PROJEKAT SPHERE

Humanitarna povelja i minimalni standardi u humanitarnom djelovanju

Objavio:

Projekt Sphere
Autorska prava@The Sphere Projekt 2011

E-mail: info@sphereproject.org
Mrežna stranica: www.sphereproject.org

Skupina nevladinih organizacija i Pokret Crvenog križa i Crvenog polumjeseca 1997. godine pokrenuli su Projekt *Sphere* (The *Sphere* Project) kako bi razvili skup univerzalnih minimalnih standarda u temeljnim područjima humanitarnog djelovanja: Priručnik Sphere (The Sphere Handbook). Svrha Priručnika je poboljšati kvalitetu humanitarnih intervencija u situacijama katastrofa i sukoba, kako bi se poboljšala odgovornost humanitarnih sustava prema ljudima pogođenim katastrofama. Humanitarna povelja i minimalni standardi u humanitarnim intervencijama rezultat su kolektivnog iskustva mnogih ljudi i organizacija. Iz tog razloga, njih ne treba promatrati kao stavove jedne organizacije.

Prvo probno izdanje 1998.
Prvo konačno izdanje 2000.
Drugo izdanje 2004.
Treće izdanje 2011.
Treći pretisak, srpnja 2013.
ISBN 978-1-908176-00-4

Katalog evidencije ove publikacije dostupan je u Britanskoj knjižnici i Kongresnoj knjižnici SAD-a.

Sva prava su pridržana. Ovaj materijal zaštićen je autorskim pravima, ali smije se u obrazovne svrhe reproducirati bilo kojom metodom, bez naknade, ali ne i za daljnju prodaju. Za sve takve namjene potrebna je formalna dozvola, ali u pravilu se daje odmah. Za presliku u drugim okolnostima, za postavljanje na Internet (on-line), za ponovnu uporabu u drugim publikacijama, ili za prijevod ili prilagođavanje, mora se dobiti prethodno pismeno odobrenje 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
Mrežna stranica: www.practicalactionpublishing.org/sphere

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

Dizajn: Messaggio, Metz-Tessy, Francuska.
Tisak: Hobbs the Printers, Hampshire, Ujedinjeno Kraljevstvo.

MIX
Paper from responsible sources
FSC® C020438

Predgovor

Ovo najnovije izdanje Priručnika *Sphere*, Humanitarne povelje i minimalnih standarda u humanitarnom djelovanju rezultat je široke međuorganizacijske suradnje.

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

Humanitarna povelja i minimalni standardi, naravno, neće zaustaviti humanitarne krize, niti mogu spriječiti ljudsku patnju. Međutim, ono što oni nude prilika je za unaprjeđenje pomoći sa svrhom da se ljudima pogođenim katastrofom kvalitetnije pomogne.

Od svog nastanka u kasnim 90-im godinama 20. st. kao inicijativa skupine humanitarnih nevladinih organizacija i Pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca, standardi Sphere sada se primjenjuju kao *de facto* standardi u humanitarnim intervencijama u 21. stoljeću. Zato je potrebno iskazati zahvale onima koji su to omogućili.

Ton van Zutphen
Predsjedatelj radne skupine Sphere

John Dameral
Menadžer projekta

Zahvale

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

Proces revizije Priručnika vodile su radne skupine sastavljena od stručnjaka za tehnička poglavlja i multidisciplinarne teme, 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 izravno uposleni, ovisno od razineposla koji je predviđen. Konzultanti su vodili reviziju elemenata relevantnih za priručnik kao cjelinu, a za koje je bio potreban značajan dodatni rad. Ukoliko nije drukčije navedeno, ljudi koji su navedeni u nastavku su konzultanti.

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

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

Temeljni standardi: Peta Sandison i Sara Davidson.

Tehnička poglavlja

- **Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promocija higijene:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB);

- **Osiguranje kvalitete hrane i prehrana:**
  - Prehrana: 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 za zdravstvo:** Mesfin Teklu (World Vision International).

Multidisciplinarne teme

- **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),
- **Okoliš, 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),
- **Stoka**[1]**:** Cathy Watson (LEGS),
- **Ekonomski oporavak:** Tracy Gerstle i Laura Meissnerov (oboje iz SEEP mreže).

Savjetnici

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

Pored ovih ljudi, veliki broj ljudi je konzultiran obzirom na civilno-vojnu suradnju, senzitivnost kod konflikata i urbano okruženje.

Osnovane su **radne skupine i referentne skupine** za podršku fokusnim točkama u njihovom radu, a Projekt Sphere prepoznaje i doprinos svih onih ljudi, čija pojedinačna imena nisu ovdje navedena. Međutim, potpuni popis svih članova radne skupine i referentnih skupina može se naći na mrežnoj stranici www.sphereproject.org.

Urednici: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson.
Medijator radionice za reviziju: Raja Jarrah.
Specijalist za nadzor i procjenu: Claudia Schneider, Skat.

Sphere radna skupina *(na dan 31. prosinca 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) (Rudelmar 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 radne skupine, 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 financije: Lydia Beauquis.

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

Kazalo

Predgovor.....iii

Zahvale.....iv

Što je Sphere.....3

Humanitarna povelja 19

Načela zaštite 25

Temeljni standardi 49

Minimalni standardi u vodoopskrbi, sanitarnim uvjetima i promoviranju higijene.....79

Minimalni standardi u osiguranju kvalitete hrane i prehrane 139

Minimalni standardi za skloništa, smještaj i neprehrambene proizvode.....239

Minimalni standardi za aktivnosti vezane uz zdravstvo..... 287

Dodaci 355

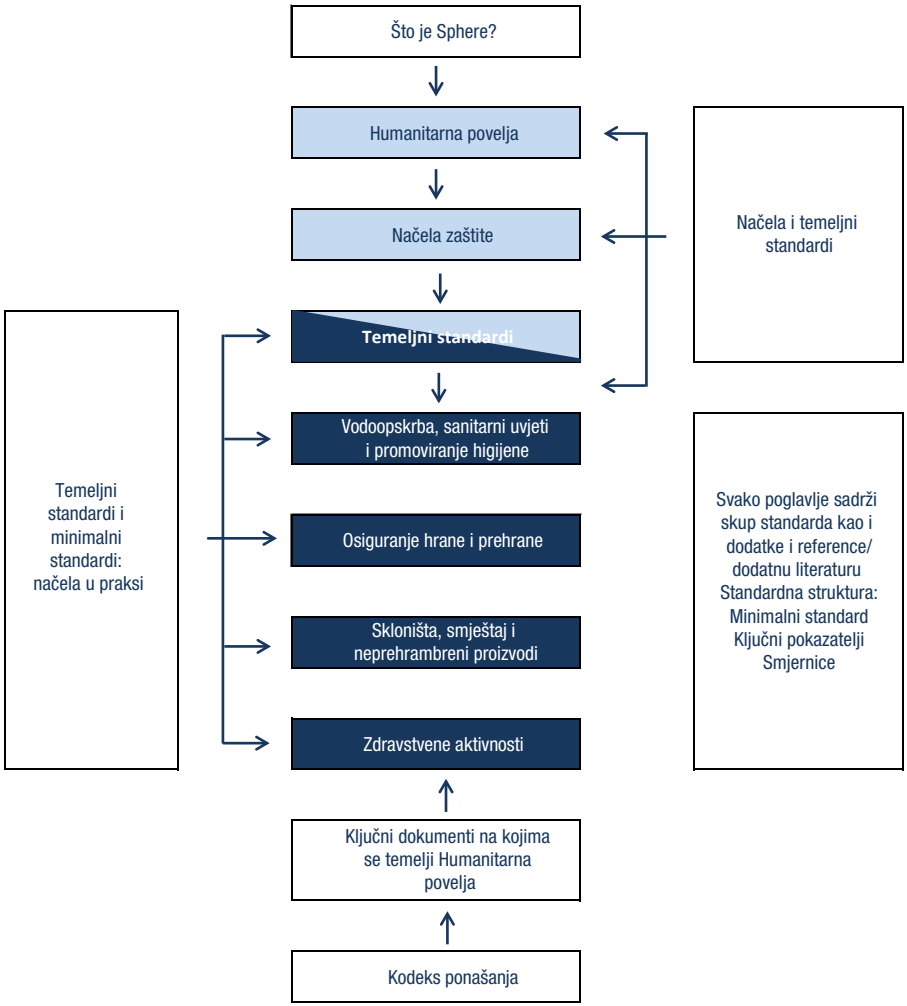
Dodatak 1. Ključni dokumenti na kojima se temelji Humanitarna povelja.....356

Dodatak 2. Kodeks ponašanja Međunarodnog pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca i nevladinih organizacija (NVO) u katastrofama.....368

Dodataka 3. Kratice i akronimi..... 377

Kazalo pojmova.....381

Priručnik


Što je Sphere?
Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene
Osiguranje hrane i prehrane
Skloništa, smještaj i neprehrambreni proizvodi
Zdravstvene aktivnosti
Ključni dokumenti na kojima se temelji Humanitarna povelja
Kodeks ponašanja
Načela i temeljni standardi
Temeljni standardi i minimalni standardi: načela u praksi
Svako poglavlje sadrži skup standarda kao i dodatke i reference/ dodatnu literaturu
Standardna struktura:
Minimalni standard
Ključni pokazatelji
Smjernice

Što je Sphere?

Što je Sphere?

Projekt i Priručnik Sphere dobro su poznati kad je u pitanju uvođenja kvalitete i odgovornosti u humanitarno djelovanje. Međutim, gdje je podrijetlo Projekta Sphere? Što su njegova filozofija i pristup? Kako i zašto je ovaj Priručnik zamišljen? Koje je njegovo mjesto u širem području humanitarnog djelovanja? Tko 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 treba koristiti i kako Vi ili Vaša organizacija možete biti sukladni minimalnim Sphere standardima.

Filozofija Projekta Sphere: Pravo na dostojanstven život

Projekt Sphere 1997. godine pokrenula je skupina humanitarnih nevladinih organizacija (NVO) te Međunarodni pokret Crvenog križa i Crvenog polumjeseca. Cilj je bio poboljšati kvalitetu njihovih aktivnosti tijekom djelovanja na posljedice katastrofa, te odgovornost za preduzete aktivnosti. Oni su Sphere filozofiju utemeljili na **dva osnovna uvjerenja:** prvo, da oni koji su pogođeni prirodnom nepogodom ili sukobima imaju pravo na dostojanstven život, pa tako i pravo na pomoć; i drugo, da treba poduzimati sve moguće korake kako bi se ublažila ljudska patnja 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 usmjerenim na spašavanje života, a koji se ogledaju u četiri tehnička poglavlja Priručnika: vodoopskrba, sanitarni uvjeti, promoviranje higijene; sigurnost hrane i prehrane; sklonište, smještaj i neprehrambeni proizvodi; te zdravstvene aktivnosti. **Temeljni standardi** su procesni standardi i primjenjuju se na sva tehnička poglavlja.

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

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.

Humanitarna povelja i minimalni standardi objavljeni su zajedno kao **Priručnik**, a pred Vama se sada nalazi najnovije izdanje. Priručnik Sphere namijenjen je za planiranje, implementaciju, praćenje i evaluaciju tijekom humanitarne intervencije. To je ujedno i efektivan alat zagovaranja kada se pregovara s vlastima za humanitarni prostor i za pružanje resursa. Osim toga, on je koristan za aktivnosti pripremljenosti za katastrofe i planiranje za nepredviđene okolnosti s donatorima koji sve više uključuju i standarde u svoje zahtjeve za izvještavanje.

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

Priručnik je prvi put objavljen 2000. godine, a revidiran je u 2003. i ponovno u 2009. - 2010. godini. Tijekom svakog procesa revizije, provedene su konzultacije 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 humanitarnih intervencija. To uključuje osoblje i volontere u lokalnim, nacionalnim i međunarodnim humanitarnim organizacijama. Minimalni standardi također često se koriste kao referenca u kontekstu prikupljanja sredstava i projektnih prijedloga.

Također i ostale aktere, kao što su vlade i lokalne vlasti, vojske ili privatni sektor, potičemo na korištenje Priručnika Sphere. On može biti koristan u vođenju njihovih aktivnosti, ali pomaže im i da razumiju standarde koje koriste humanitarne organizacije s kojima mogu biti u interakciji.

Priručnik: odraz Sphere vrijednosti

Struktura Priručnika odražava Sphere cilj da se uspostavi humanitarno djelovanje s pristupom osnovanim na pravima i sudjelovanju.

Humanitarna povelja, načela zaštite i temeljni standardi

Humanitarna povelja, načela zaštite i temeljni standardi artikuliraju Sphere pristup humanitarnom djelovanju koji se temelji na pravima i usmjeren je na ljude. Oni se fokusiraju na važnost uključivanja pogođenog stanovništva i lokalnih i nacionalnih vlasti u svim fazama intervencije. Načela zaštite i temeljni standardi su grupirani na početku Priručnika kako bi se izbjeglo da se ponavljaju u svakom tehničkom poglavlju. Korisnici Sphere, uključujući i specijaliste u određenim tehničkim područjima, moraju ih uzeti u obzir kao sastavni dio tih poglavlja.

Kamen temeljac za Priručnik je **Humanitarna povelja** (koju prati opisni popis ključnih pravnih dokumenata i dokumenata politika u Dodatku 1, na 308. str.). On daje etičku i pravnu pozadinu načelima zaštite, kao i temeljnim standardima i minimalnim standardima, čime se omogućuje njihovo pravilno tumačenje i primjena. To je izjava o utvrđenim pravima i obvezama te zajedničkim uvjerenjima i obvezama humanitarnih organizacija, koji su svi objedinjeni kao skup zajedničkih **načela, prava i dužnosti.** Oni su utemeljeni na načelu 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** organizacije prema **pogođenim zajednicama**. Temeljni standardi i minimalni standardi artikulacija su onoga što ta načela i obveze znače u praksi.

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

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

Temeljni standardi prvi su set minimalnih standarda i koriste se kao temelj za sve ostale. Oni opisuju kako su procesi i pristupi koji se poduzimaju u humanitarnim intervencijama od temeljne važnosti za efektivno djelovanje. Usmjerenost na kapacitet i aktivno sudjelovanje onih koji su pogođeni katastrofom ili sukobom, sveobuhvatna analiza i razumijevanja potreba i konteksta, efektivna koordinacija između organizacija, opredjeljenje za stalno poboljšanje rezultata, i radnici za pomoć s odgovarajućim vještinama i podrškom neophodni su kako bi se postigli tehnički standardi.

Načela zaštite i temeljni standardi grupirani su zajedno na početku ovog Priručnika kako bi se izbjeglo ponavljanje u svakom tehničkom poglavlju. Oni predstavljaju temelj za sve humanitarne aktivnosti i moraju se **koristiti u kombinaciji s tehničkim poglavljima**. Od presudne su važnosti za tehničke standarde u duhu kvalitete i odgovornosti prema pogođenom stanovništvu.

Osnovni standardi i minimalni standardi u četiri tehnička poglavlja

Temeljni standardi i minimalni standardi pokrivaju pristupe programiranju i četiri kompleta aktivnosti za spašavanje života: vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promocija higijene; sigurnost hrane i prehrane; sklonište, smještaj i neprehrambeni proizvodi i zdravstvene aktivnosti.

Kako koristiti standard

Temeljni standardi i minimalni standardi slijede određeni format. Oni počinju s općim i univerzalnim izjavama, tj. minimumom standarda, nakon čega slijedi niz ključnih aktivnosti, ključnih pokazatelja i smjernica.

Prvo se navodi **minimalni standard**. Svaki standard izveden je iz načela da katastrofom pogođeno stanovništvo ima pravo na dostojanstven život. Oni su kvalitativnog karaktera i određuju minimalne razine koje treba ostvariti u humanitarnoj intervenciji. Njihov obujam je univerzalan i primjenjiv u bilo kojoj situaciji katastrofe. Oni su, dakle, formulirani generalno.

Zatim se predlažu praktične **ključne aktivnosti**, da bi se postigao minimum standarda. Neke aktivnosti možda neće biti primjenjive u svim kontekstima, i odgovornost je izvršitelja da odabere odgovarajuće aktivnosti i osmisli alternative koje će rezultirati zadovoljavanjem standarda.

Potom, skup **ključnih pokazatelja** služi kao „signal" koji pokazuje je li standard postignut. Oni pružaju način mjerenja rezultata ključnih aktivnosti unutar procesa. Ključni pokazatelji odnose se na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost.

Konačno, **smjernice** uključuju točke specifične za kontekst za razmatranje kada se žele postići ključne aktivnosti i ključni pokazatelji. One pružaju smjernice za rješavanje praktičnih poteškoća, mjerila ili savjete o prioritetnim i multidisciplinarnim temama. One, također, mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, aktivnosti ili pokazatelje i opisuju dvojbe, kontroverze ili nedostatke u trenutačnom 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, na primjer, kontrolne popise za procjenu, formule, tablice i primjere obrazaca izvješća. Svako poglavlje završava referencama i predloženom dodatnom literaturom. Detaljan rječnik za svako od poglavlja Priručnika dostupan je na Sphere mrežnoj stranici (www.sphereproject.org).

Sva poglavlja međusobno su povezana. Često standardi opisani u jednom sektoru trebaju biti korišteni zajedno sa standardima opisanim u drugim sektorima. Kao posljedica toga, Priručnik sadrži brojna upućivanja.

Usklađivanje s 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 orjentiran i nitko ga ne obvezuje, 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 usmjereno na postizanje standarda bez navođenja kako se to radi). Umjesto toga, on objašnjava što **treba biti uspostavljeno**, kako bi se osigurao dostojanstven život za pogođeno stanovništvo. Dakle, svaka organizacija za implementaciju treba odabrati sustav kako bi osigurala usklađenost s minimalnim standardima Sphere. Neke organizacije koristile su isključivo unutarnje mehanizme, dok su se druge odlučile za pregled od strane ravnopravnih partnera (eng. peer-review). Neke mreže organizacije koriste Sphere za procjenu svog kolektivnog djelovanja u pojedinim hitnim slučajevima.

Usklađenost sa Sphere standardima ne znači ispunjavanje svih standarda i pokazatelja. Stupanj do kojeg organizacije mogu zadovoljiti standarde ovisit će od niza čimbenika, od kojih su neki izvan njihove kontrole. Ponekad teškoće pristupa pogođenom stanovništvu, nedostatak suradnje 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, organizacije mogu imati nedovoljno resursa za ispunjenje standarda. U takvim situacijama, pružanje osnovnih sadržaja za svo pogođeno stanovništvo može biti važnije nego dostizanje minimalnih standarda za samo jedan dio stanovništva.

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. Međutim, takve situacije mogu, također, ukazivati na potrebu za intervencijom za okolno stanovništvo i za dijalog s vođama zajednice. Ono što je prikladno i izvodivo ovisit će od konteksta.

U slučajevima kada standardi ne mogu biti zadovoljeni, humanitarne organizacije treba da:

- u svojim izvješćima (procjena, ocjenjivanje itd.) opišu jaz između relevantnih pokazatelja Sphere i onih postignutih u praksi,
- objasne razloge za to i što treba mijenjati,
- procijene negativne implikacije za pogođeno stanovništvo,
- poduzmu odgovarajuće aktivnosti kako bi se smanjila šteta uzrokovana ovim implikacijama.

Usvajanjem gore navedenih koraka, organizacije pokazuju da su sukladne filozofiji Sphere i njezinim minimalnim standardima, čak i ako nisu u stanju da ih zadovolje kao što je navedeno u Priručniku.

Uloga Priručnika Sphere u humanitarnom djelovanju

Priručnik Sphere namijenjen je za uporabu u humanitarnim intervencijama u nizu situacija uključujući i prirodne katastrofe, sukobe, događaje koji se brzo ili sporo događaju, ruralne i urbane sredine, kao i složene političke hitne situacije u svim zemljama. Pojam „katastrofa" obuhvaća ove situacije, i gdje je to prikladno, koristi se pojam „sukob". „Stanovništvo" se odnosi na pojedince, obitelji, zajednice i šire skupine. Prema tome, u Priručniku često koristimo izraz „katastrofom pogođeno stanovništvo".

Kada treba koristiti ovaj Priručnik

Fokusirajući se na razdoblje **humanitarne intervencije,** minimalni Sphere standardi pokrivaju aktivnosti koje zadovoljavaju hitne potrebe za preživljavanje stanovništva pogođenog katastrofom. Ova faza može biti u rasponu od nekoliko dana ili tjedana, 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 korištenje 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, a zatim uključuje humanitarnu intervenciju, 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" humanitarne intervencije, ali u stvarnosti ih treba uzeti u obzir istodobno.

Pripremljenost za katastrofe zahtijeva da akteri, tj. vlade, humanitarne organizacije, 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 intervencije trebali početi poduzimati aktivnosti koje će poboljšati pripremljenost i koje smanjuju rizik za budućnost. Oni bi trebali biti spremni, barem da zadovolje minimalne standarde Sphere za buduće katastrofe.

Rani oporavak proces je nakon pomoći i vodi u dugoročni oporavak, a najefektivniji je ako se predviđa i olakšava od samog početka humanitarne intervencije. 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 veliki broj kretanja u humanitarnom sektoru i drugim relevantnim područjima koja obuhvaćaju promjene u prirodi katastrofa i sukoba, kao i humanitarnog rada. Kretanja uzeta u obzir tijekom procesa revizije Priručnika uključuju:

- rastući idejni i operativni fokus na lokalnim i nacionalnim intervencijama sa sviješću da se **pogođeno stanovništvo** mora konzultirati i da se kapaciteti za djelovanje katastrofom pogođene države i državnih agencija i institucija moraju pojačati,
- proaktivniju **odgovornost** humanitarne intervencije, a posebno odgovornost prema pogođenom stanovništvu, ali i proaktivnu koordinaciju, uključujući i u procesu humanitarne reforme (pristup klastera), pod pokroviteljstvom Stalnog međuagencijskog odbora (eng. Inter- Agency Standing Committee - IASC),
- više pozornosti za **pitanja** zaštite i djelovanja,
- povećanje svijesti o potencijalno velikim prisilnim migracijama zbog **katastrofa induciranih klimatskim promjenama** i svijesti o tome da uništavanje okoliša povećava ranjivost,
- priznanje da se broj **siromašnog urbanog stanovništva** brzo povećava 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 intervencijama, kao i skupa aktera koji se ne vode prvenstveno humanitarnim imperativom, što zahtijeva razvitak specifičnih smjernica i strategije koordinacije za humanitarni civilno-vojni dijalog,
- povećana uključenost **privatnog** sektora u humanitarne intervencije 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 tijekom humanitarne intervencije

Efektivna humanitarna intervencija mora se temeljiti 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 djelovanja, sukladno tomu, 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 u stanovništvu pogođenom katastrofom jednaku kontrolu nad resursima i moći. Ljudi su, dakle, različito pogođeni na temelju njihovog etničkog podrijetla, vjerske ili političke pripadnosti. Izbjeglištvo 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 uskraćene za važnu pomoć ili mogućnost da budu saslušane zbog tjelesnih, kulturnih i/ili socijalnih barijera. Iskustvo je pokazalo da tretman tih ljudi kao duge liste „ranjivih skupina" može dovesti do fragmentiranja i neefektivnih intervencija koje ignoriraju preklapajuće ranjivosti i promjenjivu prirodu ranjivosti tijekom vremena, a čak i za vrijeme jedne određene katastrofe.

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 bili pravedni za svaku pojedinačnu katastrofu i pojedine ranjivosti i sposobnosti pogođenog stanovništva, ovaj Priručnik bavi se nizom **multidisciplinarnih tema.** Teme koje se odnose na **djecu, rodna pitanja (gender), starije osobe, HIV i AIDS, osobe s invaliditetom, te psihosocijalnu podršku** bave se individualnom ranjivošću i ranjivošću podskupina. **Smanjenje rizika od katastrofa (uključujući klimatske promjene i okoliš)** bavi se problemima ranjivosti koji utječu na cjelokupno pogođeno stanovništvo. Na kraju ovoga uvoda detaljniji je opis svake teme.

Veze s drugim humanitarnim standardima

U cilju da se Priručnik Sphere održi kao jedna knjiga koja je veličine i s kojom se može raditi, fokus ostaje na četiri primarna sektora humanitarne intervencije. Mnogi srodni sektori koji su dio efektivne humanitarne intervencije razvili su vlastite standarde. Veliki broj njih uključeni su u nizu **pratećih standarda Sphere,** objavljenih kao posebne jedinice, ali razvijenih sa istom strogošću i procesom konzultacija, kao što su Sphere - Minimalni standardi za obrazovanje: pripravnost, intervenciju i oporavak Međuorganizacijske mreže za obrazovanje u hitnim slučajevima (INEE), Minimalni standardi za ekonomski oporavak nakon katastrofe, Mreže malih poduzeća za obrazovanje i promociju (SEEP), Smjernice i standardi za stoku u hitnim situacijama (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, može se koristiti i za prijenos poruka o sigurnosti, životnih vještina i vitalnih informacija o zdravlju i higijeni. Minimalni standardi za obrazovanje: pripravljenost, intervencija i oporavak INEE prvi put objavljeni su 2004. godine, a ažurirani su 2010. godine, postavši tako integralnim Sphere standardima u 2008. godini. Oni predstavljaju okvir za osiguravanje kritične veze između obrazovanja i zdravstva, vode, sanitarnih uvjeta i higijene, prehrane, skloništa i zaštite i za poboljšanje sigurnosti, kvalitete i odgovornosti obrazovne pripravljenosti i djelovanja.

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

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

Organizacije, koalicije i mreže uspostavile su i druge standarde i kodove kako bi ispunjavale određene operativne potrebe, kao što su posebni mandati organizacija, tehnička ekspertiza ili nedostaci identificirani u smjernicama. Gdje je to od značaja, ovi drugi standardi navedeni su u tehničkim poglavljima ovoga Priručnika.

Projekt Sphere dio je skupine inicijativa za **kvalitetu i odgovornost** unutar sektora i blisko surađuje s Projektom izgradnje kapaciteta za hitne situacije (ECB), koji je razvio Vodič – dovoljno dobro i Partnerstvom humanitarne odgovornosti (HAP) koje se bavi pitanjima usklađenosti kroz svoj Standard humanitarne odgovornosti i upravljanja kvalitetom. Ostale inicijative kvalitete i odgovornosti (eng. Q&A) s kojima Sphere redovito radi su 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 je i u elektroničkom obliku na Sphere mrežnoj 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 čestovje prilagođeno lokalnim kontekstima na temelju iskustva iz prakse. Ovo pokazuje živost zajednice Sphere prakse, a ponekad i neformalnu, labavo povezanu i rastuću mrežu ljudi iz prakse koji održavaju Sphere duh živim. Projekt Sphere temelji se na potrebi da se pomogne poboljšanju humanitarnog djelovanja i da se zadovolje prava i potrebe ljudi pogođenih katastrofama i sukobima i da postoji odgovornost prema njima. Projekt Sphere napravio je veliki napredak od svoga nastanka, ali nijedan priručnik ne može sve sam postići, to možete samo Vi.

Pregled multidisciplinarnih tema

Multidisciplinarne teme u ovom Priručniku fokusiraju se na pojedina područje od interesa u djelovanju na katastrofe i bave se pitanjima ranjivosti pojedinca, skupine ili generalno. U ovom dijelu svaka se 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. Budući da djeca često čine veći dio pogođenog stanovništva, važno je da se njihovi stavovi i iskustva ne samo saslušaju tijekom procjene hitne situacije i planiranja, već da ona također utječu na isporuku humanitarnih usluga, monitoring nad njima i njihovu evaluaciju. Djeca i mladi podložni su štetnim utjecajima ranjivosti u određenim situacijama, kao što su pothranjenost, eksploatacija, otmice i regrutiranje u oružane skupine i borbene snage, seksualno nasilje i nedostatak prilika da sudjeluju u donošenju odluka. Konvencija o pravima djeteta navodi da se djetetom smatra individua ispod 18 godina. Ova definicija može biti različita ovisno od kulturnih i društvenih konteksta. Mora se provesti temeljita 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 sustavne napore za analizu i gospodarenje čimbenicima koji su uzroci katastrofa, uključujući i smanjeno izlaganje opasnostima, smanjenu ranjivost ljudi i imovine, pametno gospodarenje zemljištem i okolišem i poboljšanu pripravljenost za štetne događaje. Takvi štetni događaji uključuju prirodne nepogode kao što su oluje, poplave, suše i porast razine mora. Zbog toga što se čini da postaju sve promjenjiviji i žešći, ti fenomeni sve više se pripisuju **globalnim klimatskim promjenama.**

Okoliš: Okoliš treba shvatiti kao fizičke, kemijske i biološke elemente i procese koji utječu na živote i životne uvjete stanovništva pogođenog katastrofom i lokalnog stanovništva. Okoliš pruža prirodne resurse koji potpomažu pojedince i doprinose kvaliteti života. Okolišu je potrebna zaštita i gospodarenje, ako želimo da ona održava svoje važne funkcije. Minimalni standardi bave se potrebom da se spriječi prekomjerno iskorištavanje, zagađenje i degradacija stanja okoliša te cilja da se osiguraju funkcije okoliša koje podržavaju život, smanji rizik i ranjivost i nastoje se uvesti mehanizmi koji podržavaju prilagodljivost prirodnih sustava za samooporavak.

Rod: Rod podrazumijeva činjenicu da ljudi doživljavaju situaciju različito sukladno 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 eksplicitno su izražena u dokumentima o ljudskim pravima koji čine temelj Humanitarne povelje. Žene i muškarci imaju isto 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 istu razinu moći da oblikuju ishod za svoje postupke. Humanitarne intervencije efektivnije su kada se temelje 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 iste. Razumijevanje tih razlika, kao i nejednakosti u ženskim i muškim ulogama i opterećenjima, pristupu i kontroli nad resursima, moći odlučivanja i prilikama za razvitak 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 pozornost postizanju pravednosti između žena i muškaraca, a i osigurati jednake ishode. Povijesno gledano, pozornost posvećena rodnim odnosima potaknuta je neophodnošću rješavanja potreba i okolnosti žena i djevojčica, budući da su žene i djevojčice 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 važno je kako bismo razumjeli ranjivost i rizike te planirali efektivnu intervenciju. Osim toga, stanovništvo koje je najviše izloženo riziku, (tj. muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima, intravenski korisnici droga i seksualni radnici), često zahtjeva posebne mjere kako bi bili zaštićeni od zanemarivanja, diskriminacije i nasilja, dok u nekim drugim kontekstima to mogu biti i druge ranjive skupine kao što su izbjeglice, migranti, mladi i samohrane majke. Masovno raseljavanje može dovesti do povećanja ranjivosti od HIV-a i rizika zbog razdvajanja članova obitelji i raspada kohezije zajednice i društvenih i seksualnih normi koje reguliraju ponašanje. Žene i djeca mogu biti iskorištavani od strane naoružanih skupina i biti posebno osjetljivi na HIV zbog seksualnog nasilja i eksploatacije. Tijekom hitnih humanitarnih situacija, postoji mogućnost da ljudi nemaju pristup intervencijama za HIV poput programa prevencije i može doći do prekida antiretrovirusne terapije (antiretroviral 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, mora poštovati povjerljivost i mora biti dostupna zaštita. 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 preko 60 godina, ali definicija „stariji" može varirati u različitim kontekstima. Stariji ljudi često su među najsiromašnijima u zemljama u razvitku, a obuhvaćaju veliki i rastući udio najranjivijeg stanovništva pogođenog katastrofom ili sukobom (na primjer, ljudi stariji od 80 godina najbrža su rastuća dobna skupina u svijetu), a ipak su često zanemareni u gospodarenju katastrofama ili sukobima. Izolacija i tjelesna slabost značajni su čimbenici koji pogoršavaju ranjivost kod starijih ljudi u katastrofama ili sukobima, uz prekid strategija za osiguravanje životnih uvjeta i struktura podrške obitelji i zajednice, kronične zdravstvene probleme i probleme mobilnosti te pad mentalnog zdravlja. Moraju se uložiti posebni napori kako bi se identificirale i kako bi se došlo do starijih osoba vezanih za kuću i kućanstva koja vode starije osobe. Stariji ljudi, također, daju ključni doprinos za opstanak i rehabilitaciju. Oni imaju vitalnu ulogu kao njegovatelji djece, u upravljanju resursima i donose prihode, imaju znanja i iskustvo o strategijama suočavanja s 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 % svjetskog stanovništva, uključujući djecu i starije osobe, živi s invaliditetom. Katastrofe i sukobi mogu uzrokovati povećanu učestalost povreda i naknadnu invalidnosti. Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) definira invaliditet kao koncept u razvitku koji proizlazi iz interakcije između osoba s invaliditetom (koji može biti tjelesni, senzorni, intelektualni ili psihosocijalni) i barijerama u stavovima i okruženju koje sputavaju njihovo punije i efektivnije sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima. Dakle, prisutnost tih prepreka koje onemogućuju osobama s invaliditetom da u potpunosti i smisleno sudjeluju u standardnim programima humanitarne pomoći ili da ih koriste. Novi CRPD ima poseban osvrt na sigurnost i zaštitu osoba s invaliditetom u sukobu i izvanrednim situacijama (članak 11.).

Osobe s invaliditetom suočavaju se s neproporcionalnim rizicima u situacijama katastrofe i često su isključene iz pomoći i rehabilitacijskih procesa. Takvo isključenje otežava efektivnu uporabu i udio u standardnim uslugama podrške kod katastrofa. Važno je znati da su osobe s invaliditetom raznovrsna populacija koja uključuje djecu i starije osobe, čije se potrebe ne mogu riješiti pristupom jednakim za sve. Humanitarne intervencije, dakle, moraju uzeti u obzir određene sposobnosti, vještine, resurse i znanja pojedinaca s različitim vrstama i stupnjevima invaliditeta. Također, važno je 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 obitelji i zajednice. Na kraju, ako se prava osoba s invaliditetom ne uzimaju u obzir u humanitarnim intervencijama, gubi se ogromna prigoda za obnovu zajednice za sve ljude. Dakle, važno je uključiti osobe s invaliditetom u sve aspekte pomoći i oporavka. To zahtijeva i standardne i usmjerene intervencije.

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. Važno je da se organizira odgovarajuća lokalna podrška za mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška koje promoviraju samopomoć, suočavanje s problemom i otpornost među pogođenim osobama. Humanitarna intervencija je jača ako u najranijem odgovarajućem trenutku pogođeni ljudi sudjeluju u vođenju i implementiranju djelovanja na katastrofu. U svakom humanitarnom sektoru, način na koji se daje pomoć ima psihosocijalni utjecaj koji može podržati pogođene ljude ili im nauditi. Podršku bi trebalo pružati na suosjećajan način, koji promovira dostojanstvo, omogućuje osobnu učinkovitost kroz smisleno sudjelovanje, 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 načela zaštite i temeljne standarde i minimalne standarde koji slijede u ovom Priručniku. To je dijelom izjava o utvrđenim pravima i obvezama, a dijelom izjava o zajedničkom uvjerenju.

U pogledu zakonskih prava i obveza, ona sažima temeljna pravna načela koja imaju najveći utjecaj na život onih koji su pogođeni katastrofom ili sukobom. Što se tiče zajedničkog uvjerenja, ona pokušavaju obuhvatiti konsenzus među humanitarnim organizacijama o načelima koja bi trebala regulirati djelovanje u katastrofama ili sukobima, uključujući uloge i odgovornosti raznih aktera.

Ona čini temelj obveza humanitarnih organizacija koje podržavaju Sphere i poziv na usvajanje istih načela svima onima koji se upuštaju u humanitarnu intervenciju.

Humanitarna povelja

Naša uvjerenja

1. Humanitarna povelja izražava zajedničko uvjerenje humanitarnih organizacija da svi ljudi pogođeni katastrofom ili sukobom imaju pravo dobiti zaštitu i pomoć kako bi im se osigurali osnovni uvjeti za dostojanstven život. Vjerujemo da su načela opisana u ovoj Humanitarnoj povelji univerzalna, da se primjenjuju na sve ljude pogođene katastrofom ili sukobom gdje god se nalazili, i na sve one koji traže da im se pomogne ili osigura njihova sigurnost. Ova načela odražavaju se u međunarodnom pravu, ali njihova snaga u konačnici proizlazi iz temeljnih moralnih načela **čovječanstva:** da su sva ljudska bića rođena slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima. Na temelju ovog načela, možemo potvrditi primat **humanitarnog imperativa:** treba poduzeti aktivnosti da se spriječi ili ublaži ljudska patnja koja proizlazi iz katastrofa ili sukoba i da ništa ne smije nadjačati ovo načelo.

Kao lokalne, nacionalne i međunarodne humanitarne organizacije, obvezujemo se na promociju i pridržavanje načela 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 zajednička načela, 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 osobne napore i uz podršku zajednice i lokalnih institucija. Svjesni smo primarne uloge i odgovornosti pogođene države da pruži pravodobnu 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 aktivnosti ključna za efektivnu prevenciju i djelovanje, te u tom pogledu nacionalna društva 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 obveze. Prepoznajemo i podržavamo posebne uloge koje imaju organizacije Ujedinjenih naroda i Međunarodni odbor Crvenog križa /krsta i Crvenog polumjeseca.

3. Kao humanitarne organizacije, tumačimo našu ulogu u odnosu na potrebe i kapacitete pogođenog stanovništva 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 ne žele to učiniti. Koliko je to moguće i sukladno zadovoljavanju humanitarnog imperativa i drugih načela iz ove povelje, podržat ćemo napore mjerodavnih tijela da zaštite i pomognu onima koji su pogođeni. Pozivamo sve državne i nedržavne aktere na poštovanje nepristrane, neovisne i nestranačke uloge humanitarnih organizacija i da olakšaju njihov rad uklanjanjem nepotrebnih pravnih i praktičnih prepreka, omogućavajući njihovu sigurnost i dopuštajući im pravodoban i stalan pristup pogođenom stanovništvu.

Zajednički principi, prava i dužnosti

4. Nudimo naše usluge kao humanitarne organizacije na temelju načela 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 sažet ćemo kako slijedi:

- **Pravo na dostojanstven život,**
- **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** ogleda se 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 sadržana dužnost da se ne uskrati ili otežava pružanje pomoći spašavanja. Dostojanstvo obuhvaća više od tjelesnog blagostanja, ono zahtijeva poštovanje za sve ljude, uključujući vrijednosti i vjerovanja pogođenih pojedinaca i pogođenih zajednica i poštovanje njihovih ljudskih prava, uključujući slobodu, slobodu savjesti i vjerskog obreda.

6. **Pravo na primanje humanitarne pomoći** neophodan je element prava na dostojanstven život. To obuhvaća pravo na odgovarajući životni standard, što uključuje odgovarajuću hranu, vodu, odjeću, krov nad glavom i ono što je potrebno za dobro zdravlje, što je izričito garantirano međunarodnim pravom. Temeljni

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 takva pomoć mora se osigurati sukladno načelu **nepristranosti,** koje zahtijeva da se pomoć pruža isključivo na temelju potreba i proporcionalno potrebama. To odražava šire načelo **nediskriminacije:** da nitko ne bi trebao biti diskriminiran na bilo kojem temelju, uključujući starost, spol, rasu, boju kože, nacionalnost, seksualnu orijentaciju, jezik, vjeru, invaliditet, zdravstveno stanje, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno podrijetlo.

7. **Pravo na zaštitu i sigurnost** ukorijenjeno je u odredbama međunarodnog prava, rezolucijama Ujedinjenih naroda i drugih međunarodnih organizacija, te u suverenoj mjerodavnosti države da zaštiti sve ljudi u okviru njene mjerodavnosti. Sigurnost i zaštita ljudi u situacijama katastrofa ili sukoba posebna su 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 je starost, spol i rasa, i mogu im biti potrebne posebne mjere zaštite i pomoći. U mjeri u kojoj državi nedostaje sposobnost da zaštiti 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 pozornost:

(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 sudjeluju u sukobu. Konkretno, Ženevska konvencija iz 1949. i Dodatni protokoli iz 1977. nameću obveze stranama u međunarodnim oružanim sukobima i sukobima koji nisu međunarodni.

Naglašavamo opći imunitet civilnog stanovništva od napada i odmazde, a posebno važnost načela razlike između civila i boraca i između civilnih objekata i vojnih ciljeva, načelo proporcionalnosti u uporabi sile i opreza u napadu, dužnost da se suzdrži od uporabe oružja koja su neselektivna ili koja, po svojoj prirodi, nanose suvišne povrede ili nepotrebne patnje i dužnost da se omogući nepristrana pomoć. Velik dio patnje nanesene civilima koja se može izbjeći u oružanim sukobima proizlazi iz nepoštovanja ovih temeljnih načela.

(II) Pravo na traženje azila ili utočišta i dalje je od vitalnog značaja za zaštitu onih koji se suočavaju s 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. (sa izmjenama i dopunama) i drugi međunarodni i regionalni ugovori osiguravaju temeljne mjere zaštite za one koji ne mogu dobiti zaštitu od države njihovog državljanstva ili prebivališta, a koji su prisiljeni tražiti sigurnost u drugoj zemlji. Glavno među njima je i načelo zabrane protjerivanja: načelo da nitko ne može biti vraćen u zemlju u kojoj bi bili ugroženi njegov život, sloboda ili tjelesna sigurnost ili gdje će se vjerojatno suočiti s mučenjem ili drugim okrutnim, neljudskim ili ponižavajućim postupanjem ili kaznom. Isto načelo vrijedi i samim time za interno raseljene osobe, što se odražava u međunarodnim dokumentima o ljudskim pravima i razrađeno je u Smjernicama o internoj raseljenosti iz 1998. i regionalnim i nacionalnim pravnim dokumentima.

Naša obaveza

8. Nudimo naše usluge u uvjerenju da se pogođeno stanovništvo nalazi u središtu humanitarne intervencije i prepoznajemo da je njegovo aktivno sudjelovanje neophodno za pružanje pomoći na način koji najbolje zadovoljava njegove potrebe, uključujući i one ranjive i socijalno isključene osobe. Nastojat ćemo podržati lokalne napore kako bi se spriječile katastrofe, kako bi se pripravilo i reagiralo za njih i efekte sukoba, te napore za jačanje kapaciteta lokalnih aktera na svim razinama.

9. Svjesni smo da pokušaji da se pruži humanitarna pomoć mogu ponekad imati i neželjene štetne efekte. U suradnji s pogođenim zajednicama i vlastima, imamo cilj da se u humanitarnoj intervenciji na minimum svedu negativni efekti na lokalnu zajednicu ili na okoliš. 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 za jednu ili više strana u sukobu. Zalažemo se za svođenje takvih negativnih efekata na minimum, u onoj mjeri u kojoj je to sukladno načelima koja su gore navedena.

10. Djelovat ćemo sukladno načelima humanitarnog djelovanja navedenim u ovoj povelji i specifičnim smjernicama Kodeksa ponašanja Međunarodnog pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca i nevladinih organizacija (NVO) u katastrofama (1994).

11. Temeljni Sphere standardi i minimalni standardi daju praktični zajednički temelj načelima iz ove povelje, a osnivaju se na razumijevanju temeljnih minimalnih uvjeta za dostojanstven život od strane organizacija i njihovom iskustvu u pružanju humanitarne pomoći. Premda postizanje standarda ovisi od niza čimbenika, od kojih mnogi mogu biti izvan naše kontrole, obvezujemo se da ćemo ih pokušavati dosljedno postići i očekujemo da ćemo biti smatrani odgovornima sukladno tomu. Pozivamo sve strane, uključujući pogođene i donatorske vlade, međunarodne organizacije, privatne i nedržavne aktere da usvoje Temeljne standarde Sphere i minimalne standarde kao prihvaćene norme.

12. Pridržavanjem temeljnih standarda i minimalnih standarda, obvezujemo se da ćemo učiniti sve napore kako bi osigurali da ljudi pogođeni katastrofama ili sukobima imaju pristup barem minimalnim potrebama za dostojanstven život i u sigurnosti, uključujući i odgovarajuću vodu, sanitarne uvjete, hranu, prehranu, sklonište i zdravstvenu njegu. U tu svrhu, zalagat ćemo se i dalje da države i druge strane ispunjavaju svoje moralne i zakonske obveze prema pogođenom stanovništvu. Što se nas tiče, obvezujemo se da ćemo učiniti da naše intervencije budu efektivne, primjerene i odgovorne kroz dobru procjenu i praćenje razvitka lokalnog konteksta te kroz transparentnost informacija i donošenja odluka i kroz djelotvorniju koordinaciju i suradnju s drugim relevantnim akterima na svim razinama, kako je navedeno u temeljnim standardima i minimalnim standardima. Konkretno, obvezujemo se raditi u partnerstvu s pogođenim stanovništvom, s naglaskom na njegovom aktivnom sudjelovanju u intervenciji. Svjesni smo da naša temeljna odgovornost mora biti usmjerena prema onima kojima želimo pomoći.

Načela Zaštite

Kako koristiti ovo poglavlje

Humanitarno djelovanje sastoji se od dva glavna stupa: zaštite i pomoći. Veći dio ovog priručnika, posebno tehnička poglavlja, ubrajaju se u djelokrug pomoći, dok se ovo poglavlje fokusira na zaštitu. Temelje 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 koju imaju organizacije u osiguravanju poštivanja i ostvarivanje prava navedenih Poveljom o humanitarnoj pomoći, uključujući i pristup pomoći.

Poglavlje je podijeljeno na dva dijela:4

- **uvod**, koji definira opće odgovornosti svih sudionika u kriznim situacijama, što bi trebalo pomoći u zaštiti stanovništva pogođenog katastrofom i u poštivanju njihovih prava;

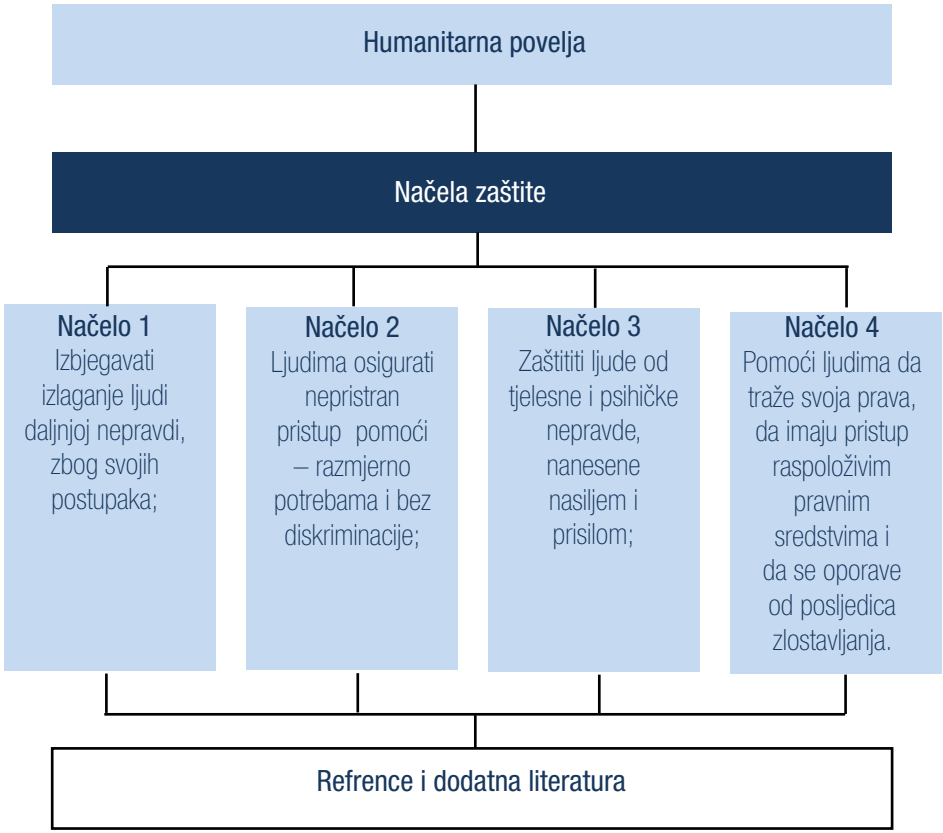
- četiri **načela zaštite** predstavljaju temelj svih humanitarnih aktivnosti i obuhvaćaju temeljne elemente zaštite u reagiranju na katastrofe. Nadopunjena su smjernicama koje točno definiraju ulogu humanitarnih organizacija u zaštiti. Referentno poglavlje uključuje i druge standarde i materijale koji se odnose na više specijaliziranih područja u zaštiti.

Kazalo

Uvod 29

Načela zaštite.....33

Izvori i dodatna literatura 44


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Načelo 1
Izbjegavati izlaganje ljudi daljnjoj nepravdi, zbog svojih postupaka;
Načelo 2
Ljudima osigurati nepristran pristup pomoći – razmjerno potrebama i bez diskriminacije;
Načelo 3
Zaštititi ljude od tjelesne i psihičke nepravde, nanesene nasiljem i prisilom;
Načelo 4
Pomoći ljudima da traže svoja prava, da imaju pristup raspoloživim pravnim sredstvima i da se oporave od posljedica zlostavljanja.
Refrence i dodatna literatura

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 temeljna prava koja 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 kako organizacije mogu pomoći da pogođeno stanovništvo izbjegne daljnju štetu i na taj način postići veću zaštitu i sigurnost. Temeljni problemi humanitarne zaštite u tom kontekstu su sprječavanje svih oblika nasilja i prisile, kako bi se spriječila namjerna deprivacija resursa za dostojanstveno preživljavanje.

Ova pitanja čine osnovu za četiri temeljna načela zaštite koja usmjeravaju cjelokupnu humanitarnu aktivnost:

1. Izbjegavati izlaganje ljudi daljnjoj nepravdi, zbog svojih postupaka;
2. Ljudima osigurati nepristran pristup pomoći – razmjerno potrebama i bez diskriminacije;
3. Zaštititi ljude od tjelesne 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 reagiranja ova četiri načela odraz su ozbiljnih prijetnji s kojima se ljudi najčešće suočavaju tijekom sukoba ili prirodnih katastrofa. Smjernice se odnose na odgovornost i na mogućnosti kojima raspolažu organizacije, kao i posebnu potrebu za zaštitom.

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

Shvatanje načela zaštite

Slijedi kratki vodič za tumačenje načela zaštite.

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

Načelo 2 (osigurati dostupnu nepristranu pomoć) odnosi se na osiguranje pristupa humanitarnoj pomoći svakome kome je ta pomoć potrebna, naročito onima koji su ranjiva skupina ili kojima prijeti isključenje iz političkih ili nekih drugih razloga. Onemogućavanje pristupa neophodnoj pomoći glavno je pitanje zaštite. To može između ostalog biti onemogućavanje sigurnog pružanja pomoći od strane humanitarnih organizacija.

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

Načelo 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 provedbi njihovih prava i osiguravanje pristupa pravnim sredstvima, kao što su pravne naknade, kompenzacije ili povrata imovine. Ovo se načelo odnosi također i na prevladavanje posljedica silovanja ili općenito, pomoć ljudima u prevladavanju posljedica tjelesnog, psihičkog, društvenog ili ekonomskog poniženja.

Zajedno sa smjernicama ova četiri načela opisuju što humanitarne organizacije mogu i trebaju učiniti kako bi zaštitile 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 teritorij. Takvi predstavnici vlasti imaju propisanu zakonsku odgovornost i za dobrobit ljudi unutar njihvog teritorija ili teritorija koji kontroliraju ili općenito da zaštite civile u oružanim sukobima.

U konačnici samo ta tijela 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 s posljedicama, kada vlasti ne ispunjavaju svoje obveze.

Provođenje načela zaštite

Kako bi zadovoljili standarde ovog priručnika, sve humanitarne organizacije trebale bi se voditi načelom zaštite, čak i ako nemaju jasan mandat ili profesionalne sposobnosti za pružanje zaštite.

Načela nisu „apsolutna“, jer svjesni smo da određene okolnosti ograničavaju sposobnost organizacije da ispuni kriterije. Osobito Načelo 3 koje neke organizacije nisu u stanju ispuniti. Ipak, načela su odraz univerzalne humanitarne brige i u humanitarnim aktivnostima njih se uvijek treba pridržavati.

Veliki broj humanitarnih organizacija vodi se svojim načelima ili specifičnim ulogama, koje se bave najranjivijim skupinama. Neke od ovih organizacija provode aktivnosti zaštite kao samostalne programe ili projekte ili u okviru „skupine“ ili „zaštitnog sektora“ s namjenskim sredstvima i specijaliziranim osobljem. U 2011. godini globalna skupina za zaštitu obuhvaćala je koordinacijsku strukturu s fokusom na sljedeće:

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

Ovaj popis prikazuje nam specifična područja zaštite. Popis nije opsežan, 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 koji nisu dio Sphere. Ovdje su popisani kao reference, a mogu se naći na kraju ovoga poglavlja. Ovo poglavljeo smišljeno je kako bi se dopunili ovi standardi.

Različiti načini djelovanja zaštite

Četiri načela zaštite primjenjuju se jednako za specijalizirane aktivnosti zaštite i opće humanitarne aktivnosti, iako se međusobno mogu razlikovati. Aktivnosti vezane uz zaštitu svih humanitarnih organizacija mogu se razvrstati u širem smislu na tri sljedeća načina, koja su međusobno ovisna i mogu se provoditi istodobno:

Prevencija: spriječiti tjelesne prijetnje ili kršenje prava nastalo zbog pojave ili smanjenja izloženosti opasnostima ili ranjivosti zbog takvih prijetnji ili zlostavljanja. Sprječavanje sigurnosnih prijetnji također podrazumijeva i angažman samog okruženja u poštivanju prava žena, muškaraca, djevojaka i mladića svih dobnih kategorija sukladno međunarodnom pravu.

Odgovor: trenutačnim zaustavljanjem nasilja, reagirati na nasilničke incidente i druge vrste ponižavanja.

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

Zagovaranje, bez obzira na to je li javno ili privatno, zajednički je element koji spaja ova tri načina aktivnosti. Prijetnja pogođenom stanovništvu proizvod su svjesnih odluka, radnji ili politika, i mnogi od sigurnosnih odgovora predstavljaju pokušaje da se takva ponašanja i politike promijene. 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 dvojbe treba li „progovoriti“ o zlostavljanju, ili nastaviti svoje aktivnosti, i ova dvojba može diktirati hoće li se i kako će se zagovarati određene teme. Tamo gdje se zagovaranje odvija, njegov uspjeh generalno ovisi od pouzdanosti dokaza, analiza drugih sudionika, kao i analiza konteksta. Zato je zagovaranje povezano s procjenom standarda u temeljnim standardima (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.). Kao što smjernice u nastavku pojašnjavaju, uporaba bilo kakvog dokaza kao što je izjava svjedoka koja omogućava identificiranje izvora informacija, što može biti krajnje osjetljivo i može ljude dovesti u opasnost pa ih je potrebno provesti s najvećom pozornošću (vidjeti Načelo zaštite 1, smjernica 8, na 29. str.).

Načela zaštite

Načelo zaštite 1. Treba izbjeći izlaganje ljudi daljnjoj nepravdi zbog svojih postupaka

Ovo načelo odnosi se na korake koje poduzimaju humanitarne organizacija kako bi se izbjegli ili na najmanju moguću mjeru svele štetne posljedice njihovog djelovanja, naročito rizik od izlaganja ljudi, i time povećanje opasnosti ili zlouporabe njihovih prava.

Ovo načelo sadrži sljedeće elemente:

- Oblik humanitarne pomoći i sredina u kojoj se odvija neće više ljude izlagati tjelesnim opasnostima, nasilju ili drugim zlostavljanjima.
- Pomoć i zaštita neće potkopavati sposobnost samozaštite pogođenog stanovništa.
- Humanitarne organizacije rukovode osjetljivim informacijama na način da ne ugrožavaju sigurnost nositelja informacija ili onih koji se mogu prepoznati kroz dobivene informacije.

Smjernice

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

1. **Izbjegavati suučesništvo** u zlouporabi prava. Ponekad je teško donijeti odluku ili procjenu npr. kada ste suočeni s odlukom treba li pomoći ljudima koji su protiv svoje volje zatvoreni u logorima. Takve se odluke moraju donijeti na individualnoj osnovi, i uvijek ih trebaju sagledati, u promijenjenim okolnostima i uz ponovnu procjenu.
2. **Popis pitanja kao podsjetnik:** pri analizi aktivnosti, uobičajno treba se voditi popis sljedećih pitanja (koji nije konačan), koja mogu služiti kao podsjetnik, u smislu cjelokupnog humanitarnog djelovanja i konkretne intervencije:
   - 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?
   - Pri provođenju aktivnosti uzimaju li se u obzir prijetnje sigurnosti s kojima se suočava ugroženo stanovništvo? Mogu li te aktivnosti osujetiti osobne napore ljudi da se zaštite?
   - Jesu li aktivnosti diskriminirajuće spram neke skupine ili se mogu prepoznati kao takve. Štite li aktivnosti prava ljudi koji su marginalizirani kroz povijest ili su bili diskriminirani na neki način?
   - Kod zaštite i promicanja prava takvih skupina, 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 naoružane ili neke druge skupine?
- Mogu li aktivnosti postati predmet kriminalne eksploatacije?

3. **Posavjetujte se s različitim segmentima** pogođenog stanovništva ili organizacijama u koje imate povjerenja, sa svrhom procjene potencijalnim, pozitivnim i negativnim posljedicama, na cjelokupnu intervenciju i specifične aktivnosti.
4. **Oblik pružanja pomoći** može učiniti ljude ranjivijima. Vrijedna roba, kao što su suhi obroci, može biti predmet pljačke, koja može izložiti ljude opasnosti ili gladi. Tamo gdje postoji visok rizik, treba razmotriti druge oblike pomoći (na primjer, ponuditi tople obroke u javnim kuhinjama, ili centrima za hranu. Ugrožene zajednice treba konzultirati u svezi s tim na koji način žele da im se pruži pomoć.
5. **Okruženje u kojemu se pruža pomoć** ttrebalo bi biti sigurno, ukoliko je to moguće. Ljudi kojima je pomoć potrebna ne smiju biti primorani putovati ili putovati kroz opasna područja. Kampovi ili naselja trebaju što više biti sigurni 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 zaštiti, zaštiti svoju obitelj i zajednicu. Treba podržavati zajednice u samopomoći (vidjeti Načelo zaštite 3, smjernica 13-14, na 33-34. str.). 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 kontakata s naoružanim skupinama.
7. **Egzistencijalne potrebe:** treba pomoći ljudima u pronalaženju načina da zadovolje egzistencijalne potrebe. To npr. može biti vode, drva za ogrijev, goriva koja će ljudima pomoći da zadovolje svoje svakodnevne potrebe bez opasnosti i mukotrpnih putovanja. Ovo bi se više odnosilo na starije ljude, žene, djecu i osobe s invaliditetom.

Uporaba 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 reagirati ako saznaju ili budu svjedoci kršenja prava i o povjerljivosti s tim povezanih informacija. Članovi osoblja trebali bi znati kako napraviti izvješće o nekom događaju ili saznanju.
9. **Prijenos povjerljivih informacija:** informacije o kršenjima prava možda je bolje priopćiti sudionicima 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 biti dostupna i trebaju sadržavati izvješća o incidentima ili analizi trendova. Mora biti jasno navedeno na koji način treba rukovati osjetljivim informacijama i okolnostima pod kojima informacije treba iznijeti. Ukoliko je moguće organizacije trebaju tražiti da pojedinci pristanu na uporabu takvih informacija. Bilo kakvo iznošenje takve vrste

1. informacija treba izvest ina način da se izvor informacija ili osobe koje su s njima povezane ne dovedu u opasnost.
2. **Informacije o konkretnim zlouporabama i kršenjima prava** treba prikupiti samo ako je njihova namjena jasna i ako su definirane pojedinosti njihove namjeravane uporabe. Takve povjerljive informacije trebaju prikupiti organizacije s mandatom zaštite ili organizacije koje imaju potrebne kapacitete, vještine, sustave i postupke. Prikupljanje informacija je uslovljeno pristankom na pružanje takvih informacija i u svakom slučaju neophodna je suglasnost pojedinca da se te iste informacije dijele s trećom stranom.
3. **Treba procijeniti moguću reakciju vlade** ili relevantne razine vlasti na prikupljanje ili uporabu informacija o zlouporabi. Možda će se morati napraviti izbor između potrebe za nastavkom djelovanja, s jedne, i potrebe za uporabom informacija, s druge strane. Izbor između ove dvije alternative može biti različit od organizacije do organizacije.

Načelo zaštite 2. Ljudima treba omogućiti pristup nepristranoj pomoći – sukladno potrebama i bez diskriminacije.

Ljudi mogu pristupiti humanitarnoj pomoći prema njihovim potrebama i bez negativne diskriminacije. Pomoć nije uskraćena ljudima u potrebi, a pristup humanitarnim organizacijama pruža sve što je potrebno kako bi se zadovoljili Sphere standardi.

Načela se sastoje od sljedećih elemenata:

- Osigurati pristup humanitarnoj pomoći za sve skupine pogođenog stanovništva.
- Bilo kakvo namjerno lišavanje dijela stanovništva sredstava za život uvijek treba preispitati na temelju relevantnih propisa i općih humanitarnih načela kako je to opisano u Humanitarnoj povelji.
- Pogođeno stanovništvo prima pomoć na temelju svojih potreba i nije diskriminirano po bilo kojim temeljima.

Smjernice

Održavanje pristupa

1. **Tamo gdje stanovništvo nije u mogućnosti zadovoljiti svoje osnovne životne potrebe**, a mjerodavna tijela nisu u mogućnosti osigurati potrebnu pomoć, ne smije im se uskratiti nepristran pristup humanitarnoj pomoći. Takvo uskraćivanje može biti u suprotnosti s međunarodnim pravom, posebno u situacijama oružanog sukoba.
2. **Nadgledanje pristupa:** pažljivo pažljivo pratiti pristup pogođenog stanovništva humanitarnoj pomoći, posebno najugroženijoj skupini ljudi.
3. **Pristup humanitarnoj pomoći i sloboda kretanja** usko su povezani (vidjeti Načelo zaštite 3, smjernice 7 – 9, na 33. str.). Monitoring pristupa podrazumijeva prepreke kao što su kontrolne točke, blokade ili minska polja. Kada je riječ o oružanom sukobu, zaraćene strane mogu postaviti kontrolne

točke, 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 najugroženijim skupinama, uzimajući u obzir kontekst, 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 ljudima s invaliditetom. Ove mjere trebaju služiti da se izbjegne stigmatizacija ovih skupina (vidjeti Temeljni standard 3, smjernice 5 – 6, na 53-54. str.).

Odbijanje pomoći ili pristupu egzistencijalnim potrebama:

5. **Pravo na primanje humanitarne pomoći:** kako je i navedeno u Humanitarnoj povelji, pogođeno stanovništvo ima pravo primati humanitarnu pomoć. Ovo pravo proizilazi iz niza pravnih normi i pravila koja su dio međunarodnog prava. Točnije, 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 Ženevskih konvencija 1949. godine). Humanitarne organizacije mogu promovirati poštovanje relevantnih zakona (vidjeti, također, Načelo zaštite 3, smjernice 3-4, na 32. str.).

Osiguravanje nediskriminacije

6. **Nepristrasnost:** humanitarne organizacije trebaju dati prioritet ljudima kojima je potrebna pomoć na temelju njihovih potreba i osigurati pomoć proporcionalno njihovim potrebama. Ovo načelo nepristranosti potvrđeno je Kodeksom ponašanja za Međunarodni Crveni križ i Crveni polumjesec i nevladine organizacije za pomoć u katastrofama (vidjeti Dodatak 2, na 318. str., kao i Humanitarnu povelju, na 15. str.). Humanitarne organizacije ne trebaju se usredotočiti samo na određenu skupinu (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 dobiti humanitarnu pomoć i da bi se zaštitilo.

Načelo zaštite 3. Ljude treba zaštiti od tjelesnih i psihičkih povreda koje proizlaze iz nasilja i prisile

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

Načela se sastoje od sljedećih elemenata:

- Treba poduzeti sve potrebne mjere kako se ugroženo stanovništvo ne bi izložilo nasilnom napadu, bilo suočavanja sa izvorom opasnosti ili pružanja pomoći ljudima da izbjegnu opasnost.
- Treba 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).
- Treba se potruditi i pomoći ugroženima da se osjećaju sigurno, da vrate dostajanstvo, uključujući mehanizme samopomoći u danoj zajednici.

Smjernice

Zaštita od nasilja i prisile

1. **Primarna ogovornost zaštite ljudi** od prijetnji opasnih po život i njihovu sigurnost je na vladama i drugim mjerodavnim vlastima (vidjeti Humanitarnu povelju, na 15. str.). Za vrijeme oružanog sukoba, zaraćene strane moraju zaštiti civilno stanovništvo i one koji su položili oružje. Analizirajući značenje u smislu razlika u vrsti prijetnji stanovništvu, humanitarne organizacije trebaju ustanoviti tko ima pravnu odgovornost i/ili stvarnu sposobnost pružanja zaštite.
2. **Pomoć umanjuje druge prijetnje:** ovo podrazumijeva pružanje pomoći na takav način da se ljudi osjećaju zaštićeno i sigurno ili upućivanje ljudi da poduzmu korake (zagovaranjem ili na 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 trebaju se zalagati za prava ugroženog stanovništva zajedno s mjerodavnim vlastima i sudionicima, podsjećajući ih na njihove obveze. Mogu djelovati na različite načine, uključujući diplomaciju, lobiranje i javno zagovaranje, imajući na umu upute za upravljanje osjetljivim informacijama (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).
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 i treba da izvijeste o svakom napadu na njih. Organizacije, također, trebaju uložiti napore da smanje rizik 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 s mjerodavnim tijelima vlasti i organizacijama specijaliziranim za otklanjanje minskih polja i neeksplodiranih 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 čimbenici, čimbenici koji sudjeluju u provedbi zakona i vojni čimbenici** imaju značajnu ulogu u zaštiti ljudi od zlouporabe i kršenja njihovih prava. U konačnici, politika je ta koja moža naći rješenja za probleme koji su često u srži sigurnosnih pitanja, Sigurnosne agencije i agencije za provedbu zakona npr. policijske i vojne snage, uključujući i mirovne snage mogu i trebaju igrati važnu ulogu u osiguravanju tjelesne sigurnosti ljudi u rizičnim situacijama. Organizacije mogu upozoriti mjerodavne na kršenje prava. Takve intervencije s vojnim kontingentima, njihovim zapovjednicima ili mjerodavnim pod čijom kontrolom takve snage 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 neutemeljeno 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 trebaju se uključiti u evakuaciju samo iznimno i u ekstremnim slučajevima, i to onda kada se pomoć ili zaštita ne mogu pružiti na drukčiji način, a postoji ozbiljna 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 stanju u tim područjima.

Posebne ugroženosti od nasilja i prisile

10. **Ugrožene osobe:** treba obratiti pozornost na pojedinačne, društvene i kontekstualne čimbenike, kako bi se utvrdili oni koji su najosjetljiviji na određene rizike i prijetnje. Posebne mjere mogu biti potrebne za one koji se naročito suočavaju s 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. Obitelj i zajednica trebaju dati svoj doprinos kako bi djeca bila na sigurnom i zaštićena.
12. **Djeca, osobito kada su odvojena od svoje obitelji** ili su bez prisustva odrasle osobe, vrlo lako mogu biti zlostavljana ili iskorištavana u nepogodama ili sukobima. Organizacije trebaju poduzeti sve neophodne mjere kako bi djecu zaštitile da budu vojno regrutirana i ukoliko su povezani s vojnim snagama trebaju raditi na njihovom demobiliziranju ili reintegraciji.
13. **Žene i djevojke mogu biti pod naročitim rizikom** od rodno osnovanog nasilja. Kao doprinos zaštiti ovih skupina, humanitarne organizacije trebaju razmotriti mjere za smanjenje mogućih rizika, uključujući trgovinu ljudima, prisilnu prostituciju, silovanje ili nasilje u obitelji. 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 žene s invaliditetom, prisiljene na prostituciju, kako bi dobile humanitarnu pomoć.

Zajednica koja se zasniva na socijalnoj podršci i samopomoći

1. **Mehanizmi zaštite i psihosocijalne pomoći za obitelj i zajednicu**: treba promovirati održavanje obitelji na okupu, ljude učiti na koji način zaštiti djecu da ne dođu u situaciju da se odvoje od svoje obitelji, promovirati adekvatnu brigu o djeci i drugim članovima odvojenim od svoje obitelji. Gdje god je to moguće obitelj treba zadržati na okupu i omogućiti ljudima iz istog sela ili iz iste mreže podrške da žive na istom području.
2. **Treba podržavati zajednicu u aktivnostima samopomoći:** kao što su npr. skupine žena koje rade na rješavanju problema vezanih za nasilje nad ženama, skupina mladih koji se sami izdržavaju, skupine roditelja koje pružaju podršku pozitivnoj interakciji s djecom i briga za roditelje s djecom i djecom s posebnim potrebama, skupine mladih koji informiraju javnost o opasnostima kao što su npr. mine, skupine koje okupljaju ljude koji su izgubili roditelje, starije osobe i osobe s onesposobljenjima.

Načelo zaštite 4. Treba pomoći ljudima da ostvare svoja prava, pristupe liječenju i oporave se od zlostavljanja

Treba pomoći ugroženom stanovništvu da traži svoja prava kroz informacije, dokumentaciju i pomoć u potrazi za pravnim lijekom. Treba podržati ljude na odgovarajući način da se oporave od tjelesnog, psihičkog i socijalnog nasilja i drugih zlouporaba.

Načela se sastoje od sljedećih elemenata:

- Pomoći ugroženom stanovništvu da ostvare svoja prava i dođu do pravne pomoći u vladi 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 prava

1. **Vlada i druga mjerodavna tijela odgovorna su** za to da se prava ugroženih osoba ispoštuju i ostvare. Bilo kroz zakonske sustave ili na druge načine, humanitarne organizacije trebaju razmotriti kako pomoći ugroženom stanovništvu da ostvari svoja prava.
2. **Prava:** Organizacije trebaju informirati ugrožene osobe o njihovim pravima unutar određenog programa pomoći, a prema zakonima i propisima zemlje o kojoj je riječ. Posebnu pozornost treba obratiti na ponovno uspostavljanje prava ljudi na stanovanje, zemlju i imovinu.

3. **Informiranost i savjetovanje:** Ugroženo stanovništvo treba informirati kroz mjerodavna tijela i humanitarne organizacije na jeziku i na način koji mogu razumjeti. Trebali bi biti uključeni u smisleni proces savjetovanja koji se tiče odluka u svezi s njihovim životima, bez stvaranja dodatnih rizika (vidjeti Temeljni standardi 1, na 47. str.). Ovo je samo jedan od načina da postignu ostvarenje svojih prava.

Dokumentacija

4. **Pribaviti ili zamijeniti izgubljenu dokumentaciju**: Humanitarne organizacije trebaju pomoći ugroženom stanovništvu da pribave dokumentaciju ili zamjene izgubljenu dokumentaciju kako bi ostvarili svoja prava, generalno ljudi imaju prava bez obzira na to posjeduju li određenu dokumentaciju. Međutim, da bi imali pristup cijelom nizu prava, obično je potrebna neka vrsta dokumentacije ili identifikacije, kao što je rodni list, vjenčani list, putovnica ili zemljišni list. Pristup određenoj dokumentaciji često je važan nakon katastrofe, ali u većini zemalja, vlasništvo nije jasno dokumentirano zakonskim odredbama i može postati glavni kamen spoticanja. Treba organizirati izdavanje osmrtnica kako bi rodbina izbjegla financijske i pravne probleme. Osmrtnice je obično nemoguće osigurati kada je riječ o neceremonijalnom ukopu, takvu vrstu prakse treba izbjegavati.
5. **Pravna dokumentacija** koju je priznala vlada ili relevantna mjerodavna tijela ne smije se mješati s dokumentima koje su izdale humanitarne organizacije kao što su registracija, bonovi za hranu ili bonovi za prijevoz. Službena dokumentacija koju su izdale vlasti ne treba određivati tko ima pravo na pomoć humanitarnih organizacija.

Pristup pomoći

6. **Ljudi imaju pravo potraživati zakonske i druge naknade** od vlade i mjerodavnih tijela zbog ugrožavanja svojih prava. Ovo podrazumijeva i kompenzaciju za gubitak ili povrat imovine. Oni, također, imaju pravo očekivati da će počinitelji takvih prijestupa biti privedeni pravdi. Ovo može igrati važnu ulogu u povratku povjerenja među pogođenim stanovništvom. Humanitarne organizacije možda mogu ljudima pomoći da dođu do pravde 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 standard 3. Usluge temeljne zdravstvene zaštite: kontrola zaraznih bolesti, na 273. str. i standardi 1 – 2. Usluge temeljne zdravstvene zaštite: zdravstvena zaštita djece, na 278. – 279. str.).
8. **Tamo gdje se ljudima može pomoći** iz nevladinih izvora, treba pružiti pomoć na odgovarajući način da 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 prikladni pogrebi, vjerski obredi i kulturni i društveni običaji koji nisu štetni.

10. **Dječje aktivnosti:** zajednice treba poticati na organiziranje strukturiranih obrazovnih i zaštitnih aktivnosti za djecu na neformalne načine, kao što je obiteljski prostor, tamo gdje je to moguće. Mehanizmi zaštite kroz zajednicu podrazumijevaju aktivnosti samopomoći koje promoviraju psihosocijalnu dobrobit ljudi.
11. **Pomoć u organiziranju psihosocijalne pomoći:** za osobe koje su preživjele nasilje. Osobama koje su preživjele nasilje treba osigurati pristup duštvenoj mreži u zajednici i aktivnostima samopomoći. Socijalnu podršku u zajednici treba dopuniti i brigom o mentalnom zdravlju.
12. **Integrirani sustav za podršku:** organizacije koje rade na psihosocijalnoj podršci i mentalnom zdravlju u različitim sektorima trebaju surađivati kako bi izgradili jedan integrirani sustav podrške stanovništvu (vidjeti Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: mentalno zdravlje, na 288. str.).
13. **Klinička pomoć:** uspostaviti mehanizme za upućivanje teško bolesnih 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). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. 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. Geneva.

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 Insitute (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. Geneva. 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.

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. Geneva. 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.unhchr.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/.

Protuminsko 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-products products&productcatid=2448 Humanitarian Charter an.

Temeljni standardi

Kako koristiti ovo poglavlje

Temeljni standardi su esencijalni standardi procesnih normi koji su zajednički svim sektorima. Oni pružaju jedinstvenu referentnu točku za pristupe koji su temelj za sve standarde u Priručniku. Svako poglavlje stoga zahtijeva popratnu uporabu standarda kako bi se dostigli specifični standardi.

Postoji šest temeljnih standarda:

- djelovanje u situaciji katastrofe, usmjereno ka ljudima,
- koordiniranje i suradnja,
- procjena,
- osmišljavanje i odgovor na pomoć,
- izvedba, transparentnost i učenje,
- učinkovitost humanitarnih djelatnika.

Svaki temeljni standard struktuiran je na sljedeći način:

Temeljni standard: po prirodi je kvalitativan i određuje razinu koju treba postići humanitarnim odgovorom.

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

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

Smjernice: uključuju određene točke koje treba uzeti u obzir pri primjeni temeljnih standarda, ključnih mjera i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. Treba 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: temeljni standardi pokrivaju ogromne raspone u korisničkim zahtjevima i sadržajima. Mjerljive i vremenski ograničene specifikacije za svaki pokazatelj visoko su sadržajne i specificirane po sektorima. Korisnici trebaju prihvatiti ključne pokazatelje kao prikladne u konkretnim situacijama.

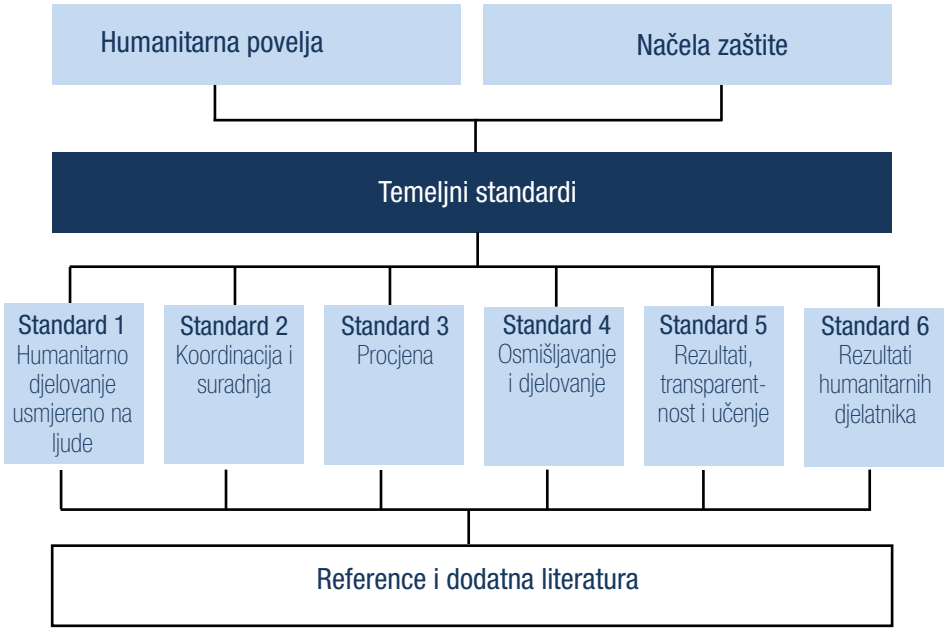
Popis odabranih referenci i dodatne literature nalazi se na kraju ovog poglavlja.

Kazalo

Uvod 45

Temeljni standardi.....47

Refrence i dodatna literatura 63


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Standard 1
Humanitarno djelovanje usmjereno na ljude
Standard 2
Koordinacija i suradnja
Standard 3
Procjena
Standard 4
Osmišljavanje i djelovanje
Standard 5
Rezultati, transparentnost i učenje
Standard 6
Rezultati humanitarnih djelatnika
Reference i dodatna literatura

Uvod

Temeljni standardi opisuju ključne postupke za postizanje svih minimalnih standarda Projekta Sphere. Oni praktičnopredstavljaju načela minimalnih Spheres tandarda i temelj su prava za osobe pogođene sukobom ili katastrofom, kako bi pomogli ljudima da žive život dostojan čovjeka. Temeljni standardi određuju minimalnu razinu pomoći koju trebaju pružiti (što se i vidi iz ključnih pokazatelja) humanitarne organizacije, bez obzira na to jesu li to organizacije na razini zajednice ili na lokalnoj, nacionalnoj ili međunarodnoj razini.

Temeljni standardi, također, povezani su s drugim ključnim inicijativama odgovornosti, promicanjem koherentnosti i jačanjem zajedničke odgovornosti. Na primjer, Standardi odgovornosti i upravljanja kvalitetom Inicijative partnerstva za humanitarnu odgovornost (Humanitarian Accountability Partnership – HAP) iz 2010. godine, a temeljni standardi sadrže komplementarne zahtjeve. Standardna učinkovitost humanitarnih radnika sukladna je Kodeksu 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) jesu informacije za Temeljne standarde 1 i 5. Temeljni standardi prate Temeljne standarde u INEE-u (Međuagencijska mreže za obrazovanje u hitnim situacijama) i Minimalne standarde za obrazovanje: pripravljenost, intervencija i oporavak.

Važnost temeljnih standarda za sve sektore

Prvi temeljni standard prepoznaje da su sudjelovanja svih ljudi pogođenih katastrofom – žena, muškaraca, djevojčica i dječake svih uzrasta – i njihovu spremnost i strategije za preživljanjem na dostojanstven način, ključni su element u humanitarnom djelovanju. Drugi temeljni standard predstavlja potrebu za učinkovitim odgovorom na katastrofu kroz koordinaciju s drugim organizacijama i mjerodavnim tijelima vlasti, uključenim u nepristranu humanitarnu pomoć.

Treći temeljni standard opisuje nužnost sistematične procjene u shvaćanju prirode katastrofa, identificiranje tko je i na koji način pogođen katastrofom i pristup ljudskoj ranjivosti i kapacitetima. On prepoznaje kritičnu važnost u razumijevanju potreba u odnosu na politički, socijalni, ekonomski i ekološki kontekst i na širu populaciju. Organizacije koje postižu Temeljni standard 4 svoj djelovanje u situacijama katastrofa osnivaju na nepristranoj procjeni potreba, rješavanju neispunjenih potreba u odnosu na sadržaj i sposobnost pogođenih ljudi i država da zadovolje svoje potrebe.

Peti temeljni standard postiže organizacija koja neprestano propituje učinkovitost, kvalitetu i primjerenost svog djelovanja. Organizacije prilagođavaju svoje strategije sukladno praćenju informacija i povratnim informacijama od ljudi pogođenih katastrofom, kao i razmjenom informacija o njihovom radu. Ulažu u

nepristrane preglede i evaluacije i koriste sredstva kako bi poboljšali svoj način rada i aktivnosti.

Šesti temeljni standard govori o tomu da humanitarne organizacije imaju obvezu prema ljudima pogođenim katastrofom da uposle osoblje s odgovarajućim znanjem, vještinama, ponašanjem i stavovima i time učinkovito pruže pomoć.

Ranjivost

Sphere je usmjeren na osiguranje hitnih životnih potreba ljudi pogođenih katastrofom ili sukobom. Međutim, temeljni standardi mogu također podržati spremnost na katastrofe i pristupe koji smanjuju buduće rizike i ranjivosti, ojačati sposobnosti i promoviranje ranog oporavka. Kod takvih pristupa treba uzeti u obzir i utjecaj na okoliš i šire i oni se veoma važni za potrebe domaće i šire populacije.

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 tjelesnih, društvenih, političkih čimbenika ili utjecaja na okoliš. Može ih društvo marginalizirati 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 s kojima se suočavaju da bi došli do humanitarne pomoći, od suštinskog značaja je pomoć pružiti onima kojima je najpotrebnija.

Osnovni standardi

Temeljni standard 1. Djelovanje u slučajevima katastrofa, usredotočeno na ljude.

Sposobnost i strategije ljudi da dostojanstveno prežive važni su za planiranje i pristup djelovanju u situacijama katastrofa.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Treba podržati lokalne kapacitete identificiranjem društvenih skupina i društvenih mreža što je prije moguće i graditi inicijative samopomoći u zajednici (vidjeti smjernicu 1).
- Treba uspostaviti sistematične i transparentne mehanizme putem kojih ljudi pogođeni katastrofom ili sukobom mogu dobiti redovite povratne informacije putem programa (vidjeti smjernicu 2).
- Treba osigurati uravnoteženu zastupljenost ranjivih osoba u raspravama sa stanovništvom pogođenim katastrofom (vidjeti smjernicu 3).
- Pogođenom stanovništvu treba pružiti informacije o organizaciji, njihovim projektima i ljudskim pravima na prikladan način i odgovarajućim jezikom (vidjeti smjernicu 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 pravodobno (vidjeti smjernicu 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 treba osmisliti tako da se ispoštuju kulturni, duhovni i tradicionalni običaji koji su važni za lokalno stanovništvo (vidjeti smjernicu 7).
- Treba postupno poticati ljude pogođene katastrofom na donošenje odluka i postupno preuzimanje programa tijekom djelovanja u situacijama katastrofa.

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Strategije projekta su eksplicitno povezane s kapacitetima zajednice i inicijativama.
- Ljudi pogođeni katastrofom doprinose ili aktivnu sudjeluju na sastancima na kojima se donose odluke o tome kako organizirati i implementirati odgovor na nesreću.
- Postupno povećati broj incijativa samopomoći predvođenih zajednicom i lokalnom vlašću dok traje intervencija na nesreću.
- Organizacije su istražile, i po potrebi, postupile po prigovorima koji su se ticali pružanja pomoći.

Smjernice

1. **Lokalni kapaciteti:** ljudi pogođeni katastrofom posjeduju i stječu vještine, znanje i u stanju su nositi se s posljedicama katastrofe, odgovoriti na te posljedice i oporaviti se od njih. Aktivno sudjelovanje u humanitarnoj pomoći od temeljnog je značaja kada je riječ o pravu ljudi na dostojanstven život, kako je to i navedeno u načelima 6 i 7 Kodeksa ponašanja za Crveni križ i Crveni polumjesec i nevladine organizacije za oporavak od katastrofa (vidjeti Dodatak 2, str. 318). Samopomoć i inicijative doprinose psihološkoj i socijalnoj dobrobiti kroz vraćanje dostojanstva i stupanj kontrole pogođenog stanovništva. Pristup socijalnoj, financijskoj, kulturološkoj i emocionalnoj pomoći kroz širu obitelj, religijske mreže i rituale, prijatelje, škole i aktivnosti u zajednici pomažu ponovnom uspostavljanju samopoštovanja i identiteta pojedinca i zajednice, smatrajući ugroženost i jačajući otpornost. Lokalnom stanovništvu treba pomoći da prepoznaju značaj i, ako je potrebno, da se ponovno aktiviraju ili uspostave mrežu i skupine podrške za samopomoć. Omjer u kojem ljudi sudjeluju i način na koji oni to rade bit će određen time koliko davno je došlo do katastrofe i fizičkim, društvenim i političkim okolnostima. Pokazatelji udjela iz toga razologa trebaju biti izabrani sukladno sadržaju i predstavljeni svakome tko je pogođen katastrofom. Lokalno stanovništvo obično prvo reagira na katastrofe, pa je čak i djelovanje u ranoj fazi moguće. Izraziti napori da se slušaju, savjetuju i angažiraju ljudi u ranoj fazi povećat će kasniju kvalitetu programa i zajedničko upravljanje.
2. **Povratni mehanizmi** osiguravaju sredstva za sudjelovanje ljudi pogođenih katastrofom u provedbi planiranja i implementaciji programa (vidjeti HAP-ovo mjerilo „sudjelovanje“). To podrazumijeva grupne rasprave, ankete, intervjue i sastanke o „praktičnim iskustvima“ s reprezentativnim uzorkom cjelokupno pogođenog stanovništva (vidjeti ECB-ov vodič „Good Enough“ za alate i smjernice 3-4). Kao odgovor na dobivene informacije, rezultate i aktivnosti organizacije treba sistematski podijeliti s pogođenim stanovništvom.
3. **Udio predstavnika:** Razumijevanje i rješavanje prepreka s kojima se ljudi suočavaju od ključnog su značaja za uravnoteženo sudjelovanje. Potrebno je poduzeti mjere kako bi se osigurao udio svih ugroženih skupina mladih i starijih osoba, muškaraca i žena. Treba uložiti posebne napore da se uključe oni koji nisu dovoljno zastupljeni, marginalizirani (npr. na temelju nacionalnost ili religija) ili koji su „nevidljivi“ na neki drugi način (npr. vezani za kuću ili smješteni u neku instituciju). Sudjelovanje mladeži i djece treba promovirati onoliko koliko je to u njihovom interesu i potrebno je poduzeti mjere kako ne bi bili izloženi nasilju ili zlostavljanju.
4. **Razmjena informacija:** Ljudi imaju pravo na točne i ažurirane informacije o aktivnostima poduzetim u njihovo ime. Informacije mogu smanjiti tjeskobu i od temeljne su važnosti za odgovornost zajednice i vlasništvo. Najmanje što se može uraditi jest da bi organizacije trebale dati opis mandata i projekta organizacije, prava i benificije stanovništva, te kada i gdje najlakše pristupiti pomoći (vidjeti HAP-ovo mjerilo „pružanje informacije“). Najpogodniji načini za pružanje informacija su oglasne ploče, javni skupovi, škole, novine i radio emisije. 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, npr. korištenjem verbalne komunikacije ili slika za djecu i odrasle koji su nepismeni, uz jednostavno izražavanje, (tj. razumljivo jednom dvanaestogodišnjaku) i koristiti

velika slova za osobe sa oštećenim vidom. Sastanke treba organizirati tako da i osobe oštećenog sluha mogu sudjelovati 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 sudjelovanje na javnim događajima ograničeno kulturološkim normama. Predvidjeti i igraonice za djecu gdje bi se djeca družila, igrala i razvijala.
6. **Prigovori:** ljudi imaju pravo žaliti se na organizaciju i mogu tražiti odgovore na prigovore (vidjeti 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 pogreb 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.

Temeljni standard 2. Koordinacija i suradnja

Humanitarno djelovanje planira se i provodi u suradnji s mjerodavnim tijelima, humanitarnim organizacijama i organizacijama civilnog društva koji zajednički rade na humanitarnim aktivnostima da bi tako povećali učinkovitost, pokrivenost i uspješnost.

Ključno aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Treba sudjelovati u općim i svim važećim sektorskim mehanizmima kordinacije od samog početka (vidjeti smjernice 1-2).
- Treba se informirati o odgovornostima, ciljevima i koordinacijskoj ulozi države i drugih koordinacijskih skupina gdje postoje (vidjeti smjernicu 3).
- Osigurati koordinacijskim skupinama podatke o mandatu organizacije, o ciljevima i programu.
- Treba podijeliti informacije o procjeni s relevantnim koordinacijskim skupinama pravodobno i na način da ih druga humanitarna organizacija može odmah primijeniti (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.).
- Informacije o programu drugih organizacija koristiti u svrhu izvještavanja, analiza, izbora zemljopisnog područja i odgovora na planove.
- Redovito izvještavati koordinacijske skupine o napretku, o nekom duljem kašnjenju programa, o organizacijskim nedostacima ili rezervnim kapacitetima (vidjeti smjernicu 4).
- Surađivati s drugim humanitarnim organizacijama na jačanju zastupljenosti na zajedničkim kritičnim humanitarnim pitanjima.
- Uspostaviti jasnu politiku i aktivnosti koje se tiču angažmana organizacije s nehumanitarnim akterima, temeljenu na humanitarnim načelima i ciljevima (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Izvješća o procjeni i informacije o programskim planovima i napretku redovito se dostavljaju relevantnim koordinacijskim skupinama (vidjeti smjernicu 4).
- Humanitarne djelatnosti ostalih agencija u istom zemljopisnom i sektorskom području ne treba duplirati.
- Obveze preuzete na kordinacijskim 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 djelovanja:** za pokrivenost adekvatnog programa, pravodobnost i kvalitetu programa potrebno je zajedničko djelovanje. Aktivno sudjelovanje i napori uloženi u koordinaciju omogućavaju koordinatorima da pravodobno uspostave jasnu raspodjelu posla i odgovornosti, da procijene na koje se potrebe odgovorilo, smanje dupliranje i navedu nedostatke u pokrivenosti i kvaliteti. Koordinacijske intervencije u situacijama katastrofa pavodobne zajedničke procjene organizacija i razmjena informacija umanjit će opterećenost kod ljudi pogođenih katastrofom, od kojih bi u suprotnom različiti timovi za procjenu tražili jedne te iste informacije. Suradnja, razmjena resursa i opreme, te optimizacija kapaciteta zajednice, susjednih zajednica, lokalne vlasti, donatora i humanitarnih organizacija s različitim mandatima i stučnosti potrebne su gdje god je to moguće. Sudjelovanjem u mehanizmima koordinacije prije katastrofe, uspostavljaju se odnosi i poboljšava koordinacija tijekom odgovora na istu. Lokalne civilne organizacije i vlasti ne mogu sudjelovati ako su mehanizmi koordinacije relevantni samo za međunarodne organizacije. Poštovati korištenje lokalnog jezika kako na sastancima tako i za razmjenu drugih informacija. Prepoznati koji su to lakalni akteri civilnog društva i mreže uključene u intervenciju i potaknuti druge lokalne i međunarodne humanitarne organizacije na sudjelovanje. Članovi osoblja koji predstavljaju organizaciju na koordinacijskim sastancima trebaju imati odgovarajuće informacije, vještinu i ovlasti kako bi dali svoj doprinos planiranju i donošenju odluka.
2. **Zajednički mehanizmi koordinacije** podrazumijevaju sastanke - opće sastanke (za sve programe), sektorske (npr. posvećene pitanjima zdravlja) i međusektorske (npr. o rodnim pitanjima) i mehanizme 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, te 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 sudjelovanju utjecat će na kvalitetu 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 sudjeluju trebaju zagovarati poboljšanje mehanizama.
3. **Koordinacijske uloge:** Uloga države pogođene katastrofom je 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 koodinacije ukoliko je, na primjer, državna vlast odgovorna za nasilje i zlostavljanje ili ukoliko njihova pomoć nije nepristrana ili ukoliko je država spremna igrati ulogu koordinatora, a za to nema potrebne kapacitete. U takvim situacijama lokalne vlasti mogu voditi zajedničke ili posebne sastanke s Ujedinjenim narodima i nevladinim organizacijama. Mnogo velikih humanitarnih kriza sada se koordinira kroz „timski pristup", sa skupinama organizacija koje djeluju u istom sektoru pod vodstvom vodeće organizacije.

4. **Učinkovitost razmjene podataka** povećat će se ukoliko je informacija jednostavna za korištenje (razumljiva, relevantna, kratka) i ukoliko prati svjetske humanitarne protokole, koji su tehnički kompatibilni s podacima drugih organizacija (vidjeti Temeljni standardi 3, na 61. str.). Učestalost razmjene podataka ovisi od organizacije i specifičnosti sadržaja i treba biti brza kako bi ostala relevantna. Osjetljive informacije treba sačuvati u tajnosti (vidjeti temeljne standarde 3 – 4, na 52 – 55. str.).

5. **Vojni i privatni sektor:** Privatni sektor i međunarodna i državna vojska ulažu, 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 sigurnosne rizike. Vojska treba biti na usluzi, vođena humanitarnim organizacijama i sukladna prihvaćenim smjernicama. Neke organizacije zadržat će minimalni kontakt, kako bi se osigurala operativna učinkovitost (npr. temeljni program razmjene informacija), dok druge organizacije mogu uspostaviti snažniji kontakt (npr. uporabu vojne imovine). U svakom slučaju, humanitarne organizacije moraju se jasno razlikovati od vojnih snaga, kako bi se izbjegla bilo kakva stvarna ili percipirana povezanost s političkim ili vojnim programom, koji bi mogao ugroziti kredibilitet organizaciji, neovisnost, sigurnost i pristup pogođenom stanovništvu. Privatni sektor može doprinijeti komercijalnoj učinkovitosti, komplementarnoj ekspertizi i resursima za humanitarne organizacije. Potrebna je razmjena informacija kako bi se izbjeglo dupliciranje i kako bi se promovirala dobra humanitarna praksa. Privatno-humanitarni partnerski odnosi moraju se koristiti isključivo u humanitarne svrhe.

Temeljni standard 3. Procjena

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

Ključno aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Treba odmah pronaći i koristiti informacije o lokalnim humanitarnim kapacitetima iz vremena prije nesreće, za pogođeno stanovništvo i širu populaciju, sadržaje i druge prethodno postojeće čimbenike koji mogu povećati osjetljivost ljudi na katastrofu (vidjeti smjernicu 1).
- Odmah početi s provedbom procjene, upotpuniti informacije iz vremena prije katastrofe, kako bi se započelo s promjenama i kako bi se identificirali novi čimbenici koji bi stvorili ili povećali ranjivost (vidjeti smjernicu 2).
- Uraditi brzu procjenu što je prije moguće, pravodobno prateći naknadne detaljnije procjene, ukoliko to situacija dozvoljava (vidjeti smjernicu 3).
- Treba razvrstati podatke o stanovništvu prema spolu i starosnoj dobi (vidjeti smjernicu 4).
- Saslušati sve ljude uključene u procjenu – žene i muškarce svih dobi, djevojčice i dječake i druge osobe pogođene nesrećom kao i širu populaciju (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str. i smjernice 5 – 6).
- Sudjelovati u multisektorskoj, zajedničkoj ili međuorganizacijskoj procjeni gdje je to moguće.
- Prikupiti informacije sustavno, koristeći razne metode, razvrstajte informacije prikupljene iz brojnih izvora i agencija i dokumentirati podatke onako kako su i prikupljeni (vidjeti smjernicu 7).
- Treba procijeniti vještine i kapacitete suočavanja, resurse i strategije za oporavak osoba pogođenih nesrećom (vidjeti smjernicu 8).
- Procijeniti planove odgovora i sposobnosti države.
- Procijeniti utjecaj nesreće na psihosocijalno stanje osoba i zajednica.
- Procijeniti trenutačne i potencijalne sigurnosne probleme stanovništva pogođenog katastrofom i humanitarnih radnika, uključujući i potencijalno pogoršanje sukoba ili stvaranje napetosti između katastrofom pogođenog i domaćeg stanovništva (vidjeti smjernicu 9).
- Pravodobno učiniti dostupnim podatke do kojih se došlo u tim procjenama, i to u obliku koji je dostupan drugim humanitarnim organizacijama (vidjeti Temeljni standard 2, na 49. str. i smjernicu 10).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Procijenjene potrebe izričito povezati s kapacitetima pogođenog stanovništva i djelovanjem države u situaciji katastrofe.

- Brza i detaljna izvješća sadrže stavove predstavnika svih pogođenih osoba, uključujući i pripadnike ranjivih skupina i okolnog stanovništva.
- Izvješća o procjeni sadrže podatake podijeljene prema spolu i dobnim kategorijama.
- Detaljna izvješća o procjeni sadrže informacije i analizu ranjivosti, konteksta i sposobnosti.
- Koriste se procjene koje su usuglašene i široko prihvaćene.
- Brza procjena propraćena je temeljitom 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, gospodarskom, sigurnosnom, koji se tiče sukoba i okoliša) i ljudima (kao što su njihov spol, dob, zdravstvo, 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 mrežnim-platformama, te platforme mobilnih telefona (kao što je Ushahidi) također su relevantni izvori informacija u bazama podataka.
2. **Početne procjene:** obično se provode u prvim satima nakon nesreće, i mogu se temeljiti gotovo isključivo na neprovjerenim i već postojećim podacima. One su neophodne za informiranje o neposrednoj pomoći i treba ih odmah podijeliti.
3. **Postupne procjene:** procjena je proces, a ne jedan događaj. Početne i brze procjene pružaju temelj za naknadne detaljne procjene, kojima se produbljuju (ali ne ponavljaju) raniji nalazi procjene. Treba biti pažljiv budući da ponovne procjene osjetljivih pitanja zaštite, kao što je rodno nasilje, mogu donijeti više štete nego koristi za zajednicu i pojedince.
4. **Razvrstavanje podataka:** detaljno razvrstavanje podataka rijetko je moguće u početku, ali je od presudne važnosti da se identificiraju različite potrebe i prava djece i odraslih osoba svih starosnih dobi. Čim prilike dopuste, razvrstati prema spolu i dobi djecu 0 – 5 godina muško/žensko, 6-12 godina muško/žensko i 13-17 godina muško/žensko, a u kategorijama u rasponu od 10 godina starije osobe, na primjer 50-59 godina muško/žensko; 60-69 godina, muško/žensko, 70-79 godina, muško/žensko, stariji od 80 godina, muško/žensko. Za razliku od fiziološki povezanih grupacija prema starosnoj dobi u poglavlju zdravstva, ove grupacije formirane su na temelju razlika povezanih s nizom prava, socijalnih i kulturnih pitanja.
5. **Reprezentativne procjene:** procjene na temelju potreba pokrivaju sve dijelove stanovništva pogođenog katastrofom. Potrebni su posebni napori za procjenu ljudi na teško dostupnim mjestima, npr. ljudi koji nisu u kampovima, koji se nalaze u teško dostupnimz zemljopisnim područjima ili u drugim obiteljima 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 mladež, koji mogu biti korišteni

kao djeca-vojnici ili podvrgnuti nasilju na temelju spola. Izvori primarnih informacija podrazumijevaju izravno promatranje, diskusije u fokusnim skupinama, ankete i razgovore sa širokim rasponom ljudi i skupina (kao što su, npr. lokalne vlasti, lideri zajednica - muškarci i žene, stariji muškaraci i žene, zdravstveni djelatnici, nastavnici i drugi radnici u obrazovanju, trgovci i druge humanitarne organizacije). Otvoreni razgovori mogu biti teški ili opasni za neke ljude. Poseban razgovor s djecom, jer je vjerojatno da neće razgovariti pred odraslim, može dovesti djecu u opasnost. U većini slučajeva, sa ženama i djevojkama trebalo bi razgovarati u odvojenim prostorijama. Humanitarni djelatnici angažirani na sustavnom prikupljanju informacija od ljudi koji su bili zlostavljani ili koji su pretrpjeli nasilje moraju imati vještine i sustave koji omogućuju da se to odradi sigurno i na odgovarajući način. U područjima sukoba, informacije se mogu zlouporabiti i to može dovesti ljude u rizične situacije ili ugroziti rad organizacija. Informacije o pojedincima mogu se podijeliti s drugim humanitarnim organizacijama ili relevantnim organizacijama samo uz njihovu suglasnost (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.). Neće biti moguće odmah pristupiti procjeni svih pogođenih katastrofom: isključena područja ili skupine treba jasno navesti u izvješću o procjeni i vratiti se što je prije moguće.

6. **Procjena ranjivosti:** rizici s kojima se ljudi suočavaju nakon katastrofa različiti su za različite skupine i pojedince. Neki ljudi mogu biti ranjivi zbog individualnih čimbenika kao što su dob (osobito vrlo mlade i stare osobe) i bolesti (posebno osobe koje žive s HIV-om i AIDS-om). No, individualni čimbenici sami po sebi automatski ne povećavaju rizik. Treba procijeniti socijalne i kontekstualne čimbenike koji doprinose 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 gospodarenja, narodnosti, klase ili kaste i vjerske ili političke pripadnosti. Naknadne detaljnije procjene identificirat će potencijalne opasnosti u budućnosti, kao što su promjene rizika koji se tiču degradacije okoliša (npr. erozije tla i krčenja šuma) i klimatskih promjena i geologije (npr. ciklona, poplava, suša, klizišta i porasta razine mora).

7. **Prikupljanje podataka i kontrolnih popisa:** 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 pozornost na povezanost s drugim pojedinačnim sektorima, sigurnosnim i procjenama koje se tiču više sektora. Treba bilježiti izvore podataka i razine razvrstavanja i od samog početka dokumentirati smrtnost i oboljelost djece ispod pet godina. Mnogi popisi za provjeru dostupni su, na temelju dogovorenih humanitarnih standarda (vidjeti popise u prilozima nekih tehničkih poglavlja). Oni će poboljšati usklađenost i dostupnost podataka drugim organizacijama i time osigurati da sva ključna područja budu ispitana, te smanjiti organizacijsku i individualnu pristranost. Zajednički format međuagencijske procjene je možda razvijen i prije katastrofe ili dogovoren za vrijeme intervencije. U svim slučajevima, procjene trebaju pojasniti ciljeve i metodologije koje se koriste i stvaraju nepristrane informacije o utjecaju katastrofe 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 djelatnike osposobljene za prikupljanje osjetljivih podataka i za komunikaciju s djecom, što je prije moguće. Timovi trebaju uključivati ljude koji poznaju jezik(e) i lokalitet(e) i koji su u stanju s ljudima komunicirati na kulturno prihvatljiv način.

8. **Procjena sposobnosti:** zajednice imaju kapacitete za suočavanje i oporavak (vidjeti Temeljni 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 ljudi 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 Načelo zaštite 3, na 32. str.).
10. **Razmjena procjena:** Izvješća o procjenama pružaju vrijedne informacije drugim humanitarnim organizacijama, formiraju osnovne podatke i povećavaju transparentnost odluka kada je riječ o djelovanju u situacijama katastrofa. Bez obzira na razlike u vrstama organizacije, izvješća o procjeni trebaju biti jasna i sažeta, trebaju omogućiti korisnicima da identificiraju prioritete za djelovanje i opisati njihovu metodologiju u predstavljanju pouzdanosti podataka i ako je potrebno omogućiti usporednu analizu.

Temeljni standard 4. Osmišljavanje i djelovanje

Humanitarno djelovanje zadovoljava procijenjene potrebe stanovništva pogođenog katastrofom sukladno kontekstu, rizicima s kojima se ljudi suočavaju i sposobnošću ugroženih ljudi i države da se izbore i oporave.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Osmisliti program koji se temelji na nepristranoj procjeni potreba, kontekstu, rizicima s kojima se ljudi suočavaju i kapacitetima pogođenog stanovništva (vidjeti Temeljni standard 3, na strani 52);
- Osmisliti program kako bi se zadovoljile potrebe koje ne može ili ne želi zadovolji država ili žrtve katastrofe (vidjeti smjernicu 1).
- Prednost dati aktivnostima, kao što su spašavanje života, koje se bave hitnim osnovnim potrebama i preživljavanjem neposredno nakon katastrofe.
- Koristiti klasifikacijske procjene, analizirajući način na koji je katastrofa pogodila pojedince i cijelo stanovništvo, te osmisliti program kako bi se zadovoljile njihove pojedinačne potrebe.
- Osmisliti odgovor, tako da ranjivi ljudi imaju potpuni pristup uslugama koje se tiču pomoći i zaštite (vidjeti smjernicu 2).
- Treba se uvjeriti da program i pristup podržavaju sve aspekte dostojanstva kod pojedinaca i stanovništva pogođenog katastrofom (vidjeti Temeljni standardi 1, na str. 47 i smjernicu 3);
- Analizirati sve kontekstualne čimbenike koji povećavaju ranjivost ljudi, osmislite program za postupno smanjenje ranjivosti (vidjeti Temeljni standardi 3, na str. 52 i smjernicu 4);
- Osmisliti program kako bi se smanjili rizici ugrožavanja ljudi, pogoršavanja dinamike sukoba ili stvaranja nesigurnosti ili mogućnosti za eksploataciju i zlostavljanje (vidjeti smjernicu 5 i Načelo zaštite 1, na str. 28);

- Postupno zatvoriti jaz između procijenjenih uvjeta i minimalnih standarda projekta Sphere, ispunjavanjem ili premašivanjem Sphere pokazatelja (vidjeti smjernicu 6).
- Osmisliti programe koji promoviraju rani oporavak, smanjuju rizik i povećavaju sposobnost pogođenih osoba da spriječe, minimiziraju ili se bolje suoče s eventualnim čimbenicima budućih opasnosti (vidjeti smjernicu 7).
- Kontinuirano prilagođavati program da bi se održala relevantnost i prikladnost (vidjeti Temeljni standard 5, na str. 58).
- U ranim fazama implementacije programa unaprijediti održivi oporavak planiranjem i kreiranjem izlaznih strategija s pogođenim stanovništvom.

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Nacrt projekta temelji se na analizi specifičnih potreba i rizika s kojima se suočavaju različite skupine ljudi.
- Nacrt projekta odnosi se na jaz između potreba ljudi, odnosno njihove vlastite sposobnosti ili sposobnosti države da ih zadovolji.
- Nacrt projekta revidira se kako bi odrazile promjene u kontekstu, rizicima, potrebama i sposobnosti ljudi.
- Nacrt projekta uključuje smanjenje ranjivosti kod ljudi i eventualnim budućim katastrofama i povećanje njihove sposobnost za upravljanjem i suočavanjem sa istim.

Smjernice

1. **Potpora postojećim kapacitetima:** Primarna uloga i odgovornost države je pružanje pravodobne pomoći i zaštite ljudi pogođenim katastrofom (vidjeti Humanitarnu povelju, paragraf 2, str. 16). Treba intervenirati ako pogođeno stanovništvo i/ili država nemaju dovoljno kapaciteta da odgovore na katastrofu (osobito u samom početku) ili ako država ili vlasti koje provode kontrolu aktivno diskriminiraju određene skupine ljudi i/ili pogođena područja. U svakom slučaju, sposobnosti i namjere države prema svim pripadnicima zahvaćenog stanovništva uslovljavaju razmjere i vrste humanitarne pomoći.
2. **Pristup:** pomoć se pruža onima kojima je potrebna, bez diskriminacije (pogledajte Načelo zaštite 2 na stranici 30). Pristup pomoći i sposobnost ljudi da ju koriste i ostvare dobrobiti od pomoći povećava se kroz pružanje pravodobnih informacija te kroz rješenja koja odgovaraju njihovim specifičnim potrebama i kulturnim i sigurnosnim pitanjima (na primjer, posebni redovi za starije osobe ili žene s djecom pri distribuciji hrane). Ovo se poboljšava sudjelovanjem 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 sustavski prate. Aktivnosti 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 temeljnim uslugama, sigurnosti i poštovanju 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 ostvarivanju prava ljudi na dostojanstven život.

4. **Kontekst i ranjivost:** Društveni, politički, kulturni, ekonomski sukobi i prirodno okruženje čimbenici su koji mogu povećati ljudsku osjetljivost na katastrofe. Promjene u okolnosti kod ljudi mogu dovesti do nove vrste ranjivosti (vidjeti Temeljni standardi 3). Ranjivi ljudi mogu se suočiti s nizom čimbenika istodobno (npr. stariji ljudi koji su pripadnici marginaliziranih etničkih skupina). Uzajamnim djelovanjem osobnih i kontekstualnih čimbenika pojačava se rizik. Zato treba analizirati 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, zlouporabe ili pronevjere pomoći. Glad može biti oružje rata (npr. namjerno smanjenje broja stanovnika na području ili prisiljavanje prijenosa imovine). Podrška može negativno utjecati na širu populaciju i pojačati nejednake odnose moći između različitih skupina, uključujući i muškarce i žene. Pažljivom analizom i osmišljavanjem može se smanjiti potencijal da pomoć poveća sukobe i nesigurnosti (uključujući i razdoblja prirodnih katastrofa). Planiranje treba osigurati ravnopravnu distribuciju i nepristrano usmjeravanje pomoći. Treba zaštititi sigurnost i dostojanstvo ljudi poštujući povjerljivost osobnih podataka. Na primjer, 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 (vidjeti Temeljni standard 3, na stranici 52).

6. **Postizanje minimalnih Sphere standarda:** Vrijeme potrebno za postizanje minimalnih standarda ovisit će od konteksta, tj. od sredstava, pristupa, nesigurnosti i životnog standarda u području prije katastrofe. Može doći do napetosti ako ugroženo stanovništvo dostiže standarde koji premašuju standarde lokalne i/ili šire populacije, ili to čak može i pogoršati njihovo stanje. Treba razvijati strategije kako bi se smanjile različitosti i rizici, kao što je, na primjer, ublažavanje negativnih utjecaja intervencije na okoliš i gospodarstvo i zagovaranje povećanja standarda lokalnog stanovništva. Treba povećati obujam humanitarnog djelovanja i uključiti lokalno stanovništvo, gdje god i kada god je to moguće.

7. **Rani oporavak i smanjenje rizika:** Što je prije moguće, treba poduzeti mjere kako bi se ojačali lokalni kapaciteti, treba raditi s lokalnim resursima i obnoviti uslužne djelatnosti, obrazovanje, tržište i životne mogućnosti promovirat će rani gospodarski oporavak i sposobnost ljudi da upravljaju situacijom nakon što se pomoć izvana završi (Temeljni standard 1). U najmanju ruku, humanitarna intervencija ne bi trebalo da naudi ili ugrozi kvalitetu života za buduće generacije i nenamjerno doprinese budućoj opasnosti (npr. kroz krčenje šuma i neodrživo korištenje prirodnih resursa). Nakon što se neposredne prijetnje životima stabiliziraju, treba analizirati sadašnje i (višestruke) potencijalne buduće opasnosti (kao što su one koje stvaraju klimatske promjene). Osmislite intervenciju tako da smanjite buduće rizike. Na primjer, tijekom intervencije iskoristite prilike za ulaganje u smanjenje rizika i „sigurniju obnovu". Primjeri uključuju izgradnju kuća otpornih na uragane i potrese, zaštitu močvara koje apsorbiraju olujne udare i podršku razvitku politike i inicijativa koje pokreću zajednice za rano upozoravanje i pripremljenost za katastrofe.

Temeljni standard 5. Izvedivost, transparentnost i učenje

Rad humanitarnih organizacija kontinuirano se ispituje i o njemu se izvještavaju zainteresirane strane; izvedivost projekta je prilagođena djelovanju u situacijama katastrofe.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Uspostaviti sustavne, ali jednostavne, pravodobne i participativne mehanizme za praćenje napretka svih relevantnih Sphere standarda i programom navedenih načela, rezultata i aktivnosti (vidjeti smjernicu 1).
- Uspostaviti osnovne mehanizme za praćenje sveukupnih aktivnosti organizacije s obzirom na sustave upravljanja i kontrole kvalitete organizacije (vidjeti smjernicu 2).
- Pratiti ishode i utjecaj humanitarne intervencije na pogođeno i šire stanovništvo, gdje je to moguće (vidjeti smjernicu 3).
- Uspostaviti sustavne mehanizme za prilagodbu programske strategije za praćenje podataka, promjenjivost potreba i kontekst razvitka (vidjeti smjernicu 4).
- Periodično razmatrati i učiti tijekom djelovanja u situaciji katastrofe.
- Provesti konačnu procjenu ili drugi oblik objektivanog programa učenja, u odnosu na postavljene ciljeve, načela i dogovorene minimalne standarde (vidjeti smjernicu 5).
- Sudjelovati u međuorganizacijskim i drugim inicijativama zajedničkog učenja, gdje god je to moguće.
- Pravodobno dijeliti ključne nalaze monitoringa i, gdje je to prikladno, nalaze evaluacije i drugih ključnih procesa učenja s pogođenim stanovništvom, mjerodavnim vlastima i koordinacijskim skupinama (vidjeti smjernicu 6).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Programi su prilagođeni sukladno informacijama dobivenim kroz monitoring i učenje.
- Izvori monitoringa i procjene uključuju stavove reprezentativnog broja ljudi odabranog kroz intervenciju, kao i lokalne zajednice, ako su različiti.
- Točne i ažurirane informacije o napretku koje nisu povjerljive redovito se dijele s korisnicima i relevantnim lokalnim vlastima i drugim humanitarnim organizacijama.
- Učinak se redovito prati sukladno svim Sphere standardima i minimalnim tehničkim standardima (koji se odnose na globalne ili standarde agencijske učinkovitosti), a glavne rezultate razmijeniti s ključnim zainteresiranim stranama (vidjeti smjernicu 9).
- U svrhu učenja za velike humanitarne intervencije organizacije dosljedno provode objektivne procjene ili analize sukladno priznatim standardima praksi evaluacije (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Monitoring** uspoređuje namjere s rezultatima. On mjeri napredak u odnosu na ciljeve projekta i

pokazatelje i njegov utjecaj na ranjivost i kontekst. Informacije dobijene monitoringom vodilje su za revizije projekta, verificiraju kriterije i stiže li pomoć 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 prigoda za organizacije da pruže i prikupe informacije. Za efektivan monitoring biraju se 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 dobivenim monitoringom povećava odgovornost prema pogođenom stanovništvu. Monitoring koji provodi samo stanovništvo dodatno poboljšava transparentnost i kvalitetu i vlasništvo ljudi nad informacijama. Zbog jasnoće o namjeravanoj uporabi 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 organizacije** ne mjeri se njenim programskim postignućima. To obuhvaća cjelokupnu funkciju agencije - njezin napredak u odnosima s drugim organizacijama, poštivanje dobre humanitarne prakse, pravila, načela, djelotvornost i učinkovitost svog sustava upravljanja. Tehnike osiguranja kvalitete kao što su Quality Compass Groupe URD mogu se koristiti za procjenu ukupne uspješnosti organizacije.

3. **Monitoring utjecaja:** Procjena utjecaja (širi efekti intervencije u kratkoročnom do srednjoročnom razdoblju, pozitivni ili negativni, namjerni ili nenamjerni) promatra se i kao izvediva i neophodna za humanitarnu intervenciju. Procjena utjecaja važno je polje koje povezuje pojedine humanitarne doprinose s promjenama za stanovništvo i kontekst, koji su složeni i međusobno povezani. Pogođeno stanovništvo može najbolje procijeniti promjene u svojim 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 je li program i dalje relevantan za pogođeno 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 monitoring i evaluaciju, participativne procjene utjecaja i vježbe slušanja, alate za osiguranje kvalitete, revizije i interno učenje i vježbe refleksije („pogleda unatrag"). Evaluacije programa u pravilu provode se na kraju intervencije, preporučujući promjene organizacijske politike i buduće programe. Monitoring rezultata i „procjena u realnom vremenu" također mogu se provesti tijekom intervencije, što dovodi do neposrednih promjena u politikama i praksi. Procjene obično provode neovisni, izvanjski procjenitelji, ali i članovi osoblja, ukoliko zauzimaju objektivan pristup. To bi značilo da je to osoblje organizacije koje nije bilo uključeno u samu intervenciju. Evaluacija humnaitarne intervencije koristi set od osam dimenzija poznatih kao DAC kriteriji (eng. Development Assistance Committee): relevantnost, prikladnost, povezanost, koherentnost, pokrivenost, djelotvornost, učinkovitost i utjecaj.

6. **Rezultati cijelog sektora:** Razmjena informacija o napretku svake organizacije prema minimalnim Sphere standardima u koordinacijskim skupinama podržava praćenje cjelokupne intervencije i stvara neprocjenjiv izvor podataka o djelovanju cjelokupnog sektora.

Temeljni standard 6. Učinkovitost humanitarnih djelatnika

Humanitarne organizacije osiguravaju odgovarajući menadžment, monitoring i psihosocijalnu podršku, omogućavajući tako humanitarnim djelatnicima potrebna znanja, vještine, ponašanje i stavove za planiranje i provedbu učinkovite humanitarne intervencije, a koji su temelj humanosti i poštovanja.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Osigurati menadžerima odgovarajuću obuku za rukovođenje projektom, poznavanje ključnih politika i resursa za učinkovitije djelovanje (vidjeti smjernicu 1).
- Uspostaviti sustavne, poštene i transparentne procedure upošljavanja kako bi privukli maksimalan broj odgovarajućih kandidata (vidjeti smjernicu 2).
- Uposliti u timovima i žene i muškarace, različitih nacionalnosti, dobi, socijalnog podrijetla, tako da ta raznolikost bude prikladna lokalnoj kulturi i situaciji.
- Humanitarnim djelatnicima (osoblju, volonterima i savjetnicima, državnom i međunarodnom osoblju) osigurati adekvatno i pravodobno 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 istim izvijestiti humanitarne djelatnike, prije nego što i počnu raditi za organizaciju.
- Osigurati humanitarnim djelatnicima zdravstvenu pomoć i psihosocijalnu podršku.
- Za humanitarne djelatnike koji štite ljude pogođene katastrofom uspostaviti kodeks osobnog ponašanja kako bi ljude zaštitili od seksualnog zlostavljanja, korupcije, eksploatacije i drugih kršenja ljudskih prava. Treba podijeliti kodeks sa osobama pogođenim katastrofom (vidjeti smjernicu 3).
- Promovirati kulturu poštivanja prema stanovništvu pogođenom katastrofom (vidjeti smjernicu 4).
- Uspostaviti procedure pritužbe i poduzeti odgovarajuće disciplinske mjere protiv humanitarnih djelatnika zbog kršenja kodeksa ponašanja u organizaciji.
- Redovito ocjenjivati osoblje i volontere i pružiti povratne informacije o uspješnosti u odnosu na radne ciljeve, znanje, vještine, ponašanje i stavove.
- Podržati humanitarne djelatnike u njihovom radu i smanjiti stres (vidjeti smjernicu 5).
- Omogućiti osoblju i menadžerima zajedničko identificiranje mogućnosti za kontinuirano učenje i razvitak (vidjeti smjernicu 6).
- Osigurati odgovarajuću pomoć humanitarnim djelatnicima koji su doživjeli ili bili svjedoci vrlo stresnih situacija (vidjeti smjernicu 7).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Iznošenje mišljenja osoblja i volontera pokazuje adekvatnu razinu kompetencije u smislu njihovih znanja, vještina, stavova i ponašanja, kao i odgovornost predviđenu u opisima njihovih radnih mjesta.
- Humanitarni djelatnici koji krše pravila ponašanja, korupcijom i zlouporabom, predmet su formalnih disciplinskih mjera.
- Načela ili slično, Kodeksa dobre prakse organizacije People in Aid, ogledaju se u politici i praksi organizacije.
- Pojava oboljenja, povreda i zdravstvenih problema povezanih sa stresom humanitarnih djelatnika na normalnoj je razini ili je u opadanju tijekom intervencije.

Smjernice

1. **Upravljanje dobrom praksom:** Sustavi upravljanja ovise od agencije i situacije, s tim da menadžeri i supervizori trebaju biti upoznati s Kodeksima dobre prakse organizacije People in Aid koja uključuje politiku i smjernice za planiranje, upošljavanje, upravljanje, učenje i razvoj, premještaj po isteku ugovora za međunarodne organizacije i završetak uposlenja.
2. **Postupci pri upošljavanju** trebaju biti otvoreni i razumljivi cjelokupnom osoblju i osobama koje apliciraju. Transparentnost uključuje razvitak i objavljivanje 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 svoju primjerenost i raznolikost kroz nova upošljavanja prema potrebi. Brzo upošljavanje osoblja može dovesti do upošljavanja bez iskustva, a kojemu je potrebna podrška osoblja sa iskustvom.
3. **Kontrola humanitarnih djelatnika** nad upravljanjem i dodjela vrijednih resursa pomoći postavlja ih u poziciju nadmoći nad stanovništvom pogođenim katastrofom. Takva nadmoć nad ljudima koji ovise o 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 aktivnost nikada se ne može zahtijevati u zamjenu za humanitarnu pomoć i zaštitu. Niti jedan pojedinac uključen u intervenciju (humanitarni radnici i vojska, osoblje u državnom ili privatnom sektoru) ne smije biti upleten u zlouporabu, korupciju i seksualno iskorištavanje. Zabranjen je, također, prisilni rad odraslih i djece, nezakonito korištenje droga i trgovina humanitarnim dobrima i uslugama svih osoba povezanih s distribucijom humanitarne pomoći.
4. **Humanitarni djelatnici trebaju poštovati** vrijednosti i dostojanstvo stanovništva pogođenog katastrofom i izbjegavati neprimjereno ponašanje (kao što je neprikladno odijevanje) koje je za to stanovništvo kulturološki neprihvatljivo.
5. **Humanitarni djelatnici često rade prekovremeno** u opasnim i stresnim uvjetima. Dužnost organizacije je voditi računa o svojim radnicima, uključujući aktivnosti za promoviranje dobrobiti i izbjegavanje dugoročne iscrpljenosti, povreda ili bolesti. Menadžeri moraju humanitarne djelatnike upoznati s rizikom te njihovo zdravlje zaštititi od prijetnji njihovom tjelesnom i emocionalnom zdravlju kroz, primjerice, efektivnije sigurnosno upravljanje, adekvatan odmor i oporavak, aktivnu podršku za

razumne sate rada i pristup psihološkoj podršci. Menadžeri mogu promovirati dužnost brige kroz modeliranje dobre prakse i osobno poštovanje pravila. Humanitarni djelatnici također trebaju preuzeti osobnu odgovornost za svoju dobrobit.

6. **U ranoj fazi katastrofa**, razvoj kapaciteta osoblja može biti ograničen. Tijekom vremena, kroz ocjenjivanje rezultata i povratne informacije osoblja, menadžeri bi trebali prepoznati i podržati područja za učenje i razvitak. Pripremljenost na katastrofe također pruža mogućnost za identifikaciju i razvitak kompetencija vezanih uz humanitarni rad.

7. **Psihološka prva pomoć** treba biti odmah dostupna djelatnicima koji su doživjeli ili bili svjedoci iznimno stresnih situacija (vidjeti Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: mentalno zdravlje, na str. 288 te reference i dodatnu literaturu). Psihološko ispitivanje je neučinkovito i nije ga preporučljivo koristiti.

Reference i dodatna literatura

Izvori

Djelovanje u situacijama katastrofa fokusirano na ljude

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. Geneva. 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. Geneva.

Koordinacija i suradnja

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

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

IASC, Global Cluster Approach: http://oneresponse.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.

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

Procjena

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

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

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

Osmišljavanje intervencije i djelovanje u situacijama katastrofa

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/.

Early Recovery Tools and Guidance: http://oneresponse.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://oneresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx.

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. 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.

Učinkovitost, 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 Compas.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.

Učinkovitost humanitarnih radnika

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. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/.

Dodatna literatura

Procjena i djelovanje

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&l=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. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html.

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature. 2005. UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. 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. Geneva. 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. Geneva. 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.

Učinkovitost, 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 skupine

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. Geneva.www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf.

Minimalni standardi u vodoopskrbi, sanitarnim uvjetima i promoviranju higijene

Kako koristiti ovo poglavlje

Ovo poglavlje je podijeljeno u sedam glavnih dijelova:

Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH)[1]

Promoviranje higijene

Vodoopskrba

Odstranjivanje fekalija

Nadzor nad zaraznim bolestima

Upravljanje čvrstim otpadom

Drenaža

Zaštita načela i temeljni standardi moraju se koristiti sukladno ovom poglavlju. Iako im je prvenstvena namjena informiranost o djelovanju u situacijama katastrofa, minimalni standardi mogu se koristiti, također, i u razdoblju priprave na katastrofu i razdoblju oporavka od katastrofe.

Svaki segment sadrži sljedeće:

Minimalni standardi su kvalitativne prirode i određuju minimalnu kvalitetu koju treba postići pri djelovanju u situacijama katastrofa kada je u pitanju vodoopskrba, sanitarije i promoviranje higijene.

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

Ključni pokazatelji su „signali" koji pokazuju je li standard postignut. Oni pružaju način mjerenja i uspostavljaju odnos između procesa i rezultata ključnih aktivnosti i odnose se na minimalni standard, a ne na ključne aktivnosti.

Smjernice su posebne točke za razmatranje prigodom primjene minimalnih standarda, ključne mjere i ključni pokazatelji u različitim situacijama. Smjernicama se rješavaju praktične teškoće, služe kao 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 katastrofom treba procijeniti i poduzeti odgovarajuće olakotne radnje.

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

[1] Eng. Water supply, sanitation and hygiene promotion

Kazalo

Uvod 74

1. Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH).....75

2. Promoviranje higijene..... 78

3. Vodoopskrba..... 83

4. Odstranjivanje fekalija.....90

5. Kontrola zaraznih bolesti.....95

6. Gospodarenje čvrstim otpadom 100

7. Drenaža..... 103

Dodatak 1: Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene, početne procjene – kontrolni popisi 105

Dodatak 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge namjene.....109

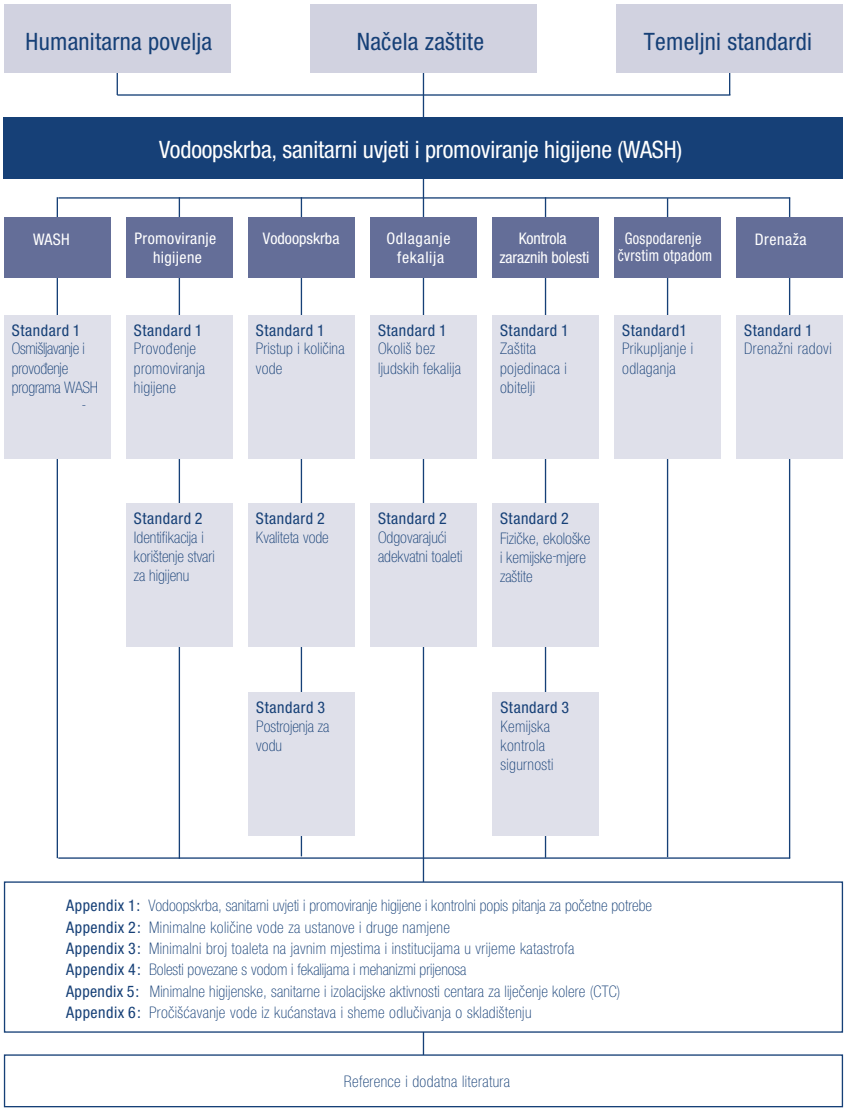
Dodatak 3: Minimalni broj nužnika na javnim mjestima i u institucijama u situaciji katastro
fe.....110

Dodatak 4: Povezanost oboljenja s vodom i fekalijama i načini njihovog prijenosa.....111

Dodatak 5: Minimalna higijena, sanitarne i izolacijske aktivnosti za Centre liječenja od kolere (eng. Cholera treatmen centres-CTCs).....112

Dodatak 6: Shema odluka za pročišćavanje i pohranjivanje vode u kućanstvu.....113

Reference i dodatna literatura.....114


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene (WASH)
WASH
Promoviranje higijene
Vodoopskrba
Odlaganje fekalija
Kontrola zaraznih bolesti
Gospodarenje čvrstim otpadom
Drenaža
Standard 1 Osmišljavanje i provođenje programa WASH
Standard 1 Provođenje promoviranja higijene
Standard 1 Pristup i količina vode
Standard 1 Okoliš bez ljudskih fekalija
Standard 1 Zaštita pojedinaca i obitelji
Standard1 Prikupljanje i odlaganja
Standard 1 Drenažni radovi
Standard 2 Identifikacija i korištenje stvari za higijenu
Standard 2 Kvaliteta vode
Standard 2 Odgovarajući adekvatni toaleti
Standard 2 Fizičke, ekološke i kemijske-mjere zaštite
Standard 3 Postrojenja za vodu
Standard 3 Kemijska kontrola sigurnosti
Appendix 1: Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promoviranje higijene i kontrolni popis pitanja za početne potrebe
Appendix 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge namjene
Appendix 3: Minimalni broj toaleta na javnim mjestima i institucijama u vrijeme katastrofa
Appendix 4: Bolesti povezane s vodom i fekalijama i mehanizmi prijenosa
Appendix 5: Minimalne higijenske, sanitarne i izolacijske aktivnosti centara za liječenje kolere (CTC)
Appendix 6: Pročišćavanje vode iz kućanstava i sheme odlučivanja o skladištenju
Reference i dodatna literatura

Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za vodoopskrbu, sanitarije i promociju higijene (WASH) praktični su izraz zajedničkih uvjerenja i obveza humanitarne organizacije i zajednička načela, prava i dužnosti u provođenju humanitarnih aktivnosti koje nisu navedene u Humanitarnoj povelji. Utemeljeni na načelu humanosti i reflektirani u međunarodnom pravu, ova načela su pravo na život i dostojanstvo, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na temelju potreba. Popis ključnih pravnih i političkih dokumenata na kojima se temelji Povelja o humanitarnoj pomoći dostupna je u Dodatku 1 (vidi str. 308), s komentarima za humanitarne djelatnike.

Iako su države glavni nositelji dužnosti u odnosu na prava, gore navedena, humanitarne organizacije odgovorne su za rad sa stanovništvom pogođenim katastrofom na način i sukladno tim pravima. Iz tih općih prava proizlazi niz više posebnih prava. To su prava na sudjelovanje, informacije i nediskriminaciju, koji predstavljaju osnov Temeljnih standarda, ali kao što su i specifična prava na vodu, sanitarije, hranu, sklonište i zdravlje koje podupiru minimalne standarde u ovom Priručniku.

Svatko ima pravo na vodu i sanitarije. To pravo je priznato od međunarodnih pravnih instrumenta i podrazumijeva dovoljnu količinu vode, sigurnu, prihvatljivu, fizički dostupnu i pristupačnu vodu za osobnu higijenu i kućanstvo i pristupačanost sanitarnim objektima. Adekvatna količina pitke vode potrebna je kako bi se spriječila smrt od dehidracije, kako bi se smanjio rizik od bolesti povezanih s vodom i osigurala potrošnja, kuhanje i potrebe za osobnu higijenu i potrebe u kućanstvu.

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

Minimalni standardi u ovom poglavlju ne izražavaju pravo na vodu i sanitarne uvjete u cijelosti. U svakom slučaju Sphere standardi odražavaju osnovno pravo na vodu i sanitarne uvjete i doprinose progresivnoj realizaciji tog prava na globalnoj razini.

Važnost WASH programa u katastrofama

Voda i sanitarni uvjeti kritične su odrednice za opstanak u početnim fazama katastrofa. Žrtve nesreće općenito su mnogo osjetljivije na oboljenja i smrti prouzročene bolešću, što je u velikoj mjeri povezano s neadekvatnim sanitarnim uvjetima, neadekvatnim zalihama vode i nemogućnošću održavanja higijene. Najznačajnije bolesti su stomačne i zarazne bolesti koje se prenose feko-oralnim putem (vidjeti Dodatak 4: Oboljenja povezana s vodom i fekalijama i načini njihovog prijenosa). Druga oboljenja koja se odnose na vodu i kanalizaciju uključuju uzročnike prijenosnih bolesti koje su povezani sa čvrstim otpadom i vodom. Termin „sanitarni uvjeti" u Priručniku Sphere odnosi se na odlaganje fekalija, kontrolu prijenosnika bolesti, odlaganje čvrstog otpada i drenažu.

Glavni cilj programa WASH u katastrofama je da se reducira prenošenja feko-oralnih bolesti i izloženosti prijenosnicima kroz promociju:

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

Jednostavna opskrba dovoljnom količinom vode i sanitarnim objektima neće osigurati optimalnu uporabu tih resursa i utjecaj na javno zdravlje. Kako bi se postigla najbolja iskorištenost, nužno je da ljudi pogođeni katastrofom imaju neophodne informacije, znanje i razumijevanje za lakše sprječavanje bolesti povezanih s vodom i sanitarnim uvjetima i da se pokrenu na sudjelovanje u planiranju i održavanju tih objekata.

Korištenje komunalne vode u sanitarnim objektima, na primjer kada su u pitanju izbjeglice ili raseljene osobe povećava se izloženost žena i djevojaka seksualnim i drugim oblicima nasilja na temelju spola. Kako bi se takvi rizici smanjili i kako bi se pružio kvalitetniji humanitarni odgovori, važno je osigurati sudjelovanje ženau programima koji se tiču vodoopskrbe i sanitarnim uvjetima, a 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.

Bolja intervencija u situacijama katastrofa u javnom zdravstvu postiže se boljom pripravnošću. Takva pripravnost rezultat je kapaciteta, odnosa i znanja koja su razvila vladina tijela, humanitarne organizacije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci kako bi predvidjeli, učinkovito reagirali i utjecali na eventualnu neposrednu opasnost. Temelji se na analizi rizika i dobroj povezanosti sa sustavom ranog upozorenja. Pripravljenost uključuje planiranje za nepredviđene situacije, nabavljanje opreme i potrošnog materijala, hitne službe i stand-by aranžmane, obuku pojedinaca i obuku na razini 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 učinkovitu intervenciju potrebna je tijesna koordinacija i suradnja s drugim sektorima. Također je potrebna koordinacija s lokalnim vlastima i drugim organizacijama kako bi se zadovoljile potrebe, kako se ne bi duplirali napori i kako bi se osiguralo da je kvaliteta vode i sanitarnih uvjeta optimalna.

Ukoliko npr. 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 stanovništvo u kojem je HIV i AIDS prevalencija visoka ili gdje je veliki broj starijih osoba ili osoba s invaliditetom. O prioritetima treba odlučivati na temelju zajedničkih informacija među sektorima, shodno situaciji. Ukoliko je potrebno, upućivati na srodne i komplementarne standarde.

Povezanost sa načelima zaštite i temeljnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi iz ovog priručnika, sve humanitarne organizacije moraju biti vođene načelima zaštite, čak i ako nemaju jasan mandat zaštite ili stručnost u zaštiti. Načela nisu „apsolutna": uočljivo je da okolnosti mogu ograničiti stupanj mogućnosti organizacije da se ispoštuju načela. Usprkos tome načela su odraz univerzalne humanitarne brige koja bi uvijek trebala da usmjerava humanitarno djelovanje.

Temeljni minimalni standardi bitni su standardi za postupke i osobe iz svih sektora. Šest ključnih minimalnih standarda obuhvaća sudjelovanje, početnu procjenu, humanitarno djelovanje; učinkovitost humanitarnih radnika i monitoring pomoćnog osoblja. Oni predstavljaju jednu referentnu točku pristupima na kojima se temelje svi standardi u priručniku. Svako tehničko poglavlje, dakle, zahtijeva zajedničko korištenje jezgre minimalnih standarda kako bi postigli svoje standarde. Konkretno, kako bi se osigurala prikladnost i kvaliteta na bilo kojoj intervenciji u slučaju katastrofe, sudjelovanje osoba pogođenih katastrofom – uključujući skupine i pojedince koji su najčešće pod rizikom u katastrofama – treba biti maksimalan.

Ranjivosti i sposobnosti stanovništva pogođenog katastrofom

Ovaj dio osmišljen je kao dopuna temeljnim minimalnim standardima.

Važno je razumjeti da mladež 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 čimbenika: npr. ako je osoba starija od 70 godina, ako živi sama i lošeg je zdravlja, vjerojatno je da će biti ranjivija više nego netko slične dobi i zdravstvenog stanja tko živi u višečlanoj obitelji i s dovoljnim primanjima. Isto tako, trogodišnja djevojčica je mnogo ranjivija ako je bez pratnje odraslih, nego ako živi s roditeljima koji o njoj brinu.

Kako se provode WASH standardi i ključne aktivnosti, analize ranjivosti i sposobnosti omogućavaju da intervencija u situaciji katastrofe i uloženi napori pruže podršku onima koji imaju pravo na pomoć na nediskriminirajući način i oni kojima je pomoć najpotrebnija. To zahtijeva potpuno razumijevanje lokalne situacije i kako određeni učinci katastrofe utječu na pojedine skupine ljudi na različite načine zbog njihove ranjivosti (npr. zbog siromaštva ili diskriminacije) i njihovu izloženost raznim prijetnjama (npr. nasilje na temelju spola, uključujući seksualno iskorištavanje) pojavu ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. ospice ili kolere). Katastrofa može učiniti da već postojeće nejednakosti postanu još izraženijim. Stoga je važna strateška podrška ljudima u suočavanju s katastrofama, njihovoj prilagodljivosti i sposobnosti za oporavak. Njihovo znanje, vještine i strategije treba podržati i zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, financijskoj i psihosocijalnoj podršci. Različite tjelesne, kulturne, ekonomske i socijalne barijere s kojima se mogu suočiti pružajući usluge treba riješiti na korektan način.

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

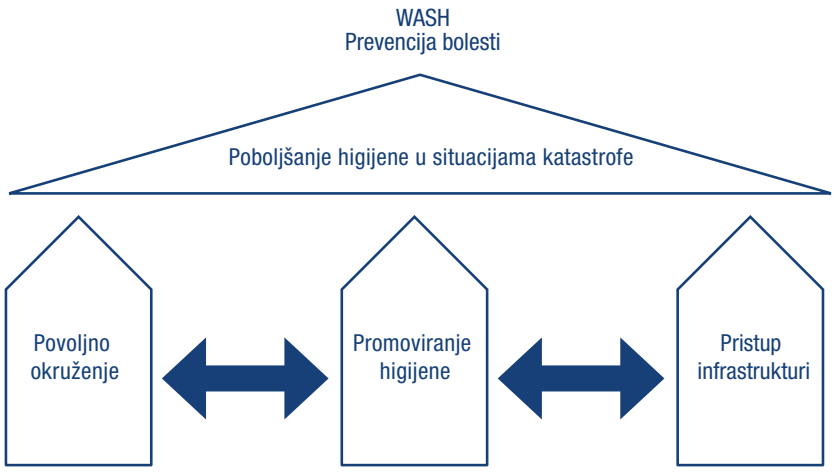
- Optimalno sudjelovanje ljudi, na način da su uključene sve reprezentativne skupine, pogotovo one koje su manje vidljive (npr. osobe koje imaju komunikacijske teškoće i teškoće u pokretljivosti, oni koji žive u ustanovama, stigmatizirana mladež i druge skupine koje su slabo ili nikako zastupljene i vidljive).
- Razdvajanje podataka prema spolu i dobi (od 0 do 80 i više godina) tijekom procjene – ovo je važan element koji osigurava da će sektor za WASH adekvatno razmotriti raznolikost stanovništva.
- Ostvarivanje prava na informacije i komuniciranje i uključenost svih članova zajednice.

Minimalni standardi

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

Cilj svakog WASH programa je promoviranje dobre osobne higijene i higijene okoliša kako bi zaštitili zdravlje, kao što je prikazano na slici ispod. Učinkoviti WASH program odnosi se na razmjenu informacija između organizacija i stanovništva pogođenog katastrofom i identificiranje ključnih higijenskih problema i pronalaženje odgovarajućih rješenja na kulturološki prihvatljiv način. Osigurati optimalno korištenje vodoopskrbom i sanitarnim prostorijama i prakticiranje sigurne higijene u najvećoj mjeri utjecat će na javno zdravstvo.

Promoviranje higijene od vitalnog je značaja za uspješnost WASH aktivnosti. Fokus na promoviranje higijene je uopćen i specifičan. Općenito govoreći, promoviranje higijene sastavni je dio svih područja i osobito će se odražavati na vodoopskrbu, sanitarne uvjete, kontrolu zaraznih bolesti, gospodarenje čvrstim otpadom i drenažu. Točnije, usredotočenost 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 žrtavama katastrofe i uključenost korisnika u planiranje, upravljanje i održavanje objekata, tamo gdje je to potrebno.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Identificirati ključne rizike za javno zdravstvo u suradnji sa žrtvama katastrofe (vidjeti smjernicu 1, temeljni standardi 1, 3-4, na stranicama 47–55);
- Žrtvama katastrofe osigurati zadovoljavanje javno-zdravstvenih potreba i njihovo rješavanje prema prioritetima (vidjeti smjernicu 1);
- Sustavno prikupljanje povratnih informacija o planovima i prihvatljivosti sadržaja i metodama promocije iz svih skupina korisnika i u svim WASH programskim aktivnostima (vidjeti temeljne standarde 1, 3 i 4, na stranicama 47–55).

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Sve populacijske skupine imaju siguran i pravedan pristup WASH resursima i infrastrukturi, koriste mogućnosti oni nude i poduzimaju mjere kako bi se reducirao rizik za javno zdravlje (vidjeti Standard 2. Promoviranje higijene, na 80. str.).
- Cjelokupno osoblje na programu WASH jasno i s poštovanjem komunicira s onima koji su pogođeni katastrofom i otvoreno s njima razmjenjuje informacije o programu, znajući kako odgovoriti na pitanja o projektu članovima zajednice.
- Postoji odgovarajući sustav za upravljanje i održavanje objekata, koji doprinosi jednakosti različitih skupina (vidjeti smjernicu 1).
- Svi korisnici su zadovoljni jer koncept i implementacija WASH programa omogućuje veću sigurnost i vraćanje dostojanstva.

Smjernice

1. **Procjena potreba:** procjenom je potrebno identificirati rizične postupke koji mogu povećati ranjivost te predvidjeti uspješnost kako osiguravanja WASH infrastrukture, tako i promoviranje higijene. Ključni rizici vjerojatno će se usredotočiti na tjelesnu sigurnost u pristupu objektima, diskriminaciji marginaliziranih skupina koja utječe na pristup, uporabu i održavanje nužnika, na nedostatak pranja ruku sapunom ili nekim drugim sredstvom, nehigijensko prikupljanje i skladištenje vode i nehigijensko čuvanje i pripravljanje hrane. Pri procjenjivanju potrebno je obratiti pozornost na sredstva raspoloživa stanovništvu, lokalno znanje 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 posebu pozornost na potrebe ranjenih skupina ljudi. Ako konzultiranje s bilo kojom od ugroženih skupina nije moguće, treba se jasno navesti u izvješću o procjeni i što prije vratiti se na takve slučajeve (vidjeti Temeljne standarde 3, na str. 52).

2. Promoviranje higijene

Promoviranje higijene uključuje planirani i sustavni pristup koji omogućuje provedbu mjera za sprječavanje i/ili suzbijanje bolesti vezanih uz vodu, sanitarne uvjete i higijenu. Ona, također, omogućuje sudjelovanje zajednice, preuzimanje odgovornosti i monitoring unutar programa WASH. Promoviranje higijene trebalo bi se temeljiti na znanju stanovništva pogođenog katastrofom, njegovim navikama i resursima kao i na bazi podataka programa WASH, da bi se utvrdilo koji je najbolji način da se zaštiti javno zdravlje.

Promoviranje higijene podrazumijeva osiguravanje toga da ljudi što prije i na najbolji način koriste vodu, sanitarne i higijenske objekte i usluge te osiguravanje učinkovitosti i održavanja tih objekata. Tri ključna čimbenika su:

1. razmjene 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 provedbi mjera kako bi zaštitili svoje zdravlje. Promotivne aktivnosti trebaju tamo gdje je to moguće uključiti interaktivne metode, umjesto da se isključivo usmjere na proslijeđivanje mnoštva poruka.

Standard 1. Promoviranja higijene: provedba 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 korištenja i održavanja dostupnih prostora.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Sustavno informiranje o rizicima koji su povezani s higijenom i preventivnim mjerama uz korištenje odgovarajućih načina masovne komunikacije (vidjeti smjernice 1 i 2).
- Odrediti posebne društvene, kulturne i vjerske čimbenike koji će motivirati različite društvene skupine u zajednici, i koristiti ih kao temelj za komunikacijske strategije za promoviranje higijene (vidjeti smjernicu 2.).
- Koristiti interaktivne komunikacijske metode za promoviranje higijene, koliko god je to moguće, kako bi se osigurao kontinuirani dijalog i rasprava s pogođenim interesnim skupinama (vidjeti smjernicu 3 i Temeljni standard 5 na stranicama 58–59))
- Redovito nadgledanje ključnih higijenskih praksi i korištenje osiguranih objekata, u suradnji s pogođenom

zajednicom (vidjeti smjernicu 3 i Temeljni standard 5 te smjernice 1 i 3-5, na stranicama 58–59);

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

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Sve skupine korisnika mogu opisati i pokazati ono što su učinili kako bi se spriječilo pogoršanje higijenskih uvjeta (vidjeti smjernicu 1).
- Svi osigurani sadržaji koriste se na odgovarajući način i redovito se održavaju.
- Svi ljudi peru ruke nakon male i velike nužde i nakon presvlačenja dječjih pelena te prije jela i priprave hrane (vidjeti smjernicu 6).
- Sve aktivnosti i poruke usmjerene na promociju higijenskih navika bave se ključnim ponašenjem i zabludama te su usmjerene na sve skupine korisnika (vidjeti smjernicu 6).
- Predstavnici svih skupina uključeni su u planiranje, obuku, provedbu, praćenje i evaluaciju aktivnosti za promoviranje higijene (vidjeti smjernice 1-6 i Temeljni standard 1, te smjernice 1-5 na stranicama 48–49);
- Skrbnicima male djece i dojenčadi osigurana su sredstva za pravilno odlaganje fekalija (vidjeti Standard 1. Odstranjivanje fekalija, na stranici 90 i smjernica 6).

Smjernice

1. **Ciljani prioriteti higijenski rizici i ponašanja:** Saznanja dobivena procjenom higijenskih rizika, zadataka i odgovornosti različitih skupina 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 fazama katastrofe ponekad je potrebno koristiti sredstva javnog priopćavanja kako bi se ljudi obavijestili o smanjenju zdravstvenih rizika u što većem broju. Različitim skupinama treba proslijediti 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 točke 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 odgovarajući materijali i metode nude vrijedne mogućnosti za žrtve katastrofa za planiranje i praćenje poboljšanja higijenskih uvjeta. Također, pruža im mogućnost da predlažu ili vrše pritužbe na program, ukoliko je to potrebno. Planiranje promoviranja higijene mora biti kulturološki adekvatno. Promoviranje higijenskih aktivnosti mora biti izvedeno od strane osoba koje imaju sposobnost i vještine za rad sa skupinama različitih uvjerenja i običaja (npr. u nekim kulturama neprihvatljivo je da žene razgovaraju s nepoznatim ljudima).

4. **Opterećenost:** važno je osigurati da niti jedna skupina (npr. žene) nije preopterećena aktivnostima za promoviranje higijene ili rukovođenjem aktivnosti za promoviranje higijene. Prednosti kao što su mogućnost obuke i upošljavanja treba ponuditi ženama, muškarcima i marginaliziranim skupinama.
5. **Opći uvjeti pokretanja zajednice:** uporaba 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 katastrofom pogođenog stanovništva. Pokretači zajednice mogu isto tako biti uposleni na dnevnoj bazi, na temelju ugovora ili na volonterskoj bazi, sukladno zakonu. Bez obzira jesu li radnici plaćeni ili imaju volonterski status o tome treba razgovarati s pogođenim stanovništvom, organizacijama koje implementiraju projekte i drugim skupinama kako bi se izbjeglo stvaranje napetosti i narušila dugoročna održivost sustava u tom mjestu.
6. **Motiviranje različitih skupina na angažiranje:** Važno je shvatiti da zdravlje nije uvijek najvažniji motiv za promjenu ponašanja. Potreba za privatnošću, sigurnošću, udobnošću, poštovanje vjerskih i kulturnih običaja, društvenog statusa i ugleda može biti snažaniji pokretač nego obećanje boljeg zdravlja. Takve čimbenike treba uzeti u obzir prilikom planiranja promotivih aktivnosti i učinkovito se uključiti u planiranje i lociranje objekata u suradnji s projektnim timom. Naglasak ne treba biti isključivo na individualnim promjenama ponašanja, nego i na pokretanju društva i rad sa skupinama.

Standard 2. Promoviranja higijene: određivanje i uporaba sredstava za osobnu higijenu

Stanovništvo pogođeno katastrofom ima pristup i uključeno je u prepoznavanje i promoviranje uporabe higijenskih sredstava kako bi se osigurala osobna higijena, zdravlje, dostojanstvo i dobrobit.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Konzultirati sve muškarce, žene i djecu svih uzrasta o tome koja su im sredstva za osobnu higijenu prioritetno potrebna (vidjeti smjernice 1, 3 i 4).
- Poduzeti pravodobne distribucije higijenskih sredstava za hitne potrebe zajednice (vidjeti smjernice 2-3);
- Provesti monitoring nakon distribucije i ocijeniti korisnost i zadovoljstvo korisnika s raspodijelom higijenskih sredstava (vidjeti smjernice 3 i 5).
- Ispitati i ocjeniti uporabu alternativnih načina za distribuciju higijenskih sredstava, npr. raspodjela novčanih bonova i/ili neprehrambenih proizvoda (eng. non-food items – NFIs) (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: novčani transferi i transferi bonova, na str. 170).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjenicama):

- Žene, muškarci i djeca imaju pristup sredstvima za osobnu higijenu, koja učinkovito doprinose očuvanju zdravlja, dostojanstva i dobrobiti (vidjeti smjernice 1, 7 i 9).
- Svim ženama i djevojkama koje dobivaju menstruaciju, na temelju konzultiranja pogođenog stanovništva, osigurani su materijali za menstrualnu higijenu (vidjeti smjernice 5 i 8).
- Sve žene, muškarci i djeca imaju pristup informacijama i obuci o sigurnoj uporabi higijenskih sredstava s kojima nisu upoznati (vidjeti smjernicu 5).
- Pogođenom stanovništvu dostupne su informacije u koliko će se sati, na kojoj lokaciji, u kojem obliku i kojoj ciljanoj skupini će se vršiti podjela neprehrambenih proizvoda (NFIs) (vidjeti smjernice 3 – 5).
- Sigurnost pogođenog stanovništva i osoblja prioritetna je u organiziranju podjele neprehrambenih proizvoda (vidjeti Načelo zaštite 1, smjernice 1 – 3 na str. 28–29).

Smjernice

1. **Osnovni higijenski proizvodi:** Osnovni minimalni paket higijenskih proizvoda sastoji se od posude za vodu (kante), sapuna za osobnu higijenu i sapuna za pranje rublja i higijenskih potrepština za menstruaciju.

   Spisak osnovnih higijenskih proizvoda

10 – 20 litarska posuda za transport vode	Jedna po kućanstvu
10 – 20 litarska posuda za čuvanje vode	Jedna po kućanstvu
250 g sapuna za kupanje	Jedan po osobi mjesečno
200 g sapuna za pranje rublja	Jedan po osobi mjesečno
Materijal prihvatljiv za menstrualnu higijenu, npr. periva pamučna tkanina	Jedan po osobi

2. **Koordinacija:** Porazgovarajte s organizatorima u skloništu i s pogođenim stanovništvom o tome jesu li im potrebiti dodatni neprehrambeni proizvodi, kao što su deke, koje nisu uključene u osnovne higijenske proizvode (vidjeti Standard 1. Neprehrambeni proizvodi, na str. 232).
3. **Pravodobna podjela sredstava za osobnu higijenu:** Kako bi se osigurala pravodobna podjela sredstava za osobnu higijenu, možda neke ključne proizvode (sapun, kanistar itd.) treba podijeliti bez suglasnosti pogođenog stanovništva, a o narednim podjelama treba se s njima posavjetovati
4. **Prioritetne potrebe:** Ljudi mogu odlučiti prodati proizvode iz humanitarne pomoći koji ne odgovaraju njihovim prioritetnim potrebama, tako da pri planiranju pomoći treba uzeti u obzir životne uvjete ljudi.
5. **Prikladnost:** Treba obratiti pozornostna na to da podjela ne uključuje proizvode koje ljudi neće koristiti zbog neznanja ili zlouporabe (npr. proizvodi koji se mogu lako zamijeniti za hranu.). Gdje je kulturološki prikladno ili uobičajno, sapun za pranje može se zamjeniti deterdžentom.

6. **Zamjena:** Potrebno je uzeti u obzir činjenicu da proizvode treba zamijeniti ukoliko je to neophodno.
7. **Posebne potrebe:** Neke osobe s posebnim potrebama (npr. osobe s inkontinencijom ili težim slučajevima dijareje) zahtijevaju veću količinu sredstava za osobnu higijenu, npr. sapuna. Osobe s invaliditetom ili osobe koje su vezane za krevet, vjerojatno će biti potrebni dodatni proizvodi, poput noćnih posuda. Neki proizvodi vjerojatno će zahtijevati prilagodbu za sanitarnu uporabu (npr. nužnikna 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 ovisnosti od dostupnosti, ovi proizvodi (po osobi mjesečno) uključuju sljedeće:
   - 75 ml/100 g paste za zube,
   - jednu četkicu za zube,
   - 250 ml šampona,
   - 250 ml losiona za dojenčad i djecu do 2 godine,
   - jednu britvu,
   - donje rublje za žene i djevojke koje imaju menstrualni ciklus,
   - jednu četku za kosu i/ili češalj,
   - grickalica,
   - pelene i dječje tute (ovisno od potreba kućanstva).

3. Vodoopskrba

Voda je neophodna za život, zdravlje i ljudsko dostojanstvo. U iznimnim okolnostima, nekada nema dovoljno vode da bi se zadovoljile osnovne potrebe. U tim slučajevima, adekvatna opskrba pitkom vodom (dovoljno za opstanak) od presudne je važnosti. U većini slučajeva, glavni uzrok zdravstvenih problema je nedostatak higijene, zbog nedovoljne opskrbe vodom ili uporabe zagađene vode.

Standard 1. Vodoopskrba: pristupačnost i količina vode

Svi ljudi imaju siguran i pravičan pristup dovoljnoj količini vode za piće, kuhanje, osobnu higijenu i kućanstvo. Javna mjesta za opskrbu vodom dovoljno su blizu kućanstva, kako bi se omogućila potrebna minimalna vodoopskrba.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Identificirati odgovarajuće izvore vode uzimajući u obzir količinu i utjecaj okoliša na izvore (vidjeti smjernicu 1).
- Provestio opskrbu vodom po prioritetima kako bi se zadovoljile potrebe žrtava katastrofe (vidjeti smjernice 2 i 4)

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Prosječna potražnja vode za piće, kuhanje i osobnu higijenu u bilo kojem kućanstvu je najmanje 15 litara po osobi dnevno (vidjeti smjernice 1 – 7).
- Maksimalna udaljenost svakog kućanstva od najbližeg mjesta za opskrbu vodom je 500 m (vidjeti smjernice 1, 2, 5 i 6).
- Vrijeme čekanja na izvoru je najviše 30 minuta (vidjeti smjernicu 7)

Smjernice

1. **Izbor izvora vode:** Pri odabiru izvora vode treba uzeti u obzir sljedeće čimbenike: dostupnost, blizinu, održivost dovoljne količine vode, da li je potrebno tretiranje vode, te izvedivost uključujući postojanje društvenih, političkih i pravnih čimbenika koji se odnose na izvor. Općenito, poželjno je da se podzemni izvori i/ili opskrba izvorskom vodom gravitacijskog toka, zahtijevaju manje čišćenje i ne zahtijevaju pumpanje. U početnoj fazi katastrofe obično je potrebna kombinacija različitih pristupa i resursa. Sve izvore treba redovito nadgledati, kako bi se spriječilo prekomjerno iskorištavanje.
2. **Potrebe:** Količina vode potrebna za uporabu u kućanstvu, ovisi od okolnosti i može se razlikovati ovisno 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/p/d) može se prekoračiti sukladno lokalnim standardima ako je standard veći.

Količine vode potrebne za preživljavanje

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

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

3. **Mjerenje:** ankete izvršene u kućanstvima, promatranje i skupne rasprave u zajednici su učinkovitije metode u prikupljanju podataka o uporabi vode i njenoj potrošnji nego mjerenje količine vode koja se crpi u vodoopskrbnoj mreži ili uz ručno korištenje crpki.

4. **Količina / pokrivenost:** U slučaju katastrofe, i pod minimalnim standardima za količine i kvalitetu vode, prioritetno je osigurati ravnopravan pristup dovoljnoj količini vode, čak i ako je srednje kvalitete. Žrtve katastrofe su znatno više osjetljive na bolesti, te zato pristup vodi i standardi koji se tiču količine vode trebaju biti dostignuti, čak i ako su veći od normi pogođenog ili lokalnog stanovništva. Posebnu pozornost treba obratiti na dodatne potrebne količine vode za osobe u specijalnim zdravstvenim okolnostima, kao što su HIV i AIDS, te kako bi se zadovoljile potrebe za hranom i vodom za stoku kada su suše. Kako bi se spriječile tenzije, preporuča se da vodoopskrba i sanitarni uvjeti u jednakoj mjeri zadovolje potrebe lokalnog i nesrećom pogođenog stanovništva (vidjeti Dodatak 2: Minimalne količine vode za ustanove i druge namjene).

5. **Maksimalan broj osoba po izvoru vode:** Broj osoba po izvoru ovisi od dotoka i dostupnosti vode na svakom izvoru. Okvirne smjernice su sljedeće:

250 ljudi na slavinu	na temelju protoka od 7,5 l/min
500 ljudi na ručnu crpku	na temelju protoka od 17 l/min
400 ljudi na otvoreni izvor za jednog korisnika	na temelju protoka 12,5 l/min

Smjernice predviđaju da je izvor vode dostupan otprilike osam sati dnevno, da je vodoopskrba konstantna tijekom tog vremena. Ako je dostupnost veća od navedene, osobe mogu konzumirati više od 15 litara vode dnevno, kolika je minimalna potrebna količina. Ove ciljeve treba koristiti oprezno, jer njihovo ispunjenje 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 vodoopskrbu ili neadekvatne dostupne količine vode u izvoru. Mogući štetni učinci duljeg čekanja su: smanjenje potrošnje 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:** ilako ima dovoljno vode kako bi se zadovoljile minimalne potrebe, potrebne su dodatne mjere da bi se osigurao ravnopravan pristup za sve skupine ljudi. Opskrba vodom mora biti dostupna svima bez obzira na spol ili etničku pripadnost. To može biti neka ručna crpka i spremnik za vodu preinačen ili prilagođen osobama zaraženim HIV-om ili AIDS-om, starijim osobama, osobama s invaliditetom i djeci. U slučajevima kada je distribucija ili ispumpavanje vode ograničeno na određene termine, to treba planirati u suradnji s korisnicima, uključujući i žene.

Standard 2. Vodoopskrba: kvaliteta vode

Voda je zadovoljavajuće kvalitete, pitka je i može se koristiti za kuhanje, osobnu i kućnu higijenu bez opasnosti po zdravlje.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Uraditi brzi sanitarni pregled, i tamo gdje vrijeme i situacija to dopuštaju, provesti plan o sigurnosti vode na izvoru (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Provesti sve potrebne korake kako bi se smanjila kontaminacija nakon isporuke vode (vidjeti smjernice 3 – 4 i Standard za promoviranje higijene 1, na stranici 78);
- Pri opskrbi vodom iz slavine, u razdoblju opasnosti od epidemije dijareje, treba tretirati vodu dezinficijensom, tako da vrijednost klora bude 0,5 mg/l i zamućenost ispod 5 NTU (jedinice nefelometrične zamućenosti). U slučaju posebnih stomačnih epidemija, osigurati da je vrijednost klora iznad 1 mg/l (vidjeti smjernice 5 – 8).
- U slučaju predloženog pročišćavanja vode u kućanstvima obvezno provesti odgovarajuću promociju, obuku i monitoring (vidjeti smjernice 3 i 6).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Na mjestu isporuke i uporabe vode nema fekalnih koliforma na 100 ml vode (vidjeti smjernice 2, i 4 – 7).
- Sve metode pročišćavanja vode u kućanstvu poboljšavaju mikrobiološku kakvoću vode i popraćene su odgovarajućom obukom, promoviranjem i monitoringom (vidjeti smjernice 3 – 6).
- Ne postoje negativne posljedice po zdravlje prouzrokovane kratkoročnom uporabom vode koja

je kontaminirana kemikalijama (uključujući previše kemikalija koje se koriste za tretman vode) ili iz radioloških izvora, i procjene ne pokazuju mogućnost takvih utjecaja (vidjeti smjernicu 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 s vodom (vidjeti smjernice 1 – 9).

Smjernice

1. **Praćenje sanitarnih uvjeta i plan o sigurnosti vode:** praćenje sanitarnih uvjeta predstavlja procjenu stanja i praksi koje mogu predstavljati opasnost za javno zdravlje. To uključuje i mogućnost onečišćenja voda na izvoru, tijekom transporta i kod kuće, higijenske navike, odvodnjavanje i zbrinjavanje čvrstog otpada. Mapiranje zajednice je posebno učinkovita metoda utvrđivanja prijetnji javnom zdravlju, kao i sudjelovanje zajednice u pronalaženju načina za smanjenje rizika od istih. Treba imati na umu da, iako životinjske fekalije nisu tako štetne kao ljudske, one mogu sadržavati mikroorganizme kao što su Cryptosporidium, Giardia, Salmonella, Campylobacter, kalicivirusi i drugi najčešći uzročnici dijareje kod ljudi, te iz tog razloga predstavljaju značajnu prijetnju zdravlju. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje uporabu svoga sigurnosnog plana za vodoopskrbu (WSP), koji ima holistički pristup, i koji pokriva identifikaciju opasnosti i procjenu rizika, poboljšanje/nadogradnju plana, monitoring i postupke kontrole upravljanja, uključujući i razvoj pratećih programa (vidjeti reference i dodatnu literaturu).
2. **Mikrobiološka kakvoća vode:** fekalne koliformne bakterije (više od 99 % njih predstavljaju bakterije E. coli) pokazatelji su razine onečišćenja vode zbog ljudskih i/ili životinjskih fekalija 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 uviđaju zdravstvene prednosti i uporabu ovakve vode. Ljudi mogu preferirati uporabu nezaštićenih izvora, npr. rijeke, jezera i nezaštićenih bunara, zbog okusa vode, blizine izvora i društvenih pogodnosti. U takvim slučajevima, potrebno je da liječnici, 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 ili dopremanja. Mjere za smanjenje tih rizika uključuju povoljne mjere preuzimanja i skladištenja i distribuciju čistih i prikladnih spremnika za prikupljanje i skladištenje vode (vidjeti Standard 3. Vodoopskrba, na 88. str.). Na lokacijama na kojima se voda uporabljuje treba redovito 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 klor. Ovaj rizik odredit će uvjeti kao što su gustoća naseljenosti, načini odlaganja fekalija, higijenske navike i učestalost stomačnih oboljenja (dijareja). U slučaju prijetnje ili epidemije dijareje, treba dezinficirati 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 s većim stupnjem zamućenosti adekvatno dezinficirati s dvostrukom

dozom klora nakon filtriranja, dok se zamućenost ne smanji (vidjeti Dodatak 6: Shema odluka koje se tiču čišćenja i skladištenja vode u kućanstvu).

6. **Tretiranje vode u kućanstvu:** Ako uporaba središnjeg sustava za tretman vode nije moguća, mogu se koristiti sustavi za pročišćavanje vode iz kućanstava, na mjestu uporabe. Različite vrste čišćenja na licu mjesta, za koje se pokazalo da smanjuju učestalost pojave dijareje i poboljšavaju mikrobiološku kvalitetu vode skladištene u kućanstvu, uključuju kuhanje, kloriranje, solarnu dezinfekciju, membranske filtracije, spore filtracije pijeskom i dezinfekciju flokulacijom. Najprikladniji izbor pročišćavanja na licu mjesta u bilo kojem kontekstu ovisi od postojećih uvjeta vode koji se tiču vode i sanitarnih uvjeta, kvalitete vode, kulturološke prihvatljivosti i isplativosti opcija. Uspješno tretiranje vode na licu mjesta treba podrazumijevati uporabu odgovarajućih materijala i proizvoda, kao i odgovarajuću obuku za korisnike. Uvođenje neprovjerenih metoda pročišćavanja vode u slučaju nezgode treba izbjegavati. U područjima rizika poželjno je prije pročišćavanja na licu mjesta, razmisliti o gotovim proizvodima, što omogućuje brži odgovor. Prednost treba dati uporabi raspoloživih lokalnih proizvoda, ukoliko se nastavi uporaba u razdoblju nakon nesreće. Učinkovita uporaba zahtijeva redovito praćenje, podršku i nadzor i trebala bi biti preduvjet za usvajanje alternativnog pristupa pročišćavanju vode.

7. **Pročišćavanje klorom na mjestu primjene:** Dvostruka doza klora može se koristiti za višu razinu zamućenosti, ukoliko ne postoji alternativni izvor vode. To se može raditi samo kratko i nakon edukacije korisnika o načinima za smanjenje zamućenosti filtriranjem i pretakanjem prije tretiranja vode (vidjeti Dodatak 6: Shema odluka o čišćenju i pohranjivanju vode iz kućanstva).

8. **Kemijska i radiološka kontaminacija:** Ukoliko hidrogeološki podaci ili saznanja o industrijskim ili vojnim aktivnostima upućuju na to da zalihe vode mogu predstavljati kemijske ili radiološke zdravstvene rizike, žurno treba procijeniti rizik provedbom kemijske analize. Potrebno je napraviti odluku između kratkoročnih rizika i koristi za javno zdravstvo. Nadalje, odluku o uporabi kontaminirane vode treba donijeti na temelju 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 uporabu samo sigurnih izvora.

10. **Kvaliteta vode za zdravstvene centre:** sva voda za bolnice, domove zdravlja i centre za prehranu treba biti pročišćena klorom ili rezidualnim dezinficijensom. Ukoliko postoji bilo kakva opasnost od prekida vodoopskrbom, potrebno je da institucija osigura zalihe vode za kontinuiranu opskrbu i normalnu razinu uporabe (vidjeti Dodatak 2: Minimalna količina vode za ustanove i druge namjene i Dodatak 5: Minimalne higijenske i sanitarne mjere za izolacijske centre za liječenje kolere).

Standard 3. Vodoopskrba: objekti za vodu

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

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Pogođenom stanovništvu treba osigurati adekvatne kapacitete za prikupljanje i pohranjivanje vode (vidjeti smjernicu 1 i Standard 2. Promoviranje higijene, na 80. str.).
- Aktivno promicati sudjelovanje svih žrtava katastrofe i ranjivih osoba u planiranju vodoopskrbe i izgradnji objekata za pranje rublja i kupanje (vidjeti smjernicu 2).
- Na mjestima za distribuciju vode i za pranje rublja i objekte gdje žene mogu prati i sušiti rublje i higijenske uloške od platna (vidjeti smjernicu 2 i Standard 2. Promoviranje higijene, na 80. str.).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Svako kućanstvo ima barem dva spremnika za čistu vodu kapaciteta od 10 do 20 litara, jedan za čuvanje vode i jedan za transport (vidjeti smjernicu 1. i Standard 2. Promoviranje higijene, smjernica 1, na 81. str.).
- Kanistari za prikupljanje i skladištenje vode imaju uska grla, poklopce ili su to neke druge vrste spremnika za sigurno dobavljanje, pohranjivanje i uporabu 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 kućanstvo u svakom trenutku je nezagađena (vidjeti smjernicu 1).
- Ljudi su zadovoljni odgovarajućom opremom koju imaju za prikupljanje vode, skladištenje, kupanje, pranje ruku i pranja rublja (vidjeti smjernicu 2).
- Osigurano je redovito održavanje instaliranih sustava i objekata i korisnici su uključeni u taj proces gdje god 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 izgleda. Djeci, osobama s invaliditetom, starijim osobama i osobama zaraženim HIV-om i AIDS-om, mogu biti potrebne manje posude ili posebno dizajnirani kanistari za vodu. Kapacitet spremnika za pohranjivanje vode ovisi od veličine kućanstva i dostupnosti vode, npr. oko četiri litra po osobi bi bilo prikladno za situacije u kojima

postoji kontinuirana dnevna opskrba vodom. Promoviranje i monitoring nad sigurnim prikupljanjem, skladištenjem i crpljenjem vode prilika je za razgovor o problemima koji se tiču onečišćenja vode s ugroženim osobama, osobito 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 kućanstva, potrebno je osigurati posebne središnje prostorije za muškarce i žene. Ako sapun nije dostupan, može se koristiti bilo koji od najčešćih alternativa, kao što je pepeo, čisti pijesak, soda bikarbonat ili razne vrste biljaka koje su pogodne za pranje i čišćenje. Pranje rublja je posebno važno kada je u pitanju dječje rublje. Posebno je potrebno pranje pribora za jelo i posuđa za kuhanje. Broj, mjesto, izgled, sigurnost, prikladnost i praktičnost objekata treba odrediti u dogovoru s korisnicima, osobito sa ženama, adolescenticama i osobama s invaliditetom. Treba osigurati položaj objekata u središnjem dijelu područja, a njegova dostupnost i dobra osvijetljenost, s dobrom preglednošću područja, mogu doprinijeti većoj sigurnosti korisnika.
3. **Održavanje sustava za vodoopskrbu:** Važno je da su korisnici informirani i opremljeni svim potrebnim resursima za održavanje i očuvanje sustava koji su im osigurani.

4. Odlaganje fekalija

Sigurno odlaganje ljudskih fekalija predstavlja prvu prepreku za razvitak bolesti povezanih s fekalijama, a pomaže u smanjenju izravnog ili neizravnog načina širenja bolesti. Sigurno odlaganje fekalija je, dakle, važan prioritet i situacije koje se toga tiču u katastrofama treba rješavati što brže i učinkovitije, kao što je to slučaj sa sigurnom opskrbom 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

Okoliš u cjelini, a posebno stambeni prostori, područja za proizvodnju hrane, javna središta i izvorišta pitke vode nisu kontaminirani ljudskim fekalijama.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Odmah započeti odgovarajuće mjere za odlaganje fekalija (vidjeti smjernicu 1).
- Provesti brze konzultacije sa žrtvama nesreće koje se tiču sigurnog odlaganja fekalija i higijenskih navika (vidjeti Standard 1. Promoviranje higijene, smjernice 1 – 6, na 79 – 80. str.).
- Provesti zajedničku kampanju promoviranja higijene koja se tiče sigurnog odlaganja fekalija i uporabe odgovarajućih objekata (vidjeti Standard 1. Promoviranje higijene, smjernice 1 - 6, na 79 - 80. str.).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Okruženje u kojem živi ugroženo stanovništvo bez ljudskih je 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 metara iznad razine podzemnih voda (vidjeti smjernicu 3).
- U slučaju poplava ili visoke razine podzemnih voda treba poduzeti odgovarajuće mjere kako bi se spriječila kontaminacija podzemnih voda fekalijama (vidjeti smjernicu 3).
- Drenaža ili prolivanje sustava za odvod fekalija ne kontaminira površinske vode ili plitke podzemne vode (vidjeti smjernicu 3).
- Nužnici se većinom koriste higijenski, dječje fekalije odlažu se odmah i na higijenski način (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Sigurno odlaganje fekalija:** Sigurno odlaganje fekalija ima za cilj okoliš koji nije kontaminiran razbacanim ljudskim fekalijama. Odmah nakon nesreće i uvođenjem plana za odlaganje fekalija treba provesti akciju prvog čišćenja, ograđivanje onečišćenih zona i izgradnju javnih nužnika. Svrha sigurnog odlaganja fekalija je kontrola čistoće okoliša, bez ljudskih fekalija. Postupno pristupanje rješavanju sanitarnih problema je najučinkovitije. Aktivnosti provedbe sigurnog odlaganja fekalija obuhvaćaju sve skupine stanovništva pogođenog katastrofom. Tamo gdje stanovništvo tradicionalno ne koristi nužnike, bit će potrebno provesti zajedničku kampanju za promoviranje higijene i poticanje na odlaganje fekalija, kako bi se potaknula potražnja za više nužnika. Kod nesreća u urbanim sredinama, lako može doći do oštećenja postojećih kanalizacijskih sustava, stoga treba procijeniti situaciju i razmisliti o postavljanju mobilnih nužnika ili koristiti septičke jame koje se mogu redovito prazniti. Također je potrebno posvetiti pozornost pitanju pražnjenja, transporta i konačnog odlaganja fekalija i postupanja sa istim.
2. **Čišćenje područja:** u početnoj fazi, tamo 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 te ako je stanovništvo pogođeno katastrofom shvatilo važnost uporabe ovih objekata.
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 trebala bi biti veća u slučaju tla koje se sastoji od stijena i vapnenca, a može biti manja ako je kvalitetno tlo. U nekim kriznim situacijama, onečišćenje podzemnih voda ne mora biti neposredna briga ako se ta voda ne uporabljuje za piće. Umjesto toga, treba provesti tretman vode u kućanstvu ili razmotriti neke druge opcije (vidjeti Standard 2. Vodoopskrba, smjernica 6, na 87. str.).U slučaju poplave ili visokih podzemnih voda, mogu se graditi nadzemni nužnici ili septički spremnici za skladištenje fekalija i tako spriječiti zagađenje okoline. Također važno je da drenaža ili prolijevanje iz septičkih jama ne zagađuju površinske i/ili podzemne vode.
4. **Odlaganje dječijih fekalija:** Posebnu pozornost treba posvetiti odlaganju dječjih fekalija, jer su one obično opasnije od fekalija odraslih osoba (infekcije povezane s fekalijama, češće su kod djece, jer ona još nisu razvila adekvatna antitijela). Roditelji i oni koji se brinu o djeci trebaju biti informirani da sigurno odlaganje fekalija dojenčadi, proces pranja i uporaba pelena nisu neznačajni, kao ni uporaba dječjih tuta ili lopatice za učinkovito i sigurno odlaganje fekalija.

Standard 2. Odlaganje fekalija: prikladni i adekvatni nužnici

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

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Treba se posavjetovati i usuglasati sa svim korisnicima (pogotovo sa ženama i osobama s ograničenom pokretljivošću) o lokaciji, obliku i prikladnosti sanitarinih objekata (vidjeti smjernice 1 – 4 i načela zaštite 1 – 2, na 28. – 30. str.).
- Ljudima pogođenim katastrofom osigurati alat, materijal za izgradnju, održavanje i čišćenje njihovih nužnika (vidjeti smjernice 6 –7)
- Osigurati adekvatnu opskrbu vodom za pranje ruku i nužnika tekućom vodom i/ili mehanizmima za higijensko zatvaranje i osigurati adekvatan materijal za analnu higijenu za uporabu u nužnicima (vidjeti smjernice 7 – 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Nužnici su projektirani i izgrađeni na odgovarajući način i zadovoljavaju sljedeće zahtjeve:

  - Mogu ih koristiti svi stanovnici, uključujući djecu, starije osobe, trudnice i osobe s invaliditetom (vidjeti smjernicu 1).

  - Tako su pozicionirani da su u svakom trenutku dostupni korisnicima, pogotovo ženama i djevojkama, tijekom dana i noći (vidjeti smjernicu 3 i Načelo zaštite 1, smjernice 1 – 6, na 28 – 29. str.).

  - Omogućavaju stupanj privatnosti sukladno normama korisnika (vidjeti smjernicu 3).

  - Dovoljno su jednostavani za uporabu i čišćenje i ne predstavljaju opasnost za zdravlje i okoliš. Ovisno od mogućnosti, nužnici su prikladno osigurani vodom za pranje ruku i/ili za ispiranje (vidjeti smjernice 7 – 8).

  - Omogućuju odlaganje materijala za menstrualnu higijenu i pružaju ženama privatnost neophodnu za pranje i sušenje tih materijala (vidjeti smjernicu 9).

  - Razmnožavanje 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 ili za dugoročnu uporabu tako da postoji potreba za njihovim pražnjenjem (vidjeti smjernicu 11).

  - U slučaju visokog vodostaja ili poplava, jame ili spremnici s fekalijama su vodo nepropusni, kako bi se smanjilo onečišćenje podzemnih voda i okoliša (vidjeti smjernicu 11).

- Maksimalno 20 ljudi koristi jedan nužnik (vidjeti smjernice 1 – 4 i Dodatak 3: Minimalni broj nužnika, na javnim mjestima i institucijama u situacijama katastrofe).
- Na javnim mjestima, kao što su tržnice, središta za raspodjelu pomoći, domovi zdravlja i škole, postoje odvojeni nužnici za žene i muškarce, koji se mogu iznutra zaključati (vidjeti smjernicu 2 i načela zaštite 1 – 2, na 28. – 30. str.).
- Nužnici su udaljeni od mjesta stanovanja najviše 50 metara (vidjeti smjernicu 5).
- Uporaba nužnika je određena po kućanstvima i/ili su odvojeni prema spolu (vidjeti smjernice 2 – 5).
- Svi stanovnici pogođeni katastrofom zadovoljni su procesom savjetovanja i objektima za nužnike i rabe ih na odgovarajući način (vidjeti smjernice 1 – 10).
- Ljudi peru ruke nakon uporabe nužnika, prije jela i pripravljanja hrane (vidjeti smjernicu 8).

Smjernice

1. **Prihvatljivi sadržaji:** Uspješni programi odlaganja fekalija ovise od razumijevanja različitih potreba ljudi i njihovog sudjelovanja. Ne mogu svi nužnici biti prihvatljivi za sve skupine ljudi. Možda je potrebno izgraditi posebne nužnike za djecu, starije osobe i osobe s invaliditetom, kao što su npr. nužnici sa sjedalom ili rukohvatima ili noćne posude, dječje tute ili komodne stolice. Vrste sanitarnih objekata ovise od vremena intervencije, sklonosti i kulturoloških običaja korisnika, postojeće infrastrukture, dostupnosti vode (za ispiranje u kontroliranim količinama), sastava tla i dostupnosti građevinskih materijala. Različite vrste odlaganja fekalija za različite faze odgovora na katastrofe navedeni su u tablici u nastavku.

   Mogući alternativni načini za sigurno odlaganje fekalija:

Način sigurnog uklanjanja fekalija		Napomene o upotrebi
1	Obilježeni prostor za potrebe defekacije (npr. prostori odvojeni zastorima)	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 uporaba
4	Ventilacijski poboljšani nužnici u jamama (VIP)	Ovisno od okruženja: srednjoročna ili dugoročna uporaba
5	Ekološka komunalna uredba (Ecosan) za preusmjeravanje otjecanje urina	Ovisno od okruženja: kao odgovor na visoke podzemne vode ili poplave; samo u početnoj fazi, ili srednjoročna i dugoročna uporaba
6	Septičke jame	Srednjoročna i dugoročna uporaba

2. **Javni nužnici:** U nužnicima na javnim mjestima uspostavljeno je sustavno, pravilno i redovito čišćenje i održavanje. Kada planirate broj ženskih nužnika u usporedbi s muškim, treba uzeti u razmatranje podatke o stanovništvu iz baze podataka i koristiti omjer 3:1. Ukoliko je moguće, potrebno je

instalirati pisoare (vidjeti Dodatak 3: Minimalni broj nužnika na javnim mjestima i u institucijama u slučaju katastrofe).

3. **Obiteljski nužnici:** Obiteljski nužnici su najbolja opcija, tamo gdje je to moguće. Cilj je jedan nužnik na najviše 20 osoba. Gdje nema postojećih nužnika, moguće je započeti s jednim nužnikom na 50 osoba i spustiti 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 okolinu bez ljudskih fekalija.
4. **Zajednički sadržaji:** Kućanstva treba posavjetovati o lokaciji i obliku i o odgovornosti kada je u pitanju čišćenje i održavanje zajedničkih nužnika. Gledano, čisti nužnici vjerojatno će se češće i koristiti. Treba poduzeti sve potrebne mjere kako bi se osobama s kroničnim bolestima, poput osoba zaraženih HIV-om i AIDS-om, omogućio jednostavan pristup nužniku, jer oni često pate od kronične dijareje i smanjene pokretljivosti.
5. **Sigurni sadržaji:** Neadekvatno lociranje nužnika može žene i djevojke izložiti napadima, pogotovo tijekom noći. Treba osigurati da se žene i djevojke osjećaju sigurno kada koriste nužnik. Gdje god je moguće, zajednički nužnici trebaju biti osvijetljeni, a za kućanstva treba osigurati lampe. Zajednicu treba posavjetovati o tome kako poboljšati sigurnost korisnika (vidjeti načela zaštite 1 – 2, na 28 –30. str.).
6. **Upotreba lokalnog građevinskog materijala i alata:** preporučuje se da se za izgradnju nužnika koriste materijali koji su dostupni na tom području. To također omogućava sudjelovanje stanovništva u uporabi i održavanju sanitarnih uvjeta. Također, oprskrba stanovništva građevinskim alatom omogućit će ostvarenje ovog cilja.
7. **Voda i materijal za analnu higijenu:** Za nužnike u kojima se pušta voda i/ili one s mehanizmom za higijensko zatvaranje mora biti osiguran dovod vode. Klasični nužnik mora biti opremljen nužniknim papirom ili drugim materijalima za analnu higijenu. Korisnike bi trebalo posavjetovati o kulturološki najprikladnijim načinima održavanja analne higijene i o sigurnom odlaganju takvih materijala.
8. **Pranje ruku:** Korisnicima treba osigurati mogućnost pranja ruku sapunom ili drugim sredstvima (kao što je npr. pepeo) nakon uporabe nužnika ili održavanja higijene djece, kao i prije jela i priprave hrane. Stoga u blizini nužnika uvijek treba biti raspoloživ izvor vode.
9. **Menstruacija:** Žene i djevojke koje dobivaju menstruaciju, uključujući i učenice, trebaju imati pristup odgovarajućim materijalima za apsorpciju menstrualne krvi. Sa ženama i djevojkama treba se posavjetovati o tome što je kulturološki prikladnije. U nužnicima treba omogućiti odlaganje materijala za menstrualnu higijenu na odgovarajući način i pružiti privatnost u prostorijama za pranje (vidjeti Standard 2. Promoviranje higijene, smjernice 2 i 8, na 81.- 82. str.).
10. **Pražnjenje:** Ovisno od prikladnosti i potreba, pražnjenja nužnika/septičkih jama i spremnika, uključujući krajnja odredišta za zbrinjavanje fekalija treba razmotriti na samom početku.
11. **Nužnici u situacijama prirodnih nepogoda:** Kod poplave ili nepogoda u urbanim sredinama, odabir prikladnih nužnika i lokacija za odlaganje fekalija prilično je težak. U takvim slučajevima, preporučuje se uporaba različitih mehanizama za odlaganje ljudskih fekalija, kao što su podignuti nužnici, nužnici s drenažom urina i kanalizacijski spremnici kao i uporaba 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 prijenosnik glavni su uzrok bolesti i smrtnosti u mnogim slučajevima pri katastrofi. Komarci su prijenosnici bolesti i odgovorni su za prijenos malarije, koja je jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta. Komarci prenose i druge bolesti npr. žutu groznicu, tropsku groznicu i hemoragijsku groznicu. Muhe koje ne grizu ili sinantropske muhe, kao što su kućne muhe, muhe zujare i muhe mesare, igraju važnu ulogu u prijenosu dijareje. Muhe koje grizu, stjenice i buhe uzrokuju bolne ubode, a u nekim slučajevima prenose i bolesti, kao što je mišji tifus, šuga i kuga. Krpelji prenose povratnu groznicu, dok uši prenose tifus i povratnu groznicu. Štakori i miševi mogu prenositi bolesti kao što su leptospiroza i salmonela, a mogu biti domaćini drugim prijenosnicima, npr. buhama koje mogu prenositi Lasa groznicu, kugu i druge infekcije.

Zarazne bolesti mogu se kontrolirati na različite načine, uključujući odgovarajući odabir lokacija i pružanje skloništa, vodoopskrbe, odlaganje fekalija, zbrinjavanje čvrstog otpada i odvodnjavanje, pružanje zdravstvenih usluga (mobilizacija zajednice i promoviranja higijene), uporaba kemijske kontrole, zaštitu pojedinaca i obitelji i učinkovitu zaštitu skladišta s namirnicama. Zarazne bolesti su obično kompleksne prirode, pa se u takvim slučajevima može zahtijevati sudjelovanje specijaliste. Međutim, često postoji mnogo toga što može biti učinjeno kako bi se spriječilo širenje zaraze uz jednostavne i učinkovite mjere, nakon što je identificiran izvor zaraze i njegova veza sa stanovništvom.

Standard 1. Kontrola zaraznih bolesti: osobna i obiteljska zaštita

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

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Podizanje svijesti kod svih osoba pogođenih katastrofom o tomu koje su u opasnosti od zaraznih bolesti, o mogućim uzrocima ovih bolesti, načinima njihovog prenošenja i mogućim metodama prevencije (vidjeti smjernice 1 – 5).
- Pomoći ugroženom stanovništvu u sprječavanju izloženosti od uboda komaraca uz uporabu svih neškodljivih sredstava (kao što su npr. mreže protiv komaraca, losioni protiv uboda komaraca itd.) koja su im dostupna (vidjeti smjernicu 3).
- Obratiti posebnu pozornost na zaštitu visoko rizičnih skupina kao što su trudnice i dojilje, bebe, djeca, starije osobe, osobe sa smanjenom pokretljivošću i bolesne osobe (vidjeti smjernicu 3).

- Ukoliko postoji opasnost od povratne groznice ili tifusa kojeg prenose uši, treba kontrolirati pojavu širenja uši (vidjeti smjernicu 4).
- Treba osigurati redovito provjetravanje i pranje posteljine i odjeće (vidjeti smjernicu 4).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- 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 njihovog prijenosa i znaju kako da se na odgovarajući način zaštite (vidjeti smjernice 1 – 5).
- Sve osobe koje su dobile mreže impregnirane insekticidima za zaštitu od komarca znaju ih pravilno koristiti (vidjeti smjernicu 3).
- Sva hrana u kućanstvima zaštićena je od onečišćenja i prijenosnika zaraze, poput muha, insekata i glodavaca (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Određivanje rizika za zaraznih bolesti:** Odluke o kontroli prijenosnika zaraznih bolesti trebaju se temeljiti na procjeni rizika od bolesti i kliničkim dokazima o širenju zaraznih bolesti. Čimbenici 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 ne endemskih na endemska područja često su uzrok epidemija;

   - tip patogena i prevalencija, i kod prijenosnika i kod 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 uporabljivani pokazatelji za mjerenje utjecaja aktivnosti za kontrolu prijenosnika zaraze su stope pojave zaraznih bolesti (iz epidemioloških podataka, podataka u zajednici i alternativnih pokazatelja, ovisno od vrste interakcije) i broja parazita (pomoću brzih dijagnostičkih setova ili mikroskopije).
3. **Mjere za zaštitu pojedinaca protiv malarije:** U slučaju značajnog rizika od pojave malarije preporučuje se sustavsko i pravodobno uvođenje zaštitnih mjera, kao što su uporaba materijala impregniranih insekticidima u šatorima te zastori i mreža 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:** Dobra osobna higijena i redovito pranje odjeće i posteljine najučinkovitija su zaštita protiv uši. najezde se mogu kontrolirati osobnim liječenjem (prah), masovnim kampanjama pranjem ili uklanjanjem uši i protokolima liječenja po dolasku novih raseljenih ljudi u naselje. Čistoća u kućanstvu i 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 tomu da trebaju izbjegavati kontakt s vodom na područjima gdje se zna da postoji rizik od infekcije bolestima, kao što su šistosomiaza (parazitska zarazna bolest), gvinejski crv (parazitska zarazna bolest) ili leptospiroza (koja se prenosi ukoliko se dođe u kontakt s urinom sisavaca, posebice štakora – 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 kemijske mjere zaštite i mjere zaštite okoline

Okruženje i mjesto u kojem žive žrtve katastrofe nisu izložene izvoru bolesti ili prijenosnicima zaraze i zaraza se održava na najnižoj mogućoj razini, gdje god je to moguće.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Smjestiti raseljene osobe na mjestima gdje je mogućnost izlaganja prijenosnicima bolesti najmanja, posebice komarcima (vidjeti smjernicu 1).
- Očistiti i/ili ukloniti mjesta razmnožavanja ili staništa prijenosnika bolesti, gdje je to moguće (vidjeti smjernice 2 - 4).
- Provesti intenzivnu kontrolu muha u gusto naseljenim područjima, gdje postoji opasnost od epidemije ili je prisutna epidemija dijareje (vidjeti smjernicu 2).
- Uspostavljanje mehanizama za upućivanje zaraženih malarijom za rano dijagnosticiranje i liječenje (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji

- Gustoća populacije komaraca održava se na niskoj razini 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. **Izbor lokacije** važan je zbog smanjenja izloženosti stanovništva pogođenog katastrofom zaraznim bolestima. To bi trebao biti jedan od ključnih čimbenika u izboru mogućih mjesta. Na primjer, kamp za kontrolu malarije trebao bi biti udaljen 1 do 2 km od područja razmnožavanja 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, na str. 221–222).

2. **Kemijska i ekološka kontrola prijenosnika zaraze**: Postoji nekoliko temeljnih mjera za zaštitu okoliša, koje se mogu poduzeti kako bi se smanjila mogućnost za razmnožavanje prijenosnika bolesti. To uključuje pravilno odlaganje ljudskih i životinjskih fekalija (vidjeti poglavlje o uklanjanju fekalija, na 90. str.), pravilno odlaganja smeća u cilju kontrole muha i glodavaca (vidjeti poglavlje o upravljanju čvrstim otpadom, na 100. str.), odvodnju stajaće vode, čišćenje divlje vegetacije oko otvorenih kanala i bara zbog kontrole komaraca (vidjeti poglavlje o odvodnjavanju, na 103. str.). Takve prioritetne mjere za zdravstvenu zaštitu okoliša utjecat će na gustoću 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 kemijske kontrole i mjere za zaštitu pojedinaca.

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

3. **Planiranje djelovanja:** Programi kontrole prijenosnika možda ne mogu imati utjecaja na epidemiju ako su usmjereni na pogrešnog prijenosnika zaraze, ako se koriste neučinkovite metode ili ako su usmjerene na pravog prijenosnika na pogrešnom mjestu ili u pogrešno vrijeme. Program kontrole treba biti prvotno usmjeren na rješavanje sljedećih ciljeva: smanjenje gustoće naseljenosti prijenosnika zaraze, smanjenje ljudskog kontakta s 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 od međunarodne zdravstvene organizacije. Osim toga, na licu mjesta treba tražiti savjete o lokalnim uzrocima bolesti, mjestima razmnožavanja, varijacijama u broju prijenosnika bolesti i pojavljivanju bolesti u ovisnosti od godišnjih doba itd.

4. **Ekološka kontrola komaraca:** Ekološka kontrola prvotno je namijenjena za otklanjanje područja reprodukcije komaraca. Tri glavne vrste komaraca odgovorne za prijenos bolesti su Culex (filarijaza), Anopheles (malarija i filarijaza) i Aedes (žuta i tropska groznica). Culex komarci razmnožavaju se u ustajaloj vodi koja sadrži organske tvari, kao što je kanalizacija, Anopheles razmnožavaju se 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-ova (ventilacijom poboljšanih nužniknih jama) zatvaranjem kapka na nužniknim jamama sa čučavcima i na posudama za vodu i držanje bunara pokrivenim i/ili tretiranjem s larvicidom (npr. u područjima gdje je tropska groznica endemska).

5. **Liječenje malarije:** Strategije kontrole malarije koje imaju za cilj smanjiti gustoću populacije komaraca treba provesti istodobno s ranom dijagnozom i tretiranjem s efektivnim sredstvima protiv malarije. Takve strategije uključuju eliminiranje lokacija za razmnožavanje, smanjenje dnevne stope preživljavanja komaraca i ograničavanje broja ugriza. Treba pokrenuti i održati kampanje za poticanje rane dijagnoze i liječenja. Integrirani pristup, koji kombinira aktivnu identifikaciju slučajeva koju vrše osposobljeni terenski radnici i tretman efektivnim sredstvima protiv malarije, povećava vjerojatnost da se smanji širenje malarije u odnosu na pasivno pronalaženje slučajeva obolijevanja preko centraliziranih zdravstvenih usluga (vidjeti Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti, smjernica 3, na 271. str.).

Standard 3. Kontrole zaraznih bolesti: sigurnost kemijske 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 zajedno sa smjernicama):

- 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 smjernicu 1).
- Upoznati stanovništvo pogođeno katastrofom s potencijalnim rizicima od materija koje se rabe u kemijskoj kontroli zaraze te s rasporedom njihove uporabe. Zaštititi stanovništvo tijekom i nakon primjene otrova i pesticida, sukladno međunarodnim dogovorenim procedurama (vidjeti smjernicu 1).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Prigodom izbora kvalitete, načina skladištenja i prijevoza kemikalija za kontrolu prijenosnika uzeti u obzir međunarodne standarde i norme. Nisu zabilježene reakcije ili nuspojave pri mjerama kontrole zaraze (vidjeti smjernicu 1).
- Sve kemikalije za kontrolu prijenosnika su uredno registrirane (vidjeti smjernicu 1).

Smjernice

1. **Državni i međunarodni protokoli:** Postoje jasni međunarodni protokoli i norme, koje je objavila Svjetska zdravstvena organizacija, koji se moraju cijelo vrijeme poštovati. Protokoli se primjenjuju na izbor i uporabu kemikalija za kontrolu prijenosnika, uključujući i zaštitu osoblja i edukaciju. Mjere za kontrolu prijenosnika treba prvotno usmjeriti na dva glavna cilja: učinkovitost i sigurnost. Ako državne norme vezane za izbor kemikalija ne zadovoljavaju međunarodne standarde, što rezultira vrlo malim ili nikakvim čimbenicama ili ugrožava zdravlje i sigurnost, organizacija se mora posavjetovati i lobirati mjerodavna državna tijela za poštovanje međunarodnih standarda.

6. Upravljanje čvrstim otpadom

Gospodarenje čvrstim otpadom je proces rukovanja i odlaganja organskog i opasnog čvrstog otpada koji može predstavljati rizik za zdravlje ljudi i imati negativan utjecaj na okoliš, ako se njime ne rukuje pravilno. Takvi rizici mogu povećati razmnožavanje muha i glodavaca koji se hrane čvrstim otpadom (vidjeti poglavlje o kontroli prijenosnika bolesti, na 95. str.) i zagađuju izvore površinskih i podzemnih voda zbog miješanja otpadnih voda iz kućanstva i medicinskog i industrijskog otpada. Neusmjeren i nagomilan čvrsti otpad i čestice koje ostaju nakon prirodnih katastrofa mogu stvoriti ružno i depresivno okruženje što može obeshrabriti ljude u nastojanju za poboljšanjem drugih aspekata okoliša. Čvrsti otpad često začepi kanalizaciju, što povećava rizik od poplava i dovodi do zdravstvenih problema u okolišu povezanih s čvrstim otpadom i zagađenjem površinskih voda. Skupljači otpada i materijala koji se mogu reciklirati sa smeća, 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 mnogo čvrstog otpada, uključujući i medicinski otpad, i ima adekvatna i učinkovita sredstva za odlaganje svog otpada iz kućanstva.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Uključiti stanovništvo pogođeno katastrofom u planiranje i provođenje programa za zbrinjavanje čvrstog otpada (vidjeti smjernicu 1).
- Organizirati kampanje za redovito čišćenje i zbrinjavanje čvrstog 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 obitelji domaćina, za čim postoji potreba uslijed 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 sustav za redovito 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 sudjeluju u prikupljanju i odlaganju otpada, kao i za osobe koje su sudjelovale u prikupljanju otpadnog materijala za recikliranje (vidjeti smjernicu 7).
- U slučaju da postoji prioritetna potreba primjerenog i dostojanstvenog odlaganja mrtvih tijela, koordinirati s mjerodavnim organizacijama i vlastima koje se bave time (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sva kućanstva imaju pristup kantama za otpatke koje se prazne barem dva puta tjedno, a od odlagališta nisu udaljena više od 100 metara (vidjeti smjernicu 3).
- Sav otpad proizveden od stanovništva u urbanim područjima, uklanja se svakodnevno iz neposrednog okoliša, a na selima barem dva puta tjedno (vidjeti smjernice 1 – 3).
- Na 10 kućanstava ima barem jedan spremnik od 100 litara, ako otpad iz kućanstva nije zakopan na licu mjesta (vidjeti smjernicu 3).
- Osigurati pravodobno i kontrolirano zbrinjavanje čvrstog otpada, što zauzvrat osigurava minimalan rizik od onečišćenja okoliša čvrstim otpadom (vidjeti smjernice 4 – 6).
- Sav medicinski otpad (uključujući i opasni otpad npr. staklo, igle, zavoje i lijekove) odvojen je i zbrinut u pravilno 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 bliskoj suradnji i koordinaciji sa stanovništvom i ovlaštenim organizacijama i tijelima. S tim treba početi prije nego što čvrsti opad postane problem i rizik po zdravlje pogođenog stanovništva. U dogovoru sa stanovništvom i mjerodavnim tijelima treba organizirati kampanje za redovito čišćenje.
2. **Zakopavanje otpada**: Ako se otpad zakopova na licu mjesta, bilo u jamama u kućanstvu ili u zajedničkim jamama, svakodnevno mora se zatrpati 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 zatrpati 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 kućanstava treba biti prikupljen u spremnicima za odlaganje u jamu za zakopavanje ili spaljivanje. Tamo gdje nije moguće osigurati spremnike za odlaganje za svako kućanstvo, treba osigurati komunalne spremnike. Treba poticati recikliranje čvrstog otpada u zajednici, pod uvjetom da to ne predstavlja značajnu opasnost po 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 od stanovništva, zdravstvenih radnika i osoba koje rukuju otpadom dovodi do njihove izloženosti infekciji, toksičnosti i povređivanju. U slučaju katastrofe najopasnija je infekcija oštrim ili otpadom koji nije oštar (zavoji, krvave krpe i organske materije, kao što je npr. posteljica itd.). Različite vrste otpada treba razdvojiti. Nekontaminirani otpad (papir, plastična ambalaža, neprehrambeni otpad itd.) može se odlagati kao čvrsti otpad. Zaraženi oštri otpad, a posebno korištene igle i šprice, nakon primjene treba odložiti u posebne plastične kutije, odmah po njihovoj uporabi. Kutije i drugi čvrsti otpad može se odložiti na mjesto za spaljivanje ili se može koristiti neka druga sigurna metoda (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sustavi , smjernica 11, na 258. str.

5. **Otpad s tržnice:** Većina otpada s tržnica može se tretirati kao kućni otpad. Otpad iz klaonica i ribarnica treba tretirati na poseban način, a potrebne su posebne prostorije za tekući otpad i treba osigurati da se klanje obavlja u higijenskim uvjetima i sukladno važećim propisima. Klaonički otpad može se često odložiti u veliku natkrivenu jamu pored klaonice ili objekta za preradu ribe. Krv iz klaonice ili od prerade ribe može se pohraniti u jamu ili natkriveni kanal (tako će se reducirati pristup muhama). Potrebno je osigurati opskrbu 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 ovisi o raspoloživom prostoru i pristupu mehanizaciji. U idealnom slučaju, otpad za kontrolirano odlaganje svaki dan treba zatrpati zemljom, kako bi se spriječilo njegovo otkopavanje od strane lešinara i širenje zaraze.

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 idealnim 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 s medicinskim otpadom moraju se upoznati s pravilnim metodama skladištenja, prijevoza i odlaganja otpada, kao i rizicima povezanim s nepravilnim upravljanjem otpadom.

8. **Postupanje s leševima:** Postupanje s leševima i/ili zakopavanje leševa ljudi koji su umrli u prirodnim katastrofama, mora biti prikladno i provedeno na dostojanstven način. Ovaj posao obično rade timovi za traženje mrtvih, u suradnji s mjerodavnim državnim tijelima i nevladinim organizacijama. Čak i ukop osoba koje su umrle od zaraznih bolesti treba organizirati na odgovarujući način, uz konzultacije i dogovore s mjerodavnim zdravstvenim organima (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sustavi 1, smjernica 12, na 259. str.). Za više informacija o odgovarajućim mjerama za ukop leševa pogledajte materijale navedene u referencama i dodatnoj literaturi.

7. Drenaža

Površinske vode u naseljima ili u blizini naselja mogu doticati iz kućanstava i točki s vodom, otpadne vode, nužnici koji cure i kanalizacija, padalina ili rasta poplavnih voda. Glavni zdravstveni rizici povezani s površinskim vodama su onečišćenje pitke vode i okolina, šteta na nužnicima 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 otjecanje kišnice na temelju detaljnih planova i ispuštanje otpadnih voda malih razmjera. Ovo poglavlje bavi se problemima i aktivnostima drenaže malih razmjera. Drenaža velikih razmjera općenito je određena lokacijom i razvitkom infrastrukture (vidjeti Standard 2. Skloništa i smještaj, smjernica 5, na str. 221).

Standard 1. Drenaža: drenažni radovi

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

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osigurati adekvatne sustave za drenažu otpadnih voda kako bi se zaštitila opskrba grada vodom od ustajalih otpadnih voda, oborinskih voda i kako bi drenažni sustav ostao čist (vidjeti smjernice 1 - 2 i 4 - 5).
- Dogovoriti se sa žrtvama katastrofe na koji se način treba nositi s teškoćama 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 učinkovitom drenažom kako bi se zaštitili od mulja (vidjeti smjernicu 2).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Drenažni sustav u opskrbi 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 sustav ne zagađuje površinske i/ili podzemne vode (vidjeti smjernicu 5).
- Skloništa, putevi, objekti za vodoopskrbu i sanitarni objekti nisu poplavljeni ili pod utjecajem vodne erozije (vidjeti smjernice 2 - 4).
- Drenažne vode ne uzrokuju eroziju (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Izbor lokacije i planiranje:** Najefektivniji način za kontrolu problema drenaže je u izboru lokacije i planu naselja (vidjeti standarde 1 - 2. Skloništa i smještaj, na str. 215–219).
2. **Otpadne vode:** Otpad ili otpadne vode iz kućanstva klasificiraju se kao kanalizacija kada je pomiješana s ljudskim fekalijama. Ukoliko naselje nema postojeći kanalizacijski sustav, otpadne vode iz kućanstvane bi trebalo miješati s ljudskim fekalijama. Kanalizaciju je teže i skuplje čistiti nego otpadne vode iz kućanstva. Ako je moguće, u blizini gradskog vodovoda i prostora za pranje i kupanje treba predlagati stvaranje malih vrtova da bi se iskoristile takve otpadne vode. Posebnu pozornost treba obratiti na sprečavanje zagađenosti izvora vode otpadnim vodama od pranja i kupanja.
3. **Odvodnja i odlaganje fekalija:** Posebnu pozornost treba posvetiti zaštiti sanitarija i kanalizacije od poplava kako bi se izbjegla oštećenja i curenja.
4. **Promoviranje:** Pri katastrofi, stanovništvo treba biti uključeno u provedbu aktivnosti koje se tiču drenaže, jer oni obično dobro poznaju prirodni tok odvodnje vode i znaju gdje treba postaviti kanale. Poznato je da, ukoliko se ljudi razumiju u zdravstvene i fizičke rizike, a sudjelovali su u izgradnji sustava odvodnje, veća je vjerojatnoća da će takav sustav drenaže i održavati (vidjeti poglavlje o kontroli zaraznih bolesti, na 95. str.). U tom slučaju, neophodna je tehnička pomoć i alat.
5. **Odlaganje na licu mjesta**: Ukoliko je moguće, a uvjeti u pogledu tla to dozvoljavaju, drenažu vode s 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 tako da omoguće 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 zagadili izvori površinskih ili podzemnih voda.

Dodatak 1.

Kontrolni upitnik za početnu procjenu potreba vodoopskrbe i drenaže te promoviranje higijene

Ovaj upitnik prvotno je namijenjen za uporabu 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 prema spolu, dobi, vrsti invaliditeta itd., koliko god je to moguće.
- Koja su vjerojatna kretanja ljudi? Koji su sigurnosni čimbenici za pogođeno stanovništvo i za potencijalne intervencije pružanja pomoći?
- Koje su trenutačne, dominantne ili moguće bolesti povezane s neadekvatnom vodom i sanitarnim uvjetima? Koliki je opseg i očekivanja u razvoju problema?
- S kojim ljudima se nužno posavjetovati i s njima uspostaviti kontakt?
- Tko su ranjivi ljudi u stanovništvu i zašto?
- Imaju li svi jednak pristup postojećim objektima, čak i na javnim mjestima, u domovima zdravlja i školama?
- Koji su posebni sigurnosni rizici za žene, djevojke i ranjive skupine ljudi?
- Kakve je navike koje se tiču vode i drenaže stanovnišvo imalo prije nesreće?
- Koje su formalne i neformalne strukture moći (vođe zajednice, starije populacije, skupine žena)?
- Na koji način se donose odluke u kućanstvima i zajednicama?

2. Promoviranje higijene

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

- Tko se brine o higijeni, tko mu/joj to omogućava i što ih u tome motivira?
- Koje su prednosti i nedostaci predloženih promjena u zakonu?
- Koji su postojeći kanali formalne i neformalne komunikacije i njihov doseg (zdravstveni radnici u zajednici, tko tradicionalno nazoči rođenju, tradicionalni iscjelitelji, udruženja, zadruge, crkve, džamije itd.)?
- Koji je pristup masovnim medijima dostupan na tom području (radio, televizija, video, novine itd.)?
- Koji lokalni mediji i/ili nevladine organizacije djeluju u tom području?
- Koje skupine stanovništva treba uključiti u aktivnosti (majke, djecu, vođe zajednice, radnike u javnoj kuhinji itd.)?
- Koji tip sustava bi funkcionirao u tom kontekstu (volonteri, udruženja, odbori i sl.) za hitnu i srednjoročnu mobilizaciju?
- Koje su potrebe osoblja i volontera 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. Vodoopskrba

- Koji je trenutačni izvor vodoopskrbe i tko su trenutačni korisnici?
- Koja količina vode je dostupna po osobi po danu?
- Kakva je dnevna/tjedna raspoloživost vode?
- Jesu li količine vode dostupne na izvoru dovoljne za kratkoročne i dugoročne potrebe svih skupina stanovništva?
- Jesu li mjesta za prikupljanje vode dovoljno blizu stanovanja? Jesu li sigurna?
- Je li trenutačna vodoopskrba pouzdana? Koliko dugo će trajati?
- Imaju li ljudi dovoljno spremnika za vodu i jesu li odgovarajuće veličine i vrste?
- Je li izvor vode zagađen ili je u opasnosti od eventualne zagađenosti (mikrobiološke ili kemijske/radiološke)?
- Je li instaliran sustav za pročišćavanje vode? Je li pročišćavanje potrebno? Je li pročiščavanje moguće? Koja vrsta tretiranja vode je potrebna?
- Je li potrebna dezinfekcija, iako voda nije zagađena?
- Postoji li u blizini alternativni izvor vode?
- Koja su tradicionalna vjerovanja i običaji vezani za prikupljanje, skladištenje i uporabu vode?
- Koje su potencijalne prepreke u uporabi raspoloživih vodenih resursa?
- Je li moguće stanovništvo raseliti ako izvori vode nisu adekvatni?

- Postoji li mogućnost da se voda transportira ako su izvori vode neadekvatni?
- Koja su ključna higijenska pitanja vezana za vodoopskrbu?
- Jesu li ljudima na raspolaganju sredstva za higijensku uporabu vode?
- U slučaju raseljavanja ruralnog stanovništva, što je uobičajeni izvor vode za stoku?
- Hoće li biti utjecaja na okoliš uslijed moguće intervencije koja uključuje vodoopskrbu, pumpanje i uporabu izvora vode?
- Koji su drugi korisnici trenutačno dostupnih vodenih resursa? Postoji li opasnost od sukoba ako izvore bude koristila nova skupina stanovništva?

4. Odlaganje fekalija

- Koje su trenutačne navike obavljanja velike i male nužde? Kad je riječ o potrebama obavljanja nužde na otvorenom, postoji li za to određeno područje? Je li to područje sigurno?
- Koja su trenutačna uvjerenja i navike koje se odnose na odlaganje fekalija, uključujući tipične navike koje su utemeljene prema spola?
- Jesu li dostupni bilo kakvi postojeći objekti? Ako jesu, koriste li se, ima li ih dovoljno, i jesu li učinkoviti? Mogu li se proširiti ili preurediti?
- Jesu li trenutačni načini čišćenja prijetnja vodoopskrbe (površinskim ili podzemnim vodama) stambenim područjima i okolišu u cjelini?
- Peru li ljudi ruke nakon nužde i prije priprave hrane i prije jela? Jesu li dostupni sapuni ili neko drugo sredstvo za čišćenje?
- Jesu li ljudi upoznati sa izgradnjom i uporabom nužnika?
- Koji lokalni materijali su dostupni za izgradnju nužnika?
- Jesu li ljudi spremni koristiti montažne nužnike, poljske nužnike, iskopane jame itd.?
- Ima li dovoljno prostora za poljske nužnike, nužnike u jamama, nužnike itd.?
- Kakav je nagib terena?
- Koja je razina podzemnih voda?
- Je li situacija gleda tla pogodna za odlaganje fekalija na licu mjesta?
- Potiču li trenutačni propisi o odlaganju fekalija razmnožavanje prijenosnika zaraznih bolesti?
- Jesu li su dostupni materijal i voda za analnu higijenu? Kako ljudi obično odlažu takav materijal?
- Kako se žene nose s problemima koji se odnose na menstruaciju? Jesu li za žene dostupni prikladni materijali ili objekti?
- Postoje li posebni uvjeti ili oprema koja omogućava 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. vjerovanje da je malarija uzrokovana prljavom vodom) koji se tiču zaraznih 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 lokalni okoliš (drenažom, čišćenjem, uklanjanjem fekalija i otpada itd.) kako bi se spriječilo razmnožavanje prijenosnika zaraze?
- Je li potrebno kontrolirati zarazu kemijskim sredstvima? Koji programi, propisi i resursi su dostupni za kontrolu prijenosnika i korištenja kemikalija?
- Koje informacije i sigurnosne mjere treba osigurati stanovništvu?

6. Upravljanje čvrstim otpadom

- Predstavlja li problem gomilanje otpada?
- Kako ljudi obično raspolažu takvim otpadom? Koja vrsta i koja količina čvrstog otpada je proizvedena u tom području?
- Je li moguće da se čvrsti otpad zbrinjava na licu mjesta ili se može prikupljati i odlagati izvan naselja?
- Koja je uobičajna praksa odlaganja čvrstog otpada za pogođeno stanovništvo (kompostiranje i/ili jame za otpad, sustav prikupljanja, kante itd.)?
- Proizvode li zdravstvene ustanove otpad? Kako ga uklanjaju? Tko je odgovoran za uklanjanje otpada?
- Gdje su smještene kante za odlaganje menstrualnog otpada i je li njihovo odlaganje diskretno i učinkovito?
- Koji je utjecaj trenutačnog načina zbrinjavanja otpada na okoliš?

7. Drenaža

- Postoje li problemi drenaže, npr. poplavljenje stanova ili nužnika, mjesta razmnožavanja prijenosnika bolesti, zagađena voda koja kontaminira stambene prostore ili pitku vodu?
- Je li tlo sklono zadržavanju vode?
- Jesu li ljudima na raspolaganju sredstva za zaštitu kućanstava i nužnika od lokalnih poplava?
- Je li dranažni sustav dobar na područjima gdje se ljudi opskrbljuju vodom 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 dnevno. Možda će biti potrebne dodatne količine za pranje, ispiranje nužnika itd.
Centri za liječenje od kolere	60 litara po pacijentu dnevno, 15 litara dnevno po njegovatelju.
Terapijski centri za prehranu	30 litara po hospitaliziranom bolesniku dnevno, 15 litara po njegovatelju dnevno.
Prihvatni i tranzitni centari	15 litara po osobi dnevno, ukoliko boravi dulje od jednoga dana, 3 litra po osobi dnevno, ukoliko je boravak ograničen na jedan dan.
Škole	3 litre po učeniku po danu za piće i pranje ruku (korištenje nužnika nije uključeno: vidjeti "javni nužnici" ispod).
Džamije	2–5 litara po osobi dnevno za umivanje i piće.
Javni nužnici	1 - 2 litra po korisniku dnevno za pranje ruku, 2 - 8 litara po danu za čišćenje nužnika.
Ispiranje svih nužnica	20 - 40 litara po korisniku dnevno kod standardnih nužnika za ispiranje, priključenih na kanalizaciju, 3 – 5 litara po korisniku dnevno za ispiranje nužnika.
Pranje analnog predjela	1–2 litra po osobi dnevno.
Životinje	20 – 30 litara kod velikih i srednje velikih životinja dnevno, 5 litara kod malih životinja.

Dodatak 3.

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

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

Izvor: Prilagodili Harvey, Baghri i Reed

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 osobna higijena Kontaminacija usjeva
Posljedice nedostatka higijene ili pomanjkanja čiste vode	Infekcije kože i očiju Tifus i povratna groznica koju prenose uši		Neadekvatna voda Loša osobna higijena
Helminti povezani sa fekalijama	Glista, rudarska glista, bičasta glista	Helminti koji se prenose rukama	Obavljanje nužde na otvorenom Kontaminirano tlo
Goveđa i svinjska trakavica	Teniaza	Prijenos zaraze sa životinja na ljude	Napola kuhano meso Kontaminirano tlo
Povezano sa vodom	Šistosomiaza, gvinejski crv, klonorhijaza itd.	Dulji boravak u inficiranoj vodi	Kontaminirana voda
Insektni 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	Prljavi okoliš

Dodatak 5.

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

Temeljna načela koja sve zdravstvene ustanove i centri za liječenje kolere moraju slijediti su:

1. Izolacija teških slučajeva
2. Ograničiti izlučevine (fekalije i povraćanje)
3. Samo jedan njegovatelj po pacijentu
4. Prati ruke kloriranom 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 redovito čišćenje podova i svih odjela u centru
9. Osigurati odvojene nužnike 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 uporabe.
11. Treba pratiti obitelj i rodbinu bolesnika i uvjeriti se da nema više slučajeva bolesti. Dezinficirati kuću i pružiti informacije o higijeni.
12. Ako ljudi dolaze javnim prijevozom, izvršite dezinfekciju vozila.
13. Na odgovarajući način zadržavati i pročišćavati otjecanje padalina i otpadne vode u izolacijskom kampu.
14. Tretirajte otpad unutar područja izolacijskog kampa.

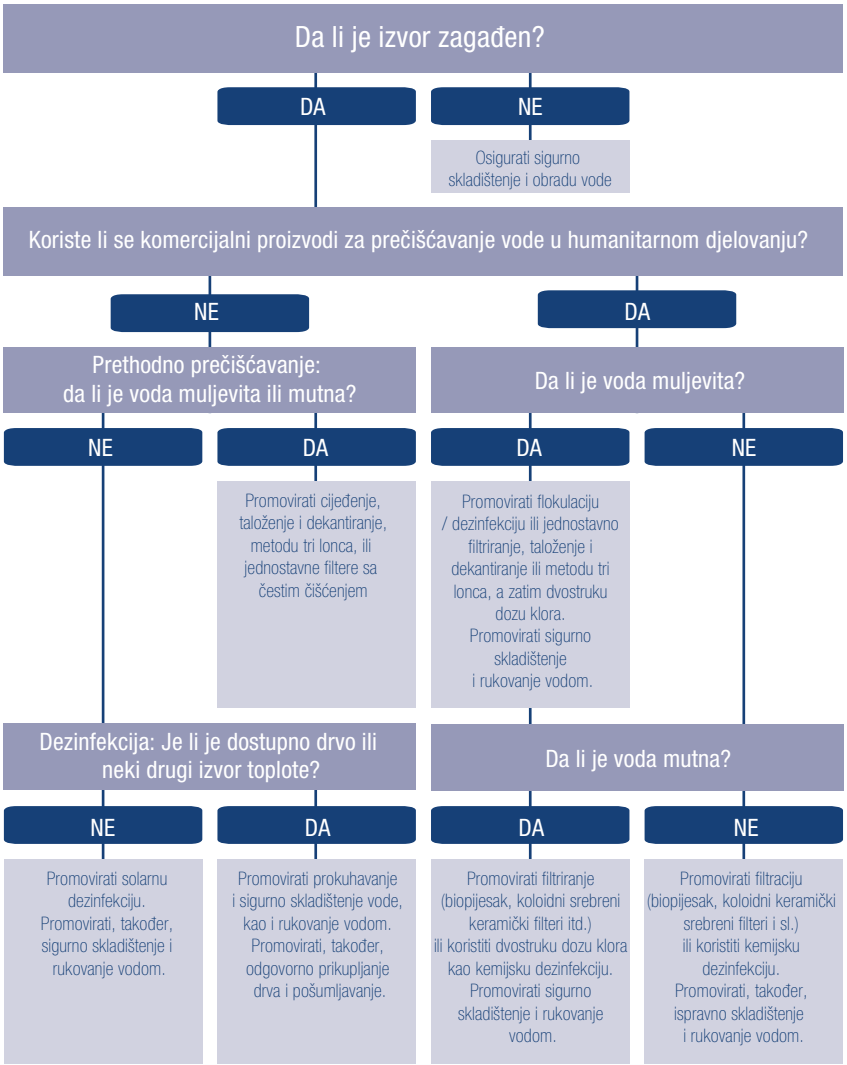
Otopine klora za centre za liječenje kolere

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

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

Dodatak 6.

Shema odluka za prečišćavanje i čuvanje vode u kućanstvu



Izvor: Prilagođeno iz IFRC, Priručnik za tretman vode za kućanstvo i sigurno odlaganje u izvanrednim 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. Geneva.

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

Vodoopskrba

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. Geneva.

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, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health- Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva.

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. Geneva.

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. Geneva. Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology. 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. Geneva. WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Osobe 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 osiguranje hrane i prehranu

Kako koristiti ovo poglavlje

Poglavlje je podijeljeno u četiri dijela:

Procjena sigurnosti hrane i prehrane

Prehrana dojenčadi i djece

Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata

Osiguranje hrane

Četvrto poglavlje, odnosi se na sigurnost opskrbe hranom i podijeljeno je u tri dijela: osiguranje hrane – transport hrane, osiguranje hrane – transferi novca i bonova, transferi gotovine i vaučera - načini preživljavanja.

Načela zaštite i temeljne standarde treba primjenjivati sukladno ovom poglavlju.

Iako je namjena minimalnih standarda biti temelj za djelovanje u situaciji katastrofe, također mogu se koristiti u pripravi reagiranja na katastrofe i prijelaz na provedbu mjera za rješavanje posljedica katastrofa.

Svako poglavlje sadrži sljedeće:

- Minimalni standardi: kvalitativne su prirode i određuju minimalnu razinu koju treba postići u odzivu na katastrofe u pogledu opskrbe hranom i u prehrani.
- Ključne aktivnosti: predložene aktivnosti i doprinosi u dostizanju standarda.
- Ključni pokazatelji: „znakovi" koji ukazuju jesu li standardi postignuti. Njima je moguće mjeriti i uspoređivati postupke i rezultate ključnih aktivnosti. Odnose se na minimalne standarde, a ne na ključne aktivnosti.
- Smjernice: Uključuju određene točke koje treba uzeti u obzir pri primjeni minimalnih standarda, ključnih mjera i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. Treba osigurati smjernice za rješavanje praktičnih problema, nedoumica ili savjete o prioritetnim pitanjima. One daju smjernice za rješavanje praktičnih problema, nedoumica ili savjete o prioritetnim pitanjima.

Ukoliko ključni pokazatelji i mjere ne mogu biti ispunjeni, potrebno je ocijeniti dobivene negativne posljedice za žrtve katastrofe i provesti odgovarajuće olakotne mjere. U dodacima su navedeni popisi za procjenu i smjernice za mjerenje akutne pothranjenosti i procjenu važnosti nedostatka mikronutrijenata i utvrđivanje značaja javnog zdravstva u pitanjima nedostatka mikronutrijenata i nutritivnim zahtjevima. Popis dodatnih izvora i materijala koji sadrže dodatne o specifičnim i općim pitanjima dio su ovog poglavlja.

Kazalo

Uvod 123

1. Osiguranje hrane i procjena prehrane.....130

2. Hranjenje dojenčadi i male djece.....136

3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatkom mikronutrijenata..... 141

4. Zaštita hrane.....150

4.1. Osiguranje hrane – prijenos hrane..... 153

4.2. Osiguranje – transferi gotovine i vaučera.....170

4.3. Osiguranje hrane – sredstva za život 173

Dodatak 1: Popis pitanja za procjenu sigurnosti hrane i životnih uvjeta 182

Dodatak 2: Popis za provjeru procjene sigurnosti sjemena.....184

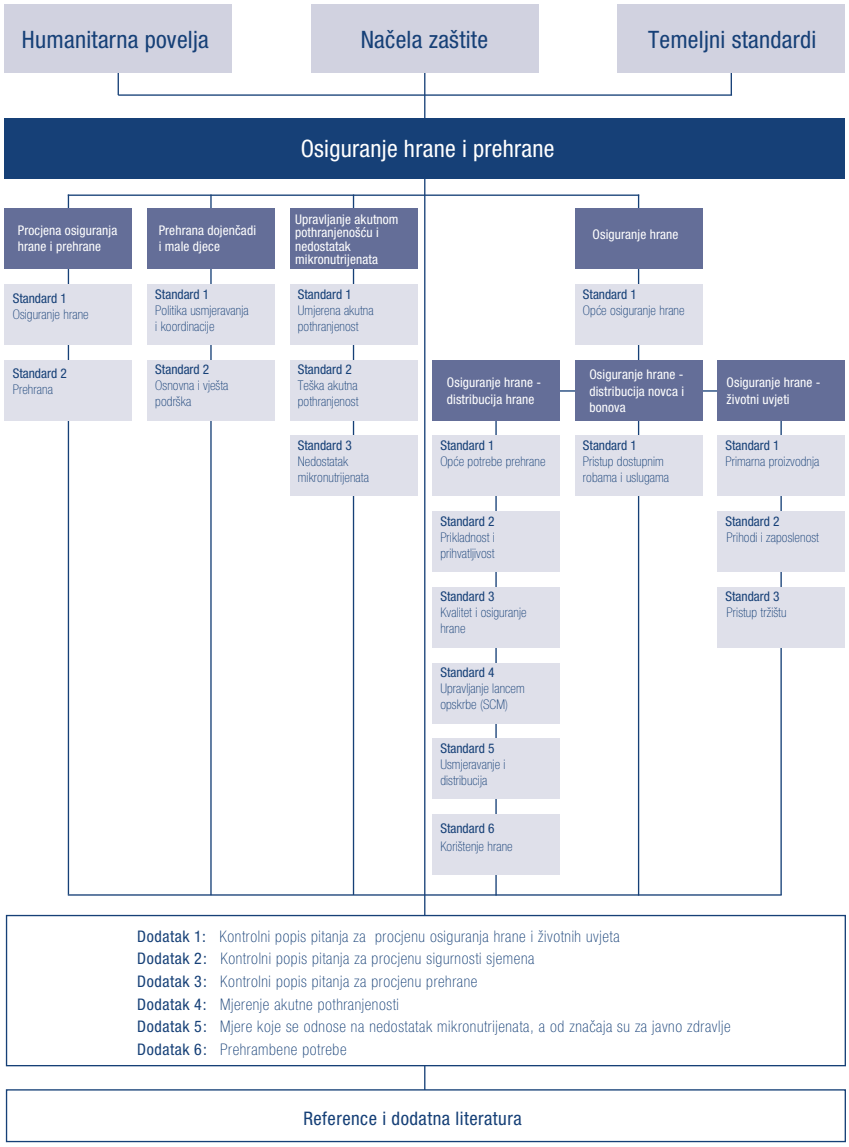
Dodatak 3: Popis za procjenu ishrane.....186

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


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Osiguranje hrane i prehrane
Procjena osiguranja hrane i prehrane
Standard 1 Osiguranje hrane
Standard 2 Prehrana
Prehrana dojenčadi i male djece
Standard 1 Politika usmjeravanja i koordinacije
Standard 2 Osnovna i vješta podrška
Upravljanje akutnom pothranjenošću i nedostatak mikronutrijenata
Standard 1 Umjerena akutna pothranjenost
Standard 2 Teška akutna pothranjenost
Standard 3 Nedostatak mikronutrijenata
Osiguranje hrane - distribucija hrane
Standard 1 Opće potrebe prehrane
Standard 2 Prikladnost i prihvatljivost
Standard 3 Kvalitet i osiguranje hrane
Standard 4 Upravljanje lancem opskrbe (SCM)
Standard 5 Usmjeravanje i distribucija
Standard 6 Korištenje hrane
Osiguranje hrane
Standard 1 Opće osiguranje hrane
Osiguranje hrane - distribucija novca i bonova
Standard 1 Pristup dostupnim robama i uslugama
Osiguranje hrane - životni uvjeti
Standard 1 Primarna proizvodnja
Standard 2 Prihodi i zaposlenost
Standard 3 Pristup tržištu
Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu osiguranja hrane i životnih uvjeta
Dodatak 2: Kontrolni popis pitanja za procjenu sigurnosti sjemena
Dodatak 3: Kontrolni popis pitanja za procjenu prehrane
Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti
Dodatak 5: Mjere koje se odnose na nedostatak mikronutrijenata, a od značaja su za javno zdravlje
Dodatak 6: Prehrambene potrebe
Reference i dodatna literatura

Uvod

Povezanost sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za osiguranje hrane i prehrane praktičan su izraz zajedničkih uvjerenja i obveza humanitarnih organizacija i zajedničkih načela, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnom intervencijom, a koji su postavljeni u Humanitarnoj povelji. Ova načela temelje se na načelu 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 temelju potreba. Popis ključnih zakona i politika koji se koriste kao informacije za Humanitarnu povelju dostupan je u Dodatku 1 (vidjeti 308. str.), s komentarima koji daju objašnjenja za humanitarne djelatnike.

Iako su države glavni nositelji dužnosti u vezi s gore navedenim pravima, humanitarne organizacije odgovorne su za rad sa žrtvama katastrofe na način koji je sukladan tim pravima. Iz tih općih prava proizlazi niz više posebnih prava, uključujući i prava na sudjelovanje, informacije i nediskriminacije, koje čine osnov temeljnih standarda, kao i specifična prava na vodu, hranu, sklonište i zdravlje, koja 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 skupine iz razloga koji su van njihove kontrole, ne mogu uživati odgovarajuću hranu na temelju raspoloživih sredstava, države su dužne da osiguraju poštivanje tih prava. Pravo na hranu podrazumijeva sljedeće obveze 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 sudjelovati 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 njeni vlastiti izvori nisu dovoljni. Također trebalo bi 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 izgladnjavanje civila kao način vođenja rata, zatim oduzimanje, uništavanje i prodaja hrane, poljoprivrednih usjeva za proizvodnju hrane, stoke, postrojenja i izvora pitke vode i sustava za navodnjavanje ili onemogućavanje njihove uporabe. Kada jedna država silom zauzima drugu, međunarodno humanitarno pravo obvezuje okupatorske snage da stanovništu 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 svakom trenutku. Minimalni standardi u ovom poglavlju odražavaju važnost prava na pristup hrani i pridonose progresivnoj realizaciji tih prava širom svijeta.

Važnost osiguranja hrane i prehrane u hitnim slučajevima

Pristup hrani i održavanje dovoljne uhranjenosti ključni su čimbenici u opstanku u slučaju katastrofe (vidjeti poglavlje Uloga Projekta Sphere u humanitarnim aktivnostima, na 8. str.). Ugroženi ljudi često su već kronično pothranjeni kada dođe do katastrofe. Pothranjenost je ozbiljan javno zdravstveni problem i jedan od glavnih izravnih ili neizravnih uzroka smrti.

Uzroci pothranjenosti su složeni. Konceptualni okvir (vidjeti 126. str.) analitički je alat koji pokazuje interakciju pojedinih čimbenika pothranjenosti. Neposredni uzroci pothranjenosti su bolesti i/ili nedovoljan unos hrane zbog siromaštva, nedostatak hrane za kućanstvo, neadekvatna briga u kućanstvu ili zajednici, loša kvaliteta vode, higijene i sanitarija, te nedovoljan pristup zdravstvenoj zaštiti.

Katastrofe poput ciklona, potresa, poplava, sukoba i suše izravno utječu na uzroke podloženosti pothranjenosti. Ranjivost kućanstva ili zajednice određuje njihovu sposobnost da se nose s posljedicama takvih šokova. Sposobnost za upravljanje povezanih rizika uveliko određuje karakteristike kućanstva ili zajednice, a posebno njihovih sredstava i suočavanja sa stresom i strategija egzistencije kojima teži. Sposobnost upravljanja povezanim rizicima u velikoj mjeri ovisi od karakteristika kućanstva ili zajednice, osobito od njihove imovine i načina suočavanja s teškoćama.

U ovom poglavlju su uporabljene sljedeće definicije:

- *Sigurnost hrane* je zadovoljena kada cijelokupno 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, što im omogućava aktivan i zdrav život. Ova definicija o sigurnosti hrane, sadrži sljedeća tri elementa:

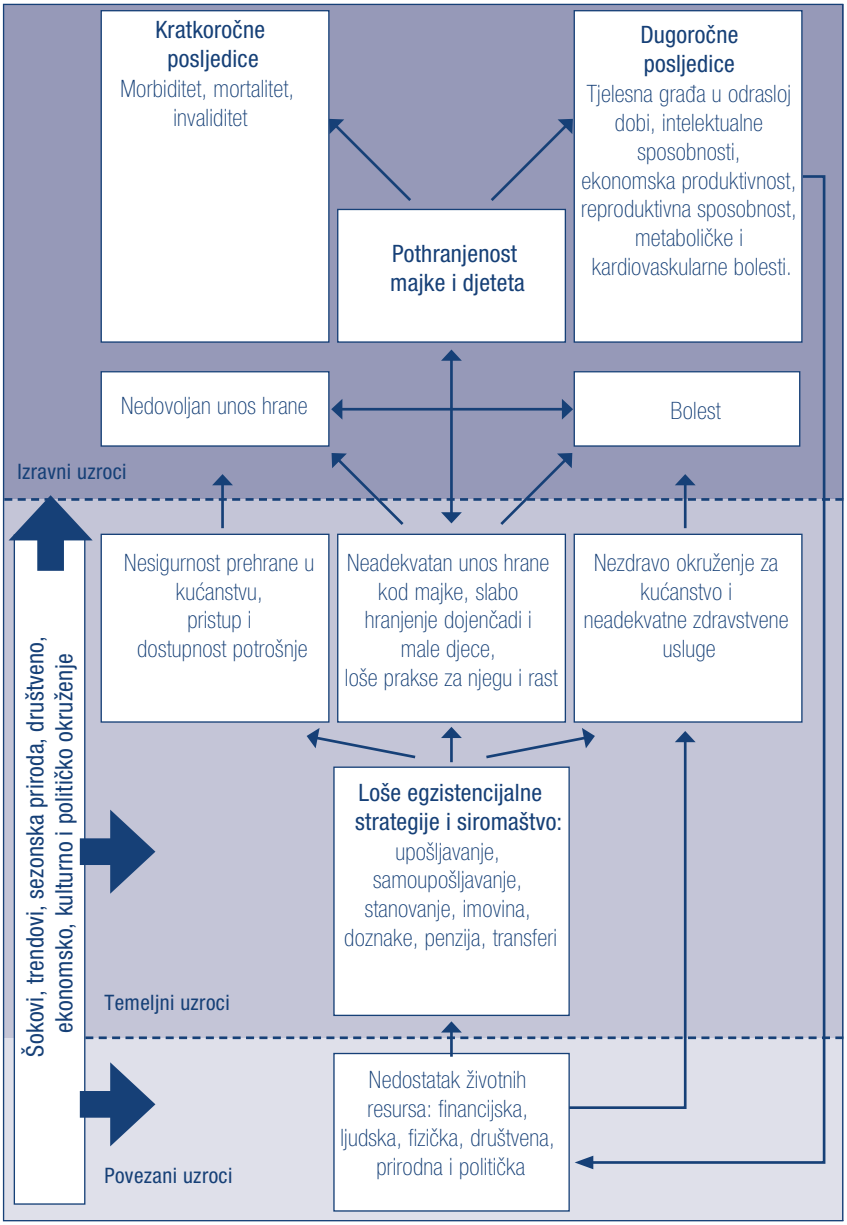
  - Pristupačnost" označava kvalitetu, količinu i sezonsku opskrbu hranom u području pogođenom katastrofom. To uključuje i lokalnu proizvodnju hrane (poljoprivreda, stočarstvo, ribarstvo, divlja hrana) i uvezenu hranu (intervencija vlasti i organizacija može utjecati na dostupnost). Lokalno tržište koje ljudima može omogućiti hranu jedan je od glavnih čimbenika dostupnosti.

- „Pristup" znači mogućnost kućanstva da osigura dovoljnu količinu hrane, koja će moći zadovoljiti prehrambene potrebe svih članova. To je mjera mogućnosti kućanstva da nabavi zalihe hrane, kombinirajući proizvodnju u kućanstvu i zalihe, kupovinu, trampu, razmjenu hrane, posuđivanje hrane te transfere novca i/ili bonova.

- "Uporaba" odnosi se na trošenje hrane u kućanstvu, kojoj postoji pristup, uključujući skladištenje, obradbu, pripravu i distribuciju unutar kućanstva. Ona također predstavlja sposobnost pojedinca da apsorbira i metabolizira hranjive tvari, na što mogu utjecati bolesti ili pothranjenost.

- *Životni uvjeti uključuju sposobnost, sredstva (uključujući prirodne, materijalne i društvene resurse) i vrstu djelatnosti kućanstva koja će im omogućiti prosperitet. Strategije preživljavanja praktična su sredstva ili poslovi u kojima ljudi koriste svoje kapacitete kako bi ostvarili prihod i druge životne ciljeve. Strategije za borbu s problemom su definirane kao privremeni odgovori na nestašicu hrane. Opstanak kućanstva je zajamčen kada je ono u stanju nositi se s traumatičnim događajima ili oporavkom od istih, a pri tome zadržati ili poboljšati svoje sposobnosti i produktivne kapacitete.*
- *Prehrana je širok pojam koji obuhvaća proces prehrane, probavljanje hrane i iskoristivost hrane u tijelu za rast i razvitak, reproduktivnost, tjelesnu aktivnost i održavanje dobrog zdravlja. Pojam „neadekvatna uhranjenost" praktično uključuje pothranjenost i pretjeranu uhranjenost/pretilost. Pothranjenost pokriva širok raspon stanja, uključujući akutnu pothranjenost, kroničnu pothranjenost i nedostatak mikronutrijenata. Akutna pothranjenost odnosi se na gubitak tjelesne mase (mršavost) i/ili nutritivni edem, dok se kronična pothranjenost odnosi na zaostatak u razvitku (niski rast). Zaostatak u razvitku i gubitak tjelesne mase dva su oblika poremećaja u rastu. Pojmovi koji se koriste u ovom poglavlju su pothranjenost i akutna pothranjenost.*

Konceptualni okvir uzroka pothranjenosti



Iz konteksta je jasno da izloženost rizicima ovisi od učestalosti i ozbiljnosti prirodnih katastrofa i katastrofa uzrokovanih ljudskim čimbenicima njihovih socijalno-ekonomskih i zemljopisnih dimenzija. Sposobnost kućanstva da se nosi s problemom uključuje financijske, ljudske, fizičke, društvene, političke i prirodne resurse, na razini proizvodnje, prihoda i rashoda kućanstva 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 prehranom prioritet. Sprječavanje pothranjenost 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 prehrane i pripravi hrane u kućanstvu. Nakon katastrofe lako može doći do promjena u strategiji preživljavanja u kućanstvu. Određivanje pojedinih uloga u obitelji ključ je za poboljšanje sigurnosti hrane na razini kućanstva. Razumijevanje specifičnih prehrambenih potreba trudnica i dojilja, djece, starijih osobe i osoba s invaliditetom, također, važni su 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 kapaciteta, odnosa i znanja razvijenih od strane vladinih agencija, humanitarnih organizacija, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinaca kako bi se predvidjele i kako bi se učinkovito odgovorilo na posljedice potencijalnih neposrednih ili postojećih opasnosti. Pripravljenost se temelji na analizi rizika i usko je vezana sa sustavima ranog upozorenja. Pripravljenost 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 te obuku i vježbe na razini zajednice.

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

Povezanost sa drugim poglavljima

Mnogi standardi iz drugih poglavlja relevantni su za ovo poglavlje. Napredak u postizanju standarda u jednom području često utječe na napredak u drugim područjima. Za učinkovit odgovor potrebni su bliska koordinacija i suradnja s drugim sektorima. Također važno ih je uskladiti s lokalnim mjerodavnim tijelima, 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 prehrane.

Iz konceptualnog okvira rada vidljivo je da postoje dva glavna uzroka pothranjenosti (vidjeti 126. str.) osiromašenost kućanstva i okoliša i neodgovarajući zdravstveni uvjeti. Djelovanjem u situaciji katastrofe čiji je cilj sprječavanje i uklanjanje pothranjenosti, potrebno je zadovoljiti minimalne standarde navedene u ovom poglavlju i poglavljima programa WASH, skloništima i zdravlju. Ujedno je potrebno zadovoljiti temeljne standarde i poštovanje načela zaštite. Kako bi se osigurala sigurnost hrane i prehrane za sve skupine, i na taj način osigurao njihov opstanak i očuvanje dostojanstva nije dovoljno samo postizanje standarda iz ovoga poglavlja ovoga priručnika.

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

Veze s načelima zaštite i temeljnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi ovog priručnika, sve humanitarne organizacije trebaju slijediti načela zaštite, čak i ako oni nemaju jasan mandat ili profesionalne kapacitete za pružanje zaštite. Načela nisu „apsolutna“, jer smo svjesni da određene okolnosti ograničavaju sposobnost organizacije da ispuni kriterije. Ipak, načela odražavaju univerzalna humanitarna pitanja koja se uvijek trebaju voditi u u svim aktivnostima u svakom trenutku.

Temeljni standardi ključni su standardi za postupke i osoblje, zajednički za sve sektore. Šest je temeljnih standarda: koordinacija i suradnja, procjena, priprava i odziv, učinkovitost, transparentnost i učenje, i učinak humanitarnih djelatnika.

Oni predstavljaju zajedničku referentnu točku pristupima koji su temelj svih standarda iz ovog priručnika. Da bi se postigli standardi pojedinih poglavlja, potrebna je istodobna uporaba temeljnih standarda. Kako bi se osigurao adekvatano i kvalitetno djelovanje u situaciji katastrofe, potrebna je što veća razina suradnje sa žrtvama katastrofe, uključujući skupine i pojedince koji su u takvim okolnostima.

Ranjivost i kapaciteti žrtava katastrofe

Ovo poglavlje treba čitati u kombinaciji s temeljnim standardima i kao dopunu temeljnim standardima.

Važno je razumjeti da mladi, starije osobe, žene, osobe s invaliditetom ili osobe zaražene HIV-om nisu sami po sebi ranjivi ili u većoj opasnosti. Njihova ranjivost povećava se kombinacijom okolnosti: na primjer, netko tko je stariji od 70 godina, živi sam i lošeg je zdravlja, vjerojatno će biti ranjiviji nego netko slične dobi i sa sličnim zdravstvenim stanjem tko živi u velikoj obitelji s dovoljno prihoda. Isto tako, trogodišnja djevojčica bez skrbnika ugroženija je nego ona o kojoj se skrbe odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi osiguranja hrane i prehrane i ključne aktivnosti, analiza ranjivosti i kapaciteta pomaže da se osigura da napor djelovanja na posljedice katastrofe podržava one koji imaju pravo na pomoć, na ne diskriminirajući način i da ju dobivaju oni kojima je najpotrebnija. To zahtijeva temeljito razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena katastrofa utječe na pojedine skupine 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 izraženijim. Međutim, podrška strategijama za rješavanje problema ljudi pogođenih katastrofom, njihova otpornost i oporavak od presudnog su značaja. Potrebno je podržati njihovo znanje, vještine i strategije i omogućiti im pristup društvenoj, pravnoj, financijskoj i psihosocijalnoj pomoći. Osim toga na pravedan način moraju se riješiti različite fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne prepreke s kojima se mogu suočiti u pristupu tim uslugama.

Među ključna područja za osiguranje poštivanja prava i kapaciteta svih ranjivih ljudi ubraja se:

- optimizacija suradnje na način koji osigurava uključenost predstavnika svih skupina, pogotovo manje vidljivih (npr. osobe s poremećajima u komunikaciji, teškoćama u pokretljivosti, osobe koje žive u institucijama, stigmatiziranih mladih ljudi i drugih, premalo zastupljenih ili nezastupljenih skupina);
- razvrstanost podataka prema spolu i dobi (0 – 80 i više godina) tijekom procjene, važno je kako bi se osiguralo da programi osiguranja hrane i prehrane vode računa o raznolikosti stanovništva;
- osiguravanje dostupnosti prava na informacije, na način koji uključuje sve članove zajednice.

1. Procjena osiguranja hrane i prehrane

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

U idealnom slučaju, procjena sigurnosti hrane i prehrane trebalo bi da se preklapaju i idu ruku pod ruku, osim toga, te bi trebalo da budu usmjerene na identificiranje prepreka za adekvatnu prehranu i intervencije za poboljšanje dostupnosti hrane, pristup hrani i optimalno korištenje hranjivih tvari koje se unose hranom. Popisi pitanja za provjeru procjene navedeni su u Dodatku 1: Popis pitanja za procjenu osiguranja hrane i životnih uvjeta, Dodatak 2: Popis pitanja za provjeru procjene sigurnosti sjemena i Dodatak 3: Kontrolni popis pitanja za procjenu prehrane.

Dva standarda procjene osiguranja hrane i prehrane proizilaze iz Temeljnog standarda 3 (vidjeti 52. str.), a odnose se na sve slučajeve planiranja i zagovaranja, intervencije na području osiguranja hrane i prehrane.

Standard 1. Procjene osiguranja hrane i prehrane: osiguranje hrane

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

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Koristiti metodologiju koja se pridržava široko prihvaćenih načela i opisati ju sveobuhvatno u izvješću o procjeni (vidjeti smjernicu 1).
- Prikupiti i analizirati podatke u početnoj fazi evaluacije procjene (vidjeti smjernicu 2).

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

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Ispitati sigurnost hrane i uvjeti života pojedinca, kućanstava i zajednice za buduće djelovanje (vidjeti smjernice 3 – 9).
- Rezultati evaluacije su grupirani u analitičkom izvješću, uključujući jasne preporuke za ciljano djelovanje za najugroženije pojedince i skupine (vidjeti smjernice 1 – 10).
- Intervencija se temelji na izravnoj potrebi za hranom, ali i u promicanju i zaštiti strategija za poboljšanje životnih uvjeta (vidjeti smjernicu 10).

Smjernice

1. **Metodologija:** Opseg procjene i postupci uzimanja uzoraka veoma su važni, čak i ako su neformalni. Procjene osiguranja hrane moraju imati jasne ciljeve i uključivati međunarodno priznate metode. Potvrda kroz različite izvore informacija (npr. procjena usjeva, satelitski snimci i procjena kućanstva) od ključne je važnosti za dosljedno zaključivanje (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str. i izvore i dodatnu literaturu).
2. **Izvori informacija:** Ponekad su dostupne informacije iz sekundarnih izvora o stanju prije katastrofe. Kako žene i muškarci imaju različite i komplementarne uloge u osiguravanju prehrane kućanstvu, te informacije treba klasificirati prema spolu, koliko je to moguće (vidjeti Temeljni standard 3, na 52.str. i Dodatak 1: Popis pitanja za procjenu osiguranja hrane i životnih uvjeta).
3. **Raspoloživost, pristupačnosti, potrošnja i korištenje hrane** (vidjeti definiciju za dostupnost, pristupačnost i uporabu hrane, na 125. str.) Potrošnja hrane pokazuje unos energije i hranjivih tvari kod pojedinaca i kućanstava. Mjerenje stvarnog sadržaja energije i hranjivih tvari tijekom te procjene nije praktično. Promjena u broju obroka prije i poslije katastrofe može biti jednostavan, ali smislen pokazatelj promjena u sigurnosti hrane. Broj obroka koje pojede pojedinac ili kućanstvo i učestalost uzimanja hrane u određenom razdoblju odražavaju raznolikost u prehrani. To je dobar približni pokazatelj, posebno u korelaciji sa socijalno-ekonomskim statusom kućanstva, ukupnim unosom energije i kvalitetom hrane i prehrane. Alati koji se mogu koristiti za procjenu problema i obrazaca potrošnje hrane su: sezonski kalendar, procijena raznolikosti prehrane u kućanstvu, opseg izloženosti nestašici hrane ili procjenu potrošnje hrane.
4. **Sigurnost hrane i nutritivna vrijednost:** Nedostatak hrane jedan je od tri glavna uzroka pothranjenosti. Međutim, ne smijemo pretpostaviti da je to i jedini uzrok pothranjenosti..
5. **Kontekst:** Nedostatak hrane može biti rezultat širih makroekonomskih i strukturnih društveno-političkih čimbenika, uključujući nacionalnu i međunarodnu politiku, procese ili institucije koje mogu utjecati na pristup žrtava katastrofe adekvatnim hranjivim obrocima i degradacija lokalnog okoliša. Ovaj fenomen obično se naziva kroničnim nedostatkom hrane i dugoročno stanje proizlazi iz strukturnih slabosti koje se mogu dodatno pogoršati zbog utjecaja katastrofa. Lokalni i regionalni informacijski

sustavi o osiguranju hrane, uključujući sustave ranog upozoravanja za pothranjenost i glad i Integriranu klasifikaciju faze osiguranja hrane, važni su mehanizmi za analizu podataka.

6. **Analiza djelovanja**: Osiguranje hrane varira ovisno od prihoda ljudi, njihovog zemljopisnog položaja, od tržišnih sustava, njihovog pristupa lokalnom tržištu, njihovog položaja u društvu (uključujući spol i dob), godišnjeg doba, vrste katastrofe i pripadajućih odgovora na nju. Procjena mora biti usmjerena na pitanje kako su ljudi prije katastrofe osiguravali hranu i ostvarivali zaradu i kako to čine sada. U slučaju raseljenih osoba treba uzeti u obzir sigurnost hrane lokalnog stanovništva. Procjena također treba obuhvatiti analizu tržišta, banaka, financijskih institucija i drugih domaćih mehanizama u slučaju novčanih transfera i lanaca snabdijevanja hranom, uključujući sve i time povezane rizike (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.). Na temelju toga bit će moguće ocijeniti izvedivost 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 razdoblje u kojem se može očekivati oporavak. Razumijevanje tržišnih kapaciteta u otvaranju radnih mjesta, hrani, neophodnoj robi i uslugama, nakon katastrofe mogu pomoći u pravodobnom planiranju, ekonomičnosti i odzivu na odgovarajući način, koji mogu biti od koristi u poboljšanju lokalnog gospodarstva. Tržišni sustav može nadmašiti kratkoročne potrebe nakon katastrofa i osigurati sredstva za život kroz opskrbu (sjemenima, alatom itd.) i poticaj u potražnji radne snage. Programi trebaju biti utemeljeni na podršci u kupovini lokalne robe, tamo gdje je to moguće (vidjeti Standard 4. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernice 2 – 3, na 162. str., Standard 1. Životni uvjeti, smjernica 7, na 177. str. i Standard 3. Osiguranje hrane i životnih uvjeta, smjernica 2, na 180 str.).

8. **Strategija suočavanja sa problemima:** Pri procjeni i analizi treba uzeti u obzir različite aspekte suočavanja s problemima – tko ih primjenjuje i kada, koliko dobro funkcioniraju i štetne učinke (ukoliko postoje). Preporučljivo je koristiti alate kao što su indeks suočavanja s problemima. Dok se strategije razlikuju, postoje različite faze suočavanja s problemima. Neke strategije su normalne, pozitivne i njih je moguće podržati. Druge strategije, koje se nekada nazivaju krizne strategije, mogu trajno ugroziti sigurnost opskrbe hranom (prodaja zemljišta, preseljenje cijele obitelji u katastrofi ili krčenje šuma). Neke strategije prisile koje su usmjerene na žene i djevojke mogu značajno i negativno utjecati na njihovo zdravstveno i psihičko stanje i socijalnu uključenost. Neke strategije za borbu s problemima mogu utjecati na okoliš, npr. pretjerano iskorištavanje zajedničkih prirodnih resursa. Na temelju analize, potrebno je odrediti prag životnih uvjeta kako bi se utvrdilo najprikladnije kombinirano djelovanje, koje će pružiti podršku i osiguranje hrane prije nego što se iscrpe sve neopasne mogućnosti (vidjeti načela zaštite 1 i 2, na 28 – 30. str.).

9. **Participacijske analize osjetljivosti**: Presudno je smisleno sudjelovanje različitih skupina žena i muškaraca i lokalnih mjerodavnih organizacija i institucija u svim fazama. Programi se moraju temeljiti 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 sustave 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 načelo zaštite 2 – 4, na 30 – 34. str.).

10. **Trenutačne potrebe i dugoročno planiranje:** Intervencije kojima je cilj zadovoljiti neposredne potrebe za hranom mogu uključivati transfer hrane i novca i vaučera. Oni mogu biti posebni ili u kombinaciji s drugim intervencijama koje se tiču životnih uvjeta. Iako će zadovoljavanje neposrednih potreba i očuvanje produktivne imovine biti prioritet na početku krize, djelovanje uvijek mora biti planirano imajući u vidu dulji rok i uključujući svijest o utjecaju klimatskih promjena na obnovu degradiranog okoliša.

Standard 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane: prehrana

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

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Prikupiti informacije o situaciji prije katastrofe i osigurati početne procjene za utvrđivanje vrste i ozbiljnosti situacije koja se tiče hrane i prehrane (vidjeti smjernice 1 – 6).
- Definirati skupine kojima je najpotrebnija pomoć u hrani i glavne čimbenike koji mogu utjecati na situaciju koja se tiče hrane i prehrane (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Odrediti jesu li potrebne kvalitativne ili kvantitativne procjene kako bi se izmjerio i razumio antropometrijski status stanovnika, status mikronutrijenata, prehrana dojenčadi i male djece, praksa majčinske njege i s tim povezane potencijalne odrednice pothranjenosti (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Uzeti u obzir mišljenje lokalne zajednice i drugih lokalnih interesnih skupina o mogućim odrednicama pothranjenosti (vidjeti smjernicu 7).
- Uključiti procjene nacionalnih i lokalnih kapaciteta za upravljanje i/ili podršku intervenciji (vidjeti smjernice 1 i 8).
- Koristiti informacije o procjeni prehrane, kako bi se utvrdilo je li stanje stabilno ili se pogoršava (vidjeti smjernice 7 i 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- U slučaju antropometrijskih i neantropometrijskih procjena korištena je metodologija procjene i analize, uključujući standardizirane pokazatelja sukladno općeprihvaćenim načelima (vidjeti smjernice 3 – 6).
- Rezultati procjene prezentirani su u analitičkom izvješću, uključujući jasne preporuke za djelovanje usmjereno na najugroženije pojedince i skupine (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, izvješća o istraživanju, informacije o ranom upozorenju, evidencije zdravstvenih centara, izvješća o osiguranju hrane i skupine 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 (Demograpihic Health Surveys), analiza niza različitih pokazatelja (Multi Indicator Cluster Surveys), druga državna istraživanja zdravlja i prehrane, informacijski sustav o prehrani Svjetske zdravstvene organizacija (WHO Nutrition Landscape Information System), informacijski sustav Svjetske zdravstvene organizacije o vitaminima i mineralima u prehrani (WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System) bazu podataka Complex Emergency Database (CE-DAT), informacijski sustav o prehrani u kriznim situacijama (Nutrition in Crisis Information System – NICS) nacionalne sustave za monitoring prehrane i stope prijama i pokrivenosti u postojećim programima za upravljanje pothranjenošću. Ukoliko su predstavljeni podaci dostupni, bolje je ispitati trendove uhranjenosti tijekom vremena, kao i prevladavanje pothranjenosti u određenom trenutku (pogledajte Dodatak 3: Popis pitanja za procjenu prehrane). U kontekstu šire procjene, osobito one usmjerene na javno zdravstvo i sigurnost hrane, dobro je obaviti procjenu prehrane. Potrebno je prikupiti podatke o postojećim inicijativama vezanim uz prehranu, operativnim sposobnostima države i lokalnim kapacitetima da se reagira kako bi se utvrdili nedostaci i usmjerio odgovor.
2. **Obuhvat analize:** Nakon početne procjene, treba provesti detaljnu procjenu (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.) samo ako su identificirane informacijske praznine i ako su potrebne dodatne informacije za donošenje odluka u kontekstu programa za mjerenje ishoda programa ili za potrebe zagovaranja. Detaljnija procjena prehrane oslanja se na niz mogućih pristupa procjeni, uključujući antropometrijska istraživanja, procjene u prehrani dojenčadi i djece, istraživanja mikronutrijenata i analizu uzroka. Također mogu se koristiti sustavi za kontrolu i praćenje prehrane.
3. **Metodologija:** Svaka procjena prehrane treba imati jasne ciljeve i koristi međunarodno prihvaćene metode za prepoznavanje nutritivno ranjivih pojedinaca i treba razjasniti čimbenike koji mogu doprinijeti pothranjenosti. Procjenu i analize treba u svom izvješću dokumentirati pravodobno, logično i transparentno. Pristup procjeni mora biti nepristran, zastupljen i usuglašen na razini organizacija i vlasti, tako da se podaci mogu međusobno nadopunjavati, usklađivati i primjenjivati. Inter organizacijska procjena može se koristiti u procjeni obuhvatnih, tehnički složenih i širokih zemljopisnih područja.
4. **Antropometrijska istraživanja** su reprezentativne međusektorske ankete, i utemeljena su na slučajnom uzorku ili iscrpnom pregledu. Antropometrijska istraživanja nude procjenu rasprostranjenosti (kronične i akutne) pothranjenosti. Prije svega, ona pokazuju odnos između težine i visine sukladno standardima Svjetske zdravstvene organizacije (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti). Mogu se navesti informacije o odnosu između težine i visine sukladno standardima američkog Nacionalnog centra za zdravstvenu statistiku (eng. National Center for Health Statistics – NCHS), što omogućava usporedbu s prethodnim istraživanjima. U antropometrijskom istraživanju treba navesti gubitak težine i veliki gubitak težine, koji se mjeri obujmom 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 monitoring i

procjena pomoći i tranzicije (Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – SMART) ili softvera ENA (Emergency Nutrition Assessment) ili EpiInfo. Najšire prihvaćena praksa je procjena razine pothranjenosti kod djece uzrasta od 6 do 59 mjeseci, koja se onda rabi i za približnu procjenu za cijelokupno stanovništvo. Međutim, tamo gdje i druge skupine mogu biti u većoj mjeri pogođene ili suočene s rizikom koji se tiče prehrane, treba uzeti u obzir procjenu (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti).

5. **Neantropometrijski pokazatelji:** Dodatne informacije u antropometriji važne su, ali je potreban oprez u njihovoj uporabi. Osim toga, antropometrijska istraživanja treba provoditi u ograničenoj mjeri, kako se ne bi ugrozila kvaliteta istraživanja. Takvi pokazatelji uključuju rasprostranjenost cijepljenja (osobito u slučaju ospica), suplemente vitamina A, nedostatak mikronutrijenata i pokazatelje Svjetske zdravstvene organizacije o prehrani dojenčadi i djece (eng. infant and young child feeding – IYCF). Mjerenja mogu također uključiti stopu smrtnosti dojenčadi i djece mlađe od pet godina, ovisno od okolnosti..

6. **Nedostatak mikronutrijenata:** Ukoliko je kod stanovništva i prije katastrofe postojao nedostatak vitamina A, joda i cinka ili ako su patili od anemije, situacija se u trenutku katastrofe dodatno pogoršava. Uslijed nedostatka mikronutrijenata može doći do izbijanja epidemije pelagre, beriberi bolesti, skorbuta i drugih bolesti što treba uzeti u obzir pri planiranju i analizi procjene. Ako u domovima zdravlja postoje osobe s bilo kojom od ovih bolesti, do kojih je došlo zbog nedostatka pristupa odgovarajućoj hrani, to najvjerojatnije ukazuju na problem koji se odnodi na cjelokupno stanovništvo. Procjena pomanjkanja mikronutrijenata može biti izravna ili neizravna. Neizravna procjena uključuje procjenu unosa nutrijenata na razini populacije i ekstrapolaciju rizika nedostatka pregledom dostupnih podataka o pristupu hrani, dostupnosti i iskoristivosti (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str.), i procjene adekvatnosti porcija hrane (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 154. str.). Izravna procjena, ako je moguće, uključuje mjerenje kliničkog ili supkliničkog nedostatka hranjivih materija kod individualnih bolesnika ili na uzorku stanovništva, npr. mjerenje razine hemoglobina tijekom istraživanja, pri čemu se učestalost anemije može koristiti kao prosječna mjera za nedostatak željeza.

7. **Tumačenje razine pothranjenosti:** Da bi se utvrdilo zahtijeva li stopa pothranjenosti intervenciju treba provesti detaljnu analizu stanja u pogledu veličine stanovništva i gustoće naseljenosti te stupnja oboljelosti i smrtnosti (vidjeti Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge, smjernica 3, na 268. str.). Također je potrebno uzeti u obzir zdravstvene pokazatelje, promjene koje se tiču godišnjih doba, IYCF pokazatelje, stopu pothranjenosti prije katastrofe, stopu nedostatka mikronutrijenata (vidjeti Dodatak 5: Mjere koje se odnose na nedostatak mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje), udio teške akutne pothranjenosti u odnosu na globalnu akutnu pothranjenost i druge čimbenike koji utječu na glavne uzroke pothranjenosti. Kombinacija komplementarnih informacijskih sustava vjerojatno je najučinkovitiji način praćenja trendova. Gdje god je to moguće, lokalne institucije i stanovništvo uključeni su u praćenje aktivnosti, tumačenje nalaza i planiranje mogućih odgovora. To može biti i odgovarajuće modeliranje i pristup odlučivanju uzimajući u obzir niz varijabli, uključujući osiguranje hrane, životne uvjete, zdravlje i prehrana (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, smjernica 5, na 131. str.).

8. **Odlučivanje:** Podaci o izvršenoj procjeni trebali bi činiti temelj odlučivanja o intervenciji koja se tiče upravljanja pothranjenošću. Pri odlučivanju o uopćenoj distribuciji hrane ili drugim preventivnim zdravstvenim mjerama u akutnoj fazi katastrofe nema potrebe čekati rezultate detaljne procjene. Kad se provodi procjena, rezultati bi trebali usmjeravati aktivnosti. Odlučivanje mora se temeljiti na razumijevanju pothranjenosti, kako je to definirano u konceptualnom okviru, rezultatima procjene prehrane i djelovanju na katastrofu.

2. Prehrana dojenčadi i male djece

Nedovoljna prehrana dojenčadi i djece povećava opasnost od pothranjenosti, bolesti i smrtnosti. Rizik je još veći u slučaju katastrofe, a najugroženija su mala djeca. Optimalne prakse prehrane koje maksimiziraju preživljavanje i smanjuju smrtnost kod djece mlađe od 24 mjeseca su rano uvođenje isključivog dojenja, isključivo dojenje tijekom 6 mjeseci, nastavak dojenje do 24 mjeseca ili i nakon toga, te uvođenje odgovarajuće, adekvatne i sigurne dodatne hrane na uzrastu od 6 mjeseci.

IYCF (Prehrana dojenčadi i male djece) odnosi se na intervencije za zaštitu i podršku prehrambenih potreba dojene i ne dojene novorođenčadi i male djece. Prioritetne aktivnosti uključuju zaštitu i podršku dojenju minimalizirajući rizik od vještačke prehrane te pružanje adekvatne i sigurne zamjenske prehrane. Dojenčad i djeca u posebno teškim okolnostima, npr. u stanovništvu u kojem se uveliko proširio HIV, siročad, djeca s malom porođajnom težinom i teško pothranjena djece zahtijevaju posebnu pozornost. Zaštita i podrška prehrani, tjelesnom 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 i njihovih majki. Prehrana dojenčadi i djece obuhvaćena je većinom standarda u ovom poglavlju, kao i u drugim poglavljima.

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

Sigurna i odgovarajuća prehrana dojenčadi i djece osigurana je kroz provedbu temeljnih smjernica i dobru koordinaciju.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Poštovati set operativnih smjernica o prehrani dojenčadi pri katastrofama (operativne smjernice o prehrani dojenčadi i 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 duda (vidjeti smjernicu 2).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Uspostavljena je državna i/ili organizacijska politika u svezi s prehranom dojenčadi i djece uzimajući u obzir operativne smjernice IFE (vidjeti smjernicu 1).
- Imenovano je mjerodavno tijelo za usklađivanje aktivnosti na području IYCF (vidjeti smjernicu 1).
- Imenovano je mjerodavno tijelo koje se bavi donacijama BMS, mliječnih proizvoda, bočica i duda (vidjeti smjernicu 2).
- Kršenje Kodeksa prati se i prijavljuje (vidjeti smjernice 1 - 2).

Smjernice

1. **Planiranje smjernica, koordinacija i komunikacija:** Ključni dokumenti sa smjernicama na kojima se temelje krizni programi uključuju operativne smjernice, IFE i Kodeks. Dodatne smjernice navedene su u dijelu 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 sukladno operativnim smjernicama IFE. Pripravnost na katastrofu uključuje razvoj politika, smjernica i obuku o IFE i odabir nadomjestka za majčino mlijeko i komplementarnih prehrambenih proizvoda koji su sukladni Kodeksu. Za svaku katastrofu treba imenovati tijelo zaduženo 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 prehrane.
2. **Rukovanje sa mlijekom i mliječnim proizvodima:** Mlijeko i mliječni proizvodi ne smiju biti uključeni u raspodjelu (vidjeti Standard 2. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernica 5, na 135. str.). Indikacije za nadzor i rukovanje vještačkom hranom moraju biti sukladne operativnim smjernicama IFE i Kodeksom, u idealnom slučaju pod vodstvom ovlaštenog koordinacijskog tijela u oblasti IFE. Prikupljanje i primanje donacija u obliku nadomjestaka za majčino mlijeko, mliječnih proizvoda, bočica i duda zabranjeno je. Sve donacije takve vrste trebaju biti pod nadzorom mjerodavne organizacije i njih treba definirati i njima treba rukovoditi koordinacijsko tijelo u oblasti IFE.

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

Majke i oni koji brinu o dojenčadi i djeci imaju pravodobni pristup i odgovarajuću pomoć u prehrani koja svodi rizik na najmanju moguću mjeru i optimizira rezultate u smislu prehrane, zdravlja i opstanka.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Pružati objedinjene međusektorske aktivnosti za zaštitu i potporu, sigurnu i adekvatnu prehranu dojenčadi i djece (vidjeti smjernicu 1).
- Davati prednost trudnicama i dojiljama u pristupu prehrani, novčanim transferima i/ili vaučerima i drugim vrstama pomoći (vidjeti smjernicu 1).

- Uključiti stručno savjetovanje vezano za dojenje u intervencijama koje su usmjerene na trudnice, dojilje i djecu do 24 mjeseca starosti (vidjeti smjernice 2-7).
- Podržavati rano pokretanje dojenja (od rođenja) kod majki novorođenčadi (vidjeti smjernicu 3).
- Pružiti pravodobnu podršku, sigurnu, prikladnu i odgovarajuću zamjensku hranu (vidjeti smjernicu 5).
- Olakšati majkama i skrbnicima čija djeca zahtjevaju vještačku hranu pristup dovoljnoj količini odgovarajućeg zamjenskog mlijeka (vidjeti smjernicu 6).
- Obratiti posebnu pozornost na podršku u prehrani dojenčadi i djece koja su u naročito teškim situacijama (siročad, izrazito pothranjena djeca, djeca s niskom porođajnom težinom i djeca zaražena HIV-om) (vidjeti smjernice 4 -7).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Provode se mjerni pokazatelji 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).
- Skrbnici imaju pravodobni pristup, odgovarajućoj, nutritivno prikladnoj i sigurnoj dodatnoj hrani za djecu između 6 i 24 mjeseca starosti (vidjeti smjernice 5 – 6).
- Majke dojilje imaju pristup stručnoj podršci koja se tiče dojenja (vidjeti smjernice 1 - 3).
- Omogućen je pristup odgovarajućim nadomjestcima za majčino mlijeko koji su sukladni Kodeksu i srodna podrška za dojenčad kojima je potrebna vještačka prehrana (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

Za stvaranje sigurnog i poticajnog okruženja za hranjenje dojenčadi i djece potrebne su

1. **Jednostavne i osnovne mjere intervencije**. Obratiti pozornost i pregledati izvješća koji se tiču teškoća u dojenju, dohrane i/ili prakse umjetne prehrane djece do 24 mjeseca starosti. Bebama koje majke ne doje potrebna je hitnu pomoć. U pružanju podrške i ispunjavanju hitnih osnovnih potreba prvotno treba da imaju majke, skrbnici, trudnice i dojilje. Kućanstva s djecom mlađom od 24 mjeseca i majke novorođenčadi – dojilje trebaju biti registrirane i potrebno im je omogućiti pristup programu osiguranja hrane kako bi im se osigurao pristup adekvatnoj hrani. Određena skloništa za majke i skrbnike omogućavaju pristup podršci između ljudi u istoj situaciji (peer-to-peer) i osnovnoj podršci IYCF. Podrška kod dojenja treba biti uključena od samog početka u osnovne usluge kao što su reproduktivno zdravlje, primarna zdravstvena zaštita, psihosocijalne usluge i programi selektivne prehrane.
2. **Trudnice i dojilje:** nedovoljan unos hranjivih tvari kod trudnica ili dojilja može dovesti do rizika od komplikacija tijekom trudnoće, smrtnosti majki, dojenčadi s niskom porođajnom težinom i smanjenja uhranjenosti majki, povezanih s niskim razinama određenih hranjivih tvari u majčinom mlijeku. Mala težina majke povezana je s niskom porođajnom težinom djeteta i tipična je za trudnoće kod

adolescenata. Trudnice i dojilje trebaju svaki dan dobiti suplemente kako bi se zadovoljile prehrambene potrebe koje se tiču različitih mikronutrijenata, koji pomažu u održavanju količine i kvalitete mlijeka, bez obzira na to uzimaju li obogaćene obroke. Ako žena već prima suplemente željeza i folne kiseline, to treba nastaviti. Žene također trebaju uzimati vitamin A i to od šest do osam tjedana prije poroda. Nadopuna prehrane mikronutrijenatima mora se odvijati sukladno međunarodnim preporukama o doziranju i vremenu uporabe. Kada je u pitanju traumatizirano stanovništvo može biti potrebna pomoć u psihosocijalnim uslugama. Iako je podrška u prehrani majki adolescentica važna, programi za prevenciju trudnoće kod tinejdžerki najviše utječu na smanjenje broja novorođenčadi s niskom tjelesnom težinom.

3. **Rani početak dojenja** (u roku od sat vremena nakon rođenja) poželjan je u zaštiti zdravlja majke i djeteta. Djeca s niskom porođajnom težinom i njihove majke imat će posebnu korist od izravnog tjelenog kontakta pri rođenju i nakon početka isključivo dojenja (vidjeti Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, smjernica 1, na 280. str.).

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 osiguravanje hrane i tekućine kod dojenčadi tijekom prvih šest mjeseci i omogućava aktivna imunološka zaštita. Dojenje također štiti stariju dojenčad i djecu, osobito u situacijama nedostatka pitke vode i loših sanitarnih i higijenskih uvjeta, tako da je važno da nastave s dojenjem u 24 mjeseca ili čak i dulje. Majke, obitelji, zajednice i zdravstveni stručnjaci uvijek trebaju biti svjesni pozitivnih učinaka dojenja, jer krizne situacije često puta 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 pothranjenu djecu mlađu od 6 mjeseci (vidjeti Standard 2. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata, na 145. str.) stanovništvo koje koristi mješovitu prehranu te dojenčad i djecu zaraženu HIV-om (vidjeti smjernicu 7).

5. **Dohrana** je proces davanja druge hrane osim mlijeka u dobi od 6 mjeseci (ili odgovarajuća nadomjestak za majčino mlijeko kod beba koje nisu dojile). Tijekom razdoblja dohrane (od 6 do 24 mjeseca), dojenje i dalje značajno doprinosi osiguranju hrane i tekućine. Djeci koja nisu dojena treba pomoć kako bi se nadomjestili prehrambeni nedostaci. Povezanost s programima za osiguranje hrane neophodna je kao podrška dohrani. Tamo gdje stanovništvo ovisi o humanitarnoj pomoći, odgovarajuća hrana obogaćena mikronutrijentima treba biti uključena u obroke. Za različite situacije potrebni su jasni kriteriji za uključivanje, korištenje i trajanje dodataka nutrijenata na bazi lipida tijekom razdoblja dopunskog hranjenja - dohrane. Terapijski prehrambeni proizvodi spremni za uporabu nisu komplementarna hrana - dohrana. Pri distribuciji dohrane treba osigurati praktične smjernice za pripravu i prezentaciju priprave. Uporaba mikronutritivnih suplemenata, uključujući vitamin A, treba biti sukladan najnovijim preporukama. Bebama s niskom porođajnom težinom i djeci od koristi može biti dodatak željeza u prehrani. Ukoliko se stanovništvo nalazi u području gdje je rasprostranjena malarija, dodatak željeza treba biti usmjeren na djecu koja su anemična i bez željeza, uz odgovarajuće mjere kontrole koje se odnose na malariju.

6. **Vještačka hrana:** Djeci koja nisu dojila potrebna je pomoć stručnog osoblja koje može procijeniti alterativne načine prehrane. Gdje majka nije u mogućnosti dojiti bebu, donatorsko majčino mlijeko ima važnu ulogu, pogotovo kada je u pitanju prehrana djece i beba s niskom porođajnom težinom. Ukoliko je potrebno vještačko hranjenje majkama i onima koji se brinu o djeci treba osigurati pristup dovoljnim količinama odgovarajućih nadomjestaka za majčino mlijeko i to koliko god je potrebno (za bebe najmanje do 6 mjeseci starosti), kao i s tim povezanu podršku osnovnim namirnicama, uslugama i materijalima (vodu, gorivo, skladištenje, praćenje rasta, zdravstvenu njegu, vrijeme). Kod dojenčadi mlađe od 6 mjeseci, koja se hrane mješovitom hranom treba promicati prijelaz isključivo na dojenje. Zbog teškoća u čišćenju, uporaba bočice ne preporučuje se. Program za promoviranje vještačke hrane mora pratiti praksu hranjenja dojenčadi i male djece na temelju standardnih pokazatelja, kako bi se spriječila opasnost od prekida dojenja. Na razini pojedinaca i ukupnog stanovništva treba provoditi monitoring nad morbiditetom, s posebnim naglaskom na dijareju. Kod beba mlađih od 6 mjeseci koje nisu dojene treba uzeti u obzir nisku dozu dodatnog vitamina A.

7. **Prehrana dojenčadi i virus HIV:** Povećanje stope preživljavanja djece koja nisu zaražena virusom HIV-a, trebala bi biti glavna briga u određivanju najbolje opcije za hranjenje dojenčadi majki zaraženih HIV-om. Majke nepoznatog ili negativnog stanja kada je u pitanju infekcija HIV-om treba poticati na dojenje sukladno 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 prijenosa HIV-a nakon poroda. Poboljšani pristup antiretrovirusnim lijekovima trebao bi biti jedan od prioriteta (vidjeti Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: seksualno i reproduktivno zdravlje, na 284 str.). Opasnosti po dojenčad povezane sa zamjenskim hranjenjem u katastrofi su još veće. To znači da dojenje dojenčadi majki zaraženih HIV-om i djece zaražene HIV-om, daje veću vjerojatnoću preživljavanja, čak i tamo gdje antiretrovirusni lijekovi još nisu dostupni. Hitna pomoć u obliku vještačke hrane potrebna je za dojenčad koja već primaju nadomjesnu hranu (vidjeti smjernicu 6).

3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata

Akutna pothranjenost i nedostatak mikronutrijenata povezani su s povećanim rizikom od oboljenja i smrtnosti kod pogođenih osoba. Stoga je potrebno kada su prevalencija ili rizik visoki, osigurati pristup uslugama na pravilan način i spriječiti pothranjivanje. Utjecaj tih usluga bit će znatno manji ukoliko se glavni uzroci pothranjenosti mogu liječiti istovremeno s provedbom drugih mjera kao potpora zdravlju, opskrbi vodom i sanitarnim uvjetima, promoviranju higijene, transferima i osiguranju hrane. Umjerena akutna pothranjenost može se liječiti na više načina. U slučaju nesreće, prehranjivanje je često osnovni način prevencije i liječenja umjerene akutne pothranjenosti i prevenciji teške akutne pothranjenosti. Ono može biti opće ili ciljano – usmjereno, ovisno od razine akutne pothranjenosti, ranjivosti skupine stanovništva i rizika od povećanja akutne stope pothranjenosti. Pokazatelji u Standardu 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatka mikronutrijenata odnose se na prvotno na ciljano dopunsko hranjenje. Iako ne postoje definirani pokazatelji efekta dopunskog hranjenja općenito, važan je monitoring pokrivenosti, prihvatljivosti i obroka koji se daju.

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

Nedostatak mikronutrijenata u mnogim kontekstima teško je prepoznati. Klinički znakovi teških nedostatka mogu se 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 svo stanovništvo i putem individualnih tretmana.

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

Probleme umjerene akutne pothranjenost treba pravilno riješiti.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Jasno definirati i dogovoriti se o strategijama, ciljevima i kriterijima za pripravu završetka intervencije (vidjeti smjernicu 1).
- Povećati pristup i pokrivenost uključivanjem stanovništva od samog početka (vidjeti smjernicu 2 i Temeljni standard 2, na 50. str.).
- Prihvaćati i otpuštati bolesnike na temelju procjene stanja prema 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 s upravljanjem teškom akutnom pothranjenosšću i postojećim zdravstvenim uslugama gdje je to moguće (vidjeti smjernice 5 – 6).
- Osigurati suhe ili pogodne dodatne porcije hrane spremne za uporabu, osim u slučaju kada postoji jasan razlog za prehranu na licu mjesta (vidjeti smjernicu 8).
- Istražiti uzroke odustajanja i lošeg djelovanja i djelovati na njih (vidjeti smjernice 5 – 6).
- Bavljenje prehranom dojenčadi i djece s posebnim naglaskom na zaštiti, podršci i promoviranju dojenja (vidjeti smjernicu 7).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama)

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 % ciljanog stanovništva živi u području koje obuhvaća manje od jednog dana hoda u oba pravca (uključujući tu i vrijeme liječenja) od središta za distribuciju suhih obroka i nema više od sat vremena hoda do mjesta provedbe programa za dodatnu prehranu (vidjeti smjernicu 2).
- U ruralnim područjima, pokrivenost je veća od 50 %, u urbanim sredinama veća od 70 %, a u kampovima veća i od 90 % (vidjeti smjernicu 2).
- Među pacijentima koji su otpušteni iz ciljanog programa za dodatnu prehranu, manje je od 3 % smrtnih slučajeva, više od 75% oporavilo se, stanje se ponovilo u manje od 15 % slučajeva (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Kreiranje programa** mora se temeljiti na razumijevanju složenosti i dinamici prehrambene situacije. Dodatni programi za hranjenje mogu biti ciljani ili općeniti. Izbor pristupa ovisi od razine akutne pothranjenosti i broja bolesnika, rizika od povećanja stope akutne pothranjenosti, kapaciteta za pregled i kontrolu pacijenata na temelju antropometrijskih kriterija, raspoloživim sredstvima i pristupa žrtvama katastrofe. Ciljani program prehrane 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 učinkovitu mobilizaciju zajednice moguće je povećati razumijevanje stanovništva i učinkovitost programa. Važne su poveznice s terapeutskim zbrinjavanjem, zdravstvenim sustavima, mrežama za HIV i AIDS i tuberkulozu i programima za sigurnost prehrane uključujući prijenos hrane, novca ili bonova. Stanovništvo pogođeno katastrofom treba biti uključeno u odlučivanje o lokaciji za provedbu programa. Potrebno je uzeti u obzir ranjive ljude koji imaju teškoće u pristupu tim mjestima. Od samog početka potrebno je uzeti u obzir izlazne strategije ili planove za dugoročnu podršku.
2. **Pokrivenost** odnosi se na pojedince kojima je potreban tretman u odnosu na one koji su već u njega uključeni. Na pokrivenost može utjecati prihvatljivost programa, gradovi i mjesta dostupnosti programa, sigurnosna situacija, učestalosti distribucije pomoći, vrijeme čekanja, kvaliteta usluge, opseg mobilizacije, broj kućnih posjeta i mišljenja i kriteriji za uključivanje. Lokacije provedbe programa trebaju biti blizu ciljanog stanovništva kako bi se smanjio rizik i troškovi vezani uz putovanja na velike udaljenosti s malom djecom i raseljavanje osoba. Metodologija za mjerenje pokrivenosti ovisi od pouzdanosti i vrste prikupljenih informacija. U izvješću mora se navesti metoda. Pri izboru odgovarajuće metode, ovisno od okolnosti treba uzeti u obzir važeće smjernice. Procjena pokrivenosti treba se promatrati kao alat za upravljanje, tako da je ne bi trebalo odlagati do faze završetka hitne pomoći.
3. **Kriteriji pristupanja:** Za pojedince koji ne zadovoljavaju kriterije, antropometrijskog određivanja akutne pothranjenosti može biti korisna dodatna prehrana, npr. osobe zaražene HIV-om ili tuberkulozom, ljudi koji su bili otpušteni s terapije, kako bi se spriječilo ponavljanje stanja, osobe s drugim kroničnim oboljenjima ili osobe s invaliditetom. Sustavi praćenja i izvještavanja moraju biti prilagođeni ukoliko su uključeni pojedinci koji ne ispunjavaju antropometrijske kriterije.
4. **Kriteriji za otpuštanje:** moraju biti sukladni državnim smjernicama ili međunarodnim smjernicama, ukoliko državne nisu dostupne i moraju biti navedeni u izvješću o pokazateljima uspješnosti (vidjeti smjernicu 5).
5. **Pokazatelji uspješnosti** odnose se na osobe koje su otpuštene s liječenja ili završavaju tretman. Ukupan broj otpuštenih osoba sastoji se 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 ili će 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 pokazatelje uspješnosti. Pokazatelji vezani za rezultate su sljedeći:

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 s terapije treba prijaviti kao posebnu kategoriju, kako bi se izbjeglo prikazivanje bolje stope oporavka. Djeca s akutnom pothranjenosti sekundarne invalidnosti, rascjepom nepca ili kirurškim teškoćama itd. ne bi trebali biti isključeni iz programa izvještavanja. Pri izvještavanju glavna skupina u programu su djeca uzrasta između 6 i 59 mjeseci.

Osim gore navedenih pokazatelja, kada se analizira učinak, sustavi trebaju pratiti sudjelovanje stanovništva, prihvatljivost programa (dobra mjera i pokrivenost), količinu i kvalitetu hrane koja se daje, pokrivenost, razloge za prebacivanje na druge programe (osobito djece čiji se nutritivni status pogoršava do teške akutne pothranjenosti) i broja primljenih osoba i osoba u procesu liječenja. Potrebno je uzeti u obzir vanjske čimbenike, kao što su uzroci morbiditeta, razina pothranjenosti stanovništva, razina nesigurnosti hrane u kućanstvima i kod stanovništva, dostupnost komplementarnih mjera (uključujući programe opće distribucije hrane ili slične programe) i kapacitete postojećih sustava za pružanje usluga. Treba redovito ispitivati uzroke ponavljanja situacija i neadekvatan odgovor na liječenje.

6. **Doprinos zdravlju i načini izvedivosti:** Ciljani programi dopunske prehrane su važna točka za pregled i upućivanje liječniku radi bolesti. Programi moraju uzeti u obzir kapacitet postojećih zdravstvenih usluga, kako bi se osiguralo učinkovito pružanje anthelmintika suplemenata vitamina A, željeza i folne kiseline u kombinaciji s praćenjem i pri liječenju malarije, cink za liječenje dijareje i imunizaciju (vidjeti Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti, na 272. str., te standarde 1. i 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, na 278 – 279. str.). U područjima

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

7. **Majke dojilje** akutno pothranjene djece starosti ispod šest mjeseci trebale bi biti uključene u program dopunske prehrane, bez obzira na njihovu uhranjenost. Umjereno pothranjene majke mogu uspješno dojiti i potrebna im je odgovarajuća potpora u prehrani, kako bi zaštitile svoj nutritivni status. Majke bi trebale dobiti dodatne obroke, stručnu podršku koja se tiče isključivog dojenja i savjetovanje o sigurnoj, hranjivoj i adekvatnoj komplementarnoj prehrani. Djecu mlađu od šest mjeseci koja su izrazito pothranjena trebalo bi uputiti na odgovarajuću stručnu pomoć koja se tiče dojenje, i po potrebi, u bolnicu.
8. **Obroci:** Suhi obroci ili hrana koja se distribuira tjedno i može se odmah koristiti ili svaka dva tjedna, preporučljivija je od prehrane na terenu, s tim da pri određivanju sastava i količine treba uzeti u obzir sigurnost hrane u kućanstvu i ispravnost dijeljenja hrane s drugima. Potrebno je osigurati jasne informacije o higijeni pri pripravi i skladištenju dodatne hrane, načinu i vremenu njezine potrošnje hrane (vidjeti Standard 6. Osiguranje hrane: transfer hrane, smjernice 1, na 169. str.) i važnosti dojenja do 24 mjeseca starosti. Da bi se zadovoljile posebne potrebe ranjivih osoba, npr. osoba sa smanjenom pokretljivošću, potrebne su prilagodbe u programu.

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

Teškoće koje se tiču teške akutne pothranjenosti rješive su.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Jasno definirati i dogovoriti kriterije za pripravu ili povećanje pomoći u postojećim uslugama, smanjenje usluga ili prestanak pomoći (vidjeti smjernicu 1)
- Uključiti mjera za ambulantne i hospitalizirane pacijente, upućivanje i mobilizaciju stanovništva 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 Temeljni standard 1, na 48 str.)
- Osigurati hranu i medicinsku brigu sukladno državnim i međunarodno priznatim smjernicama za liječenje teške akutne pothranjenosti (vidjeti smjernice 4 – 8)
- Osigurati da kriteriji za otpust uključuju antropometrijske u neantropometrijske indekse (vidjeti smjernicu 6)
- Ispitati uzroke ponavljanja situacije, nedostatka odgovora ili više stope smrtnosti (vidjeti smjernice 6 – 7)
- Riješiti prehranu dojenčadi i djece s posebnim naglaskom na zaštiti, podršci i promoviranju dojenja (vidjeti smjernice 9 – 10).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

U osnovi, ovi pokazatelji odnose se na djecu od šest do 59 mjeseci starosti, čak i ako su u program, također, uključena i druga djeca.

- Više od 90 % ciljnog stanovništva nalazi se u tom području manjem od jednog dana hoda u oba smjera (uključujući vrijeme liječenja) od središta programa;
- U ruralnom području pokrivenost je veća od 50 %, u urbanim sredinama veća je od 70 %, u kampovima veća je od 90 % (vidjeti smjernicu 3);
- Među pacijentima koji su otpušteni s terapije manje je od 10 % smrtnih slučajeva, više od 75 % oporavilo se, a kod manje od 15 %, stanje se ponovilo (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Planiranje programa**: Programi trebaju biti isplanirani kao nadogradnja i podrška postojećim kapacitetima zdravstvenog sustava, ukoliko je to moguće. Dodatna podrška potrebna je kako bi se osiguralo učinkovito liječenje teške akutne pothranjenosti i treba se temeljiti na postojećim kapacitetima zdravstvenih ustanova i zajednice, broju i zemljopisnoj 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 sustave.
2. **Dijelovi programa:** Programi za liječenje teške akutne pothranjenosti trebaju uključiti ambulantnu njegu bolesnika s medicinskim komplikacijama i svu djecu s akutnom pothranjenošću, mlađu od šest mjeseci te decentraliziranu ambulantnu njegu djece bez medicinskih komplikacija. Ambulantna njega može se provesti izravno ili na temelju preporuke. Osim toga, programi trebaju biti povezani s drugim službama koje rješavaju neposredne i glavne uzroke pothranjenosti, kao što su dodatna prehrana, mreže za nadzor HIV-a, 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 ambulantne provedbe programa trebaju biti u blizini ciljnog stanovništva sa svrhom smanjenja rizika i troškova povezanih s duljim putovanjima s 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 i vrijeme čekanja, broj kućnih posjeta, provjeru kvalitete usluga, obim mobiliziranosti i kriterije za ocjenu i uključivanje te metodologiju za mjerenje pokrivenosti ovisno od pouzdanosti i vrste prikupljenih informacija. U izvješću mora biti navedena metodologija. Pri odlučivanju o odgovarajućoj metodi, ovisno od okolnosti treba uzeti u obzir važeće smjernice (vidjeti Standard 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata, smjernica 2, na 143. str.).
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. Međunarodne smjernice navedene su u izvorima i dodatnoj literaturi.

5. **Kriteriji za uključivanje** moraju biti sukladni državnim i međunarodnim smjernicama (vidjeti Dodatak 4: Mjerenje akutne pothranjenosti i reference i dodatna literatura). Kriteriji za uključivanje djece mlađe od šest mjeseci i skupine čiji je antropometrijski status teško odrediti, treba uzeti u obzir kliničko stanje i stanje dojenja. Osobe koje su u procesu testiranja na HIV ili za koje se sumnja na kontaminiranosti HIV-om, osobe koje boluju od tuberkuloze i kronično 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 prehrani, ali to nije najbolja opcija u kontekstu liječenja teške akutne pothranjenosti u slučaju nesreće. Tim pojedincima i njihovim obiteljima potrebna je podrška kroz niz usluga, uključujući kućnu njegu u centrima za liječenje tuberkuloze i prevenciju programa usmjerenih na prijenos bolesti s majke na dijete.

6. **Kriteriji za otpuštanje i oporavak:** Otpušteni pojedinci ne pokazuju znakove komplikacija, ali moraju pojačati apetit i nastojati zadržati odgovarajuću težinu bez edema povezanih s pothranjenošću (npr. dva uzastopna vaganja). Stanje dojenja je posebno važno za djecu mlađu od šest mjeseci i djecu do 24 mjeseca. Djecu koja nisu dojila, treba pažljivo pratiti. Kako bi se izbjegli rizici koji su povezani s preranim otpuštanjem potrebno je uzeti u obzir kriterije za otpuštanje. Smjernice ograničavaju prosječnu smrtnost tijekom liječenja, sa ciljem izbjegavanja dugotrajnog razdoblja oporavka. Prosječna smrtnost ovisit će od smjernica i stoga ih treba prilagoditi državnim smjernicama i smjernicama koje se uporabljuju. Prosječnu postignutu težinu treba izračunati za svakog pojedinačno s edemom ili bez edema povezanih s pothranjenošću. Kod nekih pothranjenih osoba s 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 Temeljne standard 2. Zdravstvenih usluga: seksualno i reproduktivno zdravlje, na 284 str.).

7. **Pokazatelji uspješnosti:** za upravljanje teškom akutnom pothranjenošću treba kombinirati ishode bolničke i ambulantne njege bez dvostrukog brojanja (tj. uklanjanje transfera između ove dvije komponente). Tamo gdje to nije moguće, tumačenje stope prehrane treba na odgovarajući način prilagoditi, na primjer, treba očekivati bolje pokazatelje kada se preovede samo ambulantna njega i treba težiti pokazateljima kako je navedeno za kombiniranu njegu pri implementaciji samo bolničke njege. Broj otpuštenih pojedinaca koji su imali tešku akutnu pothranjenost sastoji se od onih koji su se oporavili, umrli, odustali, ili se nisu oporavili (vidjeti Standar 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatak mikronutrijenata, smjernica 4, na 143. str.). Pojedinci koji su upućeni na druge usluge (npr. medicinske usluge) nisu završili liječenje. Ako programi izvještavaju samo o ambulantnom liječenju, transferi u bolničku njegu moraju se prijaviti prilikom procjene rezultata. Faktori kao što su klinička kompleksnost HIV-a utjecat će na stope smrtnosti za dio prijama slučajeva koji su HIV pozitivni. Iako pokazatelji uspiješnosti 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 izvijestiti 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 sustavno liječenje prema državnim i međunarodnim smjernicama i utvrđenim sustavom upućivanja na liječenje srodnih bolesti, poput tuberkuloze i HIV-a. U područjima s visokom prevalencijom HIV-a, u strategijama za liječenje pothranjenosti treba razmotriti mjere za sprječavanje širenja HIV-a i mjere za

podršku za preživljavanje majki i djece. Od velike su važnosti učinkoviti sustavi upućivanja na testiranje na tuberkulozu, HIV i s njima povezanu 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 tretmana i oporavka, osobito kod djece mlađe od šest 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 akutne pothranjenost – u ovom slučaju treba ih uzeti na liječenje.
10. **Socijalna i psihosocijalna podrška:** Emocionalna i tjelesna stimulacija kroz igru važna je za djecu s teškom akutnom pothranjenošću u razdoblju rehabilitacije. Skrbnicima takve djece često je potrebna socijalna i psihosocijalna podrška, kako bi mogli izliječiti djecu. 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 Načelo zaštite 4, na 34. str.). Svi skrbnici ozbiljno pothranjene djece trebaju biti u mogućnosti hraniti i voditi brigu o svojoj djeci tijekom liječenja, uz pružanje savjeta, praktične demonstracije i informacije o zdravlju i prehrani.

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

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

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osposobiti zdravstveno osoblje u prepoznavanju i liječenju nedostatka mikronutrijenata (vidjeti smjernice 1–2).
- Uspostaviti postupke za učinkovito djelovanje u slučajevima raznih vrsta nedostataka mikronutrijenata koji mogu ugroziti stanovništvo (vidjeti smjernicu 2).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Liječenje slučajeva nedostatka mikronutrijenata sukladno trenutačno najboljom kliničkom praksom (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Mjere u području mikronutrijenata prate javno zdravstvene mjere za smanjenje pojavljivanja uobičajenih bolesti koje su povezane s hitnim intervencijama, poput ospica (vitamin A) i dijareje (cinka) (vidjeti smjernice 3 – 4).

Smjernice

1. **Dijagnoza i liječenje kliničkog nedostatka mikronutrijenata:** Dijagnosticiranje određene vrste kliničkog nedostatka mikronutrijenata je moguće putem jednostavnog pregleda. Klinički pokazatelji ove vrste nedostatka mogu biti uključeni u zdravstveni ili nadzor prehrambenih sustava i zahtijevaju temeljitu obuku osoblja kako bi se osigurala točnost procjena. Definiceije od slučaja do slučaja problematične su i u kriznim situacijama često mogu biti određene samo kroz dopunsko djelovanje kod pojedinaca kojima je pružena zdravstvena zaštita kroz zdravstvene ustanove od strane zdravstvenog osoblja. Liječenje nedostatka mikronutrijenata treba uključivati aktivno pronalaženje slučajeva i uporabu dogovorenih definicija slučaja i smjernica za liječenje. Otkrivanje i liječenje slučajeva nedostataka mikronutrijenata mora se odvijati u okviru zdravstvenog sustava i programa prehrane (vidjeti Standard 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane, smjernica 6, na 135. str.). Tamo gdje prevalencija nedostatka mikronutrijenata premašuje javnozdravstvene pragove (vidjeti Dodatak 5: Mjere u vezi s nedostatkom mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje), vjerojatno je primjereno liječenje općeg stanovništva dodacima u prehrani. Skorbut (vitamin C), pelagra (niacin), beriberi (tiamin) i ariboflavinoza (riboflavin) najčešće su epidemije zbog neadekvatne zastupljenosti mikronutrijenata kod stanovništva koje ovisi od pomoći u prehrani. Na temelju gore navedenih činjenica potrebno je nedostatke mikronutrijenata rješavati kroz aktivnosti koje pokrivaju cjelokupno stanovništvo, kao i liječenje pojedinaca.
2. **Dijagnoza i liječenje supkliničkih nedostataka mikronutrijenata:** subklinički nedostatak mikronutrijenata može imati negativne posljedice za zdravlje i ne može se izravno identificirati, bez biokemijskih istraživanja. Izuzetak je anemija, za koju su dostupna biokemijska ispitivanja, koja se mogu relativno jednostavno provestii na terenu (vidjeti Standard 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane, smjernica 6, na 135. str. i Dodatak 5: Mjere u vezi s nedostatkom mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje). Za procjenu je li potrebno poboljšati unos hrane ili uporabe dodataka prehrani (suplemenata), mogu se koristiti neizravni pokazatelji (vidjeti Standard 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane, smjernica 6, na 135. str. i Dodatak 5: Mjere u vezi s nedostatkom mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje).
3. **Prevencija:** Strategije za prevenciju nedostatka mikronutrijenata ukratko su opisane u poglavlju o osiguranju hrane – transfer hrane (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: transfer hrane, na 154 str.). Prevencija također zahtijeva kontrolu bolesti kao što je akutna infekcija dišnih puteva, ospice i parazitske infekcije npr. malarija i dijareja, koji iscrpljuju zalihe mikronutrijenata (vidjeti standarde 1. i 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, na 278. – 279. str). Spremnost za liječenje treba uključivati razvitak definiranog slučaja i smjernica za postupanje, te sustave za aktivno otkrivanje slučajeva.
4. **Upotreba mikronutrijenata u liječenju općih bolesti:** dodavanje suplemenata mikronutrijenata trebala bi biti uključena u prevenciji i liječenju nekih bolesti. To uključuje davanje vitamina A kao suplementa za ospice i dodavanjem cinka s oralnom rehidracijskom soli za liječenje dijareje (vidjeti standarde 1. i 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, na 278. – 279. str. i Standard 2. Prehrane dojenčadi i djece, na str. 137).

4. Osiguranje hrane

Intervencije koje se tiču osiguranja hrane trebaju imati svrhu zadovoljavanja kratkoročne potrebe, "da ne uzrokuju štetu", smanjuju potrebu za pogođeno stanovništvo u manjoj mjeri, usvojiti potencijalno štetne strategije suočavanja s problemima i doprinijeti obnovi dugoročnije sigurnosti hrane. Precizna procjena ispituje primjerenost i izvedivost opcija mogućih načina djelovanja (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str.). Intervencije za osiguravanje hrane u ovom dijelu su grupirane u standardima za opće osiguranje hrane, transfere hrane, novca i bonova te intervencije za osiguravanje životnih uvjeta. Ako je potrebna hrana, treba uzeti u obzir odgovarajući oblik transfera i treba pažljivo odabrati prehrambene proizvode za distribuciju u robi tako i za kupovinu bonovima za hranu. Intervencije koj se tiču životnih uvjeta uključuju primarnu proizvodnju, dohodak i uposlenost i 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 modaliteti za isporuku kritični su za projektiranje intervencija osiguranja hrane.

Standardi osiguranja hrane uzimaju u obzir resurse kako bi se zadovoljile potrebe cjelokupnog stanovništva za hranom i specifičnih ugroženih osoba s povećanim prehrambenim rizikom. Dok se ne zadovolje ove potrebe, bilo koja intervencija usmjerena na liječenje loše prehrane imat će ograničen utjecaj, jer će se oni koji se oporave od pothranjenosti vratiti u kontekst neadekvatnog unosa hrane i njihov nutritivni status vjerojatno će se 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 osiguravanja hrane ne preusmjeravaju da pogoršaju sukobe.

Standard 1. Osiguranje hrane: opće osiguranje hrane

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

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Osmisliti primarne intervencije kako bi zadovoljili neposredne potrebe (vidjeti smjernicu 1).
- Razmisliti o poduzimanju mjera za podršku, zaštitu i promociju osiguranja hrane (vidjeti smjernicu 2).
- Bazirati intervencije na temelju detaljne analizi, njihovim prednostima, povezanim rizicima i troškovima i strategijama suočavanja ljudi s problemima (vidjeti smjernicu 3).

- Razviti tranzicijske i izlazne strategije za sva djelovanja 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 prirodni okoliš od daljnjeg propadanja u svim intervencijama (vidjeti smjernicu 6).
- Vršiti nadzor kako bi odredili razinu prihvaćanja i pristupa intervencijama različitih skupina i pojedinaca, te osigurati pokrivenost cjelokupnog stanovništva pogođenog katastrofom bez diskriminacije (vidjeti smjernicu 7).
- Procijeniti mjerenje efekata intervencija na lokalnu ekonomiju, socijalne mreže, životne uvjete i okoliš i osigurati da se nalazi efektivno dijele i koriste kako bi imali utjecaja na buduće intervencije (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Svi katastrofom pogođeni ljudi kojima su potrebne 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.
- Kućanstva ne koriste negativne strategije suočavanja s problemima (vidjeti smjernicu 3).
- Izbor novca, bonova ili kombinacije temelji se na potpunoj procjeni i analizi (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: transfer novca i bonova, na 170. str.).

Smjernice

1. **Davanje prioriteta intervencijama koje spašavaju živote:** Distribucija hrane, novca ili bonova ili kombinacija je najčešća početna reakcija na akutnu nesigurnost koja se tiče hrane. Ostale vrste reakcija također, treba uzeti u obzir, uključujući subvencije za hranu, privremene otpise naknada, programe upošljavanja, produktivnu podršku za egzistenciju, trošenje zaliha, pružanje stočne hrane i podrške tržištima. Kada tržišta funkcioniraju i dostupna su i ne postoje ozbiljni rizici inflacije, prioritet može biti da se ponovno uspostave normalni aranžmani tržišta i revitalizacija ekonomskih aktivnosti koje osiguravaju upošljavanje (vidjeti dijelove o intervencijama za tržište i osiguranje hrane u Izvorima i dodatnoj literaturi). Takve strategije mogu biti prikladnije od distribucije hrane, ako one nude prednosti u podršci uvjetima života, 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 osiguranja hrane:** uključuje širok raspon intervencija i zagovaranja. Za vrijeme početne faze katastrofa zadovoljavanje neposrednih potreba i očuvanje produktivne imovine prioritet je, ali intervencije trebaju biti planirane s dugoročnom perspektivom i integrirane s intervencijama iz drugih sektora. U kratkom roku može biti nemoguće da se postigne osiguranje hrane strategijama običnog čovjeka koji se brine o svojoj egzistenciji. Međutim, treba podržati

postojeće strategije koje doprinose osiguranju hrane i očuvanju dostojanstva. Intervencije koje se tiču osiguranja hrane trebaju spriječiti daljnje 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 s problemima koje doprinose osiguranju hrane i dostojanstva. Međutim, strategije suočavanja s problemima mogu podrazumijevati troškove ili uzrokovati rizike koji povećavaju ranjivost (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str.). Rizici moraju biti prepoznati što je prije moguće i treba poduzeti rane mjere intervencije kako bi se izbjeglo da ljudi pribjegavaju takvim strategijama. Na primjer, distribucija drva i/ili efikasnih štednjaka može izbjeći prekomjernu uporabu prirodnih resursa i putovanje u nesigurna područja, a novčane donacije mogu izbjeći prodaju imovine i zemljišta pod stresom (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).

4. **Izlazne i tranzicijske strategije** treba uzeti u obzir od samog početka, a posebno u uvjetima gdje intervencija 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 skrbi ili mrežama sustava za dugoročnu sigurnost ili zagovaranje kod vlada i donatora za uspostavu sustava koji se bave kroničnom nesigurnošću 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 koja su ostala bez roditelja uslijed AIDS-a, i mogu propustiti prijenose informacija i vještina koji se odvijaju unutar obitelji, a isto se može dati kroz odgovarajuće usluge.

6. **Utjecaj na okoliš:** Treba očuvati bazu prirodnih resursa za proizvodnju i životne uvjete katastrofom pogođenog stanovništva (i domaćeg stanovništva). Utjecaj na okoliš treba uzeti u obzir prilikom procjene i planiranja bilo kakve intervencije. Na primjer, ljudi koji žive u kampovima trebaju gorivo za kuhanje, što može ubrzati lokalno krčenje šuma. Distribucija hrane s dugim vremenom priprave zahtijevat će više goriva za kuhanje i potencijalno utječe na okoliš (vidjeti Standard 2. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 157. str.). Intervencije mogu pomoći u oporavku okoliša od degradacije. Na primjer, smanjenje zaliha smanjuje pritisak na pašnjake tijekom suše i čini da više ispaše bude na raspolaganju za stoku koja preživi. Gdje je to moguće, intervencija bi trebala izgraditi sposobnost ljudi da upravljaju prirodnim resursima, a posebno kada se isporučuju ulazni materijali. Treba procijeniti i ublažiti rizik da intervencija uzrokuje ili pogorša tenzije oko prirodnih resursa, i tako potiče sukobe (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).

7. **Pokrivenost pristup i prihvatljivost:** Treba procijeniti korisnike i njihove karakteristike i njihov broj uz razvrstavanje s obzirom na spol i dob, prije određivanja razine sudjelovanja pojedinih skupina (s posebnim naglaskom na ranjive osobe). Sudjelovanje djelomično određuje jednostavnost pristupa i prihvatljivosti aktivnosti za sudionike. Iako neke intervencije koje se tiču osiguranja hrane ciljaju na ekonomski aktivne ljude, one ne bi trebale praviti nepravednu diskriminaciju i trebaju biti dostupne

ranjivim osobama i zaštititi uzdržavane članove obitelji, uključujući djecu. Ograničenja mogu smanjiti sudjelovanje, uključujući i smanjene sposobnosti za rad, težak posao kod kuće, trudnoću, hranjenje i skrb za djecu, bolest i invalidnost. Prevladavanje ograničenja uključuje identificiranje aktivnosti u okviru kapaciteta skupine ili uspostavu odgovarajućih struktura za podršku. Treba uspostaviti mehanizme za usmjeravanje na temelju vlastitog izbora nakon punih konzultacija sa svim populacijskim skupinama (vidjeti Načelo zaštite 2, na 30. str.).

8. **Praćenje i procjena:** Potrebno je nadzirati širu situaciju osiguranja 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 temeljiti na utvrđenim kriterijima Odbora za pomoć u razvitku koje je zabilježio OECD, a koji mjere sljedeće parametre: prikladnost, povezanost, koherentnost, pokrivenost, efektivnost, učinkovitost i utjecaj.

4.1. Osiguranje hrane – Transferi hrane

Svrha transfera hrane je osigurati da ljudi imaju siguran pristup hrani odgovarajuće kvalitete i količine, te da imaju sredstva za sigurnu pripravu i konzumiranje. Općenito (besplatna) distribucija hrane uvodi se kada se procijeni da je neophodna i usmjerena na one kojima je hrana najviše potrebna, a prekida se kada su se korisnici oporavili u smislu sposobnosti proizvodnje ili pristupa hrani na druge načine. Korisnicima može biti potreban prijelaz na druge oblike pomoći, kao što su uvjetni transferi ili intervencija koja se tiče životnih uvjeta.

Dodatna hrana može biti potrebna uz bilo koje opće obroke za pojedince izložene riziku (na primjer, djeca u dobi od 6 do 59 mjeseci, trudnice ili dojilje). To može biti urađeno kao krovno ili ciljano, ovisno o kontekstu (vidjeti Standard 1. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostataka mikronutrijenata, na 142. str.). Za opću distribuciju hrane i dopunske hrane, gdje god je to moguće treba davati obroke koji se nose kući. Hranjenje na licu mjesta poduzima se samo kada ljudi nemaju sredstva kuhati za sebe (odmah nakon katastrofe ili tijekom kretanja stanovništva), gdje bi moguća nesigurnost situacije za primatelje obroka koji nose hranu kući doveli u rizik, ili za osiguranje hrane u školama (iako se obroci koji se nose kući mogu distribuirati kroz škole).

Upravljanje lancem opskrbe (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 razinu 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. Osiguranje hrane i transferi hrane: opći zahtjevi prehrane

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

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Koristiti razine pristupa odgovarajućoj količini i kvaliteti hrane kako bi se utvrdilo je li situacija stabilna ili je vjerojatno da će se pogoršati (vidjeti smjernice 1, 4 i 5).
- Osmišljavati transfere hrane na temelju standardnih početnih zahtjeva planiranja za energiju, proteine, masti i mikronutrijente, prilagođene prema potrebi lokalne situacije (vidjeti ključne pokazatelje, 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 starosti 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).
- Osigurati da kućanstva s kronično bolesnim članovima, uključujući oboljele od HIV-a i članove s određenim teškoćama ili ranjivostima imaju pristup odgovarajućoj nutritivno bogatoj hrani i odgovarajuću prehrambenu podršku (vidjeti smjernice 6 – 8).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Postoji adekvatan pristup nizu prehrambenih proizvoda, uključujući osnovne (žitarice ili gomoljasto povrće), 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 %) kućanstava (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 nedostataka mikronutrijenata od značaja 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 odgovarajućim izvorima riboflavina u situacijama u kojima su ljudi ovisni od vrlo ograničene prehrane (vidjeti smjernice 2 – 3).
- Nema slučajeva skorbuta, pelagre, beriberija ili nedostatka riboflavina (vidjeti smjernice 5 i Dodatak 5: Mjere nedostatka mikronutrijenata od značaja za javno zdravlje).
- Prevalencija nedostatka vitamina, anemije i poremećaja joda nije od značaja za javno zdravlje (vidjeti smjernicu 5 i Dodatak 5: Mjere nedostataka mikronutrijenata od značaja 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 osiguranje hrane, pristup tržištu, životne uvjete, zdravlje i prehranu 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 osiguranja hrane i prehrane, na 130. str.).

2. **Prehrambene potrebe i planiranje obroka:** sljedeće procjene za minimalne potrebe stanovništva treba koristiti za planiranje općih obroka, s brojkama prilagođenim za svaki dio populacije, 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 mogu se osmisliti 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 pogođenom stanovništvu (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str.). Obroke tada treba planirati da bi se nadoknadila razlika između nutritivnih potreba i onoga što ljudi mogu sami napraviti. Dakle, ako je standardni uvjet 2100 kcals/osoba/dan i procjena utvrdi da ljudi u okviru ciljane populacije mogu, u prosjeku, pribaviti 500 kcals/osoba/dan kroz osobne napore i resurse, pružena pomoć u hrani trebala bi da iznosi 2100 - 500 = 1600 kcals/osoba/dan. Osim energetskog sadržaja, ključno je uzimanje u obzir proteina, masti, vitamina i minerala u planiranju prehrane. Ako je obrok dizajniran za pružanje svih energetskih sadržaja u prehrani, onda on mora sadržavati dovoljne količine svih hranjivih tvari. Ako je predviđeno da obrok nadoknadi samo dio utroška energije u prehrani, 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 biti osmišljen kako bi osigurao uravnotežen sadržaj hranjivih tvari koji je proporcionalan energetskom sadržaju obroka. Ako je sadržaj hranjivih tvari drugih prehrambenih proizvoda dostupnih stanovništvu **poznat,** obrok može biti osmišljen tako da nadopuni te prehrambene proizvode popunjavajući nedostatke u prehrani. Prosječne brojke za planiranje za opće obroke trebaju uzeti u obzir dodatne potrebe trudnica i dojilja. Adekvatna i prihvatljiva hrana za malu djecu bi trebala biti uključena u opći obrok, kao npr. nutritivno obogaćena kašasta hrane (vidjeti Standard 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 137. str.). Treba osigurati jednakost tako da se slični obroci daju na sličan način pogođenom stanovništvu i podskupinama stanovnika. 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 planiranje obroka to treba uzeti u obzir, a pogotovo ako se u obrok uključuje nekoliko različitih nutritivnih obogaćenih prehrambenih proizvoda.

3. **Prevencija akutne pothranjenosti i nedostataka mikronutrijenata:** Ako su zadovoljeni ključni pokazatelji koji se tiču hrane, tada treba spriječiti pogoršanje stanja prehrane cjelokupnog stanovništva i također trebaju biti uspostavljene odgovarajuće javno zdravstvene mjere kako bi se spriječila pojava bolesti kao što su ospice, malarija i parazitske infekcije (vidjeti standarde 1 i 2. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolest, na 270. – 272. str.). 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 prehrambenih proizvoda, uključivanje obogaćene kašaste hrane, uključivanje lokalno kupljenih artikala da se pruže hranjive tvari koje nedostaju i/ili uporaba suplementarnih proizvoda kao što je hrana osnovana na lipidima, nutritivno zasićena i spremna za uporabu, ili suplementi u obliku tableta/praškova s više mikronutrijenata. Ovi proizvodi mogu biti usmjereni na ranjive pojedince kao što su djeca u dobi 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 povećanje količine hrane u općem obroku, ali se mora voditi računa o ekonomičnosti i utjecaju na tržišta. Ostale opcije koje se također mogu uzeti u obzir za prevenciju nedostataka mikronutrijenata, uključuju mjere osiguranja hrane za promociju pristupa hranjivim namirnicama (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str. i Standarde 1 i 2. Osiguranje hrane: životni uvjeti, na 174 – 177. str.). Treba uzeti u obzir gubitke mikronutrijenata koji se mogu pojaviti tijekom transporta, skladištenja, prerade i kuhanja, te bioraspoloživost različitih kemijskih oblika vitamina i minerala.

4. **Nadzor nad korištenjem obroka:** Ključni pokazatelji bave se pristupom hrani, ali ne kvantificiraju iskoristivost hrane ili bioraspoloživost nutrijenata. Izravno mjerenje unosa hrane nametnulo bi nerealne zahtjeve za prikupljanje informacija. Međutim, iskorištenje se može posredno procijeniti uporabom podataka iz različitih izvora. Ti izvori mogu uključivati praćenje dostupnosti hrane i uporabu na razini kućanstva, procjenu cijene hrane i dostupnosti hrane na lokalnim tržištima, ispitivanje planova za distribuciju i evidenciju pomoći u hrani, procjenu bilo kakve nabave hrane iz prirode i obavljanje procjene osiguranja hrane. Raspodjela hrane, unutar kućanstva nije uvijek pravedna i ranjive osobe mogu biti posebno pogođene time, ali obično nije moguće izmjeriti ove aspekte. Odgovarajući mehanizmi raspodjele (vidjeti Standard 5. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 164. str.), izbor hrane i razgovor s pogođenim stanovništvom mogu doprinijeti boljoj raspodjeli hrane unutar kućanstva (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str.).

5. **Stariji ljudi** mogu biti posebno pogođeni katastrofama. Čimbenici rizika koji smanjuju pristup hrani i mogu povećati zahtjeve za nutrijentima uključuju bolest i invalidnost, izolaciju, psihosocijalni stres, veličinu obitelji, hladnoću i siromaštvo. Stariji ljudi bi trebali biti u mogućnosti lako pristupiti izvorima hrane (uključujući i transfere hrane). Hrana treba biti laka za pripravu i konzumaciju i treba ispunjavati dodatne zahtjeve starijih ljudi za proteine i mikronutrijente.

6. **Ljudi koji žive s HIV-om** mogu se suočiti s većim rizikom od pothranjenosti zbog niza čimbenika. Među njima su i smanjeni unos hrane zbog gubitka apetita ili teškoća u jelu, slabe apsorpcije hranjivih tvari zbog dijareje, parazita ili oštećenja crijevnih stanica, promjene u metabolizmu i kroničnih infekcija i bolesti. Zahtjevi za energijom ljudi koji žive s HIV-om rastu prema stupnju infekcije. Ljudi koji žive

s HIV-om moraju biti dobro uhranjeni i moraju unositi što je više moguće proteina i mikronutrijenata kako bi odgodili početak AIDS-a. Mljevenje i pojačavanje hrane ili pružanje pojačanih, miješanih ili specijalnih prehrambenih suplemenata predstavljaju moguće strategije za poboljšanje pristupa odgovarajućoj prehrani. U nekim situacijama može biti prikladno povećati ukupnu veličinu bilo kakvog obroka hrane. Treba razmotriti davanje antiretrovirusne terapije (ART) i ulogu podrške koju prehrana 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 obitelji i uobičajenih skrbnika. One se također mogu suočiti s diskriminacijom koja utječe na pristup hrani. Treba uložiti napore da se odrede i smanje ti rizici putem osiguravanja fizičkog pristupa hrani, razvijanja mehanizama za podršku hranjenju (npr. davanje žlica i slamki, razvitak sustava za kućne posjete ili doseg) i osiguravanje pristupa energetski zasićenoj hrani bogatoj nutrijentima. Specifični prehrambeni rizici uključuju teškoće u žvakanju i gutanju (što dovodi do smanjenog unosa hrane i davljenja), neodgovarajući položaj ili držanje prilikom jela, smanjenu pokretljivost, koja ograničava pristup hrani i sunčevoj svjetlosti (što utječe na razine vitamina D) i konstipaciju (zatvor) od koje na primjer, mogu patiti osobe sa cerebralnom paralizom.

8. **Skrbnici i oni za koje se oni skrbe** mogu se suočiti s određenim preprekama koje se tiču prehrane, 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 koje bi zamijenili za hranu zbog troškova liječenja ili pogreba i oni se mogu suočiti s društvenom stigmom i smanjenim pristupom mehanizmima podrške u zajednici. Važno je da skrbnici dobiju podršku, a ne da im se odmaže u brizi za ranjive pojedince. Podrška koja se nudi treba se odnositi na prehranu, higijenu, zdravlje i psihosocijalnu podršku i zaštitu. Postojeće društvene mreže mogu se koristiti za pružanje obuke izabranim članovima populacije da preuzmu odgovornost u tom području (vidjeti Načelo zaštite 4, na 34. str.).

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

Prehrambeni proizvodi koje se daju primjereni su i prihvatljivi za korisnike, tako da ih oni mogu efektivno i učinkovito koristiti na razini kućanstva.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Konzultirati se sa osobama pogođenim katastrofom o prihvatljivosti, poznatosti i prikladnosti prehrambenih proizvoda 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, gorivu i vrijeme kuhanja i zahtjeve za namakanjem pri odabiru vrste hrane (vidjeti smjernicu 2).
- Kada se distribuira nepoznata hrana dati instrukcije o odgovarajućoj pripravi za ljude koji će pripravljati 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 pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Odluke programa temelje se na punoj suradnji sa svim ciljanim korisnicima u odabiru prehrambenih proizvoda (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 posebnih roba (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Poznavanje i prihvatljivost:** Hranjiva vrijednost je primarna stvar pri odabiru prehrambenih proizvoda za raspodjelu, a roba mora biti poznata primateljima i sukladna vjerskim i kulturnim tradicijama, uključujući određenu hranu koja je tabu za trudnice i dojilje. Ranjivi ljudi trebali bi sudjelovati u konzultacijama o izboru hrane. Ako se koristi nepoznata hrana, ona bi trebala imati potencijal da bude ukusna lokalnom stanovništvu. U izvješćima procjene i zahtjevima za donatore, treba objasniti izbor prehrambenih proizvoda (uključenih i isključenih). Kada katastrofe spriječe pristup objektima za kuhanje, treba distribuirati hranu koja je već spremna za uporabu (vidjeti također Standard 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 137. str.). Bez mogućnosti kuhanja, moguće je da ne postoji alternativa pružanju nepoznate hrane i posebni „hitni obroci“ tada se također mogu uzeti u obzir.
2. **Skladištenje hrane i priprava:** Sposobnost ljudi da skladište hranu treba biti jedna od informacija u izboru robe. Za potrebe za vodom vidjeti Standard 1. Vodoopskrba, na 83. str. Treba procijeniti korištenje goriva prije nego što se odabere način osiguranja hrane, kako bi se osiguralo da korisnici mogu dovoljno kuhati hranu da se izbjegne opasnost za zdravlje i spriječiti propadanje okoliša i eventualne sigurnosne rizike kroz pretjerano prikupljanje drva za gorivo (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.). Generalno, hrana koja se pruža ne bi trebala zahtijevati mnogo vremena za kuhanje ili velike količine vode. Mljevena zrna obično smanjuju vrijeme kuhanja i količinu goriva. Za opremu za kuhanje vidjeti Standard 6. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 168. str. i standarde 3 i 4. Neprehrambeni proizvodi, na 235. – 236. str.
3. **Obrada hrane:** Žitarice sa cijelim zrnom imaju prednost duljeg roka trajanja i mogu imati veću vrijednost za primatelje. Žitarice cijelog zrna mogu se distribuirati tamo gdje je mljevenje na razini kućanstva 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 s druge strane smanjuje sadržaj proteina.

Mljevenje je od posebnog interesa za kukuruz: mljeveni kukuruz ima rok trajanja od samo šest do osam tjedana, tako da bi se kukuruz trebalo mljeti neposredno prije konzumacije. Treba poštivati nacionalne zakone o uvozu i distribuciji žitarica cijelog zrna. 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:** Procjena treba utvrditi kulturno važne začine i ostale prehrambene proizvode koji su bitan dio svakodnevnih prehrambenih navika (npr. začini, čaj) i odrediti pristup ljudi ovim proizvodima. 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 posebne robe (to uključuje mlijeko namijenjeno za miješanje s čajem) u općoj distribuciji hrane ili programa dopunskog hranjenja s nošenjem hrane kući jer njihova nepažljiva uporaba može uzrokovati ozbiljne zdravstvene opasnosti. Bilo kakve intervencije koje uključuju mlijeko moraju biti sukladne Operativnim smjernicama za IFE, Međunarodnim pravilnikom o stavljanju BMS na tržište i kasnijim relevantnim rezolucijama WHA (vidjeti standarde 1 i 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 136. – 137. str.). .

Standard 3. Osiguranje hrane i transferi hrane: kvaliteta i osiguranje hrane

Hrana koja se distribuira prikladna je za prehranu ljudi i odgovarajuće je kvalitete.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Odabrati prehrambene proizvode koji su sukladni nacionalnim standardima zemlje primateljice i drugim međunarodno prihvaćenim standardima (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Distribuirati hranu prije isteka roka ili dosta prije datuma isteka roka (vidjeti smjernicu 1).
- Konzultirati se sa primateljima o kvaliteti distribuirane hrane i odmah djelovati po 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 okoliš (vidjeti smjernicu 4).
- Označiti pakete hrane na odgovarajućem jeziku. Za pakiranu hranu, navesti datum proizvodnje, podrijetlo, datum isteka roka za uporabu za potencijalno opasne prehrambene proizvode i pojedinosti o sadržaju nutrijenata (vidjeti smjernicu 4).
- Transportirati i skladištiti hranu u odgovarajućim uvjetima, koristeći najbolje prakse u upravljanju skladištenjem, sa sustavskim provjerama kvalitete hrane (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazateljii **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Svi primatelji dobivaju hranu koja je „primjerena svrsi“: zbog sigurnosnih razloga, 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).

- Monitornig odgovornosti prati sve žalbe korisnika koje su primljene i riješene (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Kvaliteta hrane:** Hrana mora biti sukladna standardima za hranu vlade zemlje primatelja i/ili standardima **Codexa Alimentariusa** u pogledu kvalitete, pakiranja, označavanja i "svrsishodnosti". Hrana treba uvijek biti "prikladna za prehranu 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 prehranu ljudi (npr. kvaliteta brašna može onemogućiti pečenje na razini kućanstva, čak i ako je sigurno za konzumiranje). Kod ispitivanja kvalitete, uzorci trebaju biti odabrani prema planu uzorkovanja i organizacije koje ih kupuju treba da ih sustavski provjeravaju, 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 neovisni inspektori kvaliteta. Informacije o rokovima i kvaliteti pošiljaka hrane mogu se dobiti iz certifikata dobavljača, inspekcijskih izvješća kontrole kvalitete, naljepnica paketa i izvješća skladištenja. Hrana koja je neodgovarajuća za svoju svrhu treba se pažljivo odložiti (vidjeti Standard 4. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernica 10, na 163. str.).
2. **Genetski modificirana hrana:** Treba razumjeti i poštovati nacionalne propise koji se odnose na prijam i uporabu genetski modificirane hrane. Takva pravila treba uzeti u obzir kada se planira transfer hrane iz uvoza.
3. **Mehanizam za prigovore i odgovore na prigovore:** Organizacije moraju osigurati odgovarajuće mehanizme za prigovore i odgovore na prigovore o kvaliteti i sigurnosti hrane zbog odgovornosti prema primateljima (vidjeti Temeljni standard 1, smjernica 2, na 48. str.).
4. **Pakiranje:** Ako je moguće, ambalaža treba omogućiti izravnu distribuciju bez ponovnog mjerenja (npr. žlicom) 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 uzrokuju podjele. Rizici po okoliš mogu se svesti na minimum izborom ambalaže i brigom o praznim paketima (kao što su vreće i konzerve). Pakiranje hrane spremne za uporabu (kao što su staniolski omoti) može zahtijevati posebne kontrole za sigurno odlaganje.
5. **Mjesta za skladištenje** moraju biti suha i higijenski korektna, na odgovarajući način zaštićena od vremenskih uvjeta i nezagađena kemijskim ili drugim ostacima. Ona bi, također, trebala biti zaštićena od štetočina kao što su insekti i glodavci (vidjeti također Standard 4. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 161. str. i Standard 1. Upravljanja čvrstim otpadom, na 100. str.).

Standard 4. Osiguranje hrane i transferi hrane: upravljanje lancem opskrbe (SCM)

Dobro se upravlja robom i s njom povezanim troškovima pomoću objektivnih, transparentnih i visokoreaktivnih sustava.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Uspostaviti koordiniran i efektivan sustav 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 i 4).
- Izgraditi dobre odnose s dobavljačima i pružateljima usluga i provoditi etičke prakse (vidjeti smjernice 1 – 2, 4 – 5).
- Osposobiti i nadzirati osoblje za promatranje kvalitete hrane i sigurnosne procedure na svim razinama sustava SCM (vidjeti smjernicu 5);
- Uspostaviti odgovarajuće postupke odgovornosti uključujući sustave inventara, izvješća i financija (vidjeti smjernice 6 – 8);
- Smanjiti gubitke, uključujući i krađe i obračunati sve gubitke (vidjeti smjernice 9 –11);
- Nadzirati i upravljati lancem opskrbe hranom tako da se poduzmu sve moguće mjere kako bi se izbjegla namjenska korištenja i prekidi distribucije i tako da sve zainteresirane strane budu redovito obaviještene o uspješnosti lanca opskrbe (vidjeti smjernice 12 – 13).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Hrana stiže do predodređene točke za distribuciju (vidjeti smjernice 1 i 7).
- Sustavi za praćenje robe, obračuni inventara i sustavi izvješća su uspostavljeni od samog početka intervencije (vidjeti smjernice 7 – 8 , 11 - 13).
- Izvješća o procjeni SCM pokazuju dokaze o procjeni i inventar lokalnih kapaciteta SCM, lokalnu dostupnost hrane i lokalne logističke infrastrukture (vidjeti smjernice 2 – 3):
- SCM izvještavanje pokazuje:
  - dokaze transparentnih, poštenih i otvorenih sustava za dodjelu ugovora,
  - dokaze o upravljanju rezultatima dobavljača/davatelja usluga i izvještavanju,
  - broj i udio osoblja osposobljenog za SCM,
  - potpunost i točnost dokumentacije,
  - gubici su svedeni na minimum, a održavaju se na manje od 2 % i sva hrana se obračunava,
  - redovita analiza lanca opskrbe i relevantne zainteresirane strane dobivaju informacije iz lanca hrane i lanca opskrbe.

Smjernice

1. **Upravljanje lancem opskrbe** integrirani je pristup logistici. Počevši sa izborom robe, to uključuje nalaženje izvora, nabavu, osiguranje kvalitete, pakiranje, utovar, prijevoz, skladištenje, upravljanje zalihama i osiguranje. SCM uključuje mnogo različitih partnera, a važno je da su aktivnosti koordinirane (vidjeti Temeljni standard 2, na 49. str.). Prakse za upravljanje i monitoring trebaju osigurati da se roba čuva do točki za distribuciju. Međutim, humanitarne organizacije također su odgovorne i za to da hrana stigne do ciljanih korisnika (vidjeti standarde 5 i 6. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 164. – 168. str.).
2. **Uporaba lokalnih usluga:** Treba napraviti procjenu 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. Renomirani 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 sukoba, provjera davatelja usluga treba biti naročito stroga.
3. **Lokalni izvori u odnosu na uvoz:** Treba procijeniti lokalnu dostupnost robe i implikacije za lokalnu proizvodnju i tržišne sustave za hranu s lokalnim podrijetlom ili uvezenu hranu, uključujući i okolišnu održivost (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. str. i standarde 1 i 3. Osiguranje hrane: životni uvjeti, na 174. – 180. str.). Tržišta su stimulirana i dobivaju 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, uporaba 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 s komercijalnim dobavljačima.
4. **Nepristranost:** Pravedne i transparentne procedure ugovaranja neophodne su kako bi se izbjegle sumnje favoriziranja ili korupcije. Rezultate davatelja 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 sustava SCM sustava i obuku. Posebni tipovi relevantne ekspertize su upravljanje ugovorima, prijevoz i upravljanje skladištem, upravljanje inventarom 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 uporabu hrane za plaćanje logističkih operacija, kao što su istovar u skladištima i distribucijskim točkama. Ako novčane isplate nisu moguće i koristi se hrana, treba napraviti usklađivanje količina hrane koje su poslane na distribucijske točke, tako da početno planirane količine ipak dođu do ciljnih primatelje.
7. **Izvještavanje** (uključujući i klaster logistike i interagencijsko izvještavanje): Većina donatora ima posebne zahtjeve za izvještavanje i menadžeri lanca opskrbe trebaju biti svjesni tih zahtjeva te uspostaviti sustave koji ih zadovoljavaju. Svakodnevne potrebe upravljanja uključuju pravodobna izvještavanja o bilo kakvim kašnjenjima ili odstupanjima u lancu opskrbe. Informacije o lancu opskrbe i ostala izvješća SCM trebaju se dijeliti na transparentan način.

8. **Dokumentacija:** Dovoljna dokumentacija i obrasci (tovarni listovi, knjige skladišta, obrasci za izvještavanje itd.) trebala bi biti dostupna na lokalnom jeziku na svim mjestima gdje se robe primaju, pohranjuju i/ili otpremaju, kako bi se održao dokumentirani tijek za reviziju transakcija.

9. **Skladištenje:** Namjenska skladišta za hranu preferiraju se u odnosu na objekte koji se koriste i za druge namjene, ali dobro upravljanje može smanjiti rizike koji se javljaju u ovom drugom slučaju. Prigodom odabira skladišta, trebalo bi utvrditi da tu nisu bile ranije skladištene opasne tvari i da ne postoji opasnost od kontaminacije. Čimbenici koje treba razmotriti uključuju sigurnost, kapacitet, jednostavnost pristupa, strukturnu čvrstoću (krov, zidovi, vrata i pod) i nepostojanje 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 jesu li prikladne ili neprikladne za prehranu ljudi. Odlaganje neprikladne hrane mora biti izvršeno prije nego što ona postane opasnost po zdravlje. Metode zbrinjavanja neprikladnih roba uključuju prodaju za hranu za životinje i zakopavanje/spaljivanje koje odobre i kojima nazoče mjerodavna tijela. Za odlaganje u obliku hrane za životinje, mora se dobiti potvrda za prikladnost za tu svrhu. U svim slučajevima, neprikladna roba ne smije ponovno ući u lanac opskrbe kao hrana za ljude ili životinjska hrana i odlaganje ne smije nauditi okolišu ili zagaditi izvore vode.

11. **Prijetnje po lanac obskrbe:** 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 vezanim za sigurnost transportnih puteva i skladišta. Potencijal za krađu postoji u svim fazama lanca opskrbe: moraju se uspostaviti sustavi kontrole i moraju se nadzirati sve točke za skladištenje, predaju i točke distribucije kako bi se taj rizik sveo na minimum. Sustavi unutarnje kontrole trebaju osigurati podjelu odgovornosti kako bi se smanjio rizik od tajnih dogovora. Zalihe treba redovito kontrolirati kako bi se otkrilo ilegalno nenamjensko korištenje hrane. Treba poduzeti mjere ne samo kako bi se osigurala cjelovitost lanca opskrbe, već i za analizu i rješavanje širih političkih i sigurnosnih implikacija, poput mogućnosti da preusmjerene zalihe „dodaju ulje na vatru" u oružanom sukobu (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).

12. Treba redovito provoditi **analizu lanca obskrbe,** kao i analizu relevantnih informacija o razinama zaliha, očekivanim dolascima i distribucijama koje se dobivaju od zainteresiranih strana uključujući i lanac opskrbe. Praćenje i prognoziranje razina zaliha treba naglasiti očekivane nedostatke i probleme na vrijeme za nalaženje rješenja. Razmjena informacija među partnerima može olakšati zajmove kako bi se spriječile stanke u lancu. Stanke u lancu mogu biti neizbježne ako su resursi neadekvatni. U takvim slučajevima, može biti potrebno odrediti prioritetne stavke u paketima prehrambenih proizvoda prigodom programiranja resursa, (tj. odabrati što treba kupiti) sukladno raspoloživim sredstvima. Treba se konzultirati sa zainteresiranim stranama i rješenja mogu uključivati smanjenje ukupnog 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. Uporaba lokalnih

medija, tradicionalnih metoda širenja vijesti i suvremenih tehnologija (tekstualne poruke preko mobilnih telefona, e-mail) treba razmotriti kao način informiranja službenika i primatelja o isporukama i za jačanje transparentnosti.

Standard 5. Osiguranje hrane i transfer hrane: usmjeravanje i distribucija

Metoda ciljane distribucije hrane je visoko reaktivna, pravodobna, transparentna i sigurna, podržava dostojanstvo i odgovara lokalnim uvjetima.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Identificirati i usmjeravati primatelje hrane na bazi potreba, uz konzultacije s odgovarajućim zainteresiranim stranama (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Osmisliti efektivne i nepristrane metode distribucije hrane koje podržavaju dostojanstvo u dogovoru s partnerskim organizacijama, lokalnim skupinama 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).
- Konzultirati lokalne zainteresirane strane o odgovarajućim točkama 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 pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama);**

- Kriteriji usmjeravanja moraju se osnivati na temeljnoj analizi ranjivosti (vidjeti smjernicu 1).
- Mehanizmi ciljanja su dogovoreni s 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 (vidjeti smjernicu 5).
- Tijekom distribucije prisutne su kartice za obroke, panoi i/ili putokazi uz specificiranje obroka hrane (vidjeti smjernice 7 – 8).
- Nadzor i/ili mehanizmi odgovornosti korisnika (vidjeti smjernicu 9) evidentiraju:
  - zainteresiranih strana koje se tiču metoda distribucije,
  - informacije o distribuciji za korisnike,
  - primitak hrane od strane korisnika: stvarni u odnosu na planirano (pravodobnost, količina, kvaliteta).

Smjernice

1. **Usmjeravanje:** Hrana treba biti ciljana na ljude za koje je procijenjeno da im je najpotrebnija: kućanstva kojima nije dostavljena hrana i pothranjeni ljudi (vidjeti Ranjivosti i kapaciteti katastrofom pogođenog stanovništva, na 128. str. i standarde 1 i 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na 130. – 133. str.). Usmjeravanje se provodi tijekom 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) je složena. 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 kućanstva pretrpjela slične gubitke ili gdje detaljna procjena za ciljanje nije moguća zbog nedostatka pristupa. Izbor agenata uključenih u usmjeravanje treba se temeljiti na njihovoj nepristranosti, sposobnosti i odgovornosti. Agenti koji pomažu u usmjeravanju mogu uključivati starješine, 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 prihvaćeni od primatelja i dijela stanovništva koji ne dobiva pomoć kako bi se izbjeglo stvaranje napetosti i nanošenje štete (vidjeti Temeljni standard 1, smjernicu 3, na 48. str. i Načelo zaštite 2, na 30. str.).
2. **Registracija:** Formalna registracija kućanstava koja trebaju dobiti hranu treba se provesti čim je to izvodivo i ažurirati po potrebi. Podaci o korisnicima su ključni da se osmisle efektivne distribucijske mreže (veličina i demografski profil stanovništva utječe na organizaciju distribucije), izrade popisi korisnika, liste obračuna i kartice obroka (ako se izdaju) te identificiraju ljudi s posebnim potrebama. U kampovima je registracija često izazov, a posebno tamo gdje raseljeni ljudi nemaju identifikacijske dokumente (vidjeti Načelo zaštite 4, smjernice 4 – 5, na 35. str.). Popisi lokalnih vlasti i popisi kućanstava napravljeni u zajednici mogu biti korisni, ako neovisna procjena pokaže da su točni i nepristrani. Žene iz katastrofom pogođenog stanovništva treba poticati da pomognu u procesu registracije. Organizacije 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 kućanstva, žene trebaju imati pravo biti registrirane po vlastitim imenima i žene primjerenije mogu koristiti transfere na razini kućanstva. Ukoliko registracija nije moguća u početnim fazama katastrofa, ona bi trebala biti dovršena čim se situacija stabilizira. To je posebno važno kada se zahtijeva transfer hrane u dugim razdobljima. Potrebno je uspostaviti mehanizam za prigovore i reakcije na prigovore u procesima registracije (vidjeti Temeljni standard 1, smjernice 2 i 6, na 48. – 49. str.).
3. **Metode distribucije za "suhe" obroke:** Većina metoda distribucije razvijaju se tijekom vremena. Opća distribucije hrana obično se proizvodi u obliku suhih obroka koje korisnici trebaju skuhati u svojim domovima. Primatelji mogu biti pojedinci ili nositelji kartice za obrok kućanstva, predstavnici skupine kućanstava, tradicionalne vođe ili vođe zajednice odabrane za distribuciju. Uvjeti na terenu odredit će najbolje primatelje koje treba odabrati, a promjena stanja može dovesti do promjene primatelja. Rizici koji su sastavni dio distribucije preko predstavnika ili vođa trebaju se pažljivo procijeniti.

Izbor primatelja treba uzeti u obzir utjecaj na radna opterećenja i moguće rizike nasilja, uključujući i obiteljsko zlostavljanje (vidjeti Načelo zaštite 1 – 2, na 28. – 30. str.). Učestalost distribucija treba uzeti u obzir težinu obroka hrane i sredstva korisnika da ga nose kući. Specifične aktivnosti mogu biti potrebne kako bi se osiguralo da starije osobe i osobe s invaliditetom mogu prikupiti ono što im po pravu pripada, a ostali članovi zajednice u tome mogu pomoći. Pružanje tjednih ili dvotjednih obroka može omogućiti lakše preuzimanje od preuzimanja mjesečnih obroka. Pokušaji da se pomoć usmjeri na ranjive ljude ne bi trebali doprinijeti bilo kakvoj stigmi koju oni već trpe, a to može biti posebno pitanje kod populacija s velikim brojem ljudi koji žive s HIV-om i AIDS-om (vidjeti Načelo zaštite 4, smjernice 1 i 9 –11, na 35. – 36. str.).

4. **Metoda distribucije za "mokre" obroke:** Iznimno hrana iz opće distribucije može biti kuhani obrok ili hrana spremna za jelo tijekom početnog razdoblja prilikom akutne hitne situacije. Ovi obroci mogu biti prikladni kada su, na primjer, ljudi u pokretu, kod ekstremne nesigurnosti gdje bi nošenje hrane kući izložilo korisnike riziku od krađe ili nasilja, kod visokih razina 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 lokalne vođe preusmjeravaju obroke ili postoje pitanja vezana za okoliš (na primjer zaštita krhkog ekološkog okoliša kroz izbjegavanje prikupljanja drva za ogrjev). Školski obroci i poticaji u obliku hrane za obrazovno osoblje mogu se koristiti kao mehanizam distribucije u hitnim situacijama (vidjeti Minimalne standarde za obrazovanje INEE).

5. **Distribucijske točke i dolazak do njih:** Treba uspostaviti distribucijske točke na sigurnim lokacijama koje su i najpovoljnije za primatelje, a ne na temelju logističke pogodnosti za organizaciju (vidjeti Načelo zaštite 3, smjernice 6 – 9, na 33 str.). Treba uzeti u obzir teren i blizinu drugih izvora podrške (pitka voda, nužnici, medicinske usluge, hlad, skloništa, sigurni prostori za žene). Pri lociranju točaka za distribuciju treba izbjegavati mjesta do kojih ljudi moraju proći vojne ili oružane punktove ili pregovarati za siguran prolaz. Učestalost distribucije i broj distribucijskih točki treba uzeti u obzir vrijeme koje je potrebno primateljima da putuju do distribucijske točke i praktične probleme i troškove transporta roba. Primatelji bi trebali biti u mogućnosti putovati do i od distribucijske točke unutar jednog dana. Treba razviti alternativne načine distribucije za one koji ne mogu doći i koji mogu biti izolirani (npr. osobe s teškoćama u kretanju). Prosječna pješačka brzina iznosi prosječno 5 km/sat, ali je sporija na lošem terenu i na padinama, a vrijeme varira i sa starosti i stupnjem mobilnosti. Pristup distribuciji je čest izvor tjeskobe za marginalizirane i isključene populacijske skupine 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 točki tijekom dana uzimajući u obzir zaštitu primatelja i da se izbjegne da korisnici borave preko noći, jer to nosi dodatne rizike (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).

6. **Svođenje sigurnosnih rizika na najmanju mjeru:** Distribucije hrane mogu stvoriti sigurnosne rizike, uključujući i nenamjensku uporabu i nasilje. Napetosti mogu biti visoke tijekom 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 ih se smanjilo. To uključuje nadzor

nad distribucijom koji provodi osposobljeno osoblje i čuvanje distribucijskih točki samog 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 točke za distribuciju može olakšati kontrolu mase i smanjiti sigurnosne rizike. Treba provoditi posebne mjere za sprječavanje, monitoring i reakcije na rodno nasilje, uključujući seksualno iskorištavanje povezano s distribucijom hrane. To uključuje odvajanje muškaraca i žena, na primjer 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 (vidjeti također smjernicu 5 i Načelo zaštite 2, na 31. str.).

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 mjestima za distribuciju u formatima koji su dostupni za ljude koji ne znaju čitati ili koji imaju komunikacijske teškoće (npr. napisane na lokalnom jeziku i/ili slikovnim jezikom i/ili usmene informacije), tako da ljudi znaju svoja prava,

   - planu distribucije (dan, vrijeme, mjesto, frekvencija) i bilo kakvim promjenama,

   - nutritivnoj kvaliteti hrane i ako je potrebno, posebnim mjerama koje su potrebne primateljima kako bi zaštitili svoje prehrambene vrijednosti hrane,

   - potrebama za sigurno rukovanje hranom i o uporabi hrane,

   - specifičnim informacijama za optimalnu uporabu hrane za djecu (vidjeti standarde 1 i 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 136. – 137. str.),

   - odgovarajućim načinima da primatelji dobiju više informacija o programu i postupku podnošenja prigovora (vidjeti Temeljni standard 1, smjernice 4 – 6, na 48 - 49. str.).

8. **Promjene u programu:** O promjenama u košari prehrambenih proizvoda ili na razini obroka uzrokovanim nedovoljnom dostupnošću hrane mora se raspraviti s primateljima preko odbora za distribuciju, vođa zajednice i organizacija koje ih predstavljaju. Smjer aktivnosti treba zajednički razviti prije distribucije. Odbor za distribuciju treba informirati ljude o promjenama, razlozima za njih, a i o tome također kada će biti nastavljena distribucija uobičajnih obroka. Mogu se uzeti u obzir sljedeće opcije:

   - smanjiti obroke svim primateljima (jednaki dijelovi dostupnih roba ili reduciranje košare prehrambenih proizvoda)

   - dati „puni" obrok ranjivim pojedincima i „reducirani" obrok općoj populaciji,

   - kao posljednji izbor može se odgoditi distribucija.

   Ako distribucija planiranog obroka nije moguća, nije nužno ispraviti manjak u sljedećoj distribuciji, (tj. retroaktivna distribucije ne mora nužno biti prikladna).

9. **Monitoring i procjenu** treba provoditi na svim razinama lanca opskrbe i na mjestu potrošnje (vidjeti Temeljni standard 5, na 58. str.). Na točkama distribucije treba provjeriti jesu li uspostavljeni aranžmani za distribuciju prije početka same distribucije (npr. za registraciju, sigurnost, informiranje). Uz intervjue

primatelja treba provoditi nasumična vaganja obroka koje preuzimaju kućanstva kako bi se mjerila točnost i pravičnost upravljanja distribucijom. Nasumični posjeti kućanstvima mogu pomoći da se utvrdi prihvatljivost i korisnost obroka, a također i da se identificiraju ljudi koji ispunjavaju kriterije za odabir, ali ne primaju hranu. Takvi posjeti mogu otkriti prima li se dodatna hrana, odakle dolazi, za što se koristi i od koga dolazi (na primjer, kao rezultat rekvizicije, regrutacije ili iskorištavanja, seksualno ili na drugi način). Kroz 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. Osiguranje hrane i transferi hrane: uporaba hrane

Hrana se sprema, pripravlja i konzumira na siguran i primjeren način u kućanstvima i na razini zajednice.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Zaštititi korisnike od neodgovarajućeg rukovanja hranom ili pripravljanja hrane (vidjeti smjernicu 1).
- Distribuirati relevantne informacije o važnosti higijene hrane koja se tiče hrane primateljima hrane i promovirati dobro razumijevanje higijenske prakse u rukovanju hranom (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Kada se distribuira kuhana hrana, osposobiti osoblje o sigurnom skladištenju i rukovanju hranom, pripravi hrane i potencijalnim zdravstvenim rizicima koji uzrokuju nepravilne prakse (vidjeti smjernicu 1).
- Konzultirati se s (i savjetovati ih gdje je to potrebno) korisnicima o skladištenju, pripravi, kuhanju i konzumiranju hrane koja je distribuirana i implikacijama ciljanog davanja hrane za ranjive ljude i odgovorite na pitanja koja se javljaju (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Osigurati da kućanstva imaju pristup odgovarajućem posuđu, gorivu, vodi za piće i higijenskom materijalu (vidjeti smjernice 1 – 4).
- Osigurati pristup njegovateljima koji mogu pripraviti odgovarajuću hranu i brinuti o prehrani za pojedince koji ne mogu pripravljati hranu ili se ne mogu sami hraniti, gdje je to potrebno (vidjeti smjernicu 5).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Nisu zabilježeni slučajevi zdravstvenih opasnosti zbog distribuirane hrane.
- Podignuti svijest korisnika o dobroj higijeni koja se tiče hrane (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Svo relevantne osoblje mora biti osposobljeno za rukovanje hranom i informirano o opasnostima od nepravilnih praksi (vidjeti smjernicu 1).
- Puni pristup kućanstava odgovarajućim i sigurnim materijalima i opremi za pripravu (vidjeti smjernice 3 – 4).
- Puno prisustvo njegovatelja za sve osobe kojima je potrebna posebne skrbi (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Higijena hrane:** Katastrofe mogu poremetiti normalne higijenske prakse ljudi. Možda će biti potrebno promovirati higijenu koja se tiče hrane i aktivno podržavati mjere sukladno 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 razini kućanstva. Staratelji trebaju dobiti informacije o optimalnoj uporabi resursa kućanstva za prehranu djece i sigurnim metodama za pripravu hrane (vidjeti standarde 1 i 2. Promoviranje higijene, na 78. – 80. str.). Tamo gdje su uspostavljene javne kuhinje da se osigura topli obrok stanovništvu pogođenom katastrofom, potrebno je posebno veliku pozornost posvetiti izboru lokacije kuhinje, uzimajući u obzir uvjete dostupnosti, sigurnosti i čistoće lokacije, dostupnost vode za kuhanje, piće i prostora za jelo.
2. **Izvori informacija:** Potrebni su mehanizmi za razmjenu informacija i prikupljanje povratnih informacija od korisnika, a posebno žena (vidjeti Temeljni standard 1, smjernice 2 i 6, na 48 – 49. str.). Škole i sigurne prostore za učenje treba razmotriti kao pogodne lokacije za distribuiranje instrukcija koje se tiču hrane. Mogu biti potrebni pristupačni formati ili dijagrami za osobe s različitim komunikacijskim potrebama (vidjeti Temeljni standard 1, smjernica 4, na 48. str.).
3. **Gorivo, voda za piće i kućanski predmeti:** Kada je to potrebno, treba dati odgovarajuće gorivo ili uspostaviti program sadnje ili berbe drveća uz praćenje sigurnosti žena i djece, glavnih skupljača drva (za peći i goriva, vidjeti Standard 4. Neprehrambeni artikli, na 236. str.). Za pristup vodi, količini, kvaliteti i objektu, vidjeti standarde 1 – 3. Vodoopskrba, na 83. – 88. str., za pribor za kuhanje i jelo, posude za vodu, vidjeti Standard 3. Neprehrambeni artikli, na 235. str.
4. **Pristup objektima za preradu hrane** kao što su mlinovi za mljevenje žitarica omogućuje ljudima da pripreme hranu po osobnom izboru, a također i uštede vrijeme za druge proizvodne aktivnosti. Prerada hrane na razini kućanstva, kao što je mljevenje, može smanjiti vrijeme i količine vode i goriva potrebne za kuhanje (vidjeti Standard 2. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernica 2, na 157. str.).
5. **Specifične potrebe:** Pojedinci kojima je potrebna pomoć pri hranjenju mogu biti mala djeca, starije osobe, osobe s invaliditetom i osobe koje žive s HIV-om (vidjeti Standard 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 137. str., i Standard 1. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernice 5 – 7, na 158. str.). 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 uzdržavane osobe (npr. roditelje s mentalnim bolestima).

4.2. Osiguranje hrane: transferi novca i bonova

Transferi novca i bonova dvije su 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 temelju robe) ili fiksne novčane vrijednosti (bonovi na temelju vrijednosti). Iako se njihovi ciljevi i način kako su zamišljeni mogu razlikovati, transferi novca i bonova dijele tržišni pristup po kojem korisnici dobivaju kupovnu moć.

Transferi novca i bonova uporabljuju se 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 uporabljen za pokriće tih potreba. Ako je kao potreba identificirana podrška životnim uvjetima ili proizvodnim aktivnostima, tada se očekuje da će se distribuirani novac koristiti za to. Bezuvjetna novčana podrška može biti prikladna na početku hitne situacije. Uslovljena novčana podrška podrazumijeva da primatelj koristi novac za određene namjene (npr. obnovu kuće, osiguranje radne snage, osnivanje i/ili ponovno uspostavljanje odgovarajućih životnih uvjeta i/ili zdravstvenih usluga). Bonovi osiguravaju pristup nizu unaprijed određenih roba (npr. hrana, stoka, sjeme, alati) ili usluga (npr. mlinovi za mljevenje, prijevoz, pristup tržnici ili štandu, bankovni krediti). Bonovi mogu imati ili gotovinsku vrijednost ili robnu vrijednost, kada se koriste u unaprijed odabranim prodavaonicama, kod odabranih prodavača ili pružatelja usluga ili na sajmovima. Programi bonova trebaju koristiti standarde za sektor koji je u pitanju, npr. programi bonova za hranu trebaju poštovati Standarde 1 – 3 i 6. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 154. – 168. str.

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

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

Novac i bonovi smatraju se načinima kojima se osiguravaju osnovne životne potrebe te zaštita i ponovnu uspostavu odgovarajućih životnih uvjeta.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Konzultirati se s korisnicima, predstavnicima zajednice i drugim ključnim zainteresiranim stranama i uključite ih u procjenu, osmišljavanje, implementaciju, praćenje i evaluaciju (vidjeti smjernice 1, 3, 6 –7 i temeljne standarde 1 – 3, na 47. – 52. str.).

- Procijeniti i analizirati mogu li ljudi 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 istih na temelju 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, štetne uporabe i negativnih utjecaja na skupine u nepovoljnom položaju. Posebnu pozornost treba obratiti na sustave usmjeravanja (vidjeti smjernice 4 i 7);
- Vršiti monitoring kako bi procijenili jesu li gotovina i/ili bonovi i dalje najprikladniji za transfer i jesu li potrebna prilagođavanja (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sve ciljane populacije zadovoljavaju neke ili sve svoje osnovne potrebe za hranom i druge potrebe egzistencije (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 ciljane populacije, a posebno kod žena i drugih ranjivih osoba (vidjeti smjernice 3 – 8).
- Transfer nema za posljedicu troškove koji nisu sukladni 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 uporedna procjena treba navesti jesu li novac i/ili bonovi odgovarajući ili ne, i smiju li se koristiti sami ili u kombinaciji sa ostalim vidovima podrške, kao što je pomoć u naturi. Transferi novca i bonova mogu se koristiti u različitim fazama katastrofe. Odgovor bi trebao biti određen ne samo na temelju očekivane efektivnosti i učinkovitosti u ispunjavanju temeljnih potreba korisnika ili ponovnom uspostavljanju odgovarajućih uvjeta život, već i na temelju očekivane niže razine s njim povezanih rizika. Novac i bonovi mogu ponuditi veći izbor i fleksibilnost nego pomoć u naturi, 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 mogu se koristiti na sljedeći način:

   - novčane donacije – uslovljeni ili bezuvjetni 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 sudjelovanjem 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, zadruge, asocijacije, lokalne skupine i korisnici. To će pomoći da se osigura relevantnost i održivost. Izlaznu strategiju treba planirati s ključnim zainteresiranim stranama od njezinog osmišljavanja pa nadalje.

2. **Utjecaj na lokalne ekonomije i tržišne sustave:** Pri procjeni tržišta treba analizirati situaciju prije i nakon katastrofe, kao i konkurentnost i integraciju tržišta da reagira na trenutačne potrebe. Analiza treba pokazati ulogu različitih aktera na tržištu, dostupnost i cijenu robe (sredstva za egzistenciju, materijali za sklonište, hrana i drugo, ovisno o ciljevima), pristup koji ovisi od vremenskih obrazaca koji se ponavljaju, fizički, društveni i ekonomski pristup za različite skupine 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 bolju uporabu mogućnosti postojećih tržišnih aktera. Novac i bonovi koji se koriste kada je kontekst neprimjeren mogu narušiti tržišta i mogu imati negativne efekte kao što su inflacija. Praćenje tržišta je važno da se razumije utjecaj novca i bonova na lokalne ekonomije i ljude.

3. **Mehanizmi za isporuku novca i bonova:** Novac i bonovi mogu se isporučiti preko lokalnih banaka, trgovina, trgovaca, kompanija za lokalni prijenos novca, kompanija za doznake i pošte. Oni se mogu isporučiti fizički ili putem tehnologije poput mobilnog bankarstva i mobilne telefonske mreže. Banke su obično efektivne i učinkovite, 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 konzultacije s primateljima. Pitanja koja treba razmotriti su troškovi za primatelja (bankovne naknade, vrijeme putovanja i troškovi, vrijeme na točkama za preuzimanje), troškovi za organizaciju (naknade i troškovi uspostave pružatelja, vrijeme potrebno da osoblje uspostavi i upravlja sustavom, transport, sigurnost, obrazovanje i obuka primatelja), efektivnost i učinkovitost (pouzdanost, otpornost, odgovornost, transparentnost, monitoring, fleksibilnost, financijska kontrola, financijska 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 s manjom kupovnom moći), uporaba novca i bonova za antisocijalne namjene (npr. alkohol i/ili ovisnost o duhanu) i različit pristup žena i muškaraca novcu u usporedbi s resursima u naturi. Ostala pitanja su ta da transport novca može stvoriti sigurnosne rizike za osoblje za implementaciju i za pogođeno stanovništvo (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.) i da privlačnost novca može otežati odabir primatelja i može povećati rizik od nenamjenskog korištenja ili oduzimanja od strane naoružanih skupina. Međutim, distribucije u naturi također nose rizike (vidjeti standarde 4 – 5. Osiguravanje hrane: transferi hrane, na 161. – 164.). Rizici koji se tiču novca i bonova mogu se svesti na minimum dobrom osmišljenošću programa, temeljitom analizom rizika i dobrim upravljanjem. Odlučivanje treba provesti kroz konzultacije na temelju dokaza: neutemeljeni strahovi ne bi trebali utjecati na planiranje programa.

5. **Određivanje vrijednosti transfera novca ili bonova:** Vrijednost određena za transfer je specifična za kontekst. Proračune treba napraviti u koordinaciji s drugim agencijama i na temelju prioriteta i potreba katastrofom pogođenog stanovništva, cijena ključnih roba za koje se očekuje da će ih se kupiti na lokalnim tržištima, drugoj pomoći koja je bila i/ili će biti pružena, 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 temelju košare prehrambenih proizvoda, odnosno pružanje upošljavanja na temelju dnevnog rada). Fluktuacije cijena mogu smanjiti uspješnost transfera novca i bonova. Fleksibilnost proračuna 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 ovisi o ciljevima programa i lokalnog konteksta. Kombinacija pristupa može biti prikladna, uključujući i pomoć u naturi i sezonske varijacije. Organizacije putem informiranih konzultacija traju saznati što katastrofom pogođeno stanovništvo smatra najprikladnijim oblikom/oblicima transfera (vidjeti standard 2. Osiguranje hrane: životni uvjeti, na 180. str.).
7. **Programi za ciljanje transfera novca i bonova:** Izazovi mogu biti značajni i za robu i usluge u naturi, ali zbog atraktivnosti novca i bonova, potrebna je posebna pozornost kako bi se smanjile pogreške isključenja i uključenja. Do korisnika je moguće doći bilo izravnim odabirom (za katastrofom pogođena kućanstva ili stanovništvo) ili neizravnim odabirom (npr. lokalni trgovci ili pružatelji usluga). Nesigurni uvjeti mogu zahtijevati neizravno usmjeravanje (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.). Spol utječe na odluke o članu kućanstva registriranom da prima novac ili bonove, kao i transfere u naturi (vidjeti Standard 5. Osiguranje hrane: transfer hrane, na 164. str.). Koordinacija sa zainteresiranim stranama, uključujući socijalnu pomoć države i programe socijalne zaštite koji pružaju novčane transfere, ključna je za usmjeravanje (kao i za transfere u naturi).
8. **Monitoring nad transferima novca i bonova:** Potrebni su osnovni podaci, uz monitoring prije, za vrijeme i nakon programa transfera, uzimajući u obzir izravne i neizravne 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 pozitivnih efekata na ekonomiju i promjene cijena. Ključna pitanja su: Što ljudi kupuju s gotovinom i bonovima koji se dijele? Mogu li ljudi sigurno primati i trošiti novac? Koristi li se novac i bonovi nenamjenski? Utječu li žene na to kako se troši novac ili bonovi (vidjeti Temeljni standard 5, na 58. str.).

4.3. Osiguranje hrane: sredstva za egzistenciju

Otpornost 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 financijski kapital (kao što su gotovina, kredit, štednja) i također uključuje fizički (kuće, strojevi), prirodni (zemlja, voda), ljudski (rad, vještine), društveni (mreža, norme) i politički (utjecaj, politika) kapital.

Ključ za one koji proizvode hranu je, imaju li oni pristup zemlji koja može podržavati proizvodnju i imaju li

oni sredstva da nastave sa uzgojem. Ključ za one kojima su potrebni prihodi kako bi dobili hranu je da li oni imaju pristup upošljavanju, tržištu i uslugama. Za ljude pogođene katastrofama prioritet treba biti očuvanje, obnavljanje i razvitak resursa potrebnih za njihovu sigurnost hrane i buduće egzistencije. Dugotrajna politička nestabilnost, nesigurnost i opasnost od sukoba može ozbiljno ograničiti aktivnosti za osiguravanje životnih uvjeta i pristup tržištima. Kućanstva 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 odnose se na primarnu proizvodnju, generiranje prihoda i uposlenost te pristup tržištima, uključujući robe i usluge.

Standard 1. Osiguranje hrane, životni uvjeti: primarna proizvodnja

Primarni mehanizmi proizvodnje su zaštićeni i podržani.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Intervencije podrške primarnoj proizvodnji treba temeljiti na procjeni sredstava za egzistenciju, analizi konteksta i pokazanom razumijevanju održivosti proizvodnih sustava, uključujući pristup i dostupnost potrebnih ulaza, usluga i potražnje na tržištu (vidjeti smjernicu 1).
- Uvesti nove tehnologije samo tamo gdje proizvođači hrane i domaći potrošači razumiju i prihvaćaju njihove implikacije za lokalne sustave proizvodnje, kulturne prakse i prirodni okoliš (vidjeti smjernicu 2).
- Pružiti sredstva za proizvodnju ili novac za kupovinu niza sredstava kako bi se proizvođačima pružila fleksibilnost u osmišljavanju strategija i upravljanju njihovom proizvodnjom i smanjio rizik (vidjeti smjernicu 3).
- Isporučiti sredstva na vrijeme, osigurati da su lokalno prihvatljiva i sukladna odgovarajućim normama kvalitete (vidjeti smjernice 4 – 5).
- Uvesti potrebna sredstva i usluge s pozornošću, da se ne poveća opasnost ili rizik, npr. povećanjem konkurencije za deficitarne prirodne resurse ili oštećenjem postojećih društvenih mreža (vidjeti smjernicu 6);
- Gdje je to moguće i odgovarajuće osposobiti proizvođače hrane o boljim praksama upravljanja (vidjeti smjernice 1 – 2, 5 – 6);
- Kad god je to moguće kupiti sredstva i usluge na lokalnoj razini, osim ako bi to nepovoljno utjecalo na lokalne proizvođače, tržišta ili potrošače (vidjeti smjernicu 7);
- Provoditi redovito praćenje u cilju procijene da li korisnici koriste osigurana sredstva za proizvodnju na odgovarajući način (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sva kućanstva s procijenjenim potrebama imaju pristup potrebnim sredstvima da se zaštiti i ponovno pokrene primarna proizvodnja do razine prije katastrofe, kada je to opravdano, te sukladno poljoprivrednim kalendarom (vidjeti smjernice 1 – 6);
- Sva odabrana kućanstva dobila su novac ili bonove, gdje se smatralo (ili procijenilo) da je to operativno izvedivo i po tržišnoj vrijednosti potrebnih sredstava, dajući tako kućanstvima izbor za opcije osiguravanja 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 odgovarajuće 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 čimbenika, 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, prekomjernog ribarenja ili onečišćenja vode, posebno u peri urbanim područjima;

   - razine vještina i sposobnosti, koje mogu biti ograničene kod ljudi ozbiljno pogođenih bolešću ili ako je obrazovanje i osposobljavanje zabranjeno nekim skupinama;

   - 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.

   Razina proizvodnje prije katastrofe može biti loša i pokušaj da se vrati na nju bi mogao biti u suprotnosti s načelom „nečinjenja štete“ (vidjeti Načelo zaštite 1, na stranici 28).

2. **Tehnološki razvitak:** „Nove“ tehnologije mogu uključiti poboljšane sorte usjeva, stoke ili ribe, nove alate, gnojiva ili inovativne prakse upravljanja. Koliko je to moguće, proizvodnju hrane treba graditi na postojećim obrascima proizvodnje hrane ili ih ojačati i/ili povezati 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 trebale bi biti popraćene odgovarajućim konzultacijama 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 od velike važnosti, ekonomska isplativosti.
3. **Poboljšanje izbora:** Intervencije koje nude proizvođačima veći izbor uključuju gotovinu ili kredit kao 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 osobnom izboru. Podrška proizvodnji treba procijeniti potencijalne implikacije za prehranu, uključujući pristup hrani bogatoj

nutrijentima kroz osobnu proizvodnju ili putem novca osiguranog tom proizvodnjom. Osiguravanjem stočnom hranom tijekom suše može pružiti više koristi za izravnu ljudsku prehranu stočarima nego davanje transfera hrane ljudima. Transfer novca kućanstvima u cilju pružanja pristupa sredstvima za proizvodnju treba se temeljiti na dostupnosti robe na lokalnoj razini, pristupu tržištima i dostupnosti sigurnih i pristupačnih mehanizama prijenosa.

4. **Pravodobnost i prihvatljivost:** Primjeri 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 sredstva za proizvodnju po osobnom izboru. Pružanje sredstva za poljoprivredu i veterinarskih usluga mora se vremenski podudarati s odgovarajućim poljoprivrednim i stočarskim sezonama. Na primjer, opskrba sjemenima i alatom mora prethoditi razdoblju sadnje, a hitno smanjenje zaliha stoke za vrijeme suše treba obaviti prije nego što dođe do povećane smrtnosti stoke, a pribavljanje 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 uporabi, tako da poljoprivrednici mogu koristiti svoje osobne kriterije za uspostavu kvalitete. Usjevi u ponudi trebaju biti oni iz najvišeg prioriteta za nadolazeću sezonu. Specifične vrste trebaju biti odobrene od strane poljoprivrednika i lokalnih ratarskih stručnjaka. Sjemena moraju u najmanju ruku biti prilagođena lokalnoj poljoprivrednoj ekologiji i uvjetima upravljanja poljoprivrednika, moraju biti otporna na bolesti i biti izabrana s obzirom na buduće scenarije klimatskih promjena poput poplava ili suša i porasta razine mora. Sjeme koje je podrijetlom iz zemalja izvan regije 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 sustav uzgoja. Hibridna sjemena mogu biti prikladna tamo gdje su poljoprivrednici upoznati s njima i imaju iskustvo s njihovim uzgojem. To se može utvrditi samo kroz konzultacije sa stanovništvom. Kada se sjemena daju besplatno i poljoprivrednici uzgajaju kukuruz, poljoprivrednici mogu preferirati hibridno sjeme umjesto domaćih sorti, jer je ono inače skupo. Treba poštovati i politike lokalnih vlasti u vezi sa hibridnim sjemenima prije distribucije. Genetski modificirano (GMO) sjeme ne smije se distribuirati, osim ako ga odobre lokalne vlasti. U takvim slučajevima, poljoprivrednici također trebali bi biti svjesni da pomoć sadrži GMO sjeme.

6. **Utjecaj na uvjete života na selu:** Moguće je da primarna proizvodnja hrane neće biti održiva ako postoji manjak vitalnih prirodnih resursa (i može se desiti da ne bude održiva na dulji rok, ako je bila u opadanju prije katastrofe) ili ako postoji nemogućnost pristupa za određene skupine stanovnika (npr. ljudi koji ne posjeduju zemlju). Promocija 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 pozornost kada se pružaju sredstva, bilo u naturi ili novcu, tako da ona ne povećavaju sigurnosne rizike za primatelje ili stvaraju sukobe (vidjeti Standard 2. Osiguranje hrane: životni uvjeti, na 177. str. i Standard 1. Osiguranje hrane: transferi novca i bonova, na 170. str.). Također, besplatno pružanje ulaznih sredstava 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 sustava opskrbe. Za podršku lokalnog privatnog sektora, treba koristiti mehanizme kao što su novac ili bonovi i povezivanje primarnih proizvođača izravno s dobavljačima. U projektiranju takvih sustava treba omogućiti lokalnu kupovinu, a treba uzeti u obzir dostupnost odgovarajućih ulaznih sredstava za proizvodnju i mogućnost dobavljača da povećaju opskrbu, s obzirom na rizik od inflacije (npr. podizanje cijene za predmete za koje vlada nestašica) i kvalitetu ulaznih sredstava. Izravno davanje uvezenih ulaznih sredstava za proizvodnju treba provoditi samo kada lokalne alternative nisu izvodive.

8. **Nadzor nad uporabom:** Mogu se procijeniti pokazatelji procesa i rezultata proizvodnje hrane, prerade i distribucije, npr. površina koja je zasađena, količina sjemena po hektru, prinosi i broj potomstva stoke. Važno je da se utvrdi kako proizvođači koriste ulazna sredstva za proizvodnju, (tj. da se potvrdi da se sjeme zaista sadi i da se alati, gnojiva, mreže i ribolovna oprema koriste sukladno namjeni) 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 kućanstvima, npr. zalihe hrane kućanstva, 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 uporabu tih proizvoda kod kućanstava.

Standard 2. Osiguranje hrane i životnih uvjeta: prihodi i upošljavanja

Tamo gdje su osiguranje prihoda i uposlenost moguće strategije za osiguranje uvjeta za život, žene i muškarci imaju jednak pristup odgovarajućim mogućnostima za zaradu.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Temeljiti odluke o aktivnostima proizvodnje prihoda na procjeni tržišta i na adekvatnoj participativnoj analizi sposobnosti kućanstava da se uključe u aktivnosti (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Temeljiti vrste naknada (gotovina, bonovi, hrana ili kombinacija istih) na dobroj analizi lokalnih kapaciteta, neposrednih potreba, tržišnih sustava i preferencija katastrofom pogođenog stanovništva (vidjeti smjernicu 3).
- Temeljiti razinu naknada na potrebama, ciljevima za obnovu uvjeta za život i lokalnim cijenama rada (vidjeti smjernicu 4).
- Provoditi postupke da se osigura da je uspostavljeno zaštićeno i sigurno radno okruženje (vidjeti smjernicu 5).
- Poduzeti mjere kako bi se izbjeglo nenamjensko korištenje i/ili nesigurnost kada su u pitanju velike sume novca (vidjeti smjernicu 6).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Svi koji su u mogućnosti stvaraju prihode kroz svoje aktivnosti i doprinose ispunjavanju svojih temeljnih i drugih egzistencijalnih potreba.
- Intervencije koje pružaju mogućnosti upošljavanja su jednako dostupne ženama i muškarcima i ne utječu negativno na domaće tržište i nemaju negativan utjecaj na normalne aktivnosti koje se tiču životnih uvjeta (vidjeti smjernicu 7).
- Ljudi su svjesni i razumiju da naknada doprinosi sigurnosti hrane za sve članove kućanstva jednako (vidjeti smjernicu 8).

Smjernice

1. **Prikladnost inicijativa:** Analiza tržišta je temelj za opravdanje i definiranje aktivnosti. Treba koristiti postojeće alate za razumijevanje tržišta i ekonomskih sustava (vidjeti više o tržištu u dijelu Reference i dodatna literatura). Trebalo bi maksimalno koristiti lokalne ljudske resurse u izradi projekta i utvrđivanju odgovarajućih aktivnosti. Alternative za određene skupine (kao što su trudnice, osobe s invaliditetom ili starije osobe) treba raspravljati unutar ciljane skupine. Tamo gdje postoji veliki broj raseljenih osoba (izbjeglica ili interno raseljenih osoba), trebalo bi razmotriti mogućnosti da se osiguraju radna mjesta za vještine raseljenih osoba i domaćina. Pri izboru lokacija za takve aktivnosti treba uzeti u obzir opasnost od napada, sigurnosne rizike (kao što su minirana područja) i ekološki neodgovarajuća područja (npr. zemljište koje je kontaminirano ili zagađeno, sklono slijeganju ili poplavama, ili pretjerano strmo) (vidjeti načela zaštite 1 – 3, na 28. – 32. str.)..
2. **Transferi prihoda kućanstvima s ograničenim kapacitetima za sudjelovanje:** Iako će mnoga kućanstva moći iskoristiti upošljavanje i aktivnosti za proizvodnju prihoda, efekti katastrofe nekim kućanstvima mogu onemogućiti da iskoriste te mogućnosti, ili razdoblje do primanja odgovarajućih prihoda može biti predugo. U takvim slučajevima, za takva kućanstva treba uzeti u obzir mjere posebne pomoći (safety net), poput bezuvjetnih transfera gotovine i/ili hrane, s planom za povezivanje s postojećim sustavima socijalne skrbi ili za zagovaranje nove posebne pomoći za njih gdje je to potrebno.
3. **Vrsta naknade:** Naknada može biti u novcu ili u hrani ili kombinirana i treba omogućiti kućanstvima s nesigurnom opskrbom hrane da zadovolje svoje potrebe. Umjesto plaćanja za radove u zajednici, naknada može biti u obliku poticaja da se pomogne ljudima da poduzmu zadatke od izravne korist 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 obveze). O vrsti i razini naknada treba odlučiti od slučaja do slučaja, uzimajući u obzir čimbenike navedene iznad, dostupnost novca i hrane i mogući utjecaj na lokalna tržišta rada.
4. **Plaćanja:** Nema univerzalno prihvaćenih smjernica za postavljanje razina 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 sudjelovanje 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 podmirivanje osnovnih javnih usluga.

5. **Rizici u radnom okruženju:** Treba izbjegavati radno okruženje visokog rizika putem praktičnih postupaka za smanjenje rizika ili liječenje povreda, npr. informativni sastanci, 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, distribuciju lampi, uporaba sustava ranog upozorenja (koji mogu koristiti zvona, zviždaljke, radio i druge uređaje) i sigurnosne standarde, kao što su putovanja u skupinama ili izbjegavanje putovanja po noći. Posebnu pozornost 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 sustavima ranog upozoravanja (vidjeti Načela zaštite 1 i 3, na 28 – 32. str.).

6. **Opasnost od nesigurnosti i nenamjenske uporabe sredstava:** Predaja resursa u obliku hrane ili novca za rad (npr. kredita ili plaćanja za obavljeni rad) dovodi do sigurnosnih problema za osoblje programa i primatelje (vidjeti Standard 5. Osiguranje hrane: transferi hrane, smjernica 6, na 166. str. i Standard 1. Osiguranje hrane: transfer novca i bonova , smjernica 4, na 172. str.).

7. **Odgovornosti za životne uvjete:** Sudjelovanje u mogućnostima stjecanja dohotka ne bi trebalo ugroziti djecu ili druge oblike odgovornosti, jer to može povećati rizik od pothranjenosti i druge zdravstvene rizike. Može biti potrebno da programi uzmu u obzir upošljavanje pružatelja usluga njege ili sredstva za pružanje njege. Može biti neprikladno uvesti veći obujam posla u živote ljudi, a posebno žena. Programi ne bi trebali negativno utjecati na pristup drugim mogućnostima, poput drugog uposlenja ili obrazovanja, ili preusmjeravati resurse kućanstva iz proizvodnih aktivnosti koje već postoje. Sudjelovanje u stvaranju prihoda treba poštovati nacionalne zakone koji propisuju minimalnu dob za prijam u radni odnos, a ona obično nije niža od dobi za završavanje obveznog školovanja.

8. **Uporaba naknada:** Fer naknade znače da prihodi koji se proizvode doprinose značajan dio sredstava potrebnih za osiguranje hrane. Mora se razumjeti upravljanje novcem u kućanstvu ili upravljanje transferima hrane (uključujući i distribuciju unutar kućanstva i distribuciju krajnjim korisnicima), jer način na koji su distribuirani može pogoršati ili smanjiti postojeće napetosti i drukčije utjecati na osiguranje hrane članova kućanstva. Intervencije koje stvaraju dohodak i uposlenost često imaju više ciljeva koji se tiču osiguranja hrane, uključujući i resurse na razini društva koji utječu na osiguranje hrane. Na primjer, popravak puteva može poboljšati pristup tržištima i pristup zdravstvenoj njezi, dok popravak ili gradnja sustava za vodu, žetvu i navodnjavanje može poboljšati produktivnost.

Standard 3. Osiguranje hrane i životnih uvjeta: pristup tržištima

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

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Zaštititi i pojačati pristup tržištima rada povoljnim za proizvođače, potrošače i prodavače (vidjeti smjernicu 1);
- Temeljiti intervencije koje se tiču osiguranja hrane i uvjeta života na dokazima potkrijepljenim sa znanjima funkcioniraju li lokalna tržišta ili su poremećena, kao i na njihovom potencijalu za jačanje (vidjeti smjernicu 2);
- Temeljiti zagovaranje poboljšanja i politike promjena zasnovano na analizi tržišta provedenoj prije svake intervencije (vidjeti smjernicu 3);
- Poduzeti korake za promociju 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 pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Intervencije su osmišljene kao podrška oporavku tržišta, bilo putem izravne intervencije ili putem promocije lokalnih prodavača putem programa novca i/ili bonova.
- Sve skupine odabranog stanovništva imaju siguran i potpun pristup tržištu roba, usluga i sustava tijekom trajanja programa.

Smjernice

1. **Ponuda i potražnja na tržištu:** Ekonomski pristup tržištima je pod utjecajem kupovne moći, tržišnih cijena i dostupnosti. Dostupnost ovisi 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 čimbenika, koji ograničavaju pristup određenim skupinama kao što su manjine.

2. **Analiza tržišta:** Treba voditi računa o tome da se svim pogođenom stanovništvu omogući pristup tržištima koja funkcioniraju, uključujući i ranjive skupine. Djelovanje koje se zasniva na distribuciji vaučera ili novca, distribuciji hrane ili osiguranjem bilo kojeg drugog oblika pomoći zahtijeva temeljitu analizu tržišta za nabavku neophodnih artikala. Lokalni otkup viškova će podržati lokalne proizvođače, ali nepovoljni utjecaji također trebaju biti identificirani. Uvoz će vjerojatno smanjiti lokalne cijene (vidjeti Standard 1. Procjena osiguranja hrane i prehrane, smjernica 7, na 132. str.).
3. **Zagovaranje:** Tržišta djeluju u širim nacionalnim i globalnim ekonomijama, koje utječu na uvjete lokalnih tržišta. Na primjer, vladine politike, uključujući politike cijene i trgovine, utječu na pristup i dostupnost. Iako su aktivnosti na ovoj razini izvan dosega djelovanja u situacijama katastrofa, te čimbenike treba analizirati jer može doći do prilike za zajednički pristup organizacija ili da se zagovaraju poboljšanja kod vlade i drugih organizacija (vidjeti Načelo zaštite 3, na 32. str.). .
4. **Ranjive osobe:** Treba provesti analizu ranjivosti kako bi se identificirali ljudi koji imaju ograničen pristup tržištima i prilikama za osiguravanje sredstava za egzistenciju. Osobe s invaliditetom, ljudi koji žive s 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, uvezena hrana može smanjiti cijene i djelovati kao obeshrabrenje za lokalnu proizvodnju hrane, što potencijalno povećava nesigurnost hrane. Pružanje novca može imati pozitivne višestruke učinke u lokalnim ekonomijama, ali može također uzrokovati lokalnu inflaciju za ključne robe. Oni koji su odgovorni za nabavu trebaju pratiti te učinke i uzeti ih u obzir. Distribucija hrane također može utjecati na kupovnu moć korisnika, budući da je to oblik transfera prihoda. Neke robe lakše se mogu prodati za bolju cijenu od drugih, npr. nafta u odnosu na kašastu hranu. „Kupovna moć" povezana s podijeljenom hranom ili košarom prehrambenih proizvoda utjecat će na to hoće li se ta hrana jesti ili će je kućanstvo koje je korisnik iste prodati. Razumijevanje prodaje i kupovine unutar kućanstva važno je za određivanje šireg utjecaja programa za distribuciju hrane.
6. **Nenormalno visoke sezonske promjene cijene** 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 zalihe u hrani i umjesto toga ovise o malim ali čestim kupovinama. Dakle, oni su prisiljeni kupiti nešto čak i kada su cijene visoke (npr. tijekom suše). Primjeri intervencija koje mogu minimizirati ove učinke uključuju poboljšane sustave transporta i skladištenja, diversifikaciju proizvodnje hrane i transfere novca ili hrane u kritičnim vremenima. .

Dodatak 1.

Kontrolni popis pitanja za procjenu osiguranja hrane i životnih uvjeta

Procjene osiguranja hrane često široko kategoriziraju pogođeno stanovništvo u grupacije po životnim uvjetima, prema njihovim izvorima i strategijama za pribavljanje prihoda ili hrane. Ovo također može uključivati analizu stanovništva prema bogatstvu skupina ili slojeva. Važno je usporediti prevladavajuću situaciju s povijesti osiguranja hrane prije katastrofe. Takozvana "prosječna normalna godina" može se smatrati za nulto stanje. Treba uzeti u obzir specifične uloge i ranjivosti žena i muškaraca, kao i implikacije za sigurnost hrane u kućanstvu. Sljedeći kontrolni popis pitanja pokriva široka područja koja se obično razmatraju u procjeni osiguranja hrane.

1. Osiguranje hrane za skupine po životnim uvjetima

- Postoje li skupine među stanovništvom koje dijele iste strategije osiguranja uvjeta za život? Kako se one mogu kategorizirati sukladno njihovim glavnim izvorima hrane ili prihoda?

2. Osiguranje hrane prije katastrofe (nulto stanje)

- Kako su različite skupine po životnim uvjetima pribavljale hranu ili prihode prije katastrofe? Što 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.
- Ako se osvrnete na proteklih pet ili deset godina, koliko je osiguranje hrane variralo iz godine u godinu? Može biti korisno kreirati dijagram kroz vrijeme ili povijest dobrih i loših godina.
- Kakva imovina, štednja ili druge rezerve su u vlasništvu različitih skupina po životnim uvjetima (npr. zalihe hrane, novčane uštede, stoka, ulaganja, krediti, nevraćen dug itd.)?
- Što uključuju izdaci kućanstava tijekom razdoblja od jednog tjedna ili mjesec dana, i koliki udio se troši na svaku stavku?
- Tko je odgovoran za upravljanje gotovinom u kućanstvu i na što 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. Osiguranje hrane tijekom katastrofe

- Kako je katastrofa utjecala na različite izvore hrane i prihoda za svaku od identificiranih skupina po životnim uvjetima?
- Kako je katastrofa utjecala na uobičajene sezonske obrasce osiguranja hrane koji se tiču vremenskih uvjeta koji se sezonski ponavljaju za različite skupine?
- Kako je katastrofa utjecala na pristup tržištima, tržišnu dostupnost i cijene osnovnih roba?
- Koje su različite strategije suočavanja s problemima za različite skupine po životnim uvjetima i koliki je udio ljudi koji su sudjelovali u njima?
- Kako se to promijenilo u usporedbi sa situacijom prije katastrofe?
- Na koju skupinu ili populaciju je katastrofa najviše utjecala?
- Koji su kratkoročni i srednjoročni učinci strategije suočavanja s problemima na financijsku i drugu imovinu ljudi?
- Koji su učinci strategije suočavanja s problemima na zdravlje, opće blagostanje i dostojanstvo za sve skupine ovisno od životnih uvjeta i sve ranjive ljude? Postoje li rizici povezani sa strategijama suočavanja s problemima?

Dodatak 2.

Kontrolni popis pitanja za procjenu sigurnosti sjemena

U nastavku su primjeri pitanja za procjenu sigurnosti sjemena.

1. Prije katastrofe (nulto stanje)

- Koji su najvažniji usjevi poljoprivrednika? Za što ih oni koriste za potrošnju, prihode ili oboje? Uzgajaju li se ovi usjevi svake sezone? Koji manje važni usjevi mogu postati važni u vrijeme katastrofe?
- Kako poljoprivrednici obično dobivaju sjeme ili drugi sadni materijal za te usjeve? Uzeti u obzir sve kanale.
- Koji su parametri sjetve za svaki važniji usjev? Koja je prosječna zasađena 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?
- Koje su proizvodne upute od esencijalnog značaja za pojedine vrste usjeva ili sorti?
- Tko je u kućanstvu 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 s gledišta korisnika?
- Jesu li poljoprivrednici uvjereni da je situacija sada stabilna i dovoljno sigurna da mogu uspješno kultivirati, žeti i prodati ili konzumirati usjeve?
- Imaju li oni dovoljno pristupa poljima i drugim sredstvima za proizvodnju (stajsko gnojivo, dodaci, životinje za vuču)?
- Jesu li se spremni ponovno angažirati u poljoprivredi?

3. Procjena ponude i potražnje sjemena: domaće zalihe

- Jesu li na raspolaganju odgovarajuće količine domaćeg proizvedenog sjemena za sjetvu? To uključuje i sjeme iz osobne žetve poljoprivrednika i sjeme koje je potencijalno dostupno putem društvenih mreža (npr. susjeda).

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

4. Procjena ponude i potražnje sjemena: lokalna tržišta

- Funkcioniraju li tržišta općenito 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 tijekom prethodnih sezona?
- Jesu li usjevi i sorte koje poljoprivrednici mogu pronaći na tržištu pogodni za uzgoj?
- Mogu li se trenutačne tržišne cijene sjemena ili zrna usporediti s cijenama u isto vrijeme u prethodnim sezonama? Ako postoji razlika u cijeni, je li vjerojatno da će to biti problem za poljoprivrednike?

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

- Jesu li usjevi i sorte koje se nude iz formalnog sektora prilagođene pojedinim ugroženim područjima? 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.

Kontrolni popis pitanja za procjenu prehrane

U nastavku su primjeri pitanja za procjene koje se tiču temeljnih uzroka pothranjenosti, razina rizika prehrane i mogućnosti za intervenciju. Pitanja se temelje na konceptualnom okviru uzroka pothranjenosti (vidjeti 126. str.). Informacije će vjerojatno biti na raspolaganju iz raznih izvora, a prikupljanje će zahtijevati različite alate za procjenu, uključujući i intervjue s ključnim informatorima, promatranje i pregled sekundarnih podataka (vidjeti također temeljne standarde 1, 3 – 4, na stranicama 47–55).

Situacija prije katastrofe

Koje informacije već postoje o prirodi, obujmu i uzroku pothranjenosti kod pogođenog stanovništva? vidjeti Standard 2. Procjena osiguranja hrane i prehrane, na stranici 133.

Trenutni rizik od pothranjenosti

1. Rizik od pothranjenosti se odnosi na smanjeni pristup hrani– vidjeti Dodatak 1: Kontrolni popisi pitanja za procjenu osiguranja hrane i životnih uvjeta.
2. Rizik pojave pothranjenosti u svezi hranjenja dojenčadi i male djece i praksom njege:

   - Ima li promjena u radu i socijalnim obrascima (npr. zbog migracije, raseljavanja ili oružanog sukoba), koja znači da su se uloge i odgovornosti u kućanstvu promijenile?

   - Ima li promjena u normalnom sastavu kućanstva? 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.?

   - Postoje li neka djeca koja nisu dojena? Postoje li djeca koja se hrane vještačkom hranom?

   - Ima li bilo kakvih sumnji o opadanju prakse prehrane djece u hitnim situacijama, a posebno trend u opadanju započinjanja dojenja ili stope isključivog dojenja, bilo kakvog povećanja stope davanja vještačke hrane i/ili povećanja udjela djece koja nisu dojena?

   - Je li dostupna dopunska hrana i sredstva za higijensku pripravu koja su sukladna uzrastu, 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 dude, bilo kao donacija ili kroz kupovinu?

- Jesu li u pastoralnim sredinama stada bila mnogo daleko od male djece? Je li se pristup mlijeku promijenio u odnosu na normalni?

- Jesu li HIV i AIDS utjecali na prakse njege na razini kućanstva?

3. Rizik pojave pothranjenosti koji se odnosi na loše javno zdravlje (vidjeti poglavlje Zdravlje, na stranici 249):

   - Ima li kakvih izvješća o izbijanju bolesti koje mogu utjecati na nutritivni status, poput ospica ili akutne dijareje? Postoji li rizik da će se dogoditi ove epidemije? (vidjeti standarde 1 – 3. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti, na stranicama 270–273.)

   - Kakva je procijenjena pokrivenost cjepivima protiv ospica kod pogođenog stanovništva? (vidjeti Standard 1 Temeljne zdravstvene usluge zdravlje djece, na 278. str.)

   - Daje li se vitamin A rutinski nakon cjepiva protiv ospica? Kakva je procijenjena pokrivenost s dopunskim vitaminom A?

   - Ima li ikakvih procjena stope smrtnosti (bilo to gruba ili precizna procjena)? Kakve su procjene i koja se metoda koristila? (vidjeti Standard 1 Temeljne zdravstve usluge , na 267. str.).

   - Ima li, ili će biti, značajnog pada temperature okoline koji će vjerojatno 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?

   - Jesu li ljudi bili u vodi ili imali mokru odjeću ili bili izloženi drugim teškim uvjetima, dulje razdoblje?

4. Koje su postojeće formalne i neformalne lokalne strukture kroz koje se potencijalne intervencije mogu usmjeriti?

   - Koji je kapacitet ministarstva zdravstva, vjerskih organizacija, skupina za podršku u zajednici, skupina 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 intervencije i programi za prehranu koji se provode ili planiraju kao reakcija na trenutačnu situaciju?

Dodatak 4.

Mjerenje akutne neishranjenosti

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

- Poduzeta temeljita kontekstualna analiza situacije, uključujući analizu uzroka pothranjenosti; samo ako rezultati analize sugeriraju da nutritivni status male djece ne odražava nutritivni status opće populacije, tada treba razmotriti istraživanje prehrane za drugu dobnu skupinu.
- Dostupna je tehnička ekspertiza kako bi se osigurala visoka kvaliteta prikupljanja podataka, odgovarajuća analiza i ispravan prikaz i tumačenje rezultata.
- Uzeti su u obzir resursi i/ili oportunitetni troškovi uključivanja i ostalih dobnih skupina u istraživanje.
- Formulirani su jasni i dobro dokumentirani ciljevi istraživanja.

Dojenčad mlađa od 6 mjeseci

Dok je u tijeku istraživanje za ovu dobnu skupinu, temelj dokaza za procjenu i upravljanje je trenutačno ograničen. Većina smjernica preporučuju iste antropometrijske definicije za slučajeve akutne pothranjenosti dojenčadi, kao i za stariju djecu u dobi od 6 do 59 mjeseci (osim za obujam sredine nadlaktice (eng. mid upper arm circumference – MUAC), koji se trenutačno ne preporuča za djecu mlađu od 6 mjeseci). Uvjeti prijama fokusiraju se na trenutnu veličinu, a ne procjenu rasta. Prebacivanje s referenci rasta NCHS-a na standarde rasta Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2006. dovodi do više slučajeva novorođenčadi mlađe od 6 mjeseci koja gube na težini. Implikacije ove promjene treba promatrati i rješavati. Potencijalne posljedice su da se više dojenčadi uključuje u programe prehrane ili skrbnici pokazuju interes za adekvatnost isključivog dojenja. Važno je procijeniti i uzeti u obzir sljedeće:

- duljinski rast dojenčadi, tj. je li stopa rasta dobra unatoč 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 bilo kakve medicinske komplikacije ili bolesti koje se mogu liječiti ili koje dojenče izlažu riziku?

- majčinski čimbenici, npr. ima li majka podršku obitelji i je li depresivna? Prijam u bolničku njegu za terapijske programe prehrane treba biti prioritet za dojenčad izloženu velikom riziku.

Djeca uzrasta 6–59 mjeseci

Tablica u nastavku prikazuje najčešće korištenje pokazatelje različitih stupnjava pothranjenosti među djecom uzrasta od 6 do 59 mjeseci. Indeks težine po visini (eng. weight for height – WFH) treba izračunati pomoću krivulje rasta za djecu Svjetske zdravstvene organizacije iz 2006. godine. Ocjena WFH Z (prema standardima Svjetske zdravstvene organizacije) je preferirani pokazatelj za izvještavanje o istraživanju antropometrijskih rezultata. MUAC je neovisan kriterij za akutnu pothranjenost i jedan je od najboljih prediktora smrtnosti. Prevalencija niskog MUAC također se analizira u istraživanjima za predviđanje količine slučajeva za dodatno hranjenje i programa terapijske njege. Prelazne točke koje su najčešće korištene su <11,5 cm za tešku akutnu pothranjenost i 11,5 - <12,5 cm za umjerenu akutnu pothranjenost. Također često se koristi s većom prijelaznom točkom, kao dio procesa pregleda u dvije faze. Ovo ne bi trebalo koristiti samo u antropometrijskim istraživanjima, već se može koristiti kao jedini kriterij za prijam za programe prehrane.

	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. godine preporučuje se kako bi se utvrdio status prehranjenosti djece uzrasta od 5 do 19 godina. Ove krive referentnih podataka rasta su rekonstrukcija NCHS/WHO reference iz 1977. i usko su usklađene sa standardima Svjetske zdravstvene organizacije o razvitku djece za djecu uzrasta od 6 do 59 mjeseci i preporučenih prijelaznih točaka za odrasle. Uporaba MUAC-a kod starije djece i adolescenata, a posebno u kontekstu HIV-a može se uzeti u obzir. Pošto je ovo tehničko područje u razvitku, 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 točke kod teške akutne pothranjenosti mogle biti manje od indeksa tjelesne mase (BMI) od 16, a i manje od 18,5 za blagu i umjerenu akutnu pothranjenost. Istraživanja pothranjenosti odraslih trebala bi imati za svrhu prikupiti podatke o težini, visini, visini kod sjedenja i mjerenja MUAC-a. Ovi podaci mogu se koristiti za izračun BMI-a. BMI treba prilagoditi za Cormicov indeks (odnos visine kod sjedenja i stojanja) samo da bi se napravila poređenja između skupina stanovnika. Takva prilagođavanja mogu bitno promijeniti očitu prevalenciju pothranjenosti kod 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 temeljiti samo na mjerenjima MUAC-a. Budući da je tumačenje antropometrijskih rezultata komplicirano

zbog nedostatka validnih funkcionalnih podataka o ishodima i mjerila za utvrđivanje značenja rezultata, takvi rezultati moraju se tumačiti zajedno s detaljnim kontekstualnim informacijama. Smjernice za procjenu mogu se naći u dijelu Reference i dodatna literatura. Pri pregledima pojedinaca za prijem na prehrambenu njegu i otpuštenje s njege, kriterij bi trebao uključivati kombinaciju antropometrijskih pokazatelja, kliničke znakove (posebno slabost, nedavni gubitak težine) i društvene čimbenike (pristup hrani, prisutnost njegovatelja, skloništa itd.). Imati na umu da edem kod odraslih može biti uzrokovan različitim razlozima osim razloga pothranjenosti, a liječnici trebaju procijeniti edem kod odraslih i isključiti druge uzroke. Pojedine organizacije trebaju odlučiti o pokazatelju za određivanje kvalificiranosti za njegu, uzimajući u obzir poznate nedostatke BMI-a i nedostatak informacija o MUAC-u i programske implikacije njihove uporabe. Budući da je ovo tehničko područje u razvitku, 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 hranjenja. S obzirom na njihove dodatne prehrambene potrebe, trudnice mogu biti izložene većem riziku u odnosu na druge populacijske skupine. MUAC se ne mijenja značajno tijekom trudnoće. Za MUAC <20, 7 cm (teški rizik) i <23 cm (umjeren rizik) pokazalo se da nose rizik od usporavanja rasta fetusa. Predložene prijelazne točke za rizik variraju od zemlje do zemlje i kreću se od 21 cm do 23 cm. Manje od 21 cm predloženo je kao prikladna prijelazna točka za selekciju žena u opasnosti tijekom hitnih situacija.

Stariji ljudi

Trenutačno ne postoji dogovorena definicija pothranjenosti kod starijih osoba, a ove skupine mogu biti u opasnosti od pothranjenosti u hitnim situacijama. Svjetska zdravstvena organizacija predlaže da BMI pragovi za odrasle mogu biti prikladni za starije osobe u dobi od 60 do 69 godina i više. Međutim, točnost mjerenja problematična je zbog zakrivljenosti leđa (pognutost) i kompresije pršljenova. Obujam ili poluobujam ruke može se koristiti umjesto visine, ali čimbenik množenja za izračun visine varira ovisno od skupine stanovnika. Potrebna je vizualna procjena. MUAC može biti koristan alat za mjerenje pothranjenosti kod starijih ljudi, ali istraživanja o prikladnim prijelaznim točkama trenutačno su još uvijek u tijeku.

Osobe s invaliditetom

Trenutačno nema smjernica za mjerenje pothranjenosti kod osoba s tjelesnim invaliditetom i zato su one često isključene iz antropometrijskih mjerenja. Potrebna je vizualna 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 duljinu, obujam i poluobujam ruke ili duljinu potkoljenice. Potrebno je konzultirati najnovija istraživanja kako bi se utvrdio najprimjereniji način mjerenja za osobe s invaliditetom za koje standardna mjerenja težine, visine i mjerenje MUAC nisu prikladna. .

Dodatak 5.

Mjerenja značaja nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje

Tamo gdje se otkriju klinički nedostaci mikronutrijenata, iste bi trebalo hitno liječiti na individualnoj osnovi. Pojedinačni slučajevi kliničkog nedostatka mikronutrijenata su obično pokazatelji temeljnog problema nedostatka mikronutrijenata na razini cjelokupnog stanovništva. Mjerenje i klasifikacija nedostataka mikronutrijenata na razini cjelokupnog stanovništva važno je za planiranje i nadzor nad intervencijom.

Biokemijski testovi imaju prednost pružiti objektivne mjere statusa mikronutrijenata. Međutim, prikupljanje bioloških uzoraka za ispitivanje često predstavlja izazove kod logistike, obuke osoblja, hladni lanac, a ponekad i prihvatljivosti izazova. Biokemijska mjerenja također nisu uvijek tako jasno korisna, odnosno osjetljiva su i specifična, što se može i pretpostaviti. Također, mogu postojati varijacije ovisno od doba dana kada je uzorak uzet, godišnjeg doba, kao i od akutne pothranjenosti. Dobra kontrola kvalitete važna je i treba je uvijek uzeti u obzir pri odabiru laboratorija za ispitivanje uzoraka.

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 koristi za isporuku mikronutrijenata ugroženom stanovništvu.

Tablica u nastavku prikazuje klasifikaciju važnosti odabranih nedostataka mikronutrijenata za javno zdravlje korištenjem različitih pokazatelja.

Indikator nedostatka mikronutrijenata	Preporučena starosna skupina za istraživanje prevalencije	Definicija problema za javno zdravlje	
		Ozbiljnost	Prevalencija (%)
Nedostatak vitamina A			
Noćna sljepoća (XN)	24–71 mjeseci	blago	> 0 – < 1
		umjereno	≥1 – < 5
		teško	≥ 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
		težak	≥ 20
Nedostatak joda			
Gušavost (vidljiva + opipljiva)	Djeca školske dobi	blaga	5.0 – 19.9
		umjerena	20.0 – 29.9
		teška	≥ 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	Preporučen starosna skupina 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
Beriberi[1]			
Klinički znakovi	Cjelokupno stanovništvo	blag	≥ 1 case & <1%
		umjeren	1 – 4
		ozbiljan	≥ 5
Prehrambeni unos (<0,33 mg/1000 kcal)	Cjelokupno stanovništvo	blag	≥ 5
		umjeren	5 – 19
		ozbiljan	20 – 49
Smrtnost dojenčadi	Dojenčad 2–5 mjeseci	blaga	Nema povećanja stope
		umjerena	Blago procentualno povećanja
		ozbiljana	Značajno procentualno povećanja
Pelagra[1]			
Klinički znakovi (dermatitis) u istraživanoj starosnoj grupi	Cjelokupno stanovništvo ili žene > 15 godina	blaga	≥ 1 case & <1%
		umjerena	1 – 4
		teška	≥ 5
Dijetetski unos ekvivalenata niacina <5 mg/dan	Cjelokupno stanovništvo ili žene> 15 godina	blaga	5 – 19
		umjerena	20 – 49
		teška	≥ 50
Skorbut[1]			
Klinički znakovi	Cijekuno stanovništvo	blagi	≥ 1 case &< 1%
		umjereni	1 – 4
		teški	≥ 5

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

Dodatak 6.

Prehrambene potrebe

Sljedeći podaci mogu se koristiti za svrhe planiranja u početnoj fazi katastrofe. Minimalni zahtjevi za nutrijente navedeni u tablici na sljedećoj stranici bi trebali biti uporabljeni za procjenu adekvatnosti općih obroka namijenjenih stanovništvu. Zahtjevi se izračunavaju na temelju pretpostavljenog demografskog profila, pretpostavki o temperaturi okoline i razini 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 skupine ljudi, kao što su osobe koje pate od tuberkuloze ili osobe koje žive s HIV-om.

Postoje dvije važne točke za razmatranje prije zadovoljavanja potreba navedenih ispod. Prvo, te minimalne potrebe za prosječnu skupinu stanovništva uključuju potrebe svih starosnih skupina, dane skupine i oba spola. One se, dakle, ne odnose na bilo koju populacijsku skupinu određenu po dobi ili spolu i ne smiju se koristiti kao potrebe za pojedince. Drugo, prehrambeni zahtjevi temelje se na profilu skupine stanovnika.

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 uporabljeno za sve proračune potrebe za vitamine i minerale, osim bakra, jer potrebe ovog minerala nisu bile uključene u FAO/WHO (2004). Potrebe za bakar su uzete iz WHO (1996.), elemenati u tragovima u ljudskoj prehrani i zdravlju.

Sljedeća tablica daje pokazatelj prosječne strukture globalne populacije raščlanjen prema starosti. Međutim, važno je imati na umu da je ovo specifično za kontekst i može se značajno razlikovati. Na primjer, u nekim ruralnim sredinama, migracija srednje generacije je rezultirala u neproporcionalno visokim brojem starijih ljudi koji vode računa o djeci.

Skupina	% 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
Više od 65 godina žene	2,62
Više od 65 godina muškarci	2,18
Trudnice	2,40
Dojilje	2,60

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

Energetske potrebe stanovništva treba prilagoditi za sljedeće čimbenike:

- demografska struktura stanovništva, a posebno procenat onih ispod 5 godina starosti, a i procenat žena,

- srednja tjelesna težina odraslih i stvarna, uobičajena ili poželjna tjelesna težina,

- razina aktivnosti za održavanje produktivnog života, tj. potrebe će se povećati ako razina 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 prehranjeno i ima dodatne zahtjeve za nadoknađivanje rasta. Prevalencija HIV-a i AIDS-a mogu utjecati na potrebe prosječne populacije(vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: transferi hrane, na 154. str.). Je li potrebno prilagoditi opće obroke kako bi se zadovoljile, ove potrebe će ovisiti od kontekstualne analize i aktualnih međunarodnih preporuka.

Ako nije moguće dobiti ovu vrstu informacija iz procjene, podaci u gornjoj tablici trebaju biti uporabljeni 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.ennonline.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 osiguranja 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.

Konzumacija 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 sustavi za prehranu i osiguranje 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.ennonline.net/resources.

Prehrana dojenčadi i djece

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife.

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. **www.ennonline.net/ife** IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.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.ennonline.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 recommendationsfor infant feeding inthe 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 opskrbe i kvaliteta i osiguranje 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, incollaboration 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 svezi s 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 Xeropthalmia. 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 kućanski predmet

Oba dijela pružaju opće standarde za uporabu u bilo kojem od nekoliko scenarija intervencija za raseljeno i neraseljeno stanovništvo, uključujući privremeno ili prijelazno sklonište za individualna kućanstva koja borave na izvornim lokacijama, ili povratak u popravljene stanove, privremeni smještaj s obiteljima 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. Načela zaštite i temeljni standardi konzistentno koriste se ovim poglavljem. Iako su prvotno namijenjeni pružanju informacija za humanitarne intervencije kod katastrofa, minimalni standardi „također" mogu se uzeti u obzir tijekom pripravljenosti za katastrofe i u prijelazu na aktivnosti za oporavak i obnovu.

Svaki dio sadrži sljedeće:

- minimalni standardi: Oni su kvalitativne prirode i određuju minimalne razine koje treba ostvariti u humanitarnim intervencijama u svezi s pružanjem skloništa.
- ključne aktivnosti: One su predložene aktivnosti i ulazne informacije kako bi se zadovoljili standardi.
- ključni pokazatelji: To su „signali" koji pokazuju je li standard postignut. Oni pružaju način mjerenja i uspoređivanja procese i rezultate ključnih aktivnosti i odnose se na minimalni standard, a ne na ključnu aktivnost.
- smjernice: One uključuju specifične točke za razmatranje prigodom primjene Temeljnog standarda, ključnih aktivnosti i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. One pružaju smjernice o rješavanju praktičnih teškoća te mjerila ili savjeta o prioritetnim pitanjima. One, također, mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, postupke ili pokazatelje, te opisivati nedoumice, kontroverze ili nedostatke u trenutačnom znanju.

Ukoliko potrebni ključni pokazatelji i aktivnosti ne mogu biti ispunjeni, treba procijeniti nastale štetne posljedice za pogođeno stanovništvo i treba poduzeti odgovarajuće radnje za njihovo ublažavanje. Kontrolni popis pitanja za procjenu potreba uključen je u Dodatak 1, a smjernice nalaze se u dodacima 2 – 6. Odabrana lista referenci i dodatne literature, koja upućuje na izvore informacija o specifičnim i općim pitanjima koja se odnose na ovo poglavlje, također mogu se naći u nastavku.

Kazalo

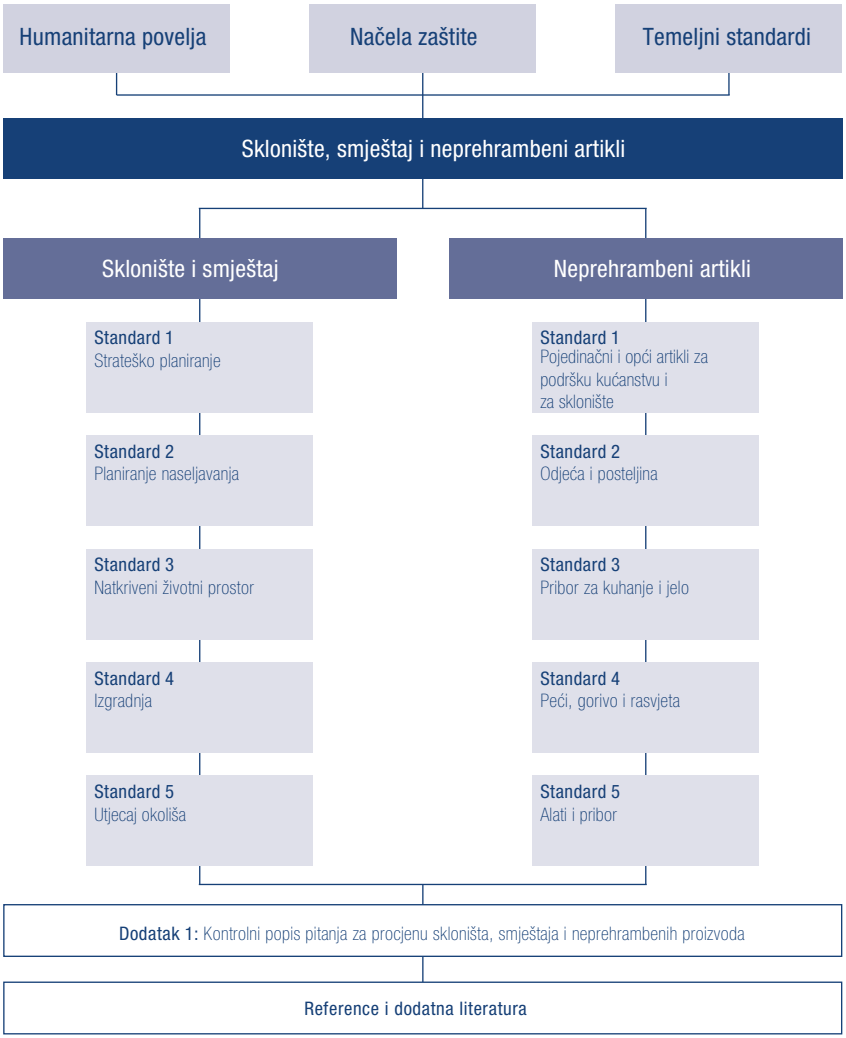
Uvod 209

1. Skloništa i smještaj.....215

2. Neprehrambeni proizvodi: odjeća, posteljina i kućanski predmeti.....231

Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda.....239

Reference i dodatna literatura.....244


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Sklonište, smještaj i neprehrambeni artikli
Sklonište i smještaj
Neprehrambeni artikli
Standard 1
Strateško planiranje
Standard 2
Planiranje naseljavanja
Standard 3
Natkriveni životni prostor
Standard 4
Izgradnja
Standard 5
Utjecaj okoliša
Standard 1
Pojedinačni i opći artikli za podršku kućanstvu i za sklonište
Standard 2
Odjeća i posteljina
Standard 3
Pribor za kuhanje i jelo
Standard 4
Peći, gorivo i rasvjeta
Standard 5
Alati i pribor
Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda
Reference i dodatna literatura

Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi za osiguranje hrane i prehrane praktičan su izraz zajedničkih uvjerenja i obveza humanitarnih organizacija i zajedničkih načela, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnim djelovanjem, a koji su postavljeni u Humanitarnoj povelji. Ova načela temelje se na načelu humanosti, ogledaju se u međunarodnom pravu i uključuju pravo na dostojanstven život, pravo na zaštitu i sigurnost i pravo na primanje humanitarne pomoći na temelju potreba. Popis važnih pravnih dokumenata i politika na kojima se temelji Humanitarna povelja dostupan je u Dodatku 1 (vidjeti 308. str.), s komentarima koji pružaju objašnjenja humanitarnim djelatnicima. U humanitarnom djelovanju, skloništе, smještaj i s njima povezani neprehrambeni proizvodi poznati su pojmovi koji se ubrajaju u obujam prava na adekvatno stanovanje, koje je sadržano u ljudskim pravima.

Svatko ima pravo na odgovarajuće stanovanje. To pravo priznaje se u ključnim međunarodnim pravnim instrumentima (vidjeti Reference i dodatnu literaturu: Međunarodni pravni instrumenti). To uključuje pravo da se živi u sigurnim okolnostima, u miru i dostojanstvu, sa sigurnošću uživanja stanovanja, kao i zaštitom od prisilnog iseljenja te pravo na registraciju. Ovi instrumenti definiraju adekvatno stanovanje tako da osiguravaju:

- dovoljno prostora i zaštitu od hladnoće, vlage, toplote, kiše, vjetra i drugih prijetnji zdravlju, uključujući i strukturne opasnosti i prijenosnike bolesti;
- dostupnost usluga, objekata, materijala i infrastrukture;
- priuštivost, mogućnost naseljavanja, dostupnost, lokacijsku i kulturnu adekvatnost;
- održivi pristup prirodnim i zajedničkim resursima, pitkoj vodi, energiji za kuhanje, grijanju i rasvjeti, sanitarnim uvjetima i objektima za pranje rublja, 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.

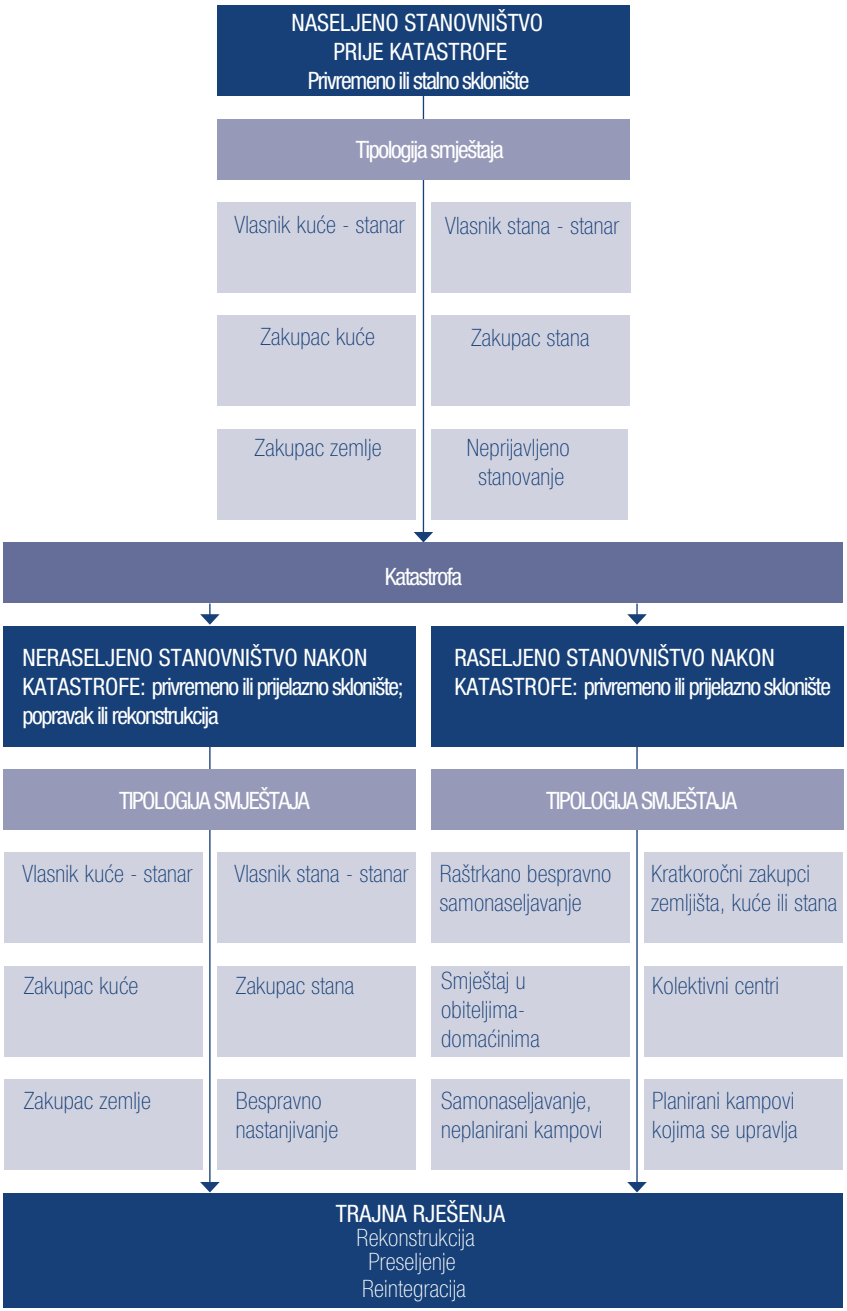
Minimalni standardi u ovom poglavlju nisu potpuni izraz prava na adekvatno stanovanje kao što je ono definirano relevantnim međunarodnim pravnim instrumentima. Umjesto toga, minimalni standardi odražavaju sadržaj jezgre prava na adekvatno stanovanje i doprinose progresivnoj realizaciji ovog prava.

Važnost skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda u katastrofama

Sklonište je kritična determinanta za preživljavanje u početnim fazama katastrofe. Pored preživljavanja, sklonište treba omogućiti sigurnost, osobnu sigurnost i zaštitu od vremenskih uvjeta, i da promovira otpornost na bolesti. Ono je također važno za ljudsko dostojanstvo, za održavanje obitelji i život u zajednici i omogućuje pogođenom stanovništvu da se oporavi od utjecaja katastrofe. Sklonište i s njim povezan smještaj i intervencije u obliku neprehrambenih proizvoda treba da podrže postojeće strategije suočavanja s problemom i promoviraju samostalnost onih koji su pogođeni katastrofom. Lokalne kapacitete i resurse treba maksimalno koristiti, ako to ne rezultira negativnim efektima za pogođeno stanovništvo ili lokalnu ekonomiju. Svaka intervencija trebala bi uzeti u obzir poznate rizike od katastrofe i smanjiti dugoročni negativni utjecaj na okolinu, a maksimalno povećati mogućnost da pogođeno stanovništvo održi ili uspostavi bolje životne uvjete.

Toplinska udobnost, zaštita od vremenskih utjecaja i osobna sigurnost i dostojanstvo postižu se zadovoljavanjem kombinacije potreba pojedinaca i lokacije natkrivenog prostora na kojem su trenutačno nastanjeni. Isto tako, zadovoljavanje tih potreba zahtijeva odgovarajuću kombinaciju sredstava za pripravu, kuhanje i konzumiranje hrane, odjeću i posteljinu, adekvatan natkriveni prostor ili sklonište, sredstva za grijanje ili rashlađivanje, prema potrebi, te pristup osnovnim uslugama. Potreba za skloništem, smještajem i neprehrambenim proizvodima stanovništva pogođenog katastrofom određuje se prema vrsti i obujmu 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 ne žele se vratiti, bit će im potrebno privremeno ili prijelazno rješenje za sklonište i smještaj (vidjeti naredni dijagram). Lokalni kontekst katastrofe dat će informacije za intervencije, uključujući i informacije je li pogođeno područje seosko ili gradsko, kakvi su lokalni klimatski i ekološki uvjeti, kakva je politička i sigurnosna situacija, te kakva je sposobnost pogođenog stanovništva da doprinese 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 razultat premještanja, može se desiti da pogođeno stanovništvo ne bude u mogućnosti da izgradi odgovarajuće sklonište, pa će biti potrebna rješenja koja se mogu brzo postaviti, kao što su šatori i slično, ili privremeni smještaj osiguran u postojećim javnim zgradama. Raseljeno stanovništvo može organizirati sklonište kod obitelji domaćina, mogu se smjestiti kao pojedinačna kućanstva ili u skupinama kućanstava u okviru postojećih naselja, ili može biti potreban privremeni smještaj u planiranim kampovima pod upravom, ili u kolektivnim centrima.

Ako je moguće, pogođeno stanovništvo trebalo bi da dobije podršku da popravi ili prilagodi postojeće stanove ili izgradi nove strukture. Pomoć može uključivati pružanje odgovarajućih građevinskih materijala, alata ili pribora, novca ili bonova, tehničkih smjernica ili obuke ili kombinaciju istih. Potrebno je osigurati podršku ili tehničku pomoć pogođenom stanovništvu koje nema sposobnost ili znanje da preuzme građevinske aktivnosti. Također treba uzeti u obzir prava i potrebe onih koji su sekundarno pogođeni katastrofom, poput susjednog stanovništva koje je domaćin raseljenim osobama tijekom katastrofe. Tamo gdje se javne zgrade, a posebno škole, koriste kao privremeni smještaj u zajednicama, treba poduzeti planirano i sigurno preseljenje stanovništva koje je tu sklonjeno što je prije moguće kako bi se omogućilo da se normalne aktivnosti nastave.

U svakoj intervenciji trebalo bi koristiti informacije o koracima koje je pogođeno stanovništvo preduzelo kako bi se pružilo privremeno ili stalno sklonište uz korištenje njihovih kapaciteta i resursa. Intervencije koje se tiču skloništa treba da omoguće pogođenom stanovništvu da postupno nadograde i/ili ostvare tranziciju iz stambenih rješenja za hitne situacije u stalna. Također, može biti potrebno da se omogući popravak oštećenih javnih zgrada ili pružanje privremenih objekata koji treba da služe 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 neko pogođeno stanovništvo. U djelovanju trebalo bi koristiti informacije o rizicima i ranjivostima postojećih skloništa i smještaja u svezi s lokacijom, planiranjem, projektiranjem i gradnjom, uključujući i one koji su pogoršani katastrofom ili zbog utjecaja klimatskih promjena, Razmatranje utjecaja okoline na izgradnju rješenja za smještaj i skloništa također je od velike važnosti za svođenje dugoročnog utjecaja katastrofe na minimum.

Bolje intervencije u slučaju katastrofa u vidu skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda postižu se kroz bolju pripravljenost. Takva pripravljenost rezultat je kapaciteta, odnosa i znanja koje razvijaju vlade, humanitarne organizacije, organizacije civilnog društva, zajednice i pojedinci kako bi predvidjeli i efektivno reagirali na utjecaj vjerojatnih, neposrednih ili tekućih opasnosti. Pripravnost se osniva na analizi rizika i sustavima ranog upozorenja.

Veze sa drugim poglavljima

Mnogi od standarda u ostalim poglavljima relevantni su 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 suradnja s drugim sektorima. Na primjer, u područjima gdje se pruža pomoć u vidu skloništa neophodno je komplementarno osiguravanje vodoopskrbe i sanitarnih 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 potrebni su kako bi omogućili korištenje pomoći u hrani i zadovoljavanje neprehrambenih potreba. Također, potrebna je koordinacija s lokalnim vlastima i drugim organizacijama koje su uključene u intervenciju, kako bi se osiguralo da su ispunjene potrebe, a da se napori ne dupliciraju i da se optimizira kvaliteta intervencija koje se tiču skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda.

Veze s načelima zaštite i temeljnim standardima

Kako bi se zadovoljili standardi u ovom priručniku, sve humanitarne organizacije trebaju se voditi načelima zaštite, čak i ako one nemaju određen mandat za zaštitu ili specijalističke kapacitete za zaštitu. Načela nisu "apsolutna": prihvaća se da okolnosti mogu ograničiti obujam u kojem su organizacije u mogućnosti da ih ispune. Ipak, načela odražavaju univerzalna humanitarna pitanja koja bi trebala biti aktivnosti u svako vrijeme.

Temeljni standardi bitni su procesni standardi i standardi osoblja koje dijele svi sektori. Šest temeljnih standarda pokriva humanitarne intervencije fokusirane na ljude, koordinaciju i suradnju, procjenu, osmišljavanje i djelovanje; efektivnost, transparentnost i učenje i preformanse humanitarnih djelatnika. Oni pružaju jedinstvenu referentnu točku za pristupe koji podržavaju sve druge standarde u Priručniku. Zato, svako tehničko poglavlje, zahtijeva popratnu uporabu Temeljnih standarda kako bi se pomoglo u ostvarivanju njegovih standarda. Konkretno, kako bi se osigurala prikladnost i kvaliteta za bilo kakvo djelovanje, treba osigurati sudjelovanje katastrofom pogođenih ljudi, uključujući i skupine i pojedince koji su najčešće izloženi riziku i 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 netko mlad ili star, žena ili osoba s invaliditetom ili HIV-om ne čini, samo po sebi, tu osobu ranjivom i ne povećava rizik kojemu je izložena. U stvari, tu postoji uzajamno djelovanje više čimbenika: na primjer, za nekog tko ima više od 70 godina, živi sam i u lošem je zdravstvenom stanju vjerojatno je da će biti više ranjiv nego netko slične dobi i zdravstvenog stanja tko živi unutar šire obitelji i s dovoljno prihoda. Slično tome, trogodišnja djevojčica je mnogo više ugroženija ako je bez nadzora odraslih, nego ako se za nju brinu odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi aktivnosti u svezi skloništima, 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 nediskriminirajući način i da je dobivaju oni kojima je najpotrebnija. To zahtijeva

temeljito razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena kriza utječe na pojedine skupine 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). Katastrofe mogu dovesti da postojeće nejednakosti budu još izraženije. Međutim, podrška za strategije suočavanja ljudi s problemima, otpornost i kapacitete za oporavak je ključan. Treba podržati njihovo znanje, vještine i strategije i zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, financijskoj i psihosocijalnoj podršci. Također treba na odgovarajući način riješiti razne fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne prepreke s 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 sudjelovanje ljudi, osiguravajući da su sve reprezentativne skupine uključene, a posebno oni koji su manje vidljivi (npr. pojedinci koji imaju komunikacijske teškoće i teškoće mobilnosti, oni koji žive u institucijama, stigmatizirane mlade osobe i druge skupine koje su slabo zastupljene).
- Razvrstati podatke prema spolu i dobi (0 – 80 godina i više) tijekom procjene, jer to je važan element u osiguravanju da sektor ili područje odgovarajuće 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. Skloništa i smještaj

Naseljenom, katastrofom pogođenom stanovništvu treba pomoći na mjestu izvornog mjesta stanovanja, privremenim ili prijelaznim skloništem za kućanstva ili sredstvima za popravak ili izgradnju odgovarajućih skloništa. Individualna skloništa za kućanstva za takvo stanovništvo mogu biti privremena ili stalna, ovisno od čimbenika koji uključuju i obujam pružene pomoći, prava na korištenje zemljišta ili vlasništvo, dostupnost osnovnih usluga i mogućnosti za nadogradnju i proširenje skloništa. Raseljene osobe koje nisu u mogućnosti vratiti se u svoje domove često žele ostati s drugim članovima obitelji ili osobama s kojima dijele povjesne, vjerske ili druge veze i treba im pomoći da to učine. Kada takvo raštrkano naseljavanje nije moguće, može se pružiti privremeni komunalni smještaj u planiranim ili samostalno naseljenim kampovima, uz privremena ili prijelazna skloništa za kućanstva, ili u prikladnim velikim javnim zgradama koje se koriste kao kolektivni centri.

Standard 1. Skloništa i smještaj: strateško planiranje

Strategije za sklonište i smještaj doprinose sigurnosti, zaštiti, zdravlju, blagostanju raseljenog i neraseljenog katastrofom pogođenog stanovništva i promoviraju oporavak i obnovu gdje je to moguće.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Procijeniti i analizirati potrebe za sklonište i smještaj za pogođeno stanovništvo u dogovoru s relevantnim vlastima i samim stanovništvom (vidjeti smjernicu 1).
- Razviti plan intervencije za skloništa i smještaj (uključujući i rani oporavak ako je moguće) u suradnji s relevantnim vlastima, organizacijama koje sudjeluju u intervenciji i pogođenim stanovništvom (vidjeti smjernicu 1).
- Odrediti prioritete i podržati povratak pogođenih kućanstava u njihove izvorne stanove ili mjesta stanovanja gdje je to moguće (vidjeti smjernicu 2).
- Pomoći onima koji ne mogu ili se ne žele vratiti u svoje domove da ih prime druga kućanstva ili da budu smješteni u privremenim naseljima u zajednicama (vidjeti smjernice 3 - 4).
- Osigurati da pristup neprehrambenim proizvodima, rješenjima za sklonište (kao što su šatori ili kompleti za sklonište), građevinskom materijalu, novcu, tehničkoj pomoći ili informacijama, ili kombinaciji istih 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 svedeni na minimum (vidjeti smjernicu 7).
- Osigurati da ostaci od katastrofe budu uklonjeni s ključnih lokacija, uključujući lokacije oštećenih ili uništenih domova, privremenih naselja u zajednicama, ustanova od javnog značaja i pristupnih puteva (vidjeti smjernicu 8).
- Planirati 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 razvitak aktivnosti za podršku uvjetima za život (vidjeti smjernice 9 - 10).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Rješenja za skloništa i smještaj za zadovoljavanje osnovnih potreba svih katastrofom pogođenih dijelova stanovništva dogovaraju se s njima samima i tijelima vlasti u koordinaciji sa svim organizacijama koje sudjeluju u intervenciji (vidjeti smjernicu 1).
- Sva rješenja za privremeno sklonište i smještaj sigurna su i odgovarajuća i takva će i ostati dok se ne postignu trajnija rješenja (vidjeti smjernice 2 - 10).

Smjernice

1. **Procjena, konsultacije i koordinacija:** Početna procjena potreba važna je da se identificiraju potrebe za skloništem i smještajem za pogođeno stanovništvo, rizici nakon katastrofe, ranjivosti i kapaciteti, mogućnosti za rješavanje oporavka od samog nastanka katastrofe i potrebe za detaljnijom procjenom, uključujući utjecaj na okoliš. U takvu procjenu trebalo bi biti uključeno stanovništvo pogođeno katastrofom (posebno ranjive osobe s posebnim potrebama), zajedno s relevantnim tijelima. Planovi pripravnosti za nepredviđene situacije treba uporabiti kao smjernice za djelovanje u koordinaciji s relevantnim vlastima, humanitarnim i drugim organizacijama i pogođenim stanovništvom kroz uporabu dogovorenih mehanizama koordinacije. Dostupnost resursa, lokalni kontekst (uključujući i obrazac vremenskih uvjeta koji se sezonski pojavljuju), sigurnost i pristup postojećim ili novim lokacijama i zemljištu trebaju poslužiti kao informacije za planiranje intervencije (vidjeti temeljne standarde 1 - 5, na 47. - 58. str., Standard 1 - 5. Neprehrambeni proizvodi, na 232. - 238. i Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu skloništa, smještaja i neprehrambenih proizvoda).
2. **Povratak:** Prigoda za povratak na svoje zemljište i u svoje domove glavni je cilj za većinu katastrofom pogođenog stanovništva. Popravak domova ili razvijanje rješenja za skloništa, što određuje samo stanovništvo, podržavaju strategije suočavanja s problemom u toj zajednici, zadržavati uspostavljene obrasce smještaja i omogućivati korištenje postojeće infrastrukture (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str.). Povratak može biti odgođen ili spriječen i tako zahtijeva razdoblje privremenog smještaja na drugom mjestu. Pitanja koja utječu na povratak uključuju nastavak katastrofe, kao što su poplave, klizišta ili potresi koji su u tijeku i sigurnosni razlozi, kao što je okupacija imovine ili zemljišta i potreba za restitucijom, nastavak nasilnih sukoba, etničke ili vjerske napetosti, strah od progona ili nagaznih mina i neeksplodiranih ubojnih sredstava. Rekonstrukcija škola također je važna kako bi se omogućio

povratak raseljenih osoba. Kućanstva 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 poduzeti aktivnosti rekonstrukcije također može biti obeshrabreno ili spriječeno u povratku.

3. **Prihvaćanje u obiteljima i zajednicama:** Raseljene osobe koje nisu u mogućnosti vratiti se u svoje domove često vole ostati s drugim članovima obitelji ili osobama s kojima dijele povijesne, vjerske ili druge veze (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str.). Pomoć za takvo prihvaćanje može uključivati podršku za proširenje ili prilagođavanje postojećeg skloništa obitelji domaćina i objekata za smještaj raseljenog kućanstva, ili pružanje dodatnih odvojenih skloništa u susjedstvu obitelji domaćina. Treba procijeniti rast gustoće stanovništva i zahtjev za društvenim objektima, infrastrukturom i prirodnim resursima.

4. **Privremena naselja u zajednici:** privremeni planirani kampovi, iako oni ne bi trebali postati načelo 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 obitelji domaćini nisu moguća opcija. Takva rješenja naseljavanja mogu biti potrebna u područjima gdje sigurnosne prijetnje povećavaju rizik za izolirane skupine ljudi ili tamo gdje je ograničen pristup osnovnim uslugama i resursima kao što su voda, hrana i građevinski materijal lokalnog podrijetla. Postojeće zgrade koje se koriste kao kolektivni centri mogu pružiti brzu privremenu zaštitu od vremenskih uvjeta. Zgradama koje se koriste u te svrhe može biti potrebno prilagođavanje ili nadogradnja, na primjer podjela unutarnjih dijelova ili rampe za osobe s teškoćama u kretanju. U mnogim zemljama uporaba unaprijed identificiranih zgrada za kolektivne centre uobičajen je način djelovanja u poznatim vrstama katastrofa, uz s 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 osobnu sigurnost, privatnost i dostojanstvo stanovnika i pristup osnovnim objektima. Potrebno je osigurati da privremena naselja u zajednicama ne postanu i sama metom napada, i da ne predstavljaju sigurnosni rizik za okolno stanovništvo ili rezultiraju u neodrživim zahtjevima za okoliš u neposrednoj blizini.

5. **Vrste pomoći u skloništima:** Kako bi se zadovoljile potrebe ugroženog stanovništva za skloništem, mogu biti potrebne kombinacije različitih vrsta pomoći. Osnovna pomoć može uključivati osobne 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 uporabu materijala koji se može ponovno koristiti kao dio stalnih skloništa. Također može biti potreban kvalificiran i nekvalificiran rad, bilo dobrovoljan ili ugovoren, kao i tehničke instrukcije za odgovarajuće tehnike gradnje. Treba uzeti u obzir uporabu novca ili bonova za promociju uporabe lokalnih lanaca opskrbe i resursa, ovisno 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. **Tranzicijska skloništa:** Ova skloništa su više pristup nego faza djelovanja, i pružanje tranzicijskog skloništa je intervencija na činjenicu da nakon katastrofe skloništе često gradi samo pogođeno stanovništvo i da taj proces treba podržati (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str.). Rješenja za skloništa nakon katastrofa koja se mogu djelomično ili u cijelosti ponovno uporabiti kao trajnije građevine, ili premjestiti s privremene na trajnu lokaciju, mogu promovirati tranziciju pogođenog stanovništva u trajnije skloništе. Za neraseljeno stanovništvo koja je na lokaciji svojih ranijih domova, tranzicijsko skloništе može pružiti osnovni smještaj, koji će kasnije nadograditi, proširiti ili zamijeniti tijekom vremena kako im resursi dozvole. Za raseljeno stanovništvo, tranzicijska skloništa mogu pružiti odgovarajuća skloništa koja se mogu rastaviti i ponovno koristiti, kada pogođeno stanovništvo bude u mogućnosti da se vrati na lokaciju svojih domova ili bude preseljeno na novu lokaciju. Tranzicijska skloništa također mogu biti dostupna pogođenom stanovništvu koja su prihvatila druga kućanstva koja im mogu pružiti dodatna skloništa u bližoj okolini. Sve takve strukture treba da se mogu ukloniti i ponovno uporabiti kada pogođeno stanovništvo bude u mogućnosti da se vrati na svoje izvorne lokacije ili drugdje.

7. **Procjene rizika, ranjivost i opasnosti:** Poduzeti i redovito pratiti procjene rizika i ranjivosti (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.). Stvarne ili potencijalne sigurnosne prijetnje i posebni rizici i ranjivosti zbog starosti, spola, invaliditeta, socijalnog ili ekonomskog statusa, ovisnosti pogođenog stanovništva od prirodnih resursa okoliša i odnosa između pogođenog stanovništva i zajednica domaćina trebaju biti uključeni u takve procjene (vidjeti Načelo zaštite 3, na 32. str.). Rizike koji potječu od prirodnih opasnosti kao što su potresi, vulkanske aktivnosti, klizišta, poplave ili jaki vjetrovi trebaju biti uzeti u obzir za planiranje rješenja skloništa i smještaja. Lokacije smještaja ne bi trebale biti izložene bolestima ili kontaminaciji ili da imaju značajne rizike prijenosnika bolesti. Potencijalno opasni materijali i predmeti mogu biti pohranjeni ili izloženi budućim prirodnim katastrofama kao što su potresi, poplave i tajfuni. Mine i neeksplodirana ubojna sredstva mogu biti prisutna 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 smještaj bilo kakvog dodatnog opterećenja i povećan rizik od urušavanja strukturnih dijelova, kao što su podovi, unutarnji pregradni zidovi, krovovi itd.

8. **Uklanjanje ruševina:** Uklanjanje ruševina nakon prirodnih katastrofa ili sukoba prioritet je kako bi se omogućilo pružanje skloništa i uspostavljanje 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 pročišćavanje (vidjeti Standard 5. Skloništa i smještaj, na 228. str.). Ključna pitanja uključuju prisutnost leševa koji zahtijevaju identifikaciju i odgovarajuće upravljanje, pristup osobnim stvarima, strukturno opasne lokacije i opasni materijali i vlasništvo nad materijalima koji se mogu sačuvati za ponovnu uporabu ili prodaju. Odstranjivanje otpadaka može pružiti mogućnost za zaradu za radne programe i/ili zahtijevati uporabu velike opreme i ekspertizu. Treba uzeti u obzir uporabu, upravljanje, vlasništvo i utjecaj odlagališta na okoliš.

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. Svako takva privremena ili trajna građevina, kao usluga mora ispunjavati dogovorene standarde (vidjeti Standard 1. WASH, na 83. str., Standard 1. Zdravstveni sustavi, na 255. str. i Minimalne standarde INEE za obrazovanje: pripravljenost, 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 prehrane, na 130.-133. str. i Temeljni standard 1, na 47. str.). Treba uzeti u obzir dostupnost zemljišta i pristup istom za obrađivanje i ispašu, i pristup područjima tržišta i lokalnih usluga za pojedine ekonomske aktivnosti.

Standard 2. Skloništa i smještaj: planiranje smještaja

Planiranje povratničkih, prihvatnih ili privremenih naselja u zajednici omogućuje sigurnu i zaštićenu uporabu smještaja i temeljnih usluga za pogođeno stanovništvo.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Identificirati i koristiti postojeće procese planiranja gdje je to moguće, uz uporabu informacija o dogovorenim najboljim praksama i svodeći ih na najmanju mjeru rizika i ranjivost takvog smještaja (vidjeti smjernicu 1).
- Voditi računa o vlasništvu nad stambenim objektima, zemljištem i imovinom i/ili prava na uporabu u zgradama ili na lokacijama (vidjeti smjernicu 2).
- Osigurati siguran pristup svim lokacijama skloništa i smještaja i osnovnim uslugama (vidjeti smjernice 3 - 4).
- Koristiti postojeće obrasce naselja i topografske karakteristike kako bi minimizirali negativan utjecaj na prirodni okoliš (vidjeti smjernicu 5).
- Prema potrebi uključiti pogođeno stanovništvo u planiranje privremenih naselja u zajednicama kroz obiteljske skupine, skupine 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 pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Sve skupine stanovništva kojima se pruža pomoć u obliku skloništa konzultirani su kroz dogovorene

postupke planiranja i s njima se dogovara o mjestu njihova skloništa ili pokrivenom prostoru i pristupu osnovnim uslugama (vidjeti smjernicu 1).

- Svi planovi smještaja pokazuju da su identificirani i ublaženi rizici i ranjivosti u uporabi 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 ranjivost smještaja. 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 privremeni javni smještaj.
2. **Vlasništvo, prava i uporaba stambenih objekata, zemljišta i imovine:** I za neraseljeno i za raseljeno stanovništvo treba utvrditi vlasništvo nad relevantnim zemljištem, stambenim i drugim zgradama i nositelje formalnih prava ili običajnih prava uporabe. Takva pitanja često su kontroverzna, a posebno tamo gdje nisu održavane evidencije ili gdje je konflikt možda utjecao na posjed. Višestruka uporaba stanova ili zgrada s mješovitom uporabom uključivat će zajedničko ili dijeljeno vlasništvo ili stanarsko pravo. Treba zahtijevati identifikaciju zemljišnih ili imovinskih prava ranjivih ljudi 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 kućanstava u kojima formalna prava nisu postojala prije katastrofe može pomoći u postupnoj uspostavi takvih prava. Pružanje pomoći oko skloništa također može se percipirati ili koristiti kao legalizaciju polaganih prava na zemljište što može inhibirati ili spriječiti humanitarnu intervenciju. Pri korištenju zemljišta za privremena javna naselja treba uzeti u obzir postojeća prava uporabe zemljišta i prirodnih resursa okoliša domaćina ili susjednih zajednica (vidjeti Standard 5. Skloništa i smještaj, na 228. str.).
3. **Temeljne usluge i objekti:** Ljudi pogođeni katastrofom koji se vraćaju na mjesto svojih prijašnjih domova, koje su prihvatile obitelji domaćini ili su smješteni u privremenim naseljima u zajednicama potreban je sigurnosan i pravičan pristup temeljnim uslugama. Ovisno 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 stoke od stambenih prostora). Treba osigurati dovoljan prostor za kulturno odgovarajuće pokope i s tim povezane rituale. Treba maksimizirati uporabu postojećih ili popravljenih objekata, ako to ne utječe negativno na susjedne zajednice ili zajednice domaćine. Treba pružiti i dodatne sadržaje ili pristupne točke za zadovoljavanje potreba pogođenog stanovništva, a posebno ranjivih osoba. Socijalne strukture i uloge spolova u okviru pogođenog stanovništva i potrebe ranjivih ljudi trebaju se odraziti u

pružanju usluga, na primjer, osiguravanju da su usluge na razumnoj udaljenosti za hodanje za osobe s teškoćama u kretanju osiguranje sigurnih područja za dojenje u privremenim javnim naseljima. Treba osigurati odgovarajući pristup sadržajima za starije osobe, osobe s tjelesnim invaliditetom i one 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 83. str. i Standard 1. Zdravstveni sustavi, na 255. str.).

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 sigurnosne rizike. Za privremena naselja u zajednici, sama lokacija i bilo kakvo primarno skladište i točke za distribuciju hrane trebaju biti dostupni za kamione u svim vremenskim uvjetima. Ostali sadržaji trebali bi 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 rasvjetu. Unutar privremenih javnih naselja ili kolektivnih centara, kod pristupnih puteva i puteva za evakuaciju treba izbjegavati kreiranje izoliranih ili pregrađenih područja koja bi mogla predstavljati opasnost za osobnu sigurnost korisnika. Stube ili promjene razine blizu izlaza u kolektivnim centrima treba izbjegavati, a treba osigurati rukohvate za stubišta i rampe. Za stanare s teškoćama u kretanju, potrebno je osigurati prostor u prizemlju zgrade, u blizini izlaza ili uz pristupne puteve bez promjene u razini. Stanari zgrada koji 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 zajednicama treba procijeniti drenažu površinskih voda i rizike stvaranja jezeraca ili poplave. Nagib lokacija ne smije biti veći od 5°, osim ako se poduzmu opsežne mjere sanitacije i kontrole erozije, ili manji od 1° ako se ne pruži adekvatna sanitacija. Drenažni kanali mogu biti i dalje potrebni kako bi se smanjile poplave i stvaranje jezeraca. Najniža točka na lokaciji treba biti najmanje tri metra iznad procijenjene maksimalnerazine podzemne vode. Uvjeti tla trebaju biti pogodni za iskopavanje jama za nužnike i treba se informirati o položajima nužnika i drugih objekata (vidjeti standarde 1 - 2. Odlaganje fekalija, na 90. - 92. str. i Standard 1. Drenaža, na 103. str.)

6. **Planiranje lokacije za privremena naselja u zajednici:** Za prostorni raspored u kolektivnim centrima i parcelama za kućanstva u privremenim planiranim kampovima trebalo bi koristiti informacije o postojećim društvenim praksama i uporabi zajedničkih resursa, uključujući vodu i sanitaciju, javnim kuhinjama, distribuciji hrane itd. Planiranje smještaja treba biti sukladno s postojećim društvenim mrežama, da doprinose sigurnosti i omogući pogođenom stanovništvu samostalnost u odlučivanju i djelovanju. Plan parcela u privremenim planiranim kampovima trebao bi održati privatnost i dostojanstvo odvojenih kućanstava, osiguravajući da se sklonište za svako kućanstvo otvara prema zajedničkom prostoru ili zaklonjenom prostoru koji koristi to kućanstvo, umjesto da bude nasuprot ulaza u drugo sklonište. Treba osigurati zaštićena, zajednička dnevna područja za raseljene osobe koje uključuju značajan broj odraslih pojedinaca ili djece bez pratnje. Za raspršena naselja, također treba primjenjivati načela planiranja susjedstva, npr. skupine kućanstava

treba vratiti u definirano zemljopisno područje ili identificirati obitelji domaćine u neposrednoj blizini (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28 str.)..

7. **Površina privremenih planiranih ili uspostavljenih naseljenih kampova:** Za kamp naselja najmanja korisna površina koju treba osigurati je 45 m² za svaku osobu, uključujući parcele za kućanstva. Površina mora imati potreban prostor za puteve i pješačke prijelaze, izvanjske površine u kućanstvu 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 kućanstva. Tamo gdje komunalne usluge mogu pružati postojeći ili dodatni objekt izvan planiranog područja naselja, minimalna korisna površina bi trebala biti 30 m2 za svaku osobu. Planiranje područja također treba uzeti u obzir promjene u populaciji. Ako se najmanja površina ne može osigurati, posljedice veće gustoće naseljenosti trebale bi biti ublažene, na primjer kroz osiguravanje odgovarajućeg razdvajanja i privatnosti između pojedinih kućanstava, 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 kućanstva. Lokacije trebaju sadržavati 30 m požarne zone između svakih 300 metara izgrađenog područja, a najmanje 2 m (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. Planiranje lokacije i sigurno razdvajanje skloništa za kućanstva treba uzeti u obzir generalno poželjnu praksu za kuhanje i uporabu peći ili radijatora. (vidjeti Standard 4. Neprehrambeni proizvodi , na 236 str.).
9. **Rizici pojave prijenosnika bolesti:** Niska područja, ostaci uslijed katastrofe, napuštene zgrade i iskopine, poput onih koje nastaju uporabom lokalne zemlje za gradnju, mogu postati prostor za razmnožavanje štetočina koje mogu dovesti u opasnost zdravlje obližnjeg stanovništva. Za privremena naselja u zajednicama 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 95. - 99. str.).

Standard 3. Skloništa i smještaj: natkriveni životni prostor

Ljudi imaju dovoljno natkrivenog životnog prostora koji pruža toplinsku udobnost, svjež zrak i zaštitu od vremenskih uvjeta, osigurava privatnost, sigurnost i zaštitu zdravlja te omogućava osnovne aktivnosti u kućanstvu i životnim uvjetima.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osigurati da svako pogođeno kućanstvo ima odgovarajući natkriveni stambeni prostor (vidjeti smjernice 1 - 2).

- Omogućiti sigurno razdvajanje i privatnost, kako je to potrebno između spolova, između različitih dobnih skupina i između različitih obitelji prema potrebi u određenom kućanstvu (vidjeti smjernicu 3).
- Osigurati da se mogu obavljati osnovne aktivnosti za kućanstvo i životne uvjete u sklopu natkrivenog životnog prostora ili u susjednom području (vidjeti smjernicu 4).
- Promovirati uporabu rješenja skloništa i materijala koji su poznati katastrofom pogođenom stanovništvu i, gdje je to moguće, kulturno i društveno prihvatljivi i ekološki održivi (vidjeti smjernice 5 - 6).
- Procijeniti specifične vremenske uvjete za sva godišnja doba kako bi pružili optimalnu toplinsku udobnost, ventilaciju i zaštitu (vidjeti smjernice 7 - 10).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Svi pogođeni pojedinci imaju inicijalnu minimalnu natkrivenu površinu od 3,5 m2 po osobi (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Sva rješenja za skloništa i materijali zadovoljavaju dogovorene tehničke standarde i standarde izvedbe i kulturološki su prihvatljivi (vidjeti smjernice 3 - 10).

Smjernice

1. **Vremenski uvjeti i kontekst:** U hladnim klimatskim područjima, aktivnosti kućanstva obično se odvijaju unutar natkrivenog područja i pogođeno stanovništvo provodi značajno vrijeme unutra da bi se osigurala odgovarajuća toplinska udobnost. U urbanim sredinama, aktivnosti kućanstva obično se obavljaju unutar natkrivenog područja zbog toga što je obično manje izvanjskog prostora u blizini koji se može koristiti. Natkrivena površina veća od 3,5 m2 po osobi često će biti potrebna za ispunjavanje ovih potreba. Visina od poda do stropa ključni je čimbenik, a veća visina preferira se u vrućim i vlažnim klimatskim uvjetima da se poboljša cirkulacija zraka, dok je niža visina poželjna u hladnoj klimi kako bi se smanjio unutarnji volumen koji zahtijeva zagrijavanje. Unutarnja visina od poda do stropa mora biti najmanje dva metra na najvišoj točki. U toplijim podnebljima se susjedni natkriveni izvanjski prostor može koristiti za pripravu hrane i kuhanje. Rješenja za skloništa moraju biti pogodna za različite klimatske ekstreme, 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, stoga 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 trebao bi 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 natkrivenog područja. Svaka odluka da se pruži manje od 3,5 m2 po osobi treba se naglasiti, uz aktivnosti za ublažavanje štetnih efekata na pogođeno stanovništvo. Može biti potrebno da privremena ili prijelazna rješenja osiguraju odgovarajuće skloništе tijekom duljeg trajanja, kroz različite sezonske vremenske uvjete i potencijalno tijekom 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 uporabi natkrivenog stambenog prostora, na primjer raspored za spavanje i smještaj članova proširene obitelji, moraju se uzeti u obzir informacije za potreban natkriveni prostor. Konzultacije trebaju uključiti pripadnike ranjivih skupina i one koji se brinu za takve pojedince. Treba dati mogućnosti da raspored prostora unutar skloništa određuje kućanstvo. U kolektivnom smještaju, grupiranje srodnih obitelji, dobro planirani pristupni putevi kroz natkriveni prostor i materijali za pregrade za osobni prostor i prostor kućanstva mogu pomoći u pružanju adekvatne osobne privatnosti i zaštićenosti. Psihosocijalne prednosti osiguranja adekvatnog prostora i privatnosti, uz umanjivanje pretrpanosti trebaju biti maksimizirane u pojedinačnim skloništima za kućanstva i privremenom kolektivnom smještaju (vidjeti Načelo zaštite 1, na 28. str.).
4. **Aktivnosti kućanstva 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 kućanstva i drugih ključnih sredstava, kuhanje i jelo u zatvorenom prostoru kada je to potrebno, a i zajedničko okupljanje članova kućanstva. Planiranje natkrivenog prostora, a posebno položaj otvora i pregrada, treba maksimizirati uporabu unutarnjeg prostora i bilo kakvog susjednog izvanjskog prostora.
5. **Rješenja za skloništa, materijali i izgradnja:** Treba osigurati definirana rješenja za skloništa kao što su obiteljski 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, tu pomoć trebalo bi dopuniti konopcima, 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), procijeniti i ublažiti bilo kakav potencijalni negativni utjecaj na lokalnu ekonomiju ili okoliš zbog traženja izvora drugih materijala koji su potrebni (npr. drveni stubovi za okvir). Tehnička i financijska sposobnost pogođenog stanovništva za održavanje i popravak skloništa također treba se uzeti u obzir prilikom specifikacije materijala i tehnologija (vidjeti Standard 5. Neprehrambeni artikli, na 238. str.). Treba poduzeti aktivnost redovitog monitoringa kako bi se osiguralo da izvedba rješenja skloništa ostane adekvatna tijekom vremena.
6. **Participativno osmišljavanje:** Svi članovi svakog pogođenog kućanstva trebaju biti u najvećoj mogućoj mjeri uključeni u određivanje vrste pomoći skloništa koju treba osigurati. 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 kućanstva o nedostacima, kao i prednostima nepoznatih „modernih" oblika gradnje i materijala koji se mogu vidjeti kao poboljšanje socijalnog statusa takvih kućanstava (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str.).

7. **U toplim, vlažnim vremenskim uvjetima:** Skloništa bi trebala biti usmjerena i projektirana kako bi se povećala ventilacija i smanjio ulaz izravne sunčeve svjetlosti. Krov bi trebao imati nagib za odvod kišnice s velikim olucima, osim na mjestima izloženim jakim vjetrovima. Konstrukcija skloništa treba biti lagana, zato što je potreban nizak toplinski kapacitet. Adekvatna drenaža površinske vode treba se osigurati oko skloništa, zajedno s uporabom 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 tijekom noći i dana, kako bi se naizmjence hladila i zagrijavala unutrašnjost ili može biti lagana uz adekvatnu izolaciju. U područjima sa seizmičkim rizicima treba se pobrinuti za strukturalno projektiranje teške konstrukcije. 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 vjetra smanjit će grijanje vrućim vjetrovima i toplinsko zračenje iz okolnog tla. Treba osigurati podne obloge koje se bez razmaka spajaju s vanjskom fasadom kako bi se smanjilo prodiranje prašine i prijenosnika bolesti.

9. **U hladnim podnebljima:** Teška konstrukcija s visokim toplinskim kapacitetom potrebna je za skloništa koja se koriste tijekom dana. Lagana konstrukcija s malim toplinskim kapacitetom i značajnom izolacijom adekvatnija je za skloništa koja se koriste samo noću. Treba smanjiti protok zraka, a posebno oko otvora vrata i prozora, kako bi se osigurala osobna udobnost, a također, treba pružiti prikladnu ventilaciju za grijalice ili peći za kuhanje. Peći ili drugi oblici grijalica bitni su i moraju biti sukladni skloništu. Procijeniti i ublažiti potencijalne rizike od širenja požara zbog uporabe peći i grijalica (vidjeti Standard 4. Neprehrambeni proizvodi, na 238. str.). 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 minimizirati osiguravajući da je pod izoliran i kroz uporabu izoliranih podloga za spavanje, madraca i podignutih kreveta (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni proizvodi , na 234. str.).

10. **Ventilacija i kontrola prijenosnika bolesti:** Adekvatna ventilacija treba biti osigurana u okviru pojedinih skloništa za kućanstvo i javnih objekata kao što su škole i zdravstvene ustanove za održavanje zdravog unutarnjeg 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 uporabe skloništa raseljenih osoba i odabira materijala treba koristiti kao informacije za mjere kontrole prijenosnika bolesti (vidjeti Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: kontrole infektivnih bolesti, na 270. str., i standarde 1-3. Kontrola prijenosnika bolesti, na 95. - 99.).

Standard 4. Sklonište i smještaj: izgradnja

Gdje je to odgovarajuće, koriste se sigurne lokalne građevinske prakse, materijali, stručnost i kapaciteti, maksimizirajući sudjelovanje pogođenog stanovništva i lokalnih mogućnosti za unaprjeđenje životnih uvjeta.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Uključiti pogođeno stanovništvo, lokalne građevinske stručnjake i relevantne vlasti u dogovor o odgovarajućim sigurnim građevinskim praksama, materijalima i ekspertizi za povećanje lokalnih prilika za osiguravanje uvjeta za život (vidjeti smjernice 1 - 3).
- Osigurati pristup dodatnoj podršci i resursima za katastrofom pogođene ljude koji nemaju kapacitet, sposobnost ili mogućnost da poduzmu građevinske radove (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, nabavu i administraciju izgradnje (vidjeti smjernicu 7).
- Omogućiti održavanje i unaprjeđenje pojedinih skloništa za kućanstva rabeći lokalno dostupne alate i resurse (vidjeti smjernicu 8).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sva izgradnja sukladna je 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. **Sudjelovanje pogođenog stanovništva:** Pri sudjelovanju pogođenog stanovništva u aktivnostima vezanim za skloništa i smještaj treba koristiti informacije iz postojećih praksi kroz koje se planiraju izgradnja i održavanje stambenih objekata i naselja. Programi obuke za stjecanje vještina i obuka pomoćnih radnika mogu maksimalno povećati mogućnosti za sudjelovanje u fazi izgradnje, a posebno za osobe kojima nedostaju potrebne građevinske vještine ili iskustvo. Žene svih dobi treba ohrabrivati da sudjeluju u aktivnostima oko izgradnje skloništa i obuke. Doprinosi onih koji imaju manje mogućnosti da rade fizičke poslove ili poslove koji zahtijevaju specijalističku tehničku stručnost mogu uključivati monitoring lokacije i kontrolu inventara, pružanje njege za djecu, privremeni smještaj ili pripravu hrane

za one koji se bave građevinskim radovima te administrativnu podršku. Treba uzeti u obzir ostale zahtjeve za vremenskim i radnim resursima pogođenog stanovništva. Pružanje pomoći radnih timova volontera u zajednici ili unajmljenih radnika može nadopuniti uključenost pojedinih kućanstava. Takva pomoć je neophodna kao podrška kućanstvima čiji su nositelji žene, zato što žene mogu biti posebno izložene riziku od seksualnog iskorištavanja u traženju podrške za izgradnju svog skloništa (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str., Načelo zaštite 2, na 30. str. i Standard 5. Neprehrambeni proizvodi, na 238. str.). Osobama s teškoćama u kretanju, starijim ljudima i drugima koji nisu samostalno u mogućnostima poduzeti građevinske radove, može biti potrebna pomoć.

2. **Tehnička stručnost i iskustvo:** Odgovarajuća stručnost za tehnički projekt, izgradnju i upravljanje treba da nadopune vještine i razumijevanje pogođenog stanovništva i pružiti iskustvo postojećih tehničkih i regulatornih postupaka (vidjeti Temeljni standard 6, na 60. str.). Na mjestima izloženim sezonskim ili cikličnim katastrofama, sudjelovanje stručnjaka koji imaju prethodna iskustva za odgovarajuća lokalna rješenja ili oko dogovorenih najboljih praksi može se 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 naprijed pripremljenih kompleta, može omogućiti pogođenom stanovništvu da samo podigne ili izgradi skloništa. Tamo gdje je to moguće, lokalne životne uvjete treba podržati kroz lokalnu nabavu građevinskog materijala, specijalističke građevinske vještine i nekvalificiranu radnu snagu, uzimajući u obzir brzu procjenu i analizu tržišta. Ako će lokalna nabava materijala vjerojatno imati značajan negativan utjecaj na lokalnu ekonomiju ili okoliš, može biti potrebno sljedeće: uporaba višestrukih izvora, alternativni materijali ili proizvodni procesi, materijali čiji su izvori na regionalnoj ili na međunarodnoj razini, ili posebno projektirana skloništa (vidjeti Standard 5. Skloništa i smještaj, na 228. str.). Treba promovirati ponovnu uporabu materijala spašenih iz oštećenih zgrada, nakon što su identificirana prava na takav materijal.

4. **Sprječavanje katastrofa i smanjenje rizika:** Otpornost gradnje treba biti sukladna poznatim vremenskim 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 pogođenog stanovništva 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 pristup za sve. Takvi objekti trebaju biti sukladni građevinskim standardima specifičnim za sektor i procedurama za izdavanje odobrenja, uključujući zahtjeve pristupačnosti za osobe s teškoćama kretanja i vizualnim ili komunikacijskim teškoćama. Popravak ili izgradnja takvih građevina treba se provoditi u dogovoru s relevantnim vlastima sukladno dogovorenom infrastrukturom usluga i strategijom održavanja (vidjeti Minimalne standarde INEE u obrazovanju: pripravljenost, intervencija, 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 izvedbe. Tamo gdje se lokalni

ili nacionalni građevinski propisi uobičajeno ne poštuju i ne provode, treba biti dogovorena postupna usklađenost, što odražava lokalnu kulturu stanovanja, vremenske uvjete, resurse, kapacitete izgradnje i održavanja, dostupnost i financijska mogućnost.

7. **Upravljanje nabavom i izgradnjom:** Raspored izgradnje treba razvijati 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 vremenskih uvjeta koji se sezonski ponavljaju. Trebalo bi uspostaviti učinkovit i odgovarajući lanac opskrbe kao i sustav upravljanja materijalom, radnom snagom i monitoring. To bi trebalo uključivati nalaženje dobavljača, nabavu, transport, rukovanje i upravljanje, od točke podrijetla do odgovarajućih lokacija prema potrebama (vidjeti Standard 4. Osiguravanje hrane: transfer hrane, na 161. str.).
8. **Nadogradnja i održavanje:** S toga što početne intervencije koje se tiču skloništa obično daju samo minimalnu razinu zatvorenog prostora i materijalne pomoći, pogođeno stanovništvo morat će tražiti alternativne načine povećanja obujma ili kvalitete zatvorenog prostora koji se pruža. Oblik konstrukcije i materijali koji se koriste trebaju omogućiti pojedinim kućanstvima održavanje i postupno adaptiranje ili nadogradnju skloništa kako bi zadovoljili svoje dugoročne potrebe koristeći lokalno dostupne alate i materijale (vidjeti Standard 5. Neprehrambeni proizvodi, na 238. str.).

Standard 5. Skloništa i smještaj: utjecaj na životnu sredinu

Rješenja za sklonište i smještaj, nalaženje izvora materijala i građevinske tehnike koje se koriste negativan utjecaj na lokalno prirodno okruženje svode na minimum.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Procijeniti i analizirati nepovoljan utjecaj katastrofe na lokalni prirodni okoliš, kao i okolišne rizike i ranjivosti (vidjeti smjernicu 1).
- Uzeti u obzir obujam 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 okoliša do kojih može doći zbog proizvodnje i opskrbe 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, vratite njihove lokacije u prvobitno stanje, osim ako nije drukčije dogovoreno (vidjeti smjernicu 6).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Planiranje svih naselja za povratak, naselja domaćina ili privremenih naselja u zajednici pokazuje da je štetni utjecaj na prirodni okoliš minimiziran i/ili ublažen (vidjeti smjernice 1 - 6).
- Građevinski procesi i nabava materijala za sva rješenja skloništa pokazuju da je štetni utjecaj na lokalni prirodni okoliš minimiziran i/ili ublažen (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Procjena utjecaja na okoliš:** Treba procijeniti utjecaj katastrofe na okoliš kako bi se uzele u obzir intervencije i aktivnosti ublažavanja koje su potrebne. Mnoge prirodne katastrofe, na primjer, klizišta, često su izravan rezultat lošeg upravljanja prirodnim resursima okoliša. Alternativno, one mogu nastati zbog postojećih rizika za okoliš ili ranjivosti, kao što su sezonske poplave u niskim područjima ili nedostatak prirodnih resursa okoliša koji se mogu sigurno eksploatirati. Razumijevanje tih rizika je važno za planiranje naselja i osiguravanje da se poznate ranjivosti, uključujući i utjecaj klimatskih promjena, imaju u vidu prilikom djelovanja.
2. **Održivost i upravljanje resursima životne sredine:** Tamo gdje su okolišni resursi 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 unaprjeđenja životnih uvjeta koji ovise 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. Također, treba uzeti u obzir utjecaj potreba za prirodnim resursima okoliša kod stanovništva koje je domaćin onima koji su pogođeni katastrofom ili naseljeni blizu pogođenih područja.
3. **Ublažavanje dugoročnog utjecaja na okoliš:** Upravljanje prirodnim resursima okoliša treba uzeti u obzir na svim razinama planiranja. Tamo gdje potreba da se osigura sklonište za pogođeno stanovništvo ima značajan negativan utjecaj na prirodni okoliš kroz osiromašenje prirodnih resursa, dugoročne efekte treba svesti na minimum kroz komplementarno upravljanje okolišem i aktivnosti rehabilitacije. Preporučuje se savjetovanje s odgovarajućim organizacijama za zaštitu okoliša.
4. **Nabavljanje građevinskih materijala:** Treba se procijeniti utjecaj na okoliš zbog uporabe prirodnih resursa, kao što su voda, građevinsko drvo, pijesak, zemlja i trava, kao i gorivo za pečenja opeke i crijepa. Treba identificirati uobičajene korisnike, brzinu eksploatiranja i regeneracije i vlasništvo ili kontrolu nad tim sredstvima. Alternativni ili dopunski izvori opskrbe mogu podržati lokalnu ekonomiju i smanjiti dugoročni štetni utjecaj na lokalno prirodno okruženje. Potrebno je promovirati uporabu više izvora i ponovnu uporabu spašenih materijala, alternativnih materijala i proizvodnih procesa (kao što je uporaba stabiliziranih zemljanih blokova). Ovo bi trebalo kombinirati s praksom ublažavanja, kao što je komplementarna ponovna sadnja.
5. **Erozija:** Rješenja za skloništa i smještaj treba planirati tako da se zadrži drveće i druga vegetacija kako bi se stabiliziralo tlo i da se maksimiziraju mogućnosti za hlad i zaštitu od vremenskih uvjeta. Treba

koristiti prirodne konture za elemente kao što su ceste, putovi i drenažne mreže kako bi se smanjila erozija i poplave. Tamo gdje se to ne može postići, bilo kakva vjerojatna erozije treba biti spriječena kroz pružanje iskopanih drenažnih kanala, drenažne vodove s cijevima ispod puteva ili zasađene nasipe zemlje kako bi se smanjio protok vode (vidjeti Standard 1. Drenaža, na 103. str.).

6. **Predaja:** Prirodna obnova okoliša treba biti poboljšana u i oko privremenih naselja u zajednicama putem odgovarajućih mjera za rehabilitaciju okoliša. Eventualnim ukidanjem takvih naselja treba upravljati kako bi se osiguralo zadovoljavajuće uklanjanje svih materijala ili otpada koji se ne može ponovno koristiti, ili koji bi mogao imati negativan utjecaj na prirodni okoliš.

2. Neprehrambeni proizvodi: odjeća, posteljina i kućanski predmeti

Odjeća, deke i posteljina zadovoljavaju većinu osobnih ljudskih potreba za sklonište od vremenskih uvjeta i za održavanje zdravlja, privatnosti i dostojanstva. Pristup osnovnim dobrima i robama treba omogućiti stanovništvu da pripravi i konzumira hranu, pruži temperaturnu udobnost, zadovolji osobne potrebe higijene i potrebe za izgradnju, održavanje i popravak skloništa (vidjeti Standard 2. Promoviranje higijene, na 80. str. i Standard 1. Vodoopskrba, na 83. str.).

Svi članovi pogođene populacije, bilo da se mogu vratiti na mjesto svojih izvornih domova, ili da su ih primile druge obitelji kao domaćini ili da su smještene u privremenim naseljima u zajednicama, imat će individualne potrebe i potrebe u okviru kućanstava za neprehrambenim proizvodima i moraju se procijeniti i zadovoljiti prema potrebi.

Stanovništvo koje je sekundarno pogođeno katastrofom, a posebno obitelji domaćini, mogu također trebati pomoć u neprehrambenim proizvodima kako bi zadovoljile dodatni teret toga što su domaćini ili utjecaj katastrofe na lokalnu ekonomiju i pristup tim proizvodima. Iako je distribucija neprehrambenih proizvoda zajednička aktivnost kod intervencije, treba uzeti u obzir pružanje gotovine ili bonova za pristup takvim neprehrambenim proizvodima, tamo gdje lokalna tržišta i dalje funkcioniraju (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: transfer novca i bonova, na 170. str.).

Predmeti za individualnu uporabu ili uporabu u kućanstvu obično ne zahtijevaju dodatne informacije ili instrukcije o tome kako ih koristiti. Međutim, predmeti za podršku za popravak ili izgradnju skloništa, na primjer građevinski materijal, pribor i alat, obično trebaju pratiti dodatne tehničke smjernice za sigurnu i efektivnu uporabu takvih predmeta. Slično tome, stavke za zadovoljavanje osobne higijene trebaju biti potkrijepljene odgovarajućim aktivnostima promoviranja higijene (vidjeti Standarde 1 - 2. Promoviranje higijene, na 78. - 80. str.).

Standard 1. Neprehrambeni proizvodi: proizvodi za individualnu podršku, proizvodi za kućanstvo i sklonište

Pogođeno stanovništvo ima dovoljno proizvoda za pojedince i općih proizvoda za podršku kućanstvu i za sklonište kako bi se osiguralo zdravlje, dostojanstvo, sigurnost i blagostanje.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Procijeniti posebne potrebe pogođenog stanovništva za neprehrambenim proizvodima (vidjeti smjernice 1 - 2 i Standard 3. Vodoopskrba, na 88. str.).
- Utvrditi koji neprehrambeni proizvodi mogu biti lokalno nabavljeni ili ih pogođeno stanovništvo može samo nabaviti uz pružanje pomoći u gotovini ili bonovima (vidjeti smjernicu 3).
- Razmisliti o primjerenosti svih neprehrambenih proizvoda u određenom paketu (vidjeti smjernicu 4).
- Planirati redovnu, transparentnu i pravednu distribuciju svih neprehrambenih proizvoda (vidjeti smjernicu 5).
- Osigurati instrukcije, tehničke smjernice ili promociju za uporabu proizvoda za podršku za skloništa gdje je to potrebno (vidjeti smjernicu 6).
- Planirati nadopunu neprehrambenih proizvoda za raseljeno stanovništvo tijekom duljeg vremenskog razdoblja (vidjeti smjernicu 7).

Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Zadovoljene su procijenjene potrebe katastrofom pogođenog stanovništva za neprehrambenim proizvodima (vidjeti smjernice 1 - 7).

Smjernice

1. **Procjene potreba:** Treba procijeniti pojedinačne potrebe za osobnim predmetima, kao što su odjeća i predmeti za osobnu higijenu, opći predmeti za kućanstvo, kao što su skladište hrane i predmeti za pripravu hrane, te predmeti za potrebe skloništa, kao što su plastične folije, konopci, alat ili osnovni građevinski materijal. Treba napraviti razliku između individualnih i zajedničkih potreba, a posebno za kuhanje i gorivo. Treba identificirati neprehrambene proizvode koji se mogu zadovoljiti pomoću poznatih proizvoda nabavljenih iz lokalnih izvora. Potrebu za kutijama, vrećicama ili sličnim spremnicima za skladištenje i transport za osobnu uporabu i kućanstva za raseljeno stanovništvo i one koji su u prolazu, treba uzeti u obzir za uključivanje u pomoć u neprehrambenim proizvodima. Pružanje neprehrambenih proizvoda treba biti dio plana sveukupnog djelovanja u situacijama katastrofe (vidjeti temeljne standarde 1 - 3, na 47.- 52. str. i Standard 1. Skloništa i smještaj, na 215. str.).

2. **Javni objekti:** Neprehrambeni proizvodi trebaju se davati kako bi se podržala osobna higijena, zdravlje, priprava 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 odgovarajuću uporabu neprehrambenih proizvoda (vidjeti standarde 1 i 2. Promoviranje higijene, na 78.- 80. str. i Minimalne standarde INEE u obrazovanju: pripravljenost, intervencije, oporavak).

3. **Nabava neprehrambenih proizvoda:** Katastrofe utječu na lokalnu ekonomiju i lance opskrbe i često zahtijevaju izvanjski izvor neprehrambenih proizvoda i izravnu distribuciju za pojedince, kućanstva i zajednice. Brza analiza tržišta kao dio procjene početnih potreba može odrediti mogu li poznati neprehrambeni proizvodi 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 opskrbi ili upravljanjem lancem opskrbe, pružanje gotovine i/ili bonova može omogućiti pogođenom stanovništvu da upravlja osobnim potrebama za proizvodima za pomoć (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: gotovina i bonovi, na 170. str.). Svaka takva pomoć treba se planirati kako bi se osiguralo da ranjivi ljudi nisu u nepovoljnom položaju i da su potrebe za pomoć zadovoljene.

4. **Paketi pomoći:** Neprehrambeni proizvodi često se pakiraju i ranije rasporede u skladištima na temelju standardnih specifikacija i sadržaja. Količina i specifikacija neprehrambenih proizvoda u paketu za kućanstva treba uzeti u obzir broj ljudi u tipičnom kućanstvu, njihovu dob, spol i prisutnost osoba s posebnim potrebama, kao i kulturološku prihvatljivost proizvoda.

5. **Distribucija:** Učinkovite i pravedne metode distribucije treba planirati u dogovoru s pogođenim stanovništvom. Stanovništvo treba biti informirano o takvom distribuiranju i bilo kakvom procesu registracije ili procjene koji su potrebni za sudjelovanje. Treba izvršiti formalnu registraciju ili dodjelu kartica (žetona, tokena...). Treba osigurati da ranjive osobe ili kućanstva nisu izostavljena s popisa za raspodjelu i da mogu pristupiti informacijama i samoj distribuciji. Postupak žalbe trebao bi biti uspostavljen za rješavanje bilo kakvih problema koji nastaju tijekom registracije ili distribucije. Treba se konzultirati s relevantnim lokalnim vlastima o lokacijama distribucije koje su najprikladnije za siguran pristup i preuzimanje neprehrambenih proizvoda, kao i za siguran povratak primatelja. Pješačka udaljenost, teren i praktične implikacije troška transporta većih proizvoda, kao što su proizvodi za skloništa trebaju biti uzeti u obzir. Treba se poduzeti nadzor nad distribucijom i korištenjem pruženih neprehrambenih proizvoda kako bi se ocijenila prikladnost i primjerenost procesa distribucije i samih neprehrambenih proizvoda (vidjeti Standard 5. Osiguranje hrane: transport hrane, na 164. str.).

6. **Promocija, instrukcije i tehničke upute:** Proizvodi za pojedince i opći proizvodi za kućanstva trebali bi biti poznati katastrofom pogođenom stanovništvu kako bi ih ono koristilo bez dodatnih uputa. Međutim, po potrebi treba osigurati tehničke upute i instrukcije kao nadopunu uz pružanje proizvoda za skloništa poput građevinskog materijala, alata i pribora (vidjeti Standard 5. Neprehrambeni proizvodi, na 238. str.). 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 trebali bi biti uključeni u aktivnosti podizanja svijesti koje se provode na

lokaciji (na primjer, 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 u projektiranju smještaja, koji su možda pridonijeli oštećenju ili uništenju domova, kao i lokalne primjere dobre prakse koji su odoljeli katastrofi.

7. **Nadopunjavanje:** Pri planiranju distribucije pomoći treba uzeti u obzir stopu potrošnje, rezultirajuće trajanje korištenja i sposobnost pogođenog stanovništva da nadopuni takve proizvode.

Standard 2. Neprehrambeni proizvodi: odjeća i posteljina

Stanovništvo pogođeno katastrofom ima dovoljno odjeće, deka i posteljine kako bi osiguralo svoju osobnu udobnost, dostojanstvo, zdravlje i dobrobit.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- 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 osigurati ih prema potrebi (vidjeti standarde 1 - 3. Kontrola prijenosnika bolesti, na 95.- 99. str.).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- 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 95. - 99. str.).

Smjernice

1. **Promjene odjeće:** Svi pogođeni ljudi trebali bi 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 osnovnih artikala, a posebno rublja, kako bi se omogućilo pranje.
2. **Prikladnost:** Odjeća (uključujući po potrebi i obuću) treba biti sukladna vremenskim uvjetima i kulturološkim praksama i veličine koja odgovara potrebi. Dojenčad i djeca do 2 godine starosti

trebaju imati deku pored odgovarajuće odjeće. Posteljina treba odražavati kulturne prakse i treba je biti dovoljno kako bi se omogućilo da se organizira odvojeno spavanje ukoliko je to potrebno.

3. **Toplotne karakteristike:** Treba uzeti u obzir izolacijske karakteristike odjeće i posteljine, kao i efekt vlažnih vremenskih uvjeta na toplotne performanse takvih predmeta. Treba uzeti u obzir kombinaciju odjeće i posteljine kako bi se osiguralo da su ispunjene potrebe za toplotnom udobnošću. Uporaba izoliranih podloga za spavanje ili madraca za borbu protiv gubitka toplote kroz tlo može biti efektivnije od pružanja dodatne deke.
4. **Trajnost:** Odjeća i posteljina moraju biti dovoljno izdržljive za tipično trošenje i dugotrajnu uporabu.
5. **Specifične potrebe:** Pojedinci izloženi najvećem riziku trebaju imati dodatnu odjeću i posteljinu kako bi se zadovoljile njihove potrebe. To uključuje osobe s problemima inkontinencije, osobe s kroničnim bolestima, trudnice i dojilje, starije osobe i osobe sa smanjenom pokretljivošću. Djeca, osobe s ograničenom pokretljivošću i starije osobe sklonije su gubitku toplote te im stoga može biti potrebna dodatna odjeća, deke itd. za održavanje odgovarajuće razine toplotne udobnosti. S obzirom na nedostatak mobilnosti, starije osobe i bolesne, nemoćne osobe trebat će posebnu pozornost, kao što je osiguravanje madraca i podignutih kreveta.

Standard 3. Neprehrambeni proizvodi: pribor za kuhanje i jelo

Stanovništvo pogođeno katastrofom ima pristup kulturološki odgovarajućim proizvodima za pripravu i čuvanje hrane i za kuhanje, jelo i piće.

Ključna aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Utvrditi potrebe pogođenog stanovništva za proizvodima za pripravu i čuvanje hrane i za kuhanje, jelo i piće, te omogućiti pristup kulturno odgovarajućim proizvodima prema potrebi (vidjeti smjernice 1 - 2).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Svako kućanstvo ili skupina od četiri do pet osoba ima na raspolaganju dva obiteljska lonca za kuhanje s ručkama i poklopcem, posudu za pripravljanje hrane ili posluživanje, kuhinjski nož i dvije žlice za posluživanje (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Svi katastrofom pogođeni ljudi imaju pristup tanjurima, žlicama ili drugom priboru za jelo i šalicu ili posudu za piće (vidjeti smjernice 1 - 2).

Smjernice

1. **Prikladnost:** Izbor proizvoda za kuhanje predmeta i pribora za jelo trebao bi biti kulturološki prikladan i treba omogućiti sigurnu praksu koju treba poštovati. Prilikom određivanja ovih proizvoda treba

konzultirati žene ili one koji obično nadziru pripravu hrane. Količine proizvoda za kuhanje trebaju biti utemeljene na informacijama iz kulturoloških praksi, kao što su one koje zahtijevaju odvojene rasporede za kuhanje za različite obiteljske skupine unutar kućanstva ili razdvajanje pojedinih prehrambenih proizvoda tijekom priprave. Vrsta i veličina pribora za kuhanje i jelo treba biti pogodna za starije osobe, osobe s invaliditetom i djecu.

2. **Materijali:** Svi plastični predmeti (kante, zdjele, kanistari, spremnici vode i slično) trebaju biti izrađeni od plastike odgovarajuće kvalitete. Svi metalni proizvodi (pribor za jelo, zdjele, tanjuri i šalice itd.), trebaju biti od nehrđajućeg čelika ili emajlirani.

Standard 4. Neprehrambeni proizvodi: peći, goriva i rasvjeta

Katastrofom pogođeno stanovništvo ima pristup sigurnim, štedljivim pećima i pristupačnoj opskrbi gorivom ili domaćoj energiji, odnosno mogućnosti kuhanja u zajednicama. Svako kućanstvo ima pristup odgovarajućim sredstvima koja osiguravaju održivu rasvjetu kako bi se osigurala sigurnost.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Identificirati i zadovoljiti potrebe kućanstava za kuhanje i grijanje prostora osiguravajući pristup sigurnim, štedljivim pećima, pristupačnoj opskrbi gorivom ili domaćoj energiji ili mogućnost kuhanja u zajednicama (vidjeti smjernicu 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 smjernicu 4).
- Osigurati da postoji izvor goriva i da se ono skladišti na zaštićen i siguran način (vidjeti smjernicu 5).
- Prepoznati i zadovoljiti potrebe kućanstva za održivim načinima rasvjete i osigurati pristup šibicama ili prikladnim alternativnim načinima za paljenje goriva ili svijeća itd. (vidjeti smjernicu 6).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Pogođeno stanovništvo koristi štedljive peći i ima potrebnu opskrbu gorivom ili domaćom energijom (vidjeti smjernice 1 - 3).
- Nema incidenata sa štetom po ljude u rutinskoj uporabi peći i izvora i skladištenja goriva (vidjeti smjernice 4 - 5).
- Katastrofom pogođeno stanovništvo ima pristup sigurnim i održivim sredstvima za rasvjetu i pristup šibicama ili prikladnim alternativnim načinima za paljenje goriva ili svijeća itd. (vidjeti smjernicu 6).

Smjernice

1. **Peći:** Specifikacija peći je prilagođena postojećim lokalnim praksama. Treba promovirati energetski učinkovite prakse za kuhanje, uključujući i uporabu štedljivih peći, priprave drva za loženje, upravljanje vatrom, pripravu hrane, zajedničko kuhanje itd. Kod smještaja u zajednicama, zajednička ili centralizirana mogućnost kuhanja preferira se u odnosu na davanje pojedinih peći za kućanstva, kako bi se smanjili rizici od požara i zagađenja zatvorenih prostora dimom (vidjeti Standard 2. Osiguranje hrane: transfer hrane, na stranici 157).
2. **Ventilacija:** Odvod dima treba postaviti na peći u zatvorenim prostorima kako bi se ispušni plinovi ili dim ventilirali prema vani 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. Unutarnje peći treba staviti na nezapaljive baze s 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 uporabe.
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 opskrbe, npr. uspostavljanje plantaže drva za loženje kako bi se smanjila ili eliminirala eksploatacija drva za loženje iz postojećih šuma. Tamo gdje je to prihvatljivo pogođenom stanovništvu, uporaba netradicionalnih izvora goriva trebala bi biti podržana, na primjer uporaba briketa proizvedenih od piljevine i drugih organskih tvari.
5. **Prikupljanje i skladištenje goriva:** Katastrofom pogođeno stanovništvo, a posebno žene i djevojke, treba konzultirati o položaju i sredstvima za prikupljanje goriva za kuhanje i grijanje radi rješavanja pitanja osobne sigurnosti. Treba rješavati zahtjeve za prikupljanje goriva za posebno ranjive ljude, kao što su ženske glave kućanstava, one koji brinu za kronično bolesne osobe ili osobe s teškoćama u kretanju ili pristupu. Potrebno je promovirati uporabu goriva koja zahtijeva 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. **Rasvjeta:** Fenjeri ili svijeće mogu pružiti uobičajenu i lako raspoloživu rasvjetu, ali treba procijeniti rizik od požara zbog njihove uporabe. Treba osigurati druge vrste rasvjete koje doprinose osobnoj sigurnosti u i oko naselja tamo gdje opće osvjetljenje nije dostupno. Treba uzeti u obzir uporabu energetski efektivne rasvjete, kao što su svjetleće diode (LED), te solarni paneli za generiranje lokalizirane električne energije.

Standard 5. Neprehrambeni proizvodi: alati i pribor

Kada je pogođeno stanovništvo odgovorno za izgradnju ili održavanje svojih skloništa ili za uklanjanje ostataka, ona ima pristup potrebnim alatima, priboru i dopunskoj obuci.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Identificirati i zadovoljiti potrebe za alatom i materijalom za pričvršćivanje kod stanovništva odgovornog za sigurnu izgradnju dijela ili svih njenih skloništa ili objekata u zajednici, kao i za vršenje osnovnog održavanja ili uklanjanja ostataka (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Osigurati da odgovarajući mehanizmi za uporabu, održavanje i čuvanje alata i pribora budu dogovoreni i shvaćeni tamo gdje su isti predviđeni za javnu i zajedničku uporabu (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Tamo gdje je to potrebno osigurati obuku ili instrukcije o uporabi alata i izgradnji, održavanju i uklanjanju ostataka (vidjeti smjernicu 3).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Sva kućanstva ili skupine 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 kućanstva ili društvene skupine imaju pristup obuci i podizanju razine svijesti o sigurnoj uporabi alata i materijala za popravku koji se daju (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Tipični komplet alata:** Alati i materijali za pričvršćivanje koji se daju trebaju biti poznati i odgovarajući za kontekst. Treba razmotriti materijale za popravak, kao što su čavli različitih veličina, pocinčane žice i konopi, te predmeti za pomoć u postavljanju i mjerenju. Treba osigurati zajedničke alate ako se takvi alati rabe na javnim zgradama i potrebni su samo u ograničenom vremenskom razdoblju, ili gdje su takvi resursi ograničeni. Svaka takva zajednička uporaba, održavanje i čuvanje treba se dogovoriti prije distribucije.
2. **Životni uvjeti:** Tamo gdje je to moguće treba pružiti alate koji su odgovarajući za podršku životnim uvjetima. Uporabu alata treba nadzirati kako bi se izbjegli negativni utjecaji na okoliš (kao što je neovlaštena ili neodrživa eksploatacija prirodnih resursa itd.) kao i bilo kakva zajednička uporaba takvih alata.
3. **Obuka i tehnička pomoć:** Treba osigurati obuku ili podizanje svijesti o sigurnoj uporabi i jednostavnom održavanju alata i u planiranim aktivnostima. Pomoć članova šire obitelji, susjeda ili unajmljenih radnika za poslove izgradnje ili održavanja treba pružiti kućanstvima na čijem su čelu žene kao i ostalim identificiranim ranjivim ljudima (vidjeti Standard 4. Skloništa i smještaj, smjernica 1, na 226. str.).

Dodatak 1.

Kontrolni popis pitanja 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. Popis pitanja nije obvezan i treba se na odgovarajući način koristiti i prilagoditi. Pretpostavlja se da se posebno dobivaju informacije o osnovnim uzrocima katastrofe, sigurnosnoj situaciji, osnovnoj demografiji i raseljenom stanovništvu te ključnim osobama s kojima se treba konzultirati i koje treba kontaktirati (vidjeti Temeljni standard 3, na stranici 52).

1. Skloništa i smještaj

Procjena i koordinacija

- Jesu li relevantne vlasti i organizacije 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 međuagencijska ili međusektorska procjena i uključuje li sklonište, smještaj i neprehrambene proizvode?

Demografija

- Od koliko ljudi se sastoji tipično kućanstvo?
- Koliko ljudi, s obzirom na spol i dob, unutar katastrofom pogođenog stanovništva čine pojedinci koji ne čine tipična kućanstvo (kao što su djeca bez pratnje) ili pojedine manjinske skupine s veličinama kućanstava koje nisu tipične?
- Koliko pogođenih kućanstava nema odgovarajuće sklonište i gdje su ta kućanstva?

- Koliko je ljudi, s obzirom na spol i dob, koji nisu članovi pojedinih kućanstava bez ikakvog ili s neadekvatnim skloništem i gdje se oni nalaze?
- Koliko pogođenih kućanstava koja nemaju adekvatno sklonište nisu raseljene i može im se pomoći na mjestu njihovog ranijeg stanovanja?
- Koliko je pogođenih kućanstava koja nemaju adekvatno sklonište koja su raseljena i trebat će pomoć sa smještajem u obiteljima domaćinima ili u okviru privremenih naselja u zajednicama?
- Koliko ljudi, s obzirom na spol i dob, nemaju pristup javnim 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 daljnji rizici po život, zdravlje i sigurnost pogođenog stanovništva kao rezultat trenutačnih 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 kroničnim 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 skupina ili između skupina unutar pogođenog stanovništva?

Resursi i ograničenja

- Koji su materijalni, financijski i ljudski resursi pogođenog stanovništva kako bi se zadovoljile neke ili sve njene hitne potrebe za skloništima?
- Koji su prepreke u vezi dostupnosti zemljišta, vlasništva i uporabe za zadovoljavanje hitnih potreba za skloništem, uključujući i privremena naselja u zajednicama gdje je to potrebno?
- Koji su problemi s kojima se suočavaju potencijalno stanovništvo domaćini pri smještaja raseljenih osoba unutar svojih posjeda ili na susjednom zemljištu?
- Koje su mogućnosti i ograničenja uporabe postojećih, dostupnih i nepogođenih zgrada ili objekata za privremeni smještaj raseljenog stanovništva?
- Kakva je topografska i lokalna ekološka prikladnost za uporabu dostupnog slobodnog zemljišta za smještaj privremenih naselja?
- Koje su zahtjevi i ograničenja lokalnih propisa u razradi rješenja za skloništa?

Materijali, osmišljavanje i konstrukcija

- Koja su početna rješenja za skloništa i materijale do sada osigurale pogođeno stanovništvo ili drugi akteri?

- Koji se postojeći materijali mogu spasiti iz oštećenih lokacija za uporabu u obnovi skloništa?
- Koje su tipične građevinske prakse pogođenog stanovništva i koji se različiti materijali rabe za strukturni okvir i krov i izvanjske zidove?
- Koja su alternativna rješenja konstrukcije ili materijala potencijalno dostupna i poznata ili prihvatljiva za pogođeno stanovništvo?
- Koje su karakteristike dizajna potrebne kako bi se osiguralo siguran i neometan pristup i uporaba 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 obično grade i tko ih gradi?
- Kako se obično nabavljaju građevinski materijali i od koga?
- Kako žene, mladi, osobe s invaliditetom i starije osobe mogu biti osposobljeni ili kako im se može pomoći da sudjeluju u izgradnji osobnih skloništa i koja su ograničenja?
- Hoće li dodatna pomoć, kroz pružanje dobrovoljnog ili plaćenog rada ili tehnička pomoć, biti potrebni za podršku pojedincima ili kućanstvima kojima nedostaje sposobnost ili mogućnost gradnje?

Aktivnosti kućanstva i životni uvjeti

- Koje se aktivnosti kućanstva i aktivnosti podrške za uvjete života obično odvijaju u skloništu ili u okolini skloništa za pogođeno stanovništvo i kako rezultirajući prostor i izgled reflektiraju ove aktivnosti?
- Koje pravne i ekološki održive mogućnosti podrške za uvjete života mogu biti osigurane kroz opskrbu materijala i izgradnju rješenja za skloništa i smještaj?

Osnovne usluge i objekti koje rabi zajednica

- Koja je trenutna dostupnost vode za piće i osobnu higijenu i kakve su mogućnosti i ograničenja u zadovoljavanju očekivanih potreba sanitarnih uvjeta?
- Kakva je trenutna situacija u svezi s društvenim objektima (zdravstvene ambulante, škole, mjesta molitve i slično) i koja su ograničenja i mogućnosti pristupa kod tih objekata?
- Ako se javni objekti, a posebno škole, rabe 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 naseljima?
- 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 proizvodi koje treba pogođeno stanovništvo?
- Može li se bilo koji od potrebnih neprehrambenih proizvoda nabaviti na lokalnoj razini?
- Je li moguća uporaba novca ili bonova?
- Hoće li biti potrebna tehnička pomoć da nadopuni pružanje skloništa i proizvoda za podršku?

Odjeća i posteljina

- Koji tip odjeće, deka i posteljine obično rabe žene, muškarci, djeca i dojenčad, trudnice i dojilje i stariji ljudi i koje su specifične društvene i kulturne okolnosti?
- Koliko žena i muškaraca svih dobnih skupina, djece i dojenčadi ima neadekvatnu odjeću ili nedovoljno odjeće, deka ili posteljine za zaštitu od štetnog djelovanja vremenskih uvjeta i za održavanje zdravlja, dostojanstva i blagostanja?
- Koje su potencijalne opasnosti za život, zdravlje i osobnu sigurnost pogođenog stanovništva zbog potrebe za adekvatnom odjećom, dekama ili posteljinom?
- Koje su mjere za kontrolu prijenosnika bolesti, a posebno osiguravanje mrežama protiv komaraca, potrebne kako bi se osiguralo zdravlje i dobrobit stanovništva?

Kuhanje i jelo, peći i gorivo

- Koji pribor za kuhanje i jelo je koristilo tipično kućanstvo prije katastrofe?
- Koliko kućanstava nema pristup dovoljnoj količini pribora 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 se obično rabila za kuhanje i grijanje prije katastrofe i gdje su nabavljana?
- Koliko kućanstava nema pristup peći za kuhanje i grijanje i zašto?
- Koliko kućanstava nema pristup odgovarajućim zalihama goriva za kuhanje i grijanje?
- Koje su mogućnosti i ograničenja, a posebno problemi prirodnog okoliša, zbog nalaženja dovoljnog izvora zaliha goriva za katastrofom pogođeno stanovništvo i susjedno stanovništvo?
- Kakav je utjecaj nabavljanja adekvatne opskrbe gorivom na katastrofom pogođeno stanovništvo, a posebno žene svih dobnih skupina?
- Koja kulturološka pitanja u svezi sa kuhanjem i jelom treba uzeti u obzir?

Alati i oprema

- Koji su osnovni alati za popravak, izgradnju ili održavanje skloništa kojima kućanstva imaju pristup?
- Za koje se aktivnosti za podršku životnim uvjetima također mogu koristiti osnovni alati za izgradnju, održavanje i uklanjanje ostataka?
- Kakva je obuka ili koje su aktivnosti podizanja svijesti potrebne kako bi se omogućila sigurna uporaba 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.

Općenito

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.

Okoliš

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 proizvodi i proizvodi 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 sustavi

Temeljne zdravstvene usluge

Pristup zdravstvenih sustava u projektiranju, implementaciji, monitoringu i evaluaciji zdravstvenih usluga usvojen je kao okvir za organiziranje zdravstvenih usluga tijekom djelovanja u situacijama katastrofa. Ovo je najbolji pristup kako bi se osiguralo da se identificiraju prioritetne zdravstvene potrebe i da se one zadovolje na efektivan i učinkovit način. Načela kao što su podržavanje nacionalnih i lokalnih zdravstvenih sustava, koordinacija i standardizacija alata i pristupa naglašavaju se u cijelom poglavlju.

Načela zaštite i temeljni standardi moraju se konzistentno koristiti s ovim poglavljem.

Iako su prvotno namijenjeni kao informacije za humanitarne intervencije u situacijama katastrofa, minimalni standardi mogu se također uzeti u obzir tijekom pripremljenosti za katastrofe.

Svaki dio sadrži sljedeće:

- Minimalni standardi: Oni su kvalitativne prirode i određuju razinu koju treba postići u humanitarnim intervencijama.
- Ključne aktivnosti: One su predložene aktivnosti i ulazne preporuke kako bi se zadovoljili standardi.
- Ključni pokazatelji: Ovo 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: One uključuju specifične točke za razmatranje prigodom primjene minimalnih standarda, ključnih aktivnosti i ključnih pokazatelja u različitim situacijama. To su smjernice za rješavanje praktičnih teškoća, mjerila ili savjeti o prioritetnim pitanjima. One, također, mogu uključivati kritična pitanja koja se odnose na standarde, postupke ili pokazatelje te opisivati nedoumice, kontroverze ili nedostatke u spoznajama.

Ako se potrebni ključni pokazatelji i aktivnosti ne mogu ispuniti, nastale štetne posljedice za pogođeno stanovništvo treba procijeniti i treba poduzeti odgovarajuće radnje ublažavanja.

Dodaci uključuju kontrolne popise za procjenu zdravstvenih usluga, primjere obrazaca za izvještavanje o nadzoru i formule za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja. Također, daju se i reference i dodatna literatura.

Kazalo

Uvod 251

1. Zdravstveni sustavi.....255

2. Temeljne zdravstvene usluge.....267

2.1. Temeljne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti.....269

2.2. Temeljne zdravstvene usluge – zdravlje djece.....277

2.3. Temeljne zdravstvene usluge – seksualno i reproduktivno zdravlje.....281

2.4. Temeljne zdravstvene usluge – povrede.....286

2.5. Temeljne zdravstvene usluge – mentalno zdravlje.....288

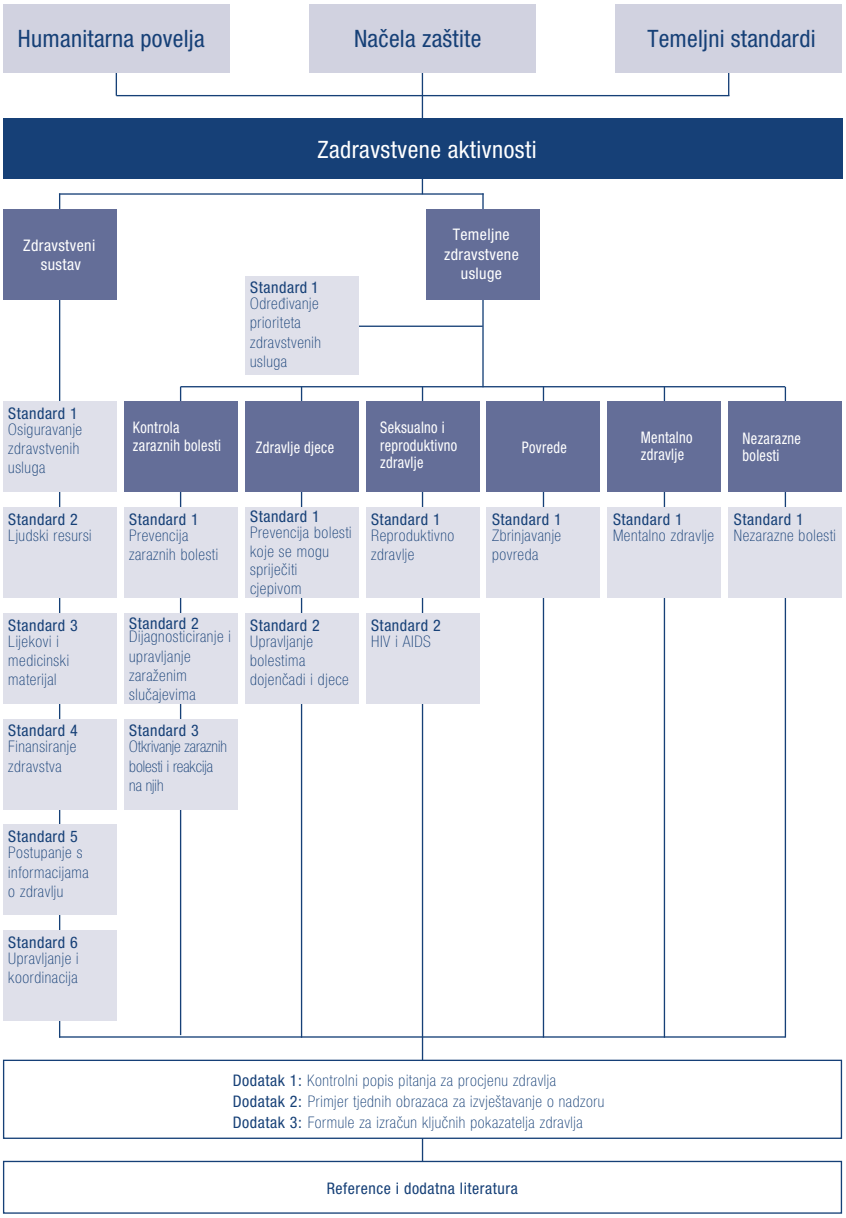
2.6. Temeljne zdravstvene usluge – nezarazne bolesti.....290

Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu zdravlja.....292

Dodatak 2: Primjer tjednih obrazaca za izvještavanje o nadzoru.....294

Dodatak 3: Formule za izračun ključnih pokazatelja zdravlja.....299

Reference i dodatna literatura..... 301


Humanitarna povelja
Načela zaštite
Temeljni standardi
Zadravstvene aktivnosti
Zdravstveni sustav
Temeljne zdravstvene usluge
Standard 1 Određivanje prioriteta zdravstvenih usluga
Standard 1 Osiguravanje zdravstvenih usluga
Kontrola zaraznih bolesti
Zdravlje djece
Seksualno i reproduktivno zdravlje
Povrede
Mentalno zdravlje
Nezarazne bolesti
Standard 2 Ljudski resursi
Standard 1 Prevencija zaraznih bolesti
Standard 1 Prevencija bolesti koje se mogu spriječiti cjepivom
Standard 1 Reproduktivno zdravlje
Standard 1 Zbrinjavanje povreda
Standard 1 Mentalno zdravlje
Standard 1 Nezarazne bolesti
Standard 3 Lijekovi i medicinski materijal
Standard 2 Dijagnosticiranje i upravljanje zaraženim slučajevima
Standard 2 Upravljanje bolestima dojenčadi i djece
Standard 2 HIV i AIDS
Standard 4 Finansiranje zdravstva
Standard 3 Otkrivanje zaraznih bolesti i reakcija na njih
Standard 5 Postupanje s informacijama o zdravlju
Standard 6 Upravljanje i koordinacija
Dodatak 1: Kontrolni popis pitanja za procjenu zdravlja
Dodatak 2: Primjer tjednih obrazaca za izvještavanje o nadzoru
Dodatak 3: Formule za izračun ključnih pokazatelja zdravlja
Reference i dodatna literatura

Uvod

Veze sa Humanitarnom poveljom i međunarodnim pravom

Minimalni standardi u zdravstvu praktičan su izraz zajedničkih uvjerenja i obveza humanitarnih organizacija i zajedničkih načela, prava i dužnosti kojima se upravlja humanitarnom intervencijom, a koji su postavljeni u Humanitarnoj povelji. Ova načela temelje se na načelu 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 temelju potreba. Popis ključnih zakonskih dokumenata i politika na kojima se temelji Humanitarna povelja dostupan je u Dodatku 1 (vidjeti 308. str.), s 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 s katastrofama pogođenim stanovništvom na način koji je sukladan tim pravima. Iz ovih općih prava proistječe niz specifičnijih prava. To su prava na sudjelovanje, informiranje i nediskriminaciju koja čine osnovu temeljnih standarda, kao i specifična prava na vodu, sanitarne uvjete, hranu, sklonište i zdravlje koja podržavaju te i minimalne standarde u ovom priručniku.

Svatko ima pravo na zdravlje koje se priznaje u više internacionalnih pravnih instrumenata. Pravo na zdravlje može se osigurati samo ako je stanovništvo zaštićeno, ako su stručnjaci zaduženi za zdravstveni sustav dobro osposobljeni i posvećeni univerzalnim načelima etike i profesionalnim standardima, ako je sustav 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 kojem 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, standardi Sphere odražavaju suštinu prava na zdravlje i to posebno tijekom hitnih situacija, te doprinose progresivnoj realizaciji tog prava na globalnoj razini.

Važnost zdravstvenih aktivnosti u katastrofama

Pristup zdravstvenoj zaštiti kritična je determinanta za opstanak u početnim fazama katastrofa. Katastrofe gotovo uvijek imaju značajan utjecaj na javno zdravlje i blagostanje pogođenog stanovništva. Efekti na javno zdravlje mogu se opisati kao izravni (npr. smrt od nasilja i povreda) ili neizravni (npr. povećane stope infektivnih bolesti i/ili pothranjenosti). Ti indirektni efekti na zdravlje su obično povezani s faktorima kao što su neadekvatna količina i kvaliteta vode, kvarovi na sanitarnim čvorovima, prekid ili smanjenje pristupa zdravstvenim uslugama i pogoršanje kvalitete hrane. Nedostatak sigurnosti, ograničenja kretanja,

raseljavanje stanovništva i pogoršani uvjeti života, (prenapučenost i neodgovarajuće sklonište) također, mogu predstavljati prijetnju javnom zdravlju. Klimatske promjene potencijalno povećavaju ranjivost i rizik.

Primarni ciljevi humanitarnog djelovanja na humanitarne krize su da se spriječi i smanji veliki mortalitet i morbiditet. Glavni zadatak je zadržati grubu stopu mortaliteta (eng. Crude mortality rate – CMR) i stopa mortaliteta ispod 5 godina starosti (eng. under-5 mortality rate – U5MR) na nultom stanju od prije katastrofe, ili ih smanjiti na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za stanovništvo prije katastrofe (vidjeti tablicu s podacima o nultom stanju mortaliteta po regiji na 269. str.). Različite vrste katastrofa povezane su s različitim obujmovima i obrascima mortaliteta i morbiditeta (vidjeti tablicu o utjecaju na javno zdravlje za odabrane katastrofe), tako da će zdravstvene potrebe za pogođeno stanovništvo stoga varirati ovisno od vrste i obujma katastrofe.

Doprinos zdravstvenog sektora je pružanje temeljnih zdravstvenih usluga, uključujući i preventivne i promotivne intervencije koje doprinose smanjenju zdravstvenih rizika. Temeljne zdravstvene usluge prioritetne su zdravstvene intervencije u sagledavanju glavnih uzroka pretjeranog mortaliteta i morbiditeta. Implementacija temeljnih zdravstvenih usluga mora podržavati aktivnosti za jačanje zdravstvenog sustava. Način na koji su zdravstvene intervencije planirane, organizirane i kako se pružaju tijekom intervencija u situacijama katastrofe može ili pojačati ili podrivati postojeće zdravstvene sustave i njihov budući oporavak i razvitak.

Potrebna je analiza postojećeg zdravstvenog sustava kako bi se utvrdila razina performansi sustava 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 treba se provesti što je prije moguće (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.).

Bolja intervencija postiže se kroz bolju pripravljenost, a ona se temelji na analizi rizika i dobro je povezana sa sustavima ranog upozoravanja. Pripravljenost 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 razini zajednice, obuke i vježbe. Provođenje građevinskih propisa može drastično smanjiti broj smrtnih slučajeva i ozbiljne povrede povezane s potresima 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	Potresi	Jaki vjetrovi (bez poplava)	Poplave	Bujice / cunamiji
Smrtne posljedice	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	Opća
Raseljenje velikih dijelova stanovništva	Često	Rijetko (mogu se javiti u teško oštećenim gradskim područjima)	Rijetko (mogu se javiti u teško oštećenim gradskim područjima)	Često	Varira

** Ovisi od raseljenja nakon katastrofa i životnih uvjeta stanovništva. Preuzeto od Pan American Health Organization, 2000.*

Veze sa drugim poglavljima

Zbog utjecaja različitih determinanti na zdravlje i zdravstveni status, mnogi od standarda u ostalim poglavljima relevantni su 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 suradnja s drugim sektorima. Koordinacija s lokalnim vlastima, drugim organizacijama u intervenciji i organizacijama u zajednici, također,je potrebna kako bi se osiguralo da su potrebe ispunjene, da se napori ne dupliraju i da se optimizira uporaba 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 trebaju se voditi načelima zaštite, čak i ako one nemaju određen mandat za zaštitu ili specijalistički kapacitet u zaštiti. Načela nisu „apsolutna“, tj. priznaje se da okolnosti mogu ograničiti obujam u kojem ih organizacije mogu ispuniti. Ipak, načela odražavaju univerzalna humanitarna pitanja koja bi trebala voditi intervenciju u svako doba.

Temeljni standardi su proces za osoblje 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 točku za pristupe koji podržavaju sve druge standarde u priručniku. Svako tehničko poglavlje, dakle, zahtijeva

popratnu uporabu Temeljnih standarda kao pomoć u ostvarivanju njegovih standarda. Konkretno, kako bi se osigurala primjerenost i kvaliteta bilo koje intervencije, treba biti maksimizirano sudjelovanje katastrofom pogođenih ljudi, što uključuje i skupine i pojedince koji su najčešće pod rizikom u katastrofama.

Ranjivosti i kapaciteti katastrofom pogođenog stanovništva

Ovaj dio osmišljen je kako bi se čitao u kombinaciji s Temeljnim standardima i jačao iste.

Važno je razumjeti da to što je netko mlad ili star, žena ili pojedinac s invaliditetom ili HIV-om ne čini, samo po sebi, tu osobu ranjivom i ne povećava rizik kojemu je izložena. Umjesto toga, to je uzajamno djelovanje čimbenika: na primjer, za nekoga tko ima više od 70 godina, živi sam i u lošem je zdravstvenom stanju vjerojatno je da će biti više ranjiv nego netko slične dobi i zdravstvenog stanja tko živi unutar šire obitelji i s dovoljno prihoda. Slično tome, trogodišnja djevojčica je mnogo više ugrožena ako je bez nadzora odraslih nego ako se za nju brinu odgovorni roditelji.

Dok se provode standardi i ključne aktivnosti standarda 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 dobivaju oni kojima je najpotrebnija.

To zahtijeva temeljito razumijevanje lokalnog konteksta i kako određena kriza utječe na pojedine skupine ljudi na različite načine obzirom na njihove postojeće ranjivosti (npr. vrlo siromašne ili diskriminirane), njihovu izloženost raznim prijetnjama po sigurnost (npr. rodno nasilje uključujući seksualnu eksploataciju), pojavu bolesti ili učestalost bolesti (npr. HIV-a ili tuberkuloze) i mogućnosti epidemije (npr. ospice ili kolera). Katastrofe mogu učiniti da postojeće nejednakosti budu još izraženije. Međutim, ključna je podrška za strategije suočavanja ljudi s teškoćama, otpornost i kapacitete za oporavak. Treba podržati njihovo znanje, vještine i strategije suočavanja, a treba zagovarati njihov pristup društvenoj, pravnoj, financijskoj i psihosocijalnoj pomoći. Također, treba na korektan način riješiti razne fizičke, kulturne, ekonomske i socijalne prepreke s 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 sudjelovanje ljudi, osiguravajući da su sve reprezentativne skupine uključene, a posebno oni koji su manje vidljivi (npr. pojedinci koji imaju teškoće u komunikaciji ili mobilnosti, oni koji žive u institucijama, stigmatizirane mlade osobe i druge skupine koje su slabo zastupljene).
- Razvrstati podatke prema spolu i dobi (0 - 80 i više godina) tijekom procjene, jer to je važan element u osiguravanju da zdravstveni sektor adekvatno uzima u obzir raznovrsnost stanovništva.
- Uvjeriti se da su ljudi o pravu na informacije obaviješteni na način koji uključuje i koji je dostupan svim članovima zajednice.

Minimalni standardi

1. Zdravstveni sustavi

Svjetska zdravstvena organizacija – SZO (eng. World Health Organization – WHO) definira zdravstvene sustave kao: „sve organizacije, institucije i sredstva koja su posvećena kreiranju zdravstvenih aktivnosti". To uključuje cijeli niz aktera koji se bavi pružanjem, financiranjem i upravljanjem zdravstvenim uslugama, nastojanjima da se utječe na determinante zdravlja kao i pružanje izravnih zdravstvenih usluga na svim razinama.

Standardi zdravstvenog sustava Sphere organizirani su prema Okviru zdravstvenog sustava Svjetske zdravstvene organizacije, koji se sastoji od šest strukturnih blokova: vodstvo, ljudski resursi, lijekovi i medicinska pomagala, financiranje zdravstva, upravljanje zdravstvenim informacijama i pružanje usluga. Postoji mnogo međusobnih interakcija između svake od tih funkcija i aktivnosti koje utječu na jednu mogu utjecati na druge. Ovi strukturni blokovi zdravstvenog sustava su funkcije koje su potrebne za pružanje temeljne zdravstvene usluge. Zdravstvene intervencije tijekom djelovanja u situacijama katastrofa trebale bi biti osmišljene i provoditi se na način koji pridonosi jačanju zdravstvenog sustava.

Standard 1 . Zdravstveni sustavi: pružanje zdravstvenih usluga

Ljudi imaju jednak pristup efektivnim, sigurnim i kvalitetnim zdravstvenim uslugama koje su standardizirane i slijede prihvaćene protokole i smjernice.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Pružiti zdravstvene usluge na odgovarajućoj razini zdravstvenog sustava. Razine uključuju kućanstva i zajednicu, kliniku ili ambulantu, dom 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 sustav za daljnje upućivanje, te osigurati da ga rabe sve agencije (vidjeti smjernicu 1).
- Uspostaviti ili ojačajti standardizirani sustav trijaže u svim zdravstvenim ustanovama kako bi se osiguralo da hitni slučajevi dobiju hitno liječenje.
- Pokrenuti zdravstveno obrazovanje i promociju na razini zajednice i zdravstvene ustanove (vidjeti smjernicu 3).

- Uspostaviti i pratiti sigurnu i racionalnu uporabu opskrbe krvi i proizvoda krvi (vidjeti smjernicu 5).
- Osigurati da su laboratorijske usluge dostupne i da se rabe kada je to potrebno (vidjeti smjernicu 6).
- Izbjegavati uspostavljanje alternativnih ili paralelnih zdravstvenih usluga, uključujući mobilne klinike i poljske bolnice (vidjeti smjernice 7 - 8).
- Osmisliti zdravstvene usluge na način koji osigurava prava pacijenata na privatnost, povjerljivost i informirani pristanak (vidjeti smjernicu 9).
- Provesti odgovarajuće postupke za gospodarenje otpadom, mjere sigurnosti i metode kontrole infekcija u zdravstvenim ustanovama (vidjeti smjernice 10 - 11 i Standard 1. Gospodarenje čvrstim otpadom , na 100. str.).
- Odlagati mrtva tijela na način koji je dostojanstven, kulturološki prikladan i koji je utemeljen na dobroj praksi javnog zdravstva (vidjeti smjernicu 12 i Standard 1. Gospodarenje čvrstim otpadom , smjernicu 8, na 102. str.).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Postoji dovoljan broj zdravstvenih ustanova kako bi se zadovoljile temeljne zdravstvene potrebe čitave katastrofom pogođenog stanovništva:

  - jedna ambulanta / 10. 000 stanovnika (temeljne 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. **Razina zaštite:** Zdravstveni objekti kategoriziraju se prema razini njege, prema njihovoj veličini i uslugama koje pružaju. Broj i položaj zdravstvenih objekata koji su potrebni može varirati od konteksta do konteksta. Zdravstveni sustavi također moraju razviti proces za kontinuiranu njegu. To se najbolje postiže uspostavljanjem efektivnog sustava upućivanja (trijaža), a posebno kod intervencija za spašavanje života. Sustav upućivanja trebao bi funkcionirati 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu.
2. **Nacionalni standardi i smjernice:** Općenito, agencije moraju biti sukladne zdravstvenim standardima i smjernicama zemlje u kojoj se provodi intervencija, 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 ono ažuriralo.

3. **Promocija zdravlja:** Aktivan program promocije zdravlja u zajednici treba započeti u suradnji 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 s javnim zdravljem trebaju koristiti odgovarajući jezik i medije, biti kulturno osjetljivi i lako razumljivi. Škole i prostori za djecu važna su 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. U katastrofom pogođenom stanovništvu, mogu se očekivati u prosjeku 2- 4 nove konzultacije po 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 rabljenje zbog određenog zdravstvenog problema javnog zdravlja ili podcijenjenog broja ciljanih stanovnika. U analizi stopa rabljenja idealno bi bilo razmotriti i rabljenje prema spolu, dobi, etničkom podrijetlu i invaliditetu (vidjeti Dodatak 3: Formula za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja).

5. **Sigurna transfuzija krvi:** Napori trebaju biti usklađeni s nacionalnom transfuzijskom službom (eng. blood transfusion service – BTS), ako ista postoji. Prikupljanje krvi trebalo bi 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 mogu se smanjiti kroz efektivnu kliničku uporabu krvi, uključujući i rabljenje alternativa transfuziji (kristaloidi i koloidi), gdje god je to moguće. Odgovarajuće kliničko osoblje treba biti osposobljeno kako bi se osiguralo davanje sigurne krvi i njena efektivna klinička uporaba.

6. **Laboratorijske usluge:** Najčešće zarazne bolesti mogu se dijagnosticirati klinički (npr. dijareja, akutne respiratorne infekcije) ili uz pomoć brzih dijagnostičkih testova ili sitnozorom (npr. malarija). Laboratorijsko ispitivanje najkorisnije je 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 cjepiva tamo gdje može biti indicirana masovna imunizacija (npr. meningokokni meningitis). Za određene nezarazne bolesti, kao što je dijabetes, laboratorijska ispitivanja bitna su za dijagnozu i liječenje.

7. **Mobilne klinike:** Tijekom nekih katastrofa, možda će biti potrebno imati mobilne klinike kako bi se zadovoljile potrebe izoliranih ili mobilnih skupina stanovništva koje imaju ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti. Mobilne klinike, također, su se 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 konzultacija s ključnim agencijama u sektoru zdravstva i lokalnim vlastima (vidjeti Standard 6. Zdravstveni sustavi , na 265. str.).

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 ponovno 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 kirurške i akušerske hitne situacije (dani 3 - 15), ili kao privremeni objekt koji će zamijeniti oštećenu lokalnu bolnicu dok ne bude obnovljena. Budući da su poljske bolnice vrlo vidljive, često postoji znatan politički pritisak vlada donatora da se osnuju. Međutim, važno je donijeti odluku o implementaciji poljske bolnice isključivo na osnovu potrebe i dobrobiti koju ona pruža.

9. **Prava pacijenata:** Zdravstvene ustanove i službe trebaju biti osmišljene na način koji osigurava privatnost i povjerljivost. Treba tražiti informirani pristanak od bolesnika (ili skrbnika, ako bolesnici nisu sposobni za to), prije medicinskih ili kirurških zahvata. Zdravstveno osoblje treba shvatiti da pacijenti imaju pravo znati što svaki postupak uključuje, kao i očekivane koristi, potencijalne rizike, troškove i trajanje.

10. **Kontrola infekcija u zdravstvu i sigurnost pacijenata:** Programe za efektivnu intervenciju za vrijeme katastrofe, kontinuiranu prevenciju i kontrolu infekcija (eng. infection prevention and control – IPC) treba provoditi na nacionalnim i perifernim razinama, te na raznim razinama 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 obujmom, funkcijama i odgovornostima,

    - nadzorni sustav ranog upozorenja za otkrivanje zaraznih epidemija,

    - definiran proračun za aktivnosti (npr. obuka osoblja) i potrošni materijal za djelovanje u hitnim situacijama,

    - 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),

    - osobna zaštitna oprema koja se rabi,

    - prakse IPC-a nadziru se i preporuke se redovito revidiraju.

11. **Medicinski otpad:** Opasni otpad koji nastaje u zdravstvenim ustanovama može se razdvojiti na zarazni bez oštrih predmeta, oštre predmete i nezarazni zajednički otpad. Loše gospodarenje 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 moraju se 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 minimalni su zahtjevi). Obradu otpada treba provoditi prema vrsti otpada: na primjer, 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 gospodarenje odlaganjem velikog broja mrtvih tijela. Pokop velikog broja posmrtnih ostataka u masovnim grobnicama često se temelji na netočnom 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 obitelji 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 pitanja forenzičke obrade (vidjeti Standard 2. Skloništa i smještaj, smjernica 3, na 219. str.).

Standard 2. Zdravstveni sustavi: 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 aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Pregledati broj uposlenih 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).
- Podžrati 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.
- Osposobiti kliničko osoblje u korištenju kliničkih protokola i smjernica (vidjeti smjernicu 2).
- Osigurati nadzor osoblja na redovitoj osnovi kako bi se osigurala njihova usklađenost sa standardima i smjernicama, uključujući i pružanje povratnih informacija.
- Standardizirati programe obuke i odrediti prioritete sukladno nedostacima u ključnim zdravstvenim potrebama i kompetencijama.
- Osigurati poštenu i pouzdanu plaću za sve zdravstvene radnike, dogovorenu među svim organizacijama i u suradnji s nacionalnim zdravstvenim vlastima.
- Osigurati sigurno radno okruženje, uključujući i osnovnu higijenu i zaštitu za sve zdravstvene radnike.

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Postoje najmanje 22 kvalificirana zdravstvena radnika (liječnici, 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 porodični liječnik (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 redovito premašuje, treba uposliti dodatno kliničko osoblje (vidjeti smjernicu 1 i Dodatak 3: Formula za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja).

Smjernice

1. **Broj osoblja:** Zdravstveni djelatnici uključuju širok spektar radnika, uključujući liječnike, medicinske sestre, babice, drugo zdravstveno osoblje, stažiste, tehničare, farmaceute, obiteljske liječnike, itd., kao i osoblje uprave. Ne postoji konsenzus o optimalnom broju zdravstvenih djelatnika i on se može razlikovati od konteksta do konteksta. Međutim, postoji korelacija između dostupnosti zdravstvenih djelatnika i pokrivenosti zdravstvenih intervencija. Na primjer, prisutnost samo jednog ženskog zdravstvenog djelatnika ili jednog predstavnika marginalizirane etničke skupine u osoblju može značajno povećati pristup žena ili ljudi iz manjinskih skupina zdravstvenim uslugama. Neravnoteža u osoblju mora se rješavati kroz preraspoređivanje i/ili upošljavanje zdravstvenih djelatnika na područjima gdje postoje kritični nedostaci u odnosu na zdravstvene potrebe (vidjeti Temeljni standard 6, na 60. str.).
2. **Obuka i nadzor osoblja:** Zdravstveni djelatnici trebaju imati odgovarajuću obuku, vještine i podršku kroz nadzor za njihovu razinu odgovornosti. Organizacije imaju obvezu da osposobe i nadziru osoblje kako bi se osiguralo da njihova znanja budu ažurirana. Obuka i nadzor bit će 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 nadzora. Treba voditi evidenciju tko je koga obučio o čemu, kada i gdje. Te evidencije treba podijeliti s odjelom ljudskih resursa lokalnih zdravstvenih vlasti (vidjeti Temeljni standard 6, na 60. str.).

Standarda 3. Zdravstveni sustavi: lijekovi i medicinska roba

Ljudi imaju pristup dosljednoj opskrbi esencijalnih lijekova i potrošnih materijala.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama)** :

- Pregledati postojeće liste esencijalnih lijekova u zemlji pogođenoj katastrofom u ranoj fazi intervencije kako bi utvrdili njihovu prikladnost (vidjeti smjernicu 1).
- Uspostaviti i podržavati listu standardiziranih esencijalnih lijekova i medicinske opreme koja sadrži stavke koje odgovaraju zdravstvenim potrebama i razini stručnosti zdravstvenih djelatnika (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Uspostaviti ili prilagoditi efektivan sustav 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 treba ih odložiti na siguran način.

Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Nijedna zdravstvena institucija nije ostala bez odabranih osnovnih lijekova dulje od sedam dana i prate se zalihe medicinskog potrošnog materijala (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Lista osnovnih lijekova:** Većina zemalja ima uspostavljenu listu osnovnih lijekova. Kada je to potrebno ovaj dokument treba pregledati, u dogovoru sa zdravstvenim vlastima u ranoj fazi intervencije na katastrofu, kako bi se utvrdila njegova prikladnost. Povremeno, mogu biti potrebne promjene na listi osnovnih lijekova, npr. ako postoje dokazi o otpornosti na preporučene antimikrobne lijekove. Ako ne postoji ažurirana lista, treba pratiti smjernice Svjetske zdravstvene organizacije npr. Model liste za osnovne 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 razinama u zdravstvu. To bi, također, trebalo biti povezano s potrebnim kompetencijama osoblja.
3. **Upravljanje lijekovima:** Zdravstvene agencije trebaju uspostaviti efektivan sustav upravljanja lijekovima. Cilj takvog sustava je da osigura efektivnu, ekonomičnu i racionalnu uporabu kvalitetnih lijekova te skladištenje i pravilno odlaganje lijekova kojima je istekao rok. Ovaj sustav trebao bi biti utemeljen na četiri ključna elementa ciklusa za upravljanje lijekovima: selekcija, nabava, distribucija i uporaba.

4. **Potrošni medicinski materijal:** Ovo uključuje listu osnovnih ili ključnih lijekova koji su odabrani za redovitu procjenu funkcioniranja sustava upravljanja lijekovima. Stavke koje će biti odabrane kao lijekovi koji se prate trebaju biti relevantne za prioritete javnog zdravlja i trebaju biti dostupne zdravstvenim ustanovama u svakom trenutku. Primjeri uključuju amoksicilin i paracetamol.

Standard 4. Zdravstveni sustavi: financiranje zdravstva

Ljudi imaju besplatan pristup temeljnim zdravstvenim uslugama za sve vrijeme trajanja katastrofe.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Identificirati i mobilizirati financijska sredstva za pružanje besplatnih zdravstvenih usluga na točki pružanja tih usluga pogođenom stanovništvu za vrijeme katastrofe (vidjeti smjernicu 1).
- Kada se kroz vladin sustav od korisnika naplaćuju naknade, treba poduzeti potrebne mjere za njihovo ukidanje ili privremenu obustavu za vrijeme trajanja intervencije (vidjeti smjernicu 2).
- Osigurati da financijska i tehnička podrška zdravstvenom sustavu pokriva sve financijske nedostatke kreirane ukidanjem i/ili suspenzijom naknada koje plaćaju korisnici i da se sustav nosi s povećanim zahtjevima za zdravstvene usluge (vidjeti smjernicu 1).

Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Primarne zdravstvene usluge besplatno se pružaju katastrofom pogođenom stanovništvu u svim državnim objektima i objektima nevladinih organizacija za vrijeme trajanja intervencije

Smjernice

1. **Finansiranje zdravstva:** Troškovi pružanja osnovnih zdravstvenih usluga variraju ovisno od konteksta. Kontekst obuhvaća postojeći zdravstveni sustav, stanovništvo pogođeno katastrofom i specifične zdravstvene potrebe koje određuje katastrofa. Prema Povjerenstvu za makroekonomiju i zdravlje SZO, minimalni paket temeljnih zdravstvenih usluga zahtijeva izdatke od najmanje 40 US$ po osobi godišnje u zemljama s niskim dohotkom (podatak iz 2008.). Pružanje zdravstvenih usluga u uvjetima katastrofa vjerojatno će izazvati veće troškove nego u stabilnim uvjetima.
2. **Naknade koje plaćaju korisnici** odnose se na izravna 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. Temeljno humanitarno načelo je da usluge i robe koje pružaju humanitarne organizacije trebaju biti besplatne

za primatelja. U kontekstu u kojem to nije moguće, može se smatrati da davanje gotovine i/ili bonova članovima pogođenog stanovništva omogućuje pristup zdravstvenim uslugama (vidjeti Standard 1. Osiguranje hrane: Transfer novca i bonova, na 170. str.). Uklanjanje naknada koje plaćaju korisnici moraju pratiti druge mjere za podršku za zdravstveni sustav kako bi on kompenzirao izgubljene prihode i povećanu uporabu (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 sustavi: upravljanje zdravstvenim informacijama

Osmišljavanje i osiguravanje zdravstvenih usluga provode se na temelju prikupljanja, analize, interpretacije i uporabe relevantnih podataka o javnom zdravlju.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Odlučiti o uporabi postojećeg zdravstvenog informacijskog sustava (eng. health information system – HIS), njegovoj adaptaciji ili uporabi 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 koja se podnosi izvješće i osigurati da ih rabe sve organizacije.
- Osmisliti sustave za nadzor i rano upozorenje (eng. early warning – EWARN) za detekciju epidemija kao sastavni dio HIS-a i nadograđivati postojeće HIS-ove, kad god je to moguće (vidjeti Standard 3. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti, na 273. str. i Dodatak 2: Primjer tjednih obrazaca za izvještavanje o nadzoru).
- Prepoznati i prijaviti prioritetne bolesti i zdravstvena stanja kroz HIS.
- Svi sudionici trebaju dogovoriti i koristiti zajedničke brojke, kao što je broj stanovnika (vidjeti smjernicu 3).
- Zdravstvene ustanove i organizacije trebaju redovito dostavljati podatke o nadzoru i ostale podatke o HIS-u vodećoj organizaciji. Frekvencija tih izvješća razlikovat će se ovisno od konteksta i tipa podataka, npr. dnevno, tjedno, mjesečno.
- Konzistentno koristiti dopunske podatke sa ostalim relevantnim izvorima, kao što su istraživanja, kako bi interpretirali podatke nadzora 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 pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sve zdravstvene ustanove i organizacije vodećoj organizaciji redovito podnose izvješće HIS u roku od 48 sati od isteka izvještajnog razdoblja.
- 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 redovita izvješća s informacijama o generalnom zdravlju, uključujući analizu i interpretaciju epidemioloških podataka, kao i izvješće o pokrivenosti zdravstvenim uslugama i rabljenju zdravstvenih usluga.

Smjernice

1. **Zdravstveni informacijski sistem:** Sustav 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 trenutnu krizu. Tijekom intervencije, zdravstveni podaci trebaju uključivati, ali ne ograničavati na sljedeće:

   - smrti zabilježene u zdravstvenim ustanovama, uključujući smrtne slučajeve djece ispod pet godina,
   - proporcionalni mortalitet,
   - mortalitet sa specifičnim uzrokom,
   - stope pojave za najčešće morbiditete,
   - proporcionalni morbiditet,
   - stopa iskorištenosti zdravstvene ustanove,
   - broj konzultacija po osobi zaposlenoj u klinici dnevno.

2. **Izvori podataka:** Pri interpretaciji i rabljenju podataka o zdravstvenim objektima treba uzeti u obzir izvor informacija i njegova ograničenja. Korištenje dopunskih podataka kod donošenja odluka od ključne je važnosti u sveobuhvatnom HIS-u, na primjer, procjena prevalencije bolesti ili informacija o ponašanju kod traženja zdravstvenih usluga. Ostali izvori podataka koji mogu poboljšati analizu uključuju istraživanja utemeljena na stanovništvu, laboratorijska izvješća i kvalitetu mjerenja usluga. Istraživanja i procjene moraju pratiti međunarodno priznat kriterij kvalitete i koristiti standardizirane alate i protokole i, gdje je to moguće, treba ih analizirati s partnerom.

3. **Detaljno razvrstavanje podataka:** Podaci trebaju, koliko je to moguće, biti razvrstani prema spolu, dobi, ranjivosti ili određenim pojedincima, dijelom stanovništva koji su pogođeni i domaćem stanovništvu i kontekstu (npr. situacija s kampom spram situacije bez kampa) kako bi služili da se usmjeri donošenje odluka. Detaljno razvrstavanje može biti teško tijekom 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 ranjivih osoba (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.).

4. **Povjerljivost:** Treba poduzeti odgovarajuće mjere opreza kako bi se zaštitila sigurnost pojedinaca, kao i samih podataka. Osoblje ne bi bez dozvole pacijenta smjelo dijeliti informacije o pacijentima s onima koji nisu izravno uključeni u njegu pacijenta. Posebnu pozornost treba posvetiti osobama s intelektualnim, mentalnim teškoćama 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 moraju se pažljivo tretirati. Može se razmotriti da se te informacije prenesu odgovarajućim akterima ili institucijama, ako pojedinac da svoj pristanak (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sustavi, na 255. str., Načelo zaštite 1, smjernice 7 - 12, na 29-30. str.).

   Pogledajte Dodatak 2 za primjer obrazaca za nadzor mortaliteta, EWARN i morbiditeta. Pogledajte Dodatak 3 za formule za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja.

Standard 6. Zdravstveni sustavi: vodstvo i koordinacija

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama koje su pod koordinacijom više agencija i sektora kako bi se postigao maksimalni efekt.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Kad god je to moguće osigurati da predstavnici Ministarstva zdravlja 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 organizacija s potrebnim kapacitetom da preuzme vodstvo u koordinaciji u sektoru zdravstva (vidjeti smjernice 1 – 2).
- Održavati redovite koordinacijske sastanke o zdravstvu za lokalne i izvanjske partnere na središnjoj, unutardržavnoj razini i terenskoj razini unutar zdravstvenog sektora, te između zdravstvenog sektora i drugih sektora i odgovarajućih skupina za multidisciplinarne teme (vidjeti smjernicu3 i Temeljni standard 2, na 49. str.).
- Razjasniti i dokumentirati konkretne odgovornosti i kapacitete svake zdravstvene organizacije kako bi se osigurala optimalna pokrivenost stanovništva (vidjeti smjernicu 1).
- Uspostaviti radne skupine u okviru mehanizma za koordinaciju kad god to određena situacija zahtijeva (npr. pripremljenost na izbijanje bolesti i djelovanja na njih, reproduktivno zdravlje).
- Redovito kreirati i distribuirati ažurirane informacije i biltene u zdravstvenom sektoru.

Ključni pokazatelj (čitati sa smjernicama):

- Vodeća agencija razvila je strateški dokument za intervenciju u sektoru zdravstva kako bi odredila prioritete intervencija i definirala ulogu vodeće agencije i agencija partnera na početku hitne intervencije (vidjeti smjernicu 2).

Smjernice

1. **Vodeća agencija za zdravstvo:** Ministarstvo zdravlja trebalo bi biti vodeća organizacija za zdravstvo i biti odgovorno za vođenje intervencije u sektoru zdravstva. U nekim situacijama, Ministarstvu zdravlja može nedostajati kapacitet ili volja da preuzme ulogu vođe na efektivan i nepristran način. U toj situaciji, SZO, kao vodeća organizacija za globalni zdravstveni klaster, uglavnom preuzima tu odgovornost. Povremeno, kada i ministarstvo zdravlja i SZO nemaju odgovarajući kapacitet, može biti potrebno da druga organizacija koordinira aktivnosti. Vodeća zdravstvena organizacija trebala bi osigurati da organizacije koje sudjeluju u intervenciji koordiniraju aktivnosti s lokalnim vlastima u zdravstvu i da podržavaju kapacitete lokalnih zdravstvenih sustava (vidjeti Temeljni standard 2, na 49. str.).
2. **Strategija zdravstvenog sektora:** Važna odgovornost vodeće zdravstvene organizacije je da razvije sveobuhvatnu strategiju za hitne intervencije unutar zdravstvenog sektora. U idealnom slučaju trebalo bi napraviti dokument u kojem se navode prioriteti i ciljevi u zdravstvenom sektoru i navode strategije za njihovo postizanje. Ovaj dokument trebao bi biti razvijen nakon konzultacija s relevantnim organizacijama i predstavnicima zajednice kako bi se osigurao što veći proces uključivanja svih aktera.
3. **Koordinacijski sastanci** trebaju biti usmjereni na intervenciju i osigurati forum u kojem se dijele informacije, identificiraju i nadziru prioriteti, 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 rabe 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. Temeljne zdravstvene usluge

Temeljne zdravstvene usluge su preventivne zdravstvene usluge i zdravstvene usluge liječenja koje su prikladne za rješavanje zdravstvenih potreba stanovništva pogođenog katastrofom. One uključuju intervencije koje su najefektivnije u prevenciji i smanjenju viška morbiditeta i mortaliteta od zaraznih i nezaraznih bolesti, posljedica sukoba i događaja s velikim brojem žrtava. Tijekom katastrofa, stopa smrtnosti može biti vrlo visoka i identifikacija glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta je važna za izradu odgovarajućih esencijalnih zdravstvenih usluga. Ovaj dio poglavlja o zdravlju daje temljne standarde zdravstvenih usluga kategoriziranih u šest dijelova: kontrola zaraznih bolesti, zdravlje djece, seksualno i reproduktivno zdravlje, povrede, mentalno zdravlje, i nezarazne bolesti.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: određivanje prioritetnih zdravstvenih usluga

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama koje su prioritetne za rješavanje glavnih uzroka prevelikog mortaliteta i morbiditeta.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Prikupljati i analizirati podatke o zdravstvenim problemima i rizicima, u svrhu usmjeravanja na glavne uzroke prevelikog mortaliteta i morbiditeta, u koordinaciji s lokalnim zdravstvenim vlastima (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str.).
- Identificirati ranjive ljude (npr. žene, djeca, starije osobe, osobe s invaliditetom itd.), koji mogu biti posebno izloženi riziku (vidjeti Načelo zaštite 2, na 30. str.).
- 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 prioritetnim zdravstvenim uslugama i utvrditi praktične načine za njihovo rješavanje (vidjeti smjernicu 2).
- Implementirati prioritetne zdravstvene usluge u koordinaciji sa svim ostalim sektorima i/ili klasterima i multidisciplinarnim temama (vidjeti Temeljni standard 2, na 49. str.).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Gruba stopa mortaliteta (CMR) održava se na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za dato stanovništvo prije katastrofe ili se smanjuje ispod iste (vidjeti smjernicu 3).
- Stopa smrtnosti djece mlađe od 5 godina (U5MR) održava se na manje od dvostruke osnovne stope dokumentirane za dato stanovništvo prije katastrofe ili se smanjuje ispod iste (vidjeti smjernicu 3).

Smjernice

1. **Prioritetne zdravstvene usluge** su temeljne zdravstvene usluge koje su efektivne u rješavanju glavnih uzroka prevelikog mortaliteta i morbiditeta. One se razlikuju ovisno od konteksta, uključujući i vrstu katastrofe i njezin utjecaj. Koliko je to moguće, prioritetne zdravstvene usluge treba temeljiti na načelu prakse utemeljene na dokazima i one trebaju donositi dokazanu korist za javno zdravlje. Nakon što mortalitet padne blizu osnovne razine, tijekom nekog vremena treba uvesti sveobuhvatniji obujam zdravstvenih usluga (vidjeti Temeljni standard 4, na stranici 55).
2. **Pristup zdravstvenim uslugama** treba temeljiti na načelima 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 pristupi i pokrivenost. Posebne potrebe ranjivih ljudi treba rješavati pri projektiranju zdravstvenih usluga. Prepreke pristupu mogu biti fizičke, financijske, bihevioralne i/ili kulturne, kao i komunikacijske. Bitno je prepoznavanje i prevladavanje takvih prepreka za pristup prioritetnim zdravstvenim uslugama (vidjeti Temeljni standard 3, na 52. str. i Načelo zaštite 2, na 30. str.).
3. **Opći mortalitet i mortalitet djece mlađe od 5 godina:** CMR je najkorisniji pokazatelj 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 trenutno djelovanje. Kada je osnovna stopa nepoznata ili sumnjive validnosti, agencija treba imati za cilj održavanje CMR-a koji je barem ispod 1,0/10.000/dan.

   U5MR je osjetljiviji pokazatelj od CMR-a. Kada je osnovna stopa nepoznata ili sumnjive validnosti, agencija 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
Supsaharska 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 razvitku	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. Temeljne zdravstvene usluge – kontrola zaraznih bolesti

Morbiditet i mortalitet zbog zaraznih bolesti imaju tendenciju povećanja u katastrofama. U mnogim okruženjima koja su pogođena sukobima, između 60 % i 90 % smrtnih slučajeva uzrokovala su četiri glavna uzroka zaraze: akutna respiratorna infekcija, dijareja, ospice i malarija, na mjestima gdje je malarija endemična. Akutna pothranjenost pogoršava ove bolesti, a posebno kod djece ispod 5 godina starosti. Epidemije zaraznih bolesti daleko su rjeđe povezane s prirodnim katastrofama koje nastaju naglo. Kad dođe do izbijanja zaraze, ona je uglavnom povezana sa čimbenicima rizika, kao što su raseljavanje populacije, prenatrpanost, neodgovarajući smještaj, manjak vode i nesigurna voda i neadekvatni sanitarni uvjeti.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge – kontrole zaraznih bolesti: prevencija zaraznih bolesti

Ljudi imaju pristup informacijama i uslugama koje su osmišljene kako bi se spriječile zarazne bolesti koje najznačajnije pridonose prevelikom morbiditetu i mortalitetu.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Razviti i provesti opće mjere prevencije u saradnji s relevantnim sektorima (vidjeti smjernicu 1).
- Provesti odgovarajuće metode kontrole prijenosnika bolesti za malariju, tropsku groznicu i druge bolesti koje prenose prijenosnici bolesti, ovisno o lokalnoj epidemiologiji (vidjeti smjernice 2 –3).
- Provesti specifične mjere za sprječavanje bolesti npr. masovna cjepiva protiv ospica kako to bude indicirano (vidjeti standard 1. Temeljne zdravstvene usluge – zdravlje djece, na 278. str.).

Ključni pokazatelj (čitati zajedno 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, cijepljenje protiv određenih bolesti, dovoljnu količinu hrane i sigurnu opskrbu hranom, kontrolu prijenosnika bolesti i osobnu zaštitu od njih i zdravstvenu edukaciju zajednice i društvenu mobilizaciju. Većina tih intervencija treba biti razvijena u suradnji s 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 215. – 222. str. i Standard 2. Neprehrambeni proizvodi, na 234. str.);

   - voda, sanitarni uvjeti, higijena – dovoljne količine pitke vode i odgovarajućih sanitarnih objekata i promocija higijene (vidjeti standarde 1 – 2. Promoviranje higijene, na 76 - 80. str., standarde 1 – 3. Vodoopskrba, na 83-88. str. i standarde 1 – 2. Odlaganje fekalija, na 90 - 94. str.);

   - ekološki prihvatljivi sanitarni uvjeti i sigurno upravljanje otpadom i kontrola prijenosnika (vidjeti smjernice 2 – 3, Standard 4. Skloništa i smještaj, na 227. str., standarde 1 – 3. kontrola prijenosnika bolesti, na 95 - 99. str., Standard 1. Upravljanje čvrstim otpadom, na 100. str. i Standard 1. Drenaže, na 103. str.);

   - osiguranje hrane, prehrane i pomoć u hrani – pristup dovoljnoj količini hrane i upravljanje pothranjenosti (vidjeti standarde 1 – 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 136. – 137. str.,

standarde 1 – 3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostatka mikronutrijenata, na 142. – 148. str., i Standard 1. Osiguranje hrane, na 150. str.);

- zdravstvena edukacija i socijalna mobilizacija – razvijanje poruka kako bi se osigurala efektivna implementacija navedenih preventivnih mjera.

2. **Prevencija malarije:** Provesti postupke prevencije malarije sukladno riziku od infekcije, fazom hitne situacije i mobilnošću stanovništva, tipom skloništa i ponašanjem lokalnog prijenosnika bolesti u području gdje je malarija endemična. Mjere za kontrolu prijenosnika bolesti, kao što su unutarnje prskanje reziduala (eng. indoor residual spring – 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 % domova. LLIN osiguravaju dugotrajnu osobnu zaštitu i predstavljaju uobičajan izbor. Raspodjela netretiranih mreža ne preporuča se (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni artikli, na 234. str. i standarde 1 – 3. Kontrola prijenosnika bolesti, na 95. – 99. str.). Izbor distribucije LLIN kao prioriteta za skupine izložene riziku ovisi od faze katastrofe i stupnju 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 kućanstava, trudnice i djeca do dvije godine starosti. Sljedeći prioritet su osobe uključene u programe dopunskog hranjenja, djeca ispod pet godina starosti i kućanstva s trudnicama i djecom do dvije godine starosti. Na kraju, cijelo stanovništvo izloženo riziku treba dobiti LLIN. U ranoj fazi katastrofe u područjima s niskom razinom prijenosa, LLIN trebalo bi koristiti u kliničkim uvjetima (na primjer, u rezidencijalnim centrima za terapijsko hranjenje i bolnicama).

3. **Prevencija denga groznice:** Kontrola prijenosnika bolesti (larve i odrasli insekti) glavna je metoda prevencije tropske groznice. Kontrola prijenosnika tropske groznice treba se 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, Aedes komarci se razmnožavaju u posudama za skladištenje vode i drugim lokacijama gdje se akumulira umjetna voda (plastične čaše, otpadne gume, razbijene boce, lonci za cvijeće i slično). Periodično pražnjenje i uklanjanje spremnika najefektivniji je način za smanjenje broja lokacija razmnožavanja. Voda uskladištena u kućama trebala bi biti pokrivena u svako doba, a spremnike treba očistiti i izribati jednom tjedno.

   Katastrofom pogođeno stanovništvo treba dobiti odgovarajuće spremnike za skladištenje vode s poklopcom. Obrada spremnika s odobrenim larvicidima, također,efektivan je način uklanjanja larvi. Prskanje s insekticidima efektivno je u smanjenju broja odraslih komaraca. Također treba poticati mjere osobne zaštite (vidjeti Standard 2. Neprehrambeni proizvodi, na 234. str. i standarde 1 – 3. Kontrola prijenosnika bolesti, na stranicama 95–99).

Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge - kontrole zaraznih bolesti: dijagnosticiranje zaraznih bolesti i upravljanje slučajevima bolesti

Ljudi imaju pristup efektivnoj dijagnozi i liječenju za one zarazne bolesti koje najznačajnije pridonose prevelikom morbiditetu i mortalitetu koji se mogu spriječiti.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osmisliti 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 prve razine na temelju standardnih protokola upravljanja slučajevima, odnosno integriranog upravljanja dječjim bolestima (eng. Integrated Management of Childhood Illnesses - MIMCI) i integriranog upravljanja bolestima odraslih (eng. Integrated Management of Adult Illnesses - IMAI), gdje se ta upravljanja provode, te upućivanje za daljnju njegu za liječenje teških bolesti (vidjeti smjernicu 1).
- Provesti trijažu, dijagnostiku i protokole za upravljanje slučajevima za rano liječenje stanja kao što su upala pluća, malarija, dijareja, ospice, meningitis, pothranjensot i tropska groznica i osposobiti osoblje o protokolima liječenja (vidjeti smjernice 2 – 3 i Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, na 279. str).
- Uvesti programe za kontrolu tuberkuloze tek nakon što su ispunjeni priznati kriteriji (vidjeti smjernicu 4).

Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Standardizirani protokoli upravljanja slučajevima za dijagnostiku i liječenje uobičajenih zaraznih bolesti lako su dostupni i dosljedno se koriste (vidjeti smjernice 1 – 3 i Standard 1. Zdravstveni sustavi, na 255. str.).

Smjernice

1. **Integrirano upravljanje dječijim bolestima i integrirano upravljanje bolestima odraslih:** Mortalitet uzrokovan zaraznim bolestima može se smanjiti ranom i točnom dijagnozom i odgovarajućim liječenjem. Uporaba IMCI-a i IMAI-a tamo gdje se isti 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 pravilne dijagnoze i racionalne uporabe lijekova (vidjeti također Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: zdravlje djece, na stranici 279).
2. **Upala pluća:** Ključ za smanjenje mortaliteta od upale pluća je brza uporaba oralnih antibiotika, kao što su amoksicilin, sukladno nacionalnim protokolima. Teška upala pluća zahtijeva bolničko liječenje i parenteralnu terapiju.

3. **Malarija:** Pristup brzom i efektivnom liječenju ključ je za uspješnu kontrolu malarije. U područjima za koja je malarija endemska treba uspostaviti protokol za ranu (manje od 24 sata) dijagnozu groznice i liječenje s vrlo efektivnim lijekovima koji se prvi primjenjuju (tzv. prva linija obrane). Kombinirane terapije na bazi artemisinina (ACT) standard su za liječenje falciparum malarije. Izbor lijeka treba odrediti u dogovoru s vodećom zdravstvenom agencijom 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 tuberkuloze potencijalno mogu učiniti više zla nego dobra, produženjem infektivnosti i doprinošenjem širenju bakterija otpornih na više lijekova. Iako briga o pojedinačnim pacijentima s tuberkulozom može biti moguća u vrijeme katastrofa, sveobuhvatni program kontrole tuberkuloze treba primijeniti samo ako su ispunjeni priznati kriteriji. Ti kriteriji uključuju obvezu i resurse agencije, te osiguranu stabilnost stanovništva tijekom najmanje 12-15 mjeseci i mogućnost isporuke dobrog i kvalitetnog programa. Kada se provode, programi kontrole tuberkuloze trebaju biti integrirani s nacionalnim programom zemlje u kojoj se provode i poštovati strategiju izravno promatrane terapije kratkog trajanja. U akutnoj fazi u hitnim situacijama, potencijalni prekid svih liječenja za sve kronične bolesti, uključujući i tuberkulozu i prestanak praćenja pacijenata, vjerojatno će biti značajan problem. Mora biti uspostavljena snažna suradnja između zdravstvenih radnika i uspostavljenih usluga nacionalnih programa za tuberkulozu. To će pomoći da ljudi koji su već bili na terapiji prije katastrofe nastave s liječenjem (vidjeti Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: nezarazne bolesti, na stranici 290).

Standard 3. Temeljne zdravstvene usluge - kontrola zaraznih bolesti: otkrivanje izbijanja epidemija i djelovanje

Za epidemije se pripravlja, one se otkrivaju, istražuju i kontroliraju na pravodoban i efektivan način.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

Otkrivanje:

- Uspostaviti EWARN sustav nadzora (rano upozorenje) i sustav djelovanja na temelju sveobuhvatne procjene rizika popjave zaraznih bolesti, kao dio šireg zdravstvenog informacijskog sustava (vidjeti smjernicu 1 i Standard 5. Zdravstveni sustavi, na 263. str.).
- Osposobiti osoblje za zdravstvenu njegu i zdravstvene djelatnike 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.

Pripravljenost:

- Pripraviti plan istrage izbijanja epidemije i plan djelovanja (vidjeti smjernicu 2).
- Osigurati da su dostupni protokoli za istrage 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 mogu se brzo nabaviti iz prethodno definiranih izvora (vidjeti smjernicu 3).
- Unaprijed odrediti lokacije za izolaciju i liječenje infektivnih pacijenata, kao što su npr. centri za tretman kolere;
- Identificirati laboratorij koji može pružiti potvrdu izbijanja epidemije, bilo na lokalnoj, regionalnoj, nacionalnoj razini 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, što je dovelo do identifikacije pojedinaca izloženih visokom riziku i prilagodite mjere kontrole (vidjeti smjernice 6 - 8).
- Provesti odgovarajuće mjere kontrole koje su specifične za bolesti i kontekst (vidjeti smjernicu 9).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- Pisani plan istraživanja izbijanja epidemije i plan djelovanja na raspolaganju su ili su razvijeni na početku intervencije;
- Zdravstvene agencije izvještavaju o izbijanjima epidemije na koja sumnjaju sljedećom odgovarajućom razinom unutar zdravstvenog sustava u roku od 24 sata od otkrivanja;
- Vodeća zdravstvena agencija pokrenut će istragu o prijavljenim slučajevima bolesti koje izazivaju epidemije u roku od 48 sata od obavijesti;
- Stopa smrtnosti (CFR) održava se ispod prihvatljivih razina:
  - kolera – 1 % ili niže,
  - šigeloza dizenterija – 1 % ili niže,
  - tifus – 1 % ili niže,
  - meningokokni meningitis – varira, 5–15 %,
  - malarija – varira, cilj za <5 % bolesnika teško oboljelih od malarije,
  - ospice – različito, 2–21 % prijavljenih u okruženju pogođenim sukobom, cilj za <5 % (vidjeti smjernicu 10).

Smjernice

1. **Sistem ranog upozoravanja za otkrivanje izbijanja epidemije:** ključni elementi takvog sustava će uključivati:

   - mrežu partnera u implementaciji,

   - implementaciju na razini svih zdravstvenih ustanova i na razini zajednice, ako je to moguće,

   - sveobuhvatnu procjenu rizika svih mogućih bolesti koje izazivaju epidemije,

   - identifikaciju, na temelju procjene rizika, malog broja prioritetnih stanja (10 o 12) za tjedni nadzor i određeni broj bolesti za momentalno izvještavanje „upozorenja" (vidjeti Dodatak 2: Primjeri formulara tjednih izvješća o nadzoru),

   - jasne definicije slučaja za svaku bolest ili stanje na standardnom obrascu za nadzor,

   - kritične pragove za upozorenje definirane za svaku prioritetnu bolest ili stanje za pokretanje istrage,

   - komunikacija kako bi se osigurale brze obavijesti o formalnim ili neformalnim upozorenjima (glasine, mediji itd.) odgovarajućim zdravstvenim vlastima,

   - sustav za evidenciju i reagiranje na neposredna upozorenja,

   - dostavljanje podataka, unos u standardnu bazu podataka i analiza na tjednoj osnovi,

   - povratne informacije iz tjednih nadzora i neposredne informacije upozorenja za sve partnere,

   - redoviti nadzor kako bi se osigurala kvaliteta podataka, kao i pravodobnost i potpunost izvještavanja,

   - standardni protokoli i obrasci za istrage,

   - standardne procedure za razmjene informacija i početak djelovanja na izbijanje epidemije.

2. **Istraga izbijanja epidemije i plan kontrole:** ovo mora biti pripravljeno uz puno sudjelovanje 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 lokalnoj i nacionalnoj razini,

   - resursi i sadržaji dostupni za istragu i djelovanje na izbijanje bolesti,

   - popis potrebnih osnovnih lijekova, pomagala i dijagnostike.

3. **Rezervne zalihe:** Rezerve na licu mjesta trebaju sadržavati materijal za uporabu u reakciji na vjerojatno izbijanje epidemije. U nekim okolnostima mogu biti potrebni zapakirani kompleti za dijareju ili koleru. Može biti nepraktično na licu mjesta držati neke rezerve, kao što su meningokokna cjepiva. Za te proizvode treba unaprijed odrediti procedure za brzu nabavu, prijevoz i skladištenje, tako da se mogu brzo nabaviti.

4. **Referentne laboratorije:** Laboratorijska ispitivanja korisna su za potvrdu dijagnoze tijekom sumnje na epidemiju za koju može biti indicirano masovno cijepljenje (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 sa sofisticiranijim testiranjima treba odrediti bilo na regionalnoj ili na međunarodnoj razini, npr. kod serološke dijagnostike, ospica, žute groznice, tropske 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 za transport u „hladnom lancu" trebaju biti dostupni na licu mjesta ili 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 izbijanja epidemije su:

   1. utvrditi postojanje izbijanja epidemije,

   2. potvrditi dijagnozu,

   3. definirati slučaj,

   4. izbrojiti slučajeve,

   5. izvršiti opisnu epidemiologiju (vrijeme, osoba, mjesto),

   6. utvrditi tko je u opasnosti,

   7. razviti hipoteze objašnjavajući izloženost i bolesti

   8. procijeniti hipoteze,

   9. informirati o spoznajama

   10. provesti mjere kontrole.

   Ovi koraci ne moraju se provoditi u bilo kojem 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, ospice, 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 tjedni prosjek; šigeloza u regijama gdje nije endemska i u izbjegličkim kampovima, jedan slučaj šigeloze treba potaknuti zabrinutost zbog mogućeg izbijanja epidemije,

   - malarija - definicije su specifične za situaciju; povećanje broja slučajeva iznad onoga što se očekuje za određeno doba godine u definiranoj populaciji u određenom području može ukazivati na izbijanje epidemije. Ako nema povijesnih podataka, signali upozorenja uključuju značajno povećanje slučajeva groznica koji su potvrđeni kao malarija u protekle dva tjedna i sve veći trend stope smrtnosti tijekom proteklih tjedana,

- meningokokni meningitis - u pojasu meningitisa - za stanovništvo iznad 30.000, 15 slučajeva/100.000 osoba/tjedno. Međutim, kod visokog rizika izbijanja epidemija, (tj. bez izbijanja epidemija tijekom više od 3 godine i gdje je pokrivenost cjepivom <80 %), taj prag se smanjuje na 10 slučajeva/100.000 osoba/tjedno. U stanovništvu manjem od 30.000, izbijanje epidemije potvrđuje pet slučajeva u jednom tjednu ili udvostručenje broja slučajeva u razdoblju od tri tjedna. U kampu, dva potvrđena slučaja u jednom tjednu ukazuju na izbijanje epidemije,

- tropska groznica - povećanje slučajeva groznica u posljednja dva tjedna koji pokazuju povećanu razinu IgG (na temelju uparenih testiranja uzastopnih sera uzoraka) febrilnih pacijenata koji su bolesni od 3 do 5 dana i sa smanjenim brojem trombocita (<20. 000).

8. **Reakcija na izbijanje epidemije:** Ključne komponente reakcije na izbijanje epidemije su koordinacija, upravljanje slučajevima, nadzor i epidemiologija, laboratorijske i posebne preventivne mjere, kao što su poboljšanje vodoopskrbe i sanitarnih uvjeta, ovisno od bolesti, rizika prijenosa, društvene mobilizacije, odnos 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 osmišljavanje 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 (npr. masovna cjepljenja kako bi se spriječile ospice ili uporaba LLIN kako bi se spriječila malarija) i modificiranje imuniteta (npr, brza dijagnostika i liječenje ili putem hemoprofilakse) (vidjeti Standard 5. Zdravstveni sustavi, na 263. str., standarde 1. i 2. Vodoopskrba, na 75. - 77. str., standarde 1. i 2. Promoviranje higijene, na 78. - 82. str. i standarde 1 - 3. Kontrola prijenosnika bolesti, na stranicama 95–99).

10. **Stopa smrtnosti slučajeva (CFR):** Prihvatljivi CFR za zarazne bolesti razlikuje se 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 razine, treba odmah izvršiti evaluaciju mjera kontrole i preduzeti korektivne mjere kako bi se osiguralo da se CFR održava na prihvatljivoj razini.

2.2. Temeljne zdravstvene usluge – zdravlje djece

Tijekom hitnih situacija, djeca su posebno osjetljiva na povećane stope morbiditeta i mortaliteta. Rješavanje njihovih specifičnih zdravstvenih potreba zahtijeva intervencije usmjerene na djecu. Zdravstvene intervencije za djecu moraju uključivati one koje se bave glavnim uzrocima prevelikog morbiditeta i mortaliteta, uključujući akutne respiratorne infekcije, dijareju, ospice, pothranjenost i neonatalne uzroke.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge - zdravlje za djece: prevencija bolesti koje se mogu spriječiti cjepivima

Kada se situacija stabilizira djeca u dobi od 6 mjeseci do 15 godina imaju imunitet protiv ospica i pristup uslugama rutinskog proširenog programa za imunizaciju (EPI).

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama)

- Napraviti procjenu obujma cijepljenja za ospice kod djece od 9 mjeseci do 15 godina na početku intervencije, kako bi se utvrdila opasnost od izbijanja epidemije (vidjeti smjernicu 1).
- Kada je pokrivenost cijepljenja za ospice <90 % ili nepoznata, provesti kampanju masovnog cijepljenja za ospice za djecu u dobi od 6 mjeseci do 15 godina, uključujući i davanje vitamina A djeci u dobi od 6 do 59 mjeseci (vidjeti smjernice 1 - 2).
- Osigurati da sva dojenčad cijepljena između 6 - 9 mjeseci starosti prime drugu dozu cjepiva protiv ospica nakon 9 mjeseci (vidjeti smjernicu 3).
- Uspostaviti stalni sustav za mobilno ili raseljeno stanovništvo kako bi se osiguralo da barem 95 % došljaka u kamp ili zajednicu u dobi od 6 mjeseci do 15 godina dobije cjepivo protiv ospica.
- Čim to uvjeti dozvole ponovno uspostaviti EPI kako bi rutinski cijepili djecu protiv ospica i drugih bolesti koje se mogu spriječiti cjepivom, a uključene su u nacionalnom planu (vidjeti smjernicu 4).

Ključni pokazatelji (čitati zajedno sa smjernicama):

- po završetku kampanje cjepiva za ospice:
  - najmanje 95 % djece u dobi od 6 mjeseci do 15 godina dobilo je cjepivo za ospice,
  - najmanje 95 % djece u dobi od 6 do 59 mjeseci dobilo je odgovarajuću dozu vitamina A;
- barem 90 % djece u dobi od 12 mjeseci je dobilo tri doze DPT-a (difterija, pertusis i tetanus) nakon ponovnog uspostavljanja rutinskih EPI usluga, što je posredni pokazatelj za potpuno imuniziranu djecu.

Smjernice

1. **Pokrivenost cjepivom protiv ospica:** Odredite pokrivenost cjepivom za ospice u pogođenom stanovništvu kroz pregled podataka o pokrivenosti cjepivom. Na temelju toga pregleda, utvrdite je li obuhvat rutinskog cijepljenja za ospice veće ili jednako 90% tijekom prethodnih pet godina, i/ili ako je kampanja protiv ospica provedena u prethodnih 12 mjeseci, je li dosegla manje ili jednako 90% djece u dobi od 9 mjeseci do 5 godina. Ako je pokrivenost cijepljenjem za ospice <90%, nepoznata ili postoje sumnje u vezi s procjenom pokrivenosti, kampanja mora biti provedena na temelju pretpostavke da je pokrivenost nedovoljna da bi se spriječilo izbijanje epidemije.

2. **Raspon godina za cijepljenje protiv ospica:** Neka starija djeca možda su izbjegla i prethodne kampanje cijepljenja protiv ospica i same ospice. Ta djeca ostaju u opasnosti od ospica, 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 zašto se cijepjenje preporučuje do dobi od 15 godina. U okruženju sa siromašnim resursima, možda neće biti moguće cijepiti svu djecu u dobi od 6 mjeseci do 15 godina. U tim situacijama, prioritet treba dati djeci u dobi od 6 do 59 mjeseci. Sva djeca u ciljnoj starosnoj skupini trebaju biti cijepljena protiv ospica, bez obzira na njihov prethodni status imunizacije.
3. **Ponoviti cjepivo protiv ospica za djecu uzrasta od 6 do 9 mjeseci:** Sva djeca u dobi od 6 do 9 mjeseci koja su primila cjepivo protiv ospica trebala bi dobiti dodatnu dozu cjepiva protiv ospica nakon 9 mjeseci starosti, uz najmanje mjesec dana između dvije doze.
4. **Ponovno uspostavljanje nacionalnog programa EPI:** U isto vrijeme dok se priprema kampanja masovnog cijepljenja protiv ospica, trebali bi početi planovi za ponovno uspostavljanje programa EPI u suradnji s nacionalnim vlastima. Brza ponovna uspostava cjepiva EPI ne samo da izravno štiti djecu od bolesti kao što su ospice, difterija i pertusis, već ima dodatnu vrijednost jer se smanjuje rizik od respiratornih infekcija.

Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge – zdravlje djece: upravljanje bolestima novorođenčadi i dječjim bolestima

Djeca imaju pristup prioritetnim zdravstvenim uslugama koje su osmišljene za rješavanje glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta novorođenčadi i djece.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Poruke zdravstvene edukacije trebaju potaknuti pogođeno stanovništvo da traži ranu njegu za bilo koju bolest (groznica, kašalj, dijareja itd.) kod novorođenčadi u osmišljavanju poruka zdravstvene edukacije, uzmite u obzir djecu koja nemaju odrasle osobe koje se brinu za njih (vidjeti Standard 1. Zdravstveni sustavi , smjernica 3, na 257. str.).
- Gdje je to moguće osigurati neophodnu njegu za novorođenčad prema Integriranom upravljanju trudnoćom i smjernicama za porod (IMPAC), (vidjeti smjernicu 1).
- Osigurati zdravstvenu zaštitu djeci u zdravstvenim ustanovama prve razine rabeći nacionalni protokol, odnosno smjernice IMCI tamo gdje se iste provode i bolničko liječenje za ozbiljno bolesnu djecu (vidjeti smjernicu 2).
- Uspostavite standardizirani sustav procjene za hitne slučajeve i trijažu u svim zdravstvenim ustanovama koje pružaju njegu za bolesnu djecu kako bi se osiguralo da djeca s hitnim znakovima dobiju hitno liječenje (vidjeti smjernicu 3).
- Osigurati da djeci koja rabe zdravstvene usluge budu utvrđen status uhranjenosti i upućena

na prehrambene usluge (vidjeti standarde 1 - 3. Liječenje akutne pothranjenosti i nedostataka mikronutrijenata, na 142. - 148. str.).

- Uspostaviti odgovarajući protokol upravljanja za liječenje slučajeva difterije i pertusisa u situacijama u kojima je rizik od izbijanja tih bolesti visok (vidjeti smjernicu 6).
- Stavite na raspolaganje potrebne lijekove za liječenje najčešćih dječjih bolesti u odgovarajućim dozama i oblicima.

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sva djeca do pet godina starosti koja imaju malariju dobila su efektivno liječenje protiv malarije u roku od 24 sata od početka simptoma (vidjeti standard 2. Temeljne zdravstvene usluge: kontrola zaraznih bolesti, na 272. str.).
- Sva djeca do pet godina starosti koja imaju dijareju primila su oralne soli za rehidraciju (ORS) i dopunu cinka (vidjeti smjernicu 3).
- Sva djeca do pet godina starosti koja se prijavljuju s upalom pluća dobila su odgovarajuće antibiotike (vidjeti smjernicu 5).

Smjernice

1. **Njega novorođenčeta:** Sva novorođenčad u idealnom slučaju trebala bi dobiti stručnu pomoć pri rođenju (po mogućnosti u zdravstvenoj ustanovi) novorođenčad treba utopliti i što prije odmah i isključivo dojiti. Svu novorođenčad treba procijeniti kako bi se vidjelo imaju li bilo kakve probleme, a posebno teškoće s hranjenjem. Svu bolesnu novorođenčad treba procijeniti za moguću sepsu i lokalne infekcije.
2. **Integrirano upravljanje dječijim bolestima (IMCI):** IMCI je integrirani pristup zdravlju djece koji se usmjerava na njegu djece mlađe od 5 godina na razini 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 osposobljeni na odgovarajući način.
3. **Trijaža:** IMCI i smjernice za upućivanje na njegu mogu se poboljšati kada se rabe u kombinaciji s brzom trijažom i liječenjem. Trijaža je razvrstavanje pacijenata u prioritetne skupine prema njihovim medicinskim potrebama, raspoloživim resursima i njihovim mogućnostima za preživljavanje. Kliničko osoblje uključeno u njegu bolesne djece treba biti osposobljeno za uporabu smjernica hitne trijaže, procjene i liječenja (ETAT) za provođenje brze procjene.
4. **Upravljanje dijarejom:** Djeca s dijarejom moraju biti liječena ORS-om niskog osmolaliteta i primati dopunu cinka. ORS niskog osmolaliteta skraćuje trajanje epizode dijareje i smanjuje potrebu za intravenskom tekućinom.
5. **Tretman upalom pluća:** Treba procijeniti da li djeca koja kašlju imaju brzo i/ili otežano disanje i uvučenost prsa. Djeca s 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:** Epidemije pertusisa uobičajena su u situacijama raseljavanja stanovništva. Kampanja cijepljenja kao reakcija na epidemije pertusisa obično se izbjegava zbog zabrinutosti oko nuspojava među starijim primateljima DPT cjepiva sa cijelim stanicama. Međutim izbijanje epidemije može se koristiti za rješavanje nedostataka rutinske imunizacije. Upravljanje slučajevima uključuje antibiotsku terapiju slučajeva i rano profilaktičko liječenje kontakata u kućanstvima gdje se nalazi dijete ili trudnica. Izbijanja epidemije difterije su rjeđa, ali su kod prenapučenosti uvijek prijetnja u populaciji s niskim imunitetom na difteriju. Kao reakcija na izbijanje epidemije difterije u kampovima provodi se masovna kampanja cijepljenja s tri odvojene doze cjepiva. Upravljanje slučajevima uključuje davanje antitoksina i antibiotika.

2.3. Temeljne 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 reproduktivnom zdravlju i uslugama kako bi mogli donijeti slobodne i informirane odluke. Kvaliteta usluga reproduktivnog zdravlja mora se temeljiti na potrebama pogođenog stanovništva. Usluge koje se tiču reproduktivnog zdravlja moraju poštivati vjerska uvjerenja, etičke vrijednosti i kulturno podrijetlo zajednice, a biti i sukladne univerzalno priznatim međunarodnim standardima ljudskih prava.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge - seksualno i reproduktivno zdravlje: reproduktivno zdravlje

Ljudi imaju pristup prioritetnim zdravstvenim uslugama za reproduktivno zdravlje u okviru Minimalnog osnovnog paketa usluga (eng. Minimum Initial Service Package - MISP) prilikom početka hitne situacije te pristup svim uslugama za reproduktivno zdravlja i kada se situacija stabilizira.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Prepoznati vodeću agenciju za reproduktivno zdravlje u zdravstvenom sektoru ili klasteru kako bi olakšali koordinaciju i implementaciju MISP i osigurali da službenik za reproduktivno zdravlje (nominirala vodeća agencije za reproduktivno zdravlje) 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 kliničku obrada u slučajevima seksualnog nasilja, uključujući pristup podršci za

mentalno zdravlje i psihosocijalnoj podršci i pravnoj pomoći (vidjeti smjernicu 3 i Načelo zaštite 2, smjernica 7, na 33. str.).

- Uspostaviti minimalni skup usluga prevencije HIV-a, te liječenja, njege i podrške kako bi se smanjio prijenos HIV-a (vidjeti Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge - seksualno i reproduktivno zdravlje, na 284. str.).
- Osigurati da su hitne usluge za slučajeve poroda i njege 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 (eng. basic emergency obstetric care – BEmOC) i njega za novorođenče;

  - kod bolnica kojima se upućuju slučajevi – vješto medicinsko osoblje i materijali za sveobuhvatno upravljanje komplikacijama tijekom poroda i komplikacijama kod novorođenčadi; sveobuhvatna hitna njega kod poroda (eng. comprehensive emergency obstetric care – CEmOC) i njega za novorođenče;

  - komunikacijski i transportni sustav za upravljanje hitnim slučajevima kod poroda i kod novorođenčadi uspostavljen je i funkcionira 24 sata na dan, sedam dana u tjednu, 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 žene u poodmakloj trudnoći i babice za čiste kućne porode, kada je pristup stručnim zdravstvenim uslugama i zdravstvenim ustanovama nemoguć (vidjeti smjernicu 4).
- Informirati stanovništvo o prednostima i dostupnosti kliničkih usluga za one koji su preživjeli seksualno nasilje i o sustavu za hitno upućivanje kod komplikacija u trudnoći i na porođaju (vidjeti smjernice 3 - 4).
- Osigurati da su uobičajene kontracepcijske metode dostupne i da zadovoljavaju potražnju (vidjeti smjernicu 2).
- Planirati da se implementiraju sveobuhvatne usluge u oblasti reproduktivnog zdravlja kao integrirane u primarnu zdravstvenu zaštitu, u najkraćem mogućem roku (vidjeti smjernicu 1).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Na osnovu nacionalnih protokola ili protokola Svjetske zdravstvene organizacije. Sve zdravstvene ustanove imaju osposobljeno osoblje, dovoljne zalihe i opremu za kliničko upravljanje slučajevima osoba koje su preživjele silovanje.
- Sve trudnice dobivaju čiste komplete za porod u trećem tromjesečju trudnoće.
- Postoje najmanje četiri zdravstvene ustanove s BEmOC i njegom za novorođenčad/500.000 stanovnika.
- Postoji barem jedna zdravstvena ustanova s CEmOC i njegom za novorođenčad/500.000 stanovnika.
- Udio poroda putem carskog reza nije manji od 5 % ili veći od 15 % (vidjeti smjernicu 4).

Smjernice

1. **Minimalni početni paket usluga:** MISP definira usluge koje su najvažnije za sprečavanje morbiditeta vezanog za reproduktivno zdravlje i mortaliteta među ženama, muškarcima i adolescentima u situacijama katastrofa. On sadrži koordinirani komplet prioritetnih usluga u oblasti reproduktivnog zdravlja koji se moraju provoditi istodobno 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 u oblasti reproduktivnog zdravlja čim se situacija stabilizira. Planiranje za integraciju kvalitetnih sveobuhvatnih aktivnosti u oblasti reproduktivnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na početku hitne situacije neophodno je kako bi se osigurao kontinuitet njege. Sveobuhvatna njega u oblasti reproduktivnog zdravlja uključuje nadogradnju postojećih usluga, dodavanje usluga koje nedostaju i poboljšanje kvalitete usluga.
2. **Materijali za reproduktivno zdravlje:** Potrošni materijal za MISP mora se distribuirati i uskladištiti 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, magnezij-sulfat 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 Interagencijska radna skupina za reproduktivno zdravlje u katastrofi, sadrže lijekove i potrošni materijal za razdoblje od tri mjeseca.
3. **Seksualno nasilje:** Svi akteri u djelovanju na katastrofe moraju biti svjesni opasnosti od seksualnog nasilja, uključujući seksualno iskorištavanje i zlostavljanje koje čine humanitarni djelatnici 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 s drugima kako bi se pružile informacije za napore prevencije i djelovanja. Učestalost seksualnog nasilja treba pratiti. Moraju biti uspostavljene mjere za pomoć preživjelima u svim zdravstvenim ustanovama primarne razine 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 vjerojatnih spolno prenosivih infekcija (eng. sexually transmitted infections – STI), njegu rana, prevenciju tetanusa i prevenciju hepatitisa B. Uporaba hitne kontracepcije je osobni izbor koji mogu odabrati samo 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 biti 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 pristanak preživjele osobe. Povjerljivost je bitna u svim fazama (vidjeti Standard 5. Zdravstveni sustavi, smjernica 4, na 265. str. i Načelo zaštite 1, smjernice 7 - 12, na 33. str.).
4. **Hitna njega pri porodu i njega novorođenčadi:** Oko 4% katastrofom pogođenog stanovništva su trudnice. Oko 15% svih trudnica doživjet će nepredvidljive porođajne komplikacije tijekom trudnoće ili u trenutku poroda, to će zahtijevati hitnu porođajnu njegu, a 5 - 15 % svih poroda zahtijevat će operaciju, kao što je carski rez. Kako bi se spriječilo prevelik mortalitet i morbiditet majki i novorođenčadi uslijed 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 (magnezijev-sulfat), ručno uklanjanje zadržanih proizvoda začeća uporabom 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. Sustav upućivanja treba osigurati da se žene ili novorođenčad upućuju na njegu i imaju sredstva za putovanje do i od primarne zdravstvene ustanove s BEmOC-om i njegom za novorođenčad, te bolnice s CEmOC-om i uslugama njege za novorođenčad.

Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge - seksualno i reproduktivno zdravlje: HIV i AIDS

Ljudi imaju pristup minimalnom skupu prevencije HIV-a, liječenja, njege i uslugama podrške tijekom katastrofa.

Ključne aktivnosti (čitati zajedno sa smjernicama):

- Utvrditi standardne mjere opreza i sigurne postupke odlaganja otpada u svim situacijama u zdravstvu (vidjeti smjernicu 2 i Standard 1. Zdravstveni sustavi, smjernice 10 - 11, na 258. str.).
- Uspostaviti i pratiti sigurnu opskrbu krvi i racionalnu uporabu transfuzije krvi (vidjeti smjernicu 2 i Standard 1. Zdravstveni sustavi, smjernica 5, na 257. str.).
- Uspostaviti pristup kvalitetnim besplatnim muškim i ženskim kondomima, uključujući i informacije o pravilnoj uporabi kondoma.
- Osigurati da zdravstvene ustanove osiguravaju liječenje svih pacijenata koji pokazuju simptome spolno prenosivih infekcija.
- Pobrinuti se da se usluge profilakse (eng. post-exposure prophylaxis – PEP) 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 skupinama (npr. prostitutke).
- Osigurati zaštitu od prijenosa HIV-a s majke na dijete (eng. prevention of mother-to-child transmission – PMTCT) omogućavanjem 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 su rodile majke za koje se zna da su HIV pozitivne, uključujući usmjeravanje i savjetovanje o prehrani dojenčadi (vidjeti Standard 2. Prehrana dojenčadi i male djece, na 137. str.).
- Osigurati da osobe koje žive s HIV-om (PLHIV) primaju zdravstvenu zaštitu, uključujući kotrimoksazol 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 isti 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 se proširi paleta usluga kontrole HIV-a u fazi nakon katastrofe (vidjeti smjernicu 1).

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Ljudi s najvećim rizikom izloženosti HIV-u usmjeravaju se programom prevencije HIV-a,
- Trudnice za koje se zna da su HIV pozitivne dobile su ARV lijekove za PMTCT,
- 100 % krvi za transfuzije pregleda se pregledima za transfuzijom prenosive infekcije, uključujući HIV,
- Pojedinci koji su potencijalno izloženi HIV-u (profesionalna izloženosti u zdravstvenom okruženju i neprofesionalna izloženost) primaju PEP u roku od 72 sata od incidenta,
- Sve primarne zdravstvene ustanove imaju antimikrobnu terapiju kako bi osigurale liječenje pacijenata koji pokazuju simptome STI.

Smjernice

1. **Kontrola HIV-a:** Minimalni skup prevencije, liječenja, njege i podrške za HIV, opisan u ključnim aktivnostima ovog standarda sastoji se od radnji koje zdravstveni sektor mora poduzeti kako bi spriječio prijenos HIV-a i za pružanje njege i podrške ljudima koji žive s HIV-om. One bi trebale biti implementirane u ranim fazama bilo kakvog djelovanja u situacijama katastrofe.
2. **Prevencija prijenosa HIV-a u zdravstvenom okruženju:** Prevencija prijenosa HIV-a u zdravstvenom okruženju (npr. bolnice, ambulante, kampanje cijepljenja) prioritet je u ranim fazama intervencije 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 sustavi, smjernice 5, 10 - 11, na stranicama 257–258).
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 dan osobama za koje se zna da su HIV pozitivne, a savjetovanje i testiranje ne bi smjeli biti obvezni 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 izvediv je. Nastavak ART-a za one koji su već rabili terapiju prije katastrofe mora se smatrati za prioritet tijekom djelovanja u situaciji katastrofe. Trudnice koje su već primale ART trebaju nastaviti uzimanje ARV-a bez prekida. Trudnice za koje se zna da su HIV pozitivne trebale bi dobiti ARV za PMTCT prema nacionalnom protokolu, gdje je to moguće.

Napomena

Caritas Internationalis i njegovi članovi ne promoviraju uporabu ili distribuiranje bilo kojeg oblika vještačke kontrole rađanja.

2.4. Temeljne zdravstvene usluge – povrede

Povrede su obično glavni uzrok prevelikog mortaliteta i morbiditeta nakon prirodnih katastrofa koje nastaju naglo, kao što su potresi. Mnoge prirodne katastrofe koje nastaju naglo događaji su s velikim brojem žrtava, što znači da više ljudi postanu pacijenti nego što su lokalno raspoloživi resursi u stanju da zbrinu pomoć uobičajenih postupaka. Povrede zbog tjelesnog nasilja, također, su povezane sa složenim hitnim situacijama. Tijekom oružanog sukoba na primjer, većina smrtnih slučajeva vezanih za traume javljaju se u nesigurnim područjima daleko od zdravstvenih ustanova i stoga se obično ne mogu spriječiti medicinskom njegom. Potrebne su intervencije koje imaju za svrhu spriječiti smrti prouzrokovane ovim situacijama kod civilnog stanovništva (vidjeti Načelo zaštite 2, smjernice 1 - 5, na str. 30–31).

Standard 2. Temeljne zdravstvene usluge - povrede: zbrinjavanje povreda

Ljudi imaju pristup efektivnoj njezi za povrede tijekom katastrofa kako bi se spriječio morbiditet, mortalitet i invaliditet koji se mogu izbjeći.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osigurati da lokalni zdravstveni radnici i oni koji koordiniraju intervencijom u zdravstvenom sektoru budu upoznati s upravljanjem situacijama s masovnim žrtvama (vidjeti smjernicu 1);
- Uspostaviti standardizirani sustav trijaže kod situacija s masovnim žrtvama s jasnim smjernicama za procjenu, određivanje prioriteta, osnovnu reanimaciju i upućivanje (vidjeti smjernicu 1);
- Osigurati da zdravstveni radnici razumiju osnovna načela i vještine za pružanje prve pomoći i osnovne reanimacije (vidjeti smjernicu 2);
- Osigurati da su lokalni zdravstveni radnici upoznati sa osnovnim načelima obrade rana (vidjeti smjernicu 3);
- Osigurati cjepivo za tetanus koje sadrži toksoid za osobe s 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 traumatologije i kirurške usluge, kao i rehabilitaciju nakon traume i operacije pružaju samo agencije 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 lokalnoj razini (vidjeti smjernicu 6).

Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- sve zdravstvene ustanove imaju osposobljeno osoblje i sustave za rad s povećanim brojem žrtava.

Smjernice

1. **Trijaža:** Trijaža je proces kategorizacije pacijenata prema težini njihovih povreda ili bolesti, a i proces određivanja prioriteta za liječenje sukladno raspoloživim resursima i mogućnostima za preživljavanje pacijenata. Kod događaja s velikim brojem žrtava, oni s teškim, po život opasnim povredama mogu dobiti nižu razinu prioriteta od onih s povredama koje je lakše preživjeti. Ne postoji standardizirani sustav trijaže i nekoliko takvih sustava su u uporabi širom svijeta. Najčešća klasifikacija rabi sustav koda sa četiri boje: crvena za visoki prioritet, žuta za srednji prioritet, a zelena se rabi 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 mogu značajno povećati njihove šanse za preživljavanje, čak i kod teških povreda. Ostali neoperativni postupci jednako su bitni, a kao što su čišćenje i obrada rana i davanje antibiotika i profilakse za tetanus.
3. **Zbrinjavanje rana:** Kod većine katastrofa, mnogi pacijenti doći će 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 načelima i protokolima za sprječavanje infekcija rana i upravljanje infekcijama rana, što uključuje i odloženo primarno zatvaranje i čišćenje rana i kirurško 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 preporučava, cjepivo koje sadrži tetanus toxoid (DT ili TD – cjepiva za difteriju i tetanus - ili DPT, ovisno od dobi i povijesti cijepljenja) preporuča se za one s 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 cijepljeni protiv tetanusa trebaju primiti dozu imuno globulina tetanusa (TIG), ako je ista dostupna.
5. **Traumatološka i kirurška njega:** Operativna traumatska njega i ratna kirurgija spašavaju živote i dugoročnu invalidnost i zahtijevaju posebnu obuku i resurse koje ima malo agencija. Neodgovarajuća ili neadekvatna operacija može učiniti više zla nego da se ne radi ništa. Štoviše, kirurgija bez bilo kakve neposredne rehabilitacije može dovesti do potpunog neuspjeha obnavljanja funkcionalnih sposobnosti pacijenta. Zato samo organizacije i stručnjaci s 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) također, trebat će fizičku rehabilitaciju. Gdje je to moguće, partnerstvo s programima rehabilitacije u zajednici može optimizirati postoperativnu njegu i rehabilitaciju za preživjele s povredama.

2.5. Temeljne zdravstvene usluge – mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje i psihosocijalni problemi javljaju se u svim humanitarnim okruženjima. Užasi, gubici, nesigurnost i brojni drugi čimbenici 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 skupine više sektora i više klastera. Standard mentalnog zdravlja u nastavku fokusira se na aktivnosti zdravstvenih aktera. Čitatelji trebaju vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str. i Načelo zaštite 3, na 32. str.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: mentalno zdravlje

Ljudi imaju pristup zdravstvenim uslugama za sprječavanje problema mentalnog zdravlja i s tim povezanim povezanih poteškoća u funkcioniranju

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Osigurati da se razviju lokalne intervencije na temelju 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).
- Pobrinuti se da postoji barem jedan član osoblja u svakoj zdravstvenoj ustanovi koji radi s različitim, ozbiljnim mentalnim problemima kod odraslih i djece (vidjeti smjernicu 3);
- Osigurati 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 razvitak održivog sustava mentalnog zdravlja zajednice (vidjeti smjernicu 5).

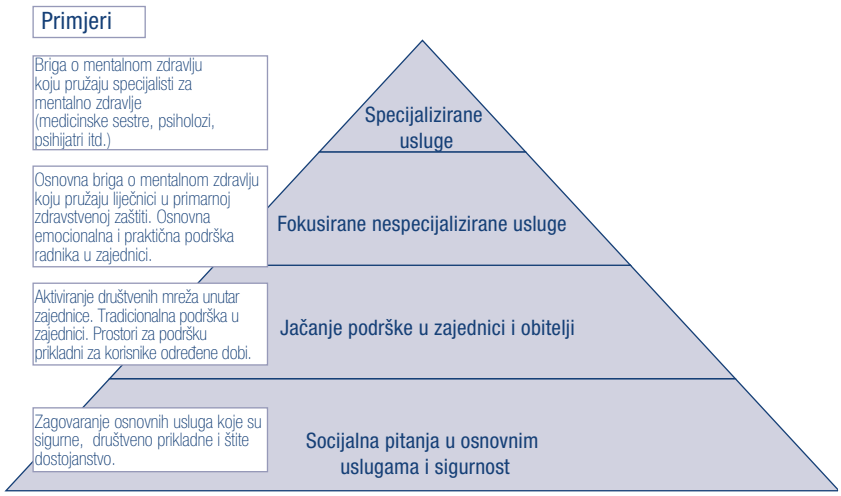
Ključni pokazatelj **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sve zdravstvene ustanove imaju osposobljeno osoblje i sustave 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 u nastavku) (vidjeti Temeljni standard 1, na 47. str. i Načelo zaštite 4, smjernice 9 - 13, na 35 - 36. str. i Načelo zaštite 3, smjernica 15, na 34. str.). Zdravstvene organizacije često upošljavaju ili angažiraju radnike u zajednici i volontere koji mogu omogućiti članovima zajednice, uključujući i marginalizirane osobe, povećanje samopomoći i socijalne podrške.

Piramida intervencije



Izcor: 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) najbolje se rješava prateći načela 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 temeljnu, nenametljivu pragmatičnu njegu s naglaskom na slušanje, bez prisilnog razgovora, a uključuje i procjenu potreba i problema, i osiguravanje da se ispune osnovne potrebe, potičući društvenu podršku od važnih osoba i zaštitu od daljnjeg nasilja. Psihološki razgovor, (tj. promocija razgovora o problemu potičući osobu da kratko, ali sustavno prepriča percepcije, misli i emocionalne reakcije koje je iskusila tijekom nedavnog, stresnog događaja) u najboljem je slučaju neefektivno i ne bi ga trebalo primijeniti. Isto tako, treba izbjegavati benzodiazepine u upravljanju akutnim stresom, jer oni mogu ometati prirodni oporavak.

3. **Temeljna 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 katastrofe trebaju imati pristup kontinuiranom liječenju.
4. **Ljudi u institucijama:** Duševne bolnice i domove za osobe s teškim psihičkim problemima treba redovito posjećivati, a posebno na početku katastrofe, 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 moraju se pružati tijekom cijele krize.
5. **Rani oporavak:** Pošto humanitarne krize povećavaju stopu širokog spektra psihičkih poremećaja, treba inicirati planove za razvoj sustava za mentalno zdravlje kako bi se povećala efektivna pokrivenost mentalnog zdravstva širom zahvaćenih područja (vidjeti Temeljni standard 4, na stranici 55).

2.6. Temeljne zdravstvene usluge – nezarazne bolesti

Starenje stanovništva i produžavanje očekivanog trajanja života pomjerili su profile bolesti sa zaraznih na nezarazne bolesti (eng. non-communicable diseases – NCD) u mnogim zemljama, uključujući zemlje s niskim i srednjim primanjima. Kao rezultat toga, važnost NCD raste kao glavni javni zdravstveni problem u situacijama katastrofa. Povećanje zdravstvenih problema zbog pogoršanja postojećih kroničnih zdravstvenih stanja postalo je zajednička karakteristika mnogih katastrofa.

Standard 1. Temeljne zdravstvene usluge: nezarazne bolesti (NCD)

Ljudi imaju pristup esencijalnim terapijama za smanjenje morbiditeta i mortaliteta zbog akutnih komplikacija ili pogoršanja njihovih kroničnih zdravstvenih stanja.

Ključne aktivnosti **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Procijeniti i dokumentirati prisustvo NCD i podijeliti te podatke s organizacijama koje učestvuju u intervenciji (vidjeti smjernicu 1).
- Osigurati identifikaciju osoba s NCD 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 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 nedostupni, utvrditi jasne standardne operativne postupke za upućivanje.
- Osigurati da esencijalna dijagnostička oprema, osnovni laboratorijski testovi i lijekovi za rutinsko tekuće upravljanje NCD budu dostupni putem sustava primarne zdravstvene zaštite. Ovi lijekovi moraju biti navedeni na listi esencijalnih lijekova.
- Osigurati da pomagala (npr. pomagala za hodanje) budu na raspolaganju za osobe s teškoćama u kretanju ili komunikaciji.

Ključni pokazatelji **(čitati zajedno sa smjernicama):**

- Sve primarne zdravstvene ustanove imaju jasne standardne operativne postupke za upućivanje pacijenata s NCD u objekte za sekundarnu i tercijarnu njegu.
- Sve primarne zdravstvene ustanove imaju odgovarajuće lijekove za nastavak liječenja za osobe s NCD koje su primale terapiju prije hitne situacije.

Smjernice

1. **Nezarazne bolesti** uključuju bolesti srca, moždani udar, hipertenziju, kronično zatajenje bubrega, bronhijalnu astmu, kronično zatajenje bubrega koje čini osobu ovisnom o dijalizi, dijabetes ovisan o inzulinu i epilepsiju. Pojedinci s kroničnim medicinskim stanjima su tijekom 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 djelovanja zdravstvenog sektora u humanitarnom okruženju. Ljudima s NCD treba dugotrajno liječenje i praćenje. Rutinsko tekuće upravljanje NCD bi trebalo biti dostupno putem sustava primarne zdravstvene zaštite, pomoću lijekova s liste esencijalnih lijekova. Općenito se ne preporučuje uvesti nove terapijske režime ili programe za upravljanje kroničnim zdravstvenim uvjetima tijekom pružanja pomoći, a pogotovo ako je za režim ili program malo vjerojatno da će se nastaviti nakon faze hitne situacije.

Dodatak 1.

Kontrolna lista pitanja za procjenu zdravlja

Priprava

- Pribaviti dostupne informacije o katastrofom pogođenom stanovništvu
- Pribaviti dostupne karte i fotografije iz zraka
- Pribaviti demografske i zdravstvene podatke

Sigurnost i pristup

- Utvrditi postojanje tekućih prirodnih katastrofa ili katastrofa koje su izazvali ljudi
- Utvrditi ukupnu sigurnosnu situaciju, uključujući i prisutnost oružanih snaga
- Utvrditi pristup koji humanitarne agencije imaju katastrofom pogođenom stanovništvu

Demografija i društvena struktura

- Odrediti ukupnu veličinu katastrofom pogođenog stanovništva te analizu stanovništva po dobi i spolu
- Identificirati skupine s povećanim rizikom npr. žene, djecu, starije osobe, osobe s invaliditetom
- Odrediti prosječnu veličinu kućanstva i procijeniti broj kućanstava 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 podrijetla (područje podrijetla za interno raseljene osobe)
- Identificirati postojeće rizike za zdravlje, npr. potencijalne zarazne bolesti
- Identificirati prethodne izvore zdravstvene zaštite
- Analizirati performanse funkcija zdravstvenog sustava

Stope mortaliteta

- Izračunati grubu stopu mortaliteta
- Izračunati stopu mortaliteta po dobi (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 dob 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, stanju i pristupačnosti ustnovi
- Odrediti broj zdravstvenog osoblja koje je na raspolaganju i njegove vještine
- Odrediti dostupne zdravstvene proračune i mehanizam financiranja
- Odrediti kapacitet i funkcionalno stanje postojećih javnozdravstvenih programa, npr. prošireni program za imunizaciju
- Odrediti raspoloživost standardiziranih protokola, esencijalnih lijekova, pomagala i logističkih sustava
- Odrediti status postojećih sustava upućivanja bolesnika
- Odrediti razinu utjecja okoliša u zdravstvenim ustanovama
- Odrediti status postojećeg zdravstvenog informacijskog sustava

Podaci iz ostalih relevantnih sektora:

- Nutritivni status
- Hrana i osiguranje hrane
- Okolišni uvjeti
- Sklonište - kvaliteta skloništa
- Obrazovanje - obrazovanje o zdravlju i higijeni

Dodatak 2.

Primjer formulara tjednog izvješća o nadzoru

Obrazac za praćenje mortaliteta 1*

Lokacija: .....

Datum od ponedjeljka: ..... do nedjelje: .....

Ukupan broj stanovnika na početku ove sedmice: .....

Rođeni ove sedmice: ..... Umrli ovog tjedna..: .....

Dolasci ovog tjedna (ako je primjenjivo): ..... Odlasci ovog tjedna:... .....

Ukupan broj stanovnika na kraju tjedna: ..... 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 nastala slučajno					
Malarija					
Mortalitet majki – izravni					
Ospice					
Meningitis (sumnja)					
Novorođenčad (0–28 dana)					
Ostalo					
Nepoznato					
Ukupno po dobi i spolu					
Osnovni uzrok					
AIDS (sumnja)					
Neishranjenost					
Mortaliteti majki – izravni					
Nezarazne bolesti (specificirati)					
Ostalo					
Ukupno po dobi 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 sukladno 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.

- Slučajevi smrti ne trebaju se izvijestiti isključivo iz zdravstvenih ustanova, već trebaju uključiti i izvješća s terena i izvješća vjerskih vođa, radnika na terenu, ženskih skupina i bolnička izvješća

- Kad god je to moguće, definicije slučaja treba staviti na poleđinu obrasca.

Obrazac za praćenje mortaliteta 2*

Lokacija: .....

Datum od ponedjeljka: ..... do nedjelje: .....

Ukupan broj stanovnika na početku ovog tjedna: .....

Rođeni ovog tjedna: ..... Umrli ovog tjedna...: .....

Dolasci ovog tjedna (ako je primjenjivo): ..... Odlasci ovog tjedna:.....

Ukupan broj stanovnika na kraju tjedna: ..... Ukupan broj stanovnika mlađih od 5 godina:.....

Broj	Spol (m, ž)	Dob (dana = d, mjeseci = m, godina = g)	Direktan uzrok smrti													Osnovni uzroci						
			Akutna infekcija donjih respiratornih organa	Kolera (sumnja)	Dijareja – krvava	Dijareja – vodenasta	Povreda – koja nije slučajna	Malarija	Mortaliteti majki – izravni	Male boginje	Meningitis (sumnja)	Novorođenčad (0–28 dana)	Nezarazne bolesti (specificirati)	Ostalo (specificirati)	Nepoznato	AIDS (sumnja)	Pothranjenost	Mortalitet majki – neizravni	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.

- Smrtni slučajevi se ne bi trebali bilježiti isključivo podacima mediinskih ustanova, već se uključuju i podaci od religijskih lidera, radnika u zajednici, ženskih skupina, bolnica i šire

- Kad god je to moguće, definicije slučaja treba staviti na leđa obrasca.

Primjer tjednog 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 izvješće 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					
Malarija – sumnja / potvrđeno					
Ospice					
Meningitis – sumnja					
Sindrom akutne hemoragijske groznica					
Sindrom akutne žutice					
Akutna opuštena 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.
- Uključene samo one slučajeve koji su viđeni (ili smrti koje su se dogodile) tijekom tjedna nadzora.
- Napisati „0“ (nula) ako nije bilo slučajeva ili smrti tijekom tjedna za jedan od sindroma koji je naveden u obrascu.
- Smrt bi trebala biti prijavljena samo u dijelu mortaliteta, a ne u dijelu morbiditeta.
- Definicije slučaja za svako stanje pod nadzorom mora biti napisano na poleđini na ovom obrascu.
- Uzroci morbiditeta mogu se dodati ili oduzeti sukladno epidemiologiji i procjeni rizika od bolesti.
- Svrha EWARN nadzora rano je otkrivanje bolesti koje izazivaju epidemije.
- Podaci o stanjima kao što su pothranjenost trebaju se 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 adresu ..... s maksimalnim informacijama o vremenu, mjestu i broju slučajeva i smrtnih slučajeva: kolera, šigeloza, ospice, dječija paralize, tifus, tetanus, hepatitis A ili E, denga groznica, meningitis, difterija, pertusis, hemoragijska groznica (ovaj popis bolesti ovisi od epidemiologije bolesti u zemlji).

Primjer obrasca rutinskog izvještavanja o praćenju morbiditeta *

* Praćenje morbiditeta može biti proširen s EWARN-om nakon akutne faze kako bi uključili i druge bolesti i praćenje drugih pokazatelja prema potrebi.

Lokacija: .....

Datum od ponedjeljka: ..... do nedjelje: .....

Ukupan broj stanovnika na početku ovog tjedna: .....

Rođeni ovog tjedna: ..... Umrli ovog tjedna: .....

Dolasci ovog tjedna (ako je primjenjivo): .....

Odlasci ovog tjedna: .....

Ukupan broj stanovnika na kraju tjedna: ..... Ukupan broj stanovnika mlađih od 5 godina: .....

Morbiditet	Do 5 godina (novi slučajevi) broj			5 godina i iznad (novi slučajevi)			Ukupno	Ponovljeni slučajevi
Dijagnoza *	Muškarci	Žene	Ukupno	Muškarci	Žene	Ukupno	Novi slučajevi	Ukupno
Akutna respiratorna infekcija **								
Akutna vodenasta dijareja								
Akutna krvava dijareja								
Malarija – sumnja / potvrđeno								
Ospice								
Meningitis – sumnja								
Sindrom akutne hemoragijske groznice								
Sindroma akutne žutice								
Akutna opuštena paraliza (AFP)								
Tetanus								
Ostale groznice > 38,5 ° C								
AIDS – sumnja ***								
Očne bolesti								

Pothranjenost ****								
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 je postavljanje više od jedne dijagnoze; uzroci morbiditeta mogu se dodati ili oduzeti sukladno kontekstu i epidemiološkim podacima.

**Akutne respiratorne infekcije: u nekim zemljama, ova kategorija može se podijeliti na infekcije gornjeg i donjeg trakta.

***Prevalencija HIV-a i AIDS-a najbolje se procjenjuje putem istraživanja.

**** Prevalencija pothranjenosti najbolje se procjenjuje kroz brza istraživanja (MUAC ili pregled težine/visine) pošto nadzor otkriva samo one koji dolaze tražiti pomoć.

#Podaci po dobi mogu biti dodatno razvrstani, ako je moguće.

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 adresu ..... s maksimalnim informacijama o vremenu, mjestu i broju slučajeva i smrtnih slučajeva:

kolera, šigeloza, ospice, 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 uporabe: Broj posjeta zdravstvenoj ustanovi po osobi godišnje = ukupan broj posjeta u 1 tjednu/ukupan broj stanovnika x 52 tjedna

Podaci po dobi mogu se dalje razvrstati (0 -11 mj., 1 - 4 god., 5 - 14 god., 15 - 49 god., 50 - 59 god., 60 i više god.) ako je to moguće.

Broj konzultacija po kliničaru: ukupan broj posjeta (novih i ponovljenih)/FTE kliničara u zdravstvenoj ustanovi/broj dana rada zdravstvene ustanove tjedno.

Dodatak 3.

Formule za izračun ključnih zdravstvenih pokazatelja

Opća stopa mortaliteta (CMR)

Definicija: Stopa mortaliteta u cijeloj populaciji, uključujući i žene i muškarce i sve starosne grupe.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj smrtnih slučajeva tijekom razdoblja}}{\text{Populacija izložena riziku sredinom perioda x broj dana u razdoblju}} \times 10.000 \text{ osoba} = \text{smrti / 10.000 osoba / dan}$$

Stopa mortaliteti djece mlađe od 5 godina (U5MR)

Definicija: Stopa mortaliteta djece mlađe od 5 godina u populaciji.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj smrtnih slučajeva djece <5 godina tijekom razdoblja}}{\text{Ukupan broj djece <5 godina x broj dana u razdoblju}} \times 10.000 \text{ osoba} = \text{smrti /10.000 djece mlađe od 5 godina / dan}$$

Stopa incidencije

Definicija: Broj novih slučajeva bolesti koji se javljaju tijekom određenog razdoblja u populaciji izloženom riziku razvitka bolesti.

Formula:

$$\frac{\text{Broj novih slučajeva zbog specifične bolesti u razdoblju}}{\text{Populacija izložena riziku razvoja bolesti x broj mjeseci u razdoblju}} \times 1.000 \text{ osoba} = \text{Novi slučajevi zbog određene bolesti /1.000 osoba / mjesečno}$$

Stopa mortaliteta za pojedinačne bolesti (CFR)

Definicija: Broj ljudi koji umiru od bolesti podijeljen s brojem ljudi koji imaju bolest.

Formula:

$$\frac{\text{Broj umrlih od bolesti tijekom razdoblja}}{\text{Ljudi koji imaju bolesti tijekom razdoblja}} \times 100 = x\%$$

Stopa iskorištenosti zdravstvenih ustanova

Definicija: Broj ambulantnih posjeta po osobi godišnje. Kad god je to moguće, trebalo bi napraviti razlike između novih i starih posjeta, a nove posjete treba koristiti za izračun ove stope. Međutim, često je teško razlikovati nove i stare posjete, pa se često koristi u kombinaciji kao ukupni broj posjeta tijekom katastrofe.

Formula:

$$\frac{\text{Ukupan broj posjeta u jednom tjednu}}{\text{ukupan broj stanovnika}} \times 52 \text{ tjedana} = \text{Posjete / osoba / godina}$$

Broj konzultacija po kliničaru po danu

Definicija: Prosječan broj ukupnih konzultacija (novih i ponovljenih slučajeva) koje pregleda svaki liječnik dnevno.

$$\frac{\text{Broj konsultacija po kliničaru po danu}}{\text{Broj FTE * kliničara u zdravstvenoj ustanovi}} \div \text{Broj dana tokom kojih je zdrastvena ustanova otvorena tjedno}$$

*FTE (full-time equivalent) – ekvivalent punog radnog vremena odnosi se na ekvivalentan broj kliničara koji rade u zdravstvenoj ustanovi. Na primjer, 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 s 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 sustavi

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 Andalucia 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 sustavi

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 Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva.

www.unhcr.org/cgibin/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.

Tierny, 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 temelji Humanitarna povelja

Humanitarna povelja postavlja zajednička uvjerenja i zajednička načela koja se odnose na humanitarnu djelovanje i odgovornosti u situacijama katastrofa ili sukoba, te napominje da se isto reflektira i u međunarodnom pravu. Sljedeći popis ključnih dokumenata sadrži najvažnije međunarodne pravne instrumente koji se odnose na međunarodna ljudska prava, međunarodno humanitarno pravo (IHL), prava izbjeglica i humanitarno djelovanje. To nije pokušaj da se postavi regionalni zakon i kretanja u tom polju. Popis također uključuje i niz drugih smjernica, načela, standarda i okvira koji se koriste kao informacije za Humanitarnu povelju. Budući da je bilo neophodno da ovaj popis bude vrlo selektivan, daljnji resursi i internet poveznice (link) do tih dokumenata dostupni su na mrežnoj stranici Projekta Sphere (www.sphereproject.org). Zbog ograničenog prostora, napomene su dane 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 bio jasan status svakog dokumenta, oni su razvrstani po podnaslovima kao što su:

1. Ugovori i običajno pravo (ako je primjenjivo),
2. Smjernice UN-a i druge formalno usvojene međuvladine smjernice i načela,
3. Okviri humanitarne politike, smjernice i načela.

1. Ljudska prava, zaštita i ranjivost

Sljedeći dokumenti prvenstveno se odnose na ljudska prava koja su priznata u univerzalnim sporazumima i deklaracijama. Niz ključnih dokumenata koji se odnose na dob (djecu i starije osobe), spol i invaliditet također su 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) odnosi se na sve države. Zakon o ljudskim pravima primjenjuje se u svim vremenima, uz dva moguća izuzetka:

- neka ograničena građanska i politička prava mogu biti suspendirana za vrijeme proglašenih nacionalnih izvanrednih situacija, sukladno članku 4. Međunarodne povelje o građanskim i političkim pravima („odstupanje");

- tijekom priznatih oružanih sukoba, IHL (Međunarodno pravo za humanitarno djelovanje) prvo se 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 (LLL) 10. prosinca 1948. **www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml.**

UDHR proglasila je Generalne skupština UN-a 1948. godine, i time su, po prvi put, univerzalno zaštićena temeljna 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 članak 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. prosinca 1966. godine, a stupila je na snagu 23. ožujka 1976.; Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. prosinca 1989. godine, a stupio je na snagu 11. srpnja 1991. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, paragraf 1642, str. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm.

Države potpisnice ICCPR-a moraju poštovati i osigurati prava za sve pojedince unutar svog teritorija ili u njihovoj mjerodavnosti, 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 dozvoljena mučenja ili druga okrutna, neljudska ili ponižavajuća postupanja, *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 obiteljski život; zaštita djece; pravo na glasovanje i sudjelovanje 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. prosinca 1966. godine, sa stupanjem na snagu 3. siječnja 1976., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 993, str. 3 www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm.

Države potpisnice slažu se da ulože maksimum svojih raspoloživih sredstava na „postizanju" prava povelje, koja jednako uživaju i žene i muškarci.

Prava: na rad; primanje pravedne naknade; pridruživanje sindikatima; socijalnu sigurnost/osiguranje; na obiteljski život, uključujući i zaštitu majke nakon poroda i zaštitu djece od iskorištavanja; na adekvatan životni standard, uključujući hranu, odjeću i stanovanje; na tjelesno i mentalno zdravlje; na obrazovanje; te na sudjelovanje u kulturnom životu i uživanje u prednostima znanstvenog i kulturnog napretka.

Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije iz 1969. (ICERD), usvojena rezolucijom Generalne skupštine UN-a 2106 (XX) od 21. prosinca 1965., sa stupanjem na snagu 4. siječnja 1969., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. prosinca 1979. godine, sa stupanjem na snagu 3. rujna 1981., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. studenoga 1989. godine, sa stupanjem na snagu 2. rujna 1990., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. svibnja 2000. godine, sa stupanjem na snagu 12. veljače 2002. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. svibnja 2000. godine, sa stupanjem na snagu 18. siječnja 2002. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 2171, str. 227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm.

Konvencija o pravima djeteta (CRC) pristupile su gotovo sve države. Ona potvrđuje temeljna ljudska prava djece i identificira kada je potrebna posebna zaštita (npr. kada su djeca odvojena od svoje obitelji). 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. prosinca 2006. godine, sa stupanjem na snagu 3. svibnja 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 bavi se podizanjem svijesti u pogledu osoba s invaliditetom, nediskriminacije i dostupnosti usluga i sadržaja. Tu se i posebno spominju „rizične situacije i hitne humanitarne situacije" (članak 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. prosinca 1948., sa stupanjem na snagu 12. siječnja 1951., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. prosinca 1984., sa stupanjem na snagu 26. lipnja 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 ne može se 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. srpnja 1998., sa stupanjem na snagu 1. srpnja 2002. , Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 2187, str. 3. **www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/58570penDocument.**

Članak 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 počine državljani država potpisnica sporazuma ili koji su počinjeni na njihovom teritoriju.

1.2. 1.2. Načela Ujedinjenih naroda i druga formalno usvojena međuvladina načela 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. prosinca 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. prosinca 1991. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm.

1.3. Okviri humanitarne politike, smjernice i načela 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 načela 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), Dječji 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=contentsubsidi-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-subsidi-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 (eng. International humanitarian law – IHL) određuje pragove kada sukob postaje "oružani sukob" i na taj način čini da ovaj poseban pravni režim bude primjenjiv. Međunarodni odbor Crvenog križa (ICRC) službeni je repozitorij sporazuma o IHL te pruža opsežne informacije i resurse na svojoj mrežnoj stranici (www.icrc.org), uključujući i službeni komentar o Ženevskim konvencijama i protokolima, te pravila Studije običajnog međunarodnog humanitarnog prava..

2.1.1. Temeljni 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 tijekom oružanog sukoba (IV). One se odnose prvotno na međunarodne oružane sukobe, osim članka 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. ažurirali su 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 „haški 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 kemijsko i biološko oružje, konvencionalno oružje koje je neselektivno ili uzrokuje nepotrebnu patnju, kao i protiv pješadijske mine i kasetnu municiju, **www.icrc.org/ihl.nsf.**

2.1.3. Običajno međunarodno humanitarno pravo

Običajno međunarodno humanitarno pravo odnosi se 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 humanotarnog prava. Ne postoji dogovoreni popis običajnih pravila, ali najrelevantnija interpretacija navedena je u sljedećoj studiji.

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 obujam zakona za oružane sukobe. Ona navodi 161 posebno pravilo i vrijedi li svako u međunarodnom oružanom sukobu i/ili oružanom sukobu koji nije međunarodni. Iako neki pravni komentatori kritiziraju njenu metodologiju, ova studija je nastala kroz širok proces savjetovanja i rigorozno istraživanje tijekom više od deset godina, a njen autoritet kao interpretacije običajnih pravila široko se priznaje.

2.2. UN-ova i druga formalno usvojena međuvladina načela i smjernice o oružanom sukobu, međunarodnom humanitarnom pravu i humanitarnoj pomoći

„Aide Memoire" 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 obvezujuća za države, već je usmjeravajući dokument za Vijeće sigurnosti UN-a koji se odnosi na očuvanje mira i hitne situacije sukoba, a koji je rezultat konzultacija 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 načela 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 surađuje s državama u zaštiti raseljenih osoba. UNHCR ima bogate izvore 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 postavila povijesne 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. srpnja 1951. godine, sa stupanjem na snagu 22. travnja 1954., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 189, str. 3.

Protokol o statusu izbjeglica iz 1967. godine, koji je naznačila Generalna skupština UN-a, u rezoluciji 2198 (XXI) od 2. od 16. prosinca 1966., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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 skupini 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 redovitoj sjednici, u Addis Abebi, 10. rujna 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 izvanjske agresije, okupacije, strane dominacije ili događaja koji ozbiljno remete javni red. Ona također prepoznaje nedržavne skupine kao počinitelje proganjanja i ne zahtijeva da izbjeglice pokazuju izravnu 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. listopada 2009. godine, a još uvijek nije bila na snazi u listopadu 2010. godine.. godine. **www.unhcr.org/4ae9bede9.html.**

Ovo je prva multilateralna Konvencija o raseljenim osobama. Prvobitno ju je potpisalo 17 država Afričke unije u listopadu 2009. godine, ali zahtijeva 15 formalnih pristupa/ratifikacija da stupi na snagu.

3.2. UN-ova i druga formalno usvojena međuvladina načela i smjernice o izbjeglicama i raseljenim osobama

Smjernica o internoj raseljenosti iz 1998., koju su u rujnu 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/.**

Ova načela temelje se 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. prosinca 1994. godine, sa stupanjem na snagu 15. siječnja 1999., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. prosinca 2005. godine, sa stupanjem na snagu 19. kolovoza 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 posebni je pravni instrument u okviru konvencije o trgovini

žitaricama iz 1995., koju provodi Odbor 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. siječnja 2005. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 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. lipnja 1992., a koju je Generalna skupština UN-a prihvatila u rezoluciji 47/195 od 22. prosinca 1992., sa stupanjem na snagu 21. ožujka 1994., Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 1771, str. 3. **http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php.**

Kyoto protokol uz UNFCC iz 1997. godine, usvojen je na trećem zasijedanju Konferencije potpisnica Okvirne konvencije, Kyoto, Japan 11. prosinca 1997. godine, sa stupanjem na snagu 16. veljače 2005. godine, Ujedinjeni narodi, Serija sporazuma, svezak 2303, str. 148.. **http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1687.php.**

UNFCCC i Kyoto protokol bave se 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 obzirom na klimatske promjene.

4.2. UN-ova i druga formalno usvojena međuvladina načela 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. prosinca 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.**

Ovim 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 su usvojene na Tridesetoj međunarodnoj konferenciji Crvenoga križa i Crvenoga polumjeseca (što uključuje države potpisnice Ženevske konvencije). **www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp.**

4.3. Okviri humanitarne politike, smjernice i načela za pomoć u katastrofama 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.**

Načela i dobre prakse humanitarnog donatorstva iz 2003. koje su odobrili Štokholmska konferencija zemalja donatora, agencije UN-a, nevladine organizacije i Međunarodni pokret Crvenog križa i Crvenog polumjeseca, te ih je potpisalo Europsko povjerenstvo i 16 država, **www.goodhumanitariandonorship.org.**

Načela partnerstva: Izjava o obavezi iz 2007., odobrena na sastanku Globalne humanitarne platforme u srpnju 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 / krsta[1]

[1] *Pod 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 upravljati našim standardima 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 neovisnosti, efektivnosti i utjecaja kojima teži reakcija na katastrofe nevladinih organizacija i Međunarodnoga Crvenoga križa i Crvenog polumjeseca. To je dobrovoljni kodeks, koji se provodi voljom organizacije koja je prihvatila poštovati standarde utvrđene u Kodeksu.

U slučaju oružanog sukoba, ovaj Kodeks ponašanja tumačit će se i primjenjivati sukladno međunarodnim humanitarnim pravom.

Kodeks ponašanja predstavljen je prvi. Prate ga 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 (nevladine organizacije) ovdje se odnosi na organizacije, i nacionalne i međunarodne, koje su odvojene od vlade zemlje u kojima su utemeljene.

NVHA (eng. NGHA): Za potrebe ovog teksta, izraz Nevladine humanitarne agencije (NGHA) napravljen je kako bi obuhvatio komponente Međunarodnog pokreta Crvenoga križa i Crvenog polumjeseca - Međunarodnog odbora Crvenog križa, Međunarodne federacije društava Crvenoga križa i Crvenoga polumjeseca i njihova nacionalna društva članove i nevladine organizacije kao što je gore definirano. Ovaj kod odnosi se posebno na one NVHA-e koji su uključeni u reakcije na katastrofe.

MVO (eng. IGO): MVO (međuvladine/međudržavne organizacije) termin je 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 gubikom života, velikoj ljudskoj patnji i nesreći i velikoj materijalnoj šteti.

Kodeks ponašanja
Načela 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, temeljno je humanitarno načelo koje trebaju uživati svi građani svih zemalja. Kao članovi međunarodne zajednice, mi prepoznajemo našu obvezu pružanja humanitarne pomoći gdje god je to potrebno. Otuda i potreba za nesmetan pristup ugroženim populacijama koja je od temeljne 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 promatrati 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 isključivo na temelju potrebe.

Kad god je moguće, mi ćemo temeljiti pružanje pomoći na temeljitoj procjeni potrebe žrtava katastrofe i lokalnih kapaciteta koji već postoje da zadovolje te potrebe. Uzet ćemo u obzir proporcionalnost u okviru kompletnih naših programa. Ljudska patnja mora biti ublažena kad god se nađe, a život je dragocjen u jednom dijelu zemlje kao i drugom. Dakle, pružanje naše pomoći odražavat će stupanj patnje koji se nastoji ublažiti. U implementaciji ovog pristupa, 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 neovisne 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 davat će se prema potrebi pojedinaca, obitelji i zajednice. Ne poričući pravo NGHA-a (Nevladine humanitarne organizacije) da zagovaraju određena politička ili vjerska mišljenja, mi potvrđujemo da pomoć neće biti ovisna o tome da se primatelj pridržava tih mišljenja. Nećemo vezati obećanje, isporuke ili distribucije pomoći za prihvaćanje određenog političkog ili vjerskog uvjerenja

4. Nastojat ćemo ne djelovati kao instrumenti državne vanjske politike

NGHA agencije su koje djeluju neovisno od vlada. Zato formuliramo svoje vlastite politike i strategije implementacije i ne želimo provoditi politiku bilo koje vlade, osim u mjeri u kojoj se podudara s našim osobnim neovisnim politikama. Nikada nećemo svjesno, ili zbog nepažnje, dopustiti da mi ili naši uposlenici, budemo iskorišteni za prikupljanje podataka političkih, vojno ili ekonomski osjetljive prirode za vlade ili druga tijela, gdje se takvi podaci mogu koristiti za svrhe koje nisu strogo humanitarne, 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 financiranje od zainteresiranih pojedinaca kako bismo podržali naš rad i prepoznali neovisnost djelovanja koja se promovira takvom dobrovoljnom motivacijom. Kako bi zaštitili našu neovisnost mi ćemo nastojati izbjeći ovisnost od jednog izvora financiranja.

5. Poštovat ćemo kulturu i običaje

Nastojat ćemo poštovati kulture, strukture i običaje zajednica i zemalja u kojima radimo.

6. Pokušat ćemo izgraditi intervenciju u slučajevima katastrofe na lokalnim kapacitetima

Svi ljudi i zajednice, čak i u katastrofi posjeduju kapacitete, kao i ranjivosti. Gdje je to moguće, ojačat ćemo te kapacitete upošljavanjem lokalnog osoblja, nabavom lokalnih materijala i trgovanjem s lokalnim kompanijama. Gdje je to moguće, radit ćemo preko lokalnih NGHA-a kao partneri u planiranju i provedbi, te ćemo surađivati sa strukturama lokalne samouprave gdje je to prikladno. Dat ćemo visok prioritet pravilnoj koordinaciji naših hitnih intervencija. To mogu najbolje učiniti oni koji su izravnije 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 djelovanje u situacijama katastrofe nikada ne bi trebala biti nametnuta korisnicima. Efektivna pomoć i trajna rehabilitacija mogu se najbolje postići tamo gdje su predviđeni korisnici uključeni u projektiranje, upravljanje i implementaciju programa pomoći. Nastojat ćemo ostvariti puno sudjelovanje zajednice u našim humanitarnim i rehabilitacijskim programima.

8. Pomoć za podršku mora nastojati smanjiti buduće ranjivosti na katastrofe, kao i zadovoljiti osnovne potrebe

Sve aktivnosti pomoći utječu na izglede za dugoročni razvitak, 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. U osmišljavanju programa i upravljanju njima pomoći ćemo da se obratit posebna pozornost na pitanja koja se tiču okoliša. Također, nastojat ćemo minimizirati negativni utjecaj humanitarne pomoći, tražeći da se izbjegne dugoročna ovisnost korisnika od vanjske pomoći.

9. Smatramo se odgovornim prema onima kojima želimo pomoći, kao i prema onima čije smo resurse prihvatili

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 objema stranama. Sve što činimo s donatorima i korisnicima odražava stav otvorenosti i transparentnosti. Prepoznajemo potrebu da podnosimo izvješća o našim aktivnostima, kako iz financijske perspektive tako i iz perspektive efektivnosti. Svjesni smo obveze da osiguramo odgovarajući nadzor distribucije pomoći i obavimo redovite procjene utjecaja pomoći za katastrofe. Također nastojat ćemo da na otvoren način podnesemo izvješća o utjecaju našeg rada, a i čimbenicima koji ograničavaju ili povećavaju taj efekt. Naši programi temeljit će se na visokim standardima profesionalnosti i stručnosti kako bi se smanjilo trošenje vrijednih resursa.

10. U svojim aktivnostima pružanja informacija, publiciteta i oglašavanja, promatrat ćemo žrtve katastrofe kao dostojanstvene ljude, a ne beznadne objekte

Nikada ne bi trebalo biti izgubljeno poštovanje za žrtve katastrofe kao ravnopravne partnere u intervenciji. U

svojim informacijama za javnost prikazat ćemo objektivnu sliku situacije katastrofe ističući kapacitete i težnje žrtava, a ne samo njihove ranjivosti i strahove. Iako ćemo surađivati s medijima kako bi se poboljšao odziv javnosti, nećemo dopustiti da izvanjski ili unutarnji zahtjevi za publicitetom imaju prednost nad načelom maksimiziranja ukupne pomoći. Izbjeći ćemo takmičenje za medijsku pokrivenost s drugim agencijama koje reagiraju na katastrofe u situacijama kada takva pokrivenost može biti na štetu usluge pružene korisnicima ili sigurnosti naših radnika ili korisnika.

Radno okruženje

Budući da smo se unilateralno dogovorili da težimo da se pridržavamo Kodeksa navedenog iznad, u nastavku dajemo neke indikativne smjernice koje opisuju radno okruženje koje bismo željeli vidjeti da kreiraju donatori, vlade domaćina i međuvladine organizacije, a uglavnom agencije Ujedinjenih naroda, kako bi se olakšalo efektivno sudjelovanje NGHA-a u intervencijama u slučajevima katastrofe.

Ove smjernice prezentirane su u svrhu usmjeravanja. One nisu pravno obvezujuće, niti očekujemo da vlade i međuvladine organizacije iskažu svoje prihvaćanje ovih smjernica kroz potpisivanje bilo kojeg dokumenta, iako to može biti cilj u budućnosti. Oni su prikazani u duhu otvorenosti i suradnje, tako da naši partneri postanu svjesni idealnog odnosa koji bismo željeli imati s njima.

Prilog I: Preporuke vladama država pogođenih katastrofama

1. Vlade bi trebale prepoznati i poštovati neovisne, humanitarne i nepristrane aktivnosti NGHA.

NGHA su neovisna tijela. Vlade domaćini trebali bi poštovati ovu neovisnost i nepristranost.

2. Vlade domaćini trebaju omogućiti brz pristup žrtvama katastrofa za NGHA-e

Ako će NGHA djelovati u potpunosti sukladno svojim humanitarnim načelima, oni bi trebali dobiti brz i nepristran pristup žrtvama katastrofe, u svrhu dostave humanitarne pomoći. Dužnost vlade domaćina, u sklopu ostvarivanja suverenih odgovornosti, je da ne blokira takvu pomoć i prihvati nepristrano i apolitično djelovanje NGHA-a. Vlade domaćini trebale bi olakšati brzi ulazak osoblja koje pruža pomoć, posebno odričući se zahtijeva za tranzitne, ulazne i izlazne vize, odnosno urediti da se iste brzo izdaju. Za vrijeme trajanja faze pružanja hitne pomoći vlade bi trebale dati dozvole preleta i prava slijetanja za zrakoplove koji transportiraju materijal i osoblje međunarodne pomoći.

3. Vlade bi trebale olakšati pravodoban protok roba za pomoć i protok informacija tijekom katastrofa

Robe i oprema za pomoć donose se 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 zahtjeva za konzularne potvrde o podrijetlu 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 zrakoplove i telekomunikacijsku opremu kroz privremeno odricanje licenci ili restrikcije registracija za uporabu. 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 odrediti 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 rabi sva sredstva komunikacije potrebna za njegove operacije pomoći.

4. Vlade bi trebale nastojati pružiti koordinirane informacije o katastrofi i usluge planiranja

Sveukupno planiranje i napori koordinacije pomoći su na kraju odgovornost vlade domaćina. Planiranje i koordinacija mogu biti uveliko poboljšani ako NGHA dobivaju informacije o humanitarnim potrebama i vladinim sustavima za planiranje i implementaciju napora pomoći, kao i informacije o mogućim sigurnosnim rizicima koji se mogu sresti. Vlade se pozivaju da nevladinim humanitarnim agencijama daju takve informacije.

Da bi se olakšalo efektivnu koordinaciju i efektivna uporaba napora pružanja pomoći, vlade domaćini pozivaju se da prije katastrofe odrede jednu kontakt točku za NGHA koje dolaze kako bi se mogle povezati s nacionalnim vlastima.

5. Pomoć kod katastrofe u slučaju oružanog sukoba

U slučaju oružanog sukoba, akcije humanitarne pomoći vode se odgovarajućim odredbama međunarodnog humanitarnog prava.

Prilog II: Preporuke za vlade donatore

1. Vlade donatori trebale bi prepoznati i poštovati neovisne, humanitarne i nepristrane aktivnosti NGHA.

NGHA su neovisna tijela čiju neovisnost i nepristranost donatori trebaju poštovati. Donatori ne bi trebali koristiti NGHA za promociju bilo kakvog političkog ili ideološkog cilja.

2. Vlade donatori trebaju osigurati sredstva uz garanciju operativne neovisnosti

NGHA prihvaćaju financiranje i materijalnu pomoć od donatora u istom duhu kao što i oni iste pružaju žrtvama katastrofe, tj. uz humanost i neovisnost djelovanja. Implementacija pomoći je u konačnici odgovornost NGHA te će se provoditi sukladno politikama odgovarajuće NGHA.

3. Vlade donatori trebaju koristiti svoje usluge kako bi pomogle nevladinim humanitarnim agencijama u dobivanju pristupa žrtvama katastrofe

Vlade donatori bi trebale prepoznati važnost prihvaćanja razina odgovornosti za sigurnost i slobodu pristupa osoblja NGHA lokacijama katastrofe. One bi trebale biti spremne da koriste diplomaciju 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

Nevladine humanirne agencije spremne su za rad s UN-om i drugim međuvladinim agencijama da se postigne bolja intervencija u slučajevima katastrofa. Oni to čine u duhu partnerstva koji poštuje integritet i neovisnost svih partnera. Međuvladine agencije moraju poštovati neovisnost i nepristranost NGHA. Nevladine humanitarne agencije trebaju se konzultirati s UN-ovim agencijama u pripravi planova pružanja pomoći.

2. Međuvladine organizacije trebaju pružiti pomoć vladama domaćinima u osiguravanju sveukupnog okvira koordinacije za međunarodne i lokalne katastrofe

Nevladine humanitarne agencije obično nemaju mandat da osiguraju sveukupni okvir za koordinaciju za katastrofe koje zahtijevaju međunarodnu intervenciju. Ta odgovornost pada na vladu domaćina i relevantna tijela Ujedinjenih naroda. Oni se pozivaju da ovu uslugu pruže na vrijeme i na efektivan način kako bi služile pogođenoj državi i nacionalnoj i međunarodnoj zajednici za djelovanje u situaciji katastrofe. U svakom slučaju, NGHA trebaju učiniti sve napore kako bi osigurali efektivnu koordinaciju svojih usluga.

U slučaju oružanog sukoba, humanitarne intervencije vode se odgovarajućim odredbama međunarodnog humanitarnog prava

3. Međuvladine organizacije trebaju proširiti sigurnosnu zaštitu predviđenu za organizacije UN-a i na NGHA

Tamo gdje se sigurnosne usluge pružaju za međuvladine organizacije, ova usluga treba se proširiti i na njihove operativne partnere Nevladine humanitarne agencije, gdje se to zatraži.

4. Međuvladine organizacije trebaju dati nevladinim humanitarnim agencijama isti pristup relevantnim informacijama koje se daju organizacijama UN

Međuvladine organizacije pozivaju da dijele sve informacije, potrebne za implementaciju efektivne intervencije na katastrofe, sa svojim operativnim partnerima - Nevladinim humanitarnim organizacijama.

Prilog 3

Kratice i akronimi

ACT	Kombinirana terapija na bazi artemizinina
ALNAP	Mreža za aktivno učenje za odgovornost i performanse u humanitarnom djelovanju
ART	Antiretrovirusna terapija
ARV	Antiretrovirusni
BCPR	Ured za prevenciju krize i oporavak (UNDP)
BemOC	Osnovna hitna porođajna njega
BMI	Indeks tjelesne mase
BMS	Nadomjestak 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 hitna porođajna njega
CFR	Stopa smrtnosti
CHW	Zdravstveni djelatnik 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 sustav
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 Crvenoga križa
ICVA	Međunarodno vijeće volonterskih 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 društava Crvenoga križa i Crvenoga polumjeseca
IGC	Međunarodno vijeće za žitarice
IHL	Međunarodno humanitarno pravo
IMAI	Integrirano upravljanje bolestima odraslih
IMCI	Integrirano upravljanje dječjim bolestima
IMPAC	Integrirano upravljanje trudnoćom i porođajem

INEE	Međuagencijska mreža za obrazovanje u hitnim situacijama
IPC	Prevencija 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	Liječnici bez granica
MUAC	Obujam sredine nadlaktice
NCD	Nezarazne bolesti
NCHS	Nacionalno središte za zdravstvenu statistiku
NFI	Neprehrambeni proizvod
NGO (NVO)	Nevladina organizacija
NICS	Informacijski sustav 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 suradnju i razvitak
OHCHR	Ured visokog komesara Ujedinjenih naroda za ljudska prava
ORS	Soli za oralnu rehidraciju
PAHO	Panamerička zdravstvena organizacija
PEP	Profilaksa nakon izlaganja
PLHIV	Ljudi koji žive s HIV-om
PLWHA	Ljudi koje žive s HIV-om i AIDS-om
PMTCT	Prevencija prijenosa majka – dijete (HIV)

PoUWT	Pročišćavanje vode na mjestu uporabe
Q & A	Kvaliteta i odgovornost
RH	Reproduktivno zdravlje
RNI	Referentni unos nutrijenata
SCM	Upravljanje lancem opskrbe
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 pet 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 populacije Ujedinjenih naroda
UN-Habitat	Program Ujedinjenih naroda za ljudska naselja
UNHCR	Ured Visokog komesara Ujedinjenih naroda za izbjeglice (Agencija za izbjeglice UN-a)
UNICEF	Fond Ujedinjenih naroda za djecu
UNISDR	Međunarodna strategija Ujedinjenih naroda za smanjenje katastrofa
USAID	Agencija Sjedinjenih Američkih Država za međunarodni razvitak
VCA	Analiza ranjivosti i kapaciteta
VIP	Ventilacijski poboljšani nužnici u jamama
WASH	Vodoopskrba, sanitarni uvjeti i promocija higijene
WEDC	Centar za vodu, inženjering i razvitak
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

AIDS V, 10, 13, 54, 57, 65, 73, 84, 85, 88, 94, 114, 143, 146, 147, 152, 157, 166, 187, 197, 203, 284, 294, 295, 297, 298, 305, 327, 328
akutne pothranjenosti 120, 121, 127, 134, 135, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 153, 156, 188, 189, 191, 203, 271, 280
alati 37, 155, 170, 176, 177, 238, 243
ambulantno liječenje 141

B

beriberi 135, 149
bolest 97, 153, 156, 275, 279, 300
Bolesti koje se prenose vodom 97
bolnica 256, 282, 295
Briga o zdravlju 35

C

cjepivo 102, 278, 279, 286, 287

D

difterije 280, 281
Dijagnoza 149, 297
dijareja 86, 149, 257, 269, 272, 279, 296, 297
djeca 10, 12, 13, 33, 49, 53, 54, 61, 78, 81, 95, 121, 127, 136, 138, 142, 144, 146, 152, 153, 154, 156, 166, 169, 186, 189, 234, 239, 242, 267, 271, 277, 278, 279, 280, 292, 310
dječaci 13, 234
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
DPT-a (difterija, pertusis i tetanus) 278
droga 13, 61, 285
državna vlast 51

E

edem 125, 134, 189, 190
erozija 104, 230

G

Genetski modificirana hrana 160
glodavci 101, 160
gorivo 140, 152, 158, 166, 169, 213, 217, 220, 229, 232, 237, 242
gospodarenje 12, 75, 256, 258, 259
Gospodarenje čvrstim otpadom 69, 100, 256
gospodarenje otpadom 256
gotovina 171, 173, 177, 182, 233
građevinski materijali 241

H

hepatitis A 297, 298
hepatitis B i C 258
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, 156, 157, 166, 169, 179, 181, 187, 189, 194, 197, 201, 202, 203, 213, 214, 254, 258, 282, 283, 284, 285, 298, 302, 305, 327, 328
hrana 84, 96, 112, 124, 139, 140, 145, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 170, 172, 175, 177,

180, 181, 186, 217, 290
hrana za dojenčad 186
humanitarna organizacija 49
Humanitarna pomoć 57, 320
Humanitarna povelja II, III, IV, 1, 4, 5, 6, 16, 24, 44, 209, 251, 308

I

igraonice 49
IMAI 272, 326
IMCI 272, 279, 280, 302, 326
imunitet 18, 278
integracije 146
interno raseljene osobe 18, 96, 292, 308, 314
izbjeglice 13, 72, 96, 124, 292, 312, 314, 315, 327, 328
izvori vode 106, 107

J

javno zdravstvo 75, 76, 87, 134

K

kamp 80, 98, 222, 278, 296, 319
kanalizacije 104
karantina 112
katastrofa II, V, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 25, 45, 46, 47, 48, 50, 54, 55, 57, 62, 63, 68, 72, 79, 100, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 146, 151, 153, 165, 181, 183, 206, 212, 217, 218, 224, 227, 234, 240, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 262, 267, 273, 283, 284, 286, 287, 290, 292, 308, 316, 317, 318, 322, 324, 328
Kišnica 103
Klimatske promjene 252
kolera 129, 214, 254, 274, 276, 277, 297, 298
kontrola komaraca 98
koordinacija 6, 50, 73, 127, 128, 136, 137, 213, 216, 239, 248, 253, 265, 277, 323
krize III, 133, 220, 252, 290, 325
kronična pothranjenost 125
kućni otpad 102
Kuhanje 242
Kulturološke prakse 224
Kvaliteta i odgovornost 328

L

laboratorijska ispitivanja 257
laboratorijske usluge 256
lijekovi 140, 255, 261, 262, 285, 291
Ljudi koji žive s HIV-om 13, 156, 327
ljudska prava 49, 308, 309, 310, 327
lokalne vlasti 5, 50, 51, 54, 172, 176

M

mala djeca 121, 136, 169
malarija 98, 108, 139, 149, 156, 257, 269, 271, 272, 273, 274, 276, 277
Mapiranje 86
medicinski otpad 100, 101
meningitis 257, 272, 274, 275, 276, 277, 297, 298
Menstruacija 94
mentalno zdravlje 14, 36, 62, 249, 267, 282, 283, 288, 290, 310
Minimalni početni paket usluga 283
Minimalni standardi 1, 4, 5, 10, 11, 12, 68, 71,

75, 120, 123, 124, 130, 209, 215, 248, 251, 255, 312

mlijeko 136, 137, 138, 139, 140, 159, 186, 325

mobilizacija zajednice 95

mobilne klinike 256, 257

Monitoring 30, 32, 38, 58, 59, 65, 66, 135, 167, 173, 198, 200, 304

morbiditetu 264, 270, 272

Muhe 95

N

načela humanosti 17

Načela zaštite IV, 1, 5, 6, 23, 24, 28, 44, 120, 179, 206, 248

Načelo zaštite 6, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 54, 55, 56, 81, 92, 132, 148, 152, 153, 157, 158, 163, 165, 166, 167, 172, 173, 175, 181, 218, 222, 224, 227, 265, 267, 268, 282, 283, 286, 288, 289

najbolje prakse 159

naknada 151, 177, 178, 179, 262, 263

nasilje 12, 26, 33, 34, 36, 38, 51, 53, 54, 74, 129, 166, 167, 214, 254, 282, 283

nediskriminacije 18, 31, 123, 311

neprehrambeni proizvodi 4, 6, 81, 106, 209, 232, 233, 242

nezarazne bolesti 249, 257, 267, 273, 290

niacin 149, 195

O

obitelj 29, 34, 48, 112

obroci 29, 145, 153, 155, 158, 166

obuka 162, 172, 226, 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

odlučivanja 13, 135

odvodnjavanje 86, 95

organizacije za pomoć 31

osiguravanje hrane 139, 150

osobe s invaliditetom 10, 14, 29, 33, 53, 61, 73, 92, 93, 128, 143, 166, 169, 178, 190, 217, 220, 236, 240, 241, 267, 286, 292

osobna higijena 80, 97, 233

ospice 74, 129, 149, 156, 214, 254, 269, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 297, 298

ozljeda 26

P

peći 169, 217, 222, 225, 236, 237, 242

pelagra 149

pertusis 278, 279, 297, 298, 326

pitka voda 166

planiranje 4, 5, 47, 60, 61, 72, 76, 79, 80, 100, 104, 127, 132, 133, 135, 139, 155, 167, 172, 191, 215, 216, 218, 219, 220, 222, 229, 252, 270, 283, 323

Plan sigurnosti vode 328

Početna procjena 199, 216

početne procjene 133, 134, 239

podaci 53, 87, 134, 173, 189, 194, 197, 239, 252, 264, 269, 283, 295, 320

podaci o mortalitetu 264

podzemne vode 90, 91, 93, 103, 221

pogreb 49, 259

pomoć 4, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 42, 45, 46, 49, 51, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 74, 104, 123, 129, 130, 133, 137, 138, 139, 140, 145, 147, 150, 151, 153, 155, 165, 166, 169, 171, 173, 176, 179, 185, 190, 212, 213, 217, 219, 224, 227, 231, 232, 233, 238, 240, 241, 242, 254, 257, 259, 270, 272, 273, 280, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 298, 308, 312, 315, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 324, 326

pomoć u hrani 133, 150, 155, 270, 316

poplava 54, 90, 92, 100, 104, 108, 124, 163, 176, 253

Posebne potrebe 82, 268

pothranjenost 12, 125, 127, 132, 135, 141, 142, 145, 147, 148, 187, 189, 269, 277, 296

potresi 216, 218, 286

PoUWT Pročišćavanje vode na mjestu uporabe 328

površinske vode 90, 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, 56, 57, 60, 71, 74, 123, 124, 129, 166, 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

prehrambeni proizvodi 139

Prehrana IV, 120, 125, 136, 137, 140, 155, 158, 159, 167, 169, 201, 270, 284, 326

prehrane 1, 4, 6, 11, 98, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 147, 149, 150, 152, 154, 155, 156, 157, 162, 165, 181, 186, 187, 188, 189, 209, 219, 270, 326

Prevencija malarije 271

pribor za jelo 236

prijelazno sklonište 206

priprava 128, 158, 233

Pripravnost na katastrofu 137

pristup hrani 124, 130, 153, 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

procjena 8, 10, 42, 53, 55, 59, 66, 121, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 149, 150, 153, 155, 165, 171, 187, 190, 199, 200, 216, 239, 245, 252, 264, 326, 328

Procjena 28, 44, 52, 54, 55, 59, 63, 64, 76, 120, 130, 132, 133, 135, 143, 149, 150, 152, 153, 155, 156, 159, 162, 165, 181, 184, 185, 186, 199, 200, 201, 216, 219, 229, 239, 326

Procjene potreba 232

Procjene rizika 218

program 47, 51, 55, 56, 59, 75, 79, 142, 143, 145, 146, 169, 190, 257, 258, 273, 291, 293, 326, 328

promoviranje higijene 4, 68, 69, 75, 76, 78, 79, 80, 85, 87, 91, 94, 105, 106

Promoviranje higijene 68, 69, 75, 76, 78, 88, 90, 94, 105, 114, 169, 231, 233, 270, 277

proširenI program za imunizaciju 293

Prva pomoć 287

psihosocijalna podrška 14, 148, 288

R

Raseljeno stanovništvo 212, 217

rekonstrukcija 189

reproduktivno zdravlje 137, 138, 140, 147, 249, 265, 267, 281, 282, 283, 284, 302, 305

riboflavin 149, 195

roditelji 128, 213, 254

S

sanitarni uvjeti IV, 4, 6, 68, 69, 72, 75, 84, 269, 270, 290, 328

sapun 81, 89, 102

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, 89, 94, 99, 115, 120, 123, 127, 128, 131, 132, 134, 143, 145, 146, 152, 163, 164, 167, 168, 172, 174, 182, 202, 209, 210, 216, 217, 221, 222, 223, 227, 232, 236, 240, 242, 251, 254, 258, 263, 265, 277, 288, 310, 324

sjeme 170, 175, 176, 177, 184, 185

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

škola 178, 216

skrbnici 138, 148, 157, 188

sloboda kretanja 30, 310

slučaj 90, 276, 296

smještaj IV, 1, 4, 6, 103, 104, 171, 206, 207, 209, 210, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 232, 238, 239, 240, 241, 259, 269, 270

spol 18, 53, 85, 132, 152, 233, 239, 240, 293, 309

sredstva za život 121, 132

standardi II, III, IV, V, 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 18, 19, 27, 30, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 55, 57, 68, 71, 73, 74, 75, 76, 84, 120, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 160, 206, 209, 213, 215, 227, 248, 251, 253, 254, 255, 256, 312, 314, 327

stanovništvo pogođeno katastrofom 26, 68, 91, 99, 100, 216, 262

starije osobe 10, 13, 14, 34, 53, 56, 73, 92, 93, 95, 128, 166, 169, 178, 181, 188, 190, 221, 235, 236, 241, 267, 292, 309, 311

stoka V, 170, 176, 180, 182, 212

strategije 6, 9, 13, 45, 47, 50, 52, 55, 57, 58, 74, 78, 99, 129, 132, 143, 150, 151, 152, 157, 175, 176, 177, 182, 183, 210, 214, 216, 254, 266, 316, 320

sukob 8, 19, 308, 310, 312

suočavanje 14, 55

suša 54, 176

T

tetanus 278, 286, 287, 297, 298, 326

tiamin 149, 195

nužnici 91, 92, 93, 94, 103, 109, 166

toplotne udobnosti 235

transferi gotovine 121

transferi hrane 132, 135, 137, 152, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 168, 169, 170, 172, 179, 197

trijaža 256, 326

tropska groznica 98, 272, 277

trudnice 92, 95, 97, 138, 153, 154, 156, 158, 178, 188, 190, 235, 242, 271, 282, 283

tržište 57, 124, 151, 159, 170, 173, 178, 182

Tuberkuloza 328

U

Ugrožene osobe 33

upala pluća 272

upošljavanja 60, 61, 80, 151, 173, 177, 178

Upravljanje lancem opskrbe 153, 162, 328

usmjeravanje 57, 130, 153, 164, 165, 170, 172, 173, 263, 284

utjecaj na okoliš 46, 100, 216, 229

V

vitamin A 139, 148, 187

vitamin C 149

Vitamin D 195

vještačko hranjenje 140

vlasništvo 26, 35, 48, 59, 215, 218, 220, 229

Vodoopskrba IV, 68, 69, 75, 83, 85, 86, 88, 91, 106, 115, 158, 169, 231, 232, 270, 277, 328

W

WASH 68, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 114, 115, 128, 199, 219, 221, 328

Z

zagađenje 12, 91, 101

zarazne bolesti 72, 97, 257, 270, 272, 276, 277, 292

zaštitna odjeća 179

zdravstvene usluge 36, 62, 99, 135, 139, 140, 143, 144, 146, 149, 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, 264, 282, 284, 285, 287, 288, 291, 298

Zdravstveni djelatnici 260

Zdravstveni informacijski sustav 326

Zdravstveni objekti 256

zemljište 38, 175, 178, 216, 220

Žene 10, 12, 13, 33, 61, 81, 94, 127, 139, 165, 166, 226, 297, 298

Ženevska konvencija 18

životne potrebe 30, 151, 170, 180

Posjetite mrežnu stranicu Projekt Sphere
www.sphereproject.org.

Za narudžbu Priručnika Sfera idite na:
www.practicalactionpublishing.org/sphere.