 267, 286, 292

P

peći 169, 217, 222, 225, 236, 237, 242
pelagra 149
pertusis 278, 279, 297, 298, 326
pitka voda 166, 169
planiranje 4, 5, 47, 60, 61, 72, 76, 79, 80, 100, 104, 127, 133, 135, 139, 155, 167, 172, 191, 215, 216, 218, 219, 220, 222, 229, 234, 252, 270, 283, 323

Plan sigurnosti vode 328

Početna procjena 199

Početne procjene. *See* procjene potreba, procjena rizika

podaci 53, 87, 134, 135, 173, 189, 194, 197, 239, 252, 264, 269, 283, 320

pogođeni katastrofom 4, 6, 16, 17, 18, 47, 48, 210, 212, 229

pomoć 4, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 42, 45, 46, 49, 51, 52, 56, 57, 59, 61, 62, 74, 104, 123, 128, 130, 133, 137, 138, 139, 140, 145, 147, 150, 151, 153, 155, 165, 169, 173, 176, 179, 185, 190, 212, 213, 217, 219, 224, 227, 231, 233, 238, 240, 241, 242, 254, 257, 259, 270, 272, 273, 280, 283, 284, 287, 288, 289, 298, 308, 312, 315, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 326

pomoć u hrani 133, 150, 155, 270, 316

poplava 54, 90, 92, 100, 104, 108, 124, 132, 163, 176, 221, 253

poplave 12, 91, 93, 94, 216, 218, 221, 229, 230

porodica 100, 223, 224, 320

Posebne potrebe. *See* ranjive ljude

pothranjenost 125, 127, 135, 141, 142, 145, 148, 187, 189, 269, 272, 277, 296

Pothranjenost 124, 125, 297

pothranjenosti 120, 121, 124, 125, 127, 128, 131, 133, 134, 135, 136, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 156, 186, 187, 189, 190, 191, 203, 251, 270, 271, 298

PoUWT 328

površinske vode 90, 103, 225

pranje ruku 88, 92, 102, 103, 104, 109

prava II, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 45, 48, 49, 53, 55, 57, 60, 71, 74, 123, 124, 129, 167, 209, 212, 214, 215, 219, 220, 227, 251, 254, 256, 259, 263, 265, 281, 288, 290, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 322, 323, 324, 327

pravila ponašanja 61

Prehrana 120, 326

prehrane 98, 127, 128, 130, 131, 134, 135, 149, 154, 155, 186, 187, 188, 254, 326

pribor za jelo 236. *See* kuhanje, posuđe

prijelazno sklonište 206, 215

Princip zaštite 6, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 54, 55, 56, 81, 92, 132, 133, 148, 152, 153, 157, 158, 163, 165, 166, 167, 172, 173, 175, 181, 218, 222, 224, 227, 265, 267, 268, 281, 283, 286, 288, 289

priprema 128, 158, 168, 233, 273, 279

pristup hrani 124, 130, 153, 155, 156, 157, 175, 186, 190

pristup zdravstvenim uslugama 178, 209, 257, 263, 265, 267, 288

privatnost 89, 92, 94, 217, 221, 222, 223, 224, 256, 258

privremena naselja 206, 221, 222, 228, 240

procjena 8, 10, 42, 53, 59, 66, 121, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 149, 150, 153, 155, 162, 165, 171, 172, 187, 190, 199, 200, 216, 239, 245, 252, 264, 326, 328

Procjena 28, 44, 52, 54, 55, 63, 64, 76, 120, 130, 132, 135, 143, 150, 152, 153, 155, 162, 165, 181, 184, 185, 186, 199, 200, 201, 216, 219, 229, 239, 326

procjene potreba 68, 105, 206

Procjene rizika 218

program 47, 51, 55, 56, 59, 75, 142, 143, 145, 146, 169, 190, 257, 258, 273, 291, 293, 326,

328

promocija higijene 328

promoviranje higijene IV, 4, 6, 68, 69, 71, 75, 78, 79, 80, 87, 88, 91, 94, 95, 105, 106, 270

Prva pomoć 287

Psihosocijalna podrška 14, 246

R

ranjive ljude 143, 166, 168, 180, 183, 237, 240, 267

raseljeno stanovništvo 217, 218, 220, 221, 232, 241, 278

Rekonstrukcija 216

reproduktivno zdravlje 137, 138, 140, 147, 249, 265, 267, 281, 282, 283, 284, 302, 305

riboflavin 149, 195

Roditelji 91

S

sanitarni uvjeti IV, 4, 6, 68, 69, 72, 75, 84, 269, 270, 290

sapun 81, 89, 102, 107

seksualno iskorištavanje 61, 74, 167, 283

seksualno zlostavljanje 167, 265

sigurnost 4, 5, 6, 14, 16, 17, 18, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 51, 57, 71, 72, 76, 81, 89, 94, 99, 115, 120, 121, 123, 127, 128, 130, 131, 132, 134, 135, 139, 143, 145, 146, 150, 151, 152, 155, 159, 163, 164, 168, 169, 172, 174, 178, 179, 182, 184, 186, 200, 202, 209, 210, 216, 217, 221, 222, 223, 227, 232, 236, 240, 242, 251, 258, 263, 265, 270, 277, 288, 293, 310, 324

sigurnost hrane 4, 6, 115, 120, 123, 127, 128, 130, 131, 132, 134, 135, 139, 145, 146, 150, 151, 155, 159, 163, 174, 179, 182, 186, 200,

202, 270, 293

Sistem ranog upozoravanja 275

siemena 121, 130, 175, 176, 177, 180, 181, 184, 185, 199

sklonište 4, 6, 19, 71, 123, 172, 206, 209, 210, 212, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 232, 239, 240, 241, 251, 252, 270, 290, 293

škola 178, 216

sloboda kretanja 31, 310

slučaj 90, 276, 296

smještaj IV, 1, 4, 6, 171, 206, 207, 209, 210, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 226, 227, 228, 230, 232, 238, 239, 240, 241, 259, 270

snabdijevanje vodom 6, 68, 83, 85, 88, 92, 102, 103, 107

spol 10, 18, 53, 85, 132, 152, 233, 239, 240, 293, 309

spola 46, 54, 72, 74, 194, 218

sredstva za život 121, 132

standardi II, III, IV, V, 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 19, 26, 27, 30, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 55, 57, 58, 60, 68, 71, 73, 74, 75, 76, 84, 120, 123, 124, 127, 128, 130, 141, 160, 170, 206, 209, 213, 215, 219, 227, 233, 248, 251, 253, 254, 255, 256, 312, 314, 327

starije osobe 10, 13, 14, 34, 53, 56, 73, 92, 93, 95, 128, 166, 169, 178, 181, 188, 221, 235, 236, 241, 267, 292, 309, 312

stoka V, 170, 176, 180, 182, 212

stopu smrtnosti 135, 145

strategije 6, 9, 12, 45, 47, 50, 55, 57, 74, 78, 99, 129, 132, 143, 149, 150, 151, 152, 157, 175, 176, 177, 182, 183, 210, 213, 216, 254, 266, 316, 320

sukob 8, 19, 308, 310, 312
suočavanje 14, 55, 124, 132
suša 54, 176

T

tetanus 278, 286, 287, 297, 298, 326
tiamin 149, 195
toalet 93, 94, 110, 328
toaleti 91, 92, 93, 94, 103, 109, 166
Toplinska udobnost 210
transferi 9, 80, 120, 121, 135, 137, 147, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 161, 164, 168, 169, 170, 172, 173, 176, 179, 197, 228, 233, 237
transferi gotovine 121
transferi hrane 135, 137, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 161, 164, 168, 169, 170, 172, 173, 179, 197, 228, 233, 237
Trijaža 280, 287
trudnice 92, 95, 97, 138, 153, 154, 156, 158, 178, 188, 190, 235, 242, 271, 282, 283, 285
tržišta 132, 150, 151, 156, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 185, 227, 231, 233, 245
Tuberkuloza 328

U

učešće žena 72
Ugrožene osobe 33
ukop 102
upala pluća 272
upravljanje VI, 5, 12, 32, 48, 61, 62, 75, 76, 102, 127, 133, 134, 142, 143, 147, 161, 162, 163, 179, 182, 184, 188, 218, 227, 228, 229, 237, 255, 256, 258, 259, 261, 263, 270, 272, 273,

277, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 291, 321, 326

Upravljanje čvrstim otpadom. *See* upravljanje otpadom

upravljanje otpadom 256, 270

V

vakcinacija 270, 276, 277
vitamin A 139, 148, 187
vitamin C 149
Vitamin D 195
vještačko hranjenje. *See* hranjenja
vlasništva 7, 220, 240
vlasništvo 26, 35, 48, 59, 215, 218, 220, 229
vodosnabdijevanje 4, 71, 75, 84, 86, 89, 95, 103, 106

W

WASH 68, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 114, 115, 128, 199, 219, 221, 328.

See vodosnabdijevanje,
kanalizacija,
promocija higijene,
ratovi,
konflikti

Z

zagađenje 12, 91, 101
zahod. *See* toalet
zapošljavanja 60, 61, 80, 151, 173, 177, 178
zarazne bolesti 72, 96, 97, 108, 257, 270, 272, 276, 277, 292
zaštitna odjeća 179

zdravstvene usluge 62, 99, 143, 146, 156, 187,
225, 248, 249, 252, 255, 256, 259, 262, 263,
264, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 277, 278,
279, 280, 281, 282, 284, 286, 288, 290, 304

zdravstvene ustanove 101, 108, 112, 149, 218,
221, 225, 227, 240, 252, 255, 256, 258, 263,
264, 282, 284, 285, 287, 288, 291, 298

zdravstveni objekti 256

zdravstveni radnici 54, 106, 259, 260, 286, 287

zemljište 38, 175, 178, 216, 220

žena 12, 13, 17, 27, 34, 48, 54, 56, 72, 105,
132, 139, 164, 165, 167, 169, 171, 172, 179,
182, 190, 197, 213, 234, 242, 254, 257, 260,
309, 310, 320, 325

žene 13, 29, 33, 45, 49, 52, 54, 56, 57, 60,
73, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 88, 89, 93, 94, 105,
107, 110, 128, 131, 132, 133, 165, 166, 173,
177, 179, 181, 196, 217, 220, 227, 234, 236,
237, 238, 240, 241, 242, 267, 282, 283, 284,
292, 294, 299, 310

Ženevska konvencija 18

životne potrebe 30, 151, 170, 180

zloupotreba prava 311

Posjetite web-stranicu Projekt Sfera
www.sphereproject.org.

Za narudžbu Priručnika Sfera idite na:
www.practicalactionpublishing.org/sphere.

