Podręcznik Sfery

Karta Humanitarna
i Standardy Minimalne
w Działaniach Humanitarnych

Sphere

Edycja 2018

Podręcznik Sfery

Karta Humanitarna i Standardy Minimalne w Działaniach Humanitarnych

CZYM JEST SFERA?

KARTA HUMANITARNA

ZASADY OCHRONY

PODSTAWOWY STANDARD HUMANITARNY

ZAOPATRZENIE W WODĘ, WARUNKI SANITARNE I PROMOCJA HIGIENY

BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCIOWE I ŻYWIENIE

SCHRONIENIE I ZASIEDLENIE

ZDROWIE

Sphere Association
3 Rue de Varembé
1202 Genewa, Szwajcaria
Email: info@spherestandards.org
Witryna: www.spherestandards.org

Pierwsze wydanie 2000
Drugie wydanie 2004
Trzecie wydanie 2011
Czwarte wydanie 2018
Wydanie poprawione 2019

Copyright © Sphere Association, 2018
Copyright the Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability © CHS Alliance, Sphere Association and Groupe URD, 2018

Wszystkie prawa zastrzeżone. Ten materiał jest chroniony prawami autorskimi, lecz może być bezpłatnie powielany do celów edukacyjnych, łącznie ze szkoleniami, badaniami i działaniami związanymi z programami, pod warunkiem wskazania właściciela praw autorskich. Nie jest przeznaczony do odsprzedaży. Jeśli chodzi o jego kopiowanie w innych okolicznościach, umieszczanie online, wykorzystywanie w innych publikacjach bądź jego tłumaczenie czy adaptację, konieczne jest wcześniejsze uzyskanie pisemnej zgody poprzez wysłanie wiadomości na adres e-mail: info@spherestandards.org.

Rejestr katalogowy dla tej publikacji jest dostępny w The British Library [Biblioteka Brytyjska] i US Library of Congress [Biblioteka Kongresu USA].

ISBN 978-1-90817-688-2 PBK
ISBN 978-1-90817-687-5 PDF

Odniesienie: Sphere Association. *Podręcznik Sfery: Karta Humanitarna i Standardy Minimalne w Działaniach Humanitarnych*, czwarta edycja, Genewa, Szwajcaria, 2018.
www.spherestandards.org/sphere

Projekt Sfera został utworzony w 1997 roku przez grupę pozarządowych organizacji humanitarnych oraz Czerwony Krzyż i Ruch Czerwonego Półksiężyca w celu opracowania zbioru uniwersalnych standardów minimalnych dla kluczowych obszarów działań humanitarnych: Podręcznik Sfery. Niniejszy Podręcznik ma na celu poprawę jakości działań humanitarnych podejmowanych w sytuacji klęsk i konfliktów oraz zwiększenie odpowiedzialności pomocy humanitarnej wobec osób dotkniętych kryzysem. Karta Humanitarna i Standardy Minimalne w Działaniach Humanitarnych są efektem zbiorowego doświadczenia wielu ludzi i organizacji. W związku z tym nie należy ich postrzegać jako odzwierciedlenia opinii danej organizacji. W 2016 roku Projekt Sfery został zarejestrowany pod nazwą Sphere Association.

Jest on dystrybuowany w imieniu Sphere Association przez Practical Action Publishing i jego przedstawicieli na całym świecie. Practical Action Publishing (spółka zarejestrowana w Zjednoczonym Królestwie pod numerem 1159018) jest wydawnictwem będącym całkowitą własnością Practical Action i prowadzi działalność wyłącznie na rzecz wspierania realizacji celów swojej nadrzędnej organizacji charytatywnej.

Practical Action Publishing, 25, Albert Street, Rugby, CV21 2SD, Zjednoczone Królestwo
Tel.: +44 (0) 1926 634501; Faks: +44 (0)1926 634502
Witryna: www.practicalactionpublishing.com/

Projekt: Non-linear Design Studio, Mediolan, Włochy

Spis treści

Przedmowa v
Podziękowania vii
Czym jest Sfera? 1
Karta Humanitarna 31
Zasady Ochrony 37
Podstawowy Standard Humanitarny 55
Zaopatrzenie w Wodę, Warunki Sanitarne i Promocja Higieny 99
Bezpieczeństwo Żywnościowe i Żywienie 173
Schronienie i Zasiedlenie 257
Zdrowie 313
Załączniki 403
- Załącznik 1: Podstawy Prawne Sfery 406
- Załącznik 2: Kodeks Postępowania 421
- Załącznik 3: Skróty i Akronimy 429

Indeks 431

Przedmowa

Publikacja wydania czwartego jest zwieńczeniem dwudziestej rocznicy istnienia Podręcznika Sfery. Jest on wynikiem intensywnej rocznej mobilizacji podmiotów humanitarnych na całym świecie i odzwierciedla dwadzieścia lat doświadczenia w stosowaniu standardów w bezpośrednich działaniach operacyjnych, rozwoju zasad polityki oraz działaniach podejmowanych na rzecz utrzymania jakości i odpowiedzialności zgodnie z określonymi zasadami.

Dzięki przejrzystym założeniom nastawionym na prawa, Podręcznik stanowi rozwinięcie fundamentów prawnych i etycznych humanitaryzmu wynikających z pragmatycznych wskazówek, światowej dobrej praktyki oraz zgromadzonych dowodów, by wspierać pracowników humanitarnych niezależnie od tego, gdzie wykonują pracę.

Sfera zajmuje szczególne miejsce w swoim sektorze oraz w ciągle rozwijającym się obszarze pomocy humanitarnej. Niniejsze wydanie odnosi się wyraźnie do międzynarodowych zobowiązań przyjętych na pierwszym Światowym Szczycie Humanitarnym w 2016 roku, Agendy na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030, a także innych globalnych inicjatyw.

Jednakże nawet kiedy obszar polityki będzie dalej się rozwijał, wiemy, że pilne potrzeby zapewniające przeżycie ludności narażonej na konflikt i klęski pozostają w dużej mierze takie same, niezależnie od miejsca występowania kryzysu. Sfera wspiera i przyczynia się do globalnych i lokalnych procesów tworzenia polityki poprzez przypomnienie fundamentalnej konieczności, jaką jest udzielanie odpowiedzialnej pomocy, aby pomóc ludziom przetrwać, wrócić do normalności i odbudować swoje życie z godnością.

Skuteczność Sfery i jej globalny zasięg wynikają z faktu, że należy do wszystkich. To poczucie własności jest odnawiane co kilka lat, przy okazji przeglądu i aktualizacji standardów przez ich użytkowników. Jest to czas, kiedy wspólnie potwierdzamy swoje zobowiązania i uzgadniamy usprawnienia działań, aby mieć pewność, że praktycy będą mieli dostęp do najlepszych informacji niezależnie od tego, gdzie mogą pracować. To sprawia, że Sfera stanowi główne źródło oraz przypomnienie fundamentalnego znaczenia poszanowania godności człowieka oraz prawa ludzi do pełnego udziału w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą.

Sfera jest jednym z filarów działalności humanitarnej. Jest punktem wyjścia dla nowych podmiotów humanitarnych i stałym punktem odniesienia dla doświadczonych pracowników, zapewniając wytyczne w zakresie działań priorytetowych oraz wskazując, gdzie szukać bardziej szczegółowych informacji technicznych. Nasi partnerzy w obszarze standardów zapewniają jeszcze więcej

wsparcia w poszczególnych sektorach, wykraczając poza zakres Sfery, aby pomagać ludziom w powrocie do normalności i umożliwić im prawidłowy rozwój.

To wydanie korzysta z efektów pracy tysięcy osób działających w ponad 450 organizacjach w co najmniej 65 państwach na świecie. Globalny zasięg odzwierciedla doświadczenie wyniesione z rozmaitych kontekstów, nadzwyczajnych wyzwań i przez wiele różnych podmiotów. Te standardy nie powstałyby bez niezachwianego zaangażowania tak wielu osób. Prosimy przyjąć podziękowania od naszego sektora za wkład w pracę nad tą wersją, a przede wszystkim za zaangażowanie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat.

Zapraszamy do wspólnej kontynuacji tej ważnej pracy i nauki w toku korzystania z niniejszego Podręcznika.

Martin McCann
Przewodniczący Rady

Christine Knudsen
Dyrektor Wykonawczy

Podziękowania

Niniejsze wydanie Podręcznika Sfery jest wynikiem najbardziej różnorodnego i najdalej sięgającego procesu konsultacji w historii Sfery. Otrzymaliśmy prawie 4500 komentarzy w wersji elektronicznej od 190 organizacji, a ponad 1400 osób uczestniczyło w 60 wydarzeniach zorganizowanych przez partnerów w 40 krajach. Sfera wyraża uznanie dla skali i zasięgu wykonanej pracy, łącznie z wkładem krajowych i międzynarodowych organizacji pozarządowych, krajowych władz oraz ministerstw, stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, uniwersytetów, organizacji NZ oraz poszczególnych działaczy.

Rozdział Schronienie i zasiedlenie jest dedykowany pamięci **Grahama Saundersa**, autora tego rozdziału w wydaniach z roku 2004 i 2011 oraz doradcy na wczesnym etapie opracowywania wydania z roku 2018.

Graham wykazał się prawdziwie humanitarnym podejściem i był orędownikiem sektora Schronienia. Jego wizja, przywództwo i niewyczerpane zasoby energii zasadniczo przyczyniły się do ujęcia zagadnień dotyczących schronienia na mapie oraz kształtowania tej dziedziny dla przyszłych pokoleń specjalistów zajmujących się schronieniem. Nieustająco działał na rzecz doskonalenia naszej praktyki i profesjonalizacji sektora. Będzie nam Go bardzo brakować jako pioniera, profesjonalisty i przyjaciela.

Proces weryfikacji był koordynowany przez biuro Sfery. Poszczególne rozdziały były opracowywane przez wiodących autorów, którzy byli wspierani przez wyznaczonych międzysektorowych ekspertów w danych dziedzinach oraz specjalistów z sektora humanitarnego. Większość autorów oraz ekspertów zostało zgłoszonych przez ich organizacje macierzyste i poświęcili swój czas oraz wysiłek w ramach wkładu rzeczowego dla sektora.

Powołano zespoły zajmujące się pisaniem oraz źródłami, aby zapewnić autorom i ekspertom odpowiednie wsparcie. Sfera wyraża uznanie dla cennego wkładu tych wszystkich osób na przestrzeni 2017 i 2018 roku. Pełna lista członków zespołu roboczego i zespołu źródłowego jest dostępna na stronie internetowej Sfery: spherestandards.org. Poniżej wymieniono wiodących autorów i ekspertów.

Rozdziały fundamentalne

- **Karta Humanitarna i Załącznik 1:** Dr Mary Picard
- **Zasady Ochrony:** Simon Russell (Global Protection Cluster) i Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Podstawowy Standard Humanitarny:** Takeshi Komino (CWSA Japan) i Sawako Matsuo (JANIC)

Rozdziały techniczne

- **Zaopatrzenie w Wodę, Warunki Sanitarne i Promocja Higieny:** Kit Dyer (NCA) i Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Bezpieczeństwo Żywnościowe:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Żywienie:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Schronienie i Zasiedlenie:** Seki Hirano (CRS) i Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Zdrowie:** Dr Durgavasini Devanath (IFRC), Dr Julie Hall (IFRC), Dr Judith Harvie (International Medical Corps), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr Eba Pasha (niezależny ekspert)

Podatności, możliwości i warunki operacyjne

- **Dzieci i ochrona dzieci:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Osoby starsze:** Irene van Horssen i Phil Hand (HelpAge)
- **Płeć:** Mireia Cano (GenCap)
- **Przemoc uwarunkowana płcią:** Jeanne Ward (niezależna)
- **Osoby niepełnosprawne:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Osoby zakażone HIV i dotknięte HIV:** Alice Fay (UNHCR)
- **Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne:** Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Kryzysy długotrwałe:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Obszary miejskie:** Dr Pamela Sitko (WVI)
- **Koordynacja cywilno-wojskowa:** Jennifer Jalovec i Mark Herrick (WVI)
- **Środowisko:** Amanda George i Thomas Palo (Szwedzki Czerwony Krzyż)
- **Ograniczanie ryzyka wystąpienia klęski:** Glenn Dolcemascolo i Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Pomoc pieniężna i rynki:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Zarządzanie łańcuchem dostaw i logistyka:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka:** Joanna Olsen (CRS)

Rada Sfery (maj 2018)

Działania podjęte przez Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Kanada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * Światowa Federacja Luterańska (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Podziękowania należą się także członkom Rady, którzy zainicjowali i prowadzili proces weryfikacji, a odeszli z Rady: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Kościół Szwecji/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Darczyńcy

Poza wkładem wyżej wymienionych organizacji należących do Rady, finansowanie procesu weryfikacji Podręcznika zapewniły:

Duńska Agencja Rozwoju Międzynarodowego (DANIDA) * Niemieckie Ministerstwo Spraw Zagranicznych * Irish Aid * Rząd australijski – Departament Spraw Zagranicznych i Handlu (DFAT) * Departament Komisji Europejskiej ds. Pomocy Humanitarnej i Obrony Ludności (ECHO) poprzez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (IFRC) * Biuro USA ds. Międzynarodowej Pomocy w Sytuacji Klęski (OFDA) * Szwedzka Agencja ds. współpracy na rzecz międzynarodowego rozwoju (SIDA) poprzez Kościół Szwecji * Szwajcarska Agencja na rzecz Rozwoju i Współpracy (SDC) * Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR) * Departament USA, Biuro Stanu ds. Populacji, Uchodźców i Migracji (US-PRM).

Zespół ds. weryfikacji podręcznika

Christine Knudsen, dyrektor wykonawczy (Sfera)
Aninia Nadig, kierownik ds. rzecznictwa i nawiązywania kontaktów (Sfera)
Redaktorzy: Kate Murphy i Aimee Ansari (Translators without Borders)
Koordynatorzy weryfikacji: Lynnette Larsen i Miro Modrusan

Wsparcie pracowników Sfery:
Tristan Hale, kierownik ds. kształcenia i szkoleń
Wassila Mansouri, specjalista ds. nawiązywania kontaktów i niesienia pomocy
Juan Michel, kierownik ds. komunikacji, wrzesień 2017
Barbara Sartore, kierownik ds. komunikacji, od października 2017
Loredana Serban, specjalista ds. administracji i finansów
Kristen Pantano i Caroline Tinka, stażystki
Wsparcie konsultacyjne online: Markus Forsberg (PHAP)
Projekt podręcznika: Non-linear (www.non-linear.com)
Redagowanie, projekt i produkcja egzemplarzy: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)
Kimberly Clarke i Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)
Koordynatorka tłumaczeń i komunikacji: Daria Pistriak (Sphere)
Tłumaczenie i korekta: TRANSLATOR s.r.l.
Główna lingwistka: Katarzyna Markowska (Practical Action Publishing)
Grupa robocza ds. tłumaczeń: Malgorzata (Gosia) Hill, Gender, Social Inclusion and Education in Emergency Adviser, RedR Australia
Marta Skierkowska, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
Piotr Nakonieczny, Prezes Zarządu Fundacji na Rzecz Seniorów BONUM VITAE'

Szczególne podziękowanie za wsparcie w trakcie weryfikacji Podręcznika należy się następującym osobom: James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas i Marilise Turnbull.

Punkty kontaktowe Sfery, które zorganizowały stacjonarne konsultacje weryfikacyjne:

ADRA Argentyna (regionalne konsultacje z biurami ADRA w Ameryce Południowej)
Organ Koordynujący Afghan Relief (Afganistan)
Alliance of Sphere Advocates na Filipinach (ASAP)
Amity Foundation (członek The Benevolence Standards Working Group, Punkt Kontaktowy w Chinach)
BIFERD (Demokratyczna Republika Kongo)
Community World Service Asia (Tajlandia i Pakistan)
Daniel Arteaga Galarza* doradca Sfery w zakresie Krajowego Systemu Zarządzania Ryzykiem (Ekwador)
Dr Oliver Hoffmann* Punkt kontaktowy Sfery w Niemczech
Grupo Esfera Boliwia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* w podklastrze Child Protection (Nigeria)
Indonesian Society for Disaster Management [Indonezyjskie Towarzystwo Zwalczania Klęsk] (MPBI)
Institut Bioforce (Francja)
InterAction (Stany Zjednoczone)
Inter-Agency Accountability Working Group [Międzyagencyjna Grupa Robocza ds. Odpowiedzialności] (Etiopia)
Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation [Koreańska Rada NGO ds. Zagranicznej Współpracy na Rzecz Rozwoju] (Korea, Republika)
Społeczność Sfery w Bangladeszu (SCB)
Sfera Indie
Ukraińskie Forum NGO
UNDP Chile

*Indywidualne punkty kontaktowe

Czym jest Sfera?

Podręcznik

ZAŁĄCZNIK 1 Podstawy Prawne Sfery
ZAŁĄCZNIK 2 Kodeks Postępowania
ZAŁĄCZNIK 3 Skróty i Akronimy

Spis treści

Czym jest Sfera? ... 4
1. Podręcznik ... 4
Cztery rozdziały fundamentalne i cztery rozdziały techniczne ... 5
Standardy minimalne sprzyjają spójnemu podejściu ... 6
Struktura standardów ... 6
Praca z kluczowymi wskaźnikami ... 7
Powiązania z innymi standardami ... 8
2. Stosowanie standardów w kontekście ... 8
Standardy obowiązują w całym cyklu programu ... 9
Ocena i analiza ... 9
Opracowanie strategii i tworzenie programu ... 9
Wdrożenie ... 10
Nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka ... 10
Zrozumienie podatności i możliwości ... 12
Dezagregacja danych ... 12
Dzieci ... 13
Osoby starsze ... 13
Płeć ... 14
Przemoc uwarunkowana płcią ... 14
Osoby niepełnosprawne ... 14
Osoby chorujące na HIV i dotknięte HIV ... 15
Osoby LGBTIQI ... 15
Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne ... 16
Zrozumienie warunków operacyjnych ... 16
Wspieranie podmiotów krajowych i lokalnych ... 17
Kryzysy długotrwałe ... 17
Obszary miejskie ... 18
Osiedla komunalne ... 19
Obszary, na których stacjonują krajowe lub międzynarodowe siły zbrojne ... 19
Wpływ świadczenia pomocy humanitarnej na środowisko ... 20
Załącznik: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków ... 21
Odniesienia i materiały dodatkowe ... 29

Czym jest Sfera?

Projekt Sfera, obecnie nazywany Sferą, został utworzony w 1997 roku przez grupę pozarządowych organizacji humanitarnych oraz Czerwony Krzyż i Ruch Czerwonego Półksiężyca. Jego celem była poprawa jakości niesionej pomocy humanitarnej oraz zwiększenie odpowiedzialności za podejmowane działania. Podstawą filozofii Sfery są dwa główne założenia:

- Osoby dotknięte klęską lub konfliktem mają prawo do godnego życia, a co za tym idzie prawo do otrzymania pomocy;
- Należy podejmować wszelkie możliwe kroki, aby złagodzić ludzkie cierpienie powodowane przez klęskę lub konflikt.

Karta Humanitarna i Standardy Minimalne wcielają te główne założenia w życie. Zasady Ochrony są wytycznymi dla wszystkich działań humanitarnych, a Podstawowy Standard Humanitarny zawiera zobowiązania sprzyjające przyjmowaniu odpowiedzialności we wszystkich obszarach. Wspólnie tworzą Podręcznik Sfery, który stał się jednym z najczęściej przywoływanych zasobów humanitarnych na świecie.

1. Podręcznik

Głównymi odbiorcami Podręcznika Sfery są specjaliści do spraw planowania, zarządzania lub wdrażania w dziedzinie pomocy humanitarnej. Są to pracownicy i wolontariusze lokalnych, krajowych oraz międzynarodowych organizacji humanitarnych, którzy reagują na sytuację kryzysową, jak również osoby poszkodowane. Podręcznik jest także wykorzystywany dla potrzeb rzecznictwa humanitarnego w celu zwiększenia jakości oraz odpowiedzialności w zakresie pomocy i ochrony zgodnie z zasadami humanitarnymi. Jest w coraz większym stopniu wykorzystywany przez organy rządowe, darczyńców, sektor wojskowy czy prywatny, dla których stanowi podstawę działań, jak również zapewnia ramy do konstruktywnej współpracy z organizacjami humanitarnymi, które stosują te standardy.

Pilotażowa wersja Podręcznika została wprowadzona w 1998 roku, a kolejne wersje poprawione wyszły w roku 2000, 2004, 2011 i 2018. Każdy proces aktualizacji polegał m.in. na konsultacjach branżowych z osobami indywidualnymi, organizacjami pozarządowymi (NGO), rządami i agencjami ONZ. Powstałe standardy i wytyczne wynikają z dowodów i odzwierciedlają 20-letnie badania terenowe prowadzone przez specjalistów na całym świecie.

Czwarta edycja stanowi podsumowanie 20-lecia istnienia Podręcznika Sfery i odzwierciedlenie zmian, jakie zaszły w tym czasie w sektorze humanitarnym. Zawiera nowe wytyczne do pracy w obszarze miejskim, stosowania Standardów Minimalnych w przypadku długotrwałych kryzysów oraz udzielania pomocy za pośrednictwem rynków, co ma pomóc w spełnieniu standardów. Wszystkie rozdziały techniczne zostały uaktualnione o obecnie stosowane praktyki, a ujednolicony Podstawowy Standard Humanitarny zastępuje wcześniejsze Standardy Podstawowe.

Cztery rozdziały fundamentalne i cztery rozdziały techniczne

Podręcznik odzwierciedla zobowiązanie Sfery do podejmowania działań humanitarnych zgodnie z zasadami i prawem. U jego podstaw leży fundamentalne poszanowanie prawa ludzi do pełnego uczestniczenia w podejmowaniu decyzji związanych z powrotem do normalności.

Cztery rozdziały fundamentalne ilustrują etyczne, prawne i praktyczne podstawy działań humanitarnych. Stanowią fundament dla wszystkich branż i programów technicznych. Zawierają opis zobowiązań oraz procedur zapewniających wysoką jakość działań humanitarnych i zachęcają podmioty niosące pomoc do przyjęcia odpowiedzialności wobec osób, na które ich działania mają wpływ. Rozdziały te ułatwiają użytkownikom bardziej skuteczne stosowanie Standardów Minimalnych w dowolnym kontekście. Czytanie samych rozdziałów technicznych bez zapoznania się z rozdziałami fundamentalnymi wiąże się z ryzykiem pominięcia kluczowych elementów standardów. Rozdziały fundamentalne:

Czym jest Sfera? (ten rozdział): Prezentacja struktury Podręcznika, jego zastosowania i podstawowych założeń. Co ważne, jest tu zilustrowany sposób stosowania Podręcznika w praktyce.

Karta Humanitarna: Stanowi podstawę Podręcznika Sfera i wyraża wspólne przekonanie podmiotów udzielających pomocy humanitarnej, że wszystkie osoby dotknięte kryzysem mają prawo do uzyskania ochrony oraz pomocy. Prawo to zapewnia podstawowe warunki do godnego życia. W Karcie przedstawiony jest kontekst prawno-etyczny Zasad Ochrony, Podstawowego Standardu Humanitarnego i Standardów Minimalnych. Jej podstawą jest Kodeks Postępowania z 1994 roku dla Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Ruchu Czerwonego Księżyca oraz organizacji pozarządowych (NGO) na wypadek katastrof. Kodeks Postępowania stanowi integralną część Podręcznika Sfery ⊕ *patrz: Załącznik 2*.

Wykaz kluczowych dokumentów stanowiących podstawę prawną Karty Humanitarnej znajduje się w ⊕ *Załączniku 1*.

Podstawowe Zasady Ochrony: Praktyczne przełożenie założeń prawnych oraz praw zarysowanych w Karcie Humanitarnej na cztery zasady, które przedstawiają wytyczne dla wszystkich działań humanitarnych.

Podstawowy Standard Humanitarny: Dziewięć zobowiązań opisujących procedury oraz obowiązki organizacyjne konieczne do tego, aby zagwarantować jakość i odpowiedzialność działań ukierunkowanych na osiągnięcie Standardów Minimalnych.

Cztery rozdziały techniczne stanowią włączenie Standardów Minimalnych do kluczowych obszarów pomocy humanitarnej:

- Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH)
- Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie
- Schronienie i zasiedlanie
- Zdrowie

W praktyce potrzeby humanitarne nie kwalifikują się jednoznacznie do poszczególnych obszarów. Efektywna pomoc humanitarna z założenia powinna być nastawiona do potrzeb człowieka holistycznie, a poszczególne obszary

Kodeks Postępowania: 10 Podstawowych Zasad

1. Obowiązek udzielenia pomocy humanitarnej ma nadrzędne znaczenie.
2. Pomoc jest świadczona niezależnie od rasy, wyznania czy narodowości beneficjentów oraz bez jakichkolwiek form negatywnego rozróżniania. Priorytety dotyczące pomocy są ustalane wyłącznie na podstawie potrzeb.
3. Pomoc nie będzie wykorzystywana w celu wsparcia stanowiska politycznego lub religijnego.
4. Dokładamy wszelkich starań, aby nie występować w charakterze instrumentów polityki zagranicznej rządów.
5. Szanujemy kulturę i obyczaje.
6. Próbujemy prowadzić działania w obliczu klęsk według lokalnych możliwości.
7. Należy ustanowić sposoby angażowania beneficjentów programu w zarządzanie pomocą doraźną.
8. Pomoc doraźna musi z założenia dążyć do ograniczenia przyszłego narażenia na klęski żywiołowe oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb.
9. Ponosimy odpowiedzialność zarówno za osoby, którym zamierzamy pomagać oraz za podmioty, od których przyjmujemy zasoby.
10. W swoich działaniach w zakresie informowania, nagłaśniania i reklamowania szanujemy ofiary klęsk żywiołowych jako istoty ludzkie, które należy traktować z godnością, a nie jako zdesperowane bezosobowe jednostki.

Kodeks Postępowania: Zasady Postępowania Międzynarodowego Czerwonego Krzyża / Czerwonego Półksiężyca oraz organizacji pozarządowych w kwestii niesienia pomocy na wypadek klęski, pełen tekst ⊕ patrz: Załącznik 2

powinny ze sobą współpracować i wspólnie koordynować działania w tym zakresie. W kontekście długotrwałego kryzysu może to wykraczać także poza ramy pomocy humanitarnej, gdy istnieje potrzeba ścisłej współpracy z podmiotami działającymi w dziedzinie rozwoju. Podręcznik zawiera odniesienia ułatwiające ustanowienie takich powiązań. Czytelnicy powinni zaznajomić się ze wszystkimi rozdziałami, aby zapewnić holistyczne podejście do działań humanitarnych.

Standardy Minimalne sprzyjają spójności podejścia

Podstawą standardów są dostępne dowody i doświadczenie w niesieniu pomocy humanitarnej. Są w nich przedstawione najlepsze praktyki na podstawie szerokiego konsensusu. Ponieważ odzwierciedlają niezbywalne prawa człowieka, mają uniwersalne zastosowanie.

Należy jednak zrozumieć kontekst niesienia pomocy oraz go nadzorować i analizować, aby zapewnić efektywne stosowanie standardów.

Struktura standardów

Standardy mają wspólną strukturę, dzięki czemu czytelnik może zrozumieć uniwersalne oświadczenie, za którym stoją kluczowe działania, kluczowe wskaźniki i wytyczne umożliwiające ich uzyskanie.

- **Standardy** wynikają z zasady poszanowania prawa do godnego życia. Mają one charakter ogólny i odnoszą się do jakości, przedstawiając niezbędne minimum, jakie należy osiągnąć w przypadku każdego kryzysu. Ich odpowiednikami w Podstawowym Standardzie Humanitarnym (PSH) są „zobowiązanie" i „kryterium jakości".

- **Kluczowe działania** zarysowują praktyczne kroki, jakie należy podjąć w celu spełnienia Standardu Minimalnego. Są to sugestie, które mogą nie mieć zastosowania w każdych okolicznościach. Praktycy powinni wybierać te najbardziej odpowiednie do danej sytuacji.
- **Kluczowe wskaźniki** pełnią rolę sygnałów, za pomocą których można sprawdzić, czy standard jest osiągany. Dzięki nim możliwe jest porównanie wyników procesu i programu ze standardem oraz w całym okresie niesienia pomocy. Minimalne wymogi ilościowe stanowią najniższy możliwy do przyjęcia poziom osiągnięcia dla wskaźników i są uwzględnione tylko w tych obszarach, w odniesieniu do których istnieje porozumienie wśród wszystkich sektorów.
- **Wytyczne** zawierają informacje dodatkowe, które uzupełniają kluczowe działania, z odniesieniami do Zasad Ochrony, Podstawowego Standardu Humanitarnego i innych standardów opisanych w Podręczniku. Uwzględniono również odniesienia do innych standardów Humanitarian Standards Partnership (Partnerstwo na rzecz standardów humanitarnych).

Praca z kluczowymi wskaźnikami

Kluczowe wskaźniki Sfery służą do pomiaru, czy standard jest spełniany. Nie należy ich mylić ze standardem. Standard ma charakter uniwersalny, a kluczowe wskaźniki – tak jak kluczowe działania – należy rozważać z uwzględnieniem kontekstu i fazy akcji humanitarnej. Są trzy rodzaje wskaźników Sfery:

- **Wskaźniki procesu** służą do sprawdzania, czy minimalne wymaganie zostało osiągnięte. Na przykład: ujednolicone protokoły stosuje się do analizy bezpieczeństwa żywnościowego, środków do życia i strategii radzenia sobie ⊕ *patrz: Standard oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.1: Ocena bezpieczeństwa żywnościowego*.
- **Wskaźniki postępów** są jednostką miary, która umożliwia kontrolę spełniania standardu. Stosuje się je w celu ustalenia punktów odniesienia, wyznaczenia celów wspólnie z partnerami i interesariuszami, a także do monitorowania zmian prowadzących do celu. Na przykład: odsetek gospodarstw, które według obserwacji zawsze przechowują wodę w sposób bezpieczny, w czystych i zamkniętych pojemnikach ⊕ *patrz: Standard dostawy wody 2.2: Jakość wody*. Chociaż optymalny cel wynosi 100 procent, praktycy powinni powiązać wskaźnik z rzeczywistą sytuacją, nadzorować usprawnienia względem punktów odniesienia i postępy w osiąganiu uzgodnionego celu w miarę upływu czasu.
- **Wskaźniki docelowe** są określonymi, mierzalnymi celami odzwierciedlającymi mierzalne minimum, które musi zostać spełnione, żeby standard był osiągnięty. Cele te należy osiągnąć jak najszybciej, jako że niewypełnienie celu wpłynie negatywnie na ogólną skuteczność programu. Na przykład: odsetek dzieci w wieku od sześciu miesięcy do 15 lat, które zostały zaszczepione na odrę: cel wynosi 95 procent ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1: Choroby wieku dziecięcego zwalczane drogą szczepień*.

Powiązania z innymi standardami

Podręcznik Sfery nie omawia wszystkich kwestii związanych z pomocą humanitarną, które wspierają prawo do godnego życia. Organizacje partnerskie opracowały standardy uzupełniające w kilkunastu obszarach, przyjmując za podstawę tę samą filozofię i zobowiązania, co standardy Sfery. Są one udostępnione przez Sferę, jak również znajdują się na stronach internetowych Humanitarian Standards Partnership (Partnerstwo na rzecz standardów humanitarnych) i organizacji partnerskich.

- Wytyczne i standardy dla nagłych przypadków dotyczących żywego inwentarza: LEGS Project
- Minimalne Standardy Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Standardy Minimalne w Edukacji: Gotowość, Reakcja, Powrót do Normalności: Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)
- Standardy Minimalne w Zakresie Naprawy Gospodarczej (MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Standardy Minimalne w Zakresie Analizy Rynku (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Standardy Objęcia Pomocą Humanitarną Osób Starszych i Osób z Niepełnosprawnościami: Age and Disability Consortium

2. Stosowanie standardów w kontekście

Działania humanitarne są prowadzone w wielu różnych kontekstach. Na to, w jaki sposób można wprowadzić Standardy Minimalne do środowiska operacyjnego, aby wspierać prawo do godnego życia, mają wpływ różne czynniki. Czynniki te to m.in.:

- uwarunkowania, w jakich udzielana jest pomoc humanitarna;
- różnice pomiędzy populacjami i różnorodność wśród osób indywidualnych;
- realia operacyjne oraz logistyczne, które mają wpływ na sposób i rodzaj udzielanej pomocy humanitarnej;
- precyzyjne punkty odniesienia oraz wskaźniki w różnych kontekstach, w tym definiowanie kluczowych pojęć i wyznaczanie celów.

Na działania mają wpływ takie czynniki, jak np. kultura, język, możliwości podmiotów niosących pomoc, bezpieczeństwo, dostęp, warunki środowiskowe i zasoby. Istotne jest także przewidzenie wszelkich potencjalnych negatywnych skutków działań oraz podjęcie kroków, aby je ograniczyć ⊕ *patrz: Zasady Ochrony 1 i 2,* oraz *Zobowiązanie w zakresie podstawowego standardu humanitarnego 3*.

Podręcznik Sfery jest dobrowolnym kodeksem wspierającym jakość oraz odpowiedzialność, opracowanym w sposób zachęcający do możliwie jak najszerszego zastosowania i przyjęcia odpowiedzialności za standardy. Nie jest to instrukcja wyjaśniająca „jak wykonać", lecz opis tego, co musi być wprowadzone jako minimum, aby umożliwić ludziom godne przeżycie i wyjście z kryzysu.

Spełnianie standardów Sfery nie wiąże się z wdrożeniem wszystkich kluczowych działań czy osiągnięciem wszystkich kluczowych wskaźników dla wszystkich standardów. Stopień przestrzegania standardów przez organizację zależy

od różnych czynników, a część z nich jest poza jej kontrolą. Dostęp do dotkniętej ludności bądź niestabilność polityczna czy ekonomiczna może w niektórych sytuacjach uniemożliwić osiągnięcie standardów.

W przypadkach, w których wymagania minimalne przewyższają warunki życia społeczności przyjmującej, należy rozważyć, jak ograniczyć potencjalne napięcia, np. poprzez oferowanie usług środowiskowych. W niektórych sytuacjach władze krajowe mogą ustanowić wymagania minimalne, które przewyższają Minimalne Standardy Sfery.

Standardy Sfery są wyrażeniem praw podstawowych odnoszących się do życia z godnością i pozostają niezmienne. Wskaźniki i wymagania minimalne mogą wymagać dostosowania do kontekstu sytuacyjnego. Tam, gdzie standardy nie są spełniane, należy z ostrożnością podchodzić do propozycji ograniczenia wymagań minimalnych. Wspólnie uzgadniaj wszelkie zmiany i zgłaszaj niedostatki w osiąganych postępach w stosunku do wymagań minimalnych w szerokim kontekście. Ponadto organizacje humanitarne mają obowiązek oceniać negatywny wpływ na populację, jaki ma niespełnianie standardu, oraz podjąć kroki celem zminimalizowania ewentualnych szkód. Wykorzystaj istniejącą lukę do prowadzenia działań rzeczniczych i dołóż działań, aby jak najszybciej osiągnąć wskaźniki.

Standardy obowiązują w całym cyklu programu

Standardy Sfery powinny być stosowane w całym cyklu programu, od oceny i analizy poprzez opracowanie strategii, planowanie oraz projektowanie programu, wdrożenie i nadzór po ewaluację oraz naukę.

Ocena i analiza

Minimalne Standardy Sfery zapewniają podstawę do przeprowadzenia oceny i analizy potrzeb w każdym sektorze, a w każdym rozdziale przedstawione są listy kontrolne oceny. Na początku kryzysu standardy Sfery pomagają ustalić pilne potrzeby i określić priorytetowe działania w odpowiedzi na te potrzeby. Ustalenie planowanych środków i minimalne poziomy pomocy są zarysowane w perspektywie globalnej, aby pomóc w sformułowaniu minimalnych rezultatów wszystkich działań. A zatem standardy służą także poprawie koordynacji wśród organizacji i sektorów.

Opracowanie strategii i tworzenie programu

Podstawowy Standard Humanitarny i Standardy Minimalne wspomagają planowanie działań, aby zagwarantować, że udzielana jest właściwa pomoc humanitarna, jest ona niesiona we właściwym czasie i skierowana do najbardziej potrzebujących. Pełne uczestnictwo dotkniętej populacji i koordynacja działań z krajowymi oraz lokalnymi władzami są konieczne, żeby to uzyskać we wszystkich obszarach.

Kluczowe działania i wskaźniki są założeniami służącymi do określenia priorytetów, ustalenia planowanych środków oraz wspierania współpracy pomiędzy różnymi obszarami. Dzięki temu łatwiej zapewnić wzajemne wzmacnianie i wspieranie zdolności populacji do zaspokajania własnych potrzeb działaniami poszczególnych sektorów. Kluczowe działania i wskaźniki przedstawiają założenia dotyczące jakości pomocy, do której należy dążyć. Stanowią także podstawę do przeprowadzenia analizy działań, która określi najlepszą metodę zaspokojenia wskazanych potrzeb i zminimalizowania potencjalnych szkodliwych skutków ubocznych.

Planowanie programu zakłada zazwyczaj analizę kilku opcji reagowania, takich jak np. świadczenia rzeczowe w postaci towarów, pomoc pieniężna, bezpośrednie świadczenie usług, wsparcie techniczne lub połączenie tych wariantów. Specyficzna kombinacja wybranych opcji reagowania zazwyczaj z czasem ewoluuje. Standardy Minimalne są nastawione bardziej na to, co trzeba zrobić niż w jaki sposób nieść pomoc.

Coraz częściej w celu spełnienia potrzeb humanitarnych stosuje się pomoc pieniężną, która jest formą programu opartego na mechanizmach rynkowych. Założenia dotyczące stosowania pomocy pieniężnej zostały uwzględnione we wszystkich rozdziałach Podręcznika. Pomoc pieniężna może służyć do spełnienia potrzeb wielosektorowych lub potrzeb dotyczących określonego sektora. Może być również stosowana do zwalczania praktyk dyskryminacyjnych, które ograniczają kobietom dostęp do aktywów, jak również podejmowanie decyzji związanych z zarządzaniem aktywami. Dotacje uniwersalne mogą być skutecznym sposobem niesienia pomocy i spełnienia standardów w różnych sektorach. Wszelka pomoc pieniężna powinna wynikać z wielosektorowej analizy potrzeb, dynamiki w kontekście, funkcjonalności rynku i oceny wykonalności.

Nie wszystkie sektory są dobrze przystosowane do programów opartych na mechanizmach rynkowych. Dotyczy to w szczególności podmiotów świadczących usługi bezpośrednie lub wsparcie techniczne. Dostawcy świadczeń zdrowotnych i żywieniowych mogą podjąć decyzję o wsparciu istniejących podmiotów świadczących opiekę zdrowotną oraz lokalnych interwencji wspierających zdrowie publiczne, które nie działają na zasadzie rynkowej.

Do ustalenia, w jaki sposób najlepiej zapewniać pomoc, konieczne będzie przeprowadzenie konsultacji z populacją, analizy rynków, pozyskanie wiedzy na temat sposobów świadczenia usług, a także zrozumie łańcucha dostaw i możliwości logistycznych. Taką analizę działania należy badać na przestrzeni czasu w zależności od rozwoju sytuacji ⊕ *patrz: Załącznik: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Wdrożenie

Jeżeli nie ma możliwości spełnienia standardów Sfery w przypadku wszystkich lub niektórych grup występujących w dotkniętej populacji, zbadaj dlaczego i wyjaśnij różnice, a także obszary wymagające zmiany. Oceń negatywne implikacje, w tym także ryzyko związane z ochroną i zdrowiem publicznym. Udokumentuj te zagadnienia oraz współpracuj aktywnie z innymi sektorami oraz dotkniętą populacją nad ustalaniem stosownych metod ograniczenia potencjalnej krzywdy.

Nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka

Nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka (NEON) wspierają terminowe podejmowanie decyzji na podstawie dowodów. Umożliwiają programom humanitarnym dostosowanie się do zmieniających się kontekstów. Wszystkie Standardy Minimalne mają wskaźniki, które można nadzorować, aby określić, czy są osiągane, czy są osiągane w sposób sprawiedliwy dla wszystkich segmentów populacji lub ile jeszcze trzeba zrobić w tej kwestii. Ewaluacja wspiera naukę poprawiania zasad i przyszłej praktyki, a także sprzyja przyjmowaniu odpowiedzialności. System NEON wspomagają także szersze aspekty nauki związane ze skuteczną akcją humanitarną.

Oceniaj bieżącą sytuację i tendencje w miarę upływu czasu

- Kto jest poszkodowany?
- Potrzeby i podatności
- Strategie i możliwości radzenia sobie
- Wysiedleni? Mobilni?
- Jakie są priorytety poszkodowanych osób?

- Ryzyko i zagrożenia związane z ochroną
- Sytuacja związana z bezpieczeństwem a praworządność
- Dostęp do pomocy
- Dostęp do osób w potrzebie?
- Zmiany sezonowe dotyczące zagrożeń

- Interesariusze i stosunki władzy
- Możliwości i intencje podmiotów niosących pomoc
- Plany reagowania władz i innych podmiotów
- Rola populacji przyjmującej

- Dostępne towary i usługi
- Systemy rynkowe i łańcuchy dostaw
- Możliwości infrastruktury
- Dostawcy usług (finansowych i innych)
- Możliwości i ograniczenia logistyki

↓

Analizuj i wyznaczaj priorytety

Jakimi problemami należy się zająć? Dla których grup ludzi? W jakim obszarze geograficznym? W jakim horyzoncie czasowym? W stosunku do jakich standardów?

↓

Przejrzyj opcje i zdecyduj, w jaki sposób będzie dostarczana pomoc

Rozważ dostępne opcje w wybranym kontekście:

- Bezpośrednie dostarczanie usług
- Dystrybucja towarów
- Wsparcie techniczne
- Programy oparte na mechanizmach rynkowych
- Pomoc pieniężna

Z powyższej listy wybierz opcje reagowania zgodnie z przeprowadzoną oceną:

- Pilności oraz perspektywy czasowej
- Wykonalności
- Możliwości
- Godności
- Ryzyka i zagrożeń związanych z ochroną
- Wydajności, opłacalności
- Odporności
- Odpowiedzialności narodowej
- Polityki rządowej

↓

Opracuj program oparty na jakości i odpowiedzialności

Kluczowe punkty zainteresowania

- Dokonaj dezagregacji danych według płci, wieku i niepełnosprawności
- Podatności i ochrona
- Zrównoważony rozwój lub okres przejściowy

Komunikacja i odpowiedzialność

- Mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych i zgłaszania skarg
- Koordynacja
- Systemowe zaangażowanie społeczności

Nadzorowanie kontekstu, procesu, postępów i wyników

- Wybór wskaźników
- Dezagregacja odpowiednich danych

Okres przejściowy i strategie wyjścia z sytuacji

- Zaangażowanie i przejęcie odpowiedzialności na poziomie lokalnym
- Systemy krajowe i przejęcie odpowiedzialności na szczeblu państwowym
- Partnerstwa

Zrozumienie kontekstu, w jakim standardy mają być stosowane (Rys. 1)

Zrozumienie podatności i możliwości

W Podręczniku pojęcie „osoby" jest używane w szerokim kontekście, który odzwierciedla przekonanie Sfery, że każdy człowiek ma prawo do godnego życia, a w związku z tym prawo do otrzymania pomocy. Termin „osoby" należy odczytywać jako obejmujący kobiety, mężczyzn, chłopców i dziewczęta, niezależnie od ich wieku, niepełnosprawności, narodowości, rasy, etniczności, stanu zdrowia, przynależności politycznej, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub wszelkich innych charakterystyk, którymi mogą się posługiwać do celów własnej identyfikacji.

Nie wszyscy ludzie mają jednakową kontrolę nad władzą i zasobami. Jednostki i grupy w obrębie populacji mają różne możliwości, potrzeby i podatności, które z czasem ulegają zmianom. Indywidualne czynniki takie jak wiek, płeć, niepełnosprawność oraz status prawny czy stan zdrowia mogą ograniczyć dostęp do pomocy. Te i inne czynniki mogą także być wykorzystywane do zamierzonej dyskryminacji. Systematyczny dialog z kobietami, mężczyznami, dziewczętami i chłopcami, niezależnie od wieku oraz pochodzenia – zarówno w grupach odrębnych jak i mieszanych – jest niezbędny do skutecznego opracowania programu. Niezależnie od tego, czy dotyczy to osoby młodej lub starszej, kobiety lub dziewczynki, osoby z niepełnosprawnością lub mniejszości etnicznej, te czynniki same w sobie nie powodują, że osoba ta jest ogólnie podatna na zagrożenia. To raczej wzajemne zależności różnych czynników w danym kontekście mogą wzmocnić możliwości, zwiększyć odporność lub utrudnić dostęp do pomocy danej osobie bądź grupie.

W wielu sytuacjach na zagrożenia podatne mogą być całe społeczności i grupy, ponieważ mieszkają na obszarach oddalonych lub niedostępnych, bądź są rozproszone geograficznie i mają ograniczony dostęp do pomocy oraz ochrony. Grupy mogą doświadczać zaniedbań i dyskryminacji ze względu na narodowość, etniczność, język bądź przynależność religijną czy polityczną, co w myśl zasady bezstronności wymaga zwrócenia szczególnej uwagi.

Jeżeli w opracowywaniu programu uczestniczą zróżnicowane grupy, wtedy działania humanitarne są bardziej kompleksowe i mogą przynieść bardziej zrównoważone rezultaty. Włączenie i zapewnienie udziału dotkniętej ludności jest czynnikiem kluczowym dla godnego życia.

Dezagregacja danych

W wielu sytuacjach dane dotyczące populacji trudno znaleźć lub ustalić. Jednakże dane zdezagregowane będą pokazywały odmienne potrzeby i wpływ działań na różne grupy. Dane zdezagregowane mogą pomóc w identyfikacji osób najbardziej narażonych na ryzyko, wskazać, czy mogą mieć dostęp do pomocy humanitarnej i z niej korzystać, a także czy należy podjąć dalsze kroki, aby do nich dotrzeć. Dokonuj dezagregacji danych w zakresie, w jakim jest to możliwe oraz przy uwzględnieniu kategorii stosownych do kontekstu, żeby zrozumieć różnice wynikające z płci, wieku, niepełnosprawności, geografii, etniczności, religii, kasty bądź jakichkolwiek innych czynników, które mogą ograniczyć dostęp do bezstronnej pomocy.

Aby uzyskać ogólne dane na temat wieku, używaj tych samych grup, co w krajowych systemach gromadzenia danych. Jeżeli nie istnieją krajowe grupy wiekowe, skorzystaj z poniższej tabeli. Aby dotrzeć do określonych grup, takich jak np. niemowlęta, dzieci, młodzież, kobiety czy osoby starsze, może być potrzebna bardziej precyzyjna dezagregacja.

Płeć	Status niepełnosprawności	Wiek									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
Kobieta	Pełnosprawna										
	Niepełnosprawna										
Mężczyzna	Pełnosprawny										
	Niepełnosprawny										

Dzieci

Dzieci stanowią znaczącą część każdej ludności dotkniętej kryzysem, lecz często są mniej widoczne. Możliwości oraz potrzeby dzieci różnią się w zależności od ich biologicznego wieku i etapu rozwoju. Należy stosować szczególne środki, aby zapewnić im ochronę przed krzywdą i sprawiedliwy dostęp do podstawowych świadczeń.

Podczas kryzysu dzieci są szczególnie narażone na warunki zagrażające życiu takie jak niedożywienie, oddzielenie od rodziny, handel dziećmi, rekrutacja do ugrupowań zbrojnych oraz przemoc i nadużycia fizyczne lub seksualne – wszystkie wymagają natychmiastowej interwencji.

Ryzyku związanemu z ochroną często towarzyszy wiele czynników. Na przykład nastoletni oraz młodzi chłopcy w większym stopniu są narażeni na rekrutację na żołnierzy przez siły i ugrupowania zbrojne lub uczestniczenie w najgorszych formach pracy dzieci. Nastoletnie dziewczęta są bardziej narażone na wykorzystywanie w charakterze niewolnic seksualnych lub porwania. Dzieci niepełnosprawne są bardziej narażone na porzucenie lub zaniedbanie. Dziewczęta niepełnosprawne wymagają szczególnej uwagi, ponieważ są narażone na większe ryzyko przemoc seksualnej, wyzyskiwania seksualnego i niedożywienia.

Należy aktywnie starać się pozyskiwać opinie dziewcząt oraz chłopców w różnym wieku i o różnym pochodzeniu, aby mogły mieć wpływ na sposób udzielania, nadzorowania i oceniania pomocy. Konwencja o prawach dziecka stwierdza, że „dziecko" oznacza każdą osobę w wieku poniżej 18 lat. Przeanalizuj, w jaki sposób dotknięta populacja definiuje dzieci, aby zapewnić, że żadne dziecko lub młoda osoba nie jest wykluczona z pomocy.

Osoby starsze

Osoby starsze stanowią dynamicznie rosnący odsetek populacji w większości krajów, lecz są często zaniedbywane przy udzielaniu pomocy humanitarnej.

W wielu kulturach osobę uważa się za starszą biorąc pod uwagę bardziej okoliczności (np. jeśli jest babcią/dziadkiem) oznaki fizyczne (np. białe włosy) niż wiek. Chociaż wiele źródeł definiuje starszy wiek jako 60 lat i więcej, gdy mamy do czynienia z kryzysem humanitarnym, bardziej stosowne może być przyjęcie wieku lat 50.

Osoby starsze wnoszą wiedzę i doświadczenie w zakresie strategii radzenia sobie oraz pełnią rolę opiekunów, zarządzają zasobami, są koordynatorami i generują przychody. Osoby starsze są często uosobieniem historii i tradycji oraz pełnią rolę

kulturowych punktów odniesienia. Izolacja, niedomaganie fizyczne, zakłócenia dotyczące rodziny i struktur wparcia społecznego, choroby przewlekłe, trudności natury funkcjonalnej i pogarszające się zdolności umysłowe mogą zwiększać podatność osób starszych w sytuacjach humanitarnych.

Dbaj o to, aby na każdym etapie reagowania humanitarnego prowadzone były konsultacje z osobami starszymi oraz aby je angażowano. Uwzględnij dostępne świadczenia, środowiska i informacje odpowiednio do wieku oraz używaj zagregowanych danych do nadzorowania programu i zarządzania programem.

Płeć

„Płeć" odnosi się społecznie skonstruowanych różnic między kobietami a mężczyznami w całym cyklu życia. Może się zmieniać wraz z upływem czasu oraz w obrębie kultur i kontekstów oraz pomiędzy nimi. Płeć często determinuje różne role, obowiązki, władzę oraz dostęp do zasobów dla kobiet, dziewcząt, chłopców i mężczyzn. Zrozumienie tych różnic oraz tego, jakiej podlegają zmianie w trakcie kryzysu, ma krytyczne znaczenie dla efektywności programów humanitarnych i poszanowania praw człowieka. Kryzysy mogą być szansą na wyeliminowanie nierówności płci oraz wzmocnienie pozycji kobiet, dziewcząt, chłopców i mężczyzn.

Istnieje różnica pomiędzy płcią społeczno-kulturową (gender), a płcią w ujęciu cech biologicznych człowieka.

Pojęcie „gender" nie oznacza „tylko kobiety". Podczas gdy kobiety oraz dziewczęta najczęściej doświadczają ograniczeń związanych z rolami przypisanymi płciom, mężczyźni i chłopcy są często pod presją ścisłych oczekiwań dotyczących męskości. Programy dotyczące równości płci wymagają ich angażowania, aby możliwe było zbudowanie bardziej sprawiedliwych relacji oraz zapewnienie równego udziału kobiet, dziewcząt, mężczyzn i chłopców.

Przemoc uwarunkowana płcią

Pojęcie „Przemoc uwarunkowana płcią" opisuje przemoc według różnic płciowych pomiędzy mężczyznami a kobietami. Podkreśla, w jaki sposób nierówność występująca między mężczyznami a kobietami stanowi podstawę większości form przemocy stosowanych przeciwko kobietom i dziewczętom na całym świecie. Kryzysy mogą zwiększać wiele form przemocy uwarunkowanej płcią, np. przemoc wobec partnerów, małżeństwa dzieci, przemoc seksualną i handel ludźmi.

Organizacje ponoszą odpowiedzialność za podejmowanie wszelkich zasadnych kroków zmierzających do zapobiegania seksualnemu wykorzystywaniu osób dotkniętych kryzysem, szczególnie w ramach ich własnych działań. W przypadkach, gdy zarzuty dotyczące zawinionego zachowania okażą się prawdziwe, istotne jest, aby właściwe władze pociągnęły sprawcę do odpowiedzialności, a także by takie sprawy były prowadzone w przejrzysty sposób.

Osoby niepełnosprawne

Około 15 procent światowej populacji jest dotkniętych jakąś formą niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne to m.in. osoby, które mają długotrwałe upośledzenia fizyczne, psychiczne, intelektualne bądź sensoryczne, które w sytuacji występowania różnych barier mogą utrudniać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi ludźmi.

W kontekście humanitarnym osoby niepełnosprawne są bardziej narażone na bariery i przeszkody związane dostępem do otoczenia, transportu, informacji i komunikacji oraz usług lub obiektów humanitarnych. Programy reagowania i gotowości powinny uwzględniać możliwości oraz potrzeby wszystkich osób niepełnosprawnych oraz podejmować świadome działania zmierzające do wyeliminowania przeszkód fizycznych, barier w komunikacji oraz w zakresie postaw, które mają wpływ na dostęp i udział takich osób. Zagrożeniom wobec kobiet i dziewcząt niepełnosprawnych może towarzyszyć nierówność oraz dyskryminacja płciowa.

⊕ *Patrz: Odniesienia: Więcej informacji na temat dezagregacji danych według statusu niepełnosprawności zawiera Washington Group Questions* oraz ⊕ *Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Standardy objęcia pomocą humanitarną osób starszych i osób niepełnosprawnych]*.

Osoby chorujące na HIV i dotknięte HIV

Posiadanie wiedzy na temat występowania HIV w określonych warunkach jest istotne, aby zrozumieć podatność i zagrożenia oraz dostarczyć informacje w celu zapewnienia skutecznego reagowania. Przesiedlenie może prowadzić do nasilenia podatności na HIV, a kryzysy mogą łatwo powodować zakłócenia takich usług, jak zapobieganie, testowanie, opieka, leczenie i wsparcie. Często niezbędne jest podjęcie określonych środków w celu ochrony przed przemocą i dyskryminacją wśród populacji wysokiego ryzyka. Towarzyszyć temu może nierówność płciowa oraz dyskryminacja ze względu na stopień niepełnosprawności, tożsamość płciową i orientację seksualną. To z kolei może zniechęcać osoby żyjące z HIV do poszukiwania usług w sytuacji kryzysu, jeśli są one dostępne. Przemoc, dyskryminacja i negatywne strategie radzenia sobie, np. seks powiązany z wymianą dóbr ekonomicznych, zwiększają podatność na przenoszenie HIV, szczególnie wśród kobiet, dziewcząt i społeczności LGBTQI. Osobami najbardziej narażonymi są mężczyźni, którzy uprawiają seks z mężczyznami, osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, osoby świadczące usługi seksualne, osoby transpłciowe, osoby niepełnosprawne, a także osoby przebywające w więzieniu i innych placówkach zamkniętych ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV*.

Czynniki takie jak stopniowe ograniczenie mobilności i większy dostęp do usług dla ludności dotkniętej kryzysem mogą zmniejszyć ryzyko związane z HIV. Rozwiewaj wszelkie błędne wyobrażenia dotyczące obecności osób żyjących z HIV i zwiększonej częstości występowania HIV, aby unikać stosowania praktyk dyskryminacyjnych. Osoby żyjące z HIV mają prawo do godnego życia bez dyskryminacji i powinny mieć zapewniony niedyskryminacyjny dostęp do usług.

Osoby LGBTIQI

Osoby, które identyfikują się jako lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, queerowe lub interpłciowe (LGBTQI) są często narażone na podwyższone ryzyko dyskryminacji, stygmatyzacji, a także przemocy fizycznej i seksualnej. Mogą napotykać na przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej, lokali mieszkalnych, edukacji, zatrudnienia, informacji i ośrodków pomocy humanitarnej. Np. osoby LGBTQI często spotykają się z dyskryminacją w programach pomocowych stworzonych na „tradycyjnym" modelu rodziny w takich kwestiach jak zakwaterowanie w nagłych

przypadkach lub dystrybucja żywności. Te przeszkody mają niekorzystny wpływ na ich zdrowie oraz szanse na przeżycie i mogą nieść za sobą długofalowe konsekwencje dla integracji. Zadbaj, aby przygotowanie i planowanie obejmowało konkretne, bezpieczne i integracyjne działania w zakresie ochrony. Prowadź konstruktywne konsultacje z osobami i organizacjami LGBTQI na każdym etapie pomocy humanitarnej.

Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne

Ludzie różnie reagują na stres w sytuacji kryzysu humanitarnego. Niektóre osoby są bardziej przytłoczone poczuciem niepokoju, szczególnie gdy zostały przymusowo przesiedlone, oddzielone od rodziny, doświadczyły przemocy lub miały wcześniej problemy ze zdrowiem psychicznym. Niezbędne jest zapewnianie podstawowych usług oraz bezpieczeństwa w sposób akceptowalny społecznie i kulturowo, żeby zapobiegać poczuciu niepokoju wśród populacji oraz radzić sobie z dyskryminacją.

Wzmocnienie wsparcia psychospołecznego i samopomocy w społecznościach tworzy warunki ochronne, umożliwiając osobom dotkniętym wzajemne wspomaganie się na drodze do poprawy warunków społecznych i zdrowia emocjonalnego. Ukierunkowane interwencje indywidualne, rodzinne lub grupowe – łącznie z interwencjami klinicznymi – są ważne, lecz niekoniecznie muszą być prowadzone przez specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego. Mogą być także przeprowadzane przez osoby nieprofesjonalne, jeśli są one przeszkolone i nadzorowane ⊕ *patrz: Podstawowy standard opieki zdrowotnej 2.5: Zdrowie psychiczne*.

Ludność dotknięta często wyraża swoją tożsamość duchową bądź religijną i może identyfikować się z określoną wspólnotą wyznaniową. Jest to często niezbędny element strategii radzenia sobie i ma wpływ na właściwą strategię reagowania w wielu różnych sektorach. Coraz więcej dowodów przemawia za tym, że poszanowanie tożsamości wyznaniowej przez podmioty niosące pomoc humanitarną przynosi korzyści ludności dotkniętej. Istniejące wspólnoty wyznaniowe mogą w znaczący sposób wspierać każde działanie humanitarne. Podejście ukierunkowane na człowieka wymaga, aby pracownicy humanitarni mieli wiedzę na temat tożsamości wyznaniowej dotkniętej ludności. Zwiększa się ilość dostępnych narzędzi ułatwiających osiągnięcie tego celu.

Zrozumienie warunków operacyjnych

Pomoc humanitarna jest udzielana w bardzo różnych kontekstach – w środowiskach miejskich, wiejskich, w przypadku konfliktu bądź nagłej klęski, które na przestrzeni czasu często występują razem. Skuteczność działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb ludności dotkniętej zależy od czynników geograficznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, środowiskowych i związanych z bezpieczeństwem. Pomimo że Standardy Minimalne zostały opracowane z myślą o niesieniu natychmiastowej i ratującej życie pomocy, mają również zastosowanie w przypadku działań humanitarnych trwających kilka dni, tygodni, miesięcy, a nawet lat. Pomoc humanitarną należy z biegiem czasu zmieniać i dostosowywać. Należy także unikać uzależniania od pomocy. Regularne analizowanie kontekstu i sytuacji zasygnalizuje, kiedy trzeba dostosować program do zmieniających się warunków, np. do nowych kwestii dotyczących bezpieczeństwa lub utrudnień sezonowych, jak np. powódź.

Bieżąca ewaluacja wpływu działań na lokalną dynamikę, np. zakup towarów i usług lub wynajem transportu, jest istotna aby zagwarantować, że pomoc humanitarna nie będzie nasilała konfliktu ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 2*. Kiedy kryzysy się przedłużają, istniejące niedociągnięcia systemowe mogą nasilić potrzeby oraz podatności, przez co konieczne będzie podjęcie dodatkowego wysiłku w celu zapewnienia ochrony i wzmocnienia odporności. Niektóre z tych kwestii można lepiej rozwiązać za pośrednictwem podmiotów działających na rzecz rozwoju lub we współpracy z nimi.

Mechanizmy koordynacji takie jak system klastrów muszą ustanowić przejrzysty podział pracy i zakres odpowiedzialności, a także określić luki dotyczące zasięgu i jakości. Ważne jest, aby unikać duplikowania wysiłków oraz marnotrawienia zasobów. Wymiana informacji i wiedzy między interesariuszami oraz wspólne planowanie i działania integrujące, mogą pomóc organizacjom w lepszym zarządzaniu ryzykiem i poprawianiu efektów reakcji.

Wspieranie krajowych i lokalnych podmiotów

Uznając nadrzędną rolę i odpowiedzialność państwa przyjmującego, Podręcznik zapewnia wytyczne wszystkim osobom i podmiotom uczestniczącym w działaniach humanitarnych oraz przedstawia rolę, jaką organizacje humanitarne mogą odegrać we wspieraniu tej odpowiedzialności. W sytuacji konfliktu decydujący wpływ ma gotowość państwa lub podmiotów pozarządowych do zapewnienia dostępu do populacji.

Rola państwa w kierowaniu działaniami lub ich koordynowaniu zależy od wielu czynników takich jak:

- istnienie organu rządowego, któremu powierzono koordynację lub wdrożenie działań humanitarnych (często zwanego Organem Krajowym lub Organizacją Zarządzającą Klęskami Żywiołowymi);
- rola i umocowanie ministerstw do wyznaczania standardów, takich jak standardy żywienia i standardy w zakresie niezbędnych leków i personelu medycznego;
- brak funkcjonujących instytucji państwowych – np. na obszarach spornych. W tego typu nadzwyczajnych okolicznościach podmioty udzielające pomocy humanitarnej muszą wdrożyć własne mechanizmy koordynacji.

Kryzysy długotrwałe

Gdy oczywiste jest, że działalność humanitarna będzie trwać dłużej niż kilka miesięcy lub lat, weź pod uwagę różne sposoby zaspokajania potrzeb i wspierania godnego życia. Zbadaj możliwości współpracy z istniejącymi dostawcami usług, władzami miejscowymi, społecznościami lokalnymi, sieciami ochrony społecznej lub podmiotami działającymi na rzecz rozwoju, by pomóc w zaspokajaniu potrzeb. W rozpoznaniu należy uwzględniać kontekst i obawy dotyczące ochrony oraz rozważać, jaki to będzie miało wpływ na prawa ludności dotkniętej. Zaangażuj przedstawicieli wszystkich płci i wszystkich grup wiekowych, osoby niepełnosprawne i o różnym pochodzeniu włączając samo-określone społeczności do uczestniczenia w analizie, ocenie, podejmowaniu decyzji, nadzorowaniu i ewaluacji. Realizuj długofalowe i trwałe rozwiązania na jak najwcześniejszym etapie. Jeżeli podmioty udzielające pomocy humanitarnej mają możliwość wypracowania

długoterminowych rozwiązań, takie rozwiązania powinny stać się nadrzędne wobec tymczasowych środków.

Doceń fakt, że osoby poszkodowane często jako pierwsze reagują na swoje własne potrzeby i zapewniają sobie ochronę. Krajowe i lokalne władze, organizacje społeczeństwa obywatelskiego, organizacje wyznaniowe i inne podmioty zapewniają istotną pomoc. Weź pod uwagę istniejące sieci wsparcia i określ sposoby niesienia pomocy zamiast podważać lub powielać ich działania.

Obszary miejskie

Ponieważ coraz większa liczba ludzi na świecie przenosi się do małych i dużych miast, podmioty udzielające pomocy humanitarnej muszą być przygotowane do działania w środowisku miejskim. Obszary miejskie zwykle różnią się od innych środowisk pod względem:

- **Gęstości:** większa gęstość zaludnienia, budynków mieszkalnych, infrastruktury, przepisów prawa oraz kultur na relatywnie małym obszarze;
- **Różnorodności:** grupy zróżnicowane pod względem społecznym, etnicznym, politycznym, językowym, religijnym i ekonomicznym mieszkają w małej odległości;
- **Dynamiki:** środowiska miejskie charakteryzują się płynnością i zmiennością, wysoką mobilnością oraz szybko zmieniającymi się stosunkami władzy.

Gminy często są kluczowym organem władzy i są powiązane z innymi podmiotami oraz jednostkami rządowymi, np. ministrami. Należy dokładnie ocenić dostęp do podstawowych usług, bezpieczeństwo żywnościowe i środki do życia – także pod kątem ewentualnej dyskryminacji. Mieszkańcy małych i dużych miast wydają pieniądze na opłacenie czynszu, zakup żywności oraz dostęp do opieki zdrowotnej. Standardy Minimalne dotyczące godnego życia mają zastosowanie niezależnie od sposobów udzielania pomocy.

Minimalne Standardy Sfery mogą być stosowane celem wsparcia rozmaitych punktów wyjścia do udzielania pomocy w obszarach miejskich przede wszystkim na osiedlach, w dzielnicach czy rejonach. Pożytecznych punktów wyjścia mogą dostarczać istniejące grupy, które mają wspólne interesy, np. szkoły, kluby, grupy kobiecie i taksówkarze. Współpraca z lokalnymi podmiotami (np. sektor prywatny, władze lokalne, liderzy grup sąsiedzkich i grupy społeczne) może mieć istotne znaczenie dla ponownego uruchomienia, wspierania i wzmacniania istniejących usług zamiast ich zastępowania. Weź pod uwagę, w jaki sposób pomoc humanitarna może wesprzeć planowanie inwestycji miejskich, tworząc wartość w trakcie trwania kryzysu, a także w perspektywie długoterminowej.

Podobnie jak w każdych okolicznościach, analiza kontekstu w środowiskach miejskich powinna uwzględniać istniejące zasoby i możliwości – np. handel, środki pieniężne, technologię, przestrzeń publiczną, osoby mające umiejętności specjalistyczne oraz różnorodność społeczną i kulturową, jak również kwestie dotyczące zagrożeń oraz ochrony. Analiza powinna stanowić źródło informacji dla wariantów reagowania oraz uzasadnienia ostatecznego wyboru metod realizacji – np. jeśli chodzi o decyzję, czy przekazać pomoc rzeczową, czy finansową (a także jak to zrobić najlepiej). Gospodarka małych i dużych miast oparta na obrocie gotówkowym stwarza możliwości podjęcia współpracy z podmiotami działającymi na

rynkach i w sektorze technologii, które mogą wspomóc wykorzystanie pomocy finansowej.

Osiedla komunalne

Projektowane osiedla komunalne i obozy, a także schroniska dla uchodźców i prowizorycznie założone osady są domem dla milionów przymusowo przesiedlonych ludzi. Standardy Sfery można stosować w celu zapewnienia jakości pomocy udzielanej w obrębie społeczności. Mogą one również pomóc w określeniu priorytetów dla wielosektorowych programów celem rozwiązania problemów zdrowia publicznego oraz zapewnienia prowizorycznie założonym osadom dostępu do podstawowych usług.

W przypadku osiedli komunalnych specjalna jednostka zarządzająca obozem może się włączyć w zapewnienie większej odpowiedzialności i skoordynowane świadczenie usług. Jednakże osiedla komunalne mogą stanowić szczególne zagrożenie dla ochrony. Na przykład kiedy odmawia się skorzystania z prawa swobody przemieszczania się i opuszczenia osiedla, ludzie mogą nie mieć dostępu do rynków lub możliwości zapewnienia sobie środków do życia. Należy także zwrócić szczególną uwagę na społeczności przyjmujące, ponieważ istniejące lub postrzegane różnice w traktowaniu mogą prowadzić do eskalacji napięć lub konfliktu. W takich przypadkach postulowanie alternatywnych miejsc do zamieszkania o charakterze obozów oraz rozwiązanie potrzeb społeczności przyjmującej może pomóc zapewnić ludności dotkniętej możliwość godnego życia.

Obszary, na których stacjonują krajowe lub międzynarodowe siły zbrojne

W sytuacjach, w których organizacje humanitarne prowadzą działania na tych samych obszarach co krajowe lub międzynarodowe siły zbrojne, istotna jest świadomość wzajemnych uprawnień, sposobów działania, możliwości i ograniczeń. W warunkach klęski żywiołowej bądź konfliktu organizacje humanitarne mogą być zmuszone do bliskiej współpracy z różnymi oddziałami wojskowymi, łącznie z siłami rządowymi państwa przyjmującego, pozarządowymi ugrupowaniami zbrojnymi i międzynarodowymi siłami pokojowymi. Podmioty udzielające pomocy humanitarnej powinny mieć na uwadze, że rządy państw przyjmujących mają obowiązek zapewnienia pomocy i ochrony osobom dotkniętym kryzysem na ich terytorium. Często zadania te powierza się krajowym siłom zbrojnym.

Zasady humanitarne muszą przyświecać wszelkim formom dialogu oraz koordynacji prowadzonym przez organizacje humanitarne i siły zbrojne na wszystkich szczeblach i etapach współdziałania. Niezbędnym elementem skutecznej koordynacji cywilno-wojskowej jest wymiana informacji, planowanie i podział zadań. O ile wymiana informacji pomiędzy podmiotami udzielającymi pomocy humanitarnej a siłami zbrojnymi jest możliwa, musi ona uwzględniać kontekst działań operacyjnych. Agencje humanitarne nie mogą przekazywać informacji, które zapewnią jednej stronie konfliktu przewagę taktyczną lub narażają cywilów na niebezpieczeństwo.

Czasami organizacje humanitarne muszą wykorzystać szczególne możliwości oddziałów wojskowych do przeprowadzenia działań humanitarnych. Pomoc sił zbrojnych dla organizacji humanitarnych powinna ograniczać się do wspierania infrastruktury i pomocy pośredniej. Pomoc bezpośrednia stanowi ostateczność.

Współpraca z oddziałami wojskowymi ma rzeczywisty lub postrzegany wpływ na neutralność i niezależność operacyjną organizacji humanitarnej, dlatego należy dokładnie rozważyć tę kwestię z wyprzedzeniem. Wytyczne uzgodnione na poziome międzynarodowym powinny stanowić odniesienie dla wszelkich porozumień w zakresie koordynacji działań organizacji humanitarnych i sił zbrojnych ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 6* i *Odniesienia*.

Wpływ świadczenia pomocy humanitarnej na środowisko

Środowisko, w którym ludzie żyją i pracują, ma kluczowe znaczenie dla ich zdrowia, dobrostanu oraz możliwości wyjścia z kryzysu. Zrozumienie, jaki wpływ na możliwość powrotu do normalności dla osób poszkodowanych ma środowisko, może stanowić cenną wskazówkę przy opracowywaniu programu oraz prowadzić do bardziej zrównoważonego reagowania na kolejne wstrząsy, a także zmniejszenia ryzyka w przyszłości.

Działania humanitarne mają bezpośredni i pośredni wpływ na środowisko W ramach skutecznej pomocy humanitarnej należy dokładnie szacować ryzyko dla środowiska przy prowadzeniu szerszych badań i analizy sytuacji. Programy powinny minimalizować swoje oddziaływanie na środowisko, a także uwzględniać sposób, w jaki zakupy, transport, wybór materiałów oraz wykorzystanie gruntów i zasobów naturalnych mogą chronić środowisko lub prowadzić do dalszego pogorszania jego stanu ⊕ *patrz: Standard w zakresie schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Państwa i regiony zmagające się z ubóstwem oraz słabą wydolnością instytucjonalną oraz nietrwałą ekologią są narażone na większe ryzyko wystąpienia klęsk żywiołowych i niestabilności, co tworzy błędne koło postępującej degradacji społeczeństwa oraz środowiska. To z kolei ma wpływ na zdrowie, edukację, środki do życia oraz inne aspekty związane z bezpieczeństwem, godnością i dobrostanem. Zrównoważony rozwój środowiska stanowi ważny element dobrej jakości działalności humanitarnej ⊕ *patrz: Zobowiązania w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 3, 9* oraz *Standard dotyczący schronienia i zasiedlania 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Załącznik
Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków

Niniejszy załącznik stanowi uzupełnienie wprowadzenia do Podręcznika Sfery i zapewnia dodatkowe informacje oraz wytyczne dotyczące wykorzystania rynków celem osiągnięcia Standardów Minimalnych i pomagania ludziom w zaspokajaniu ich potrzeb w następstwie kryzysu. Jego podstawą są rozdziały fundamentalne i jest on przywoływany w rozdziałach technicznych. W związku z tym stanowi nieodłączną część Podręcznika Sfery. Aby móc skutecznie reagować, podmioty udzielające pomocy humanitarnej powinny zrozumieć aktualne potrzeby oraz metody ich praktycznego zaspokojenia. Jednym z aspektów tej analizy jest zrozumienie, jak funkcjonują rynki oraz jakie towary i usługi są dostępne na poziomie lokalnym, krajowym, regionalnym i międzynarodowym. Dzięki takiej wiedzy programy humanitarne mogą zapewniać rynkom wsparcie, a przynajmniej ich nie zakłócać podczas prowadzenia działań.

Analiza rynku jako element analizy działań w zakresie reagowania

Po przeprowadzeniu oceny potrzeb i możliwości celem ustalenia priorytetów należy przeanalizować różne sposoby reagowania oraz zaspokajania tych potrzeb. W ramach analizy działań w zakresie reagowania należy dbać o to, aby zagrożenia oraz możliwości operacyjne, programowe i kontekstowe były systematycznie uwzględniane przy ocenie sposobów udzielania pomocy. Czasem nazywa się to „wyborem metody".

Określenie najlepszego sposobu udzielania pomocy w celu zaspokojenia potrzeb wymaga:

- zdezagregowanych informacji na temat priorytetów oraz tego, w jaki sposób ludność chciałaby uzyskiwać dostęp do pomocy, w obrębie różnych sektorów i w miarę upływu czasu;
- zrozumienie podatności na zagrożenia gospodarcze, zarówno istniejące jak i wywołane przez kryzys.

Jako element analizy działań w zakresie reagowania analiza rynku pomaga ustalić najbardziej skuteczny sposób zaspokojenia priorytetowych potrzeb: pomoc rzeczowa, świadczenie usług, pomoc pieniężna czy połączenie ich wszystkich w zależności od kontekstu. Analiza rynku pomoże określić wszelkie ograniczenia na rynkach, łącznie z kwestiami dotyczącymi podaży i popytu, jak również procedurami, normami, zasadami lub infrastrukturą, które ograniczają funkcjonowanie rynku.

Niezależnie od wybranej opcji reagowania powinna ona uwzględniać warunki rynkowe i dążyć do ochrony zdolności do utrzymania się, lokalnych miejsc pracy oraz przedsiębiorstw. Podstawą Sfery jest fundamentalne poszanowanie osób dotkniętych kryzysem i wspieranie ich decyzji w sprawie wyjścia z kryzysu. Biorąc pod uwagę, w jaki sposób ludzie współpracują z lokalnymi rynkami w celu pozyskania towarów, usług i dochodów, analiza rynku sprzyja podejściu nastawionemu na potrzeby ludzkie.

Programy i rynki

Pomoc udzielana za pośrednictwem rynków może być zapewniana na wiele sposobów, zarówno na poziomie lokalnym, jak i krajowym oraz regionalnym. Programy, których podstawą są mechanizmy rynkowe można stosować w celu bezpośredniego udzielania pomocy lub wspierania rynków, aby te skuteczniej obsługiwały ludność poszkodowaną.

- Zamawianie towarów i artykułów nieżywnościowych na poziomie lokalnym i regionalnym wspomaga podaż na rynkach.
- Pomoc pieniężna umożliwiająca ludziom zakup lokalnie dostępnych towarów lub usług wspiera popyt na rynkach.
- Wzmacnianie infrastruktury poprzez poprawę dostępu drogowego do rynków lub takie reformy, jak np. przepisy zapobiegające zmowom cenowym, zapewniają wsparcie dla rynku, dzięki czemu może on lepiej służyć poszkodowanej ludności.

Czynniki takie jak płeć, pochodzenie etniczne czy niepełnosprawność często mają bezpośredni wpływ na dostęp fizyczny, finansowy i społeczny do rynków. Jakie różnice w dostępie do rynku występują między mężczyznami, kobietami, młodzieżą i osobami starszymi? Czy handlowcy o określonym pochodzeniu etnicznym mają dostęp do narzędzi kredytowych? Te i inne czynniki przekładają się na stopień, w jakim poszczególne osoby mogą aktywnie uczestniczyć w rynkach.

Przy opracowywaniu programów opartych na mechanizmach rynkowych należy zrównoważyć aspekty etniczne i kwestie środowiskowe. Zadbaj o to, aby rynki, które nadmiernie eksploatują zasoby naturalne, ekosystemy i środowisko nie rozwijały się w sposób narażający ludność na dalsze zagrożenia.

Towary, usługi i rynki: Zajmując się priorytetowymi potrzebami humanitarnymi bierz pod uwagę zarówno towary, jak i usługi. Większość standardów Sfery wiąże się z zapewnianiem pewnego rodzaju towarów lub dostępu do produktów. Jednakże sektory społeczne, np. zdrowie i edukacja, charakteryzują się zapewnianiem dostępu do usług lub polepszaniem takiego dostępu i świadczenie pomocy za pośrednictwem rynków może być niewykonalne. Przy współpracy z zewnętrznymi dostawcami usług lub z podwykonawcami dbaj o ścisłe nadzorowanie jakości ich usług i produktów ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.4: Finansowanie opieki zdrowotnej*.

W niektórych przypadkach dobrym rozwiązaniem są programy oparte na mechanizmach rynkowych, które pośrednio wspomagają dostęp do usług. Pomoc pieniężna może zapewniać środki na transport do placówek opieki zdrowotnej lub dostęp do edukacji (zakup strojów i materiałów). Dzięki rejestrowaniu wydatków gospodarstw domowych można uzyskać przejrzyste dane na temat kosztu dostępu do usług – również takich, które powinny być bezpłatne. Nadzorowanie wydatków domowych powinno zawsze być wspomagane nadzorowaniem wyników działania pomocy pieniężnej.

Sektory usługowe mogą brać pod uwagę programy oparte na mechanizmach rynkowych także w przypadku towarów – np. moskitiery nasączone środkami owadobójczymi, dostawy uzupełniającego żywienia i leków, jeżeli spełniają kryteria jakości ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Niezbędne leki i urządzenia medyczne*.

W większości sytuacji potrzebne będzie połączenie różnych form interwencji opartych na mechanizmach rynkowych. Programy oparte na mechanizmach rynkowych będą prawdopodobnie potrzebowały wsparcia ze strony innych działań, takich jak pomoc techniczna. To połączenie będzie się również rozwijało w trakcie trwania programu i konieczne może być przejście z pomocy rzeczowej na pieniężną albo w formie bonów lub odwrotnie. Poza nadzorowaniem samego programu równie ważne jest nadzorowanie rynku celem potwierdzenia lub dostosowania form pomocy.

Współpraca między łańcuchem dostaw, logistyką a funkcjami programu musi być prowadzona przez cały czas. W celu uzyskania dalszych wytycznych odnośnie do narzędzi wspierających ten wybór i analizę ⊕ *patrz: Odniesienia*.

Listy kontrolne

Lista kontrolna pomocy pieniężnej

W niniejszym dziale przedstawiona jest lista kwestii do rozważenia w przypadku dostarczania pomocy za pośrednictwem rynków. Jest on zgodny z cyklem zarządzania programem i zawiera inne istotne zagadnienia, które należy uwzględnić, jeśli przyjmuje się to podejście, aby zapewnić osiągnięcie Standardów Minimalnych. Każdy kontekst ma inną specyfikę, a dostępne mechanizmy świadczenia pomocy różnią się w zależności od takich czynników, jak np. infrastruktura, ochrona danych, opłacalność oraz walka z wykluczeniem finansowym.

Tworzenie programu

- Zwróć uwagę, aby kryteria selekcji beneficjentów uwzględniały cele programu i uwarunkowania szczególne dotyczące pomocy pieniężnej.
- Dokładnie rozważ, które osoby w gospodarstwie domowym powinny otrzymać pomoc pieniężną, na podstawie przejrzystej oceny ryzyka i z uwzględnieniem wszelkich kwestii dotyczących ochrony.
- Ustal bezpieczne, dostępne i skuteczne mechanizmy dostarczania pomocy zgodnie z kontekstem, celami oraz wielkością programu, jak również uwzględniając poziom wiedzy w zakresie finansów wśród beneficjentów oraz ich preferencje.
- Oblicz kwotę przelewu na podstawie potrzeb, które mają być pokryte oraz kosztu ich zaspokojenia.
- Ustal częstotliwość i czas trwania przekazywania środków w zależności od potrzeb, sezonowości, możliwości dostawcy usług finansowych oraz zagrożeń związanych z ochroną.
- Jeżeli jest to możliwe i wykonalne, przyjmij podejście wielosektorowe.
- Zdefiniuj kluczowe zagadnienia i powiązane wskaźniki do nadzorowania procesu, działań, poziomu postępów i wyników.

Wdrożenie

- Przy organizowaniu przetargów dla dostawców usług finansowych uwzględnij kwestie indywidualne danego kontekstu i pozostałe istotne zagadnienia, a także ustanów przejrzyste kryteria selekcji.

- Rozważ wykorzystanie istniejących i znanych mechanizmów świadczenia pomocy, które są już wprowadzone w przypadku ochrony społecznej.
- Wprowadź systemy rejestracji oraz identyfikacji beneficjentów, które są dostosowane do mechanizmów świadczenia pomocy i zapewniają ochronę danych osobowych.
- Zwróć uwagę, aby przy rejestracji oraz identyfikacji uwzględniać dane wymagane przez dostawcę usług finansowych.
- Zastosuj środki ochrony danych i je udokumentuj.
- W miarę możliwości ustanów mechanizmy dotyczące danych cyfrowych we współpracy z różnymi organizacjami („systemy interoperacyjne").
- Zdefiniuj precyzyjne procedury, role i zakresy obowiązków w ramach procesu dostarczania środków pieniężnych, a także mechanizmy zarządzania ryzykiem.
- Zwróć uwagę, aby proces dostarczania pomocy pieniężnej był dostępny i skuteczny.
- Zadbaj, aby wszystkie poszkodowane grupy miały dostęp do wybranych mechanizmów świadczenia pomocy w okresie trwania projektu.
- Przekaż beneficjentom informacje na temat celów programu i czasu trwania pomocy pieniężnej, aby mogli podejmować świadome decyzje dotyczące wydatków.
- Zadbaj, aby dostawcy usług finansowych ponosili odpowiedzialność wobec beneficjentów poprzez zarządzanie i nadzorowanie umów ⊕ *patrz: Zobowiązania w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 4 i 5*.

Nadzór, ewaluacja i nauka

- Nadzoruj procesy, działania, rezultaty i zagrożenia powiązane z dostarczaniem pomocy pieniężnej łącznie z nadzorem po przekazaniu środków.
- Sprawdzaj, czy środki pieniężne lub bony zostały odebrane przez właściwą osobę, w sposób bezpieczny, na czas i w odpowiedniej kwocie.
- Oprócz nadzorowania cen stale nadzoruj rynki oraz ich łańcuchy dostaw.
- Nadzoruj wydatki gospodarstw domowych i powołuj się na dane pochodzące z nadzoru rynku w ramach oceny, czy potrzeby można zaspokoić poprzez pomoc pieniężną oraz czy można ograniczyć negatywne strategie radzenia sobie.
- Nadzoruj potencjalne zagrożenia związane z pomocą pieniężną, uwzględniając ryzyko związane z ochroną i negatywny wpływ na zasoby naturalne.
- Oceniaj rezultaty powiązane z pomocą pieniężną.
- Regularnie oceniaj, czy zastosowanie pomocy pieniężnej pozwala na skuteczne zaspokajanie potrzeb, dostosuj odpowiednio program oraz wspieraj ciągłe uczenie się na potrzeby przyszłych programów.

Lista kontrolna zarządzania łańcuchem dostaw i logistyki

W niniejszym dziale przedstawiona jest lista kwestii do rozważenia w zakresie zarządzania łańcuchem dostaw i logistyką. Jest zgodna z cyklem zarządzania programem i zawiera inne istotne zagadnienia, które należy uwzględnić.

Zarządzanie łańcuchem dostaw (ZŁD) rozpoczyna się od wyboru towaru lub usługi. Polega m.in. na określeniu źródła tego, co jest potrzebne, zamawianiu, zarządzaniu

jakością, zarządzaniu ryzykiem (łącznie z ubezpieczeniem), pakowaniu, wysyłce, transporcie, składowaniu, zarządzaniu zapasami, dostawie i dystrybucji. W ZŁD bierze udział wielu różnych partnerów, dlatego istotną sprawą jest koordynowanie działań ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 6*.

Konieczna jest specjalistyczna wiedza z zakresu ZŁD. Poszczególne rodzaje stosownej wiedzy to m.in. zarządzanie kontraktami, zarządzanie transportem i magazynami, zarządzanie zapasami, analiza planowanych działań oraz zarządzanie informacjami, śledzenie przesyłek i zarządzanie importem. Praktyki zarządzania i nadzoru powinny dawać gwarancje, że towary bezpiecznie dotrą do punktów dystrybucji. Jednakże organizacje humanitarne są także odpowiedzialne za dbanie o to, aby produkty i usługi (łącznie z usługami pomocy pieniężnej) docierały do osób, które potrzebują wsparcia.

Zakupy lokalne i regionalne stymulują miejscowe rynki, które mogą stanowić bodziec dla rolników i wytwórców do zwiększenia produkcji, co może z kolei pobudzić lokalną gospodarkę. Jednakże w przypadku, gdy dostawy są już relatywnie ograniczone, lokalne i regionalne zakupy mogłyby wywołać problemy na innych rynkach lub zaszkodzić istniejącym sieciom handlowym. Z drugiej strony import może z kolei wyprzeć lokalnych lub regionalnych producentów i także zakłócić istniejące sieci handlowe.

Tworzenie programu

- Oceń miejscową dostępność potrzebnych towarów i usług przed pozyskaniem ich ze źródeł zewnętrznych.
- Rozważ współpracę z renomowanymi lokalnymi lub regionalnymi firmami przewozowymi, które mają cenną wiedzę na temat lokalnych przepisów, procedur i zaplecza, a także mogą pomóc zapewnić przestrzeganie prawa obowiązującego w kraju przyjmującym oraz przyspieszyć dostawy.
- W warunkach konfliktu stosuj szczególnie rygorystyczny proces weryfikacji dostawców usług.
- Szczególnie zadbaj o to, aby lokalne zamówienia nie wywoływały ani nie nasilały wrogości.
- Rozważ, czy używanie zasobów naturalnych jest zrównoważone i czy może prowadzić do dalszego konfliktu dotyczącego zasobów.
- Ustanów przejrzystą, sprawiedliwą i otwartą procedurę udzielania zamówień, biorąc pod uwagę opcje lokalne, krajowe oraz międzynarodowe.
- Jeżeli w procesie uczestniczy kilka organizacji, w możliwym zakresie zapewnij koordynację miejscowych źródeł zaopatrywania.

Wdrożenie

- Zbuduj trwałe relacje z dostawcami, miejscowymi handlowcami i dostawcami usług.
- Egzekwuj odpowiednią jakość towarów i usług za pomocą umów, jak również stosując etyczne i zrównoważone pod względem środowiskowym praktyki.
- Szkol i nadzoruj personel na wszystkich poziomach łańcucha dostaw, aby utrzymać jakość produktu oraz przestrzegać procedur bezpieczeństwa (w stosunku do beneficjentów i pracowników) oraz etycznych i zrównoważonych pod względem środowiskowym praktyk.

- Włącz do szkolenia personel organizacji partnerskich i dostawców usług. Prowadź szkolenia w lokalnym języku.
- Ustanów procedury rozliczania uwzględniając planowanie dostaw, transportu i przechowywania, zarządzanie zapasami, systemy raportowania oraz systemy finansowe.
- Unikaj opłacania za pomocą żywności usług logistycznych takich jak np. rozładunek w magazynach. Takie koszty należy uwzględnić w budżecie podstawowym.
- Zaleca się prowadzenie odrębnych magazynów do przechowywania żywności i artykułów nieżywnościowych. Przy wyborze magazynu sprawdzaj, czy nie był wykorzystywany do przechowywania towarów niebezpiecznych oraz czy nie ma ryzyka skażenia. Należy wziąć pod uwagę następujące czynniki: bezpieczeństwo, pojemność, łatwość dostępu, trwałość konstrukcji i brak zagrożenia zalaniem lub powodzią.
- Oceń ryzyko związane z bezpieczeństwem tras transportowych i magazynów oraz nim zarządzaj.
- W sytuacjach konfliktu ustanów systemy kontroli i nadzoruj wszystkie etapy łańcucha dostaw, aby zminimalizować ryzyko grabieży lub przejęcia przez walczące strony.
- Przeanalizuj i zajmij się szerszymi implikacjami politycznymi oraz dotyczącymi bezpieczeństwa, takimi jak np. możliwość przekierowywania zapasów dla potrzeb konfliktu zbrojnego. ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 2*.
- Ograniczaj i zgłaszaj straty produktów na wszystkich etapach łańcucha dostaw.
- Zadbaj, aby nieodpowiednie lub zepsute towary były poddawane kontroli przez wykwalifikowanych inspektorów (np. ekspertów ds. bezpieczeństwa żywności i laboratoria zdrowia publicznego).
- Niezwłocznie pozbywaj się zepsutych towarów, zanim staną się zagrożeniem dla zdrowia lub bezpieczeństwa. Metody utylizacji towarów to m.in. sprzedaż (np. do wykorzystania jako karma dla zwierząt), spalanie lub zakopanie, na które uzyskano pozwolenie i które odbywa się pod nadzorem stosownych władz. We wszystkich przypadkach niezdatne towary nie mogą zostać ponownie wprowadzone do łańcucha dostaw, zaszkodzić środowisku lub zanieczyścić źródła wody ⊕ *patrz: Standardy WASH dotyczące zarządzania odpadami stałymi od 5.1 od 5.3*.
- Potrzeby związane z codziennym zarządzaniem to m.in. niezwłoczne i transparentne zgłaszanie wszelkich opóźnień lub odchyleń w łańcuchu dostaw. Udostępnij odpowiednią ilość dokumentacji i formularzy w lokalnym języku we wszystkich lokalizacjach, w których towary są przyjmowane, przechowywane i/lub wysyłane. Pozwala to zapewnić udokumentowaną ścieżkę audytu.

Nadzór, ewaluacja i nauka

- Nadzoruj planowane dostawy towarów i nimi zarządzaj, aby uniknąć przekierowań i przerw w dystrybucji, jak również żeby nie doprowadzić do zakłóceń na rynku.
- Regularnie informuj interesariuszy o wynikach działań łańcucha dostaw.

- Przekazuj podmiotom z łańcucha dostaw odpowiednie informacje dotyczące poziomu zapasów, spodziewanych dostaw i dystrybucji. Kontroluj poziomy zapasów, aby w porę identyfikować przewidywane niedobory i problemy. Wymiana informacji pomiędzy partnerami może ułatwić udzielanie pożyczek, które będą zapobiegać przerwom w dostawach. W przypadku niewystarczającej ilości zasobów towary powinny być potraktowane priorytetowo. Rozważając dostępne rozwiązania, skonsultuj się z interesariuszami.
- Zapewnij, aby mechanizmy rozliczeń i komunikacji uwzględniały specyfikę procesów dostaw.
- Zwróć uwagę, aby od samego początku prowadzenia interwencji były wdrożone systemy śledzenia towarów i zarządzania informacjami.
- Regularnie oceniaj, czy udzielana pomoc pozwala na skuteczne zaspokajanie zmieniających się potrzeb, odpowiednio dostosuj program oraz wspieraj ciągłe uczenie się na potrzeby przyszłych programów.

Odniesienia i materiały dodatkowe

Zrozumienie podatności i możliwości

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities [Standardy objęcia pomocą humanitarną osób starszych i osób niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium w ramach programu ADCAP. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Programy oparte na wierze

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Podejście do pomocy humanitarnej oparte na poszanowaniu wiary: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

Programy oparte na mechanizmach rynkowych

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards [Standardy Minimalne w zakresie naprawy gospodarczej (MERS): Podstawowy Standard 2 oraz standardy oceny i analizy]. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Standardy minimalne w zakresie analizy rynku (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pomoc pieniężna

CBA Programme Quality Toolbox [Zestaw narzędzi do mierzenia jakości programu CBA]. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Lista kontrolna zarządzania łańcuchem dostaw i logistyki

Relief Item Tracking Application (RITA) [Śledzenie towarów: Aplikacja do śledzenia środków pomocowych (ang. RITA)] Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Strona zawierająca odniesienia dotyczące logistyki. UNOCHA. https://www.humanitarianresponse.info

Logistics Operational Guide (LOG) [Przewodnik Operacyjny Logistyki]. Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013 [Oxfam: Systemy rynkowe i scenariusze dla programów związanych z przelewami pieniężnymi – Model RAG 2013]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V [Narzędzia dla logistyki w C&V]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące materiałów dodatkowych są dostępne tutaj: www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Karta Humanitarna

Karta Humanitarna

Karta Humanitarna przedstawia kontekst prawny i etyczny Zasad Ochrony, Podstawowego Standardu Humanitarnego oraz Standardów Minimalnych, które są zawarte w Podręczniku. Jest ona z jednej strony zbiorem ustanowionych praw i obowiązków, a z drugiej wyrazem wspólnego przekonania.

W kwestii praw i obowiązków Karta Humanitarna stanowi podsumowanie podstawowych zasad prawnych, które mają największy wpływ na dobrostan osób dotkniętych klęską lub konfliktem. Jeśli chodzi o wspólne przekonanie, stanowi próbę ujęcia jednomyślnego podejścia agencji humanitarnych w kwestii zasad, które powinny regulować reagowanie na klęskę żywiołową lub konflikt, łącznie z rolami i obowiązkami poszczególnych zainteresowanych podmiotów.

Karta Humanitarna stanowi podstawę zobowiązania przyjętego przez agencje humanitarne, które popiera Sfera. Stanowi także zaproszenie dla wszystkich osób biorących udział w akcji humanitarnej do przyjęcia tych samych zasad.

Nasze przekonania

1. Karta Humanitarna wyraża nasze wspólne przekonanie, jako agencji humanitarnych, że wszystkie osoby dotknięte klęską żywiołową lub konfliktem mają prawo do otrzymania ochrony i pomocy, której celem jest zapewnienie im podstawowych warunków do godnego życia. Wierzymy, że zasady przedstawione w Karcie Humanitarnej mają charakter uniwersalny, dotyczą wszystkich ludzi dotkniętych klęską żywiołową lub konfliktem niezależnie od tego, gdzie się znajdują, jak również wszystkich podmiotów, które chcą nieść im pomoc czy zapewnić im bezpieczeństwo. Zasady te znajdują odzwierciedlenie w prawie międzynarodowym, lecz ich siła leży przede wszystkim w fundamentalnej zasadzie moralnej **człowieczeństwa**: że wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw. Zgodnie z powyższą zasadą nadajemy pierwszeństwo **obowiązkowi humanitarnemu**: że należy podejmować wszelkie możliwe kroki, aby łagodzić ludzkie cierpienie powodowane przez klęskę lub konflikt.

Jako agencje humanitarne o zasięgu lokalnym, krajowym i międzynarodowym zobowiązujemy się promować zasady określone w niniejszej Karcie oraz ich przestrzegać, jak również spełniać Standardy Minimalne w zakresie wysiłków podejmowanych na rzecz pomocy i ochrony osób poszkodowanych. Zachęcamy wszystkie podmioty uczestniczące w działaniach humanitarnych, łącznie z organami rządowymi i podmiotami sektora prywatnego, aby przyjęły wspólne zasady, prawa oraz obowiązki wskazane poniżej jako ideę wyrażającą wspólne przekonanie humanitarne.

Nasza rola

2. Uznajemy, że podstawowe potrzeby osób dotkniętych klęską żywiołową lub konfliktem są spełniane w pierwszej kolejności poprzez ich własne wysiłki, a także poprzez wsparcie społeczności i miejscowych instytucji. Uznajemy pierwszoplanową rolę i odpowiedzialność państwa dotkniętego w kwestii niesienia na czas pomocy osobom poszkodowanym, aby zapewnić im ochronę i bezpieczeństwo oraz udzielić wsparcia w powrocie do normalności. Wierzymy, że połączenie działań oficjalnych i dobrowolnych jest kluczowym czynnikiem efektywnego zapobiegania oraz reagowania, i w tym zakresie rola Stowarzyszeń Krajowego Czerwonego Krzyża lub Czerwonego Półksiężyca oraz innych organizacji społecznych we wspieraniu władz publicznych jest bardzo istotna. W przypadku, gdy zdolności na szczeblu krajowym są niewystarczające, aprobujemy rolę szerszej społeczności międzynarodowej, łącznie z darczyńcami rządowymi i organizacjami międzynarodowymi, we wspieraniu państw w wypełnianiu ich obowiązków. Uznajemy i wspieramy szczególne role odgrywane przez upoważnione agencje Organizacji Narodów Zjednoczonych i Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża.

3. Jako agencje humanitarne interpretujemy swoją rolę w odniesieniu do potrzeb i możliwości osób dotkniętych, a także obowiązków ich rządów lub sił sprawujących władzę. Nasza rola w niesieniu pomocy odzwierciedla rzeczywistość, w której podmioty ponoszące główną odpowiedzialność nie zawsze są w pełni zdolne do samodzielnego pełnienia tej funkcji lub mogą być temu niechętne. W możliwie najszerszym zakresie, w sposób zgodny z obowiązkiem humanitarnym i innymi zasadami zawartymi w tej Karcie, będziemy wspierać wysiłki odpowiednich władz w kwestii ochrony i niesienia pomocy osobom poszkodowanym. Wzywamy wszystkie podmioty rządowe oraz pozarządowe do poszanowania bezstronnej, niezależnej i neutralnej roli agencji humanitarnych oraz ułatwienia im pracy poprzez usuwanie niepotrzebnych barier prawnych oraz przeszkód praktycznych, zapewniając im bezpieczeństwo i umożliwiając im stały oraz niezwłoczny dostęp do ludności dotkniętej.

Wspólne zasady, prawa i obowiązki

4. Jako agencje humanitarne oferujemy swoje usługi zgodnie z zasadą humanitaryzmu oraz obowiązkiem humanitarnym, uznając prawa wszystkich ludzi dotkniętych klęską żywiołową lub konfliktem – kobiet i mężczyzn, chłopców oraz dziewcząt. Są to m.in. prawa do ochrony i pomocy wyrażone w postanowieniach międzynarodowego prawa humanitarnego, prawach człowieka oraz prawie uchodźczym. Na potrzeby niniejszej Karty przedstawiamy podsumowanie tych praw:

- **prawo do godnego życia,**
- **prawo do otrzymania pomocy humanitarnej,**
- **prawo do ochrony i bezpieczeństwa.**

Pomimo że te prawa nie są sformułowane w takim ujęciu w prawie międzynarodowym, obejmują szereg ustanowionych praw i nadają obowiązkowi humanitarnemu pełniejszy wymiar.

5. **Prawo do godnego życia** jest odzwierciedlone w postanowieniach prawa międzynarodowego, a w szczególności w zagadnieniach praw człowieka dotyczących prawa do życia, do odpowiedniego standardu życia i prawa do niestosowania tortur ani innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania. Prawo do życia wiąże się z obowiązkiem ochrony życia w sytuacji jego zagrożenia. Obowiązek ten zakłada niewstrzymywanie ani nieszkodzenie działaniom zapewniającym pomoc ratującą życie. Godność ma szerszy kontekst niż dobrostan fizyczny – wymaga poszanowania całej istoty ludzkiej, łącznie z wartościami oraz przekonaniami poszkodowanych osób i społeczności, a także poszanowania przysługujących praw człowieka takich jak swoboda, wolność sumienia i swoboda praktyk religijnych.

6. **Prawo do otrzymania pomocy humanitarnej** jest istotnym elementem prawa do godnego życia. Uwzględnia prawo do odpowiedniego standardu życia, łącznie z odpowiednią żywnością, wodą, ubraniami, schronieniem oraz wymaganiami dotyczącymi dobrego stanu zdrowia, które są wyraźnie zagwarantowane w prawie międzynarodowym. Podstawowy Standard Humanitarny oraz Standardy Minimalne odzwierciedlają te prawa i nadają im wymiar praktyczny, w szczególności w odniesieniu do niesienia pomocy osobom dotkniętym przez klęskę żywiołową lub konflikt. W sytuacji, gdy podmioty rządowe lub pozarządowe nie udzielają takiej pomocy, naszym zdaniem muszą to umożliwić innym. Wszelka taka pomoc musi być udzielana zgodnie z zasadą **bezstronności**, która zakłada, że pomocy udziela się wyłącznie na podstawie potrzeb i proporcjonalnie do potrzeb. To obrazuje szerszą zasadę **niedyskryminacji**: żadna osoba nie powinna być dyskryminowana z powodu lub na podstawie statusu, czyli np. wieku, płci, rasy, koloru skóry, pochodzenia etnicznego, orientacji seksualnej, języka, religii, niepełnosprawności, stanu zdrowia, poglądów politycznych lub innych poglądów, a także pochodzenia narodowego i społecznego.

7. **Prawo do ochrony i bezpieczeństwa** wynika z postanowień prawa międzynarodowego, rozporządzeń Organizacji Narodów Zjednoczonych i innych organizacji pozarządowych, a także suwerennej odpowiedzialności krajów za ochronę osób objętych ich jurysdykcją. Bezpieczeństwo jest szczególnie ważnym zagadnieniem z humanitarnego punktu widzenia – łącznie z kwestią ochrony uchodźców i osób przesiedlonych wewnętrznie. Zgodnie z literą prawa niektóre osoby mogą być szczególnie narażone na przemoc oraz dyskryminację ze względu na swój status, np. wiek, płeć lub rasę i mogą wymagać podjęcia specjalnych środków ochrony oraz pomocy. Uważamy, że w stopniu, w jakim państwo jest niezdolne do ochrony ludności w takich okolicznościach, powinno się w tym zakresie zwrócić o wsparcie międzynarodowe.

Prawo dotyczące ochrony ludności cywilnej i osób wysiedlonych wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na takie kwestie jak:

i. Podczas **konfliktu zbrojnego**, zgodnie z definicją w międzynarodowym prawie humanitarnym, bierze się pod uwagę szczególny przepis prawny dotyczący zapewnienia pomocy i ochrony osobom nieuczestniczącym w konflikcie. Obowiązki na strony uczestniczące w międzynarodowych i niemiędzynarodowych konfliktach zbrojnych nakładają w szczególności

Konwencje Genewskie z 1949 roku i Protokoły Dodatkowe z 1977 roku. Podkreślamy wyłączanie ludności cywilnej z ataków i działań odwetowych, a w szczególności znaczenie:

- zasady **różnicowania** między cywilami a walczącymi oraz między obiektami cywilnymi a celami wojskowymi;
- zasady **proporcjonalności** w kwestii użycia siły i **ostrożności** w przeprowadzaniu ataków;
- obowiązku odstąpienia od użycia broni przynoszącej masowe skutki lub która z uwagi na swój charakter powoduje zbędne urazy lub niepotrzebne cierpienie;
- obowiązku wydania zezwolenia na udzielenie bezstronnej pomocy.

Większość możliwego do uniknięcia cierpienia dotykającego cywilów w konfliktach zbrojnych wynika z nieprzestrzegania tych podstawowych zasad.

ii. **Prawo do ubiegania się o azyl lub schronienie** ma kluczowe znaczenie dla ochrony osób doznających prześladowania lub przemocy. Osoby dotknięte klęską żywiołową lub konfliktem są często zmuszone do ucieczki z domu w poszukiwaniu bezpieczeństwa i środków utrzymania. Postanowienia Konwencji dotyczącej statusu uchodźców z 1951 roku (ze zmianami) oraz innych traktatów międzynarodowych i regionalnych zawierają zasadnicze zabezpieczenia dla osób, które nie mogąc uzyskać zapewnienia ochrony od państwa pochodzenia lub w którym mieszkają, są zmuszone do poszukiwania bezpieczeństwa w innym kraju. Najważniejszym z nich jest zasada **non-refoulement**, która stanowi, że nie wolno odsyłać nikogo do kraju, w którym życie, wolność i bezpieczeństwo fizyczne takiej osoby byłoby zagrożone lub gdy istnieje prawdopodobieństwo, że mogłaby być torturowana lub doznać innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania. Ta sama zasada ma zastosowanie z mocy rozszerzenia do osób wewnętrznie wysiedlonych, co jest odzwierciedlone w międzynarodowych prawach człowieka i opisane w Zasadach Przewodnich Wysiedleń Wewnętrznych z 1998 roku oraz odpowiednich przepisach regionalnych i krajowych.

Nasze zobowiązanie

8. Oferujemy nasze usługi w przeświadczeniu, że akcja humanitarna stawia ludność dotkniętą w centrum swoich działań i uznajemy, że aktywne uczestnictwo ludności dotkniętej jest niezbędne, aby możliwe było niesienie pomocy w sposób, który najlepiej zaspokaja jej potrzeby, łącznie z potrzebami osób narażonych i wykluczonych społecznie. Będziemy dokładać starań, aby wspierać lokalne wysiłki podejmowane na rzecz zapobiegania, przygotowania i reagowania na klęski żywiołowe oraz na skutki konfliktów, a także celem wzmocnienia możliwości lokalnych podmiotów na wszystkich szczeblach.

9. Jesteśmy świadomi, że próby niesienia pomocy humanitarnej mogą czasami mieć niezamierzone negatywne skutki. We współpracy ze społecznościami dotkniętymi i organami władzy dążymy do minimalizowania wszelkich niepożądanych skutków dla społeczności lokalnej lub środowiska naturalnego. Jeżeli chodzi o konflikt zbrojny, rozumiemy, że sposób udzielania pomocy humanitarnej może potencjalnie narazić ludność cywilną na większą podatność na ataki lub może czasami przynieść niezamierzoną korzyść jednej lub większej liczbie stron konfliktu. Jesteśmy zobowiązani do minimalizowania takich negatywnych skutków w zakresie, w jakim jest to zgodne z wyżej przedstawionymi zasadami.

10. Będziemy postępować zgodnie z zasadami działania humanitarnego określonymi w niniejszej Karcie oraz zgodnie ze szczególnymi wytycznymi Kodeksu Postępowania z 1994 roku dla Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Ruchu Czerwonego Półksiężyca oraz Organizacji Pozarządowych (NGO) w zakresie niesienia pomocy w przypadku katastrof.

11. Podstawowy Standard Humanitarny i Standardy Minimalne stanowią merytoryczną podstawę powszechnych zasad zawartych w niniejszej Karcie, zgodnie z rozumieniem przez agencje kwestii podstawowych wymogów minimalnych dotyczących godnego życia oraz doświadczeń w zakresie niesienia pomocy humanitarnej. Chociaż osiągnięcie standardów zależne jest od różnorodnych czynników, z których wiele może wykraczać poza naszą kontrolę, zobowiązujemy się dążyć konsekwentnie do ich osiągania i oczekujemy, że będziemy z tego rozliczani. Zapraszamy wszystkie strony, łącznie z rządami krajów dotkniętych i krajów-darczyńców, organizacjami międzynarodowymi, a także podmiotami prywatnymi oraz pozarządowymi, do zatwierdzenia Podstawowego Standardu Humanitarnego i Standardów Minimalnych jako przyjętych norm.

12. Przestrzegając Podstawowego Standardu Humanitarnego i Standardów Minimalnych, zobowiązujemy się dokładać wszelkich starań, aby zagwarantować, że ludność dotknięta katastrofą lub konfliktem będzie mieć dostęp co najmniej do wymogów minimalnych dotyczących godnego i bezpiecznego życia, łącznie z odpowiednim dostępem do wody, warunków sanitarnych, żywności, pożywienia, schronienia oraz opieki zdrowotnej. W tym celu będziemy w dalszym ciągu nawoływać państwa oraz inne strony do wywiązywania się ze swoich obowiązków moralnych i prawnych wobec ludności dotkniętej. Ze swojej strony zobowiązujemy się podejmować wysiłek, aby nasze reakcje były skuteczniejsze, właściwsze i bardziej odpowiedzialne poprzez rzetelną ocenę oraz nadzorowanie zmian uwarunkowań lokalnych, poprzez przejrzystość informacji i procesu podejmowania decyzji oraz poprzez efektywniejszą koordynację i współpracę z innymi ważnymi podmiotami na wszystkich poziomach, jak określono w Podstawowym Standardzie Humanitarnym i Standardach Minimalnych. W szczególności zobowiązujemy się do współpracy z populacjami dotkniętymi, podkreślając ich aktywne uczestnictwo w działaniach związanych z reagowaniem. Uznajemy, że odpowiedzialność wobec osób, którym staramy się pomóc, jest naszą fundamentalną powinnością.

Podstawowe zasady ochrony

Karta Humanitarna

Podstawowe Zasady Ochrony

ZASADA 1

Działaj na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa, poszanowania godności i praw człowieka oraz unikaj narażania ludzi na dalszą krzywdę

ZASADA 2

Zapewnij ludziom dostęp do bezstronnej pomocy zgodnie z potrzebami i bez dyskryminacji

ZASADA 3

Pomagaj ludziom w powrocie do normalności w następstwie skutków fizycznych i psychologicznych związanych z potencjalną lub rzeczywistą przemocą, przymusem lub celowym niedostatkiem

ZASADA 4

Wspieraj ludzi w egzekwowaniu swoich praw

ZAŁĄCZNIK Podsumowanie standardów zawodowych dotyczących pracy związanej z ochroną

Spis treści

Podstawowe zasady ochrony 40
Zasada 1 42
Zasada 2 44
Zasada 3 46
Zasada 4 48
Załącznik: Podsumowanie Standardów Zawodowych Dotyczących Zapewniania Ochrony 50
Odniesienia i materiały dodatkowe 53

Podstawowe zasady ochrony

Do wszelkich działań humanitarnych i wszystkich podmiotów udzielających pomocy humanitarnej mają zastosowanie cztery podstawowe zasady ochrony.

1. Działaj na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa, poszanowania godności i praw człowieka oraz zapobiegaj sytuacjom niosącym ryzyko odniesienia krzywdy.
2. Zapewniaj dostęp do pomocy zgodnie z potrzebami i bez dyskryminacji.
3. Pomagaj ludziom wrócić do normalności w następstwie skutków fizycznych i psychologicznych związanych z potencjalną lub rzeczywistą przemocą, przymusem albo celowym niedostatkiem.
4. Wspieraj ludzi w egzekwowaniu ich praw.

Podstawowe zasady ochrony stanowią wsparcie praw określonych w Karcie Humanitarnej: prawa do życia w godności, prawa do pomocy humanitarnej oraz prawa do ochrony i bezpieczeństwa. Podstawowe zasady stanowią opis roli, jaką mogą odgrywać wszystkie podmioty udzielające pomocy humanitarnej w ramach zapewniania ochrony ludności. Jednakże zadania i obowiązki podmiotów udzielających pomocy humanitarnej mają charakter drugorzędny w stosunku do zadań i obowiązków państwa. Państwo lub inne organy ponoszą odpowiedzialność prawną za zapewnianie dobrobytu osobom zamieszkującym terytorium tego państwa lub znajdującym się pod jego kontrolą, a także za bezpieczeństwo ludności cywilnej w przypadku konfliktu zbrojnego. Ostatecznie organy te mają obowiązek zapewniać bezpieczeństwo poprzez podejmowanie lub ograniczanie działań.

Ochrona dotyczy takich kwestii, jak np. bezpieczeństwo, godność i prawa ludzi dotkniętych klęską żywiołową lub konfliktem zbrojnym. Stały Komitet Międzyagencyjny (The Inter-Agency Standing Commitee, IASC) definiuje ochronę jako:

> „... wszystkie działania zmierzające do uzyskania pełnego poszanowania praw osób indywidualnych zgodnie z literą i duchem stosownych zbiorów prawa (np. międzynarodowego prawa w zakresie praw człowieka, międzynarodowego prawa dotyczącego pomocy humanitarnej, międzynarodowego prawa dotyczącego uchodźców)."

W szerszym sensie ochrona obejmuje wszelkie wysiłki podejmowane przez podmioty udzielające pomocy humanitarnej i działające w obszarze praw człowieka w celu zagwarantowania rozumienia, przestrzegania, ochrony oraz egzekwowania praw osób poszkodowanych i obowiązków podmiotów odpowiedzialnych w ramach prawa międzynarodowego bez dyskryminacji.

Ochrona polega na podejmowaniu działań zapewniających ludziom bezpieczeństwo oraz brak przemocy, przymusu i celowego niedostatku. Często występują priorytetowe kwestie dotyczące ochrony, które mają wpływ na całe społeczności w danym kontekście humanitarnym, w przypadku których konieczne jest podejmowanie zgodnych działań, by móc zagwarantować efektywne rozwiązanie tych problemów. Aby reakcja humanitarna była ukierunkowana na ochronę ludności cywilnej, trzeba zrozumieć i zająć się kluczowymi zagrożeniami wobec dotkniętej ludności, np. ryzykiem doznania poważnej krzywdy w wyniku nieprzestrzegania międzynarodowego prawa w zakresie pomocy humanitarnej, uchodźców lub praw człowieka.

Rolą podmiotów udzielających pomocy humanitarnej może być zachęcanie i przekonywanie organów władzy, aby wypełniały swoje obowiązki, a jeżeli nie będą się z nich wywiązywać, wspomaganie ludności w radzeniu sobie z konsekwencjami.

W niniejszym rozdziale przedstawione są wytyczne, które określają, w jaki sposób organizacje humanitarne mogą przyczyniać się do zapewnienia ochrony poprzez udzielanie wsparcia w zakresie bezpieczeństwa, dostępu do pomocy, powrotu do normalności w następstwie przemocy oraz egzekwowania swoich praw.

Zastosowanie Zasad w praktyce

Każdy, kto stosuje Minimalne Standardy Sfery, powinien kierować się Podstawowymi Zasadami Ochrony – bez względu na to, czy ma umocowanie lub kompetencje w tym zakresie. Oznacza to m.in. zrozumienie kontekstu i podejmowanie działań, aby zapobiegać naruszaniu bezpieczeństwa osób oraz jego stwarzaniu, ograniczać takie przypadki lub je eliminować. Niezbędne jest przekazywanie informacji i wspieranie możliwości podejmowania świadomych decyzji w sprawie sytuacji osobistej oraz powrotu do normalności.

Podmioty specjalizujące się w ochronie powinny przestrzegać niniejszych Zasad w dodatku do odpowiednich standardów uzupełniających. Podmioty specjalizujące się w ochronie wykonują niezależne działania nastawione na określone obszary, jak np.:

- ochrona dzieci;
- przemoc uwarunkowana płcią;
- prawa do lokali mieszkalnych, gruntów i nieruchomości;
- działania przeciwminowe;
- praworządność i sprawiedliwość;
- pomoc prawna;
- rzecznicy i obrońcy praw człowieka;
- populacje wewnętrznie wysiedlone;
- prawa uchodźców.

⊕ *Patrz: Odniesienia* i *Załącznik: Standardy Zawodowe Dotyczące Zapewnienia Ochrony*, które obejmują poszukiwanie członków rodziny, odnawianie dokumentów, ochronę danych i inne obszary.

Działania na rzecz ochrony

Działania związane z ochroną mogą mieć charakter profilaktyczny, mogą odpowiadać potrzebom, służyć usuwaniu skutków i tworzyć środowisko. Przestrzeganie Podstawowych Zasad Ochrony wymaga połączenia powyższych działań.

- **Profilaktyka:** Zapobiegaj występowaniu zagrożeń bezpieczeństwa, zagrożeń godności bądź praw, ograniczaj ekspozycję lub podatność na te zagrożenia.
- **Odpowiadanie potrzebom:** Eliminuj bieżące naruszenia lub przemoc poprzez niezwłoczne reagowanie na przypadki występowania przemocy, przymusu bądź ubóstwa.
- **Usuwanie skutków:** Usuwaj skutki bieżących lub wcześniejszych nadużyć poprzez oferowanie opieki zdrowotnej (łącznie ze wsparciem psychospołecznym), pomocy prawnej oraz innych form wsparcia, które pomagają w odzyskaniu poczucia godności.

- **Tworzenie środowiska:** Działaj na rzecz tworzenia zasad, środowiska społecznego, kulturalnego, instytucjonalnego i prawnego, które będzie sprzyjać wspieraniu pełnego poszanowania praw ludności dotkniętej problemem. Oznacza to m.in. zachęcanie do poszanowania praw dotkniętej ludności zgodnie z prawem międzynarodowym.

Działalność rzecznicza – zarówno publiczna, jak i prywatna, występuje we wszystkich czterech kategoriach działań. W przypadku, gdy zagrożenia wobec ludności dotkniętej problemem są wynikiem celowych decyzji, działań lub zasad, organizacje humanitarne lub organizacje praw człowieka powinny nawoływać do zmian decyzji, działań lub zasad, które zagrażają prawom ludności dotkniętej problemem. Może to oznaczać m.in. wywieranie wpływu na postępowanie osoby bądź organizacji, która stanowi zagrożenie, lub zmianę tego postępowania, jak również dążenie do zmiany dyskryminacyjnych zasad lub ram prawnych. Mogą to być również działania, które stanowią wsparcie starań podejmowanych przez ludność na rzecz zapewnienia własnego bezpieczeństwa oraz ograniczenia ekspozycji na ryzyko.

Zasada Ochrony 1: Działaj na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa, poszanowania godności i praw człowieka oraz unikaj narażania osób na dalszą krzywdę

Podmioty udzielające pomocy humanitarnej podejmują działania, aby ograniczać ogólne ryzyko i podatność na zagrożenia, w tym m.in. na ewentualne negatywne skutki programów humanitarnych.

Zasada ta obejmuje:

- Zrozumienie ryzyka i zagrożeń związanych z ochroną w odpowiednim kontekście;
- Zapewnianie pomocy poprzez ograniczanie ryzyka, jakie może grozić ludności dążącej do spełniania własnych potrzeb w godny sposób;
- Udzielanie pomocy w takim otoczeniu, w którym nie ma ekspozycji na dalsze zagrożenia fizyczne, przemoc lub nadużycia;
- Wzmacnianie zdolności osób do zapewnienia sobie ochrony.

Kluczowym elementem tej zasady jest znaczenie unikania negatywnych skutków powodowanych przez programy humanitarne ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 3.*

Wytyczne

Analiza kontekstu: Zrozum kontekst i przewiduj konsekwencje działań humanitarnych, które mogą wpływać na bezpieczeństwo, godność oraz prawa osób dotkniętych problemem. Współpracuj z partnerami i grupami kobiet, mężczyzn, chłopców oraz dziewcząt dotkniętych problemem i prowadź regularną analizę ryzyka w miarę zmiany sytuacji z biegiem czasu.

Poniższa lista nie jest ostateczna, lecz może stanowić podstawę do takiej analizy:

- Jakie zagrożenia, ryzyko i czynniki sprzyjające związane z ochroną ludności występują w obrębie całej populacji? Jakie możliwości ich minimalizowania mają te osoby?
- Czy są jakieś grupy szczególnie zagrożone? Dlaczego? Rozważ np. pochodzenie etniczne, kastowe, klasowe, płeć, wiek, niepełnosprawność lub orientację seksualną.
- Czy istnieją przeszkody, które uniemożliwiają dostęp do pomocy lub uczestniczenie w podejmowaniu decyzji? Mogą to być np. takie kwestie, jak bezpieczeństwo, bariery społeczne lub fizyczne czy sposób przekazywania informacji.
- Co robią społeczności lokalne, aby zapewnić sobie ochronę? W jaki sposób organizacje humanitarne mogą wspomagać takie starania zamiast im szkodzić? Czy osoby, które się bronią, są narażone na jakieś zagrożenia?
- Czy występują negatywne mechanizmy radzenia sobie z sytuacją, jak np. seks w zamian za dobra ekonomiczne, wczesne małżeństwa, praca dzieci czy ryzykowna migracja? Co można zrobić, żeby ograniczyć występujące czynniki sprzyjające?
- Czy działania humanitarne mają niezamierzone konsekwencje negatywne i np. narażają ludzi na niebezpieczeństwo w punktach dystrybucji lub powodują podziały w społeczności lub w społecznościach przyjmujących? Co można zrobić, żeby ograniczyć takie ryzyko?
- Czy istnieją przepisy o charakterze represyjnym, które stwarzają ryzyko związane z ochroną, jak np. obowiązkowe badania na HIV, traktowanie związków jednopłciowych jako przestępstwa lub inne działania?

Ustanów i utrzymuj mechanizmy wymiany informacji oraz ponoszenia odpowiedzialności wspólnie ze społecznościami – również tymi, które są zagrożone – aby określić i pracować nad kwestiami związanymi z ochroną ludności.

Unikaj współudziału w naruszaniu praw człowieka poprzez uczestniczenie w działaniach, które uzasadniają legitymizację zasad oraz praktyk stwarzających problem. Wśród przykładów można tu wymienić działania, które umożliwiają przymusową relokację populacji z powodów politycznych lub wojskowych, bądź działania, które pośrednio powodują narastanie konfliktu poprzez nieuważne dobieranie partnerów lub kontrahentów handlowych. Taka analiza może wiązać się z podejmowaniem trudnych wyborów i decyzji, lecz należy ją dokładnie rozpatrywać oraz weryfikować w miarę zmiany okoliczności.

Pomoc humanitarna: Sposób udzielania pomocy i środowisko, w którym jest udzielana, może skutkować większym narażeniem na krzywdę, przemoc lub stosowanie przymusu.

- Zapewniaj pomoc w możliwie najbardziej bezpiecznym otoczeniu i aktywnie poszukuj metod ograniczania zagrożeń oraz podatności. Oferuj np. edukację i opiekę zdrowotną w miejscach, do których ludzie mogą się bezpiecznie dostać ⊕ *patrz: Podręcznik INEE.*
- Podejmuj wszelkie zasadne kroki przy udzielaniu i zarządzaniu pomocą, aby chronić ludność przed przemocą fizyczną oraz seksualną. Przykładowo:

cenne towary lub pomoc finansowa mogą być przedmiotem kradzieży, co naraża osoby je otrzymujące na ryzyko doznania krzywdy.
- Pomagaj znajdować bezpieczne rozwiązania, które służą spełnianiu podstawowych potrzeb w sposób zmniejszający narażenie na ryzyko. Zapewniaj np. paliwa alternatywne, które ograniczają konieczność zbierania drewna opałowego w niebezpiecznych miejscach.
- Opracuj działania na rzecz ochrony dziewczynek i chłopców; nie stwarzaj dalszego zagrożenia, jak np. rekrutacja dzieci, porwania lub oddzielenie od rodziny ⊕ *patrz Podręcznik CPMS*.
- Koordynuj z władzami rządowymi oraz wyspecjalizowanymi organizacjami kwestie dotyczące usuwania min przeciwpiechotnych i niewybuchów z obszarów, na których udzielana jest pomoc ⊕ *patrz: Międzynarodowe standardy działań przeciwminowych*.
- Uwzględniaj niezamierzony wpływ na środowisko, które mogłoby mieć wpływ na bezpieczeństwo, godność i prawa ludności.
- Prowadź konsultacje z różnymi kręgami społecznymi, włączając zagrożone grupy i organizacje, którym takie grupy ufają, żeby zrozumieć, w jaki sposób najlepiej im pomagać. Np. we współpracy z osobami z niepełnosprawnościami ustalaj sposoby niesienia pomocy takim osobom. Nie powinno to się wiązać z jakimkolwiek dodatkowym ryzykiem dla ich dobrostanu lub dobrostanu osób, którym ufają, a które otrzymują pomoc w ich imieniu.

Mechanizmy ochrony społecznej: Zrozum środki, którymi ludzie próbują chronić siebie, swoje rodziny i społeczności. Wspieraj działania samopomocowe prowadzone przez społeczności. Interwencje humanitarne nie powinny prowadzić do pogorszenia zdolności ludzi do zapewnienia ochrony sobie i innym.

Wrażliwe informacje: Dbaj, aby nikogo nie narażać na ryzyko wynikające ze sposobu rejestrowania i przekazywania informacji przez podmioty udzielające pomocy humanitarnej. Ustanów politykę w sprawie zbierania i przekazywania wrażliwych informacji. Powinny w niej być określone okoliczności, w których można przekazywać informacje i powinna ona zapewniać poszanowanie zasady świadomej zgody. Niezastosowanie się do tego wymogu może stanowić zagrożenie bezpieczeństwa osób ocalałych i personelu.

Podstawowa Zasada Ochrony 2: Zapewnij ludziom dostęp do bezstronnej pomocy zgodnie z potrzebami i bez stosowania dyskryminacji

Podmioty udzielające pomocy humanitarnej określają przeszkody związane z dostępem do pomocy i podejmują działania, aby zapewnić udzielanie pomocy w sposób proporcjonalny do potrzeb i niedyskryminacyjny.

Zasada ta obejmuje:

- Kwestionowanie wszelkich działań, które celowo odbierają ludziom możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb, poprzez stosowanie zasad humanitarnych oraz odpowiednich przepisów prawa ⊕ *patrz: Karta Humanitarna*;

- Dbanie, aby ludzie otrzymywali wsparcie według potrzeb i nie byli dyskryminowani z jakichkolwiek innych przyczyn;
- Zapewnianie dostępu do pomocy wszystkim kręgom dotkniętej populacji.

Kluczowym elementem tej zasady jest idea, że społeczności powinny mieć dostęp do niezbędnej pomocy humanitarnej ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego standardu humanitarnego 2*.

Wytyczne

Bezstronność: Nadawaj priorytet pomocy według potrzeb i proporcjonalnie do potrzeb. Powyższa zasada bezstronności została zatwierdzona w Kodeksie postępowania Międzynarodowego Czerwonego Krzyża / Czerwonego Półksiężyca oraz organizacji pozarządowych w kwestii niesienia pomocy na wypadek klęski ⊕ *patrz: Załącznik 2* i *Karta Humanitarna*. Organizacje humanitarne nie powinny koncentrować się wyłącznie na określonej grupie (np. osoby wysiedlone w obozowisku lub szczególne grupy mniejszościowe), jeżeli takie nastawienie ma negatywne skutki dla osób dotkniętych problemem.

Prawo do otrzymania pomocy humanitarnej: Dbaj o prawa do otrzymywania pomocy humanitarnej przez osoby dotknięte kryzysem. W miejscach, w których ludność nie jest w stanie spełniać swoich podstawowych potrzeb, a władze nie są w stanie zapewnić im pomocy, takie władze nie powinny odmawiać dostępu do bezstronnych organizacji humanitarnych. Odmowa dostępu może stanowić naruszenie prawa międzynarodowego, szczególnie w przypadkach konfliktów zbrojnych. Osoby dotknięte kryzysem nie muszą mieć specjalnego statusu prawnego, aby mieć prawo do otrzymywania pomocy i ochrony humanitarnej.

Władze nie powinny kwestionować istnienia potrzeb humanitarnych ani stosować barier biurokratycznych w celu ograniczenia pracownikom humanitarnym możliwości poruszania się.

Bariery w dostępie: Nadzoruj dostęp ludności do pomocy humanitarnej, aby określić oraz zrozumieć wszelkie występujące bariery. W miarę możliwości podejmuj działania, aby je usunąć.

- Bierz pod uwagę bariery, które ograniczają wolność poruszania się lub fizyczny dostęp do pomocy humanitarnej. Mogą to być np. blokady, miny przeciwpiechotne i posterunki. W przypadku konfliktu zbrojnego strony mogą wyznaczać posterunki, lecz nie powinny rozróżniać kategorii osób dotkniętych lub nadmiernie utrudniać dostępu do pomocy humanitarnej.
- Zajmij się barierami, które mogą ograniczać dostęp do pomocy niektórym grupom i osobom, a także powodować udzielanie pomocy w niesprawiedliwy sposób. Bariery mogą prowadzić do dyskryminacji wobec kobiet i dzieci, osób starszych, osób niepełnosprawnych lub grup mniejszościowych. Mogą również uniemożliwiać dostęp do pomocy ze względu na pochodzenie etniczne, religię, orientację polityczną, seksualną, tożsamość płciową, język lub inne kwestie.
- Udzielaj informacji na temat przysługujących praw i mechanizmów przekazywania informacji zwrotnych w łatwo dostępnych formatach i językach. Działaj na rzecz docierania do tzw. ukrytych grup ryzyka – np. osób niepełnosprawnych, dzieci mieszkających na ulicy lub mieszkańców obszarów mniej dostępnych – i organizuj im bezpieczny dostęp do pomocy.

Podstawowa Zasada Ochrony 3: Pomagaj ludziom w powrocie do normalności w następstwie skutków fizycznych i psychologicznych związanych z potencjalną lub faktyczną przemocą, przymusem lub celowym niedostatkiem

Podmioty udzielające pomocy humanitarnej zapewniają niezwłoczne i stałe wsparcie osobom pokrzywdzonym w wyniku naruszeń – m.in. poprzez oferowanie im w stosownych przypadkach dodatkowych świadczeń.

Zasada ta obejmuje:

- Oferowanie ofiarom dodatkowych usług wsparcia;
- Prowadzenie wszelkich zasadnych działań, które dają gwarancję, że wobec dotkniętej ludności nie będzie już stosowana przemoc, przymus lub niedostatek.
- Wspomaganie starań podejmowanych przez ludność na rzecz odzyskania godności i praw w obrębie własnej społeczności oraz zapewnienia sobie bezpieczeństwa.

Kluczowym elementem tej zasady jest idea, że społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem powinny mieć dostęp do skoordynowanej pomocy uzupełniającej ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego standardu humanitarnego 6.*

Wytyczne

Skierowania: Należy mieć na uwadze aktualne systemy skierowań i pomagać osobom poszkodowanym w wyniku przemocy w uzyskaniu bezpiecznego dostępu do odpowiednich usług. Niektóre osoby w następstwie wykroczeń, które miały miejsce, mogą nie chcieć szukać pomocy. Podejmuj kroki w celu zrozumienia barier, które powstrzymują ludzi przed zwróceniem się o pomoc i odpowiednio dostosuj system skierowań.

Wspomagaj osoby, które doświadczyły przemocy fizycznej lub przemocy uwarunkowanej płcią w uzyskiwaniu dostępu do takich świadczeń, jak opieka zdrowotna, pomoc policji, pomoc w zakresie zdrowia psychicznego, wsparcie psychospołeczne i inne formy pomocy. Podstawą tych usług powinno być poszanowanie płci, wieku, niepełnosprawności, orientacji seksualnej i innych stosownych czynników ⊕ *patrz: Wytyczne do wdrażania interwencji w związku z przemocą uwarunkowaną płcią w ramach działalności humanitarnej.*

Ustanów i używaj bezpiecznych oraz skutecznych mechanizmów skierowań do instytucji ochrony dzieci zapewniających wsparcie dzieciom, które są ofiarami przemocy, wykorzystywania, nadużyć i zaniedbania.

Działania społeczności lokalnej: Wspieraj przedsięwzięcia społeczności lokalnej oraz działania samopomocowe, które pomagają odzyskać poczucie sprawczości i zwiększyć własną ochronę.

Wspomagaj rodzinne, społeczne oraz indywidualne mechanizmy reagowania w zakresie ochrony, jak również pomoc w zakresie zdrowia psychicznego i

wsparcia psychospołecznego. Może to oznaczać m.in. stwarzanie sytuacji umożliwiających ludziom omawianie własnej sytuacji, wybór szczególnych zagrożeń dotyczących ochrony, którymi należy się zająć, oraz opracowanie i wdrożenie służących temu działań.

Pomagaj lokalnym grupom – np. grupom młodzieżowym, grupom kobiet lub grupom religijnym – we wdrażaniu środków samoobrony bez użycia siły, a także we wspieraniu osób szczególnie narażonych.

O ile to możliwe, dbaj o to, aby nie rozdzielać rodzin – także w przypadku rodzin nietradycyjnych – jak również zapewniaj możliwość mieszkania na tym samym obszarze ludności danej wioski lub sieci wsparcia.

Wspieraj pozytywne mechanizmy związane z radzeniem sobie z kwestiami komunalnymi, takimi jak np. pochówki dostosowane pod względem kulturowym, ceremonie i zwyczaje religijne oraz nieszkodliwe praktyki kulturowe i społeczne.

Bieżące naruszenia, nadzorowanie i zgłaszanie: Miej świadomość istniejących mechanizmów zgłaszania naruszeń praw człowieka oraz przestrzegania obowiązujących procedur i zasad dotyczących bezpiecznego przekazywania informacji wrażliwych ⊕ *Patrz: Zasada Ochrony 1* i *Załącznik:* Standardy Zawodowe Dotyczące Zapewnienia Ochrony.

Utrzymujące się naruszenia należy omawiać i odpowiednio rozwiązywać wspólnie z partnerami oraz wyspecjalizowanymi agencjami. Podstawowa odpowiedzialność za ochronę ludności spoczywa na rządzie i innych stosownych organach władzy. We współpracy z wyspecjalizowanymi agencjami określaj strony, które ponoszą odpowiedzialność prawną lub mają możliwość zapewnienia ochrony, i przypominaj im o ich obowiązkach.

Służby bezpieczeństwa oraz organy egzekwowania prawa, policja i wojsko oraz siły pokojowe odgrywają ważną rolę w zapewnieniu ludności ochrony fizycznej. Jeśli to możliwe i bezpieczne, powiadamiaj policję lub organy egzekwowania prawa bądź siły wojskowe o naruszeniach praw człowieka.

W przypadku trwającego konfliktu zbrojnego rozważ nadzorowanie instytucji, które udzielają podstawowych świadczeń i są szczególnie chronione zgodnie z międzynarodowym prawem humanitarnym (np. szkoły, szpitale), jak również zgłaszanie wszelkich ataków na te instytucje. Podejmuj specjalne wysiłki w celu ograniczenia ryzyka i zagrożeń dotyczących uprowadzeń lub przymusowej pracy, które mogą występować w tych miejscach.

Zarządzanie informacjami wrażliwymi: Organizacje humanitarne powinny mieć precyzyjne zasady i procedury, które zawierają wytyczne dla pracowników w sprawie metod reagowania w przypadku, gdy dowiedzą się lub będą świadkami nadużyć oraz zasad kierowania do specjalistów lub wyspecjalizowanych agencji. Zasady te powinny również zawierać informacje na temat poufności informacji.

Takie dowody, jak np. zeznania świadków, profile populacji oraz zdjęcia umożliwiające identyfikację osób mogą być szczególnie wrażliwe i narażać ludzi na ryzyko. Informacje wrażliwe dotyczące określonych nadużyć lub naruszeń powinny zbierać wyspecjalizowane agencje, które mają wdrożone niezbędne umiejętności, systemy, możliwości oraz protokoły ⊕ *patrz: Załącznik:* Standardy Zawodowe Dotyczące Zapewnienia Ochrony.

Podstawowa Zasada Ochrony 4: Wspieraj ludzi w egzekwowaniu ich praw

Podmioty udzielające pomocy humanitarnej wspomagają dotknięte społeczności w ubieganiu się o własne prawa poprzez przekazywanie informacji i dokumentacji, a także wspierają wysiłki na rzecz zwiększenia poszanowania prawa.

Zasada ta obejmuje:

- Wspieranie ludności w dochodzeniu swoich praw i otrzymywaniu środków zaradczych od rządu lub z innych źródeł;
- Pomaganie w zabezpieczaniu dokumentacji niezbędnej do wykazania posiadanych uprawnień;
- Postulowanie pełnego poszanowania praw człowieka i prawa międzynarodowego, dzięki czemu tworzy się silniejsze otoczenie zapewniające ochronę.

Kluczowym elementem tej zasady jest to, aby ludność dotknięta kryzysem znała przysługujące jej prawa i uprawienia ⊕ *patrz: Zobowiązanie w zakresie Podstawowego standardu humanitarnego 4.*

Wytyczne

Łatwy dostęp do informacji: Oferuj ludziom edukację i informacje umożliwiające zrozumienie i występowanie w obronie swoich praw. Informuj ludzi o przysługujących prawach, na przykład w odniesieniu do opcji powrotu i przesiedlenia. We współpracy z wyspecjalizowanymi organizacjami udzielającymi pomocy prawnej informuj ludzi o ich prawach na mocy przepisów i regulacji danego kraju.

Przekazuj informacje w językach, którymi posługują się osoby poszkodowane. Stosuj wiele formatów (np. tekst, grafika lub dźwięk), aby informacje docierały do jak najszerszego grona odbiorców. Sprawdzaj stopień zrozumienia przekazu w różnych grupach, biorąc pod uwagę takie różnice, jak wiek, płeć, poziom wykształcenia i język ojczysty.

Dokumentacja: Ludzie mają swoje prawa, niezależnie od tego, czy posiadają wymagane dokumenty. Jednakże bez dokumentu w jakiejkolwiek formie, np. aktu urodzenia, aktu małżeństwa, aktu zgonu, paszportu, prawa do gruntu lub świadectwa ukończenia szkoły, osoby te mogą napotykać przeszkody w dostępie do swoich praw lub uprawnień. Takie osoby należy odsyłać do służb, które mogą wydać lub wymienić niezbędne dokumenty.

Dokumentacji prawnej uznawanej przez stosowne władze nie należy mylić z dokumentami wydawanymi przez organizacje humanitarne, np. z kartkami na żywność lub dokumentami rejestracyjnymi. Dokumentacja wydawana przez władze nie powinna określać, kto jest uprawniony do otrzymywania pomocy od organizacji humanitarnych.

Dostęp do pomocy prawnej i systemów sprawiedliwości: Ludzie mają prawo do ubiegania się o pomoc prawną oraz środki naprawcze od rządu i stosownych organów władzy w związku z naruszaniem ich praw. Może to obejmować zadośćuczynienie z tytułu poniesionej straty lub zwrot mienia. Ludność ma także prawo oczekiwać, że dopuszczający się naruszeń zostaną postawieni przed sądem.

Udzielaj wsparcia osobom, które wybierają środki prawne dające bezpieczny dostęp do mechanizmów sprawiedliwości. Skuteczne skierowanie wymaga zrozumienia, które instytucje mogą zapewnić pomoc prawną.

Unikaj promowania dostępu do sprawiedliwości w sytuacjach, kiedy proces sądowy może powodować doznawanie dalszych szkód przez ofiary. Np. dostawcy świadczeń zdrowotnych i sieci konsultacyjne działające w obszarze przemocy uwarunkowanej płcią powinny mieć rozeznanie w krajowych systemach medyczno-prawnych oraz przepisach regulujących przemoc seksualną. Informuj ofiary przemocy o wszelkich przepisach dotyczących informacji podlegających obowiązkowi zgłoszenia, które mogą ograniczać poufność informacji ujawnianych przez pacjentów. To może mieć wpływ na decyzję takich osób w kwestii kontynuacji leczenia lub dalszego zgłaszania, którą należy uszanować ⊕ *patrz: Zdrowie: Standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.2*.

W czasie kryzysów społeczności dotknięte problemami mogą mieć możliwość korzystania z alternatywnych i nieformalnych mechanizmów rozwiązywania sporów, takich jak np. mediacje środowiskowe. Jeżeli takie mechanizmy istnieją, informuj i wyjaśniaj, jak można uzyskać dostęp do takich usług.

Dostęp do ziemi i własność gruntów może prowadzić do poważnych sporów. Zachęcaj władze oraz społeczności do podjęcia współpracy w celu rozwiązania problemów związanych z dostępem do ziemi i własnością gruntów.

Załącznik
Podsumowanie Standardów Zawodowych Dotyczących Zapewnienia Ochrony.

W przypadku konfliktu zbrojnego lub innych form przemocy krytyczne znaczenie ma ochrona ludności cywilnej, która może być narażona na krzywdę i cierpienie. Skuteczna reakcja w zakresie ochrony wymaga profesjonalnych kompetencji oraz przestrzegania wspólnie uzgodnionych Minimalnych Standardów mających zastosowanie do wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za ochronę ludności.

Standardy Zawodowe dotyczące Zapewnienia Ochrony zostały ustanowione w celu stworzenia wspólnych podstaw w zakresie zapewniania ochrony wśród podmiotów udzielanących pomocy humanitarnej i działających w obszarze praw człowieka, oraz zwiększeniu skuteczności działań podejmowanych na rzecz dotkniętej populacji. Uzupełniają one Podstawowe Zasady Ochrony.

Standardy odzwierciedlają założenie, że ludzie muszą się znajdować w centrum działań podejmowanych w ich imieniu. Ludzie mają do odegrania znaczącą rolę w kwestii analizowania, opracowywania oraz nadzorowania reakcji w zakresie ochrony ludności w odpowiedzi na stojące przed nimi zagrożenia i ryzyko. Poza poprawą bezpieczeństwa fizycznego ludności, podejmowane wysiłki powinny sprzyjać przestrzeganiu praw oraz poszanowaniu godności i integralności osób narażonych na naruszenia oraz nadużycia.

Zakres działań wdrażanych przez podmioty udzielające pomocy humanitarnej jest bardzo zróżnicowany, dlatego wszystkie podmioty powinny koniecznie włączać do swojej praktyki wszelkie kwestie związane z ochroną, zgodnie z Podstawowymi Zasadami Ochrony. Standardy Zawodowe są przeznaczone przede wszystkim dla specjalistów zajmujących się ochroną ludności i organizacji wdrażających specjalne działania w zakresie ochrony ludności w przypadku konfliktu zbrojnego oraz innych sytuacji związanych z przemocą.

Standardy Zawodowe zapewniają organizacjom rzetelną podstawę służącą do analizy i opracowywania wewnętrznych zasad, wytycznych i materiałów szkoleniowych. Stanowią praktyczne odniesienie dla specjalistów zajmujących się tworzeniem i wdrażaniem strategii ochrony na szczeblu terenowym. Mogą również stanowić źródło inspiracji. Są pożytecznym punktem odniesienia, dzięki któremu inne podmioty oraz interesariusze mogą łatwiej zrozumieć, w jaki sposób wyspecjalizowane podmioty działające w obszarze ochrony ludności wprowadzają bezpieczne działania służące wzmocnieniu ochrony osób indywidualnych i społeczności.

Niniejsze standardy nie mają na celu regulowania zapewnienia ochrony lub ograniczania różnorodności – stanowią raczej uzupełnienie innych zawodowych zasad oraz mają zachęcać podmioty działające w obszarze ochrony ludności do włączenia ich do własnych praktyk, wytycznych i szkoleń.

Standardy zawodowe z 2018 roku są zorganizowane w następujący sposób:

1. Nadrzędne zasady pracy przy zapewnianiu ochrony
2. Zarządzanie strategiami ochrony
3. Nakreślenie ram dotyczących ochrony
4. Wykorzystanie podstawy prawnej w zakresie ochrony
5. Promowanie komplementarności
6. Zarządzanie danymi i informacjami w zakresie efektów związanych z ochroną
7. Zapewnienie kompetencji zawodowych

Standardy przedstawiają stanowisko dotyczące implikacji technologii informacyjnych i komunikacyjnych (TIK) oraz powiększającego się prawodawstwa w zakresie ochrony danych, jak również zapewniają szczególne wytyczne dotyczące zarządzania informacjami związanymi z ochroną ludności.

Często niezbędne jest podejmowanie dialogu oraz interakcji między podmiotami działającymi w obszarze pomocy humanitarnej i praw człowieka a operacjami pokojowymi Narodów Zjednoczonych i innymi siłami zbrojnymi oraz policyjnymi działającymi z upoważnienia społeczności międzynarodowej w celu zabezpieczenia efektów związanych z ochroną ludności. Standardy zawodowe określają wytyczne dotyczące utrzymania podejścia opartego na zasadach w przypadku takich interakcji.

Wysiłki podejmowane na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym na rzecz rozwiązania problemu tzw. brutalnego ekstremizmu poprzez ustanowienie prawodawstwa w zakresie zwalczania terroryzmu są także omówione w Standardach Zawodowych, które zawierają wyjaśnienie, w jaki sposób takie prawodawstwo może wpłynąć na działania podmiotów zajmujących się ochroną.

Pobierz Standardy zawodowe dotyczące pracy związanej z ochroną ze sklepu e-book Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża (MKCK): https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html.

Odniesienia i materiały dodatkowe

Ogólna ochrona: informacje i narzędzia

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version [Mimimalne standardy agencji dotyczące wprowadzenia ochrony do działań humanitarnych – wersja dla badań terenowych]. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. https://drc.ngo

Policy on Protection in Humanitarian Action [Polityka Ochrony w Działaniach Humanitarnych]. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence [Standardy zawodowe dotyczące zapewnienia ochrony prowadzone przez podmioty udzielające pomocy humanitarnej i działające na rzecz praw człowieka w konfliktach zbrojnych i innych sytuacjach przemocy]. ICRC, 2018. https://shop.icrc.org

Przemoc uwarunkowana płcią

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery [Wytyczne do wdrażania interwencji w związku z przemocą uwarunkowaną płcią w ramach działalności humanitarnej: Ograniczenie ryzyka, promowanie odporności i wspomaganie powrotu do normalności]. IASC, 2015. gbvguidelines.org

Prawa do zasobów mieszkaniowych, gruntów i nieruchomości

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. [Zasady przywracania zasobów mieszkaniowych i nieruchomości dla uchodźców i osób wysiedlonych]. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Populacje wewnętrznie wysiedlone

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons [Podręcznik ochrony populacji wewnętrznie wysiedlonych]. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Pomoc w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Wytyczne IASC w Zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych]. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Działania przeciwminowe

International Mine Action Standards. [Międzynarodowe Standardy Działań Przeciwminowych]. www.mineactionstandards.org

Osoby starsze i osoby niepełnosprawne

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities [Standardy Objęcia Pomocą Humanitarną Osób Starszych i Osób Niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium w ramach programu ADCAP. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Dzieci i ochrona dzieci

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery [INEE Minimalne Standardy w Edukacji: Gotowość, Reakcja, Powrót do Normalności]. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Minimalne Standardy Dotyczące Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych: Sojusz na Rzecz Dzieci w Działaniach Humanitarnych], 2012. http://cpwg.net

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące materiałów dodatkowych są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Ogólna ochrona: informacje i narzędzia

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians [Notatka Pomocnicza: Do Rozważenia Kwestii Dotyczących Ochrony Ludności Cywilnej]. OCHA, 2016.
https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence [Wzmacnianie Ochrony Ludności Cywilnej w Konfliktach Zbrojnych i Innych Sytuacjach Związanych z Przemocą]. ICRC, 2017.
www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection [Społeczności Lokalne: Pierwsze i Ostatnie Źródła Ochrony]. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards [Wzmacnanie Ochrony Ludności Podczas Wojny: Poszukiwanie Profesjonalnych Standardów].* ICRC, 2001. https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field [Rozwijanie Struktury Schronienia – Ochrona praw poprzez działania humanitarne – Programy i praktyki zebrane w terenie]. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters [Wytyczne Operacyjne Dotyczące Ochrony Osób w Sytuacjach Klęsk Żywiołowych]. IASC, 2011.
www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response [Działania Ochronne: Włączenie Ochrony Ludności Cywilnej do Reagowania w Sytuacjach Humanitarnych].* HPG Report 26. ODI, 2007. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note) [Ochrona i Odpowiedzialność Wobec Dotkniętych Populacji w Hpc (Wstępna Nota Wyjaśniająca do EDG)]. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance [Zagadnienia Mainstreamingu w Ochronie Ludności – Szkolenia i Wytyczne Branżowe]. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs [Bezpieczeństwo z Poszanowaniem Godności: Podręcznik terenowy w zakresie włączania środowiskowej ochrony do programów humanitarnych]. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action [Oświadczenie w Sprawie Centralnego Znaczenia Ochrony W Działalności Humanitarnej]. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies [Ochrona ludności – Przewodnik ALNAP dla agencji humanitarnych].* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

Strategie i możliwości w zakresie ochrony własnej

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action [Lokalne Perspektywy Dotyczące Ochrony: Rekomendacje Dotyczące Podejścia Środowiskowego do Ochrony w Działaniach Humanitarnych]. Global Protection Cluster, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises [Dokument Regulaminów Tematycznych nr 8 – Ochrona humanitarna: poprawa efektów związanych z ochroną ludności w celu ograniczenia zagrożeń stojących przed ludnością w kryzysach humanitarnych],, strona 24. DG ECHO, EC, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Programy pomocy pieniężnej

Guide for Protection in Cash-based Interventions [Przewodnik w Zakresie Ochrony w Programach Pomocy Pieniężnej]. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Osoby niepełnosprawne

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection [Uwzględnianie Dzieci z Niepełnosprawnościami w Akcji Humanitarnej: Ochrona dzieci]. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement [Wytyczne na Temat Potrzebnej Wiedzy: Praca z Osobami Niepełnosprawnymi w Sytuacji Przymusowego Przesiedlenia]. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics [Grupa Waszyngtońska w Sprawie Statystyk Dotyczących Niepełnosprawności]. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Przemoc uwarunkowana płcią

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners [Polepszanie Możliwości w Zakresie Włączenia Niepełnosprawności do Programów Działań Humanitarnych Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią: Narzędzia dla Specjalistów w Obszarze

Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015.
www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies [Rekomendacje Dotyczące Kwestii Etyki i Bezpieczeństwa w Sferze Badań, Dokumentowania i Monitorowania Przemocy Seksualnej w Nagłych Przypadkach]. WHO, 2007.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors [Przemoc Uwarunkowana Płcią Stosowana Wobec Dzieci i Młodzieży z Niepełnosprawnościami: Narzędzia dla Podmiotów Zajmujących się Ochroną Dzieci]. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016.
www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

Prawa do zasobów mieszkaniowych, gruntów i nieruchomości

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery [Lista Kontrolna Praw do Zasobów Mieszkaniowych, Gruntów i Nieruchomości oraz Szersze Zagadnienia Dotyczące Gruntów w Perspektywie Ramach Czasowych Przesiedlenia od Nagłej Sytuacji do Powrotu do Normalności]. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons [Podręcznik na Temat Przywracania Zasobów Mieszkaniowych i Nieruchomości dla Uchodźców i Osób Wysiedlonych]. Implementing the "Pinheiro Principles" [Wdrażanie tzw. Zasad Pinheiro]. Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR), 2007.
www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners [Ziemia i Klęski Żywiołowe: Wytyczne dla Specjalistów]. Program ONZ ds. Osiedli Ludzkich. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery, 2010. https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/

Populacje wewnętrznie wysiedlone

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility [Praca z Wysiedleniem Wewnętrznym: Ramy Dotyczące Odpowiedzialności Krajowej]. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005.
https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons [Chronić czy Zaniedbać? w Kierunku Bardziej Efektywnego Podejścia Onz do Ochrony Populacji Wewnętrznie Wysiedlonych].* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004.

https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons [Ramy Dotyczące Trwałych Rozwiązań dla Populacji Wewnętrznie Wysiedlonych]. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams [Wdrożenie Wspólnych Działań w Odpowiedzi na Wysiedlenia Wewnętrzne: Wytyczne dla Koordynatorów Pomocy Humanitarnej, Koordynatorów-Rezydentów i Zespołów Krajowych ONZ]. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement [Podstawowe Zasady Onz w Zakresie Wysiedleni Wewnętrznych]. Rada Społeczna i Gospodarcza ONZ, 1998. www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

Pomoc w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support [Podejście Środowiskowe do Ochrony, Pomoc w Zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcie Psychospołeczne]. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? [Pomoc w Zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcie Psychospołeczne w Nagłych Sytuacjach Humanitarnych: Co Powinni Wiedzieć Kierownicy Programu Ochrony?] IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Osoby starsze

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors [Akcja Humanitarna i Osoby Starsze: Niezbędne Informacje dla Podmiotów Udzielających Pomocy Humanitarnej]. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

Dzieci i ochrona dzieci

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime [Podręcznik dla Specjalistów oraz Twórców Polityki Sprawiedliwości na Temat Kwestii Dotyczących Dzieci Będących Ofiarami i Świadkami Przestępstw]. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards [Zintegrowane Standardy w Zakresie Rozbrojenia, Demobilizacji i Reintegracji]. IASC, 2006.

www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children [Międzyagencyjne podstawowe Zasady Dotyczące Dzieci Pozostających bez Opieki i Oddzielonych od Bliskich]. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004.
www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children [INSPIRE: Siedem Strategii Zaprzestania Stosowania Przemocy Wobec Dzieci]. WHO, 2016.
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups [Zasady i Zobowiązania Paryskie w Sprawie Ochrony Dzieci przed Bezprawnym Rekrutowaniem lub Wykorzystywaniem przez Siły Bądź Ugrupowania Zbrojne]. UNICEF, 2007.
https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies [Reagowanie Awaryjne na Najgorsze Formy Pracy Dzieci]. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to-_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations [Skonsolidowane Wytyczne w Zakresie Zapobiegania, Diagnozy, Leczenia i Opieki W Przypadku HIV u Kluczowych Populacji]. Aktualizacja. WHO, 2016.
www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions [Wdrożenie Kompleksowych Programów HIV i STI w Przypadku Osób Transpłciowych: Praktyczne Wytyczne Dotyczące Wspólnych Interwencji]. UNDP, 2016.
www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions [Wdrożenie Kompleksowych Programów HIV i HCV w Przypadku Osób Przyjmujących Narkotyki Dożylnie: Praktyczne Wytyczne Dotyczące Wspólnych Interwencji]. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions [Wdrożenie Kompleksowych Programów HIV/STI w Przypadku Pracowników Seksualnych: Praktyczne Podejścia Oparte na Wspólnych Interwencjach]. WHO, 2013.
www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions [Wdrożenie Kompleksowych Programów HIV/STI dla Mężczyzn Uprawiających Seks z Mężczyznami: Praktyczne Wytyczne Dotyczące Wspólnych Interwencji]. UNFPA, 2015.
www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings [Wspólne oświadczenie ONZ w sprawie zaprzestania stosowania dyskryminacji w placówkach opieki zdrowotnej]. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

Osoby LGBTQI i zróżnicowana orientacja seksualna, tożsamość płciowa oraz wyrażanie płciowości i cechy płciowe

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people [Wspólne oświadczenie ONZ w sprawie zaprzestania stosowania przemocy i dyskryminacji wobec lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych oraz interpłciowych (LGBTI)]. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees [Ulice Nędzy: Identyfikowanie i Reagowanie na Zagrożenia Wobec Uchodźców na Terenach Miejskich Związane z Przemocą Uwarunkowaną Płcią – Uchodźcy LGBTI]. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement [Pakiet Szkoleń Dotyczący Ochrony Osób LGBTI w Przypadku Przymusowego Wysiedlenia]. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity [Zasady Yogyakarta: Zasady Stosowania Przepisów Międzynarodowych Praw Człowieka W Odniesieniu Do Orientacji Seksualnej I Tożsamości Płciowej]. Międzynarodowa Komisja Prawników, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement [Praca z Lesbijkami, Gejami, Osobami Biseksualnymi, Transpłciowymi i Interpłciowymi w Przypadku Przymusowego Przesiedlenia]. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf

Podstawowy Standard Humanitarny

Karta Humanitarna i Zasady Ochrony bezpośrednio wspomagają Podstawowy Standard Humanitarny. Te trzy rozdziały łącznie stanowią zasady i podstawy standardów Sfery.

ZAŁĄCZNIK: Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania Kluczowych działań i Obowiązków organizacyjnych (online)

Spis treści

Jeden podstawowy standard z dziewięcioma Zobowiązaniami 58
Zobowiązanie 1 60
Zobowiązanie 2 62
Zobowiązanie 3 65
Zobowiązanie 4 69
Zobowiązanie 5 73
Zobowiązanie 6 77
Zobowiązanie 7 80
Zobowiązanie 8 83
Zobowiązanie 9 88
Załącznik: Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań i obowiązków organizacyjnych (online)
Źródła i materiały dodatkowe 93

Jeden podstawowy standard z dziewięcioma zobowiązaniami

W działaniach prowadzonych w ramach reagowania humanitarnego zazwyczaj uczestniczy wiele organizacji i osób. Z tego względu pomocne będą wspólne elementy i sposoby pracy, które zachęcają do skutecznego działania. Jeżeli nie ma wspólnego podejścia, rezultaty mogą być niespójne i nieprzewidywalne.

Podstawowy Standard Humanitarny dotyczący Jakości i Odpowiedzialności (PSH) określa dziewięć Zobowiązań, które mogą być stosowane przez organizacje oraz osoby indywidualne zaangażowane w działania humanitarne w celu poprawy jakości i skuteczności zapewnianej pomocy. Umożliwia także zwiększenie zakresu odpowiedzialności wobec społeczności oraz osób dotkniętych kryzysem, personelu, darczyńców, rządów i pozostałych interesariuszy. Mając świadomość, do czego zobowiązały się organizacje humanitarne, będą mogli pociągnąć te organizacje do odpowiedzialności. Są to dobrowolne założenia zarówno dla osób indywidualnych, jak i organizacji.

Standard ma zastosowanie na poziomie reagowania, jak również we wszystkich fazach reagowania. Jednakże dziewięć Zobowiązań nie nawiązuje do żadnej konkretnej fazy cyklu programu. Niektóre z nich są bardziej istotne dla określonych faz cyklu, a inne, takie jak komunikacja z osobami poszkodowanymi, mają zastosowanie przez cały okres trwania wszystkich faz.

Podstawowy Standard Humanitarny wraz z Kartą Humanitarną oraz Zasadami Ochrony tworzą silny fundament Podręcznika Sfery i wspomagają wszystkie standardy techniczne. W całym Podręczniku znajdują się odniesienia nawiązujące do rozdziałów technicznych i tych podstaw.

Bardziej szczegółowe informacje na temat Podstawowego Standardu Humanitarnego, łącznie z zasobami umożliwiającymi jego praktyczne zastosowanie, dostępne są na stronie corehumanitarianstandard.org.

Niepowtarzalna struktura

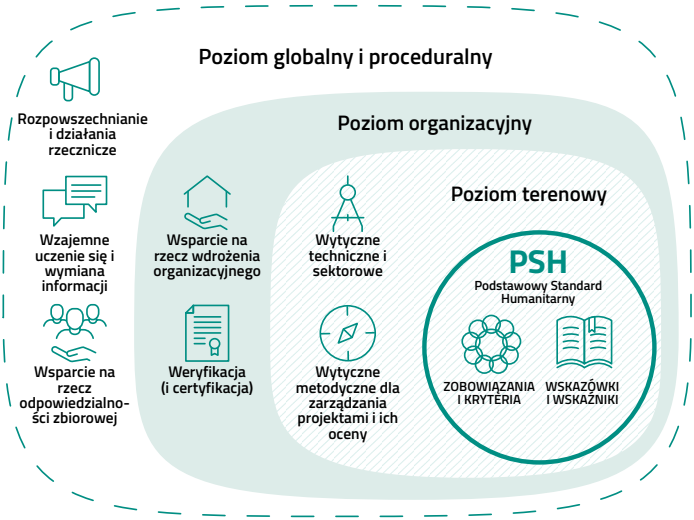
Podstawowy Standard Humanitarny został opracowany dzięki wspólnym wysiłkom sektora humanitarnego podejmowanym na rzecz ujednolicenia podstawowych standardów Sfery, Humanitarian Accountability Partnership (HAP), People In Aid oraz Groupe URD i nadania im spójnej ramy. Zarządza nim obecnie w imieniu sektora Sfera, CHS Alliance oraz Groupe URD, które wspólnie posiadają prawa autorskie.

Każde z dziewięciu zobowiązań nastawione jest na konkretnym aspekcie reagowania. Łącznie stanowią one solidne podejście dla skutecznej i przejrzystej działalności humanitarnej.

Struktura Podstawowego Standardu Humanitarnego nieznacznie odbiega od struktury pozostałych standardów Sfery:

- **Zobowiązanie** określa, czego mogą oczekiwać społeczności oraz osoby dotknięte przez kryzys od organizacji i osób udzielających pomocy humanitarnej.
- **Kryterium jakości** opisuje sytuację, w której Zobowiązanie jest spełnione, oraz określa, w jaki sposób organizacje humanitarne i personel powinni pracować, żeby spełnić Zobowiązanie.
- **Wskaźniki wykonania** mierzą postępy w wypełnianiu Zobowiązania, wspomagają uczenie się i doskonalenie oraz umożliwiają dokonywanie porównań między różnymi okresami i różnymi lokalizacjami.
- **Kluczowe działania** i **Obowiązki organizacyjne** opisują, jakimi zadaniami powinien zajmować się personel, oraz wytyczne, procesy i systemy, które organizacje muszą wdrożyć, aby zadbać, że ich pracownicy udzielają pomocy humanitarnej, która odznacza się wysoką jakością i odpowiedzialnością.
- **Wskazówki** wspomagają Kluczowe działania i Obowiązki organizacyjne dzięki przykładom i dodatkowym informacjom.
- **Pytania pomocnicze** wspomagają planowanie, działania ewaluacyjno-weryfikacyjne ⊕ *patrz: Załącznik 1 (dostępny online)*.
- **Odniesienia** przedstawiają dodatkowe materiały na temat określonych zagadnień.

Poniższy wykres pokazuje, w jaki sposób Podstawowy Standard Humanitarny można stosować na różnych poziomach. Sfera, Groupe URD oraz CHS Alliance proponują narzędzia uzupełniające, które są dostępne na: corehumanitarianstandard.org.



Stosowanie Podstawowego Standardu Humanitarnego (Rysunek 2)

Zobowiązanie 1

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem otrzymują pomoc stosownie do swoich potrzeb.

Kryterium jakości

Pomoc humanitarna jest stosowna i adekwatna.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że działania humanitarne uwzględniają ich określone potrzeby, kulturę i preferencje.
2. Zapewniana pomoc i ochrona odpowiada ocenionym zagrożeniom, podatnościom oraz potrzebom.
3. Działania humanitarne biorą pod uwagę możliwości, umiejętności oraz wiedzę osób, którym potrzebna jest pomoc i ochrona.

Kluczowe działania

1.1 Przeprowadzaj regularną, obiektywną i bieżącą analizę kontekstu oraz interesariuszy.

- Oceń rolę oraz możliwości lokalnego rządu oraz pozostałych podmiotów politycznych i działających w innych obszarach, a także to, jaki wpływ ma na nie kryzys.
- Oceń istniejące możliwości lokalne (materialne, potencjał ludzki, rynki) pozwalające zaspokoić priorytetowe potrzeby w zakresie pomocy i ochrony, mając na uwadze, że będą się one zmieniać z biegiem czasu.
- Sprawdź i zweryfikuj informacje, biorąc pod uwagę, że dane z oceny początkowo nie będą doskonałe, lecz nie powinno to utrudniać prowadzenia działań ratujących życie.
- Oceń bezpieczeństwo populacji dotkniętych, przesiedlonych i przyjmujących w celu określenia gróźb użycia przemocy oraz wszelkich form przymusu, odmowy zapewnienia środków utrzymania lub odmowy poszanowania podstawowych praw człowieka.
- Oceń dynamikę związaną z płcią i dynamikę sił oraz marginalizację społeczną, aby zdefiniować skuteczniejsze i bardziej zrównoważone sposoby reagowania.
- Koordynuj działania z innymi, aby społeczności nie były obciążane zbyt wieloma ocenami. Wspólne oceny i ustalenia należy udostępnić zainteresowanym agencjom, rządom oraz dotkniętym populacjom.

1.2 Opracuj i wprowadź odpowiednie programy zgodnie z bezstronną oceną potrzeb oraz zagrożeń i świadomością podatności oraz możliwości różnych grup.

- Oceń potrzeby w zakresie ochrony oraz pomocy dla kobiet, mężczyzn i nastolatków, osób z trudno dostępnych terenów oraz grup ryzyka takich jak np. osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, osoby odizolowane społecznie, gospodarstwa domowe prowadzone przez kobiety, mniejszości etniczne lub językowe, a także grupy napiętnowane (np. osoby żyjące z HIV).

1.3 Dostosuj program do zmieniających się potrzeb, możliwości i kontekstu.

- Nadzoruj sytuację polityczną i koryguj analizę oraz bezpieczeństwo interesariuszy.
- Regularnie nadzoruj dane epidemiologiczne i inne dane, aby zapewnić informacje niezbędne do podejmowania decyzji oraz działań ratujących życie.
- Wykazuj się elastycznością w stopniu umożliwiającym dostosowanie działań w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby. W miarę potrzeby sprawdzaj, czy darczyńcy zgadzają się na zmiany w programie.

Obowiązki organizacyjne

1.4 Wytyczne zobowiązują do udzielania bezstronnej pomocy zgodnie z potrzebami oraz możliwościami społeczności i osób dotkniętych kryzysem.

- Organizacje utrzymują wytyczne, procesy i systemy wspierające dbałość o zasady humanitarne oraz inkluzywność społeczną.
- Wszyscy pracownicy rozumieją swoje obowiązki oraz sposób, w jaki mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności.
- Organizacje udostępniają te wytyczne innym interesariuszom z poszanowaniem przejrzystości.

1.5 Wytyczne określają zobowiązania, które uwzględniają różnorodność społeczności, obejmują osoby znajdujące się w trudnej sytuacji lub na marginesie społecznym, jak również gromadzenie zdezagregowanych danych.

- Wymagane poziomy dezagregacji danych dla potrzeb oceny i raportowania są wyraźnie sformułowane.

1.6 Są wdrożone procedury zapewniające prowadzenie na bieżąco stosownej analizy kontekstu.

- Pracownicy humanitarni mają wsparcie kierownictwa umożliwiające zdobywanie wiedzy oraz rozwój umiejętności, zachowań oraz postaw niezbędnych do zarządzania i przeprowadzania ocen.

Wytyczne

Ocena i analiza to proces, a nie pojedyncze zdarzenie. Jeżeli czas na to pozwala, należy przeprowadzić dogłębną analizę. Nie należy zakładać możliwości lub potrzeb poszkodowanych osób i społeczności, lecz trzeba je identyfikować za pomocą ocen, które angażują takie osoby oraz społeczności w bieżące rozmowy na temat ustalania stosownych form reagowania.

Rozważ zapewnienie podstawowego szkolenia w zakresie pierwszej pomocy psychologicznej dla personelu uczestniczącego w ocenach. Może to pomóc pracownikom w radzeniu sobie z osobami, które w trakcie oceny przeżywają trudne chwile.

Zadbaj o przeprowadzenie specjalistycznych ocen dla grup potencjalnie narażonych na ryzyko związane z ochroną. Przykładem mogą być szczegółowe oceny przeprowadzane z kobietami, mężczyznami, chłopcami i dziewczętami, aby zrozumieć, w jaki sposób są narażeni na przemoc, dyskryminację oraz inne szkody.

Bezstronna ocena: Działanie w bezstronny sposób nie oznacza, że wszystkich ludzi należy traktować w ten sam sposób. Zapewnianie pomocy zgodnie z przysługującymi prawami wymaga zrozumienia różnych możliwości, potrzeb i podatności. Osoby mogą być podatne na zagrożenia w wyniku dyskryminacji ze względu na indywidualne czynniki takie jak wiek, płeć, niepełnosprawność, stan zdrowia, orientacja seksualna, tożsamość płciowa lub dlatego, że opiekują się innymi osobami, które są szczególnie narażone.

Podatność na zagrożenia: Czynniki społeczne i kontekstowe mają również wpływ na podatność ludzi do zagrożenia. Obejmują one dyskryminację i marginalizację, izolację społeczną, degradację środowiska, zmienność klimatu, ubóstwo, brak własnej ziemi, niewłaściwe zarządzanie, pochodzenie etniczne, przynależność do kasty lub powiązania religijne czy polityczne.

Istniejące możliwości: Ludzie, społeczności, organizacje i władze dotknięte kryzysem mają już odpowiednie umiejętności, wiedzę oraz możliwości pozwalające na przeciwdziałanie, reagowanie i wyjście z kryzysu. Aby chronić prawo dotkniętych osób do godnego życia, angażuj ich aktywnie w podejmowanie decyzji, które mają na nie wpływ. Koniecznie może być podjęcie celowych wysiłków, żeby wzmocnić udział zwyczajowo niereprezentowanych grup, takich jak kobiety, dzieci, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami oraz mniejszości językowe bądź etniczne.

Dezagregacja danych: Ważne jest, aby zrozumieć, w jaki sposób działania lub zdarzenia mogą wpływać na różne grupy. Dobre praktyki zalecają co najmniej dokonywanie dezagregacji danych według płci, wieku i niepełnosprawności. Dodatkowe czynniki powinny wynikać z kontekstu.

Analiza zdezagregowanych danych jest niezbędna, żeby posługiwać się standardami stosownie do kontekstu oraz dla potrzeb nadzorowania. Właściwe wykorzystanie zdezagregowanych danych może pokazać, które osoby są najbardziej dotknięte, kto może mieć dostęp do pomocy i gdzie trzeba zrobić więcej, aby dotrzeć do zagrożonej populacji ⊕ *patrz: Czym jest Sfera?*

Bieżąca analiza i efektywne wykorzystanie danych: Systemy zasobów ludzkich powinny być wystarczająco elastyczne, aby umożliwiać szybką rekrutację i uruchomienie zespołów przeprowadzających oceny. Przydzielaj środki budżetowe i zasoby programu zgodnie z potrzebą. Finansowanie powinno wspomagać bieżącą analizę potrzeb w zakresie pomocy oraz ochrony, wspierać dostosowanie i korektę programów oraz uwzględniać środki zapewniające dostęp (na przykład mechanizmy dotarcia do potrzebujących, dostępność obiektów i komunikacja).

Zobowiązanie 2

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mają dostęp do niezbędnej pomocy humanitarnej we właściwym czasie.

Kryterium jakości

Pomoc humanitarna jest efektywna i niesiona na czas.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem, łącznie z najbardziej podatnymi grupami, uważają, że pomoc i ochrona są zapewniane w odpowiednim czasie.
2. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że działania humanitarne zaspokajają ich potrzeby.
3. Nadzór i raporty ewaluacyjne pokazują, że pomoc humanitarna spełnia swoje założenia dotyczące terminowości, jakości i ilości.

Kluczowe działania

2.1 Opracuj programy, które rozwiązują ograniczenia, aby proponowane działanie było realistyczne i bezpieczne dla społeczności.

- Sprecyzuj i wskaż wszelkie ograniczenia w przypadku, gdy uzyskanie dostępu do i spełnianie potrzeb określonego obszaru lub grupy ludności (w tym w trudno dostępnych lokalizacjach) jest niemożliwe.
- Wyznaczaj priorytety dotyczące lokalnych możliwości reagowania z wyprzedzeniem w sytuacji, gdy z planowania interwencyjnego wynika, że istnieją obszary lub populacje podatne na ryzyko, co w przyszłości może utrudnić do nich dostęp.

2.2 Udzielaj pomocy humanitarnej na czas, podejmując decyzje i działając bez zbędnej zwłoki.

- Miej świadomość warunków życia, zwyczajów kulturowych, sezonów, kalendarzy rolnych i innych czynników, które mają wpływ na świadczenie właściwych usług we właściwym czasie.
- W planach programu uwzględnij ramy czasowe dla systemów dostaw i nadzoru; przewiduj i zaznaczaj opóźnienia.
- Uznaj, że na wczesnych etapach ostrego kryzysu decyzje będą podejmowane na podstawie niepełnej wiedzy, doprecyzowuj decyzje w miarę napływu informacji.
- Współpracuj z innymi w celu opracowania wspólnych strategii radzenia sobie z kwestiami zbiorowymi, które blokują zapewnianie pomocy na czas.

2.3 Skieruj wszelkie niezaspokojone potrzeby do organizacji, które mają odpowiednią wiedzę i kompetencje lub postuluj konieczność zajęcia się tymi potrzebami.

- Obejmują one zarówno niespełnione potrzeby informacyjne, jak również potrzeby dotyczące ochrony i pomocy.

2.4 Stosuj odpowiednie standardy techniczne i dobre praktyki obowiązujące w sektorze humanitarnym do planowania i oceny programów.

- Korzystaj z krajowych standardów technicznych, jeśli takie istnieją, dostosowanych do kontekstu humanitarnego.
- Współpracuj z odpowiednimi interesariuszami w celu propagowania stosowania globalnie uzgodnionych standardów jako uzupełnienia standardów krajowych (łącznie ze standardami Sfery i partnerów w powiązanych sektorach).

2.5 Nadzoruj działania, dane wyjściowe oraz efekty pomocy humanitarnej, żeby dostosować programy i poprawić słabe wyniki.

- Zdefiniuj wskaźniki wykonania, które mają ramy czasowe i są adekwatne do kontekstu. Weryfikuj je regularnie, aby mierzyć postępy w spełnianiu potrzeb związanych z pomocą i ochroną.
- Oprócz mierzenia postępu działań i efektów (np. ilość wybudowanych obiektów) uwzględnij także mierzenie postępu w stosunku do założeń i wskaźników wykonania. Nadzoruj wyniki projektu i pożądane rezultaty, na przykład korzystanie z obiektów lub zmiany praktyki.
- Regularnie weryfikuj systemy, aby gromadzić tylko pożyteczne informacje i zapewnić aktualne dane kontekstowe (na przykład działanie lokalnego rynku, zmiana bezpieczeństwa).

Obowiązki organizacyjne

2.6 Zobowiązania programowe są zgodne z możliwościami organizacyjnymi.

- Wytyczne odzwierciedlają istotność stosowania uzgodnionych standardów jakości technicznej dla pomocy humanitarnej, a także poszerzania wiedzy w wybranych obszarach interwencji.
- Uwzględnij warunki, zgodnie z którymi organizacja może być zmuszona do świadczenia usług poza daną dziedziną specjalizacji, dopóki inni nie będą mogli się włączyć.

2.7 Zobowiązania w zakresie wytycznych zapewniają:

a. systematyczne, obiektywne i bieżące nadzorowanie oraz ocenę działań i ich skutków;

b. stosowanie dowodów pochodzących z obserwacji i ewaluacji w celu dostosowania oraz poprawy programów;

c. podejmowanie decyzji na czas i właściwe przydzielanie zasobów.

Wytyczne

Eliminacja ograniczeń i tworzenie realistycznych programów: Kiedy organizacja nie ma dostępu do populacji lub nie spełnia określonych potrzeb, ma obowiązek przekierować te potrzeby do właściwych podmiotów (m.in. podmiotów rządowych i pozarządowych) ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 3*.

W ramach planowania interwencyjnego przed wystąpieniem kryzysu korzystaj z prognoz oraz systemów wczesnego ostrzegania, aby pomóc społecznościom, władzom i agencjom szybko reagować w razie potrzeby. Pozwoli to także osobom dotkniętym chronić swoje aktywa zanim dojdzie do zagrożenia ich życia oraz środków do życia.

Opracuj procedury podejmowania decyzji, które będą wystarczająco elastyczne, aby móc uwzględnić nowe informacje wynikające z bieżących ocen. W obrębie organizacji deleguj decyzje i zasoby jak najbliżej miejsca realizacji projektu.

Dokumentuj decyzje i procesy podejmowania decyzji w celu zachowania przejrzystości. Opieraj procesy na konsultacjach, konstruktywnym uczestnictwie i koordynacji z innymi ⊕ *patrz: Zobowiązanie 6*.

Nadzorowanie działań, danych wyjściowych i efektów: Obserwacja zapewnia informacje potrzebne do wprowadzenia zmian w projekcie, weryfikuje stosowanie kryteriów selekcji i potwierdza, czy pomoc dociera do najbardziej potrzebujących. Dokumentuj wszelkie zmiany w programie, które wynikają z obserwacji oraz ustanów systemy nadzoru, które angażują i polegają na osobach poszkodowanych oraz kluczowych interesariuszach ⊕ *patrz: Zobowiązanie 7.*

W miarę możliwości, korzystaj ze wskaźników z obserwacji obejmujących wszystkie obszary reagowania.

Podejmowanie decyzji na szczeblu organizacji: Obowiązki i procedury związane z podejmowaniem decyzji w obrębie organizacji muszą być jasno zdefiniowane oraz uświadomione i muszą uwzględniać następujące kwestie: kto jest odpowiedzialny, z kim będą prowadzone konsultacje oraz jakie informacje są potrzebne w trakcie podejmowania decyzji.

Wytyczne, procedury i systemy organizacyjne: Organizacje powinny dokumentować, w jaki sposób akcja humanitarna poprawia rezultaty, stosując systematyczny i rygorystyczny nadzór oraz ewaluację. Wykaż, w jaki sposób dane z obserwacji i ewaluacji są wykorzystywane w celu dostosowania programów, wytycznych i strategii, wzmocnienia gotowości oraz poprawy wydajności w odpowiednim czasie ⊕ *patrz: Zobowiązanie 7.* Może to być np. fundusz reagowania kryzysowego lub zdolność do szybkiego pozyskania lub rozmieszczenia wykwalifikowanego personelu, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Zobowiązanie 3

Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem nie odczuwają negatywnych skutków i są bardziej przygotowane, odporne oraz mniej narażone na ryzyko w wyniku akcji humanitarnej.

Kryterium jakości

Pomoc humanitarna wzmacnia lokalne możliwości i eliminuje negatywne skutki.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że w wyniku akcji humanitarnej są lepiej przygotowane na to, by radzić sobie z przyszłymi wstrząsami oraz sytuacjami stresowymi.
2. Lokalne władze, liderzy i organizacje odpowiedzialne za reagowanie na kryzys uważają, że ich możliwości uległy poprawie.
3. Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem, w tym osoby szczególnie narażone i znajdujące się na marginesie społecznym, nie stwierdzają negatywnych skutków będących wynikiem akcji humanitarnej.

Kluczowe działania

3.1 Zadbaj, aby podstawą programów były lokalne możliwości i pracuj nad poprawą odporności społeczności oraz osób dotkniętych kryzysem.

- Projektuj usługi (na przykład zarządzanie suszą oraz konstrukcje odporne na powodzie, huragany lub trzęsienia ziemi), które ograniczają skutki zagrożeń.
- Wspieraj inicjatywy samopomocowe i działania wspomagające gotowość społeczności.

3.2 Wytyczaj kierunek działań na podstawie wyników istniejących ocen ryzyka i zagrożeń oraz planów gotowości dotyczących społeczności.

- Zrozum i zajmij się potrzebami oraz możliwościami różnych grup, które są narażone na różne poziomy ryzyka.

3.3 Umożliw rozwój lokalnego przywództwa i organizacji pełniących pierwszoplanowe role w sytuacji reagowania na wypadek przyszłych kryzysów, podejmując kroki zapewniające właściwą reprezentację grup znajdujących się w trudnej sytuacji lub na marginesie społecznym.

- Współpracuj z władzami gminnymi i samorządami w możliwie największym stopniu.
- Przekonuj, aby podmioty lokalne traktować jako równorzędnych partnerów i aby miały autonomię w zakresie projektowania i/lub prowadzenia działań humanitarnych.
- Wspieraj inicjatywy lokalnych grup i organizacji, postrzegając je jako platformę do nauki oraz budowania potencjału w celu wzmocnienia szybkiego reagowania w przypadku przyszłych kryzysów.
- W miarę możliwości zamiast pracowników z zagranicy zatrudniaj pracowników miejscowych i krajowych, biorąc pod uwagę różnorodność wśród populacji.

3.4 Planuj strategię przejściową lub strategię wyjścia na wczesnych etapach programu humanitarnego, która przyniesie pozytywne skutki w dłuższej perspektywie oraz ograniczy ryzyko uzależnienia.

- Zapewnij wsparcie celem wzmocnienia istniejących systemów rządowych i społecznych zamiast ustanawiania inicjatyw równoległych, które nie będą trwały dłużej niż działanie humanitarne.

3.5 Zaprojektuj i wdróż programy promujące wczesne usuwanie skutków klęski i przynoszące korzyści gospodarce lokalnej.

- Podejmij kroki na rzecz odbudowy usług społecznych, edukacji, rynków, mechanizmów transferu i szans na pozyskanie środków do życia, które uwzględniają potrzeby grup szczególnie narażonych.
- Analizując, które formy pomocy (gotówka, bony czy pomoc rzeczowa) przyniosą najlepszy możliwy wynik, w pełni rozważ warunki rynkowe.
- W miarę możliwości kupuj towary i usługi lokalnie.
- W możliwie największym stopniu niweluj negatywne reperkusje dla rynku.

3.6 Określ potencjalne lub realne, niezamierzone, negatywne skutki i podejmuj działania w sposób terminowy oraz systematyczny, w szczególności w takich obszarach jak:

a. bezpieczeństwo, poszanowanie godności i prawa człowieka;
b. wyzyskiwanie i przemoc seksualna ze strony personelu;
c. kultura, płeć oraz stosunki społeczne i polityczne;
d. środki do życia;
e. lokalna gospodarka; oraz
f. środowisko.

Obowiązki organizacyjne

3.7 Wytyczne, strategie i wskazówki służą:

a. zapobieganiu negatywnym skutkom programów, takim jak np. wyzyskiwanie, przemoc czy dyskryminacja ze strony personelu wobec społeczności i osób dotkniętych kryzysem; oraz
b. wzmocnieniu lokalnych możliwości.

3.8 Są wdrożone systemy zapewniające zabezpieczenie wszelkich informacji osobowych zbieranych od dotkniętych kryzysem społeczności i osób, które mogłyby narazić je na ryzyko.

- Ustanów jasne i zrozumiałe wytyczne w zakresie ochrony danych, np. elektroniczne systemy rejestracji i dystrybucji.
- Poinformuj beneficjentów pomocy o ich prawach związanych z ochroną danych, w jaki sposób mogą mieć wgląd w dane osobowe przechowywane przez organizacje oraz jak zgłaszać obawy dotyczące nadużyć informacji.

Wytyczne

Odporność społeczności i przywództwo lokalne: Społeczności, organizacje i władze lokalne podejmują w sytuacji kryzysu pierwsze kroki i mają dogłębną wiedzę na temat sytuacji oraz konkretnych potrzeb. Podmioty lokalne powinny być równorzędnymi partnerami oraz mieć autonomię w zakresie projektowania lub prowadzenia działań. Takie podejście wymaga zobowiązania ze strony międzynarodowych i lokalnych agencji do dostosowania swoich metod pracy oraz zaangażowania się w otwarty dialog i konstruktywną krytykę. Należy korzystać z lokalnej infrastruktury finansowej lub usług, kiedy to możliwe, zamiast tworzyć nowe systemy równoległe.

Strategia przejściowa i wyjścia: We współpracy z władzami i dotkniętą populacją jak najszybciej zaprojektuj usługi, które będą kontynuowane po zakończeniu programu kryzysowego (na przykład wprowadź mechanizmy zwrotu kosztów, stosuj dostępne lokalnie materiały lub wzmacniaj miejscowe możliwości zarządzania).

Negatywne skutki i zasada „nie szkodzić": Wysoka wartość zasobów pomocy i mocna pozycja pracowników humanitarnych może prowadzić do wyzyskiwania oraz przemocy, współzawodnictwa, konfliktu i nadużywania bądź sprzeniewierzenia pomocy. Pomoc może osłabić źródła utrzymania i systemy rynkowe, prowadzić do

konfliktu dotyczącego zasobów oraz wzmocnienia nierównych stosunków władzy między różnymi grupami. Przewiduj tego rodzaju potencjalne skutki negatywne, nadzoruj i podejmuj działania, by zapobiec im, jeśli to możliwe.

Miej świadomość praktyk kulturowych, które mogą mieć negatywne skutki dla niektórych grup. Przykłady: stronnicze nastawienie wobec dziewcząt, chłopców lub wybranych kast; nierówne możliwości kształcenia dla dziewcząt; odmowa szczepień; inne formy dyskryminacji lub traktowania preferencyjnego.

Bezpieczne i elastyczne mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych oraz rozpatrywania skarg mogą zmniejszyć występowanie przypadków nadużyć i niewłaściwego wykorzystania. Personel powinien przyjmować sugestie oraz zażalenia i zachęcać do ich zgłaszania. Personel powinien być przeszkolony w zakresie zachowywania poufności oraz przekazywania informacji wrażliwych, na przykład ujawniania przypadków wyzyskiwania i nadużyć.

Wyzyskiwanie i przemoc seksualna ze strony personelu: Wszyscy pracownicy wspólnie ponoszą odpowiedzialność za zapobieganie występowaniu wyzyskiwania i przemocy. Pracownicy są zobowiązani zgłaszać wszelkie nadużycia, które podejrzewają lub obserwują, zarówno w obrębie własnej organizacji, jak i na zewnątrz. Zwróć uwagę, że dzieci (w szczególności dziewczęta) są często bardzo podatne, a wytyczne powinny wyraźnie chronić dzieci przed wyzyskiwaniem i przemocą ⊕ *patrz: Zobowiązanie 5*.

Kwestie dotyczące środowiska: Pomoc humanitarna może powodować degradację środowiska (na przykład erozję gleby, zubożenie lub zanieczyszczenie wód gruntowych, przełowienie ryb, generowanie odpadów i wylesienie). Degradacja środowiska może zwiększyć kryzys lub stopień podatności oraz obniżyć odporność ludności na wstrząsy.

Środki zmniejszające degradację środowiska to np. dolesianie, gromadzenie wody deszczowej, skuteczne wykorzystanie zasobów, a także etyczne wytyczne i praktyki pozyskiwania. Poważne prace budowlane należy wykonywać wyłącznie po przeprowadzeniu oceny wpływu na środowisko ⊕ *patrz: Zobowiązanie 9*.

Wytyczne organizacyjne służące zapobieganiu negatywnym skutkom i wzmocnieniu lokalnych możliwości: Zachęca się organizacje, aby miały jasno udokumentowaną politykę i system zarządzania ryzykiem. Organizacje pozarządowe (NGO), które systematycznie nie rozwiązują kwestii nieetycznych zachowań lub korupcji za pomocą własnych zasad oraz procedur antykorupcyjnych bądź poprzez podejmowanie działań zbiorowych wspólnie z innymi organizacjami pozarządowymi, zwiększają ryzyko występowania korupcji wśród innych podmiotów.

Wytyczne i procedury powinny odzwierciedlać zobowiązanie na rzecz ochrony osób szczególnie narażonych oraz precyzować sposoby zapobiegania przypadkom nadużywania władzy i ich badania. Dokładne praktyki rekrutacji, przesiewania i zatrudniania mogą pomóc ograniczyć ryzyko niewłaściwego zachowania personelu, a kodeksy postępowania powinny wyraźnie wskazywać, jakie praktyki są zabronione. Pracownicy powinni formalnie wyrazić zgodę na przestrzeganie tych kodeksów oraz być świadomi grożących im sankcji w przypadku niewywiązywania się z tego obowiązku ⊕ *patrz: Zobowiązanie 8*.

Zabezpieczanie informacji osobowych: Wszystkie informacje osobowe zbierane od osób indywidualnych i społeczności muszą być traktowane jako poufne. Ma to szczególne znaczenie w przypadku posługiwania się danymi dotyczących ochrony, zgłoszonych naruszeń, skarg dotyczących przemocy lub wyzyskiwania oraz przemocy uwarunkowanej płcią. Niezbędne są systemy zapewniające poufność celem zapobiegania dalszym szkodom ⊕ *patrz: Zasady Ochrony* oraz *Zobowiązania 5 i 7*.

Coraz szersze korzystanie z elektronicznych systemów rejestracji oraz dystrybucji w przypadku pomocy humanitarnej zwiększa potrzebę ustanowienia jasnych i zrozumiałych wytycznych w zakresie ochrony danych. Niezbędne są umowy zobowiązujące strony trzecie, na przykład banki i organizacje komercyjne, do zabezpieczania informacji. Równie ważne jest zapewnienie jasnych wskazówek w kwestii gromadzenia, przechowywania, wykorzystywania oraz niszczenia danych, które będą zgodne z międzynarodowymi standardami i lokalnymi przepisami o ochronie danych. Należy wprowadzić systemy mające na celu zmniejszenie ryzyka utraty danych. Dane, które nie są już potrzebne, należy niszczyć.

Zobowiązanie 4

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem znają swoje prawa oraz uprawnienia, mają dostęp do informacji i uczestniczą w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą.

Kryterium jakości

Podstawą pomocy humanitarnej jest komunikacja, partycypacja oraz informacja zwrotna.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem są świadome swoich praw i uprawnień.
2. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że mają dostęp do przejrzystych i odpowiednich informacji we właściwym czasie, także do informacji na temat kwestii, które mogą je narazić na dalsze ryzyko.
3. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem są zadowolone z możliwości wpływania na sposoby reagowania, do jakich mają dostęp.
4. Wszyscy pracownicy są przeszkoleni oraz otrzymali wytyczne w zakresie praw przysługujących ludności dotkniętej.

Kluczowe działania

4.1 Przekazuj społecznościom i osobom dotkniętym kryzysem informacje na temat organizacji, zasad, jakich ona przestrzega, oczekiwań wobec własnych pracowników, wdrażanych przez nią programów oraz zakładanych efektów tych programów.

- Traktuj informacje jako kluczowy element ochrony. Nie mając dokładnych informacji na temat pomocy i przysługujących praw, ludzie mogą się stać podatni na wyzyskiwanie oraz przemoc ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1*.

- Komunikuj ludziom w jasny sposób, jakich zachowań można oczekiwać od pracowników humanitarnych i w jaki sposób mogą złożyć skargę, jeśli nie są zadowoleni.

4.2 W komunikacji używaj języków, formatów i środków przekazu, które są łatwo zrozumiałe, wyrażają szacunek i są właściwe pod względem kulturowym, biorąc pod uwagę różnych członków społeczności, przede wszystkim grupy szczególnie narażone i zmarginalizowane.

- Wykorzystuj istniejące systemy komunikacji i konsultuj z ludźmi ich preferencje odnośnie do komunikacji. Weź pod uwagę wymagania dotyczące zachowania prywatności w przypadku różnych formatów i środków przekazu.
- Zadbaj, aby technologie komunikacyjne, zarówno te nowe, jak i starsze, były stosowane w sposób skuteczny i bezpieczny.

4.3 Zadbaj, aby reprezentacja była inkluzywna oraz obejmowała uczestnictwo i zaangażowanie społeczności i osób dotkniętych kryzysem na wszystkich etapach pracy.

- Poświęć uwagę grupom lub osobom, które w przeszłości były wyłączone z procesów władzy i podejmowania decyzji. Systematycznie analizuj etyczne sposoby utrzymywania relacji z tymi osobami i grupami, aby zapewnić poszanowanie godności oraz uniknąć narastania stygmatyzacji.
- Zwróć uwagę na zachowanie równowagi między bezpośrednią partycypacją społeczności a pośrednią reprezentacją poprzez wybranych przedstawicieli na różnych etapach działań humanitarnych.

4.4 Zachęcaj i ułatwiaj społecznościom i osobom dotkniętym kryzysem przekazywanie informacji zwrotnych na temat poziomu satysfakcji z jakości oraz skuteczności otrzymywanej pomocy, uwzględniając w szczególności płeć, wiek i różnorodność osób udzielających informacji zwrotnych.

- Przeszkol pracowników odnośnie pozyskiwania oraz utrzymywania zaufania, sposobów reagowania na pozytywne i negatywne informacje zwrotne oraz obserwacji reakcji różnych członków społeczności na sposób świadczenia usług.
- Włącz zbieranie informacji zwrotnych do szerszego kontekstu wśród organizacji lub sektorów, aby mieć możliwość weryfikacji i analizowania informacji zwrotnych oraz podejmowania działań na ich podstawie.
- Udostępnij społeczności odpowiedzi na informacje zwrotne.

Obowiązki organizacyjne

4.5 Wytyczne w zakresie udostępniania informacji są wdrożone oraz promują kulturę otwartej komunikacji.

- Zdefiniuj i udokumentuj procedury udostępniania informacji.
- Dokładaj starań, aby udostępniać różnym interesariuszom w sposób otwarty informacje organizacji na temat sukcesów i porażek celem promowania kultury otwartości oraz odpowiedzialności w całym systemie.

4.6 Wdrożone są wytyczne dotyczące angażowania społeczności i osób dotkniętych kryzysem odzwierciedlające priorytety i zagrożenia, na które wskazują na wszystkich etapach pracy.

- Określ, w jaki sposób pracownicy są szkoleni i zachęcani do wspierania zaangażowania społeczności i podejmowania decyzji, słuchaj różnorodnych społeczności, do których należą osoby poszkodowane, oraz zarządzaj informacjami zwrotnymi.
- Opracuj wytyczne oraz strategie ułatwiające tworzenie przestrzeni i możliwości czasowych dla potrzeb dialogu społecznego, podejmowania decyzji oraz samopomocy.

4.7 Komunikacja zewnętrzna, także ta służąca pozyskiwaniu środków, jest dokładna, etyczna oraz pełna szacunku i przedstawia społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem jako traktowane z godnością istoty ludzkie.

- Informacje udostępniaj zgodnie z oceną ryzyka. Weź pod uwagę potencjalne szkody dla populacji przy udostępnianiu takich informacji jak wypłaty gotówkowe lub charakterystyka mieszkańców poszczególnych osiedli, które mogą narazić społeczność na ryzyko ataku.
- Zachowaj ostrożność przy wykorzystywaniu historii lub zdjęć, które opisują i przedstawiają osoby poszkodowane, ponieważ w przypadku nieuzyskania ich zgody może to stanowić naruszenie ich prywatności oraz niezachowanie poufności ⊕ *patrz Zasada Ochrony 1.*

Wytyczne

Udostępnianie informacji społecznościom: Udostępnianie dokładnych, aktualnych, zrozumiałych oraz przystępnych informacji wzmacnia zaufanie, zwiększa stopień partycypacji i przyczynia się do poprawy skuteczności projektu. Ma to kluczowe znaczenie dla zachowania przejrzystości. Udostępnianie danych finansowych społecznościom może zwiększyć efektywność pod względem kosztów oraz pomóc społecznościom rozpoznać i ujawnić stratę lub oszustwo.

Jeśli organizacja nie udostępnia osobom, którym zamierza pomagać, informacji w sposób właściwy, mogą z tego wyniknąć nieporozumienia i opóźnienia, niestosowne projekty, które marnotrawią zasoby, a także negatywne postrzeganie samej organizacji. Może to wywołać złość, frustrację i brak poczucia bezpieczeństwa.

Skuteczna, bezpieczna i zrozumiała komunikacja sprzyjająca włączeniu społecznemu: Różne grupy mają różne potrzeby dotyczące komunikacji i informacji, a także ich źródeł. Mogą potrzebować czasu, aby porozmawiać między sobą w bezpiecznych warunkach, żeby omówić informacje i ich implikacje.

Świadoma zgoda: Miej świadomość, że niektóre osoby mogą wyrazić zgodę mimo braku pełnego zrozumienia implikacji. O ile nie jest to rozwiązanie idealne, na początku konieczne może okazać się założenie pewnego poziomu zgody i partycypacji zgodnie z wyrażoną chęcią uczestniczenia w działaniach projektu, obserwacją, wiedzą, dokumentami prawnymi itd. (na przykład porozumienia umowne ze społecznością ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1.*

Partycypacja i zaangażowanie: Konsultuj się z dotkniętą ludnością oraz lokalnymi instytucjami już na wczesnym etapie reagowania, aby wykorzystać istniejącą wiedzę i zbudować pozytywne relacje oparte na szacunku. Wczesne konsultacje mogą okazać się lepszym wykorzystaniem czasu niż późniejsze naprawianie niewłaściwych decyzji. Na wczesnych etapach ostrej reakcji konsultacje mogą być możliwe tylko z udziałem ograniczonej liczby osób dotkniętych. Z czasem będą się pojawiać dalsze możliwości, aby w podejmowanie decyzji angażować więcej osób i grup.

Miej świadomość, że w niektórych sytuacjach konfliktowych zachęcanie do grupowych rozmów oraz podejmowania decyzji może być postrzegane jako forma organizowania struktury politycznej i może przynieść szkodę społeczności lokalnej. Rozważ różne metody wspierające zaangażowanie społeczności w system informacji zwrotnych, jak na przykład wykorzystanie społecznych kart wyników.

Informacje zwrotne: Formalne informacje zwrotne można uzyskiwać przy użyciu konkretnych ocen (z wykorzystaniem dyskusji grupowych lub wywiadów), obserwacji po dystrybucji lub ankiet. Z kolei nieformalne informacje zwrotne otrzymywane podczas codziennych interakcji należy na bieżąco wykorzystywać do pogłębienia zaufania i doskonalenia programów. Zwracaj się o informacje zwrotne na temat tego, czy kobiety, mężczyźni, dziewczęta i chłopcy czują się szanowani oraz usatysfakcjonowani swoim wpływem na podejmowanie decyzji. Ludzie mogą być zadowoleni z otrzymywanej pomocy, lecz mogą nie być usatysfakcjonowani swoim wpływem na podejmowanie decyzji.

Mogą się obawiać, że negatywne informacje zwrotne będą miały niekorzystne skutki. Krytyka interwencji humanitarnej może być nieakceptowalna także z powodów kulturowych. Poszukuj różnych metod przekazywania nieformalnych i formalnych informacji zwrotnych, także sposobów udzielania informacji zwrotnych z zachowaniem poufności.

Zaprojektuj mechanizmy informacji zwrotnych wspólnie z innymi agencjami i zadbaj, aby były łatwo dostępne dla wszystkich osób. Powinny one być odrębne od mechanizmów rozpatrywania skarg, które dotyczą poważnych naruszeń praktyki lub zachowań ⊕ *patrz: Zobowiązanie 5*, chociaż w praktyce zwykle bywa tak, że rodzaje otrzymanych informacji zwrotnych i skarg często się na siebie nakładają. Przyjmuj i odnoś się do otrzymywanych informacji zwrotnych, a tam, gdzie właściwe, dostosuj program. Wprowadź mechanizmy informacji zwrotnych do systemów nadzoru i ewaluacji w organizacji.

Promowanie kultury otwartej komunikacji: Organizacje powinny zadeklarować publicznie (na swoich stronach internetowych lub w materiałach promocyjnych, które są dostępne dla poszkodowanej ludności) wszelkie szczególne interesy, jak na przykład tożsamość polityczna lub religijna. Dzięki temu interesariusze będą mogli łatwiej zrozumieć charakter organizacji oraz jej prawdopodobne powiązania i wytyczne.

Zobowiązanie organizacji do partycypacji i słuchania społeczności: Polityka w zakresie płci i różnorodności może pomóc w promowaniu wartości oraz zobowiązań organizacji, jak również wskazać konkretne przykłady oczekiwanego sposobu zachowania. Informacje zwrotne od osób poszkodowanych należy uwzględniać także przy opracowywaniu strategii i programu.

Ograniczanie informacji, poufność i nieujawnianie: Nie wszystkie informacje można lub trzeba udostępniać wszystkim interesariuszom. Rozważ, w jaki sposób gromadzenie informacji umożliwiających identyfikację grup (demografia) lub osób może prowadzić do lub zwiększyć ich podatność bądź tworzyć nowe zagrożenia ⊕ *patrz: Zasady Ochrony*.

Etyczne podejście do komunikacji zewnętrznej: Materiały i zdjęcia dotyczące pozyskiwania środków wyjęte z kontekstu mogą często być mylące i mogą zwiększać ryzyko związane z ochroną. Procedury i wytyczne dotyczące komunikacji zewnętrznej powinny być dostępne dla wszystkich pracowników – mogą przyczynić się do zagwarantowania sytuacji, w której nie będą popełniane błędy.

Informacje dołączone do zdjęć i zawarte w historiach absolutnie nie mogą umożliwiać identyfikacji domu lub społeczności przedstawionych w nich osób (w szczególności dzieci). Podczas robienia zdjęć należy wyłączyć opcję geotagowania.

Zobowiązanie 5

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mają dostęp do bezpiecznych i wrażliwych mechanizmów rozpatrywania skarg.

Kryterium jakości

Skargi są mile widziane i rozpatrywane.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem, łącznie z grupami szczególnie narażonymi i marginalizowanymi, są poinformowane o mechanizmach rozpatrywania skarg, które są dla nich opracowane.
2. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że mechanizmy reagowania na skargi są łatwo dostępne, skuteczne, poufne i bezpieczne.
3. Skargi są rozpatrywane, rozwiązywane, a wyniki postępowania są przekazywane osobie wnoszącej skargę we wskazanym terminie.

Kluczowe działania

5.1 Konsultuj ze społecznościami oraz osobami dotkniętymi kryzysem opracowanie, wdrożenie i nadzorowanie procedur zgłaszania skarg.

- Dokonuj dezagregacji według płci, wieku i niepełnosprawności, ponieważ te kryteria mogą mieć wpływ na opinie ludzi dotyczące dostępu do mechanizmów rozpatrywania skarg oraz towarzyszących im przeszkód.
- Uzgodnij sposób składania skarg, przyczyny, dla których osoby bądź pracownicy mogą nie złożyć skargi oraz w jaki sposób chcą otrzymać odpowiedź na złożoną skargę. Rozważ, w jaki sposób skargi będą rejestrowane i śledzone oraz w jaki sposób wnioski z nich płynące będą uwzględniane w przyszłym planowaniu.
- Zbadaj wspólne mechanizmy rozpatrywania skarg z innymi agencjami, partnerami i wykonawcami zewnętrznymi.
- Zapewnij przeszkolenie personelu w zakresie mechanizmu zgłaszania skarg.

5.2 Przyjmuj z życzliwością i akceptuj skargi oraz informuj, jak można korzystać z mechanizmu i jakie rodzaje spraw mogą być rozpatrywane.

- Rozważ przeprowadzenie kampanii informacyjnej celem zwiększenia świadomości na temat systemu i procedur, w trakcie której ludzie będą mogli zadać dodatkowe pytania na temat ich działania.

5.3 Zarządzaj skargami w sposób terminowy, sprawiedliwy i właściwy, dbając o to, aby bezpieczeństwo osoby wnoszącej skargę i osób poszkodowanych było traktowane priorytetowo na wszystkich etapach.

- Każdą skargę rozpatruj indywidualnie, nawet jeśli dotyczy podobnych kwestii, co inne skargi.
- Udzielaj odpowiedzi w podanym przedziale czasu. Osoba wnosząca skargę powinna wiedzieć, kiedy może liczyć na odpowiedź.
- Rozważ, czy społeczność może zarządzać lub uczestniczyć w systemie rozpatrywania skarg.

Obowiązki organizacyjne

5.4 Procedura reagowania na skargi społeczności i osób dotkniętych kryzysem jest udokumentowana i wdrożona. Procedura powinna uwzględniać takie obszary jak program pomocy, wyzyskiwanie i przemoc seksualna oraz inne nadużycia uprawnień.

- Rejestruj, w jaki sposób mechanizm rozpatrywania skarg jest zorganizowany, jak również kryteria podejmowania decyzji, wszystkie zgłoszone skargi, jakie odpowiedzi zostały udzielone i w jakim przedziale czasu.
- Zadbaj o to, aby zagwarantować traktowanie informacji na temat skarg poufnie, w ścisłej zgodności z wytycznymi w zakresie ochrony danych.
- Współpracuj z innymi organizacjami w kwestii mechanizmów rozpatrywania skarg, co może okazać się mniej mylące dla społeczności i personelu.

5.5 Ustanowiono kulturę organizacyjną, która zakłada poważne traktowanie skarg oraz ich rozwiązywanie zgodnie ze zdefiniowanymi wytycznymi i procedurami.

- Udostępnij publicznie wytyczne organizacji, które odnoszą się do jej obowiązku dochowania należytej staranności w stosunku do osób, którym zamierza pomagać, jej kodeksów postępowania oraz sposobów ochrony grup potencjalnie podatnych takich jak kobiety, dzieci i osoby niepełnosprawne.
- Stwórz procedury dotyczące postępowania formalnego, które odpowiadają zasadom zachowania poufności, niezależności i szacunku. Prowadź dochodzenia w rzetelny, profesjonalny i terminowy sposób, zgodnie ze standardami prawnymi oraz wymogami lokalnego prawa pracy. Zorganizuj szkolenie dla wyznaczonych kierowników w zakresie prowadzenia dochodzeń i postępowania w przypadku wykroczeń pracowników lub zapewnij im dostęp do specjalistycznych porad.
- Wprowadź procedurę składania skarg i politykę zgłaszania naruszeń, która będzie służyć do rozpatrywania zażaleń personelu, i poinformuj o niej pracowników.

5.6 Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem są w pełni świadome oczekiwanego zachowania pracowników humanitarnych, w tym także zobowiązań organizacji dotyczących zapobiegania wyzyskiwaniu i przemocy seksualnej.

- Objaśnij społecznościom i pracownikom procedurę rozpatrywania skarg. Uwzględnij mechanizmy dotyczące kwestii wrażliwych (na przykład odnoszących się do korupcji, wyzyskiwania i przemocy seksualnej, rażących wykroczeń lub nieprawidłowych praktyk) oraz informacji niechronionych (na przykład problemy ze stosowaniem kryteriów selekcji).

5.7 Skargi, które nie wchodzą w zakres kompetencji organizacji są przekazywane odpowiedniemu podmiotowi w sposób zgodny z dobrą praktyką.

- Uściślij wytyczne, według których skargi mieszczą się w zakresie odpowiedzialności organizacji oraz kiedy i jak przekierowywać je do innych dostawców usług.

Wytyczne

Projektowanie mechanizmu rozpatrywania skarg: Przed podjęciem decyzji w sprawie najlepszego sposobu interakcji ze społecznościami należy wcześniej ocenić dynamikę społeczną i dynamikę władzy. Zwracaj uwagę na potrzeby osób starszych, kobiet i dziewcząt, chłopców i mężczyzn, osób z niepełnosprawnościami oraz innych osób, które mogą być marginalizowane. Zadbaj, aby mogły mieć wpływ na projektowanie i wdrożenie systemów rozpatrywania skarg.

Podnoszenie świadomości na temat składania skarg: Potrzebne będą zasoby i czas, aby zapewnić, że osoby poszkodowane wiedzą, jakich usług, postaw i zachowań personelu mogą oczekiwać od organizacji humanitarnych. Powinny też wiedzieć, co zrobić i gdzie złożyć skargę, jeżeli organizacja humanitarna nie wywiązuje się z tych zobowiązań.

Mechanizm należy odpowiednio zaprojektować, aby zapewnić, że ludzie zawsze mają możliwość złożenia skargi w sposób poufny i bez obawy o odwet.

Miarkuj oczekiwania, ponieważ społeczności mogą wierzyć, że proces zgłaszania skarg jest w stanie rozwiązać ich wszystkie problemy. To z kolei może wywołać frustrację i rozczarowanie w przypadku, gdy oczekiwane zmiany są poza kontrolą agencji.

Zarządzanie skargami: Wyjaśnij dokładnie osobie wnoszącej skargę, kiedy skarga wykracza poza zakres kontroli i odpowiedzialności organizacji. W miarę możliwości oraz w porozumieniu z osobą wnoszącą skargę przekaż jej skargę do właściwej organizacji. Współpracuj z innymi agencjami i sektorami, aby zapewnić skuteczne działanie w tym zakresie.

Zarzuty dotyczące wyzyskiwania i przemocy seksualnej ze strony pracowników humanitarnych powinny być badane wyłącznie przez odpowiednio przeszkolony personel.

Osoby wnoszące skargi powinny być kierowane po dodatkowe wsparcie i usługi (na przykład pomoc w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołecznego, lub inne usługi opieki zdrowotnej) zgodnie z własnym życzeniem oraz w sposób poufny.

Anonimowe lub złośliwe skargi stanowią istotny problem, ponieważ ich źródło jest nieznane. Mogą być sygnałem ostrzegawczym dla organizacji świadczącym o tym, że jest niezadowolenie, a w ramach działań następczych konieczne będzie zbadanie, czy występuje nieuwzględniona wcześniej przyczyna skargi.

Ochrona osób wnoszących skargi: Zachowaj ostrożność przy podejmowaniu decyzji o tym, kto w organizacji musi mieć dostęp do danych informacji. Osoby zgłaszające nadużycia seksualne mogą spotkać się ze stygmatyzacją społeczną i prawdziwym niebezpieczeństwem ze strony prześladowców oraz własnych rodzin. Zaprojektuj mechanizm, który zapewnia poufne traktowanie skarg. Należy wprowadzić politykę zgłaszania skarg przez pracowników, aby chronić personel, który sygnalizuje problemy dotyczące programu lub zachowania współpracowników.

Polityka w zakresie ochrony danych powinna określać, jak długo należy przechowywać określone rodzaje informacji, zgodnie z odpowiednimi przepisami dotyczącymi ochrony danych.

Proces rozwiązywania skarg: Zadbaj o to, aby zarówno personel organizacji, jak i społeczności, którym udziela pomocy, miały możliwość zgłaszania skarg. Takie skargi mogą być postrzegane jako szansa usprawnienia organizacji i jej pracy. Skargi mogą sygnalizować wpływ oraz stosowność interwencji, potencjalne ryzyka i podatności oraz stopień zadowolenia ludzi ze świadczonych usług.

Wyzyskiwanie i przemoc seksualna (WPS) wobec osób dotkniętych kryzysem: Organizacja i jej kadra kierownicza ponoszą odpowiedzialność za zapewnienie wdrożenia mechanizmów rozpatrywania skarg, które będą bezpieczne, przejrzyste, łatwo dostępne i poufne. W stosownych przypadkach organizacje powinny rozważyć dodanie oświadczeń dotyczących współpracy przy dochodzeniach prowadzonych w przypadkach WPS w swoich umowach partnerskich.

Kultura organizacyjna: Kierownicy oraz pracownicy wyższego szczebla powinni kształtować i promować kulturę wzajemnego poszanowania między wszystkimi pracownikami, partnerami, wolontariuszami oraz osobami dotkniętymi przez kryzys. Ich wsparcie w zakresie wdrożenia mechanizmów rozpatrywania skarg społeczności ma kluczowe znaczenie. Personel powinien wiedzieć, w jaki sposób rozpatrywać skargi lub zarzuty dotyczące przemocy. W przypadku działań przestępczych lub naruszenia prawa międzynarodowego personel powinien wiedzieć, jak kontaktować się z właściwymi władzami. Organizacje współdziałające z partnerami powinny uzgodnić sposób zgłaszania i rozpatrywania skarg (łącznie ze skargami wzajemnymi).

Zachowanie pracowników i kodeksy postępowania: Organizacje powinny mieć kodeks postępowania dla pracowników, który został zatwierdzony przez kadrę zarządzającą i jest ujawniony publicznie. Polityka ochrony dzieci powinna obowiązywać wszystkich pracowników i partnerów – należy także zapewnić szkolenia wstępne oraz warsztaty na temat oczekiwanych standardów zachowania. Personel powinien znać i rozumieć konsekwencje naruszeń kodeksu postępowania
⊕ *patrz: Zobowiązania 3 i 8.*

Zobowiązanie 6

Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem otrzymują skoordynowaną i komplementarną pomoc.

Kryterium jakości

Pomoc humanitarna jest skoordynowana i komplementarna.

Wskaźniki wykonania

1. Organizacje minimalizują luki oraz nakładające się kwestie wskazane przez poszkodowane społeczności i partnerów w ramach skoordynowanych działań.
2. Organizacje udzielające pomocy – łącznie z organizacjami lokalnymi – udostępniają stosowne informacje za pośrednictwem formalnych i nieformalnych mechanizmów koordynacji.
3. Organizacje koordynują przeprowadzanie ocen dotyczących potrzeb, niesienie pomocy humanitarnej i koordynowanie wdrażania pomocy.
4. Lokalne organizacje zgłaszają odpowiednią partycypację i reprezentację w mechanizmach koordynacji.

Kluczowe działania

6.1 Określ role, obowiązki, możliwości i zainteresowania różnych interesariuszy.

- Rozważ podjęcie współpracy celem optymalizacji możliwości społeczności, rządów państw przyjmujących, darczyńców, sektora prywatnego oraz organizacji humanitarnych (lokalnych, krajowych i międzynarodowych) w połączeniu z różnorodnymi kompetencjami i wiedzą.
- Zaproponuj i kieruj wspólnymi ocenami, szkoleniami oraz ewaluacjami wśród organizacji i innych interesariuszy, aby wypracować bardziej spójne podejście.

6.2 Zadbaj, aby pomoc humanitarna stanowiła uzupełnienie działań podejmowanych przez władze lokalne i krajowe oraz inne organizacje humanitarne.

- Miej na uwadze, że ostatecznie to rząd kraju przyjmującego odpowiada za ogólne planowanie i koordynację działań. Organizacje humanitarne powinny odgrywać kluczową rolę we wspieraniu funkcji państwa w zakresie reagowania i koordynacji.

6.3 Uczestnicz we właściwych organach koordynacyjnych i współpracuj z innymi podmiotami, aby zminimalizować oczekiwania wobec społeczności i zwiększyć w możliwym zakresie zasięg oraz usługi zapewniane w ramach szerszej pomocy humanitarnej.

- Promuj stosowanie i przestrzeganie uznanych standardów jakości oraz stosownych wytycznych poprzez działania koordynacyjne. Wykorzystuj organy koordynacyjne do umieszczenia standardów humanitarnych w szerszym kontekście, w szczególności wskaźników, aby zapewnić wspólny nadzór i ewaluację działań oraz całościowego wysiłku pomocnego.

- Ustal zakres działań i zobowiązań oraz ewentualnych obszarów, które nakładają się z pozostałymi organami koordynacyjnymi, a także w jaki sposób te kwestie będą zarządzane, na przykład w odniesieniu do odpowiedzialności, płci czy koordynacji ochrony.

6.4 Udostępniaj niezbędne informacje partnerom, grupom koordynacyjnym i innym stosownym podmiotom za pośrednictwem odpowiednich kanałów komunikacji.

- Przestrzegaj zasady posługiwania się lokalnymi językami podczas spotkań i w innych formach komunikacji. Analizuj bariery w komunikacji, aby lokalni interesariusze mogli w niej uczestniczyć.
- Komunikuj się w przejrzysty sposób i unikaj żargonu oraz kolokwializmów, w szczególności kiedy uczestnicy nie posługują się tym samym językiem.
- Zatrudniaj tłumaczy ustnych i pisemnych, jeśli zajdzie taka potrzeba.
- Zwróć uwagę, aby miejsca spotkań umożliwiały uczestnictwo lokalnych podmiotów.
- Współpracuj z sieciami lokalnych organizacji społecznych, aby zapewnić uwzględnienie udziału ich członków.

Obowiązki organizacyjne

6.5 Wytyczne i strategie zawierają wyraźne zobowiązanie w kwestii koordynacji oraz współpracy z innymi, łącznie z władzami krajowymi i lokalnymi, bez uszczerbku dla zasad humanitarnych.

- Włącz koordynację do wytycznych organizacyjnych i strategii pozyskiwania. Organizacja powinna przedstawić oświadczenie odnośnie do tego, jak współpracuje z partnerami, władzami kraju przyjmującego oraz innymi organizacjami humanitarnymi bądź podmiotami niebędącymi takimi organizacjami.
- Pracownicy reprezentujący agencje na spotkaniach koordynacyjnych powinni mieć odpowiednie informacje, umiejętności oraz uprawnienia, aby mogli brać udział w planowaniu i podejmowaniu decyzji. Wyraźnie wskaż w opisach stanowisk pracy obowiązki w zakresie koordynacji.

6.6 Współpraca z partnerami odbywa się zgodnie z przejrzystymi i spójnymi porozumieniami, które szanują kompetencje, obowiązki, niezależność poszczególnych partnerów oraz uwzględniają ich ograniczenia i zobowiązania.

- Lokalne i krajowe organizacje uczestniczą lub współpracują z partnerami, kierując się wspólnym zrozumieniem kompetencji organizacyjnych każdej z nich, jak również wzajemnych ról i obowiązków w celu zapewnienia skutecznego i odpowiedzialnego działania.

Wytyczne

Współpraca z sektorem prywatnym: Sektor prywatny może przynieść organizacjom humanitarnym skuteczność komercyjną, dodatkową wiedzę fachową i zasoby. Konieczna jest przynajmniej wymiana informacji, aby uniknąć duplikowania oraz promować dobrą praktykę w obszarze pomocy humanitarnej. Zadbaj,

aby współpracujące firmy zobowiązały się przestrzegać podstawowych praw człowieka, a także że nie miały historii wzmacniania nierówności lub dyskryminujących praktyk. Partnerstwa z sektorem prywatnym powinny przynosić wymierne korzyści osobom, dotkniętym kryzysem, mając jednocześnie na względzie, że podmioty sektora prywatnego mogą mieć swoje własne, dodatkowe cele.

Koordynacja cywilno-wojskowa: Organizacje humanitarne muszą zachować wyraźną odrębność od wojska, aby uniknąć faktycznych lub pozornych powiązań z programem działań politycznych lub wojskowych, co mogłoby niekorzystnie wpłynąć na bezstronność, niezależność oraz wiarygodność agencji, jak również bezpieczeństwo i dostęp do ludności dotkniętej.

Wojsko posiada szczególną wiedzę i zasoby, w tym dotyczące bezpieczeństwa, logistyki, transportu oraz komunikacji. Jednakże wszelkie powiązania z wojskiem muszą służyć organizacjom humanitarnym i być przez nie nadzorowane oraz odbywać się zgodnie z zatwierdzonymi wytycznymi ⊕ *patrz: Czym jest Sfera? Karta Humanitarna* i *Zasady Ochrony*. Niektóre organizacje będą prowadzić minimalny dialog w celu zapewnienia wydajności operacyjnej, a inne mogą tworzyć silniejsze więzy.

Trzy kluczowe elementy koordynacji cywilno-wojskowej to udostępnianie informacji, planowanie i podział zadań. Dialog powinien się odbywać przez cały czas, w każdym kontekście i na wszystkich poziomach.

Pomoc uzupełniająca: Lokalne organizacje, miejscowe władze i sieci społeczne mają znaczące doświadczenie dotyczącego danego kontekstu. Mogą potrzebować wsparcia w ponownym umocnieniu się w następstwie skutków kryzysu i powinny być zaangażowane oraz reprezentowane przy koordynacji wysiłków pomocowych.

Jeżeli władze są stroną konfliktu, podmioty udzielające pomocy humanitarnej powinny kierować się własnym osądem w kwestii niezależności władz, stawiając interesy ludności dotkniętej w centrum swoich procesów podejmowania decyzji.

Koordynacja: Międzysektorowa koordynacja pozwala reagować na potrzeby ludzi w sposób holistyczny, a nie jednostkowy. Na przykład koordynacja w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego musi przebiegać wśród takich sektorów jak zdrowie, ochrona oraz edukacja i może być prowadzona przez techniczną grupę roboczą, w skład której wchodzą specjaliści z tych dziedzin.

Liderzy koordynacji mają obowiązek zadbać, aby spotkania i wymiana wiedzy były dobrze zarządzane, skuteczne i ukierunkowane na wyniki. Lokalne podmioty mogą nie uczestniczyć w mechanizmach koordynacji, jeśli te będą wydawały się istotne tylko dla międzynarodowych agencji z powodu języka lub lokalizacji. Niezbędne mogą być krajowe i regionalne mechanizmy koordynacji, które powinny mieć jasno określone linie raportowania.

Uczestniczenie w mechanizmach koordynacji przed wystąpieniem klęski żywiołowej pozwala nawiązać relacje oraz wzmacnia koordynację w trakcie trwania działań pomocowych. Powiąż struktury koordynacji w nagłych sytuacjach z długoterminowymi planami rozwoju i organami organizacyjnymi tam, gdzie istnieją.

Międzynarodowe mechanizmy międzyagencyjne dotyczące koordynacji sytuacji nagłych powinny wspierać krajowe mechanizmy koordynacji. W przypadku pomocy udzielanej uchodźcom należy opierać się na mechanizmie koordynacji odnoszącym się do uchodźców stosowanym prze UNHCR.

Wymiana informacji (łącznie z informacjami finansowymi): między różnorodnymi interesariuszami i różnymi mechanizmami koordynacji zwiększa szansę na określenie luk albo duplikacji występujących w programach.

Współpraca z partnerami: Mogą istnieć różne rodzaje uzgodnień z partnerami, od czysto umownych po wspólne podejmowanie decyzji i wspólne korzystanie z zasobów. Szanuj kompetencje i wizję organizacji partnerskiej, jak również jej niezależność. Identyfikuj szanse wzajemnego uczenia się i rozwoju. Określ, jakie korzyści z partnerstwa będą odnosić obie strony wraz ze zwiększaniem swojej wiedzy i możliwości oraz zapewnianiem lepszego przygotowania do działania i bardziej zróżnicowanych opcji reagowania.

Długoterminowa współpraca między lokalnymi i krajowymi organizacjami społecznymi a organizacjami międzynarodowymi może pozwolić wszystkim partnerom pogłębić wiedzę i zwiększyć możliwości, jak również zapewnić lepsze przygotowanie do działania oraz bardziej zróżnicowane opcje reagowania.

Zobowiązanie 7

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mogą oczekiwać lepszej pomocy, jako że organizacje uczą się na podstawie doświadczeń i przemyśleń.

Kryterium jakości

Podmioty humanitarne ciągle się uczą i doskonalą.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem z biegiem czasu sygnalizują usprawnienia, jakie można wprowadzić do otrzymywanej pomocy i ochrony.
2. W interwencjach niosących pomoc i służących ochronie wprowadzane są usprawnienia w wyniku wniosków płynących z bieżących działań pomocowych.
3. Zapewniana pomoc i ochrona odzwierciedla wnioski wyciągnięte z innych działań humanitarnych.

Kluczowe działania

7.1 Przy opracowywaniu programów opieraj się na wyciągniętych wnioskach i wcześniejszych doświadczeniach.

- Opracuj systemy nadzoru, które są proste i łatwo dostępne, uwzględniając fakt, że informacje powinny być reprezentatywne dla różnych grup, wyraźnie wskazując, kto skorzystał z poprzednich programów, a kto nie odniósł korzyści.
- Weź pod uwagę zarówno porażki jak i sukcesy.

7.2 Ucz się, wdrażaj innowacje i wprowadzaj zmiany na podstawie obserwacji oraz ewaluacji, a także informacji zwrotnych i skarg.

- Stosuj słuchanie otwarte i inne jakościowe podejścia partycypacyjne. Osoby dotknięte kryzysem są najlepszym źródłem informacji na temat potrzeb i zmian w sytuacji.
- Udostępniaj i omawiaj wyciągnięte wnioski ze społecznościami, pytając, co chciałyby robić inaczej oraz jak wzmocnić ich rolę w podejmowaniu decyzji lub zarządzaniu.

7.3 Udostępniaj wnioski oraz innowacje na użytek wewnętrzny, a także społecznościom i osobom dotkniętym kryzysem oraz innym interesariuszom.

- Przedstawiaj informacje zebrane w ramach obserwacji i ewaluacji w łatwo dostępnym formacie, który umożliwia udostępnianie oraz podejmowanie decyzji ⊕ *patrz Zobowiązanie 4*.
- Określ sposoby wspierające działania związane z uczeniem się, które obejmują cały system.

Obowiązki organizacyjne

7.4 Jest wdrożona polityka w zakresie uczenia się i oceny, oraz są dostępne środki wspierające uczenie się na podstawie doświadczeń i ulepszanie praktyk.

- Organizacje uwzględniają w swoim cyklu uczenia się ocenę efektywności i plan udoskonaleń, które wynikają z mierzalnych i obiektywnych wskaźników.
- Wszyscy pracownicy rozumieją swoje obowiązki związane z obserwacją postępu ich pracy oraz to, w jaki sposób uczenie się może wspomóc ich rozwój zawodowy.

7.5 Są wdrożone mechanizmy umożliwiające rejestrowanie wiedzy i doświadczenia oraz udostępnianie ich w obrębie organizacji.

- Uczenie się organizacji prowadzi do zmian w praktyce (na przykład usprawnienie strategii przeprowadzania ocen, reorganizacja zespołów umożliwiające bardziej spójne reagowanie oraz precyzyjniejsze określenie obowiązków w zakresie podejmowania decyzji.

7.6 Organizacja przyczynia się do nauki i innowacji w działaniach humanitarnych wśród równorzędnych organizacji oraz w ramach sektora.

- Sporządzaj i publikuj raporty na temat działań humanitarnych, uwzględniając kluczowe wnioski oraz rekomendacje dla praktyk wymagających rewizji w przyszłych działaniach.

Wytyczne

Wyciąganie wniosków z doświadczeń: Różne podejścia i metody odpowiadają różnym celom dotyczącym efektywności, uczenia się i odpowiedzialności:

Obserwacja – gromadzenie regularnych zbiorów danych na temat działań i skuteczności projektów może być wykorzystane do korygowania ich przebiegu. Stosuj dane jakościowe i ilościowe do obserwacji oraz ewaluacji; dokonuj

triangulacji danych i prowadź spójne rejestry. Zwróć uwagę na kwestie etyczne dotyczące gromadzenia, zarządzania i raportowania danych. Ustal, jakie dane są gromadzone oraz jak są one prezentowane w oparciu o zamierzone zastosowanie i użytkowników tych danych. Nie zbieraj danych, które nie będą analizowane ani wykorzystywane.

Weryfikacje w czasie rzeczywistym – prowadzenie jednorazowych ocen, w których biorą udział osoby pracujące przy projekcie – mogą być wykorzystane do korekty przebiegu programu.

Informacje zwrotne – opinie otrzymane od osób poszkodowanych, niekoniecznie od struktur, mogą być wykorzystane do skorygowania przebiegu programu. Osoby dotknięte kryzysem są najlepszymi ekspertami w kwestii zmian dotyczących ich życia.

Weryfikacje po zakończeniu działań – jednorazowe działania angażujące osoby pracujące przy projekcie, które mają miejsce po zakończeniu projektu. Dzięki temu określa się, które elementy będą utrzymane, a które zostaną zmienione w przyszłych projektach.

Ewaluacje – formalne działania zmierzające do obiektywnego ustalenia wartości działania, projektu, programu, prowadzone zazwyczaj przez osoby spoza projektu; mogą odbywać się na bieżąco (aby umożliwić korygowanie przebiegu) lub po zakończeniu projektu, żeby wyciągnąć wnioski na temat podobnych sytuacji oraz dostarczyć informacje dla potrzeb polityki organizacji.

Badania – obejmują prowadzenie systematycznych badań dotyczących szczegółowych pytań odnoszących się do działań humanitarnych, których ogólnym założeniem jest dostarczenie informacji na potrzeby polityki organizacji.

Innowacja: Reakcja na kryzys często przyczynia się do rozwoju innowacji wraz z dostosowywaniem się ludzi i organizacji do zmieniających się sytuacji. Osoby dotknięte kryzysem wprowadzają innowacje w miarę przystosowania się do własnych zmieniających się okoliczności; mogą skorzystać ze wsparcia, które umożliwia im udział w procesach innowacji i rozwoju w bardziej systematyczny sposób.

Współpraca i wymiana wniosków: Wspólne uczenie się z innymi organizacjami, organami rządowymi oraz pozarządowymi, a także instytucjami akademickimi jest obowiązkiem zawodowym i może wnosić nowe perspektywy oraz pomysły, jak również maksymalizować wykorzystanie ograniczonych zasobów. Współpraca pomaga także zmniejszyć obciążenie związane z ewaluacjami powtarzanymi w tej samej społeczności.

Ćwiczenia umożliwiające wzajemne uczenie są stosowane przez różnorodne organizacje i mogą być wykorzystywane w celu nadzorowania postępu na bieżąco lub jako narzędzie w procesie refleksji po zakończonym kryzysie.

Sieci i społeczności związane z praktyką (np. akademie) mogą tworzyć możliwości dla wzajemnego uczenia się od grup równorzędnych, zarówno w terenie, jak i weryfikacji podsumowujących działanie oraz na forach sprzyjających nauce. Może to stanowić istotny wkład w praktykę organizacji i uczenie się w obrębie całego

systemu. Wymiana informacji na temat wyzwań oraz sukcesów między równorzędnymi podmiotami może pomóc podmiotom zajmującym się pomocą humanitarną w identyfikacji ryzyka i unikaniu błędów w przyszłości.

Szczególnie przydatne mogą być materiały dowodowe dostępne w różnych sektorach. Poznawanie i przeglądanie materiałów dowodowych między organizacjami ma większe szanse przyczynić się do zmiany organizacyjnej niż wnioski wyciągnięte tylko w ramach jednej organizacji.

Nadzór prowadzony przez osoby dotknięte kryzysem może zwiększyć przejrzystość i jakość, a także zachęcić do przyjęcia odpowiedzialności za informacje.

Polityka w zakresie ewaluacji i uczenia się: Kluczowe wnioski, które zostały rozpoznane jako punkty do poprawy, nie zawsze są traktowane w sposób systematyczny – nie można ich uznać za wyciągnięte, dopóki nie przyniosą wyraźnych zmian w obecnych lub przyszłych działaniach.

Zarządzanie wiedzą i uczenie się organizacji: Zarządzanie wiedzą wiąże się z gromadzeniem, rozwijaniem, udostępnianiem, przechowywaniem i efektywnym korzystaniem z wiedzy organizacyjnej oraz wniosków wyciąganych przez organizację. Pracownicy długoterminowi często odgrywają kluczową rolę w pielęgnowaniu lokalnej wiedzy i relacji. Uczenie się powinno obejmować swoim zasięgiem także podmioty krajowe, regionalne i lokalne oraz pomóc im opracować lub uaktualnić ich własne plany gotowości na wypadek sytuacji kryzysowej.

Zobowiązanie 8

Społeczności i osoby dotknięte kryzysem otrzymują niezbędną pomoc od kompetentnych oraz dobrze kierowanych pracowników i wolontariuszy.

Kryterium jakości

Pracownicy mają wsparcie pozwalające skutecznie wykonywać pracę, są także traktowani w równy i sprawiedliwy sposób.

Wskaźniki wykonania

1. Wszyscy pracownicy uważają, że organizacja zapewnia im odpowiednie wsparcie, aby mogli wykonywać swoją pracę.
2. Pracownicy osiągają cele dotyczące wyników pracy w zadowalającym stopniu.
3. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem oceniają pracowników, aby wykazywali się efektywnością pod względem posiadanej wiedzy, umiejętności, zachowania oraz postaw.
4. Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem są świadome kodeksów postępowania dla organizacji humanitarnych i wiedzą jak zgłaszać obawy dotyczące naruszeń.

Kluczowe działania

8.1 Pracownicy wykonują pracę zgodnie z mandatem i wartościami organizacji, a także uzgodnionymi celami i standardami wydajności pracy.

- W zależności od rodzaju pełnionego stanowiska lub hierarchii służbowej pracowników zastosowanie mogą mieć różne warunki i zasady. Krajowe prawo pracy często dyktuje status jednostki i musi być przestrzegane. Wszyscy pracownicy muszą być poinformowani o swoim statusie prawnym i organizacyjnym, zarówno krajowym, jak i międzynarodowym.

8.2 Pracownicy przestrzegają wytycznych, które ich obowiązują, oraz rozumieją konsekwencje związane z ich nieprzestrzeganiem.

- Konieczność zapewnienia wprowadzenia i szkoleń w zakresie kompetencji organizacji, jej zasad oraz kodeksów postępowania ma zastosowanie we wszystkich sytuacjach, łącznie z szybkim uruchamianiem pomocy lub rozszerzaniem działań.

8.3 Pracownicy rozwijają i wykorzystują kompetencje indywidualne, techniczne oraz kierownicze, aby wykonywać swoje zadania i zrozumieć, jak organizacja może im w tym pomóc.

- Możliwości formalnego rozwoju pracowników mogą być ograniczone w pierwszej fazie reagowania, lecz kierownicy powinni przynajmniej zapewnić im szkolenie wprowadzające i stanowiskowe.

Obowiązki organizacyjne

8.4 Organizacja ma możliwości oraz potencjał kierowniczy i pracowniczy, aby realizować swoje programy.

- Zatrudniaj osoby, które zwiększą dostępność usług i unikaj jakichkolwiek posądzeń o dyskryminację z uwagi na język, pochodzenie etniczne, płeć, niepełnosprawność i wiek.
- Rozważ z wyprzedzeniem, w jaki sposób organizacja rozwiąże kwestie skoków zapotrzebowania na wykwalifikowany personel. Uściślij role i obowiązki na poziomie krajowym, a także wewnętrzne uprawnienia do podejmowania decyzji oraz komunikację.
- Unikaj przydzielania pracowników na krótkie okresy, co prowadzi do wysokiej fluktuacji pracowników, zaburza ciągłość i jakość programu oraz może prowadzić do unikania przez pracowników przyjęcia osobistej odpowiedzialności za przydzielone zadania.
- Wprowadź etyczne praktyki rekrutacyjne, aby uniknąć podważenia kompetencji lokalnych NGO.
- Rozwijaj pracowników zatrudnionych lokalnie, którzy raczej pozostaną na dłużej. W agencjach, które mają różne obszary kompetencji, pracownicy badawczo-rozwojowi powinni być przeszkoleni oraz dostępni do niesienia pomocy humanitarnej.

8.5 Wytyczne i procedury dotyczące zatrudnienia pracowników są uczciwe, przejrzyste, niedyskryminujące i zgodne z lokalnym prawem pracy.

- Wytyczne i praktyki organizacyjne promują rolę pracowników krajowych na poziomie kierowniczym i przywódczym, aby zapewnić ciągłość, pamięć

instytucjonalną oraz udzielanie pomocy humanitarnej w sposób bardziej dostosowany do kontekstu.

8.6 Są wdrożone opisy stanowisk pracy, cele związane z pracą i procesy przekazywania informacji zwrotnych, dzięki czemu pracownicy rozumieją, jakie są wobec nich wymagania.

- Opisy stanowisk pracy są dokładne i na bieżąco aktualizowane.
- Pracownicy opracowują indywidualne cele dotyczące aspiracji i kompetencji zawodowych, co jest dokumentowane w planach rozwoju.

8.7 Wprowadzono kodeks postępowania, który ustanawia obowiązek co najmniej niewyzyskiwania, niestosowania przemocy ani innych form dyskryminacji wobec ludzi przez personel.

- Kodeks postępowania organizacji jest zrozumiały, podpisany i przestrzegany, a wszyscy przedstawiciele organizacji (łącznie z pracownikami, wolontariuszami, partnerami i wykonawcami) są świadomi, jakich standardów zachowania się oczekuje oraz jakie będą konsekwencje za naruszenie kodeksu.

8.8 Wprowadzone są wytyczne zapewniające pracownikom możliwość doskonalenia umiejętności i kompetencji.

- Organizacje powinny mieć mechanizmy pozwalające na weryfikację efektywności pracowników, ocenę luk w umiejętnościach i rozwój talentów.

8.9 Wdrożone są wytyczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa i dobrostanu pracowników.

- Agencje dochowują należytej staranności wobec swoich pracowników. Kierownicy uświadamiają pracowników humanitarnych na temat ryzyka oraz chronią ich przed narażaniem się na niepotrzebne zagrożenia zdrowia fizycznego i emocjonalnego.
- Środki, jakie można wprowadzić, to m.in. skuteczne zarządzanie bezpieczeństwem, porady w zakresie profilaktyki zdrowotnej, aktywne wspieranie świadczenia pracy w rozsądnych godzinach oraz dostęp do pomocy psychologicznej.
- Ustanów wytyczne, które wyrażają zero tolerancji dla molestowania i przemocy, łącznie z molestowaniem oraz przemocą seksualną, w miejscu pracy.
- Opracuj holistyczne strategie zapobiegania oraz reagowania w przypadku incydentów molestowania i przemocy na tle seksualnym, w przypadku których ofiarami lub sprawcami są pracownicy.

Wytyczne

Pracownicy i wolontariusze: Każdy wyznaczony przedstawiciel organizacji, łącznie z pracownikami na szczeblu krajowym, międzynarodowym, zatrudnionymi na stałe lub na krótki okres, jak również wolontariuszami i konsultantami, jest uważany za członka personelu.

Organizacje powinny uwrażliwić personel i wolontariuszy na podnoszenie poziomu świadomości na temat grup zmarginalizowanych, a także unikania stygmatyzacji oraz postaw i praktyk nacechowanych dyskryminacją.

Przestrzeganie kompetencji, wartości i wytycznych organizacyjnych: Pracownicy mają pracować zgodnie z ramami prawnymi, misją, wartościami oraz wizją organizacji, które powinny być zdefiniowane i zakomunikowane pracownikom. Poza szerszym zrozumieniem swojej roli i sposobów wykonywania pracy w organizacji pracownik powinien pracować nad osiąganiem indywidualnych celów oraz oczekiwań dotyczących efektywności uzgodnionych ze swoim kierownikiem.

Wytyczne powinny zawierać wyraźne zobowiązania dotyczące równowagi płci w odniesieniu do pracowników i wolontariuszy.

Wytyczne powinny sprzyjać tworzeniu środowiska pracy, które cechuje się otwartością, sprzyja inkluzywności społecznej i jest dostępne dla osób niepełnosprawnych. Może to obejmować: identyfikowanie i eliminowanie barier związanych z dostępnością w miejscu pracy; zabranianie stosowania dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność; promowanie równych możliwości i równego wynagrodzenia za pracę o jednakowej wartości; zapewnianie zasadnych udogodnień w miejscu pracy dla osób niepełnosprawnych.

Zewnętrzni partnerzy, wykonawcy i dostawcy usług także powinni być zaznajomieni z wytycznymi oraz kodeksami postępowania, które ich dotyczą, jak również świadomi konsekwencji związanych z ich nieprzestrzeganiem (na przykład rozwiązanie umów).

Standardy wydajności pracy i rozwój kompetencji: Pracownicy i pracodawcy ponoszą wspólną odpowiedzialność za rozwój umiejętności, łącznie umiejętnościami zarządzania. Dzięki wyraźnym celom oraz standardom wydajności pracy powinni rozumieć, jakie umiejętności, kompetencje i wiedza są konieczne, aby mogli wypełniać obowiązki na zajmowanym stanowisku. Powinni być także uświadomieni na temat możliwości wzrostu i rozwoju, które mogą być dostępne lub konieczne. Kompetencje można doskonalić poprzez doświadczenie, szkolenia, mentoring i coaching.

Dostępne są różne metody oceny umiejętności i zachowań pracownika, np. obserwacja, weryfikacja wydajności pracy, bezpośrednie rozmowy z pracownikami oraz wywiady z ich współpracownikami. Regularnie prowadzone oceny wyników pracy powinny pozwolić kierownikom rozpoznawać obszary wymagające wsparcia i szkolenia.

Możliwości i potencjał pracowników: Systemy zarządzania personelem różnią się w zależności od agencji i kontekstu, lecz ich podstawę powinna stanowić dobra praktyka. Powinny być rozważane i planowane na poziomie strategicznym przy wsparciu kadry zarządzającej. Plany organizacji i projektów muszą uwzględniać możliwości pracowników oraz równowagę płci. Konieczne jest posiadanie właściwej liczby pracowników o odpowiednich umiejętnościach we właściwym miejscu i czasie, aby realizować krótkoterminowe oraz długofalowe cele organizacyjne.

Organizacje powinny dbać, aby pracownicy mieli kompetencje umożliwiające słuchanie społeczności, podejmowanie decyzji oraz działań. Pracownicy powinny być przeszkoleni w zakresie stosowania standardowych procedur operacyjnych, co daje większy zakres delegowania i pozwala na szybsze reagowanie.

Planowane weryfikacje wydajności pracy muszą być odpowiednio elastyczne, żeby obejmowały zarówno pracowników krótkoterminowych jak i osoby pracujące na umowach na czas nieokreślony. Należytą uwagę powinno się poświęcić

takim kompetencjom, jak słuchanie, umożliwianie włączenia społecznego, przeprowadzanie dialogu ze społecznością oraz podejmowanie decyzji i inicjatyw w obrębie społeczności. Organizacje partnerskie powinny uzgodnić kompetencje wymagane od pracowników, dzięki którym mogą wywiązywać się z uzgodnionych zobowiązań.

Wytyczne i procedury dla pracowników: Styl oraz złożoność wytycznych i procedur dla pracowników zależy od wielkości oraz kontekstu każdej agencji. Niezależnie od tego, na ile prosta lub złożona jest agencja, pracownicy powinni w miarę możliwości uczestniczyć w opracowywaniu i weryfikacji wytycznych, aby zagwarantować uwzględnienie ich poglądów. Podręcznik pracownika przekazuje wiedzę i informację na temat wytycznych oraz konsekwencji ich nieprzestrzegania.

Instruktaż pracowników: Każdy pracownik powinien określić indywidualne cele, które dotyczą jego aspiracji zawodowych a także kompetencji, jakie zamierza rozwijać, a następnie udokumentować je w planie rozwoju.

Skuteczne reagowanie polega nie tylko na zapewnieniu dostępności wykwalifikowanego personelu, lecz zależy również od sposobu zarządzania indywidualnymi pracownikami. Badania przeprowadzone na podstawie przypadków nagłych pokazują, że efektywne zarządzanie, zasady ramowe i procedury są tak samo ważne, o ile nie ważniejsze od umiejętności personelu, żeby zapewnić skuteczne reagowanie.

Bezpieczeństwo i dobrostan: Pracownicy często pracują przez wiele godzin w niebezpiecznych i stresujących warunkach. Dochowanie należytej staranności przez agencję w stosunku do jej krajowych i międzynarodowych pracowników wiąże się z podejmowaniem działań na rzecz dobrej kondycji psychofizycznej oraz unikania długotrwałego wyczerpania, wypalenia, urazów lub chorób.

Kierownicy mogą promować zachowanie należytej staranności poprzez modelowanie dobrej praktyki i dbałość o przestrzeganie wytycznych. Pracownicy humanitarni muszą również wziąć osobistą odpowiedzialność za dbanie o swoje samopoczucie. Pierwsza pomoc psychologiczna powinna być niezwłocznie dostępna dla pracowników, którzy uczestniczyli w bardzo stresujących sytuacjach lub byli ich świadkami.

Przeszkol pracowników w zakresie otrzymywania informacji o incydentach przemocy seksualnej z udziałem ich współpracowników. Zapewnij dostęp do rzetelnych postępowań dochodzeniowych oraz środków odstraszających, które wspierają zaufanie i odpowiedzialność. W przypadku występowania incydentów kieruj się dobrem osób, które je przeżyły, jeżeli chodzi o wsparcie medyczne i psychospołeczne, co oznacza także uznanie przeżywania cudzej traumy. Wsparcie powinno oferować pomoc oraz uwzględniać potrzeby pracowników krajowych i zagranicznych.

Specjalista ds. zdrowia psychicznego, właściwy pod względem kulturowym i językowym, powinien skontaktować się ze wszystkimi krajowymi oraz zagranicznymi pracownikami i wolontariuszami w przeciągu jednego do trzech miesięcy po przeżyciu potencjalnie traumatycznego zdarzenia. Specjalista powinien zbadać osobę, której to się zdarzyło i w stosownym przypadku skierować na leczenie kliniczne.

Zobowiązanie 9

Społeczności oraz osoby dotknięte kryzysem mogą oczekiwać, że organizacje udzielające im pomocy będą zarządzać zasobami w skuteczny, wydajny i etyczny sposób.

Kryterium jakości

Zasoby są zarządzane i wykorzystywane w sposób odpowiedzialny oraz zgodnie z ich przeznaczeniem.

Wskaźniki wykonania

1. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem są świadome budżetów, wydatków oraz wyników dotyczących ich społeczności.
2. Społeczności i osoby dotknięte kryzysem uważają, że dostępne zasoby są wykorzystywane:
   a. zgodnie z zamierzonym celem;
   b. bez wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem ani marnotrawstwa.
3. Zasoby pozyskane na cele związane z działaniem humanitarnym są wykorzystywane oraz nadzorowane zgodnie z ustalonymi planami, celami, budżetami i ramami czasowymi.
4. Pomoc humanitarna jest udzielana w sposób efektywny kosztowo.

Kluczowe działania

9.1 Zaprojektuj programy i wdróż procesy zapewniające wydajne wykorzystywanie zasobów, które polega na osiągnięciu równowagi pomiędzy jakością, kosztami i terminowością w każdej fazie działania humanitarnego.

- W przypadku nagłych kryzysów dostosowuj procedury w celu zapewnienia szybszego podejmowania decyzji na temat finansów i radzenia sobie z problemami (na przykład brak dostępnych dostawców, żeby przeprowadzić konkurencyjne przetargi).

9.2 Zarządzaj zasobami i wykorzystuj je w sposób zgodny z przeznaczeniem, minimalizując straty.

- Zapewnij pracowników mających określone umiejętności oraz systemy umożliwiające zarządzanie ryzykiem związanym z zaopatrzeniem, pomocą pieniężną i zarządzaniem zapasami.

9.3 Nadzoruj i zgłaszaj wydatki zgodnie z budżetem.

- Wprowadź systemy planowania i nadzorowania finansów, aby zagwarantować osiąganie celów programu, łącznie z procedurami ograniczania ryzyka związanego z kluczowymi zagadnieniami zarządzania finansami.
- Rejestruj wszystkie transakcje finansowe.

9.4 Korzystając z zasobów lokalnych i naturalnych, rozważ ich wpływ na środowisko naturalne.

- Przeprowadź szybką ocenę oddziaływania na środowisko, aby określić ryzyko i jak najszybciej wprowadzić środki ograniczające do działania lub programu humanitarnego.

9.5 Zarządzaj ryzykiem wystąpienia korupcji i podejmij odpowiednie kroki, jeśli zostanie zidentyfikowane.

- Dokumentuj kryteria finansowania i źródła pozyskiwania finansowania. Stosuj zasadę otwartości i przejrzystości w odniesieniu do informacji dotyczących projektu.
- Zachęcaj interesariuszy do zgłaszania nadużyć dotyczących uprawnień.

Obowiązki organizacyjne

9.6 Są wdrożone wytyczne i procedury regulujące wykorzystywanie zasobów i zarządzanie nimi, łącznie z tym, w jaki sposób organizacja:

a. przyjmuje i przydziela fundusze oraz darowizny rzeczowe w sposób etyczny i zgodnie z prawem,
b. wykorzystuje swoje zasoby w sposób odpowiedzialny wobec środowiska naturalnego,
c. zapobiega i zwalcza takie kwestie jak korupcja, oszustwa, konflikty interesów i sprzeniewierzanie zasobów,
d. przeprowadza audyty, weryfikuje zgodność i prowadzi przejrzystą sprawozdawczość,
e. na bieżąco ocenia, zarządza i ogranicza ryzyko,
f. dba, aby przyjmowanie zasobów nie zagrażało jej niezależności.

Wytyczne

Efektywne wykorzystywanie zasobów: Pojęcie „zasoby" odnosi się do nakładów, jakie organizacja musi zapewnić dla swojej misji. Są to przede wszystkim fundusze, personel, towary, sprzęt, czas, grunty i środowisko.

Poważnym kryzysom o kluczowym znaczeniu często towarzyszy presja, aby reagować szybko i udowodnić, że agencje cokolwiek robią w reakcji na sytuację. Takie podejście może prowadzić do niewłaściwego planowania projektu i kładzenia niewystarczającego nacisku na zbadanie różnych potencjalnych opcji dotyczących programu oraz finansowania (na przykład wykorzystanie pomocy pieniężnej), które mogą umożliwić lepsze wykorzystanie środków. Jednakże zwiększone ryzyko wystąpienia korupcji w takich sytuacjach oznacza, że ważne jest zapewnienie pracownikom szkoleń i wsparcia oraz wprowadzenie mechanizmów rozpatrywania skarg, aby zapobiegać korupcji w obrębie systemów ⊕ *patrz: Zobowiązanie 3 i 5*.

Uruchomienie w takiej chwili doświadczonych i starszych pracowników może pomóc złagodzić ryzyko oraz uzyskać równowagę między niesieniem pomocy na czas, utrzymaniem standardów i ograniczeniem marnotrawstwa.

Współpraca i koordynacja między organizacjami (oraz społecznościami) także może przyczynić się do bardziej skutecznego reagowania (na przykład przeprowadzając wspólne oceny lub ewaluacje i wspierając międzyagencyjne systemy rejestracji i logistyki).

Po zakończeniu projektu pozostałe aktywa i zasoby trzeba będzie przekazać jako darowiznę, sprzedać lub zwrócić w odpowiedzialny sposób.

Wykorzystywanie zasobów zgodnie z ich przeznaczeniem: Wszystkie podmioty humanitarne ponoszą odpowiedzialność zarówno wobec darczyńców, jak i osób poszkodowanych, a także powinny być w stanie wykazać, że zasoby są wykorzystywane mądrze i skutecznie oraz przynoszą korzyści.

Dokumentacja księgowa powinna zarówno spełniać przyjęte standardy krajowe i/lub międzynarodowe, jak i być stosowana systematycznie w całej organizacji.

Oszustwa, korupcja i marnotrawstwo odbierają zasoby przeznaczone dla osób, które najbardziej ich potrzebują. Jednakże interwencji, która nie jest efektywna z powodu niewystarczającej liczby pracowników lub braku zasobów, nie można uznać za odpowiedzialną. Oszczędność nie zawsze oznacza odpowiedni stosunek wartości do ceny. Często należy zachować równowagę pomiędzy oszczędnością, skutecznością i wydajnością.

Nadzorowanie i zgłaszanie wydatków: Wszyscy pracownicy ponoszą wspólną odpowiedzialność za właściwe zarządzanie finansami. Pracowników zachęca się do zgłaszania podejrzewanych oszustw, korupcji bądź sprzeniewierzania środków.

Wpływ na środowisko i wykorzystywanie zasobów naturalnych: Pomoc humanitarna może mieć negatywny wpływ na środowisko naturalne. Może np. generować ogromne ilości odpadów, powodować degradację zasobów naturalnych, przyczyniać się do wyczerpania lub zanieczyszczenia wód gruntowych i wylesiania zasobów leśnych oraz występowania innych zagrożeń dla środowiska. Ekosystemy mają zasadnicze znaczenie dla dobrostanu człowieka i tworzą barierę przed zagrożeniami naturalnymi. Wszelkie oddziaływanie na środowisko naturalne musi być brane pod uwagę jako kwestia międzysektorowa, ponieważ może powodować dalsze i długotrwałe szkody dla życia, zdrowia oraz źródeł utrzymania. Kluczowe znaczenie ma angażowanie osób poszkodowanych w ten proces i uwzględnianie ich obaw. W programie powinno się znaleźć wsparcie dla lokalnego zarządzania zasobami naturalnymi.

Kontrolowanie ryzyka wystąpienia korupcji: Definicja i zrozumienie praktyk korupcyjnych nie są postrzegane w ten sam sposób w różnych kulturach. Fundamentalną kwestią dla przeciwdziałania temu ryzyku jest jasna definicja zachowań oczekiwanych od pracowników (także wolontariuszy) i partnerów ⊕ *Patrz: Zobowiązanie 8*. Podejście pełne szacunku w kontaktach z członkami społeczności oraz wprowadzenie mechanizmów nadzorowania na miejscu i utrzymywanie przejrzystych relacji z interesariuszami może pomóc w ograniczeniu ryzyka wystąpienia korupcji.

Darowizny rzeczowe mogą powodować dylematy natury etycznej. Wręczanie podarunków w wielu kulturach stanowi ważną normę stosunków społecznych, w których odmowa przyjęcia prezentu byłaby uznana za nietakt. Jeżeli przyjęcie podarunku powoduje poczucie wdzięczności, należy grzecznie odmówić. W przypadku przyjęcia takiego podarunku należy to zgłosić oraz porozmawiać z kierownikiem, jeśli obawy nadal istnieją. Ogranicz ryzyko dotyczące niezależności operacyjnej i bezstronności organizacyjnej poprzez wprowadzenie wytycznych dla

pracowników i promowanie przejrzystości. Pracownicy powinni być poinformowani o istniejących wytycznych oraz o możliwych dylematach.

Zasoby naturalne i wpływ na środowisko: Organizacje powinny zobowiązać się do przestrzegania bezpiecznych dla środowiska zasad oraz praktyk (łącznie z planem działania i szybką oceną oddziaływania na środowisko) oraz na podstawie istniejących wytycznych wspomagać rozwiązywanie kwestii środowiskowych w nagłych przypadkach. Polityka ekologicznych zamówień publicznych pomaga ograniczyć oddziaływanie na środowisko, lecz powinna być prowadzona w sposób minimalizujący opóźnienia w niesieniu pomocy.

Korupcja i oszustwa: Do oszustwa zalicza się kradzież, wykorzystanie towarów lub mienia niezgodnie z prawem i fałszowanie dokumentacji, np. wniosków o zwrot kosztów. Każda organizacja musi prowadzić dokładny rejestr transakcji finansowych, aby pokazać, w jaki sposób środki zostały wykorzystane. Ustanów systemy i procedury zapewniające wewnętrzną kontrolę środków finansowych oraz zwalczające oszustwa i korupcję.

Organizacje powinny wspierać uznane dobre praktyki w zakresie zarządzania finansami i sprawozdawczości. Wytyczne organizacyjne powinny także gwarantować solidność i przejrzystość systemów zamówień oraz uwzględniać środki służące zwalczaniu terroryzmu.

Konflikty interesów: Pracownicy mają obowiązek dbać o to, aby nie było konfliktu pomiędzy celami organizacji a ich własnymi interesami lub interesami finansowymi. Nie można np. przyznawać zamówień dostawcom, organizacjom lub osobom fizycznym, jeśli oni sami lub ich rodziny odniosą z tego korzyść finansową.

Istnieją różne formy konfliktów interesów i nie zawsze można się zorientować, że naruszane są kodeksy oraz wytyczne organizacyjne. Np. wykorzystywanie zasobów organizacji bez pozwolenia lub przyjmowanie podarunków od dostawcy może być interpretowane jako konflikt interesów.

Budowanie kultury, w której ludzie czują, że mogą otwarcie omawiać oraz zgłaszać wszelkie potencjalne lub istniejące konflikty interesów ma kluczowe znaczenie dla zarządzania nimi.

Audyty i przejrzystość: Audyty mogą mieć różne formy. Audyty wewnętrzne badają, czy przestrzegane są procedury. Audyty zewnętrzne weryfikują, czy sprawozdania finansowe organizacji są prawdziwe i rzetelne. Dochodzenie przeprowadza się w sytuacji, kiedy organizacja podejrzewa istnienie określonego problemu, zwykle oszustwa.

Załącznik
Pytania pomocnicze dotyczące monitorowania kluczowych działań i obowiązków organizacyjnych

Poniżej przedstawione są pytania pomocnicze dotyczące kluczowych działań i obowiązków organizacyjnych wynikających z Podstawowego Standardu Humanitarnego. Pytania te mogą być pomocne przy tworzeniu programu lub wykorzystywane jako narzędzie do weryfikacji projektu, działania humanitarnego lub wytycznych.

Zobowiązanie 1 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem otrzymują pomoc stosownie do swoich potrzeb.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy w drodze konsultacji przeprowadzono kompleksową ocenę odnośnie do możliwości i potrzeb, która została wykorzystana do planowania działania humanitarnego?
2. Czy przeprowadzono konsultacje z poszkodowanymi osobami i społecznościami, lokalnymi instytucjami oraz innymi interesariuszami (łącznie z reprezentatywną grupą kobiet, mężczyzn, dziewcząt i chłopców) w ramach oceny potrzeb, zagrożeń, możliwości, podatności i kontekstu? Czy dane pochodzące z oceny i monitorowania są poddawane dezagregacji według płci, wieku i niepełnosprawności?
3. W jaki sposób określono grupy narażone na ryzyko?
4. Czy analiza potrzeb i kontekstu uwzględnia odpowiednie zagadnienia przekrojowe?
5. Czy działanie humanitarne zapewnia pomoc w sposób przystosowany do potrzeb i preferencji ludności dotkniętej (np. pomoc rzeczowa, środki pieniężne)? Czy są różne rodzaje pomocy i ochrony dla różnorodnych grup demograficznych?
6. Jakie kroki są podejmowane celem dostosowania strategii działania humanitarnego do różnych grup demograficznych zgodnie ze zmianą potrzeb, możliwości, ryzyka i kontekstu?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy organizacja ma wyraźne zobowiązanie proceduralne na rzecz bezstronnej oraz niezależnej akcji humanitarnej na postawie praw i czy pracownicy są w tej kwestii uświadomieni?
2. Czy stosowni interesariusze postrzegają organizację jako bezstronną, niezależną i niedyskryminującą?

3. Czy procedury robocze uwzględniają mechanizmy zapewniające konsekwentne gromadzenie danych poddanych dezagregacji według płci, wieku, niepełnosprawności i innych ważnych czynników?
4. Czy dane są regularnie wykorzystywane do tworzenia programu i jego wdrożenia?
5. Czy organizacja ma środki finansowe, wytyczne dla pracowników i elastyczność programową umożliwiającą dostosowywanie działania humanitarnego do zmieniających się okoliczności?
6. Czy organizacja przeprowadza systematyczną analizę rynku, aby określić odpowiednie formy pomocy?

Zobowiązanie 2 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mają dostęp do niezbędnej pomocy humanitarnej we właściwym czasie.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy ograniczenia takie jak bariery fizyczne lub dyskryminacja oraz ryzyko są regularnie identyfikowane i analizowane, a plany odpowiednio dostosowywane wspólnie z ludnością dotkniętą?
2. Czy planowanie uwzględnia optymalne przedziały czasu dla działań, biorąc pod uwagę takie kwestie jak pogoda, pora roku, czynniki społeczne, łatwy dostęp czy konflikt?
3. Czy opóźnienia we wdrażaniu planów i działań są nadzorowane i likwidowane?
4. Czy stosuje się systemy wczesnego ostrzegania i plany gotowości?
5. Czy stosuje się uznawane standardy techniczne, i czy są one spełniane?
6. Czy identyfikuje się niezaspokojone potrzeby i czy są one rozwiązywane?
7. Czy wyniki obserwacji są wykorzystywane w celu korekty programów?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są przejrzyste procesy oceniające, czy organizacja ma wystarczające możliwości, środki finansowe i odpowiednio rozmieszczonych pracowników, zanim przyjmie zobowiązania programowe?
2. Czy są przejrzyste wytyczne, procedury i zasoby, które wspomagają nadzorowanie oraz ewaluację i zapewniają stosowanie wyników w zarządzaniu oraz podejmowaniu decyzji? Czy pracownicy je znają?
3. Czy są przejrzyste procedury służące definiowaniu obowiązków i ram czasowych podejmowania decyzji dotyczących przydzielania zasobów?

Zobowiązanie 3 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem nie odczuwają negatywnych skutków i są bardziej przygotowane, odporne i mniej narażone na ryzyko w wyniku akcji humanitarnej.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy określono lokalne zdolności w zakresie odporności (struktury, organizacje, nieformalne grupy, przywódcy i sieci wsparcia) i czy istnieją plany wzmacniania tych zdolności?

2. Czy istniejące informacje dotyczące ryzyka, zagrożeń, podatności i powiązanych planów są uwzględniane w działaniach programowych?
3. Czy program uwzględnia, czy oraz jak usługi mogą być świadczone przez lokalne organizacje społeczne, organy rządowe i podmioty sektora prywatnego? Czy są wprowadzone plany wspierające te podmioty przy przejmowaniu świadczenia stosownych usług?
4. Czy strategie oraz działania zmniejszające ryzyko i wzmacniające odporność zostały opracowane w drodze konsultacji lub zgodnie z wytycznymi poszkodowanych osób oraz społeczności?
5. W jaki sposób (formalny i nieformalny) prowadzone są konsultacje z lokalnymi liderami i/lub władzami, aby zagwarantować, że strategie działania humanitarnego będą zgodne z priorytetami lokalnymi i/lub krajowymi?
6. Czy pracownicy zapewniają wystarczające wsparcie inicjatywom lokalnym, łącznie z inicjatywami samopomocowymi w społecznościach, dotyczące w szczególności grup marginalizowanych i mniejszości, szybkiego reagowania oraz budowania zdolności na potrzeby przyszłego reagowania?
7. Czy działanie humanitarne jest opracowane w sposób umożliwiający wczesną odbudowę?
8. Czy ludność lokalna progresywnie przejmuje odpowiedzialność i procedury podejmowania decyzji?
9. Czy przeprowadzono ocenę rynku w celu określenia potencjalnego wpływu programu na lokalną gospodarkę?
10. Czy opracowano przejrzystą strategię przejścia i/lub wyjścia z kryzysu w drodze konsultacji z osobami poszkodowanymi oraz innymi ważnymi interesariuszami?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są wytyczne, które wymagają przeprowadzenia ocen ryzyka i działań zmniejszających ryzyko dla osób szczególnie narażonych w obszarach dotyczących programu organizacji? Czy pracownicy je znają?
2. Czy są wytyczne oraz procedury dotyczące oceny i łagodzenia negatywnych skutków działania humanitarnego? Czy pracownicy je znają?
3. Czy są wytyczne i procedury dotyczące postępowania w sytuacjach wyzyskiwania, przemocy lub dyskryminacji na tle seksualnym z powodu orientacji seksualnej bądź innych cech? Czy pracownicy je znają?
4. Czy są plany gotowości dotyczące reagowania na nowe lub rozwijające się kryzysy? Czy pracownicy je znają?
5. Czy pracownicy rozumieją, jakie wymagania są im stawiane w takich kwestiach jak ochrona, bezpieczeństwo i ryzyko?
6. Czy organizacja umożliwia i promuje kierowanie działaniami oraz samopomocą przez społeczność?

Zobowiązanie 4 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem znają swoje prawa i uprawnienia, mają dostęp do informacji i uczestniczą w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy informacje dotyczące organizacji oraz działania humanitarnego są przekazywane w sposób dostępny i odpowiedni dla różnych grup dotkniętych?
2. Czy kobiety, mężczyźni, dziewczęta i chłopcy (przede wszystkim osoby marginalizowane oraz szczególnie narażone) zapoznają się z przekazywanymi informacjami i je rozumieją?
3. Czy są uzyskiwane opinie osób poszkodowanych, w tym osób najbardziej podatnych i marginalizowanych, zgodnie z którymi tworzony i wdrażany jest program?
4. Czy wszystkie grupy funkcjonujące w społeczności dotkniętej wiedzą, w jaki sposób przekazywać informacje zwrotne na temat działania humanitarnego i czy czują się bezpiecznie używając tych kanałów?
5. Czy informacje zwrotne są wykorzystywane? Czy program może wskazać punkty, które zostały zmienione na podstawie informacji zwrotnych?
   ⊕ *Patrz: Kluczowe działania 1.3 i 2.5.*
6. Czy zidentyfikowano i usunięto przeszkody w przekazywaniu informacji zwrotnych?
7. Czy dane dostarczane w ramach mechanizmów przekazywania informacji zwrotnych są poddawane dezagregacji według płci, wieku, niepełnosprawności oraz innych ważnych kategorii?
8. Czy w przypadku, gdy pomoc jest przekazywana za pomocą przelewów elektronicznych, ludzie mają dostęp do kanałów informacji zwrotnych nawet jeżeli nie mają bezpośredniego kontaktu z pracownikami?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy wytyczne i plany dotyczące programu zawierają postanowienia regulujące udostępnianie informacji, łącznie z kryteriami określającymi, które informacje można udostępniać, a które nie? Czy pracownicy je znają?
2. Czy wytyczne i plany dotyczące programu zawierają postanowienia regulujące ochronę danych? Czy są kryteria bezpiecznego przechowywania (w zamykanych szafkach w przypadku dokumentacji papierowej i pliki chronione hasłem w przypadku dokumentów elektronicznych), ograniczonego dostępu, niszczenia danych w przypadku ewakuacji oraz protokołów udostępniania informacji? Czy takie protokoły wyszczególniają, jakie informacje mogą być udostępniane, komu i w jakich sytuacjach? Pamiętaj, że informacje mogą być udostępniane wyłącznie w przypadku rzeczywistego zapotrzebowania na te informacje i nie powinny zawierać identyfikowalnych danych ani historii przypadków, jeśli nie jest to konieczne.

3. Czy wytyczne zawierają postanowienia określające, w jaki sposób postępować z informacjami poufnymi lub wrażliwymi bądź informacjami, które potencjalnie mogłyby narazić pracowników lub osoby poszkodowane na ryzyko? Czy pracownicy je znają?
4. Czy istnieją zobowiązania proceduralne na temat sposobu przedstawiania osób poszkodowanych w komunikacji zewnętrznej lub materiałach służących pozyskiwaniu środków? Czy pracownicy je znają?

Zobowiązanie 5 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mają dostęp do bezpiecznych i elastycznych mechanizmów rozpatrywania skarg.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy ze społecznościami i osobami dotkniętymi kryzysem konsultuje się projekt mechanizmów rozpatrywania skarg?
2. Czy w tworzeniu procesów rozpatrywania skarg uwzględnia się preferencje wszystkich grup demograficznych, w szczególności te odnoszące się do bezpieczeństwa i poufności?
3. Czy informacje na temat sposobu funkcjonowania mechanizmów rozpatrywania skarg oraz rodzajów skarg, jakie można składać za ich pośrednictwem, są przekazywane wszystkim grupom demograficznym i są przez nie rozumiane?
4. Czy istnieją uzgodnione ramy czasowe badania oraz rozwiązywania skarg i czy są one przestrzegane? Czy odnotowuje się czas, jaki upływa od momentu złożenia skargi do jej rozwiązania?
5. Czy skargi dotyczące wyzyskiwania, przemocy lub dyskryminacji na tle seksualnym są niezwłocznie badane przez personel mający odpowiednie kompetencje i poziom uprawnień?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są określone wytyczne, budżety i procedury dotyczące rozpatrywania skarg?
2. Czy wszyscy pracownicy otrzymują szkolenie wstępne i przypominające w zakresie wytycznych oraz procedur organizacji dotyczących rozpatrywania skarg?
3. Czy polityka rozpatrywania skarg w organizacji zawiera postanowienia w zakresie wyzyskiwania, przemocy lub dyskryminacji na tle seksualnym?
4. Czy zobowiązanie zawarte w wytycznych organizacji i jej procedury dotyczące zapobiegania wyzyskiwaniu, przemocy lub dyskryminacji na tle seksualnym są udostępniane osobom poszkodowanym?
5. Czy skargi, których organizacja nie może rozpatrzyć, są w odpowiednim czasie przekierowywane do innych stosownych organizacji?

Zobowiązanie 6 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem otrzymują skoordynowaną i komplementarną pomoc.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy informacje na temat kompetencji, zasobów, obszarów geograficznych i sektorów pracy organizacji są uodstępniane na czas innym podmiotom reagującym na kryzys?
2. Czy informacje na temat kompetencji, zasobów, zasięgu geograficznego oraz sektorów pracy innych organizacji, łącznie z władzami lokalnymi i krajowymi, są sprawdzane i wykorzystywane?
3. Czy istniejące struktury koordynacji zostały określone i czy otrzymują one wsparcie?
4. Czy przy tworzeniu, planowaniu i wdrażaniu programów są brane pod uwagę programy innych organizacji i władz?
5. Czy określa się i eliminuje luki i pokrywające się obszary zasięgu?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy jest wyraźne zobowiązanie ujęte w wytycznych i/lub strategiach organizacji odnośnie do działania we współpracy z innymi podmiotami?
2. Czy są ustanowione kryteria lub warunki wyboru partnerów, współpracy i koordynacji?
3. Czy stosowane są formalne porozumienia partnerskie?
4. Czy umowy partnerskie zawierają jasne definicje ról, obowiązków i zobowiązań każdego partnera, łącznie z tym, w jaki sposób każdy partner będzie dążył do wspólnego przestrzegania zasad humanitarnych?

Zobowiązanie 7 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mogą oczekiwać lepszej pomocy, jako że organizacje uczą się na podstawie doświadczeń i przemyśleń.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy ewaluacje i przeglądy działania humanitarnego w podobnych kryzysach są analizowane i uwzględniane, jeśli mają zastosowanie, przy tworzeniu programu?
2. Czy procesy nadzorowania, ewaluacji, udzielania informacji zwrotnych oraz rozpatrywania skarg przyczyniają się do zmian i/lub innowacji w tworzeniu i wdrażaniu programu?
3. Czy wyciągane wnioski są systematycznie dokumentowane?
4. Czy stosowane są określone systemy w celu wymiany wniosków z odpowiednimi interesariuszami, łącznie z osobami poszkodowanymi i partnerami?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są wytyczne i zasoby na potrzeby ewaluacji i uczenia się? Czy pracownicy je znają?
2. Czy są przejrzyste zasady dotyczące rejestrowania i rozpowszechniania wniosków, w tym określone wytyczne dla kryzysów humanitarnych?
3. Czy wnioski są rozpoznawane na poziomie programu, a następnie dokumentowane i udostępniane w obrębie organizacji?
4. Czy organizacja jest aktywnym uczestnikiem forów na temat uczenia się i innowacji? W jaki sposób organizacja wnosi wkład do tych forów?

Zobowiązanie 8 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem otrzymują niezbędną pomoc od kompetentnych i dobrze kierowanych pracowników oraz wolontariuszy.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy nowym pracownikom komunikuje się kompetencje i wartości organizacji?
2. Czy zarządza się wynikami pracy, reaguje na słabe wyniki i docenia dobre wyniki pracy?
3. Czy pracownicy podpisują kodeks podstępowania lub dokument wiążący w podobny sposób? Jeśli tak, czy zrozumienie wytycznych przez pracowników jest wspierane szkoleniami na ten temat oraz na temat innych istotnych wytycznych?
4. Czy składane są skargi dotyczące pracowników lub pracowników partnerów? W jaki sposób są one rozpatrywane?
5. Czy pracownicy mają wiedzę na temat dostępnych możliwości rozwoju kompetencji wymaganych na ich stanowiskach i czy z nich korzystają?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są wprowadzone procedury oceny potrzeb kadrowych w odniesieniu do wielkości i zakresu programu?
2. Czy procedura planowania organizacyjnego przewiduje przyszłe potrzeby przywódcze i rozwój nowych talentów?
3. Czy wytyczne oraz procedury dla pracowników są zgodne z lokalnym prawem pracy i są zgodne z uznaną dobrą praktyką zarządzania personelem?
4. Czy wytyczne w zakresie bezpieczeństwa oraz dobrostanu pracowników obejmują potrzeby praktyczne i psychospołeczne pracowników lokalnych, którzy mogą być bezpośrednio dotknięci przez kryzys?
5. Czy w procesie rekrutacji, szkoleń i ocen pracowników bierze się pod uwagę umiejętności miękkie wspierające zdolność słuchania i uwzględniania informacji zwrotnych od osób dotkniętych kryzysem?
6. Czy wszyscy pracownicy mają aktualne opisy stanowisk i cele dotyczące pracy oraz sprecyzowane obowiązki?
7. Czy struktura wynagrodzeń oraz przywilejów jest sprawiedliwa, przejrzysta i konsekwentnie stosowana?
8. Czy wszyscy pracownicy są przeszkoleni w zakresie zarządzania wynikami pracy, wytycznych oraz procedur dotyczących rozwoju pracowników i mają aktualne informacje na ten temat?

9. Czy wszyscy pracownicy (i wykonawcy) są zobowiązani podpisać kodeks postępowania (który obejmuje zapobieganie wyzyskiwaniu i przemocy seksualnej) oraz przejść stosowne wdrożenie w zakresie kodeksu postępowania?
10. Czy umowa zawarta z dostawcami usług finansowych i podmiotami komercyjnymi zawiera wyraźne oświadczenie/klauzulę/kodeks podstępowania dotyczący przeciwdziałania wykorzystywaniu seksualnemu oraz innym formom wyzyskiwania?
11. Czy organizacja ma specyficzne dla danej lokalizacji wytyczne w zakresie wewnętrznego mechanizmu rozpatrywania skarg? Czy pracownicy je znają?
12. Czy pracownicy rozumieją, dostrzegają i reagują na dyskryminację we własnych programach i działaniach?

Zobowiązanie 9 Społeczności i osoby dotknięte kryzysem mogą oczekiwać, że organizacje udzielające im pomocy będą zarządzać zasobami w skuteczny, wydajny i etyczny sposób.

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania kluczowych działań

1. Czy pracownicy przestrzegają protokołów organizacyjnych przy podejmowaniu decyzji dotyczących wydatków?
2. Czy wydatki są regularnie nadzorowane i czy raporty są udostępniane kadrze zarządzającej programem?
3. Czy towary i usługi są pozyskiwane zgodnie z konkurencyjną procedurą przetargową?
4. Czy potencjalny wpływ na środowisko (woda, gleba, powietrze, bioróżnorodność) jest nadzorowane i czy podejmowane są działania zmierzającego do jego ograniczenia?
5. Czy jest procedura bezpiecznego zgłaszania naruszeń i czy pracownicy, osoby poszkodowane oraz inni interesariusze są jej świadomi?
6. Czy nadzoruje się efektywność kosztową i wpływ społeczny?

Pytania pomocnicze dotyczące nadzorowania obowiązków organizacyjnych

1. Czy są wytyczne i procedury w zakresie etycznych zamówień, wykorzystywania zasobów i zarządzania nimi?
2. Czy zawierają one postanowienia dotyczące:
   - przyjmowania i przydzielania środków?
   - przyjmowania i przydzielania darowizn rzeczowych?
   - łagodzenia i profilaktyki oddziaływania na środowisko?
   - zapobiegania oszustwom, przeciwdziałania podejrzanej i istniejącej korupcji oraz nadużywania zasobów?
   - konfliktów interesów?
   - audytów, weryfikacji i sprawozdawczości?
   - zapewnienia oceny ryzyka i zarządzania ryzykiem?

Źródła i materiały dodatkowe

Dodatkowe materiały dotyczące Podstawowego Standardu Humanitarnego: corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Odpowiedzialność

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimalne Standardy Ochrony Dzieci (MSOD]. Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Complaints Mechanism Handbook [Podręcznik Mechanizmów Rozpatrywania Skarg]. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding SexualExploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel [Wytyczne Dotyczące Ustanowienia Mechanizmów Rozpatrywania Skarg w Społecznościach Dotyczących Wyzyskiwania i Przemocy Seksualnej przez Pracowników ONZ oraz Innych Pracowników]. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataskforce.org

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities [Standardy Objęcia Pomocą Humanitarną Osób Starszych i Osób Niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. Financial Management Essentials: Handbook for NGOs/[Podstawy Zarządzania Finansami: Podręcznik dla NGO]. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Wytyczne i Standardy dla Nagłych Przypadków Dotyczących Żywego Inwentarza]. LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Standardy Minimalne w Zakresie Naprawy Gospodarczej]. SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Standardy Minimalne w Edukacji: Gotowość, Odbudowa i Reakcja]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Standardy Minimalne w Zakresie Analizy Rynku (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice [Odpowiedzialność w Przełożeniu na Praktykę]*. Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.se

Top Tips for Financial Governance [Kluczowe Wskazówki do Zarządzania Finansowego]. Mango, 2013. www.mango.org

Efektywność pracownika organizacji humanitarnej

A Handbook for Measuring HR Effectiveness [Podręcznik Mierzenia Efektywności Zasobów Ludzkich]. CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response [Budowanie Zaufania w Zróżnicowanych Zespołach: Narzędzia do Działań Reagowania Kryzysowego]. ALNAP, 2007.www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) [Ochrona Przed Wyzyskiwaniem i Przemocą Seksualną]. OCHA. https://www.unocha.org

Protection from Sexual Exploitation and Abuse [Ochrona przed Wyzyskiwaniem i Przemocą Seksualną]. CHS Alliance. https://www.chsalliance.org

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle [Przewodnik po Podstawowych Kompetencjach Humanitarnych: Budowanie Potencjału Humanitarnego przez Okres Zatrudnienia Pracownika]. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org

Światowa Organizacja Zdrowia, War Trauma Foundation i World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers [Pierwsza Pomoc Psychologiczna: Przewodnik dla Pracowników Terenowych]. WHO Geneva, 2011.www.who.int

Oceny

Ocena potrzeb humanitarnych: The Good Enough Guide [Przewodnik: odpowiednie przygotowanie]. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual [Podręcznik Wielosektorowej Szybkiej Oceny Wstępnej] (zrewidowany w lipcu 2015). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org

Participatory assessment, in *Participation Handbook for Humanitarian Field Workers [Ocena Uczestnicząca w Podręczniku Uczestnictwa dla Pracowników Terenowych Pomocy Humanitarnej]* (Rozdział 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. http://urd.org

Pomoc pieniężna

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments [Zasady Publiczno-Prywatnej Współpracy przy Płatnościach dla Pomocy Humanitarnej].* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming [Pomoc pieniężna czy rzeczowa? Dlaczego nie jedno i drugie? Wnioski z Analizy Działania Humanitarnego w Programach Wielotorowych]. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies\[Nadzorowanie 4CTP: Wytyczne w sprawie nadzorowania do programów pomocy pieniężnej w nagłych przypadkach].* Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Dzieci

Child Safeguarding Standards and how to implement them [Standardy Ochrony Dzieci i jak je wdrażać]. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Koordynacja

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters [Badanie Możliwości Współpracy w Klastrach Humanitarnych]*. ALNAP, 2015. https://reliefweb.int

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level [Moduł Referencyjny do Koordynacji Klastrów na Szczeblu Krajowym]l. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Projektowanie i działanie humanitarne

The IASC Humanitarian Programme Cycle [Cykl Programów Humanitarnych IASC]. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

Osoby niepełnosprawne

Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Konwencja na temat Praw Osób z Niepełnosprawnościami]. Narody Zjednoczone. https://www.un.org

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions [Grupa Waszyngtońska w Sprawie Statystyk Dotyczących Niepełnosprawności i zestawów pytań na temat niepełnosprawności]. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Środowisko

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability [Środowisko i Akcja Humanitarna: Zwiększanie Efektywności, Zrównoważonego Rozwoju i Odpowiedzialności]. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines [Wytyczne w Sprawie Zagrożeń Środowiskowych], wydanie drugie. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery [Narzędzia szkoleniowe: włączanie środowiska do akcji humanitarnej i wczesnej odbudowy]. UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep.ch

Płeć

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies [Płeć i Wiek Mają Znaczenie: Usprawnianie Pomocy Humanitarnej w Nagłych Przypadkach]*. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action [Kobiety, Dziewczęta, Chłopcy i Mężczyźni: Różne Potrzeby, Równe Szanse, Podręcznik o Roli Płci w Działaniu Humanitarnym]. IASC, 2006. https://interagencystandingcommittee.org

Przemoc uwarunkowana płcią

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery [Wytyczne w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią: Ograniczenie ryzyka, promowanie odporności i wspomaganie powrotu do normalności].. GBV Guidelines, IASC, 2015. http://gbvguidelines.org

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings [Podręcznik Koordynowania Interwencji Wobec Przemocy Uwarunkowanej Płcią w Kontekście Pomoc Humanitarnej]. United Nations, UNICEF, November 2010. https://www.un.org

Pomoc humanitarna zorientowana na dobro człowieka

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts [Zamknięcie Pętli – Efektywne Informacje Zwrotne w Kontekście Pomocy Humanitarnej]*. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers [Podręcznik Uczestnictwa dla Pracowników Terenowych Pomocy Humanitarnej]. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment [Czym jest OPIZ? Wprowadzenie do Oceny Podatności i Zdolności]. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Efektywność, nadzorowanie i ewaluacja

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide [Ocena Wpływu Uczestnictwa: Poradnik Projektowania]*. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. http://fic.tufts.edu

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs [Tworzenie Założeń dla Nauki i Rozwoju Organizacji: Przewodnik dla NGO]*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners [Wykorzystanie Ewaluacji do Zmiany: Spostrzeżenia Praktyków w Dziedzinie Pomocy Humanitarnej]*. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide [Przewodnik do Nadzorowania i Ewaluacji Projektu/Programu]. ALNAP, IRCS, January 2011. https://www.alnap.org

Sphere for Monitoring and Evaluation [Sfera – Nadzór i Ewaluacja]. The Sphere Projekt, March 2015. www.sphereproject.org

Ochrona

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies [Ochrona Ludności – Przewodnik ALNAP dla Agencji Humanitarnych]*. ALNAP, 2005. www.alnap.org

Powrót do normalności

Minimum Economic Recovery Standards [Standardy Minimalne w Zakresie Naprawy Gospodarczej]. SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Odporność

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction [Budowa Odporności: Podręcznik Odporności 2.0 dla Specjalistów i Decydentów Pomocy Humanitarnej w Zakresie Ograniczania Ryzyka Klęski Żywiołowej, Przystosowania do Zmian Klimatycznych i Przeciwdziałania Ubóstwu]. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation [Dążąc do Odporności, Przewodnik Ograniczania Ryzyka Klęski Żywiołowej i Przystosowania do Zmian Klimatycznych]*. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące materiałów dodatkowych są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Odpowiedzialność

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations [Podręcznik Dobrych Praktyk: Zapobieganie Korupcji w Działaniach Humanitarnych]*. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs [Stosunek Jakości do Ceny: Co to Oznacza dla NGO] (dokument informacyjny). Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

Efektywność pracownika organizacji humanitarnej

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report [Centrum Doskonałości – Obowiązek Dochowania Staranności: Podsumowanie Raportu o Projekcie]. CHS Alliance, 2016. https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit [Tablica Wskaźników HR: Zestaw Narzędzi]*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors [Zasoby Ludzkie: Zestaw Narzędzi dla Małych i Średnich Organizacji Non-Profit]*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity [Sprawozdanie: Budowanie Potencjału Personelu]. CHS Alliance, People In Aid, 2011. http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance [Rozwój Przyszłości Pomocy Humanitarnej: Zdolności Lokalne i Partnerstwa w Pomocy w Nagłych Przypadkach]*. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook [Szybki Podręcznik Referencyjny dla Wdrożenia PSEA]. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Projektowanie i działanie humanitarne

Camp Management Toolkit [Narzędzia do Zarządzania Obozami]. Norwegian Refugee Council, 2015. http://cmtoolkit.org/

*IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle [ModułReferencyjnyIASCdoWdrożeniaCykluProgramuHumanitarnego](Wersja2.0).*IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian

Środowisko

Environment and Humanitarian Action [Środowisko a Akcja Humanitarna] (arkusz informacyjny). OCHA and UNEP, 2014.
www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Pomoc humanitarna zorientowana na dobro człowieka

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do [Przewodnik Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca po Angażowaniu Społeczności i Odpowiedzialności: Poprawa Komunikacji, Zaangażowania i Odpowiedzialności we Wszystkim, co Robimy]. IFRC, 2016. http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members [Zestaw Narzędzi do Komunikacji: Praktyczny Poradnik dla Kierowników Programu w Zakresie Poprawy Komunikacji z Uczestnikami i Członkami Społeczności]. Catholic Relief Services, 2013.
www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises [Jak Używać Mediów Społecznościowych do Lepszego Angażowania Osób Dotkniętych Kryzysem]. FRC, 2017. http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/

Infosaid Diagnostic Tools [Narzędzia Diagnostyczne Infosaid]. CDAC Network, 2012.
www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course [Kurs E-learning Infosaid]. CDAC Network, 2015.
www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

Efektywność, nadzorowanie i ewaluacja

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide [Ewaluacja Akcji Humanitarnej: Przewodnik Pilotażowy].* ALNAP, 2013.
www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments [Praktyki Nadzorowania i Odpowiedzialności dla Zdalnie Zarządzanych Projektów Wdrażanych w Zmiennych Środowiskach Operacyjnych].* ALNAP, Tearfund, 2012.
www.alnap.org/resource/7956

Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny

Karta Humanitarna

Zasady Ochrony

Podstawowy Standard Humanitarny

Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH)

Promocja higieny	Zaopatrzenie w wodę	Gospodarowanie odchodami	Zwalczanie wektorów	Gospodarowanie odpadami stałymi	Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH) w ogniskach chorób i placówkach służby zdrowia
Standard 1.1 Promocja higieny	**Standard 2.1** Dostęp i ilość wody	**Standard 3.1** Środowisko wolne od odchodów ludzkich	**Standard 4.1** Zwalczanie wektorów na poziomie osiedla	**Standard 5.1** Środowisko wolne od odpadów stałych	**Standard 6** Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia
Standard 1.2 Identyfikacja, dostęp i korzystanie z artykułów higienicznych	**Standard 2.2** Jakość wody	**Standard 3.2** Dostęp i korzystanie z toalet	**Standard 4.2** Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w celu zwalczania wektorów	**Standard 5.2** Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w celu zapewnienia bezpiecznego gospodarowania odpadami stałymi	
Standard 1.3 Higiena menstruacyjna oraz nietrzymanie moczu i stolca		**Standard 3.3** Zarządzanie i utrzymanie w zakresie odbioru, transportu, usuwania i oczyszczania odchodów		**Standard 5.3** Systemy zarządzania odpadami stałymi na poziomie społeczności	

ZAŁĄCZNIK 1 Lista kontrolna oceny wstępnych potrzeb związanych z zaopatrzeniem w wodę, warunkami sanitarnymi i promocją higieny
ZAŁĄCZNIK 2 Wykres F: Przenoszenie chorób biegunkowych drogą fekalno-oralną
ZAŁĄCZNIK 3 Minimalne ilości wody: wskaźniki zapewniające przeżycie i ustalanie potrzeb w zakresie wody
ZAŁĄCZNIK 4 Minimalna liczba toalet w obrębie: społeczności, w miejscach publicznych i instytucjach
ZAŁĄCZNIK 5 Choroby związane z wodą i warunkami sanitarnymi
ZAŁĄCZNIK 6 Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania

Spis treści

Istotne pojęcia dotyczące zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i promocji higieny 102

Standardy zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i promocji higieny

1. Promocja higieny 106
2. Zaopatrzenie w wodę 116
3. Gospodarowanie odchodami 125
4. Zwalczanie wektorów 133
5. Gospodarowanie odpadami stałymi 139
6. Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH) w ogniskach choroby i placówkach służby zdrowia 144

Załącznik 1: Lista kontrolna oceny wstępnych potrzeb związanych z zaopatrzeniem w wodę, warunkami sanitarnymi i promocją higieny 153

Załącznik 2: Wykres F: przenoszenie chorób biegunkowych drogą fekalno-oralną 158

Załącznik 3: Minimalne ilości wody: wskaźniki zapewniające przeżycie i ustalanie potrzeb w zakresie wody 159

Załącznik 4: Minimalna liczba toalet w społeczności, miejscach publicznych i instytucjach 160

Załącznik 5: Choroby związane z wodą i warunkami sanitarnymi 161

Załącznik 6: Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania 164

Źródła i materiały dodatkowe 165

Istotne pojęcia dotyczące zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i promocji higieny

Każdy ma prawo do wody i warunków sanitarnych

Minimalne Standardy Sfery w zakresie zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i promocji higieny (WASH) nadają praktyczny wymiar prawu dostępu do wody i warunków sanitarnych w kontekście pomocy humanitarnej. Podstawą standardów są przekonania, zasady, obowiązki i prawa ogłoszone w Karcie Humanitarnej. Obejmują one takie kwestie, jak prawo do życia w godności, prawo do ochrony i bezpieczeństwa oraz prawo do pomocy humanitarnej adekwatnej do potrzeb.

Wykaz kluczowych dokumentów prawnych i dotyczących zasad, które stanowią podstawę Karty Humanitarnej, znajduje się w ⊕ *Załączniku 1*.

Osoby dotknięte kryzysem są bardziej podatne na zachorowania oraz śmierć z powodu choroby, szczególnie w przypadku chorób biegunkowych i zakaźnych. Takie choroby są ściśle powiązane z nieodpowiednimi warunkami sanitarnymi i zaopatrzeniem w wodę oraz słabą higieną. Celem programów WASH jest ograniczenie zagrożeń zdrowia publicznego.

Głównymi drogami transmisji patogenów zakażających ludzi są fekalia, płyny/ciecze, palce, muchy i żywność. Zasadniczym celem programów WASH w kontekście pomocy humanitarnej jest ograniczenie zagrożeń zdrowia publicznego poprzez tworzenie barier na tych drogach ⊕ *patrz: Załącznik 2: Wykres F*. Do kluczowych działań należą:

- promowanie dobrych praktyk higienicznych;
- zapewnienie wody bezpiecznej do picia;
- zapewnienie odpowiednich urządzeń sanitarnych;
- ograniczenie środowiskowych czynników ryzyka dla zdrowia;
- zapewnienie warunków, które umożliwiają życie w dobrym zdrowiu, z godnością, w komfortowych i bezpiecznych warunkach.

W programach WASH ważne jest, aby:

- zarządzać całym systemem wodnym, który obejmuje źródła wody, uzdatnianie, dystrybucję, gromadzenie, przechowywanie i zużycie wody w gospodarstwie domowym;
- zarządzać całym systemem sanitarnym w sposób zintegrowany;
- zaszczepiać pozytywne zachowania prozdrowotne;
- zapewniać dostęp do artykułów higienicznych.

Zaangażowanie społeczności ma kluczowe znaczenie

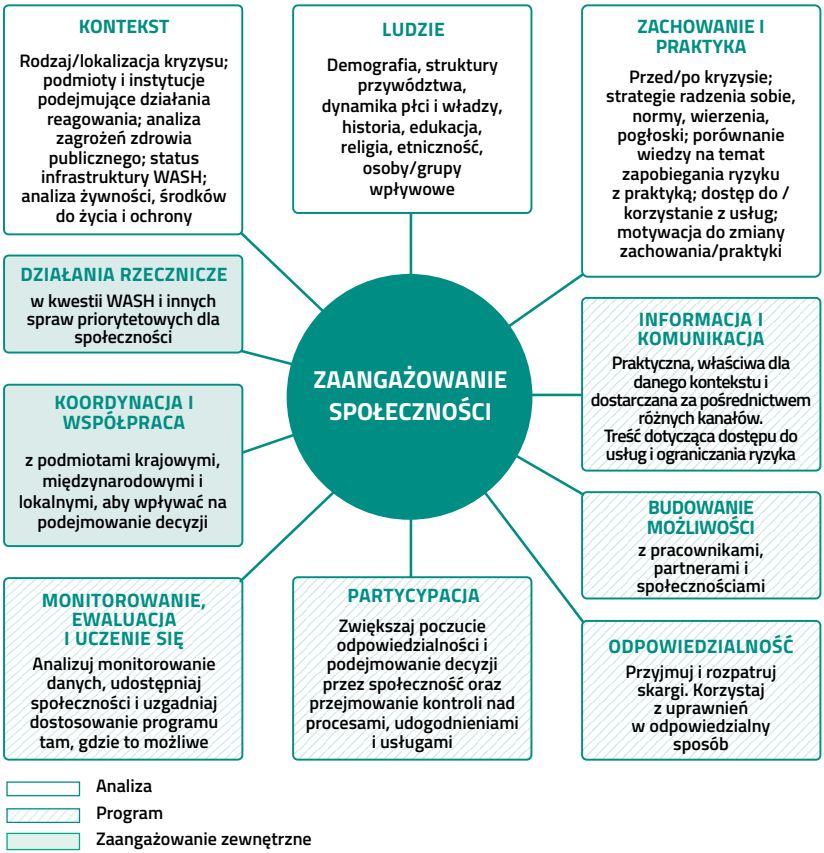
Angażowanie społeczności w program WASH jest dynamicznym procesem łączącym społeczność i innych interesariuszy, aby zapewnić osobom dotkniętym kryzysem większą kontrolę nad działaniami związanymi z reagowaniem oraz ich wpływem na nie. Skuteczne zaangażowanie łączy społeczności i zespoły

reagowania w działaniu na rzecz maksymalizacji wpływu społeczności na ograniczenie zagrożeń zdrowia publicznego, zapewnienie odpowiednich, łatwo dostępnych usług, poprawę jakości programu oraz ustanowienie odpowiedzialności. Bada zdolność i chęć społeczności do zarządzania systemami WASH oraz ich utrzymywania ⊕ *patrz: Rysunek 3 Zaangażowanie społeczności w WASH*.

Współpraca ze społecznością pozwala na zrozumienie punktów widzenia, potrzeb, mechanizmów radzenia sobie, zdolności, istniejących norm, struktur i priorytetów w zakresie przywództwa, a także stosownych działań, jakie należy podjąć. Nadzór i ewaluacja, np. poprzez mechanizmy informacji zwrotnych, pokazuje czy działania w zakresie WASH są właściwe lub czy trzeba je skorygować. ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny Zobowiązania 4 i 5*.

WASH wymaga szczególnego podejścia w przypadku obszarów miejskich

Angażowanie społeczności może się okazać trudniejsze w przypadku obszarów miejskich, w których jest większa gęstość zaludnienia, a grupy narażone na ryzyko są mniej widoczne. Jednakże w obszarach miejskich i przestrzeniach



Zaangażowanie społeczności w WASH (Rysunek 3)

publicznych, technologia oraz media mogą umożliwiać szerszy i efektywniejszy dialog. Zróżnicowana struktura własności aktywów (na poziomie gospodarstw domowych w obszarach wiejskich i oraz połączenie struktur publiczno-prywatnych w obszarach miejskich) ma wpływ na wybór opcji reagowania i metod realizacji.

Konieczne jest połączenie różnych możliwości i podejść

Udzielanie pomocy zgodnie z zasadami mechanizmów rynkowych może umożliwiać spełnianie potrzeb w zakresie WASH w sposób sprawny i skuteczny, np. poprzez zapewnienie dostępu do artykułów higienicznych. Pomoc pieniężną (w gotówce i/lub bonach) należy uzupełnić o inne działania z zakresu WASH, np. wsparcie techniczne i zaangażowanie społeczności. Wdrożenie może obejmować takie opcje jak budowa infrastruktury, promocja higieny i mobilizacja społeczna. Można od razu udostępnić generatory lub toalety tymczasowe, a przegląd systemów uzdatniania wody będzie projektem długoterminowym. Kontrola jakości oraz wsparcie techniczne mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia zdrowia i bezpieczeństwa. Wsparcie techniczne powinno być odpowiednie i udzielane na czas. Takie wsparcie powinno być spójne, dostępne i osiągalne, aby było zapewniane w sposób zrównoważony.

Działania w zakresie WASH powinny wzmacniać długoterminowe cele społeczne i minimalizować wpływ na środowisko naturalne. Zintegrowane zarządzanie systemami wodnymi i sanitarnymi powinno spełniać potrzeby ludzi i chronić ekosystem. Aspekty te mogą mieć wpływ na wybór technologii, rozłożenie działań na etapy oraz harmonogramy prac, zaangażowanie społeczności, zaangażowanie sektora prywatnego i rynku, a także na opcje finansowania.

Standardy Minimalne nie powinny być stosowane w sposób odrębny

Prawo do określonej ilości wody i warunków sanitarnych jest połączone z prawem do schronienia, żywności i ochrony zdrowia. Skuteczny postęp w osiąganiu Standardów Minimalnych w jednej dziedzinie wpływa na postępy w pozostałych dziedzinach. Ścisła koordynacja i współpraca z innymi sektorami, jak również koordynacja z władzami lokalnymi oraz innymi agencjami uczestniczącymi w pomocy pomaga zapewnić, że zaspokajane są potrzeby, nie są powielane wysiłki i optymalizowana jest jakość działań w zakresie WASH. Jeżeli np. nie są spełnione standardy żywienia, wzrasta konieczność spełnienia standardów wody i warunków sanitarnych ze względu na większą podatność ludzi na zagrożenia. Dotyczy to także populacji charakteryzujących się wysokim wskaźnikiem występowania HIV. Odniesienia w Podręczniku sugerują niektóre potencjalne powiązania.

W sytuacji, gdy standardy krajowe są niższe od Minimalnych Standardów Sfery, organizacje humanitarne powinny wspólnie pracować z rządem nad ich stałym podnoszeniem.

Prawo międzynarodowe chroni w szczególności prawo do wody i warunków sanitarnych

Prawo obejmuje bezpieczny i przystępny dostęp do wystarczającej ilości wody na użytek osobisty oraz domowy, a także do prywatnych, bezpiecznych i czystych urządzeń sanitarnych. Państwa mają obowiązek zapewnić to prawo podczas kryzysów ⊕ *patrz: Załącznik 1: Podstawy Prawne Sfery.*

Bezpieczna woda i odpowiednie urządzenia sanitarne są niezbędne do:

- podtrzymania życia, zachowania zdrowia i godności;
- zapobiegania utracie życia w wyniku odwodnienia;
- zmniejszenia ryzyka występowania chorób związanych z wodą, warunkami sanitarnymi i higienicznymi;
- zapewnienia odpowiednich wymagań dotyczących spożywania, gotowania, higieny osobistej i gospodarczej.

Prawo do wody i warunków sanitarnych wchodzi w skład praw uniwersalnych niezbędnych dla przetrwania człowieka i ochrony jego godności, a podmioty państwowe i niepaństwowe mają obowiązki w zakresie spełnienia tego prawa. Zabronione jest np. atakowanie, niszczenie, usuwanie lub unieruchamianie instalacji wodnych bądź nawadniających podczas konfliktu zbrojnego.

Odniesienia do Zasad Ochrony i Podstawowego Standardu Humanitarnego:

Korzystanie z wody ma wpływ na ochronę. Konflikt zbrojny i nierówności wpływają na bezpieczeństwo dostaw wody dla osób indywidualnych i grup. Zróżnicowane zapotrzebowanie na wodę pitną, na wodę dla gospodarstw domowych i dla źródeł utrzymania może wywoływać obawy związane z ochroną, jeśli działania krótko- i długotrwałe są niewłaściwe zaprojektowane. W działaniach z zakresu WASH zagadnienie ochrony jest często rozpatrywane z punktu widzenia ochrony i bezpieczeństwa osobistego, z uwzględnieniem szczególnej podatności na zagrożenia występujące przy poborze wody, a także defekacji czy zarządzaniu higieną menstruacyjną. Takie aspekty ochrony osobistej są istotne, lecz fundamentalne znaczenie mają także szersze kwestie dotyczące ochrony. Wprowadzanie prostych środków od samego początku, np. zamków na drzwiach do toalety, odpowiedniego oświetlenia i podziału sanitariatów może ograniczyć ryzyko występowania nadużyć czy przemocy.

Niezbędne są przystosowane programy sprzyjające włączeniu społecznemu w celu zapobiegania dyskryminacji, ograniczania potencjalnych zagrożeń oraz usprawnienia korzystania usług lub poprawy ich jakości. Należy np. dbać o to, aby osoby z niepełnosprawnościami miały dostęp do zaplecza higienicznego, a także by kobiety lub dzieci miały zbiorniki do noszenia wody o odpowiednich rozmiarach. Angażowanie indywidualnych osób i społeczności na wszystkich etapach reagowania może wspomóc wdrożenie zagadnień ochrony do programów z zakresu WASH.

Pracownicy niosący pomoc powinni być przeszkoleni w zakresie ochrony dzieci oraz korzystania z systemów skierowań w przypadkach podejrzenia o przemoc, nadużycia lub wyzyskiwania, również wobec dzieci.

Współpraca i koordynacja cywilno-wojskowa powinna być rozpatrywana przez organizacje humanitarne z zachowaniem ostrożności, szczególnie w sytuacji konfliktu. Postrzeganie neutralności i bezstronności może wpływać na akceptację ze strony społeczności. Organizacje mogą być zmuszone polegać na pomocy wojskowej w pewnych okolicznościach, np. w kwestii transportu i dystrybucji. Należy się jednakże dokładnie przyjrzeć takim zagadnieniom jak wpływ na zasady humanitarne oraz poczynić starania, aby ograniczyć ryzyko związane z ochroną ⊕ *patrz: Karta Humanitarna* oraz *Środowiska, w których funkcjonują krajowe i międzynarodowe siły zbrojne* w *Czym jest Sfera?*

Stosując Minimalne Standardy, należy kierować się wszystkimi dziewięcioma zobowiązaniami w Standardzie Humanitarnym, które powinny stanowić fundament do stworzenia odpowiedzialnego programu WASH.

1. Promocja higieny

Choroby związane z wodą, warunkami sanitarnymi i higieną w sytuacji kryzysu prowadzą do poważnych zachorowań i śmierci, których można uniknąć. Promocja higieny ze wsparciem odpowiednich zachowań, zaangażowania społeczności i działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób jest podstawowym czynnikiem, który zapewnia skuteczne działania w zakresie WASH.

Standardowe podejście, którego podstawą jest głównie przekazywanie komunikatów edukacyjnych i rozprowadzanie artykułów higienicznych prawdopodobnie nie przyniesie skutku. Ryzyko i postrzeganie zagrożeń różni się w zależności od kontekstu. Ludzie mają różnorodne doświadczenia życiowe, strategie radzenia sobie oraz normy kulturalne i wzorce zachowań. Ważne jest, aby dostosowywać podejścia na podstawie przeprowadzonych analiz tych czynników, a także kontekstu. Podstawą skutecznej promocji higieny jest:

- współpraca ze społecznością w celu mobilizowania do działania i wnoszenia wkładu w proces podejmowania decyzji;
- dwustronna komunikacja oraz informacje zwrotne na temat zagrożeń, priorytetów i usług;
- dostęp i korzystanie z zaplecza, usług oraz środków związanych z WASH.

W ramach promocji higieny należy wykorzystywać wiedzę społeczeństwa na temat ryzyka i zapobiegania chorobom, aby zachęcać do zachowań sprzyjających dbałości o zdrowie.

Regularnie kontroluj działania i rezultaty, aby zapewnić rozwój promocji higieny oraz programów WASH. Koordynuj z podmiotami opieki zdrowotnej kwestię kontroli występowania chorób powiązanych z sanitacją i higieną, takich jak biegunka, cholera, dur brzuszny, jaglica, robaki jelitowe i schistosomatoza ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy chorób zakaźnych 2.1.1 do 2.1.4* oraz *Standard systemów zdrowia 1.5*.

Standard promocji higieny 1.1: Promocja higieny

Ludzie mają wiedzę na temat zagrożeń zdrowia publicznego dotyczących wody, warunków sanitarnych oraz higieny i potrafią działać indywidualnie, na poziomie gospodarstwa domowego oraz w obrębie społeczności na rzecz ich ograniczenia.

Kluczowe działania

1 Zidentyfikuj główne zagrożenia zdrowia publicznego oraz istniejące praktyki higieniczne, które przyczyniają się do zwiększenia tych zagrożeń.

- Opracuj profil społeczności w celu ustalenia, które osoby i grupy są podatne na określone zagrożenia związane z WASH oraz z jakich powodów.
- Określ czynniki, które mogą sprzyjać pozytywnym zachowaniom i działaniom zapobiegawczym.

2 Współpracuj z ludnością dotkniętą, aby opracować i prowadzić działania związane z promocją higieny oraz szerszą reakcją w zakresie WASH.

- Opracuj strategię komunikacji, w ramach której wykorzystuje się zarówno środki masowego przekazu, jak i dialog społecznościowy, aby przekazywać informacje praktyczne.
- Wyznacz i przeszkol osoby wpływowe, grupy społecznościowe i pracowników programu pomocy.

3 Wykorzystuj informacje zwrotne od społeczności i dane pochodzące z nadzoru zdrowia w celu dostosowania oraz usprawnienia inicjatyw promujących higienę.

- Nadzoruj dostęp oraz korzystanie z zaplecza sanitarnego, a także w jaki sposób działania podejmowane na rzecz promocji higieny wpływają na zachowanie i praktykę.
- Dostosuj działania i określ niespełnione potrzeby.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek dotkniętych gospodarstw domowych, które potrafią poprawnie opisać trzy środki zapobiegania chorobom powiązanym z sanitacją i higieną

Odsetek ludności docelowej, która potrafi podać dwie krytyczne sytuacje, w których należy myć ręce

Odsetek ludności docelowej, u której zaobserwowano korzystanie z punktów mycia rąk lub wychodzenie z toalet komunalnych

Odsetek dotkniętych gospodarstw domowych, które mają dostęp do mydła i wody do mycia rąk

Odsetek ludności dotkniętej, która pobiera wodę z ulepszonych źródeł wody

Odsetek gospodarstw domowych, które przechowują wodę pitną w czystych i zamkniętych zbiornikach

Odsetek opiekunów, którzy zgłaszają, że w sposób bezpieczny usuwają odchody dzieci

Odsetek gospodarstw domowych używających produktów na inkontynencję (wkładek, pojemników na mocz, basenów sanitarnych, krzeseł toaletowych), które zgłaszają, że w sposób bezpieczny usuwają odchody dorosłych z problemem nietrzymania moczu i stolca

Odsetek dotkniętych gospodarstw domowych, które właściwie usuwają odpady stałe

Odsetek osób, które przekazały informacje zwrotne i mówią, że ich informacje zwrotne zostały wykorzystane do dostosowania oraz usprawnienia zaplecza i usług WASH

Lokalne środowisko jest wolne od odchodów ludzkich i zwierzęcych

Wskazówki

Zrozumienie i zarządzanie zagrożeniami związanymi z WASH: Wyznaczanie priorytetów i ograniczanie zagrożeń związanych z WASH w fazie początkowej kryzysu może stanowić problem. Skoncentruj się na korzystaniu z bezpiecznej wody, utylizacją odchodów i myciu rąk, ponieważ mogą mieć one największy wpływ na zapobieganie przenoszeniu chorób. Przeprowadzenie oceny zagrożeń zdrowia publicznego związanych z WASH oraz kroków zmierzających do ich ograniczenia będzie wymagało zrozumienia takich kwestii jak:

- bieżące korzystanie z zaplecza i usług związanych z WASH;
- dostęp do niezbędnych artykułów higienicznych dla gospodarstw domowych: ⊕ *Patrz: Standard promocji higieny 1.2 i 1.3*;
- istniejące strategie radzenia sobie, lokalne zwyczaje i wierzenia;
- struktury społeczne i dynamika władzy w społeczności;
- z jakich miejsc opieki zdrowotnej korzysta ludność (włączając tradycyjnych uzdrowicieli, apteki, kliniki);
- kto jest odpowiedzialny za prowadzenie i utrzymanie infrastruktury WASH;
- dane pochodzące z nadzoru chorób odnoszące się do WASH;
- bariery społeczne, fizyczne i komunikacyjne utrudniające dostęp do zaplecza oraz usług WASH, w szczególności kobietom i dziewczętom, osobom starszym oraz osobom niepełnosprawnym;
- zróżnicowanie poziomów przychodów; oraz
- warunki środowiskowe i tendencje sezonowe związane z chorobami.

Aby możliwe było utrzymanie motywacji, zmiana zachowań i stosowanie ich w praktyce musi być łatwe. Udogodnienia powinny być komfortowe i dostępne dla wszystkich korzystających, a także zapewniać bezpieczeństwo, godność i być stosowne kulturowo. Do działań na rzecz promocji higieny włączaj zarówno mężczyzn, jak i kobiety, ponieważ aktywne wspieranie higieny przez mężczyzn może mieć decydujący wpływ na zachowania w rodzinie.

Mobilizacja społeczności lokalnej: Współpracuj z istniejącymi strukturami, zapewniając kobietom i mężczyznom równe szanse pod względem możliwości podjęcia płatnej pracy i działań na zasadzie wolontariatu. Mobilizacją i działaniami zapobiegawczymi mogą zająć się szanowani przywódcy lokalni oraz religijni, a także pracownicy programu pomocy i cieszący się zaufaniem działacze lokalni, np. grupy kobiece lub młodzieżowe.

Częstą praktyką jest przydzielanie dwóch pracowników programu pomocy na 1,000 osób. Pracownicy programu pomocy i wolontariusze powinni wykazywać się dobrymi umiejętnościami w zakresie komunikacji, umieć budować oparte na zaufaniu relacje z lokalnymi społecznościami oraz posiadać dogłębne zrozumienie lokalnych potrzeb i problemów. Jeśli jest taka potrzeba, wspólnie z lokalnym forum koordynacji należy uzgodnić świadczenia motywacyjne dla pracowników programu pomocy w celu promowania sprawiedliwości i uniknięcia zakłóceń.

Środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej mogą pełnić role zbliżone do ról pracowników programu WASH, lecz mogą mieć inne zakresy obowiązków ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.2: Personel opieki zdrowotnej*.

Praca z dziećmi: Dzieci mogą promować zdrowe zachowania wśród swoich rówieśników i rodzin. Ministerstwo edukacji lub opieki społecznej może określić możliwości w zakresie promowania higieny w szkołach, ośrodkach opiekuńczych i gospodarstwach domowych prowadzonych przez dzieci, a także wśród dzieci mieszkających na ulicy. Zaangażuj dzieci w przygotowaniu komunikatów ⊕ *patrz: Podręczniki INEE i CPMS*.

Kanały i metody komunikacji: Przekazuj informacje w różnych formach (pisemnej, graficznej, dźwiękowej) i językach, aby były dostępne na jak najszerszą skalę. Dostosuj komunikację dla dzieci i osób z niepełnosprawnościami oraz opracuj i przetestuj komunikaty, aby mieć pewność, że będą zrozumiałe dla różnych odbiorców, biorąc pod uwagę wiek, płeć, poziom wykształcenia oraz język.

Dialog na poziomie społeczności może służyć do rozwiązywania problemów i planowania działań. Środki masowego przekazu mogą wzmocnić ogólny przekaz, docierając do szerszej publiczności. Obie te metody są skuteczne pod warunkiem, że są skierowane do określonych odbiorców. Stwórz odpowiednie mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych i nadzoruj ich skuteczność. Przekazuj informacje zwrotne społeczności, zachęcając do wypowiadania się na ich temat ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny Zobowiązanie 5*.

Mycie rąk mydłem ma ważne znaczenie dla zapobiegania przenoszeniu chorób biegunkowych. Punkty mycia rąk muszą być regularnie zaopatrywane w wodę, mydło i mieć zapewniony bezpieczny system odpływowy. Ustal położenie punktów mycia rąk umożliwiające mycie rąk przed kontaktem z żywnością (przygotowanie i spożywanie żywności lub karmienie dziecka) oraz po kontakcie z odchodami (po skorzystaniu z toalety bądź umyciu pupy dziecka) ⊕ *patrz: Standard zaopatrzenia w wodę 2.2: Jakość wody*.

Zachęcanie do korzystania z toalet: Kluczową sprawą dla personelu zajmującego się promocją higieny jest uwzględnienie kwestii korzystania z urządzeń i środków służących do usuwania odchodów. Poza obawami dotyczącymi utrzymania czystości i zapachu główne czynniki odstraszające przed korzystaniem z toalet to zażenowanie, uprzedzenia kulturowe, bariery dla dostępu fizycznego oraz obawy dotyczące prywatności i bezpieczeństwa ⊕ *patrz: Standard gospodarowania odchodami 3.2: Dostęp i korzystanie z toalet*.

Gromadzenie, transportowanie i przechowywanie wody pitnej w sposób bezpieczny ma kluczowe znaczenie dla ograniczenia zagrożeń związanych z zanieczyszczeniem wody. Gospodarstwa domowe muszą mieć oddzielne zbiorniki do gromadzenia i przechowywania wody pitnej ⊕ *patrz: Standard zaopatrzenia w wodę 1.2* i *Standard zaopatrzenia w wodę 2.1 i 2.2*.

Osoby przemieszczające się: Znajdź możliwości kontaktu z osobami przemieszczającymi się, tymczasowo z nimi podróżując lub spotykając się z nimi w miejscach odpoczynku. Korzystaj z kanałów komunikacji takich jak radio, SMS, grupy mediów społecznościowych oraz bezpłatne infolinie, aby przekazywać informacje na temat higieny i uzyskiwać informacje zwrotne. Przygotuj odpowiednie pakiety „artykułów gospodarstwa domowego" zawierające telefony komórkowe lub ładowarki solarne, które pozwolą komunikować się także z rodzinami, uzyskać dostęp do informacji i przekazywać informacje zwrotne.

Standard promocji higieny 1.2: Identyfikacja, dostęp i korzystanie z artykułów higienicznych

Dostępne są odpowiednie artykuły wspomagające higienę, zdrowie, godność i dobrostan dla osób poszkodowanych, które z nich korzystają.

Kluczowe działania

1. Ustal niezbędne artykuły higieniczne, które są potrzebne osobom indywidualnym, gospodarstwom domowym i społecznościom.
   - Weź pod uwagę różne potrzeby mężczyzn, kobiet, osób starszych, dzieci i osób niepełnosprawnych.
   - Określ i zapewnij dodatkowe artykuły komunalne do utrzymywania higieny środowiskowej takie jak pojemniki na odpady stałe oraz sprzęt do utrzymywania czystości.
2. Zapewnij dostęp do niezbędnych artykułów na czas.
   - Zbadaj dostępność artykułów na rynkach lokalnych, regionalnych lub międzynarodowych.
3. We współpracy z ludnością dotkniętą, władzami lokalnymi i innymi podmiotami zaplanuj, w jaki sposób ludzie będą odbierać lub kupować artykuły higieniczne.
   - Przekaż informacje o miejscu i czasie, zawartości i odbiorcach, którzy mają dostać pomoc pieniężną i/lub artykuły higieniczne.
   - Koordynuj z innymi sektorami działania związane z przekazywaniem pomocy pieniężnej i/lub artykułów higienicznych oraz podjęciem decyzji w sprawie mechanizmów dystrybucji.
4. Zwracaj się do osób dotkniętych o informacje zwrotne dotyczące adekwatności wybranych artykułów higienicznych oraz ich zadowolenia z mechanizmu zapewniającego dostęp do tych artykułów.

Kluczowe wskaźniki

Wszystkie dotknięte gospodarstwa domowe mają dostęp do minimalnej ilości niezbędnych artykułów higienicznych:

- dwa zbiorniki na wodę na gospodarstwo domowe (10–20 litrów; jeden do gromadzenia, drugi do przechowywania);
- 250 gramów mydła do kąpieli na osobę na miesiąc;
- 200 gramów mydła do prania na osobę na miesiąc;
- Mydło i woda w punktach mycia rąk (jeden punkt w przypadku wspólnej toalety i jeden punkt na każde gospodarstwo domowe);
- Nocnik, szufelka lub pieluchy do usuwania odchodów dziecięcych.

Odsetek osób dotkniętych, które zgłaszają / u których zaobserwowano regularnie korzystanie z artykułów higienicznych po ich dystrybucji

Odsetek dochodów gospodarstw domowych przeznaczanych na zakup artykułów higienicznych zaspokajających określone potrzeby priorytetowe

Wskazówki

Określ niezbędne potrzeby: Dostosuj artykuły higieniczne i zestawy higieniczne do zwyczajów kulturowych i kontekstu. W fazie początkowej przedkładaj niezbędne artykuły (takie jak mydło, zbiorniki na wodę, środki używane podczas menstruacji oraz przy nietrzymaniu moczu i stolca) nad artykuły, które miło mieć (szczotka do włosów, szampon, pasta do zębów, szczoteczka do zębów). Niektóre grupy mają szczególne wymagania ⊕ *patrz: Wskazówki – Grupy narażone na ryzyko* (niżej).

Zbiorniki na wodę: Ustal zbiorniki o pojemności 10-20 litrów do gromadzenia i przechowywania wody do picia oraz do użytku domowego. Rozmiar i rodzaj zbiorników powinien być odpowiedni do wieku i zdolności przenoszenia osób, które zwykle pobierają wodę. Zbiorniki powinny mieć pokrywki, być czyste i zamknięte. Zbiorniki do przechowywania powinny mieć wąską szyjkę lub kran, aby gwarantować gromadzenie, przechowywanie i spożywanie wody w bezpieczny sposób.

Jeżeli zaopatrzenie w wodę jest nieregularne, dostarcz większe zbiorniki do przechowywania. W obszarach miejskich, w których dostawy mają charakter scentralizowany, przechowywanie wody w gospodarstwie domowym powinno wystarczyć na zużycie bieżące (łącznie ze zużyciem szczytowym w stosownych przypadkach) pomiędzy kolejnymi uzupełnieniami.

Grupy narażone na ryzyko: Niektóre osoby muszą mieć inne lub większe ilości artykułów higieny osobistej ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność, mobilność bądź problem z nietrzymaniem moczu czy stolca. Osobom niepełnosprawnym, które mają trudności z poruszaniem się, może być potrzebnych więcej artykułów. Można tu wymienić np. dodatkowe mydło, środki używane podczas menstruacji oraz przy nietrzymaniu moczu i stolca, zbiorniki na wodę, baseny sanitarne, krzesła sanitarne lub plastikowe ochraniacze na materace. Zapytaj ludzi lub ich opiekunów, czy potrzebują pomocy z odbieraniem i usuwaniem swoich odpadów w sposób zapewniający poszanowanie godności. Skonsultuj się z nimi oraz ich rodzinami lub opiekunami w kwestii najbardziej odpowiedniego wsparcia.

Programy oparte na mechanizmach rynkowych dotyczące artykułów higienicznych: Przy dostarczaniu artykułów higienicznych należy w miarę możliwości wspierać rynki lokalne (np. poprzez przekazywanie gotówki lub bonów czy poprawę infrastruktury magazynowej). Ocena rynku oraz analiza dochodów gospodarstwa domowego, łącznie z rolami przypisanymi płciom w kwestii decyzji o wydatkach, powinna stanowić podstawę planów dotyczących dostępu do artykułów higienicznych i korzystania z nich. Obserwuj, czy rynek zapewnia / nie zapewnia odpowiednich ilości jakościowych produktów i w miarę potrzeby dokonuj korekt ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*

Dystrybucja: Traktuj priorytetowo bezpieczeństwo populacji przy organizowaniu jakiejkolwiek dystrybucji ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1.*

Powołaj specjalny zespół, który będzie się zajmował dystrybucją. Informuj ludzi z wyprzedzeniem o miejscu i czasie, wykazie artykułów oraz o ewentualnych kryteriach kwalifikacji. Sprzeciwiaj się dyskryminacji i stygmatyzacji, a także,

w razie potrzeby, dostarczaj artykuły do gospodarstw domowych poprzez oddzielne linie dystrybucyjne. Ustal i zajmij się barierami utrudniającymi dostęp do miejsc dystrybucji lub systemów dystrybucji, w szczególności dla kobiet i dziewcząt, osób starszych oraz osób niepełnosprawnych.

Uzupełnianie materiałów eksploatacyjnych: Ustanów niezawodne i regularne dostawy materiałów eksploatacyjnych takich jak mydło oraz środki używane podczas menstruacji i przy nietrzymaniu moczu i stolca.

Koordynacja wspólnych dystrybucji: Zaplanuj wspólne konsultacje społeczne, aby zrozumieć potrzeby i mechanizmy radzenia sobie istniejące w różnych sektorach. Staraj się zaspokajać różnorodne potrzeby jednocześnie dla wygody ludności docelowej oraz oszczędności czasu i pieniędzy wśród sektorów. Zadbaj o to, aby gospodarstwa domowe mogły bezpiecznie transportować do domu wszystkie artykuły, które zostały rozdystrybuowane.

Osoby przemieszczające się: W przypadku osób przemieszczających się potwierdź łatwość przewożenia artykułów higienicznych (np. mydło podróżne). Pozwól beneficjentom wybierać artykuły, których chcą, zamiast wydawać zestawy standardowe. Wprowadź system odbierania i usuwania odpadów opakowaniowych od osób przemieszczających się.

Standard promocji higieny 1.3: Higiena menstruacyjna oraz nietrzymanie moczu i stolca

Kobiety i dziewczęta w wieku menstruacyjnym oraz mężczyźni i kobiety mające problem z nietrzymaniem moczu oraz stolca mają dostęp do produktów higienicznych i zaplecza sanitarno higienicznego zapewniających poszanowanie godności oraz dobrostan.

Kluczowe działania

1. Zapoznaj się z praktykami, normami oraz mitami społecznymi dotyczącymi higieny menstruacyjnej i nietrzymania moczu oraz stolca i dostosuj dostawy środków oraz zaplecza higienicznego.

2. Skonsultuj się z kobietami, dziewczętami oraz osobami z problemem nietrzymania moczu i stolca w kwestii projektu, usytuowania i zarządzania obiektami zaplecza (toalety, kąpiel, pranie, utylizacja i zaopatrzenie w wodę).

3. Zapewnij dostęp do odpowiednich środków higienicznych używanych podczas menstruacji oraz przy nietrzymaniu moczu i stolca, mydła (do kąpieli, do prania i do mycia rąk) oraz innych artykułów higienicznych.
   - Jeśli chodzi o dystrybucję, dostawy powinny odbywać się w dyskretnych lokalizacjach, które zapewniają poszanowanie godności i ograniczenie stygmatyzacji, a także możliwość zademonstrowania prawidłowego sposobu korzystania w przypadku produktów nieznanych.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek kobiet i dziewcząt w wieku menstruacyjnym, które uzyskały dostęp do odpowiednich środków higieny menstruacyjnej

Odsetek odbiorców, którzy są zadowoleni ze środków higieny menstruacyjnej oraz z zaplecza higienicznego

Odsetek osób z problemem nietrzymania moczu i stolca, które używają odpowiednich materiałów i urządzeń do pomocy przy nietrzymaniu moczu i stolca

Odsetek odbiorców zadowolonych z materiałów i urządzeń do pomocy przy nietrzymaniu moczu i stolca

Wskazówki

Rozwiązywanie problemów związanych z higieną menstruacyjną oraz nietrzymaniem moczu i stolca w sytuacji kryzysu: Skuteczne radzenie sobie z higieną menstruacyjną oraz nietrzymaniem moczu i stolca pomaga zapewnić godne życie oraz uczestniczyć w codziennych czynnościach. Poza zapewnieniem dostępu do artykułów higienicznych ważne jest, żeby konsultować z odbiorcami metody utylizacji w domu oraz w obiektach komunalnych i instytucjach takich jak szkoły. Toalety powinny być odpowiednio przystosowane, a poza tym powinno być dostępne miejsce do prania i suszenia ⊕ *patrz: Standardy gospodarowania odchodami 3.1 i 3.2*.

Tabu na temat menstruacji: Wierzenia, normy i tabu dotyczące menstruacji mają wpływ na skuteczność działań związanych z reagowaniem. Zbadanie tych kwestii raczej nie będzie możliwe we wczesnej lub ostrej fazie kryzysu, lecz powinno odbyć się jak najszybciej.

Inkontynencja jest pojęciem, które nie zawsze bywa szeroko stosowane w niektórych sytuacjach, nawet wśród lekarzy. Inkontynencja (nietrzymanie) jest złożonym problemem zdrowotnym i społecznym, który ma miejsce, kiedy osoba nie jest w stanie kontrolować przepływu moczu lub oddawania stolca. Może to prowadzić do dotkliwego piętnowania, izolacji społecznej, stresu, jak również niemożności uzyskania dostępu do usług, edukacji i zdobycia pracy. Może się wydawać, że nie jest to zjawisko powszechne ze względu na to, że wiele osób utrzymuje ten problem w tajemnicy, lecz tak naprawdę z nietrzymaniem moczu i stolca może się borykać wiele osób. Wśród nich są:

- osoby starsze;
- osoby niepełnosprawne i mające trudności z poruszaniem się;
- kobiety, które urodziły (również dziewczęta), które są narażone na zwiększone ryzyko przetoki;
- osoby chorujące przewlekle na takie choroby, jak np. astma, cukrzyca, wylew lub rak;
- dziewczęta i kobiety, które doświadczyły przemocy uwarunkowanej płcią lub którym okaleczono genitalia;
- osoby, które miały operację, np. usunięcie prostaty;
- kobiety w okresie menopauzalnym; oraz
- małe dzieci i dzieci, u których konflikt lub klęska wpłynęła na psychikę.

Słabe zarządzanie higieną związaną z nietrzymaniem moczu i stolca może być głównym źródłem przenoszenia chorób w sytuacjach kryzysowych. Niezbędne będzie zapewnienie dostępu do dużo większych ilości wody i mydła. Osoby borykające się z nietrzymaniem moczu i stolca oraz ich opiekunowie muszą mieć na użytek własny pięć razy więcej mydła i wody niż inni. Osoby, które mają problem z nietrzymaniem moczu i stolca oraz są niemobilne, muszą się konsultować z pracownikami opieki zdrowotnej lub specjalistami ds. niepełnosprawności w sprawie sposobów zapobiegania i radzenia sobie z infekcjami oraz odleżynami, które mogą prowadzić do śmierci.

Dostawy i zaplecze: Omów różne opcje z osobami dotkniętymi, aby zrozumieć ich preferencje dotyczące: środków jednorazowego lub wielokrotnego użytku, metod utylizacji w domach, szkołach, ośrodkach opieki zdrowotnej oraz obiektach komunalnych, miejsc do prania i suszenia oraz toalet i obiektów kąpielowych. Weź pod uwagę normy i preferencje związane z wiekiem, mając świadomość, że rodzaj oraz ilość zaopatrzenia może się z biegiem czasu zmieniać. Zademonstruj, jak korzystać z nieznanych środków.

W przypadku nietrzymania moczu i stolca potrzebne są odpowiednie rodzaje wkładów o różnym stopniu chłonności. Rozmiar ma duże znaczenie dla bezpieczeństwa użytkowania. Zapewnij oddzielne wkłady na nietrzymanie moczu oraz nietrzymanie stolca, uwzględniając różne rodzaje i rozmiary.

Weź pod uwagę bliskość toalet dla osób z problemem nietrzymania moczu i stolca. Niektóre osoby są w stanie uniknąć problemu nietrzymania moczu lub stolca, jeżeli mają możliwość szybkiego skorzystania z toalety. Konieczne może być udostępnienie krzesła sanitarnego, podkładu na łóżko i/lub basenu sanitarnego.

Dostawy minimalne: *W przypadku higieny menstruacyjnej oraz problemów z nietrzymaniem moczu i stolca:*

- specjalny pojemnik z pokrywką do zamaczania ściereczek i przechowywania wkładów/ściereczek;
- sznurek i klamerki do suszenia.

Higiena menstruacyjna:

- materiał bawełniany o właściwościach wchłaniających (4 metry kwadratowe na rok), podpaski jednorazowe (15 sztuk na miesiąc) lub wielorazowe wkładki sanitarne (sześć sztuk rocznie) w zależności od preferencji kobiet i dziewcząt;
- bielizna (sześć sztuk rocznie);
- dodatkowe mydło (250 gramów na miesiąc) ⊕ *Patrz: Standard promocji higieny 1.2: Identyfikacja, dostęp i korzystanie z artykułów higienicznych.*

W przypadku nietrzymania moczu i stolca zaopatrzenie w środki będzie zależne od stopnia nietrzymania i rodzaju inkontynencji, a także preferencji indywidualnych. Sugerowane minimum:

- materiał bawełniany o właściwościach wchłaniających (8 metrów kwadratowych na rok), chłonne wkłady jednorazowe (150 sztuk na miesiąc) lub chłonna bielizna wielorazowego użytku (12 sztuk rocznie);
- bielizna (12 sztuk rocznie);

- dodatkowe mydło (500 gramów mydła do kąpieli i 500 gramów mydła do prania na miesiąc);
- dwa zmywalne wodoodporne ochraniacze na materac;
- dodatkowe zbiorniki na wodę;
- wybielacz lub podobny dezynfekujący środek czyszczący (3 litry nierozwodnionego produktu na rok);
- basen sanitarny i pojemniki na mocz (dla mężczyzn i dla kobiet), krzesło sanitarne (w stosownych przypadkach).

Uzupełnianie dostaw: Zaplanuj jak i kiedy będą uzupełniane środki. Z biegiem czasu pomoc pieniężną lub rzeczową można rozprowadzać i wykorzystywać na różne sposoby. Zbadaj, czy istnieją możliwości, aby małe przedsiębiorstwa mogły dostarczać materiały lub by ludzie sami mogli przygotowywać środki ochronne na własne potrzeby ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Szkoły, bezpieczne miejsca i ośrodki edukacyjne: Wsparcie w zakresie WASH w szkołach oraz miejscach bezpiecznych powinno obejmować infrastrukturę WASH i szkolenia dla nauczycieli. Zaplecze powinno być wyposażone w dyskretny sposób utylizacji – np. pojemnik z pokrywką z systemem odbioru i usuwania lub zsuwnią z toalety do spalarni. Urządź zaplecze sanitarne dzielone według płci, które będzie dobrze utrzymywane oraz wyposażone w wieszaki i półki na środki wykorzystywane podczas menstruacji.

Zachęcaj nauczycieli, aby prowadzili edukację w zakresie higieny menstruacyjnej w ramach standardowych lekcji. Zapewnij nauczycielom szkolenie w zakresie:

- wspierania dziewcząt w kwestii praktyk higieny menstruacyjnej;
- przechowywania w szkole środków higienicznych wykorzystywanych podczas menstruacji;
- wspierania uczniów borykających się z nietrzymaniem moczu i stolca w wyniku psychologicznych skutków kryzysu ⊕ *patrz: Podręcznik INEE*.

Schronienie: Współpracuj z sektorem udzielającym schronienia celem zapewnienia w gospodarstwach domowych lub ośrodkach komunalnych odpowiedniego stopnia prywatności do higieny menstruacyjnej oraz higieny związanej z nietrzymaniem moczu i stolca. Można tu wymienić np. parawany lub wydzielone miejsca do czynności higienicznych.

Osoby przemieszczające się: Oferuj środki higieniczne używane podczas menstruacji oraz przy nietrzymaniu moczu i stolca, kiedy ludzie przechodzą przez punkty zaopatrzenia.

2. Zaopatrzenie w wodę

Nieodpowiednia ilość i jakość wody jest główną przyczyną większości problemów zdrowia publicznego w sytuacjach kryzysowych. Może brakować wystarczającej ilości wody do zaspokojenia podstawowych potrzeb, dlatego koniecznie należy dostarczyć bezpieczną wodę pitną, która zapewni przetrwanie. Głównym celem jest zapewnienie odpowiedniej ilości wody, nawet jeżeli jest średniej jakości. Takie postępowanie może być niezbędne do czasu spełnienia Standardów Minimalnych w zakresie ilości i jakości wody.

Krany, studnie i rury często popadają w ruinę z powodu konfliktu, katastrofy naturalnej lub braku działających systemów utrzymania. W sytuacji konfliktu pozbawienie dostępu do wody może być zamierzoną strategią wykorzystywaną przez uczestniczące w nim strony. Międzynarodowe prawo humanitarne surowo tego zabrania.

Skonsultuj się z członkami społeczności oraz odpowiednimi interesariuszami, aby zrozumieć, jak uzyskują dostęp do wody i w jaki sposób z niej korzystają, a także czy są ograniczenia dostępu oraz jak to się zmienia sezonowo.

Standard zaopatrzenia w wodę 2.1: Dostęp i ilość wody

Ludzie mają sprawiedliwy i przystępny cenowo dostęp do odpowiedniej ilości bezpiecznej wody, która zaspokaja ich zapotrzebowanie na wodę pitną oraz na użytek gospodarstw domowych.

Kluczowe działania

1 Zidentyfikuj najbardziej odpowiednie źródła wody gruntowej lub powierzchniowej, biorąc pod uwagę potencjalny wpływ na środowisko.

- Uwzględnij sezonowe wahania związane z dostępnością i zapotrzebowaniem na wodę oraz mechanizm dostępu do wody pitnej, wody dla gospodarstw domowych oraz wody dla źródeł utrzymania.
- Miej rozeznanie na temat różnych źródeł wody, dostawców i operatorów oraz dostępu do wody w społecznościach i gospodarstwach domowych.

2 Ustal wymaganą ilość wody i systemy niezbędne do jej dostarczania.

- Współpracuj z interesariuszami celem zlokalizowania miejsc poboru wody, które zapewniają bezpieczny i sprawiedliwy dostęp wszystkim członkom społeczności.
- Wprowadź systemy eksploatacji i konserwacji, które przydzielają konkretne obowiązki oraz uwzględniają przyszłe potrzeby związane ze zrównoważonym dostępem.

3 Zapewnij istnienie odpowiedniego systemu odprowadzania wody w punktach prania, kąpieli i gotowania oraz miejscach mycia rąk w gospodarstwach domowych oraz w strefach użytku publicznego.

- Badaj możliwości ponownego wykorzystania wody, np. w ogródkach warzywnych, do produkcji cegieł lub nawadniania.

Kluczowe wskaźniki

Średnia ilość wody używanej do picia i higieny w gospodarstwie domowym

- Minimum 15 litrów dziennie na osobę
- Ustal ilość wody zgodnie z kontekstem i fazą reagowania

Maksymalna liczba osób korzystających z obiektów zaopatrzonych w wodę

- 250 osób na kran (zakładając przepływ wody wynoszący 7,5 litra na minutę)
- 500 osób na pompę ręczną (zakładając przepływ wody wynoszący 17 litrów na minutę)
- 400 osób na otwartą studnię ręczną (zakładając przepływ wody wynoszący 12,5 litra na minutę)
- 100 osób na jedną pralnię
- 50 osób na jeden obiekt kąpielowy

Wskaźnik procentowy dochodów gospodarstwa domowego przeznaczanych na zakup wody pitnej i do użytku domowego

- Wartość docelowa: 5 procent lub mniej

Odsetek docelowych gospodarstw domowych, które wiedzą gdzie i kiedy dostaną kolejny zapas wody

Odległość od każdego gospodarstwa domowego do najbliższego punktu poboru wody

- <500 metrów

Czas oczekiwania w kolejce przy źródłach wody

- <30 minut

Odsetek punktów dystrybucji wody komunalnej bez wody stojącej

Odsetek systemów/obiektów obiegu wody, które mają wdrożony funkcjonalny i przejrzysty system zarządzania

Wskazówki

Wybór źródła wody powinien uwzględniać:

- dostępność, bezpieczeństwo, bliskość i stabilność wystarczającej ilości wody;
- potrzebę i wykonalność uzdatniania wody w skali masowej lub na poziomie gospodarstwa domowego;
- czynniki społeczne, polityczne lub prawne, które mają wpływ na źródło kontrolowania źródeł wody mogą być kontrowersyjne, szczególnie podczas konfliktów.

W początkowej fazie kryzysu konieczne jest często połączenie różnych koncepcji i źródeł celem zaspokojenia potrzeb zapewniających przeżycie. Źródła wody powierzchniowej mogą się okazać najszybszym rozwiązaniem, nawet jeżeli wymagają lepszego uzdatniania. Preferowane są źródła wody gruntowej i/lub woda dostarczana z przepływu grawitacyjnego ze źródeł naturalnych. Taka woda wymaga mniej uzdatniania, a woda z przepływu grawitacyjnego nie wymaga pompowania. Nadzoruj regularnie wszystkie źródła, aby uniknąć nadmiernej eksploatacji wody. ⊕ *Patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia*.

Potrzeby: Ilość wody niezbędnej do picia, na potrzeby higieny i użytku domowego zależy od sytuacji oraz fazy reagowania. Na zapotrzebowanie na wodę mają wpływ takie czynniki, jak np. zużycie przed wystąpieniem kryzysu i panujące przyzwyczajenia, model szczelnego zabezpieczenia odchodów oraz obyczaje kulturowe ⊕ *patrz: Zrozumienie i zarządzanie ryzykiem związanym z WASH* w *Standardzie promocji higieny 1.1* oraz *Standardzie gospodarowania odchodami 3.2*.

Zgodnie z przyjętą praktyką minimalna ilość wody na osobę to 15 litrów dziennie. Nigdy nie jest to wskaźnik maksymalny i nie zawsze odpowiada wszystkim sytuacjom lub fazom reagowania. Nie jest np. właściwy w przypadku, gdy ludzie mogą być wysiedleni na wiele lat. W warunkach ostrej suszy na krótką metę stosowne może być 7,5 litra na osobę dziennie. W środowisku miejskim o średnich dochodach 50 litrów na osobę dziennie może być minimalną dopuszczalną ilością wody, aby zachować zdrowie i zapewnić poszanowanie godności.

Skutki związane z dostarczaniem różnych ilości wody należy analizować w kontekście wskaźników zachorowalności i śmiertelności chorób związanych z WASH. We współpracy z innymi podmiotami WASH uzgodnij minimalną ilość wody dla danego kontekstu. Wytyczne w zakresie ustalania ilości wody na potrzeby człowieka, żywego inwentarza, instytucji i innego użytkowania ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy chorób zakaźnych 2.1.1 do 2.1.4* oraz *WASH Załącznik 3*. Potrzeby zaopatrzenia w wodę dla żywego inwentarza w nagłych przypadkach ⊕ *patrz: Podręcznik LEGS*.

Potrzeby	Ilości (litry/osoba/dziennie)	Dostosuj do kontekstu w oparciu o
Przetrwanie: pobór wody (pitnej i do żywności)	2,5-3	Klimat i fizjologia indywidualna
Praktyki higieniczne	2–6	Normy społeczne i kulturowe
Podstawowe gotowanie	3–6	Rodzaj żywności oraz normy społeczne i kulturowe
Łączne podstawowe zapotrzebowanie na wodę	7,5-15	

Minimalne zapotrzebowanie na wodę niezbędną do przetrwania: Zapotrzebowanie na wodę w danej populacji jest różne, w szczególności w przypadku osób niepełnosprawnych lub mających trudności z przemieszczaniem się oraz wśród grup o różnych praktykach religijnych.

Pomiar: Nie kieruj się prostym podziałem ilości dostarczonej wody na liczbę osób, którym ma służyć. Zamiast pomiaru ilości zużywanej wody, która została przywieziona, wydobyta pompą lub pompką ręczną, skuteczniejszymi metodami gromadzenia danych na temat zapotrzebowania na wodę i jej zużycia będą badania gospodarstw domowych, obserwacje oraz grupy dyskusyjne w społeczności. Przeprowadź triangulację raportów systemów dostawy wody z raportami gospodarstw domowych.

Dostęp i słuszność: Punkty poboru wody to m.in. komunalne obiekty kąpielowe, miejsca gotowania i pralnie oraz toalety, a także placówki instytucjonalne takie jak szkoły lub ośrodki opieki zdrowotnej.

Docelowe ilości minimalne (patrz: kluczowe wskaźniki powyżej) zakładają, że punkt poboru wody jest dostępny przez około 8 godzin dziennie i zapewnia stały dopływ wody. Zachowaj ostrożność przy stosowaniu ilości docelowych, ponieważ nie gwarantują one minimalnej ilości wody ani sprawiedliwego dostępu.

Pomoc w zakresie dostępu do wody i warunków sanitarnych powinna uwzględniać potrzeby zarówno ludności przyjmującej, jak i osób wysiedlonych celem uniknięcia napięć i konfliktów.

W trakcie projektowania zwróć uwagę, że potrzeby będą odmienne dla różnych grup wiekowych i płci, a także dla osób niepełnosprawnych lub mających trudności z przemieszczaniem się. Zlokalizuj dostępne punkty poboru wody, które znajdują się wystarczająco blisko gospodarstw domowych, żeby ograniczyć ryzyko potencjalnych zagrożeń dla ochrony.

Poinformuj ludność dotkniętą, kiedy i gdzie może spodziewać się dostaw wody, o przysługującym przydziale i sprawiedliwej dystrybucji, a także w jaki sposób przekazywać informacje zwrotne.

Droga tam i z powrotem oraz czas oczekiwania w kolejce: Zbyt częste przemieszczanie się tam i z powrotem oraz zbyt długie czasy oczekiwania oznaczają, że liczba punktów poboru wody jest nieodpowiednia lub źródła wody są niewystarczająco zasobne. Może to powodować ograniczenie indywidualnego zużycia wody i częstsze korzystanie z niechronionych źródeł powierzchniowych, przez co będzie mniej czasu na takie zadania, jak np. edukacja czy praca zarobkowa. Czas oczekiwania w kolejce zwiększa także ryzyko przemocy przy punkcie poboru ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1* i *Podstawowy Standard Humanitarny 1*.

Odpowiednie zbiorniki na wodę: ⊕ *Patrz: Standard promocji higieny 1.2: Identyfikacja, dostęp i korzystanie z artykułów higienicznych*. W przypadku korzystania z oczyszczalni przydomowych oraz bezpiecznego przechowywania wody należy dostosować ilość i rozmiary zbiorników. Np. proces koagulacji, flokulacji i dezynfekcji wymaga użycia dwóch wiader, ścierki do odcedzania oraz mieszadła.

Programy związane z wodą w ramach mechanizmów rynkowych: Przeanalizuj, w jaki sposób gospodarstwa domowe uzyskiwały dostęp do wody i zbiorników przed kryzysem i po nim. To proste badanie rynku powinno dostarczyć informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o tym, jak zapewnić stały dostęp do wody w perspektywie krótko- i długoterminowej. Określ, w jaki sposób wykorzystać, wspierać i rozwijać rynek wody, przyjmując łączone podejście oparte na pomocy pieniężnej dla gospodarstw domowych, grantach i tworzeniu zdolności

technicznych wspólnie ze sprzedawcami lub dostawcami, bądź| też na innych środkach. Sprawdzaj co miesiąc ceny rynkowe (woda, paliwo), aby ustalać wydatki gospodarstw domowych na przestrzeni czasu i wykorzystuj te trendy do wprowadzania zmian w projekcie programu ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*

Płatności: Koszty wody nie powinny przekraczać 3–5 procent dochodu gospodarstwa domowego. Miej świadomość, w jaki sposób gospodarstwa domowe pokrywają wyższe koszty podczas kryzysu i podejmuj kroki, aby przeciwdziałać negatywnym mechanizmom radzenia sobie ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1*. Dbaj, aby systemy finansowe były zarządzane w przejrzysty sposób.

Zarządzanie systemami i infrastrukturą wodną: We współpracy ze społecznością oraz innymi interesariuszami podejmuj decyzje odnośnie umiejscowienia, konstrukcji i korzystania z punktów poboru wody (plany krótko- oraz długoterminowe). Chodzi tu m.in. o obiekty kąpielowe, miejsca gotowania i pralnie oraz toalety, a także placówki instytucjonalne takie jak szkoły, sklepy i ośrodki opieki zdrowotnej. Wykorzystuj informacje zwrotne, aby dostosowywać i poprawiać dostęp do instalacji wodnych.

Weź pod uwagę wcześniejsze i bieżące struktury zarządzania zasobami wodnymi, zdolność oraz gotowość do płacenia za wodę i usługi sanitarne wśród ludności oraz mechanizmy odzyskiwania kosztów. Rozważ nakłady inwestycyjne w systemy dostarczania wody, które przyniosą długoterminowe oszczędności lub korzyści skali. Porównaj alternatywy, np. pompy solarne lub rurociągi wodne z dowozem wody cysternami, szczególnie w trakcie przedłużających się kryzysów na obszarach miejskich i osiedlach komunalnych.

Przekaż ludziom środki umożliwiające obsługę i zarządzanie systemami wodnymi z pomocą komitetów WASH lub w ramach partnerstw z sektorem prywatnym lub publicznym.

Korzystanie z wody butelkowanej: Woda poddawana uzdatnianiu jest bardziej opłacalnym, odpowiednim i technicznie uzasadnionym rozwiązaniem w porównaniu do wody butelkowanej ze względu na transport, koszty, jakość i generowanie odpadów. Wyjątki są dopuszczalne w perspektywie krótkoterminowej (np. w przypadku osób, które się przemieszczają). Wprowadź odpowiedni system zarządzania odpadami plastikowymi.

Pralnie, zaplecza do mycia i kąpieli: Jeśli w gospodarstwach domowych nie ma możliwości zapewnienia prywatnego miejsca do kąpieli, należy udostępnić odrębne zaplecze dla mężczyzn i kobiet, które zapewnia bezpieczeństwo, prywatność oraz godność.

Skonsultuj się z użytkownikami, szczególnie z kobietami, dziewczętami oraz osobami niepełnosprawnymi przy podejmowaniu decyzji o lokalizacji, konstrukcji i bezpieczeństwie takich obiektów. Weź pod uwagę dostęp do ciepłej wody na potrzeby kąpieli i prania w określonych sytuacjach, np. przy reagowaniu na świerzb oraz podczas wahań klimatycznych.

Odprowadzanie wody z punktów poboru, obszarów pralń, zapleczy do kąpieli i stacji mycia rąk: Przy budowie oraz naprawie punktów dystrybucji i korzystania z wody zadbaj, aby ścieki nie stanowiły zagrożenia dla zdrowia lub lęgowiska dla

wektorów. Opracuj ogólny plan odprowadzania wody w porozumieniu z planistami terenu, sektorem schronisk i/lub władzami gminy.

Projektuj systemy i infrastrukturę WASH zgodnie z wymogami odprowadzania wody. Należy np. zapewnić odpowiednie ciśnienie wody w punktach umiejscowienia kranów, wymiary punktu poboru wody i/lub fartucha do prania oraz wysokość od kranu do dna zbiorników na wodę ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia.*

Standard zaopatrzenia w wodę 2.2: Jakość wody

Woda jest smaczna, jej jakość jest wystarczająco dobra zarówno do picia i gotowania, jak i do celów higieny osobistej oraz gospodarstwa domowego, i nie powoduje zagrożeń zdrowotnych.

Kluczowe działania

1. Określ zagrożenia zdrowia publicznego związane z dostępną wodą oraz najodpowiedniejszy sposób na ich ograniczenie.
   - Chroń źródła wody i przeprowadzaj regularne badania sanitarne w źródle i punktach poboru wody.
2. Ustal najbardziej odpowiednią metodę, która pozwoli zapewnić bezpieczeństwo wody pitnej w punktach konsumpcji lub korzystania z wody.
   - Sposoby uzdatniania wody to m.in. zbiorcze systemy oczyszczania i dystrybucji, bezpieczne gromadzenie oraz przechowywanie wody w gospodarstwach domowych lub uzdatnianie i bezpieczne przechowywanie wody na poziomie gospodarstw domowych.
3. Ograniczaj zanieczyszczenie wody po jej dostawie w punktach konsumpcji lub korzystania z wody.
   - Wyposaż gospodarstwa domowe w bezpieczne zbiorniki do gromadzenia i przechowywania wody pitnej oraz środki umożliwiające bezpiecznie pobieranie wody do picia.
   - Prowadź pomiary parametrów jakości wody (stężenie chloru resztkowego (FRC)) i zawartości jednostek tworzących kolonie bakterii kolipodobnych (CFU) w punktach dostawy, konsumpcji i korzystania z wody.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności dotkniętej, która pobiera wodę pitną z chronionych źródeł wody

Odsetek gospodarstw domowych, w których zaobserwowano bezpieczne przechowywanie wody w czystych i zamkniętych zbiornikach przez cały czas

Odsetek testów jakości wody spełniających minimalne standardy jakości wody

- <10 CFU/100 ml w punkcie dostawy (woda niechlorowana)
- ≥0,2-0,5 mg/l FRC w punkcie dostawy (woda chlorowana)
- Mętność poniżej 5 NTU

Wskazówki

Dbanie o bezpieczeństwo łańcucha wodnego: Choroby związane z wodą stanowią zagrożenie integralności łańcucha wodnego. Sposoby zapewniające barierę dla przenoszenia chorób drogą fekalną-oralną to m.in. szczelne zamykanie odchodów, zakrywanie żywności, mycie rąk w kluczowych momentach oraz bezpiecznie pobieranie i przechowywanie wody ⊕ *patrz: Standard promocji higieny 1.1*; *Standard gospodarowania odchodami 3.2* oraz *Załącznik 2: Wykres F*.

Ocena ryzyka związanego z łańcuchem wodnym od źródła wody po zbiornik na przechowywanie wody pitnej uwzględnia:

1. badanie sanitarne punktu wody;
2. obserwację, czy stosowane są odrębne zbiorniki do poboru i do przechowywania wody:
3. przestrzeganie stosowania czystych i zamkniętych zbiorników na wodę pitną;
4. badanie jakości wody.

Jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że woda nie jest bezpieczna, takie działania mogą wskazać widoczne ryzyko bez konieczności przeprowadzania pracochłonnych testów jakości wody w gospodarstwach domowych.

Badanie sanitarne stanowi ocenę warunków i praktyk, które mogą stanowić zagrożenie zdrowia publicznego w punkcie wody. Uwzględnia strukturę punktu wody, odprowadzanie wody, ogrodzenie, praktykę defekacji i utylizację odpadów stałych jako możliwe źródła zanieczyszczenia wody. Badanie może także obejmować kontrolę zbiorników na wodę trzymanych w gospodarstwach domowych.

Jakość wody Oddając do użytku nowe źródło wody, przebadaj parametry fizyczne, bakteriologiczne i chemiczne wody. Wykonuj badania przed lokalnymi wahaniami sezonowymi i po nich. Nie zaniedbuj analizy parametrów chemicznych (np. poziomów fluoru i arsenu), które mogą się przyczyniać do długotrwałych problemów zdrowotnych.

Kolipodobne bakterie kałowe (z których >99 procent to *E. coli*) wskazują na stopień zanieczyszczenia wody odpadami pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego oraz ewentualną obecność innych szkodliwych patogenów. Jeżeli występują jakiekolwiek kolipodobne bakterie kałowe, należy wodę uzdatnić. Nawet gdy nie stwierdzono występowania *E. coli*, woda jest podatna na ponowne skażenie, jeżeli nie zawiera resztkowych ilości środka dezynfekującego.

Jeżeli woda jest chlorowana (przed dystrybucją lub uzdatnianiem w gospodarstwie domowym), przeprowadzaj wyrywkowe kontrole w gospodarstwach domowych, mierząc stężenie FRC, i w razie potrzeby oczyszczaj wodę. Na pomiary stężenia FRC (rozpraszanie chloru) mają wpływ takie czynniki, jak częstotliwość dostaw wody, temperatura i czas przechowywania wody.

Promowanie źródeł chronionych: Ludzie mogą preferować niechronione źródła wody, np. rzeki, jeziora i niechronione studnie, ze względu na smak, bliskość i wygodę. Zrozum ich racje i przygotuj komunikaty oraz działania promujące chronione źródła wody.

Smaczna woda: Jeżeli bezpieczna woda pitna nie ma dobrego smaku (z powodu poziomu zasolenia, stężenia siarkowodoru lub chloru, do jakiego ludzie nie są przyzwyczajeni), użytkownicy mogą pić smaczniejszą wodę ze źródeł niebezpiecznych. Wykorzystaj zaangażowanie społeczności i działania na rzecz higieny celem promowania bezpiecznej wody pitnej.

Dezynfekcja wody: Wodę należy uzdatniać preparatami zawierającymi resztkowe ilości środka dezynfekującego, np. chloru, w przypadku gdy istnieje znaczące ryzyko skażenia źródła wody lub po jej dostawie. Stopień ryzyka zależy od gęstości zaludnienia, sposobów utylizacji odchodów, praktyk higienicznych i występowania chorób biegunkowych. Mętność powinna wynosić poniżej 5 NTU. Jeżeli jest wyższa, zapewnij użytkownikom przeszkolenie w zakresie filtrowania, osiadania i dekantowania wody, aby zmniejszyć mętność przed uzdatnianiem. Jeśli nie ma innej alternatywy, rozważ krótkoterminowe chlorowanie podwójną dawką. Miej świadomość, że rozpraszanie chloru jest zależne od długości przechowywania i wahania temperatur, więc weź to pod uwagę, ustalając dozowanie i czas kontaktu ⊕ *patrz: Załącznik 6: Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania*.

Ilość a jakość: Jeżeli spełnienie Standardów Minimalnych w zakresie ilości i jakości wody nie jest możliwe, przedkładaj ilość nad jakość. Nawet średniej jakości woda może być wykorzystana do zapobiegania odwodnieniu, zmniejszenia stresu i zapobiegania chorobom biegunkowym.

Zanieczyszczenie wody po dostawie: Woda, która jest bezpieczna w punkcie dostawy, może ulec zanieczyszczeniu podczas poboru, przechowywania i nalewania wody pitnej. Ograniczaj takie ryzyko dzięki bezpiecznym praktykom gromadzenia i przechowywania wody. Regularnie czyść zbiorniki w gospodarstwie domowym lub osadzie oraz przeszkol społeczność w tym zakresie ⊕ *Patrz: Standardy promocji higieny 1.1* i *1.2.*

Oczyszczanie i bezpieczne przechowywanie wody w gospodarstwach domowych): Jeżeli nie ma możliwości wprowadzenia centralnego systemu uzdatniania wody, korzystaj z praktyk oczyszczania i bezpiecznego przechowywania wody w gospodarstwach domowych. Do praktyk, które ograniczają występowanie biegunek oraz poprawiają mikrobiologiczną jakość wody przechowywanej w gospodarstwie domowym, można zaliczyć: gotowanie, chlorowanie, dezynfekcję słoneczną, filtrację piaskową, filtrację membranową, a także flokulację i dezynfekcję. We współpracy z innymi sektorami uzgodnij wymagania w zakresie paliwa dla gospodarstw domowych i dostępu do wrzącej wody. Unikaj wprowadzania nieznanych metod oczyszczania wody w przypadku kryzysu i epidemii. Efektywne korzystanie z praktyk oczyszczania i bezpiecznego przechowywania wody w gospodarstwach domowych wymaga regularnego kontrolowania, wspierania i nadzorowania, a także jest warunkiem wstępnym dla przyjęcia takich praktyk jako alternatywnego podejścia do oczyszczania wody ⊕ *patrz: Załącznik 6: Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania*.

Jakość wody dla instytucji: Uzdatniaj chlorem lub innym preparatem zawierającym resztkowe ilości środka dezynfekującego wszystkie zasoby wody przeznaczone do szkół, szpitali, placówek opieki zdrowotnej i ośrodków żywienia ⊕ *patrz: Załącznik 3: Minimalne ilości wody: wskaźniki zapewniające przeżycie i ustalanie potrzeb w zakresie wody.*

Skażenie chemiczne i radiologiczne: W przypadku, gdy dane hydrogeologiczne lub wiedza na temat działań przemysłu lub wojska sugeruje, że zasoby wody mogą przenosić zagrożenia zdrowia publicznego o charakterze chemicznym lub radiologicznym, przeprowadź analizę chemiczną. Podjęcie decyzji o długotrwałym korzystaniu z prawdopodobnie skażonej wody powinno nastąpić wyłącznie po dokładnej analizie implikacji zdrowotnych oraz zatwierdzeniu przez władze lokalne.

3. Gospodarowanie odchodami

W celu zapewnienia poszanowania godności, bezpieczeństwa, zdrowia i dobrostanu niezbędne jest środowisko pozbawione odchodów ludzkich. Dotyczy to środowiska naturalnego oraz warunków mieszkaniowych, miejsca do nauki i pracy. Bezpieczne gospodarowanie odchodami jest priorytetem programu WASH. W sytuacjach kryzysowych jest to tak samo ważne, jak zapewnienie bezpiecznego zaopatrzenia w wodę.

Wszyscy ludzie powinni mieć dostęp do odpowiednich, bezpiecznych, czystych i niezawodnych toalet. Możliwość wypróżnienia się w godnych warunkach jest bardzo ważną sprawą dla każdej osoby. Odpowiedniość zależy od przyjętych zwyczajów kulturowych, codziennych obyczajów i nawyków, panujących poglądów, a także od tego, czy korzystano wcześniej z urządzeń sanitarnych. Niekontrolowane wypróżnianie się stanowi wysokie ryzyko dla zdrowia, szczególnie w populacjach o dużej gęstości, w sytuacji wysiedleń oraz w mokrych lub wilgotnych warunkach.

W sektorze WASH stosuje się różne pojęcia w celu zdefiniowana obiektów gospodarowania odchodami. W niniejszym Podręczniku słowo „toaleta" oznacza obiekt lub urządzenie, które bezpośrednio zatrzymuje odchody i tworzy pierwszą barierę między ludźmi a odpadami ⊕ *patrz: Załącznik 2: Wykres F.* Słowo „toaleta" jest stosowane w Podręczniku w miejsce słowa „latryna".

Oddzielenie odchodów ludzkich od człowieka tworzy wstępną barierę dla chorób przenoszonych przez odchody, ograniczając bezpośrednie i pośrednie drogi ich przenoszenia ⊕ *patrz: Załącznik 2: Wykres F.* Zabezpieczenie odchodów powinno być połączone z ich odbieraniem, transportowaniem, oczyszczaniem i usuwaniem, aby ograniczyć zagrożenia zdrowia publicznego oraz wpływ na środowisko.

Występowanie kału w warunkach mieszkaniowych, zapleczu do nauki i pracy może wskazywać na problemy związane z ochroną. Ludzie mogą się nie czuć bezpiecznie, kiedy korzystają z toalet, szczególnie w gęsto zaludnionych obszarach.

Na potrzeby niniejszego rozdziału pojęcie „odchody ludzkie" oznacza nieczystości wydalane przez ciało, szczególnie kał, mocz i odpady menstruacyjne. Standardy zawarte w niniejszym punkcie dotyczą całego łańcucha odchodów, od wstępnego zabezpieczenia do ostatecznej utylizacji.

Standard gospodarowania odchodami 3.1: Środowisko wolne od odchodów ludzkich

Wszystkie odchody są bezpiecznie składowane na miejscu, aby zapobiegać zanieczyszczeniu środowiska naturalnego i warunków mieszkaniowych, jak również zaplecza do nauki, pracy oraz środowiska komunalnego.

Kluczowe działania

1. Zorganizuj zaplecze w nowo powstałych osiedlach komunalnych lub tam, gdzie infrastruktura uległa znacznemu zniszczeniu, aby móc bezpośrednio zabezpieczać odchody.

2 Oczyść natychmiast powierzchnie zanieczyszczone odchodami w przestrzeni mieszkalnej, do nauki i pracy, a także źródła wody powierzchniowej.

3 Zaprojektuj i zbuduj wszystkie obiekty utylizacji odchodów zgodnie z oceną ryzyka potencjalnego zanieczyszczenia pobliskich wód powierzchniowych lub gruntowych.

- Oceń miejscową topografię, warunki gruntowe oraz wodę gruntową i powierzchniową (z uwzględnieniem wahań sezonowych) celem uniknięcia zanieczyszczenia źródeł wody oraz dostarczenia informacji do podjęcia decyzji natury technicznej.

4 Oddzielaj i utylizuj kał wydalany przez dzieci oraz niemowlęta w sposób bezpieczny.

5 Projektuj i buduj obiekty utylizacji odchodów, aby ograniczyć przedostawanie się wektorów do odchodów.

Kluczowe wskaźniki

Środowisko, w którym mieszkają, uczą się i pracują ludzie jest pozbawione ludzkich odchodów

Wszystkie obiekty szczelnego składowania odchodów są prawidłowo rozmieszczone i znajdują się w odpowiedniej odległości od źródeł wody powierzchniowej lub gruntowej

Wskazówki

Stopniowe wprowadzanie: Bezpośrednio po kryzysie pilnie przystąp do zajęcia się bezładnie składowanymi odchodami. Wyznacz miejsca defekacji, rozmieść i zbuduj toalety komunalne i rozpocznij uzgodnioną kampanię na rzecz promocji higieny. Zapobiegaj wypróżnianiu się w pobliżu wszelkich źródeł wody (wykorzystywanej do picia lub w innych celach) oraz obiektów przechowywania i uzdatniania wody. Nie ustanawiaj miejsc wypróżniania się w osadach umiejscowionych na zboczu gór lub od strony wiatru. Nie wyznaczaj ich wzdłuż dróg publicznych, w pobliżu obiektów komunalnych (szczególnie placówek opieki zdrowotnej i żywienia) ani w pobliżu obszarów przechowywania i przygotowywania żywności.

Przeprowadź kampanię na rzecz promocji higieny, która stanowi zachętę do bezpiecznego usuwania odchodów i tworzy zapotrzebowanie na większą ilość toalet.

Jeżeli kryzysy występują w mieście, oceń zakres uszkodzeń w istniejących systemach kanalizacji. Rozważ instalację toalet przenośnych lub używanie szamb i hermetycznych zbiorników, które można regularnie opróżniać.

Odległość od źródła wody: Zadbaj o to, aby materiał z odchodów pochodzących z obiektów składowania (latryny, doły, latryny ze zbiornikami murowanymi, szamba, doły chłonne) nie zanieczyszczał źródeł wody. Zanieczyszczenie fekaliami nie stanowi bezpośredniego zagrożenia zdrowia publicznego, jeśli woda nie jest spożywana, lecz należy zapobiegać szkodom dla środowiska.

W miarę możliwości przeprowadź badania przepuszczalności gleby, aby ustalić prędkość, z jaką odpady przemieszczają się przez glebę (wskaźnik infiltracji). Wykorzystaj je w celu ustalenia minimalnej odległości pomiędzy obiektami składowania a źródłami wody. Wskaźnik infiltracji będzie zależeć od stopnia nasycenia gleby, wydobycia ze źródła oraz charakterystyki odchodów (odchody bardziej wodniste przemieszczają się szybciej niż mniej wodniste).

Jeżeli nie można przeprowadzić badań przepuszczalności gleby, odległość pomiędzy obiektami składowania a źródłami wody powinna wynosić co najmniej 30 metrów, a dno dołów powinno się znajdować co najmniej na poziomie 1,5 metra nad zwierciadłem wód podziemnych. Zwiększ wskazane odległości w przypadku popękanych skał i wapienia, a zmniejsz w przypadku gleby drobnoziarnistej.

Jeżeli zwierciadło wody gruntowej znajduje się wysoko lub w sytuacji powodzi zapewnij wodoodporność infrastruktury składowania, aby zminimalizować skażenie wody gruntowej. Alternatywnie zbuduj toalety na podwyższeniu lub szczelne szamba na odchody i chroń środowisko przed zanieczyszczeniem. Zapobiegaj odprowadzaniu lub wyciekom ze szczelnych szamb, aby nie doprowadzić do skażenia źródeł wody powierzchniowej lub gruntowej.

W razie podejrzeń zanieczyszczenia niezwłocznie ustal źródło zanieczyszczenia i je kontroluj, a także uruchom oczyszczanie wody. Niektóre zanieczyszczenia wody można opanować poprzez zastosowanie metod oczyszczania, np. chlorowanie. Jednakże źródła takich zanieczyszczeń jak azotany powinny zostać ustalone i być kontrolowane. Przykładowo methemoglobinemia jest przewlekłą lecz wyleczalną chorobą związaną z wysokim stężeniem azotanów w wodzie pitnej ⊕ *patrz: Standard zaopatrzenia w wodę 2.2: Jakość wody*.

Składowanie odchodów dziecięcych: Odchody niemowląt i dzieci są zazwyczaj bardziej niebezpieczne od odchodów dorosłych. Infekcje przenoszone przez odchody występują zdecydowanie częściej wśród dzieci, a dzieci mogą nie mieć wytworzonych przeciwciał na infekcje. Przekaż rodzicom oraz opiekunom informacje na temat bezpiecznej utylizacji odchodów niemowląt, praktyk związanych z praniem i stosowaniem pieluch, nocników lub szufelek.

Standard gospodarowania odchodami 3.2: Dostęp i korzystanie z toalet

Ludzie mają stosowne, odpowiednie i akceptowalne toalety, z których mogą szybko, bezpiecznie i przez cały czas korzystać.

Kluczowe działania

1 Ustal najbardziej właściwe rozwiązania techniczne w zakresie toalet.

- Zaprojektuj i zbuduj toalety w celu zminimalizowania zagrożeń dla bezpieczeństwa użytkowników oraz pracowników utrzymania, szczególnie kobiet i dziewcząt, dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych.
- W stosownych przypadkach zapewnij podział wszystkich toalet komunalnych lub wspólnych według płci i wieku.

2 Oblicz wymogi ilościowe związane z toaletami dla ludności dotkniętej zgodnie z zagrożeniami zdrowia publicznego, zwyczajami kulturowymi, poborem i przechowywaniem wody.

3 Skonsultuj z reprezentatywnymi interesariuszami umiejscowienie, projekt oraz wdrożenie ewentualnych toalet wspólnych lub komunalnych.

- Rozważ dostęp i korzystanie z toalet z uwzględnieniem wieku, płci oraz niepełnosprawności; przez osoby mające trudności z poruszaniem się, osoby żyjące z HIV; osoby z problemem nietrzymania moczu i stolca.
- Usytuuj toalety komunalne wystarczająco blisko gospodarstw domowych, aby zapewnić bezpieczny dostęp, jak również wystarczającą odległość, aby gospodarstwa domowe nie były piętnowane z powodu bliskości toalet.

4 Zapewnij wewnątrz toalet odpowiednie urządzenia sanitarne do mycia i suszenia, a także możliwość usuwania menstruacyjnych środków higienicznych lub środków używanych przy nietrzymania moczu i stolca.

5 Zadbaj, aby możliwe było zaspokojenie zapotrzebowania na wodę tych rozwiązań technicznych.

- Zapewnij wystarczającą ilość wody do mycia rąk mydłem, do czyszczenia odbytu oraz do spłukiwania lub mechanizmów higienicznego uszczelniania, jeśli będą stosowane.

Kluczowe wskaźniki

Wskaźnik wspólnych toalet

- Minimum 1 na 20 osób

Odległość między miejscem zamieszkania a wspólną toaletą

- Maksymalnie 50 metrów

Odsetek toalet wyposażonych w wewnętrzne zamknięcie i właściwe oświetlenie

Odsetek toalet, które kobiety i dziewczęta uznały za bezpieczne

Odsetek kobiet i dziewcząt zadowolonych z dostępnych opcji higieny menstruacyjnej w toaletach, z których regularnie korzystają

Wskazówki

Co jest odpowiednie, stosowne i akceptowalne? Rodzaj zastosowanych toalet zależy od fazy reagowania, preferencji użytkowników docelowych, istniejącej infrastruktury, dostępności wody do spłukiwania oraz uszczelnień wodnych, właściwości tworzenia się gleby i dostępności materiałów budowlanych.

Ogólnie rzecz biorąc, toalety są odpowiednie, stosowne i akceptowalne, jeśli:

- zapewniają bezpieczne korzystanie z udogodnień całej populacji, łącznie z dziećmi, osobami starszymi, kobietami ciężarnymi i osobami niepełnosprawnymi;
- są umiejscowione w sposób minimalizujący zagrożenia bezpieczeństwa dla użytkowników, w szczególności dla kobiet i dziewcząt oraz osób mających szczególne obawy związane z ochroną;

- nie są usytuowane powyżej 50 metrów od miejsc zamieszkania;
- zapewniają prywatność zgodnie z oczekiwaniami użytkowników;
- łatwo z nich korzystać i utrzymać je w czystości (ogólnie czyste toalety są częściej używane);
- nie stanowią zagrożenia dla środowiska;
- jest w nich odpowiednio dużo miejsca dla różnych użytkowników;
- są wyposażone w zamknięcie wewnętrzne;
- zapewniają łatwy dostęp do wody do mycia rąk, czyszczenia odbytu i spłukiwania;
- umożliwiają zachowanie godności podczas czyszczenia, suszenia i usuwania higienicznych środków menstruacyjnych dla kobiet oraz środków używanych przy nietrzymaniu moczu i stolca przez dzieci i dorosłych;
- minimalizują rozmnażanie się much i komarów;
- minimalizują brzydki zapach.

Zapewnij osobom cierpiącym na choroby przewlekłe, np. HIV, łatwy dostęp do toalet. Często zmagają się z przewlekłą biegunką i mają ograniczoną możliwość poruszania się.

Nadzoruj korzystanie z toalet oraz odsetek osób, które zgłaszają, że toalety spełniają ich oczekiwania. Wykorzystuj te informacje w celu zrozumienia, które grupy są niezadowolone oraz jak poprawić sytuację. Rozważ dostęp oraz korzystanie z toalet z uwzględnieniem wieku, płci, niepełnosprawności, osób mających trudności z poruszaniem się, osób żyjących z HIV; osób z problemem nietrzymania moczu i stolca.

Dostępność: Wybrane opcje techniczne powinny szanować prawo wszystkich ludzi, łącznie z osobami niepełnosprawnymi, do bezpiecznego dostępu do zaplecza sanitarnego. Toalety przystosowane, albo dodatki do istniejących toalet, mogą być koniecznie zbudowane, dostosowane lub zakupione dla dzieci, osób starszych oraz osób niepełnosprawnych lub z problemem z nietrzymaniem moczu i stolca.Wytyczną jest, aby udostępnić jednoosobowe, neutralne płciowo toalety z rampami lub wejściem z poziomu gruntu, zapewniające łatwiejszą dostępność wewnątrz nadbudowy w liczbie **co najmniej 1 na 250 osób**.

Bezpieczne udogodnienia: Nieodpowiednie umiejscowienie toalet może narażać w większym stopniu kobiety i dziewczęta na ataki, szczególnie w nocy. Zadbaj o to, aby wszystkie grupy szczególnie narażone, z uwzględnieniem kobiet i dziewcząt, chłopców, osób starszych oraz innych osób o szczególnych obawach związanych z bezpieczeństwem, czuły się i były bezpieczne podczas korzystania z toalet w ciągu dnia oraz w nocy. Wyposaż obiekty w odpowiednie oświetlenie i rozważ dostarczenie latarek grupom szczególnie narażonym. Zapytaj społeczność, a szczególnie osoby najbardziej narażone, w jaki sposób zwiększyć ich bezpieczeństwo. Skonsultuj się z interesariuszami ze szkół, ośrodków opieki zdrowotnej i obiektów przyjaznych dla dzieci, targowisk oraz ośrodków żywienia.

Weź pod uwagę, że nie wystarczy skonsultować się tylko z kobietami i dziećmi w kwestii bezpiecznych i szanujących godność obiektów WASH, ponieważ w wielu środowiskach to mężczyźni kontrolują, co jest dozwolone dla kobiet i dzieci. Miej świadomość istniejących hierarchii społecznych oraz dynamiki władzy i aktywnie współpracuj z osobami podejmującymi decyzje, podkreślając prawo kobiet oraz dzieci do bezpiecznego dostępu do toalet i pryszniców.

Oświetlenie obiektów komunalnych może usprawnić dostęp, lecz może także zachęcać ludzi do korzystania z oświetlenia w innych celach. Współpracuj ze społecznością, szczególnie z osobami najbardziej narażonymi na ryzyko związane z bezpieczeństwem, aby ustalić alternatywne sposoby ograniczenia narażania ich na zagrożenia.

Ilościowe określenie wymagań dotyczących toalet: Rozważ, jak dostosować wymagania dotyczące toalet do kontekstu, aby odzwierciedlić zmiany w warunkach mieszkaniowych przed kryzysem i po nim, wymagania w miejscach publicznych oraz szczególne zagrożenia zdrowia publicznego, jeśli istnieją. W początkowych fazach nagłych kryzysów **rozwiązaniem natychmiastowym są toalety komunalne, a ich liczba minimalna powinna wynosić 1 na 50 osób**, co należy jak najszybciej poprawić. **Rozwiązaniem średnioterminowym jest minimum 1 toaleta na 20 osób**, przy czym współczynnik toalet damskich i męskich powinien wynosić 3:1. Informacje na temat planowania oraz liczba toalet, ⊕ *patrz: Załącznik 4*.

W gospodarstwie domowym, wspólne czy komunalne? Toalety w gospodarstwach domowych są rozwiązaniem idealnym pod względem bezpieczeństwa, wygody oraz godności użytkowników i wskazują na związek pomiędzy poczuciem własności a utrzymaniem. Czasami normą może być wspólne zaplecze dla małej grupy gospodarstw domowych. Toalety komunalne lub wspólne mogą być projektowane i budowane przy założeniu, że w przyszłości toalety będą się znajdować w gospodarstwach domowych. Na przykład pozostawienie korytarzy sanitarnych w osadach daje miejsce na budowę zaplecza komunalnego blisko schronień, po czym można zbudować zaplecza w gospodarstwach domowych, jeśli pozwoli na to budżet. Korytarze sanitarne zapewniają dostęp dla takich prac jak opróżnianie, utrzymanie i likwidacja.

Toalety komunalne są potrzebne także w niektórych punktach publicznych lub komunalnych, jak np. ośrodki opieki zdrowotnej, targowiska, ośrodki żywienia, placówki edukacyjne oraz recepcje lub obiekty administracji ⊕ *patrz: Załącznik 4: Minimalna liczba toalet w społeczności, miejscach publicznych i instytucjach*.

Komunalne obiekty sanitarne budowane podczas szybkiego reagowania mają specyficzne wymogi w zakresie eksploatacji i utrzymania. Opłacanie pracowników sprzątających toalety można uzgodnić ze społecznościami jako rozwiązanie tymczasowe, z jasną strategią wyjścia.

Woda i środki do czyszczenia odbytu: Projektując zaplecze, zapewnij dostępność wystarczającej ilości wody, papieru toaletowego oraz innych środków do czyszczenia odbytu. Skonsultuj się z użytkownikami, jakie środki do czyszczenia będą najodpowiedniejsze i zapewnij bezpieczną utylizację oraz ciągłe zaopatrzenie.

Mycie rąk: Zadbaj, aby zaplecze umożliwiało mycie rąk i było wyposażone w wodę i mydło (lub alternatywne rozwiązanie typu popiół), którego można użyć po skorzystaniu z toalety oraz aby umyć pupę dziecka, które się wypróżniło, a także przed spożywaniem i przygotowaniem żywności.

Higiena menstruacyjna: Toalety powinny być wyposażone w odpowiednie pojemniki do usuwania środków używanych podczas menstruacji, aby zapobiec zapychaniu rur kanalizacyjnych lub utrudnieniu opróżniania dołów czy szamb. Skonsultuj się z kobietami i dziewczętami w kwestii konstrukcji toalet, które będą przestronne, z dostępem do wody do mycia oraz miejscem do suszenia.

Standard gospodarowania odchodami 3.3: Zarządzanie i utrzymanie w zakresie odbioru, transportu, usuwania i oczyszczania odchodów

Obiekty utylizacji odchodów, infrastruktura i systemy są zarządzane oraz utrzymywane w bezpieczny sposób, aby zapewnić dostępność usług i zminimalizować wpływ na otaczające środowisko.

Kluczowe działania

1. Ustanów systemy odbierania, transportu, oczyszczania i usuwania, które są zgodne z systemami lokalnymi, poprzez współpracę z władzami lokalnymi odpowiedzialnymi za utylizację odchodów.

- Wprowadź istniejące standardy krajowe i zadbaj, aby jakiekolwiek dodatkowe obciążenie istniejących systemów nie miało negatywnego wpływu na środowisko lub społeczności.
- Uzgodnij z władzami lokalnymi i właścicielami gruntów możliwość wykorzystania gruntów do oczyszczania oraz usuwania w miejscu zewnętrznym.

2. Zdefiniuj systemy do zarządzania toaletami w perspektywie krótko- i długoterminowej, w szczególności konstrukcje podziemne (doły, zbiorniki murowane, szamba, doły chłonne).

- Zaprojektuj i ustal rozmiary konstrukcji podziemnych, aby zagwarantować, że wszystkie odchody są składowane w sposób bezpieczny, a doły mogą być opróżniane.
- Ustanów precyzyjne oraz odpowiedzialne role i obowiązki oraz zdefiniuj źródła finansowania dla przyszłej eksploatacji i utrzymania.

3. Zadbaj o bezpieczne opróżnianie obiektów składowania, biorąc pod uwagę osoby zajmujące się opróżnianiem i osoby znajdujące się w ich pobliżu.

4. Zapewnij ludziom dostęp do informacji, środków, narzędzi i materiałów niezbędnych do budowy, czyszczenia, naprawy oraz utrzymania ich własnych toalet.

- Prowadź kampanie promujące higienę w zakresie używania, czyszczenia i utrzymywania toalet.

5. Sprawdź, czy wodę niezbędną do transportu odchodów można uzyskać z dostępnych źródeł wody, nie przeciążając tych źródeł.

Kluczowy wskaźnik

Wszystkie odchody ludzkie są utylizowane w sposób bezpieczny dla zdrowia publicznego i środowiska

Wskazówki

Opróżnianie polega na usuwaniu odchodów (nieoczyszczonych i oczyszczonych) z dołu, zbiornika murowanego lub komory i transportowaniu do obiektu

oczyszczania i usuwania w miejscu zewnętrznym. Jeśli konieczne jest odmulanie, należy je uwzględniać w procedurach eksploatacji i utrzymania oraz budżecie od samego początku.

Nieczystości lub przydomowe odpady płynne są traktowane jako ścieki, kiedy są zmieszane z odchodami ludzkimi. Jeżeli osada nie jest usytuowana w miejscu, którym już jest system kanalizacyjny, przydomowe odpady płynne nie powinny być mieszane z odchodami ludzkimi. Ścieki trudniej oczyszczać i jest to rozwiązanie droższe niż oczyszczanie przydomowych odpadów płynnych.

Planowanie: Wstępnie zaplanuj 1-2 litry objętości odchodów dziennie na osobę. W perspektywie długoterminowej zaplanuj 40-90 litrów na osobę rocznie – objętość odchodów zmniejsza się wraz w miarę rozkładu. Rzeczywista objętość zależy od tego, czy do spłukiwania służy woda, czy do czyszczenia odbytu służy woda lub materiał oraz czy do sprzątania toalet służy woda i inne materiały, a także od diety użytkowników. Zadbaj, aby woda przydomowa pochodząca z mycia i gotowania lub prania i kąpieli nie wpływała do szczelnych obiektów, ponieważ większa ilość wody oznacza częstsze opróżnianie. Zostaw margines 0,5 metra w górnej części dołu, aby umożliwić jego zasypanie.

Informacje na temat szczególnych sytuacji zdrowia publicznego typu ogniska cholery, ⊕ *patrz: Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*

Lokalne targowiska: W miarę możliwości przy budowie toalet korzystaj z dostępnych lokalnie materiałów i robocizny. To wspiera zaangażowanie w korzystanie z zaplecza i jego utrzymywanie.

Składowanie odchodów w trudnym środowisku: W przypadku powodzi lub kryzysów w obszarach miejskich zapewnienie odpowiednich obiektów do zabezpieczania odchodów może być szczególnie trudne. W takich sytuacjach rozważ podwyższone toalety, toalety z odprowadzaniem moczu, szczelne zbiorniki kanalizacyjne oraz tymczasowe worki plastikowe jednorazowego użytku, mające odpowiednie systemy gromadzenia i usuwania. Wspieraj te różne metody poprzez działania promujące higienę.

Odchody wykorzystywane jako zasób: Odchody mogą stanowić potencjalny zasób. Dostępna jest technologia umożliwiająca przekształcenie przetworzonych osadów w energię, np. w formie brykietów lub biogazu. Ekologiczna infrastruktura sanitarna lub procesy kompostowania odzyskują organiczne cząstki oraz substancje odżywcze z połączonych nieczystości ludzkich i kuchennych odpadów organicznych. Powstały kompost można wykorzystywać do uzdatniana gruntu lub jako nawóz do przydomowych ogrodów.

4. Zwalczanie wektorów

Wektory są przenosicielami chorób, które tworzą ścieżkę umożliwiającą przedostawanie się chorób ze źródła na ludzi. Choroby przenoszone przez wektory są główną przyczyną dolegliwości zdrowotnych i śmierci w wielu placówkach humanitarnych. Większość wektorów to owady takie jak komary, muchy i wszy, lecz nosicielami chorób mogą być także gryzonie. Niektóre wektory mogą powodować bolesne ukąszenia. Czynnikami wywołującymi wektory mogą być: problemy związane z utylizacją odpadów stałych, odwadnianiem lub usuwaniem odchodów, niewłaściwym wyborem terenu lub szerszymi problemami w zakresie bezpieczeństwa.

Choroby przenoszone przez wektory mogą mieć złożony charakter, a rozwiązywanie związanych z nimi problemów może wymagać specjalistycznego doradztwa. Jednakże rozprzestrzenianiu się tych chorób mogą zapobiec proste i skuteczne środki.

Programy zwalczania wektorów mogą nie przynieść efektu, jeżeli koncentrują się na niewłaściwym wektorze, są oparte na nieskutecznych metodach lub są ukierunkowane na właściwy wektor, lecz nieodpowiednie miejsce lub czas Mechanizmy zwalczania muszą być ukierunkowane i oparte o cykle życia oraz środowisko występowania wektorów.

Programy zwalczania powinny zmierzać do zmniejszenia populacji wektorów, miejsc lęgowych oraz ograniczenia kontaktu ludzi z przenosicielami chorób. Opracowując programy zwalczania, zapoznaj się z dotychczasowymi badaniami i zwróć się o fachową poradę do krajowych oraz międzynarodowych organizacji zdrowia. Zasięgnij porady lokalnych źródeł wiedzy na temat wzorców chorób, miejsc lęgowych i wahań sezonowych w zakresie liczebności wektorów oraz zapadalności na choroby.

Standardy w tej części są nastawione na ograniczanie lub eliminowanie problematycznych wektorów w celu zapobiegania chorobom wektorowym i zmniejszenia uciążliwości. Wymagane jest prowadzenie kontroli wektorów w różnych sektorach ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2*, *Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.1* i *Standard pomocy żywnościowej 6.2*.

Standard zwalczania wektorów 4.1: Zwalczanie wektorów na poziomie osiedla

Ludzie mieszkają w środowisku, w którym podejmuje się działania w miejscach lęgowych i miejscach żerowania, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów wywoływanych przez wektory.

Kluczowe działania

1 Oceń ryzyko występowania chorób wektorowych na określonym obszarze.

- Ustal, czy wskaźnik zachorowalności w danym obszarze jest wyższy od wskaźnika Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) lub istniejącej normy krajowej dla chorób.

- Poznaj potencjalne miejsca lęgowe oraz cykl życia wektorów, szczególnie w przypadku żerowania, zgodnie z lokalną wiedzą fachową i informacjami na temat ważnych przenosicieli chorób.

2 Dostosuj działania humanitarne podejmowane na rzecz zwalczania wektorów do lokalnych planów lub systemów zwalczania wektorów, a także krajowych wytycznych, programów lub zasad.

3 Ustal, czy zwalczanie wektorów za pomocą środków chemicznych lub niechemicznych poza gospodarstwami domowymi ma zastosowanie, na podstawie znajomości cyklów życia wektorów.

- Poinformuj populację o potencjalnych zagrożeniach związanych ze zwalczaniem wektorów za pomocą środków chemicznych oraz o harmonogramie stosowania środków chemicznych.
- Przeszkol i wyposaż wszystkich pracowników obsługujących środki chemiczne w środki ochrony osobistej (ŚOO) i odzież ochronną.

Kluczowy wskaźnik

Odsetek zidentyfikowanych miejsc lęgowych, w których cykl życia wektorów został zakłócony

Wskazówki

Osiedla komunalne: Aby zminimalizować narażenie ludności dotkniętej na ryzyko wystąpienia choroby wektorowej, istotny jest wybór miejsca. Powinien to być jeden z najważniejszych czynników branych pod uwagę przy rozważaniu usytuowania. Np. w celu zwalczania malarii rozmieść osiedla komunalne w odległości 1-2 kilometrów od strony wiatru od dużych miejsc lęgowych takich jak obszary podmokłe lub jeziora, lecz zapewnij dostęp do dodatkowego źródła czystej wody. Weź pod uwagę wpływ nowego terenu zasiedlenia na występowanie problemów związanych z wektorami w sąsiednich społecznościach przyjmujących ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia*.

Ocena czynników ryzyka: Podejmuj decyzje dotyczące działań na rzecz zwalczania wektorów zgodnie z oceną ryzyka występowania chorób i innych zagrożeń, a także zgodnie z dowodami epidemiologicznymi oraz klinicznymi, dotyczącymi problemów związanych z chorobami wektorowymi. Przeanalizuj podejrzewane oraz potwierdzone przypadki na przestrzeni dwóch ostatnich lat na określonym obszarze. Wśród innych czynników wpływających na ryzyko można wymienić:

- stopień odporności populacji, w tym m.in. wcześniejsze narażenia, a także stres związany z żywieniem i inne rodzaje obciążeń;
- przemieszczanie się ludzi z obszaru nieendemicznego do obszaru endemicznego podczas wysiedlenia;
- rodzaj i częstość występowania patogenów, zarówno wśród wektorów jak i u ludzi;

- gatunki, ilości, zachowania i ekologia wektorów (sezon, miejsca lęgowe) oraz potencjalne sposoby wzajemnego oddziaływania;
- zwiększone narażenie na wektory w wyniku bliskości, układu zasiedlenia, rodzaju schronienia, istniejącej ochrony indywidualnej i metod unikania.

Usunięcie lub zmodyfikowanie miejsc rozmnażania i żerowania wektorów: Wiele działań z zakresu WASH może mieć kluczowy wpływ na miejsca rozmnażania i żerowania poprzez:

- eliminowanie zastałej wody lub obszarów podmokłych wokół punktów dystrybucji wody, stanowisk do mycia i pralni;
- zarządzanie przechowywaniem odpadów stałych na poziomie gospodarstwa domowego, podczas ich odbioru i transportu oraz w miejscach przetwarzania i unieszkodliwiania;
- zapewnienie pokryw do zbiorników na wodę;
- utylizacja odchodów;
- czyszczenie płyt i nadbudówek toaletowych, aby eliminować obecność wektorów;
- uszczelnianie dołów na odchody, aby żadne fekalia nie mogły się przedostać do środowiska oraz aby problematyczne wektory nie mogły się dostać do dołów;
- prowadzenie programów promocji higieny w zakresie czystości ogólnej; oraz
- zakrywanie studni i/lub oczyszczanie ich środkiem larwobójczym, np. na obszarach endemicznych gorączki dengi.

Trzy główne gatunki komarów, które przenoszą choroby to:

- *Culex* (filariozy i gorączka Zachodniego Nilu), który mnoży się w stojącej wodzie z materią organiczną, np. w toaletach;
- *Widliszek (Anopheles)* (malaria i filariozy), który mnoży się w relatywnie niezanieczyszczonej wodzie powierzchniowej, np. w kałużach, wolno płynących strumieniach i studniach;
- *Komar Aedes* (denga, żółta gorączka, gorączka czikungunia i wirus Zika), który mnoży się w zbiornikach z wodą, np. w butelkach, wiadrach i oponach.

Zwalczanie biologiczne i niechemiczne: Zwalczanie biologiczne polega na wprowadzeniu organizmów, na które polują, na których pasożytują, z którymi konkurują bądź które zmniejszają populację docelowych gatunków wektorów. Np. ryby żywiące się larwami i skorupiaki słodkowodne mogą zwalczać komary *Aedes* (wektory dengi). Jedną z najbardziej obiecujących strategii jest wykorzystanie endosymbiotycznych bakterii *Wolbachia*, które są stosowane do ograniczenia przenoszenia wirusa dengi. Zwalczanie biologiczne może być skuteczne w niektórych środowiskach operacyjnych, a dowody wskazują, że przynosi skutki na dużą skalę.

Chociaż zwalczanie biologiczne zapobiega chemicznemu skażeniu środowiska, mogą występować ograniczenia operacyjne i niepożądane konsekwencje ekologiczne. Metody zwalczania biologicznego są skuteczne tylko wobec niedojrzałych stadiów komarów przenoszących choroby i zazwyczaj mogą

być stosowane tylko w dużych betonowych lub glinianych zbiornikach do przechowywania wody lub w studniach. Zasadnicze znaczenie ma skłonność lokalnych społeczności do zaakceptowania wprowadzenia organizmów do zbiorników z wodą. Zaangażowanie społeczności jest pożądane przy dystrybucji organizmów zwalczających oraz w razie potrzeby przy kontrolowaniu i uzupełnianiu ich w zbiornikach.

Działania techniczne związane z ochroną środowiska: Ograniczyć rozmnażanie wektorów pomaga kilka podstawowych środków technicznych:

- odpowiednie usuwanie odchodów ludzkich i zwierzęcych, prawidłowo funkcjonujące toalety oraz trwałe zakrywanie dołów latryn, w których się kuca w celu wypróżnienia się;
- prawidłowe usuwanie odpadów stałych w celu zwalczania owadów i gryzoni;
- zapewnienie odpowiedniego odwadniania na osiedlach;
- odprowadzanie wody stojącej oraz usuwanie roślinności wokół kanałów otwartych i stawów w celu zwalczania komarów.

Powyższe środki pozwalają ograniczyć gęstość populacji niektórych wektorów. Mogą nie przynieść odpowiednich skutków we wszystkich miejscach lęgowych, żerowiskach i miejscach odpoczynku wektorów w obrębie lub w pobliżu osiedla, nawet w perspektywie długoterminowej. W takiej sytuacji rozważ punktowe zastosowanie metody chemicznej lub indywidualnych środków ochrony. Opryskiwanie zainfekowanych powierzchni może zmniejszyć ilość dorosłych osobników i zapobiegać epidemii biegunki lub pomóc zminimalizować obciążenie chorobami, jeśli jest stosowane podczas pandemii. Opryskiwanie pomieszczeń ograniczy zagęszczenie dorosłych komarów przenoszących malarię lub dengę. Trujące przynęty zmniejszą populację gryzoni.

Protokoły krajowe i międzynarodowe: Organizacja WHO opublikowała przejrzyste protokoły i normy międzynarodowe, które obejmują zarówno wybór oraz stosowanie chemikaliów w ramach zwalczania wektorów, jak i ochronę personelu oraz wymagania w zakresie szkoleń. Środki zwalczania wektorów powinny uwzględniać dwie istotne kwestie: skuteczność i bezpieczeństwo. Jeżeli normy krajowe w zakresie wyboru środków chemicznych nie spełniają standardów międzynarodowych, skonsultuj się oraz oddziałuj na odpowiednie organy krajowe, aby uzyskać zezwolenie na przestrzeganie standardów międzynarodowych.

Ochrona wszystkich pracowników obsługujących środki chemiczne poprzez zapewnienie szkoleń, odzieży ochronnej i zaplecza do kąpieli, a także ograniczenie ilości godzin spędzanych przy obsłudze środków chemicznych.

Koordynacja z leczeniem malarii: Wprowadź strategie zwalczania wektorów malarii równocześnie z wczesną diagnozą i podawaniem leków przeciwmalarycznych ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.1: Profilaktyka*.

Standard zwalczania wektorów 4.2: Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w celu zwalczania wektorów

Wszystkie osoby dotknięte mają wiedzę oraz środki, aby chronić siebie i swoje rodziny przed wektorami, które powodują znaczące zagrożenie dla zdrowia lub dobrostanu.

Kluczowe działania

1. Oceń bieżące praktyki unikania lub odstraszania wektorów na poziomie gospodarstw domowych oraz w ramach ogólnego programu promocji higieny.
   - Określ bariery dla przyjęcia efektywniejszych zachowań i czynników motywujących.
2. Wykorzystuj angażujące i przystępne kampanie uświadamiające, aby informować ludzi o problematycznych wektorach, okresach oraz miejscach charakteryzujących się wysokim ryzykiem przenoszenia chorób, a także środkach zapobiegawczych.
   - Nadzoruj szczególnie grupy wysokiego ryzyka.
3. Przeprowadź ocenę rynku lokalnego pod kątem odpowiednich i skutecznych środków zapobiegawczych.
   - Rozważ wzmocnienie rynków, aby zapewnić zrównoważone źródło środków zapobiegawczych.
   - Opracuj plan zakupów, dystrybucji i wdrożenia w zakresie artykułów służących do zwalczania wektorów we współpracy ze społecznością, władzami lokalnymi oraz innymi sektorami, jeśli lokalne rynki nie są w stanie zaspokoić zapotrzebowania.
4. Przeszkol społeczności w zakresie nadzorowania, zgłaszania i przekazywania informacji zwrotnych na temat problematycznych wektorów oraz programu zwalczania wektorów.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek osób dotkniętych, które potrafią poprawnie opisać drogi przenoszenia i środki zwalczania wektorów na poziomie gospodarstwa domowego

Odsetek osób, które podjęły odpowiednie działania, aby zapewnić sobie ochronę przed określonymi chorobami wektorowymi

Odsetek gospodarstw domowych, które właściwie zabezpieczają przechowywaną żywność

Wskazówki

Indywidualne środki ochrony w przypadku malarii: Systematyczne środki ochrony takie jak namioty owadobójcze, zasłony oraz moskitiery na łóżka są dostępne na czas i pomagają chronić przed malarią. Trwałe siatki owadobójcze zapewniają częściową ochronę przed wszawicą ciała i głowy, pchłami, kleszczami, karaluchami oraz pluskwami. Korzystaj z innych metod ochrony, jak np. odzież z długimi rękawami i nogawkami, fumiganty do użytku domowego, spirale owadobójcze, aerozole i środki odstraszające komary. Wspieraj stosowanie tych metod przez osoby najbardziej narażone na ryzyko: dzieci poniżej piątego roku życia, osoby z zaburzeniami układu odpornościowego i kobiety w ciąży.

Grupy wysokiego ryzyka: Niektóre grupy społeczne są bardziej narażone na choroby wektorowe, w szczególności noworodki i małe dzieci, osoby starsze, osoby niepełnosprawne, osoby chore oraz kobiety ciężarne i karmiące piersią. Określ grupy wysokiego ryzyka i podejmij odpowiednie kroki w celu ograniczenia tego ryzyka. Zadbaj o zapobieganie stygmatyzacji.

Mobilizacja i komunikacja społeczna: W celu ograniczenia siedlisk stadium larwalnego i populacji dorosłych przenosicieli chorób konieczna jest zmiana zachowań zarówno na poziomie jednostek, jak i społeczności. Działania na rzecz mobilizacji i komunikacji społecznej powinny być w pełni zintegrowane z wysiłkami podejmowanymi w ramach zapobiegania powstawaniu wektorów oraz ich zwalczania, z wykorzystaniem różnych kanałów.

Indywidualne środki ochrony związane z innymi wektorami: Odpowiednia higiena osobista oraz regularne pranie ubrań i pościeli zapewniają najskuteczniejszą ochronę przed wszawicą ciała. Zwalczaj zakażenia przy pomocy leczenia indywidualnego (posypywanie proszkiem), masowego prania lub akcji odwszawiania. Opracuj i stosuj protokoły leczenia dla nowych osób przybywających do osady. Czyste warunki w gospodarstwie domowym, skuteczne usuwanie odpadów oraz odpowiednie przechowywanie gotowanej i surowej żywności odstraszą szczury, inne gryzonie oraz owady (np. karaluchy) przed wchodzeniem do domów lub schronień ⊕ *patrz: Standard promocji higieny 1.1: Promocja higieny*.

5. Gospodarowanie odpadami stałymi

Gospodarowanie odpadami stałymi jest procesem obejmującym obsługiwanie oraz usuwanie stałych odpadów organicznych i nieorganicznych. Polega na:

- planowaniu systemów gospodarowania odpadami stałymi;
- obsługiwaniu, oddzielaniu, przechowywaniu, sortowaniu i przetwarzaniu odpadów u źródła;
- przekazywaniu do punktu odbioru;
- przewożeniu i ostatecznym unieszkodliwieniu, wtórnemu wykorzystaniu, zmianie przeznaczenia lub recyklingu.

Odpady mogą powstawać na poziomie gospodarstw domowych, instytucji lub społeczności i obejmować odpady medyczne. Odpady dzielą się na niebezpieczne lub inne niż niebezpieczne. Nieodpowiednie gospodarowanie odpadami stałymi stanowi zagrożenie zdrowia publicznego, ponieważ może tworzyć dogodne siedliska dla owadów, gryzoni lub innych wektorów chorób ⊕ *patrz: Standard zwalczania wektorów 4.1: Zwalczanie wektorów na poziomie osiedla* Nieprzetworzone odpady mogą zanieczyszczać wody powierzchniowe i gruntowe. Dzieci mogą urządzać zabawy w słabo zagospodarowanych odpadach stałych, narażając się na urazy lub choroby. Zbieracze odpadów, którzy zarabiają pieniądze na zbieraniu surowców wtórnych z wysypisk śmieci mogą być narażeni na urazy lub choroby zakaźne.

Odpady stałe mogą blokować systemy odwadniania, powodować zastoje i zanieczyszczenie wód powierzchniowych, które mogą stać się siedliskiem dla wektorów i stwarzać inne zagrożenia zdrowia publicznego.

Niniejsze standardy nie obejmują przetwarzania lub usuwania ścieków ani odcieków chemicznych. Źródła informacji na temat obsługi i przetwarzania odpadów niebezpiecznych, ⊕ *patrz: Źródła i materiały dodatkowe.* Źródła informacji na temat obsługi i przetwarzania odpadów niebezpiecznych. W kwestii odpadów medycznych ⊕ *patrz: Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*

Standard gospodarowania odpadami stałymi 5.1: Środowisko wolne od odpadów stałych

Odpady stałe są bezpiecznie składowane, aby zapobiegać zanieczyszczeniu środowiska naturalnego, warunków mieszkaniowych oraz miejsc do nauki, pracy i środowiska komunalnego.

Kluczowe działania

1. Zaprojektuj program usuwania odpadów stałych zgodnie z zagrożeniami zdrowia publicznego, oceną odpadów wytwarzanych przez gospodarstwa domowe i instytucje oraz istniejącą praktyką.

- Oceń lokalne możliwości wtórnego wykorzystania, zmiany przeznaczenia, recyklingu lub kompostowania.
- Zrozum role kobiet, mężczyzn, dziewcząt i chłopców w gospodarowaniu odpadami stałymi, aby unikać dodatkowego ryzyka związanego z ochroną.

2 We współpracy z lokalnymi lub gminnymi władzami i dostawcami usług zadbaj o to, aby istniejące systemy oraz infrastruktura nie były przeciążone, szczególnie w obszarach miejskich.

- Zadbaj, aby nowe oraz istniejące obiekty przetwarzania i utylizacji znajdujące się w miejscu zewnętrznym były dostępne dla wszystkich.
- Ustanów ramy czasowe w celu jak najszybszego zapewnienia zgodności z lokalnymi standardami zdrowia lub zasadami w zakresie gospodarowania odpadami stałymi.

3 Organizuj okresowe lub ukierunkowane kampanie sprzątania odpadów stałych i zadbaj o odpowiednią infrastrukturę wspierającą kampanię.

4 Zapewnij odzież ochronną oraz szczepienia dla osób, które odbierają i utylizują opady stałe, oraz osób zajmujących się wtórnym wykorzystaniem lub zmianą przeznaczenia.

5 Zadbaj, aby zarządzanie obiektami przetwarzania odpadów przebiegało w sposób właściwy, odpowiedni i bezpieczny.

- Korzystaj z bezpiecznych i odpowiednich metod przetwarzania oraz unieszkodliwiania, jak np. zakopywanie, kontrolowane składowanie w terenie i spalanie.
- Zarządzaj placówkami utylizacji odpadów, aby zapobiegać lub minimalizować ryzyko związane z ochroną, szczególnie w przypadku dzieci.

6 Minimalizuj materiały opakowaniowe i ograniczaj obciążenie odpadami stałymi poprzez współpracę z organizacjami zajmującymi się dystrybucją żywności oraz artykułów gospodarstwa domowego.

Kluczowy wskaźnik

W pobliżu okolicznych lub komunalnych ogólnodostępnych punktów odbioru odpadów nie ma nagromadzonych odpadów stałych.

Wskazówki

Osoby przemieszczające się pozbywają się przedmiotów, które są ciężkie lub które nie są już potrzebne. Generowanie odpadów stałych w punktach dystrybucji może wzmagać napięcia z populacjami przyjmującymi. Ilość odpadów stałych będzie rosła, jeżeli dystrybuowane artykuły gospodarstwa domowego nie będą spełniać rzeczywistych potrzeb. Takie odpady stałe prawdopodobnie będą składały się z innych materiałów niż odpady generowane lokalnie i mogą wymagać innego przetwarzania lub utylizacji.

Obszary miejskie: Infrastruktura gospodarki odpadami stałymi w obszarach miejskich może być zintegrowana z innymi systemami usług. We współpracy z istniejącymi władzami i systemami zajmij się dodatkowym obciążeniem związanym z odpadami stałymi.

Ochrona osób zajmujących się odpadami: Zorganizuj odzież ochronną wszystkim osobom zaangażowanym w utylizację odpadów stałych. Zapewnij przynajmniej rękawice. Najlepiej zapewnić także obuwie i maski ochronne. W razie potrzeby zorganizuj szczepienia na tężec i żółtaczkę typu B. Udostępnij mydło i wodę do mycia rąk i twarzy. Poinformuj i przeszkol pracowników w zakresie prawidłowych metod transportu oraz usuwania odpadów i ryzyka powiązanego z nieprawidłowym gospodarowaniem ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.1: Profilaktyka.*

Osoby obsługujące odpady mogą być postrzegane jako brudne lub biedne. Konsultacje ze społecznością mogą pomóc w zmianie postaw. Pomocne będzie także zapewnienie osobom obsługującym odpady odpowiedniego sprzętu oraz umożliwienie im utrzymania czystości.

Osiedla komunalne i obszary wiejskie: Utylizowanie odpadów przez gospodarstwa domowe może być możliwe, a nawet preferowane na osiedlach komunalnych i terenach o mniejszym zagęszczeniu ludności. Ustal rozmiar przydomowych dołów do zakopywania lub palenia odpadów stałych na podstawie wielkości gospodarstwa domowego i oceny strumienia odpadów. Przydomowe doły powinny być odpowiednio ogrodzone, aby nie miały do nich dostępu dzieci ani zwierzęta, i najlepiej gdyby były usytuowane co najmniej 15 metrów od zabudowań.

W przypadku okolicznych lub komunalnych punktów odbioru wstępnie zapewnij 100-litrowy kontener na każde 40 gospodarstw domowych. W dłuższej perspektywie udostępnij jeden kontener na dziesięć gospodarstw domowych, ponieważ z biegiem czasu gospodarstwa domowe będą prawdopodobnie generować więcej odpadów. Orientacyjnie na każde 1000 osób powinien być dostępny personel utrzymania w wymiarze 2,5 etatów.

Wtórne wykorzystanie, zmiana przeznaczenia i recykling: Zachęcaj społeczność do wtórnego wykorzystywania, zmiany przeznaczenia lub recyklingu odpadów stałych, o ile nie stanowi to znaczącego zagrożenia zdrowia publicznego. Rozważ potencjalne możliwości prowadzenia działalności na małą skalę lub generowania dodatkowego przychodu z recyklingu odpadów oraz możliwości przydomowego lub komunalnego kompostowania odpadów organicznych.

Standard gospodarowania odpadami stałymi 5.2: Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w celu zapewnienia bezpiecznego gospodarowania odpadami stałymi

Ludzie mogą bezpiecznie gromadzić i potencjalnie przetwarzać odpady stałe w swoich gospodarstwach domowych.

Kluczowe działania

1. Zapewnij gospodarstwom domowym wygodne rozwiązanie o odpowiednich rozmiarach i z zamknięciem do składowania odpadów przydomowych lub pojemniki dla grupek gospodarstw domowych.

- Uwzględnij preferencje gospodarstwa domowego dotyczące liczby oraz rozmiarów pojemników do wtórnego wykorzystania i recyklingu.

2 Zapewnij dostęp do wyraźnie oznaczonych i ogrodzonych publicznych punktów odbioru, w których gospodarstwa domowe mogą codziennie oddawać odpady.

3 Zorganizuj system regularnego odbierania odpadów z gospodarstw domowych i innych odpadów z wyznaczonych publicznych punktów odbioru.

4 Zapewnij bezpieczne zarządzanie dołami do zakopywania lub spalania odpadów na poziomie gospodarstwa domowego lub na poziomie komunalnym.

Kluczowe wskaźniki

Procent gospodarstw domowych mających dostęp do wyznaczonych okolicznych lub komunalnych punktów odbioru odpadów stałych w akceptowalnej odległości od zabudowań

Odsetek gospodarstw domowych zgłaszających właściwe i odpowiednie przechowywanie odpadów na poziomie gospodarstwa domowego

Wskazówki

Planowanie: Ilość odpadów stałych generowanych przez ludzi zależy od sposobu pozyskiwania i gotowania żywności oraz od tego, jakie czynności są wykonywane w obrębie lub w pobliżu gospodarstwa domowego. Wahania mogą występować sezonowo i często odzwierciedlają harmonogramy dystrybucyjno-handlowe. Załóż, że jedna osoba generuje 0,5 kilograma odpadów stałych dziennie. Odpowiada to 1-3 litrom na osobę dziennie przy założeniu, że typowe zagęszczenie odpadów stałych wynosi od 200 do 400kg/m^3.

Standard gospodarowania odpadami stałymi 5.3: Systemy zarządzania odpadami stałymi na poziomie społeczności

Wyznaczone publiczne punkty odbioru nie są przepełnione odpadami, a ostateczne przetwarzanie lub unieszkodliwianie odpadów odbywa się w sposób bezpieczny.

Kluczowe działania

1 Zadbaj, aby instytucje takie jak szkoły i miejsca do nauki, miejsca przyjazne dzieciom oraz biura administracji miały wyraźnie oznaczone i odpowiednio zamykane miejscowe punkty składowania odpadów generowanych w danej lokalizacji.

2 Zorganizuj wyraźnie oznaczone i ogrodzone miejsca składowania śmieci generowanych w obszarach komunalnych, szczególnie na formalnych lub nieformalnych targowiskach, w węzłach komunikacyjnych oraz ośrodkach rejestracji.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek szkół oraz ośrodków nauki z odpowiednim i właściwym składowaniem odpadów

Odsetek targowisk publicznych z odpowiednim i właściwym składowaniem odpadów

Odsetek dołów na odpady lub spalarń w szkołach, ośrodkach nauki, targowiskach publicznych i innych instytucjach publicznych, które są zarządzane w bezpieczny sposób

Wskazówki

Odpady z targowisk: Targowiska wymagają szczególnej uwagi, ponieważ obszary komunalne często nie mają wyznaczonych osób odpowiedzialnych i obowiązków w zakresie zarządzania odpadami stałymi. Postępuj z większością odpadów z targowisk w taki sam sposób, jak z odpadami stałymi z gospodarstw domowych.

Odpady z ubojni: Dbaj, aby uboje były przeprowadzane w sposób higieniczny i zgodny z przepisami lokalnymi. Większość odpadów wytwarzanych przez rzeźnie i targi rybne można traktować jako odpady stałe z gospodarstw domowych, lecz zwracaj szczególną uwagę na ich odpady płynne. Jeśli to stosowne, składuj takie odpady w zakrywanych dołach obok rzeźni lub zakładu przetwórstwa rybnego. Krew i inne odpady płynne odprowadzaj do dołu za pomocą kanału zakrywanego płytą, aby ograniczyć owadom dostęp do dołu. Udostępnij wodę niezbędną do czyszczenia.

6. WASH w ogniskach chorób i placówkach opieki zdrowotnej

WASH i podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej wspólnie pracują nad ograniczeniem zagrożeń zdrowia publicznego, zapobieganiem przenoszeniu chorób i ograniczaniem ognisk chorób. Ścisła koordynacja ze strukturami rządowymi i partnerami – w tych dwóch sektorach – jest konieczna, aby opanować zagrożenia zdrowia publicznego w społeczności i w placówkach opieki zdrowotnej. Ten standard stanowi rozwinięcie standardów WASH 1-5 i rozdziału Zdrowie, z którymi należy zapoznać się w całości i które powinny kierować wszystkimi interwencjami technicznymi.

Zapobieganie i ograniczanie infekcji (ZKI) jest kluczowym działaniem w kwestii zapobiegania chorobom w każdej sytuacji oraz w przypadku reagowania na występowanie ognisk. Ma krytyczne znaczenie dla pacjenta, pracownika opieki zdrowotnej i społeczności. Obowiązkiem instytucji opieki zdrowotnej jest dbanie o to, aby w placówkach opieki zdrowotnej były przestrzegane Standardy Minimalne, lecz podejmowanie działań w tym zakresie często wymaga ustrukturyzowanej współpracy i wsparcia ze strony podmiotów WASH.

Dobre i konsekwentnie stosowane praktyki WASH, zarówno w społeczności, jak i w placówkach opieki zdrowotnej, zmniejszy przenoszenie chorób zakaźnych i pomoże ograniczyć ogniska. Działania minimalne w tym standardzie dotyczącą reagowania bieżącego i są nastawione na obszary, które należy rozszerzyć w przypadku wystąpienia ognisk.

Reagowanie na ogniska chorób w społeczności

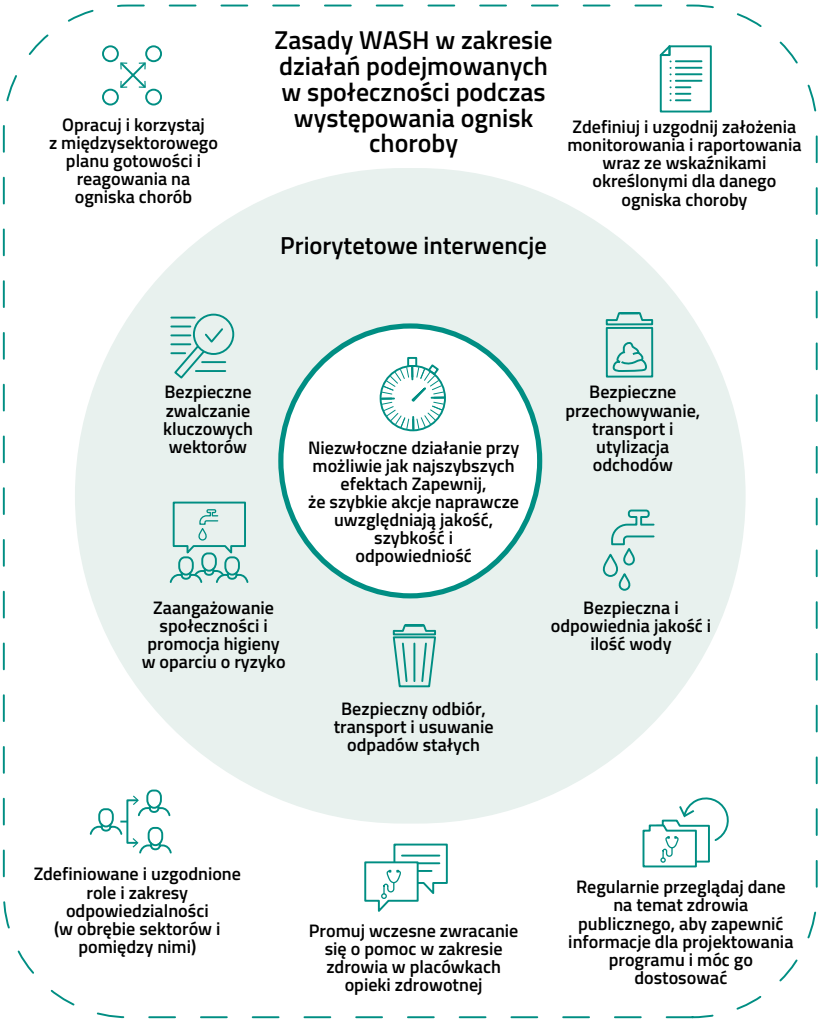
Reagowanie na każdy elementy związany z WASH nie zawsze jest wykonalne. Skoncentruj się na bezpośrednim zagrożeniu zdrowia publicznego, a także wytwórz zaufanie i odpowiedzialność wśród społeczności. Wyznaczaj priorytety w niesieniu pomocy na podstawie wyników epidemiologicznych, oceny czynników ryzyka, dróg przenoszenia (zwłaszcza poza fekalno-oralnych), oczekiwanego wpływu każdej interwencji i dostępnych zasobów.

Zaangażowanie społeczności pozostaje kluczowym elementem reagowania na ogniska chorób, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób. Poglądy oraz wierzenia funkcjonujące w społeczności mogą wspomóc lub utrudnić reagowanie, dlatego ważne jest, aby je zrozumieć i się do nich odnieść. Niektóre normy społeczne będą musiały ulec zmianie, aby uniknąć przenoszenia się chorób. We współpracy ze społecznością ustal np. alternatywne formy powitania zamiast uścisku dłoni.

Promuj określone środki zapobiegania i leczenia chorób w społeczności dotkniętej. Może to być np. używanie moskitier celem zapobiegania malarii lub doustnych soli nawadniających i cynku (dla dzieci) w przypadku biegunki.

Jeżeli pracownicy pomagający potrzebującym zajmują się aktywnym wyszukiwaniem przypadków lub pokrewnymi zadaniami, muszą zostać przeszkoleni. Zgromadź wszystkie dane do ogólnego badania ognisk i działań

reagowania. Szybkie śledzenie rozszerzania się ogniska oraz tego, na kogo ma wpływ, ma kluczowe znaczenia dla reagowania w odpowiednim czasie, dlatego zintegrowane dane w jednym systemie pozwolą uniknąć podwójnego liczenia lub nieuwzględnienia istotnych obszarów ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.4: Gotowość i reagowanie na ogniska chorób.*



Zasady WASH w zakresie działań podejmowanych w społeczności podczas występowania ognisk choroby (Rysunek 4)

W trakcie występowania każdego ogniska choroby zawsze postępuj zgodnie z aktualnymi wytycznymi technicznymi, ponieważ pojawiające się choroby charakteryzują się innymi zagrożeniami i skutkami. Dostępne są obszerne wytyczne na temat ZKI w kwestii zapobiegania i ograniczania określonych chorób, których należy przestrzegać w pierwszej kolejności ⊕ *patrz: Odniesienia poniżej.*

Ten standard przedstawia minimalne zagadnienia, które należy rozważyć, oraz opisuje współpracę między sektorem WASH a sektorem zdrowia. Poniższy wykres przedstawia przegląd kluczowych działań z zakresu WASH w społeczności w trakcie występowania ogniska choroby. Aby zapoznać się z działaniami w dziedzinie zdrowia, ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy chorób zakaźnych 2.1.1 do 2.1.4.*

Standard 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH) w placówkach służby zdrowia

Wszystkie placówki opieki zdrowotnej utrzymują minimalne standardy WASH w zakresie zapobiegania i ograniczania infekcji, także w przypadku ognisk chorób.

Kluczowe działania

1 Zapewnij niezawodne zaopatrzenie w wodę o wystarczającej ilości i jakości, odpowiednie dla placówki opieki zdrowotnej.

- Przechowuj zapas bezpiecznej wody potrzebnej na co najmniej 48 godzin (stężenie chloru resztkowego 0,5 mg/l), aby zapewnić ciągłość dostaw.
- **Ogniska chorób:** Zwiększ ilości wody i dostosuj roztwory chloru do rodzaju choroby, ryzyka oraz potrzeb.

2 Zapewnij wystarczające obiekty do usuwania odchodów, aby ograniczyć przenoszenie chorób.

- Udostępnij krzesła sanitarne i toalety w kształcie wiader dla osób, które mają trudności z poruszaniem się.
- Sprzątaj obiekty sanitarne (toalety, prysznice, umywalnie) przy użyciu wody i detergentu. Unikaj używania silnych detergentów w toaletach.
- **Ogniska chorób:** Zapewnij obiekty do usuwania odchodów w każdej strefie placówki opieki zdrowotnej.
- **Ogniska chorób:** Dostosuj materiały i dostawy do określonej choroby, np. łóżka dla osób chorujących na cholerę oraz wiadra na odchody lub wymiociny.
- **Ogniska chorób:** Ustal, czy potrzebne są dodatkowe środki zaradcze w zakresie czyszczenia, likwidacji i opróżniania obiektów oraz sprzętu do usuwania odchodów.

3 Zapewnij wystarczającą ilość materiałów oraz sprzętu do czyszczenia dla pracowników służby zdrowia, pacjentów i odwiedzających w celu utrzymania higieny.

- Zapewnij w kluczowych lokalizacjach punkty mycia rąk, które będą wyposażone w bezpieczną wodę, mydło lub przecieranie alkoholem. Ręce susz na powietrzu lub przy użyciu ręczników jednorazowych.
- **Ogniska chorób:** W każdej strefie utwórz punkty mycia rąk.

- **Ogniska chorób:** Wprowadź dodatkowe praktyki higieniczne takie jak kąpiele z chlorem do stóp lub rozpylacze (w zależności od choroby) i mycie rąk przed założeniem lub zdjęciem środków ochrony osobistej (ŚOO).
- **Ogniska chorób:** Zapewnij pacjentom określone artykuły higieniczne i szkolenie przed wypisaniem.

4 Dbaj o czystość i higienę w otoczeniu.

- Codziennie myj podłogi oraz poziome powierzchnie robocze przy użyciu wody i detergentu.
- Czyść i dezynfekuj potencjalnie zakażone powierzchnie roztworem chloru o stężeniu 0,2 procent.
- Czyść, dezynfekuj lub sterylizuj urządzenia medyczne wielokrotnego użytku przed każdym użyciem, w zależności od ryzyka.
- Dezynfekuj całą pościel roztworem chloru o stężeniu 0,1 procent po zanurzeniu, jeśli zabrudzenia są widoczne. Sterylizuj wszystkie tekstylia do sal operacyjnych.
- **Ogniska chorób:** Zwiększ stężenie środków odkażających do czyszczenia podłóg i powierzchni zanieczyszczonych. Rozważ specjalne mechanizmy do dezynfekcji tekstyliów.

5 Składuj, przetwarzaj i usuwaj odpady w prawidłowy sposób.

- Segreguj odpady medyczne w miejscu, w którym są wytwarzane, używając systemu potrójnych pojemników.
- Przeszkol wszystkich pracowników opieki zdrowotnej w zakresie segregacji i usuwania odpadów.
- Zadbaj, aby wyznaczone zespoły nosiły ŚOO podczas odbierania, przetwarzania i usuwania odpadów (minimum: rękawice i buty).
- **Ogniska chorób:** Zwiększ środki ostrożności w zakresie gospodarowania odpadami, używając pełnego zestawu ŚOO odpowiednio do rodzaju choroby.

6 Zadbaj, aby wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej, pacjenci i opiekunowie stosowali właściwe ŚOO.

- Zapewnij ŚOO, które są stosowne do rodzaju narażenia oraz kategorii środków ostrożności związanych z izolacją.
- Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej, pacjentów oraz inne osoby przebywające w placówce w zakresie doboru, używania i utylizacji ŚOO.
- **Ogniska chorób:** Oceń rodzaj przewidywanego narażenia i dostosuj ŚOO do sposobu przenoszenia choroby.

7 Zapewnij właściwe postępowanie oraz pochówek osób zmarłych z zachowaniem godności, w sposób odpowiedni kulturowo i bezpieczny oraz zgodnie z praktykami zdrowia publicznego.

- Uwzględnij lokalne tradycje oraz potrzebę identyfikacji i oddania ciał zmarłych rodzinom.
- **Ogniska chorób:** Określ alternatywne opcje wspólnie ze społecznością, jeśli praktyki zwyczajowe nie są bezpieczne.
- **Ogniska chorób:** Przeszkol i wyposaż zespoły we właściwe ŚOO do przeprowadzania pochówków.

Kluczowe wskaźniki

Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej czyszczą ręce przy użyciu mydła lub przecierając je alkoholem, przed i po każdym kontakcie z pacjentem

Wszyscy pacjenci i opiekunowie myją ręce przed pracą z żywnością lub jej spożywaniem oraz po skorzystaniu z toalety

Wszystkie punkty mycia rąk są wyposażone w mydło lub możliwość przecierania alkoholem (lub roztworem chloru o stężeniu 0,05 procent w przypadku ognisk chorób)

Liczba punktów mycia rąk

- Minimum: jeden punkt na każdych dziesięciu pacjentów

Jakość wody pitnej w punkcie dostawy

- Minimum: 0,5-1 mg/l FRC

Ilość bezpiecznej wody, która jest dostępna

- Minimum: 5 litrów dziennie na każdego pacjenta ambulatoryjnego
- Minimum: 60 litrów dziennie na każdego pacjenta w ośrodkach leczenia cholery
- Minimum: 300-400 litrów dziennie na każdego pacjenta w ośrodkach leczenia wirusowej gorączki krwotocznej

Liczba dostępnych toalet

- Minimum: cztery w placówkach ambulatoryjnych (oddzielne dla mężczyzn, kobiet, dzieci i pracowników opieki zdrowotnej)
- Minimum: 1 na 20 pacjentów szpitala (oddzielne dla mężczyzn, kobiet, dzieci i pracowników opieki zdrowotnej)

Wskazówki

Programy w zakresie ***zapobiegania i zwalczania infekcji*** są niezbędne we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej – również w karetkach i środowiskowych programach zdrowotnych. Konieczne jest opracowanie wytycznych dotyczących standardowych środków ostrożności, środków ostrożności związanych z przenoszeniem oraz klinicznych metod aseptycznych. Wprowadź specjalny zespół ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń w każdym zakładzie oraz szkolenia dla pracowników opieki zdrowotnej. Systemy nadzoru powinny kontrolować infekcje powiązane z opieką zdrowotną i odpornością na środki przeciwdrobnoustrojowe. Placówki powinny mieć odpowiednią ilość personelu i właściwe obciążenie pracą. Na jednym łóżku powinien znajdować się tylko jeden pacjent. Opieka zdrowotna powinna być świadczona w bezpiecznym i odpowiednim środowisku wyposażonym w wystarczającą infrastrukturę i sprzęt WASH, aby utrzymać bezpieczne praktyki higieniczne ⊕ *patrz: Standardy systemów opieki zdrowotnej 1.1 i 1.2*.

Ilość i jakość wody: Obliczając wymaganą ilość wody, zapoznaj się z wartościami w Załączniku 3 i dostosuj je do sytuacji, ⊕ *patrz: Załącznik 3: Minimalne ilości wody*. Kliniki mobilne powinny dążyć do zapewnienia takich samych standardów, jak

dla pacjentów ambulatoryjnych, w tym także dostęp do bezpiecznego źródła wody i toalet. Zapewnij zapas (i przechowywanie) bezpiecznej wody potrzebnej na co najmniej 48 godzin w każdej placówce. W przypadku ognisk takich chorób, jak Ebola i cholera, zapewnij zapas na co najmniej 72 godziny. Aby zapoznać się z podstawami programów WASH dla społeczności ⊕ *patrz: Standardy zaopatrzenia w wodę 2.1* i *2.2*.

Do różnych zastosowań w placówkach opieki zdrowotnej wymagane są poniższe roztwory chloru.

Roztwór chloru	Działanie ośrodka opieki zdrowotnej
0,05%	Mycie rąk Pranie (po oczyszczeniu)
0,2% (cholera) **0,5% (Ebola)**	Wytarcie poziomych powierzchni roboczych po wyczyszczeniu (tylko w przypadku cholery) Czyszczenie materiałów, fartuchów, butów, akcesoriów do gotowania i naczyń Spłukiwanie basenów sanitarnych, wiader Czyszczenie powierzchni zabrudzonych płynami ustrojowymi Przygotowanie zwłok (Ebola)
2%	Przygotowanie zwłok (cholera) Dodawany do wiader na odchody i wymioty (cholera)
1%	Roztwór macierzysty do chlorowania wody

Gospodarowanie odchodami: ⊕ *Patrz: Standardy gospodarowania odchodami od 3.1 do 3.3* , aby zapoznać się z ogólnymi wytycznymi na temat zarządzania odchodami oraz *Standard promocji higieny 1.3: Higiena menstruacyjna oraz nietrzymanie moczu i stolca* , aby uzyskać szczegółowe informacje na temat materiałów.

Zapewnij toalety, które są odpowiednie pod względem technicznym oraz kulturowym, są dobrze oświetlone i wyposażone w oddzielne zamykane kabiny oraz mają wystarczająco dużo miejsca, aby opiekunowie mogli pomagać pacjentom. Wszystkie obiekty sanitarne (toalety, prysznice, umywalnie) należy czyścić przy użyciu wody i detergentu. Unikaj stosowania silnych środków dezynfekujących wewnątrz toalet (szczególnie w przypadku szamb), ponieważ zakłócają one naturalne procesy biodegradacji niektórych patogenów.

W trakcie występowania ognisk choroby podejmuj dodatkowe środki zaradcze podczas sprzątania, likwidacji lub opróżniania obiektów i sprzętu do składowania odchodów (np. roztwór chloru do sprzątania, higienizacja wapnem palonym lub chlorem).

Szara woda: Przynajmniej odprowadzaj szarą wodę używając łapacza tłuszczu i dołu chłonnego. Zadbaj, aby taki dół był ogrodzony i inne osoby nie mogły go uszkodzić.

Odpady medyczne zawierają organizmy zakaźne takie jak HIV i żółtaczka typu B, które mogą zanieczyszczać glebę i źródła wody. Używaj co najmniej potrójnych pojemników do gromadzenia i segregowania odpadów w momencie ich wytworzenia:

Kategoria	Przykład	Kolor/etykieta pojemnika
Odpady ogólne Inne niż niebezpieczne	Papier	Czarny
Używane ostre przedmioty Niebezpieczne, zakaźne	Igły, skalpele, zestawy infuzyjne, stłuczone szkło, puste fiolki	Żółte, oznakowane „PRZEDMIOTY OSTRE", szczelne i odporne na przebicia
Odpady nieostre Niebezpieczne, zakaźne	Materiały zabrudzone płynami ustrojowymi, takie jak waciki, opatrunki, szwy, posiewy laboratoryjne	Żółte, oznaczone i szczelne

Niezbędna może być dalsza segregacja odpadów z podziałem na patologiczne (tkanka ludzka), farmaceutyczne i chemiczne (odczynniki laboratoryjne). Odbieraj segregowane odpady z obiektów medycznych co najmniej raz dziennie, a w przypadku bardzo zakaźnych odpadów odbieraj je natychmiast. Transportuj odpady na wózkach, korzystając z wyznaczonej drogi do miejsca przeznaczenia z ograniczonym dostępem dla osób postronnych. Pojemniki, wózki i miejsca składowania odpadów muszą być regularnie dezynfekowane. Zaszczep wszystkich pracowników obsługujących odpady medyczne na żółtaczkę typu B i tężec.

Przetwarzaj i usuwaj odpady w zależności od dostępnych urządzeń:

Kategoria	Przetwarzanie i usuwanie
Informacje ogólne	Recykling, zakopywanie lub spalanie Miejskie składowiska odpadów
Używane ostre przedmioty	Dół na ostre przedmioty Szczelnie zamknij i zakop na składowisku odpadów Spal (lecz nie fiolki), następnie zakop w dole na popiół (zachowaj ostrożność ponieważ przedmioty ostre mogły nie ulec stępieniu)
Zakaźne (odpady nieostre)	Dół do zakopywania (zasyp odpady wapnem palonym) Spal, a następnie zakop w dole na popiół Wysterylizuj w autoklawie lub poddaj obróbce chemicznej
Patologiczne	W zależności od norm społeczno-kulturowych: Doły do zakopywania (na przykład dół na łożysko) lub miejsca do zakopywania Kremacja
Farmaceutyczne	W miarę możliwości postępuj zgodnie z krajowymi wytycznymi lub zwróć do dostawcy Szczelnie zamknij i składuj na składowisku odpadów Specjalne spalarnie (>1200 stopni Celsjusza)
Odpady chemiczne	W miarę możliwości postępuj zgodnie z krajowymi wytycznymi lub zwróć do dostawcy Niewielkie ilości można spalić lub szczelnie zamknąć Przetwarzaj w zakładzie przetwarzania odpadów lub piecu obrotowym

Temperatura w spalarniach powinna przekraczać 900 stopni Celsjusza i powinny być one wyposażone w podwójne komory. Spalarnie niskiej jakości wytwarzają trujące emisje oraz zanieczyszczają powietrze i nie przeprowadzają pełnej sterylizacji. Wszystkie doły i spalarnie powinny być budowane zgodnie z istniejącymi standardami krajowymi oraz międzynarodowymi, powinny być też obsługiwane, utrzymywane i likwidowane w bezpieczny sposób.

Środki ochrony osobistej (ŚOO) są obowiązkowe celem zapewnienia zgodności z protokołami ZKI oraz nienarażania pacjentów, rodzin i pracowników na dalsze ryzyko.

Oceń rodzaj przewidywanego narażenia (rozprysk, oprysk, kontakt lub dotyk) i kategorię przenoszenia chorób. Korzystaj ze sprzętu, który jest dobrze dopasowany, trwały i stosowny (np. odporny na ciecze lub szczelny).

Podstawowe ŚOO zabezpieczają przed ekspozycją na krew, płynami ustrojowymi, wydzielinami lub wydalinami. Są to m.in. rękawice przy dotykaniu materiału zakaźnego, kitle/fartuchy, jeśli odzież lub narażona skóra ma kontakt z materiałem zakaźnym; ochrona twarzy w postaci masek, okulary ochronne lub osłony na twarzy w celu zabezpieczenia przed rozpryskami, kroplami lub mgiełkami. Dodatkowe ŚOO (lub podstawowe ŚOO w szczególnych sytuacjach) mogą być konieczne w zależności od sposobu przenoszenia choroby: kontakt (np. kitel i rękawiczki w środowisku pacjentów); krople (maski chirurgiczne w odległości do 1 metra od pacjenta); przenoszone drogą powietrzną (maski przeciwpyłowe).

Składuj jednorazowe ŚOO w pojemnikach na odpady (np. 220-litrowe beczki) umieszczonych przy wejściu do przebieralni. Odbieraj i umieszczaj pojemniki na odpady w wyznaczonych miejscach gospodarowania odpadami. Umieszczaj ŚOO wielokrotnego użytku, np. rękawice i okulary robocze, w pojemnikach zawierających 0,5 procentowy roztwór chloru. Zadbaj o ich czyszczenie, pranie, naprawę i właściwe przechowywanie.

Do mycia rąk w rękawicach po każdym etapie rozbierania się powinien być dostępny 0,5 procentowy roztwór chloru. Wyposaż punkt mycia rąk w oddzielny 0,05 procentowy roztwór chloru jako końcowy etap procesu rozbierania się.

Postępowanie ze zmarłymi: Promuj bezpieczny, godny i właściwy pod względem kulturowym pochówek zmarłych, łącznie z identyfikacją wszystkich osób. Pozwól ludziom identyfikować swoich członków rodziny i organizować pogrzeby. Nie składaj ciał bezceremonialnie w grobach zbiorowych. Pochówek zbiorowy może stanowić przeszkodę w uzyskaniu aktów zgonu, które są potrzebne do zgłaszania roszczeń prawnych. Rozważ potencjalne kwestie prawne przy pochówku ofiar przemocy ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej*.

W czasie występowania ognisk choroby niezbędne może być zachowanie szczególnych środków ostrożności, jak np. preparowanie zwłok roztworem chloru, w zależności od czynnika chorobotwórczego i sposobu jego przenoszenia. Rytuały związane z myciem i pielęgnacją ciał zmarłych mogą zwiększać przenoszenie chorób, lecz nieposzanowanie delikatnych kwestii kulturowych może prowadzić do przeprowadzania potajemnych pochówków, które nie będą zgłaszane.

Pracownicy opieki zdrowotnej i zespoły zajmujące się pochówkiem powinny nosić ŚOO przez cały czas. Zapewnij pracownikom zajmującym się pochówkiem w społeczności dostęp do wsparcia psychospołecznego. Współpracuj z przywódcami społeczności na rzecz zapobiegania stygmatyzacji osób wykonujących te zadania.

Likwidacja: Skonsultuj się ze społecznością, władzami lokalnymi i podmiotami udzielającymi pomocy humanitarnej, aby zdecydować, w jaki sposób zlikwidować tymczasową placówkę opieki zdrowotnej w trakcie prowadzenia działań związanych z reagowaniem.

Załącznik 1
Lista kontrolna oceny wstępnych potrzeb związanych z zaopatrzeniem w wodę, warunkami sanitarnymi i promocją higieny

Lista pytań służy przede wszystkim do oceny potrzeb, identyfikacji zasobów i przedstawienia warunków lokalnych. Nie zawiera pytań, które pozwolą ustalić zasoby zewnętrzne potrzebne do uzupełnienia zasobów, które są dostępne lokalnie i natychmiast.

Informacje ogólne

- Ile osób jest poszkodowanych i gdzie się znajdują? Dezagreguj dane według płci, wieku, niepełnosprawności itp.
- Jakie są możliwe przemieszczenia ludzi? Jakie są czynniki bezpieczeństwa dla osób poszkodowanych i potencjalnej pomocy w sytuacjach kryzysowych?
- Jakie są obecne, przeważające lub możliwe choroby powiązane z zaopatrzeniem w wodę, warunkami sanitarnymi i promocją higieny?
- Kim są kluczowe osoby, z którymi należy się konsultować lub kontaktować?
- Kim są osoby szczególnie narażone w populacji i dlaczego?
- Czy istnieje równy dostęp do wszystkich istniejących udogodnień, w tym w miejscach publicznych, ośrodkach opieki zdrowotnej i szkołach?
- Jakie są szczególne zagrożenia bezpieczeństwa w przypadku kobiet, dziewcząt, chłopców i mężczyzn? Wśród grup narażonych ryzyko?
- Jakie praktyki w zakresie zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i higieny panowały wśród ludności przed kryzysem?
- Jakie są formalne i nieformalne struktury władzy (na przykład przywódcy społeczności, osoby starsze, grupy kobiet)?
- W jaki sposób podejmuje się decyzje w gospodarstwach domowych i w społeczności?
- Czy jest dostęp do rynków lokalnych? Jakie kluczowe towary i usługi z zakresu WASH były dostępne na rynku przed kryzysem, a jakie są dostępne w trakcie kryzysu?
- Czy ludzie mają dostęp do gotówki i/lub kredytów?
- Czy istnieją wahania sezonowe, o których należy wiedzieć, a które mogą ograniczać dostęp do lub zwiększać zapotrzebowanie na robociznę, np. w okresie żniw?
- Kim są kluczowe władze, z którymi należy się kontaktować i współpracować?
- Kim są lokalni partnerzy w obszarze geograficznym, np. organizacje społeczeństwa obywatelskiego, które mają podobne możliwości w zakresie WASH i angażowania społeczności?

Promocja higieny

- Jakie praktyki w zakresie zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i higieny panowały wśród ludzi przed kryzysem?

- Jakie aktualne praktyki są szkodliwe dla zdrowia, kto je stosuje i dlaczego?
- Kto nadal utrzymuje pozytywne zachowania w zakresie higieny oraz co umożliwia i motywuje te osoby do takiego postępowania?
- Jakie są zalety i wady wszystkich proponowanych zmian w praktyce?
- Jakie są formalne oraz nieformalne kanały komunikacji i udzielania pomocy (np. środowiskowi pracownicy ochrony zdrowia, tradycyjne położne środowiskowe, tradycyjni uzdrowiciele, kluby, spółdzielnie, kościoły i meczety)?
- Jaki dostęp do środków masowego przekazu ma dany obszar (np. radio, telewizja, materiały wideo, gazety)?
- Jakie są lokalne organizacje medialne i/lub organizacje pozarządowe (NGO)?
- Na których częściach populacji można i powinno się koncentrować (np. matki, dzieci, przywódcy społeczności, przywódcy religijni)?
- Jaki rodzaj systemu pomocy sprawdzi się w tym kontekście (np. środowiskowi wolontariusze, pracownicy lub organizatorzy higieny, szkolne kluby opieki zdrowotnej, komitety WASH) w kwestii natychmiastowej i średnioterminowej mobilizacji?
- Jakie są potrzeby edukacyjne personelu zajmującego się promowaniem higieny i pracowników pomagającym potrzebującym?
- Jakie artykuły nieżywnościowe są dostępne i które z nich są najpilniej potrzebne zgodnie z preferencjami oraz potrzebami?
- Gdzie ludzie mają zapewniony dostęp do rynków, aby zakupić niezbędne artykuły higieniczne? Czy dostępność (koszt, różnorodność, jakość) zmieniła się od czasu kryzysu?
- W jaki sposób gospodarstwa domowe mają dostęp do podstawowych artykułów higienicznych? Kto podejmuje decyzje dotyczące tego, które artykuły kupić i które są priorytetowe?
- Jaka jest skuteczność praktyk higienicznych w placówkach opieki zdrowotnej (szczególnie ważne w sytuacjach epidemii)?
- Jakie są potrzeby oraz preferencje kobiet i dziewcząt dotyczące praktyk higieny menstruacyjnej?
- Jakie są potrzeby oraz preferencje osób zmagających się z nietrzymaniem moczu i stolca?

Zaopatrzenie w wodę

- Jakie jest obecne źródło wody i kto z niego aktualnie korzysta?
- Jaka ilość wody jest dostępna na osobę dziennie?
- Jaka jest dzienna i tygodniowa częstotliwość dostaw wody?
- Czy woda dostępna w źródle wystarcza na zaspokojenie krótko- i długoterminowych potrzeb wszystkich grup?
- Czy punkty poboru wody znajdują się odpowiednio blisko miejsc, w których mieszkają ludzie? Czy są bezpieczne?
- Czy obecne zaopatrzenie w wodę jest niezawodne? Na jak długo starczy?
- Czy ludzie mają wystarczającą liczbę zbiorników na wodę odpowiedniej wielkości i rodzaju?
- Czy źródło wody jest skażone lub czy grozi mu skażenie (mikrobiologiczne, chemiczne lub radiologiczne)?

- Czy istnieje system uzdatniania wody? Czy uzdatnianie jest konieczne? Czy uzdatnianie jest możliwe? Jaki rodzaj uzdatniania jest niezbędny?
- Czy dezynfekcja jest konieczna? Czy społeczność ma problemy z walorami smakowymi wody i akceptacją smaku i zapachu chloru?
- Czy w pobliżu znajdują się alternatywne źródła wody?
- Które wierzenia i praktyki tradycyjne odnoszą się do gromadzenia, przechowywania oraz korzystania z wody?
- Czy istnieją jakieś przeszkody dla korzystania z dostępnych źródeł zaopatrzenia w wodę?
- Czy możliwe jest przeniesienie populacji, jeśli źródła wody są nieodpowiednie?
- Jakie są alternatywne rozwiązania, jeśli źródła wody są nieodpowiednie?
- Czy istnieją tradycyjne wierzenia i praktyki związane z higieną (np. w trakcie występowania ogniska cholery na Haiti choroba była utożsamiana z kulturą voodoo)? Czy którekolwiek z tych wierzeń lub praktyk są pożyteczne lub szkodliwe?
- Jakie są kluczowe zagadnienia higieny związane z zaopatrzeniem w wodę?
- Czy ludzie kupują wodę? Jeśli tak, gdzie, po jakiej cenie i do jakich celów? Czy ten dostęp (cena, jakość, regularność dostaw) uległ zmianie?
- Czy ludzie mają środki pozwalające na używanie wody w sposób higieniczny?
- Czy punkty poboru wody oraz stanowiska do prania i kąpieli mają dobre odprowadzanie wody?
- Czy warunki glebowe pozwalają na gospodarowanie problematyczną wodą na miejscu lub na zewnątrz z punktów poboru wody oraz stanowisk do prania i kąpania? Czy wykonano badanie perkolacji gleby?
- Jakie jest zwyczajowe źródło wody dla inwentarza żywego w przypadku wysiedlenia obszarów wiejskich?
- Czy interwencja w zakresie zaopatrzenia w wodę, jej poboru i korzystania ze źródeł wody spowoduje skutki dla środowiska?
- Jacy inni użytkownicy korzystają obecnie ze źródeł wody? Czy istnieje ryzyko konfliktu, jeśli źródła wody będą eksploatowane dla potrzeb nowych populacji?
- Jakie są szanse na współpracę z sektorem prywatnym i/lub publicznym w zakresie dostaw wody? Jakie są utrudnienia i szanse, które mogą stanowić źródło informacji do analizy oraz rekomendacji w zakresie reagowania?
- Jakie zadania dotyczące eksploatacji i utrzymania są niezbędne? Jakie są możliwość ich realizacji w perspektywie krótko- i długoterminowej? Kto będzie za nie odpowiedzialny?
- Czy jest istniejący lub potencjalny mechanizm albo system finansowania, który może odzyskać koszty eksploatacyjne i utrzymania?
- W jaki sposób populacja przyjmująca uzyskuje dostęp do wody i dba o to, aby woda była bezpieczna w chwili użycia?

Usuwanie odchodów

- Czy środowisko jest wolne od fekaliów?
- Czy potrzeby fizjologiczne są załatwiane na wolnym powietrzu czy jest wyznaczony w tym celu obszar?

- Czy istnieje jakiekolwiek zaplecze? Jeśli tak, czy jest wykorzystywane? Czy jest ono wystarczające? Czy funkcjonuje jak należy? Czy można je rozbudować lub dostosować?
- Czy zaplecze jest bezpieczne i zapewnia godne warunki: jest oświetlone, wyposażone w zamki, przegrody zapewniające prywatność? Czy ludzie mają dostęp do toalet w dzień i w nocy? Jeśli nie mają dostępu w nocy, jakie są alternatywy?
- Jakie praktyki zarządzania odchodami stosuje populacja przyjmująca?
- Czy aktualne praktyki defekacji stanowią zagrożenie dla zaopatrzenia w wodę (wody powierzchniowe lub gruntowe), dla miejsc zamieszkania lub ogólnie dla środowiska?
- Czy istnieją normy społeczno-kulturowe, które należy uwzględnić przy projektowaniu toalet?
- Czy ludzie znają konstrukcję, budowę i sposób korzystania z toalet?
- Jakie są dostępne lokalne materiały do budowy toalet?
- Czy kompostowanie jest akceptowane i praktykowane?
- Od jakiego wieku dzieci zaczynają korzystać z toalety?
- Co dzieje się z fekaliami niemowląt i małych dzieci?
- Jakie jest nachylenie terenu?
- Na jakim poziomie znajduje się zwierciadło wody gruntowej?
- Czy warunki glebowe są odpowiednie do składowania odchodów na miejscu?
- Czy istniejące ustalenia w zakresie usuwania odchodów sprzyjają wektorom?
- Czy są dostępne materiały lub woda do czyszczenia odbytu? W jaki sposób ludzie zazwyczaj usuwają takie materiały?
- Czy ludzie myją ręce po wypróżnieniu się i przed przygotowaniem oraz spożywaniem żywności? Czy mydła lub inne środki do mycia przy użyciu wody są dostępne przy toaletach lub w gospodarstwie domowym?
- Jak kobiety i dziewczęta radzą sobie z menstruacją? Czy dostępne są odpowiednie materiały lub zaplecze w tym zakresie?
- Czy są specjalne udogodnienia lub sprzęt zapewniający dostęp do urządzeń sanitarnych w placówkach medycznych dla osób niepełnosprawnych, osób żyjących z HIV, osób zmagających się z nietrzymaniem moczu i stolca oraz osób niemobilnych?
- Czy oceniono uwarunkowania środowiskowe: np. wydobywanie surowców takich jak piasek i żwir do celów budowlanych, a także ochronę środowiska przed substancjami fekalnymi?
- Czy społeczność ma zarówno pracowników wykwalifikowanych, np. murarzy czy stolarzy, jak i pracowników niewykwalifikowanych?
- Czy dostępne są urządzenia do oczyszczania dołów lub szambiarki? Czy fekalia są obecnie usuwane w sposób właściwy i bezpieczny?
- Jaka jest odpowiednia strategia gospodarowania odchodami – łącznie ze składowaniem, opróżnianiem, oczyszczaniem i usuwaniem?

Choroby wektorowe

- Jakie jest ryzyko chorób wektorowych i jak bardzo jest ono poważne?
- Jakie zwyczaje codzienne lub sezonowe panują wśród lokalnych wektorów, jeśli chodzi o reprodukcję, odpoczynek i żerowanie?

- Czy istnieją wierzenia oraz praktyki tradycyjne (np. pogląd, że brudna woda wywołuje malarię), które odnoszą się do wektorów i chorób wektorowych? Czy którekolwiek z tych wierzeń lub praktyk są pożyteczne lub szkodliwe?
- Czy ryzyko chorób wektorowych jest wysokie, czy ludzie narażeni na ryzyko mają dostęp do indywidualnej ochrony?
- Czy możliwe jest wprowadzenie zmian w środowisku lokalnym (szczególnie np. poprzez odwadnianie, usuwanie krzaków, usuwanie odchodów, usuwanie odpadów stałych), które pomogą zahamować namnażanie się wektorów?
- Czy zwalczanie wektorów przy użyciu środków chemicznych jest niezbędne? Jakie programy, przepisy i zasoby w zakresie kontroli wektorów przy użyciu środków chemicznych są dostępne?
- Jakie informacje i środki ostrożności należy przekazać gospodarstwom domowym?

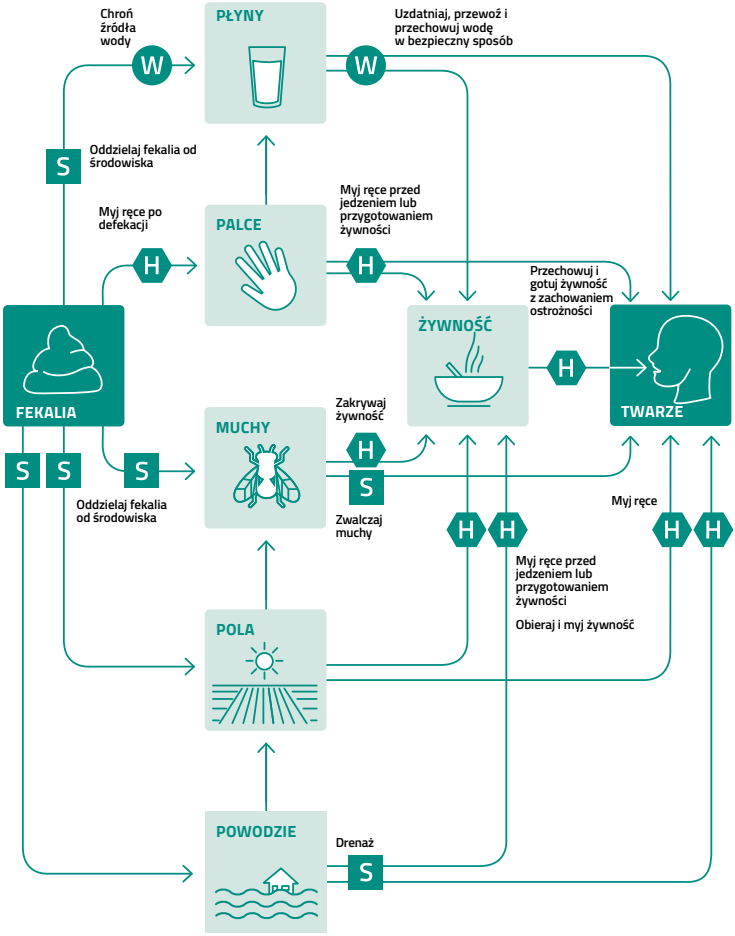
Gospodarowanie odpadami stałymi

- Czy zgromadzone odpady stałe stanowią problem?
- W jaki sposób ludzie usuwają swoje odpady? Jakie są wytwarzane rodzaje i ilości odpadów stałych?
- Czy odpady stałe mogą być unieszkodliwiane na miejscu czy należy je odbierać i unieszkodliwiać poza obiektem?
- Jaka jest przyjęta praktyka usuwania odpadów przez ludność dotkniętą (np. kompostowanie i/lub doły do składowania, system odbioru, pojemniki)?
- Czy istnieją placówki medyczne i działania opieki zdrowotnej, które generują odpady? W jaki sposób są one usuwane? Kto ponosi odpowiedzialność?
- Gdzie są utylizowane jednorazowe materiały sanitarne (np. pieluchy dziecięce, menstruacyjne środki higieniczne, środki używane przy nietrzymaniu moczu i stolca)? Czy ich utylizacja odbywa się w sposób dyskretny i skuteczny?
- Jaki skutek dla środowiska ma aktualne usuwanie odpadów stałych?
- Jakie możliwości gospodarowania odpadami stałymi ma sektor prywatny i publiczny?

Załącznik 2:
Wykres F: przenoszenie chorób biegunkowych drogą fekalno-oralną

W WODA (WATER)
S WARUNKI SANITARNE (SANITATION)
H HIGIENA (HYGIENE)

Bariery mogą zatrzymać przenoszenie choroby; mogą to być bariery główne (zapobieganie wstępnemu kontaktowi z fekaliami) lub drugorzędne (zapobieganie ich spożyciu przez nową osobę). Mogą być kontrolowane przez interwencje w zakresie wody, warunków sanitarnych i higieny.



5 czynników: fekalia, płyny, palce, muchy, żywność (Rysunek 5)
Źródło: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)

Załącznik 3
Minimalne ilości wody: wskaźniki zapewniające przeżycie i ustalanie potrzeb w zakresie wody

Potrzeby zapewniające przeżycie: pobór wody (pitnej i do żywności)	2,5-3 litry na osobę dziennie (w zależności od klimatu i fizjologii indywidualnej)
Podstawowe praktyki higieniczne	2-6 litrów na osobę dziennie (w zależności od norm społecznych i kulturowych)
Podstawowe gotowanie	3-6 litrów na osobę dziennie (w zależności od rodzaju żywności, norm społecznych i kulturowych)
Ośrodki zdrowia i szpitale	5 litrów na każdego pacjenta ambulatoryjnego 40-60 litrów dziennie na każdego hospitalizowanego pacjenta 100 litrów na każdy zabieg chirurgiczny i cięcie cesarskie Większe ilości wody mogą być potrzebne do sprzętu pralniczego, spuszczania wody w toaletach itp.
Ośrodki leczenia cholery	60 litrów dziennie na każdego pacjenta 15 litrów dziennie na każdego opiekuna
Ośrodek leczenia wirusowej gorączki krwotocznej	300-400 litrów dziennie na każdego pacjenta
Ośrodek odżywiania terapeutycznego	30 litrów dziennie na każdego hospitalizowanego pacjenta 15 litrów dziennie na każdego opiekuna
Klinika mobilna rzadko odwiedzana	1 litr dziennie na każdego pacjenta
Klinika mobilna często odwiedzana	5 litrów dziennie na każdego pacjenta
Punkty nawadniania ustnego (PNU)	10 litrów dziennie na każdego pacjenta
Recepcja / ośrodki tranzytowe	15 litrów dziennie na osobę przy pobycie dłuższym niż jeden dzień 3 litry dziennie na osobę przy pobycie ograniczonym do przebywania w ciągu dnia
Szkoły	3 litry wody do picia i mycia rąk na każdego ucznia dziennie (Nie obejmuje wody używanej w toaletach, patrz: Toalety publiczne poniżej)
Meczety	2-5 litrów wody do mycia i picia na osobę dziennie
Toalety publiczne	1-2 litry wody do mycia i picia na użytkownika dziennie 2-8 litrów na każdą kabinę dziennie do czyszczenia toalety
Wszystkie toalety publiczne z mechanizmem spłukiwania	20-40 litrów dziennie na użytkownika toalet wyposażonych w tradycyjny mechanizm spłukiwania podłączony do kanalizacji 3-5 litrów dziennie na użytkownika toalet z ręcznym systemem spłukiwania
Mycie odbytu	1-2 litry dziennie na osobę
Inwentarz żywy	20-30 litrów dziennie na zwierzę duże lub średniej wielkości 5 litrów dziennie na małe zwierzę

Załącznik 4
Minimalna liczba toalet w: społeczności, miejscach publicznych i instytucjach

Lokalizacja	Krótkoterminowy	Średnioterminowy i długoterminowy
Społeczność	1 toaleta na 50 osób (komunalna)	1 toaleta na 20 osób (wspólna dla rodzin) 1 toaleta na 5 osób lub 1 rodzinę
Targowiska	1 toaleta na 50 stoisk	1 toaleta na 20 stoisk
Szpitale / ośrodki opieki zdrowotnej	1 toaleta na 20 łóżek lub 50 pacjentów ambulatoryjnych	1 toaleta na 10 łóżek lub 20 pacjentów ambulatoryjnych
Ośrodki żywienia	1 toaleta na 50 dorosłych 1 toaleta na 20 dzieci	1 toaleta na 20 dorosłych 1 toaleta na 10 dzieci
Recepcja / ośrodki tranzytowe	1 toaleta na 50 osób 3:1 dla kobiet w stosunku do mężczyzn	
Szkoły	1 toaleta na 30 dziewcząt 1 toaleta na 60 chłopców	1 toaleta na 30 dziewcząt 1 toaleta na 60 chłopców
Biura		1 toaleta na 20 pracowników

Źródło: Opracowano na podstawie Harvey, Baghri and Reed (2002)

Uwaga: Jeżeli sytuacja na to pozwala, od samego początku należy dążyć do zapewnienia wspólnych toalet dla rodzin, a najlepiej do zapewnienia toalet dla gospodarstw domowych, aby uzyskać akceptację, przyjmowanie odpowiedzialności, a także by przeprowadzać interwencje sanitarne właściwe pod względem kulturowym.

W obrębie społeczności należy udostępnić taką samą liczbę stanowisk do kąpieli i toalet na każde 50 osób (perspektywa krótkoterminowa) lub 20 osób (perspektywa długoterminowa)

Załącznik 5
Choroby związane z wodą i warunkami sanitarnymi

1 . Klasyfikacja środowiskowa infekcji związanych z wodą

Kategoria	Infekcja	Czynnik chorobotwórczy
1) Fekalno-oralne (przenoszone przez wodę lub spowodowane brakiem wody)		
a) Biegunki i czerwonki	Czerwonka amebowa Balantidioza *Campylobacter* enteritis Cholera Kryptosporydoza Biegunka *E. coli* Giardioza Biegunka rotawirusowa Salmonelloza Szigeloza Jersinioza	Pierwotniak Pierwotniak Bakteria Bakteria Pierwotniak Bakteria Pierwotniak Wirus Bakteria Bakteria Bakteria
b) Gorączki jelitowe	Tyfus Paradur Choroba Heinego-Medina Żółtaczka typu A Leptospiroza Glistnica Trichurioza	Bakteria Bakteria Wirus Wirus Krętki Helminty Helminty
2) Spowodowane brakiem wody		
a) Infekcje skóry i oczu	Infekcyjne choroby skóry Infekcyjne choroby oczu	Różne Różne
b) Inne	Dur przenoszony przez wszy Gorączka powrotna przenoszona przez wszy	Riketsje Krętki
3) Wywołane przez patogeny żyjące w wodzie		
a) Wnikające przez skórę	Schistosomatoza	Helminty
b) Spożyte	Drakunkuloza Klonorchoza Difylobotrioza Paragonimoza Inne	Helminty Helminty Helminty Helminty Helminty
4) Wektory przenoszone przez owady, do których rozmnażania niezbędna jest woda		
a) Powodowane ukąszeniem w pobliżu wody	Śpiączka afrykańska	Pierwotniak
b) Rozmnażające się w wodzie	Filarioza Malaria Ślepota rzeczna Wirusy przenoszone przez komary Żółta gorączka Denga Inne	Helminty Pierwotniak Helminty Wirus Wirus Wirus

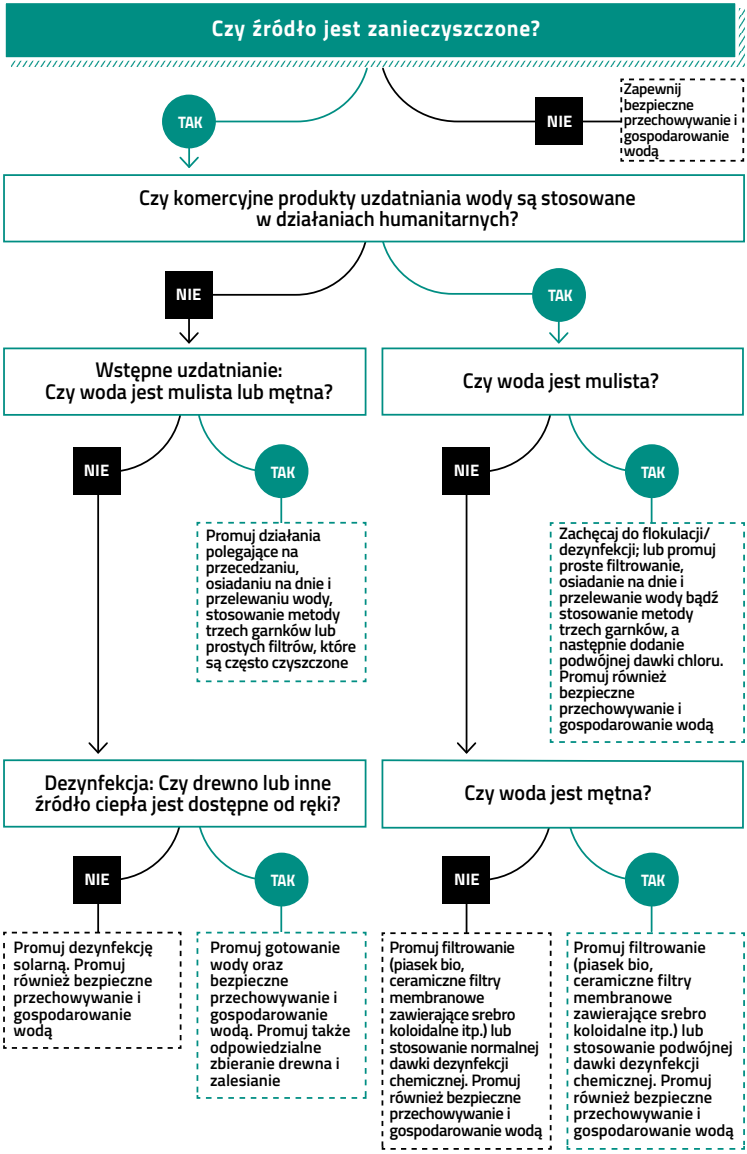
Źródło: ACF: Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5, page 675 [Woda, warunki sanitarne i higiena dla populacji zagrożonych, aneks 5, strona 675].

2. Klasyfikacja środowiskowa infekcji przenoszonych przez odchody

Kategoria	Infekcja	Czynnik chorobotwórczy	Dominujące mechanizmy przenoszenia	Główny środek zwalczania (środki techniczne zaznaczono kursywą)
1) Fekalno-oralne (niebakteryjne) Nieutajone, niska dawka zakaźna	Choroba Heinego-Medina Żółtaczka typu A Biegunka rotawirusowa Czerwonka amebowa Giardioza Balantidioza Owsica Hymenolepioza	Wirus Wirus Wirus Pierwotniak Pierwotniak Pierwotniak Helminty Helminty	Kontakt z osobą chorą Skażenie w gospodarstwie domowym	Woda dostępna w gospodarstwie domowym Lepsze warunki mieszkaniowe Udostępnienie toalet Edukacja zdrowotna
2) Fekalno-oralne (bakteryjne) Nieutajone, średnia lub wysoka dawka zakaźna Umiarkowanie uporczywe i zdolne do namnażania się	Biegunki i czerwonki Campylobacter enteritis Cholera Biegunka *E. coli* Salmonelloza Szigeloza Jersinioza Gorączki jelitowe Tyfus Paradur	 Bakteria Bakteria Bakteria Bakteria Bakteria Bakteria Bakteria Bakteria	Kontakt z osobą chorą Skażenie w gospodarstwie domowym Skażenie wody Skażenie upraw	Woda dostępna w gospodarstwie domowym Lepsze warunki mieszkaniowe Udostępnienie toalet Oczyszczanie odchodów przed reutylizacją lub odprowadzeniem Edukacja zdrowotna
3) Helminty przenoszone przez glebę Utajone i uporczywe, brak żywiciela pośredniego	Glistnica (glista) Trichurioza (włosogłówka) Tęgoryjec Węgorczyca	Helminty Helminty Helminty Helminty	Skażenie podwórza Skażenie gleby w komunalnych miejscach defekacji Skażenie upraw	Udostępnienie toalet, które mają czystą podłogę Oczyszczanie odchodów przed odprowadzeniem do gleby
4) Tasiemce przenoszone przez mięso wołowe i wieprzowe Utajone i uporczywe, żywicielem pośrednim jest krowa lub świnia	Tasiemczyca	Helminty	Skażenie podwórza Skażenie pola Skażenie paszy	Udostępnienie toalet Oczyszczanie odchodów przed odprowadzeniem do gleby Gotowanie i badanie mięsa

Kategoria	Infekcja	Czynnik chorobotwórczy	Dominujące mechanizmy przenoszenia	Główny środek zwalczania (środki techniczne zaznaczono kursywą)
5) Helminty wywołane przez patogeny żyjące w wodzie Utajone i uporczywe, żywiciel pośredni w środowisku wodnym	Schistosomatoza Klonorchoza Difylobotrioza Paragonimoza	Helminty Helminty Helminty Helminty	Skażenie wody	Udostępnienie toalet Oczyszczanie odchodów przed odprowadzeniem Kontrola zwierząt, które są nosicielami infekcji Gotowanie
6) Wektory przenoszone przez owady mające kontakt z odchodami	Filariozy (przenoszone przez komary brzęczące *Culex pipiens*) Infekcje w kategoriach 1–4, szczególnie I i II, które mogą być przenoszone przez muchy i karaluchy	Helminty Różne	Insekty rozmnażające się w różnych miejscach zanieczyszczonych fekaliami	Identyfikacja i eliminacja potencjalnych miejsc lęgowych Stosowanie moskitier

Załącznik 6
Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania



Uzdatnianie wody w gospodarstwie domowym i schemat decyzji w zakresie przechowywania (Rysunek 6)
Źródło: Na podstawie IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies manual [Podręcznik do oczyszczania i bezpiecznego przechowywania wody w gospodarstwach domowych]

Źródła i materiały dodatkowe

Informacje ogólne / prawo do wody

The Rights to Water and Sanitation [Prawo do wody i warunków sanitarnych – Portal Informacyjny]. www.righttowater.info

Rezolucja 64/292 Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych „Prawo człowieka do wody i urządzeń sanitarnych". 2010. www.un.org

Wpływ WASH na zdrowie

Bartram, J. Cairncross, S. *„Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." [Higiena, warunki sanitarne i woda: zapomniane fundamenty zdrowia]. PLoS Med*, tom 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises [Przegląd Dowodów Badań w Zakresie Interwencji Zdrowotnych w Kryzysach Humanitarnych]*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. *„Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." [Dostęp do podstawowych praw: rola wody, warunków sanitarnych i higieny w opiece zdrowotnej matek i w zakresie zdrowia reprodukcyjnego: ramy koncepcyjne]. Trop Med Int Health*, tom 20, 2015, s. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *„Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." [Interwencje w zakresie wody, warunków sanitarnych i higieny w celu ograniczenia biegunek w krajach mniej rozwiniętych: systematyczny przegląd i meta-analiza]. Lancet Infectious Diseases*, tom 5, 2005, s. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *„Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." [Dowody na Skuteczność Interwencji w Zakresie Wody, Warunków Sanitarnych i Higieny (WASH) dla Wyników Zdrowia w Kryzysach Humanitarnych: Przegląd Systematyczny]. PLoS One*, tom 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *„Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." [Ocena wpływu wody pitnej i warunków sanitarnych na choroby biegunkowe w środowiskach o niskich i średnich dochodach: systematyczny przegląd i meta-regresja]. Trop Med Int Health*, tom 19, nr 9, 2014.

Skuteczne programy WASH

Compendium of accessible WASH technologies [Kompendium dostępnych technologii WASH]. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies [Inżynieria w Sytuacjach Kryzysowych]* (wyd. 2). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review [Skuteczność oraz efektywność interwencji związanych z wodą, warunkami sanitarnymi i higieną w sytuacjach kryzysowych: przegląd systematyczny]. https://www.developmentbookshelf.com

Public Health Engineering in Precarious Situations [Inżynieria w Zakresie Zdrowia Publicznego w Niepewnych Sytuacjach]. MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings [Podręcznik WASH dla Ośrodków dla Uchodźców: Praktyczne Wytyczne Dla Ośrodków Dla Uchodźców]. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk [Woda, Warunki Sanitarne i Higiena dla Populacji Zagrożonych]. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Ochrona i WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit – Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services [Przemoc, Płeć i WASH: zestaw narzędzi dla praktyków – bezpieczniejsza woda, warunki sanitarne i higiena dzięki usprawnieniu programów i usług].* WaterAid/ SHARE, 2014. http://violence-WASH.lboro.ac

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities [Standardy Objęcia Pomocą Humanitarną Osób Starszych i Osób Niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery [Standardy Minimalne INEE w Edukacji: Gotowość, Reakcja, Powrót do Normalności]. INEE, 2010.www.inees ite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility [Woda i warunki sanitarne dla osób niepełnosprawnych i innych grup szczególnie narażonych: Projektowanie usług zapewniających lepszą dostępność].* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Standardy Minimalne Dotyczące Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Sojusz na Rzecz Dzieci w Działaniach Humanitarnych], 2012. http://cpwg.net

Promocja higieny / zmiana zachowania

Curtis, V. Cairncross, S. *„Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." [Wpływ mycia rąk mydłem na ryzyko występowania biegunki w społeczności: przegląd systematyczny]. Lancet Infect Dis*, tom 3, 2003, s. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36. \[Promowanie zmiany w zakresie mycia rąk i zachowań sanitarnych w krajach o niskich i średnich dochodach. Przegląd systematyczny wykonywany metodą mieszaną. Przegląd Systematyczny 36].* International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development [Promocja Higieny: Praktyczny Podręcznik: Przejście od Działań Doraźnych do Rozwoju].* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 i 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al *„Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." [Higiena i zdrowie: przegląd systematyczny praktyk mycia rąk na świecie i aktualizacja skutków dla zdrowia]. Trop Med Int Health*, tom 19, 2014, s. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design [Warunki Sanitarne w Sytuacji Kryzysowej: Ocena i Opracowanie Programu]. WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Hygiene Promotion in Emergencies [Promocja Higieny w Sytuacjach Kryzysowych]. Pakiet narzędzi szkoleniowych. WASH Cluster. http://washcluster.net

Hygiene Promotion Guidelines [Wytyczne w Zakresie Promocji Higieny]. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Rabie, T. Curtis, V. *„Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." [Mycie rąk i ryzyko infekcji układu oddechowego: ilościowy przegląd systematyczny]. Trop Med Int Health*, tom 11, 2006, s. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *„Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." [Czy kierowanie do dzieci przekazów dotyczących promocji higieny przynosi efekty? Skutki promowania mycia rąk wśród dzieci w zakresie biegunek, infekcji wywoływanych przez helminty przenoszone przez glebę i zmiany zachowania w państwach o niskich i średnich dochodach]. Trop Med Int Health*, 2017.

Higiena menstruacyjna

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners [Higiena Menstruacyjna jest Ważna: Podręcznik Szkoleniowy dla Praktyków].* WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response [Narzędzia z zakresu włączenia Zarządzania Higieną Menstruacyjną (ZHM) do Działań Humanitarnych].* Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

Nietrzymanie moczu i stolca

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. *„Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." [Kwestie dotyczące wody i warunków sanitarnych dla osób z niepełnosprawnościami w krajach o niskich i średnich dochodach: przegląd literatury i omówienie implikacji dla zdrowia na świecie i rozwoju międzynarodowego]. Journal of Water and Health*, tom 9, 2011, s. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. *„Taking stock: Incompetent at incontinence – why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" [Podsumowanie: brak kompetencji w kwestii nietrzymania moczu i stolca – dlaczego ignorujemy potrzeby osób zmagających się z nietrzymaniem moczu i stolca?] Waterlines*, tom 35, nr 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Gospodarowanie odchodami

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. *„Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." [Interwencje służące poprawie utylizacji odchodów ludzkich celem zapobiegania biegunkom]. Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. *„The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis. [Wpływ warunków sanitarnych na choroby zakaźne i status żywieniowy: Przegląd systematyczny i meta-analiza]. Int J Hyg Environ Health*, tom 220, 2017, s. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies [Kompendium Technologii Sanitarnych w Sytuacjach Kryzysowych].* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Niemcy, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. „Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic re*view." [Latryny i ich wpływ na jakość wód gruntowych: Przegląd systematyczny]. Environmental Health Perspectives*, tom 121, 2013. http://hsrc.himmelfarb.gwu

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual [Utylizacja Odchodów w Sytuacjach Kryzysowych: Przewodnik Polowy].* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines [Proste Latryny]. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Uzdatnianie wody

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. *„Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." [Chlorowanie wody pitnej w sytuacjach kryzysowych: przegląd wiedzy potrzebnej do opracowania rekomendacji w zakresie wdrożenia i badań]. Waterlines*, tom 36, nr 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *„Point-of-use water treatment in emergencies." [Uzdatnianie wody w punktach użytkowania w sytuacjach kryzysowych]. Waterlines*, tom 31, nr 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *„Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." [Zastosowanie przydomowego uzdatniania wody i metody bezpiecznego przechowywania w ramach reagowania na głęboki kryzys: wyniki analiz przypadków z Nepalu, Indonezji, Kenii i Haiti]. Environmental Science and Technology*, tom 46, nr 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *„Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." [Ocena dystrybucji filtrów do wody pitnej w gospodarstwach domowych na Haiti]. Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, tom 6, nr 1, 2016.

Jakość wody

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *„Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." [Zanieczyszczenie Wody Pitnej Fekaliami w Krajach o Niskich i Średnich Dochodach: Przegląd Systematyczny i Meta-Analiza]. PLoS Med*, tom 11, 2014, e1001644.

Wytyczne w zakresie jakości wody pitnej. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *„Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." [Sezonowe wahania zanieczyszczenia źródeł wody pitnej fekaliami w krajach rozwijających się: przegląd systematyczny przegląd].* PubMed, 2015.

Zwalczanie wektorów

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control [Denga: Wytyczne w Zakresie Diagnozy, Leczenia, Zapobiegania i Zwalczania]. Nowe Wydanie. Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services [Rozdział 3, Zarządzanie wektorami i świadczenie usług zwalczania wektorów]. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management [Podręcznik Zintegrowanego Zarządzania Wektorami]. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals [Zwalczanie Wektorów w Sytuacjach Kryzysowych za Pomocą Chemikaliów]*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook [Zwalczanie Malarii w Kryzysach Humanitarnych: Międzyagencyjny Przewodnik Polowy]. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations [Zapobieganie Chorobom Poprzez Zwalczanie Wektorów: Wytyczne dla Organizacji Pomocy].* Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance [Zwalczanie Wektorów: Zwalczanie Komara Egipskiego i Środki Zapobiegawcze w Kontekście Choroby Zika, Żółtej Gorączki, Dengi lub Czikungunii: Wskazówki Techniczne]. WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.ne

Gospodarowanie odpadami stałymi

Disaster Waste Management Guidelines [Wytyczne do Zarządzania Odpadami w Przypadku Klęski]. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013.
www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies [Uwagi Techniczne dotyczące WASH w Sytuacjach Kryzysowych, nr 7: Gospodarowanie odpadami stałymi w sytuacjach kryzysowych]. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

WASH w ogniskach chorób

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *„Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." [Woda, warunki sanitarne i higiena w sytuacjach kryzysowych: wyniki przeglądu i rekomendacje dla dalszych badań]. Waterlines*, tom 31, 2012.

Cholera Toolkit [Zestaw Narzędzi z Zakresu Cholery]. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care [Niezbędne standardy zdrowia środowiskowego w opiece zdrowotnej]. WHO, 2008. http://apps.who.int

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola [Przewodnik Zaangażowania Społeczności w WASH: przewodnik dla praktyków na podstawie wniosków z Eboli]. Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package [Podsumowanie wskazówek dotyczących zapobiegania i zwalczania infekcji (ZZI): pakiet wytycznych w zakresie Eboli]. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *„Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." [Innowacyjne Interwencje WASH Służące Zapobieganiu Cholery]. WHO Wkly Epid Rec*. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic [Zarządzanie Epidemią Cholery]. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities [Szybkie Wskazówki Dotyczące Likwidacji Placówek Leczenia Eboli]. WHO, 2015. http://apps.who.int

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *„The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." [Wpływ Interwencji w Zakresie Wody, Warunków Sanitarnych i Higieny (WASH) na Zwalczanie Cholery: Przegląd Systematyczny]. PLoS One*, tom 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme [Interwencje WASH w działaniach reagowania dotyczących ognisk choroby. Humanitarian Evidence Programme].* Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *„Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." [Interwencje w zakresie wody, warunków sanitarnych i higieny w działaniach reagowania dotyczących ognisk choroby: synteza dowodów]. Waterlines, tom* 37, nr 1, s. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com

Zapobieganie i kontrola infekcji

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility [Protokół w sprawie zapobiegania i zwalczania infekcji w placówce opieki zdrowotnej]. WHO, 2011. http://www.who.int

Essential water and sanitation requirements for health structures [Zasadnicze wymogi w zakresie wody i warunków sanitarnych dla struktur służby zdrowia]. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level [Wskazówki Dotyczące Głównych Elementów Programów Profilaktyki i Zwalczania Infekcji na Poziomie Państwa i Placówek Długoterminowej Opieki Zdrowotnej]. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies [Wytyczne Dotyczące Bezpiecznej Utylizacji Produktów Farmaceutycznych w Trakcie i w Następstwie Sytuacji Kryzysowych] WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework [Ramy Samooceny w Zakresie Higieny Rąk]. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries [Spalanie w Strukturach Służby Zdrowia w Państwach o Niskich Dochodach]. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies [Pralnie dla Nowicjuszy]. MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders [Zarządzanie Ciałami Zmarłych w Następstwie Katastrof: Przewodnik Polowy dla Podmiotów Niosących Pierwszą Pomoc]. Wydanie drugie. ICRC, IFRC, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management [Gospodarowanie Odpadami Medycznymi]. ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Safe management of wastes from health-care activities [Bezpieczne gospodarowanie odpadami pochodzącymi z działań opieki zdrowotnej]. Wydanie Drugie. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines [Wytyczne w Zakresie Sterylizacji]. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

WASH w placówkach służby zdrowia. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual [Podręcznik dla Operatorów Strefy Odpadów]. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

WASH i żywienie

Altmann, M. et al. *„Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster – randomized controlled trial in Chad." [Skuteczność pakietu wody, warunków sanitarnych i higieny w gospodarstwie domowym w programie ambulatoryjnym w zakresie poważnego długotrwałego niedożywienia: klaster pragmatyczny – kontrolowane badanie randomizowane w Czadzie]. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, tom 98, nr 4, 04-2018, s. 1005-12. https://www.ajtmh.org

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction [BABYWASH i 1000 dni: praktyczny pakiet służący zapobieganiu zahamowania wzrostu]. Action Against Hunger (ACF), 2017. https://www.actionagainsthunger.org

Null, C. et al. (2018) *„Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." [Wpływ interwencji w zakresie jakości wody, warunków sanitarnych, mycia rąk oraz żywienia na biegunki i wzrost dzieci w obszarach wiejskich w Kenii: kontrolowane badanie randomizowane]. The Lancet: Global Health*, tom 6, nr 3, Marzec 2018, s. e316-e329. https://www.sciencedirect.com

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1 [Cykl publikacji Oxfam i Tufts University na temat WASH i żywienia: Patogeny jelitowe i niedożywienie. Memorandum techniczne 1]. Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives [Przewodnik WASH'NUTRITION 2017: Udostępnianie wody, warunków sanitarnych, higieny i żywienia w celu ratowania życia]. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, środki pieniężne i rynki

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące dalszych materiałów są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Informacje ogólne / prawo do wody

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation [2,1 mld ludzi nie ma wody bezpiecznej do picia w domu, dwa razy tyle nie ma bezpiecznych warunków sanitarnych] WHO, 2017.
www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

Prawo do Wody: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010.
www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Informacje ogólne / środowisko

Environment Marker – Guidance Note [Znacznik środowiska – Wskazówki]. UN OCHA & UNEP, 2014.
www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Skuteczne programy WASH

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions [Ograniczenie ryzyka katastrofy oraz woda, warunki sanitarne i higiena: kompleksowe wytyczne: przewodnik dla praktyków terenowych planujących i wdrażających interwencje WASH]. www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH i ochrona

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection [Uwzględnianie Dzieci z Niepełnosprawnościami w Akcji Humanitarnej. WASH Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

WASH, Protection and Accountability [WASH, Ochrona i Odpowiedzialność], Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper [Dokument Informacyjny: WASH, Ochrona i Odpowiedzialność]. UNHCR, 2017.
http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/

Promocja higieny / zmiana zachowania

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques [ABC – Wspomaganie Zmiany Zachowania Część 1: Teorie i Modele; Część 2: Koncepcje i Techniki Praktyczne]. ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit [Zestaw Narzędzi: Wybierz Mydło]. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response [Komunikacja promująca wpływ na zachowanie (COMBI) Narzędzia z zakresu komunikacji dotyczącej zachowania i komunikacji społecznej w odpowiedzi na ogniska choroby]. WHO, 2012.
www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. *„Hygiene: new hopes, new horizons." [Higiena: nowe nadzieje, nowe horyzonty]. Lancet Infect Dis*, tom 11, 2011, s. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies [Wytyczne w Zakresie Promocji Higieny w Sytuacjach Kryzysowych]. IFRC, 2017.
www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design [Warunki Sanitarne w Sytuacjach Kryzysowych: Ocena i Opracowanie Programu].* WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676 or http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis [Praktyczny Przewodnik w Zakresie Przeprowadzania Analizy Barier].* Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights [Cztery Proste Sposoby Wdrażania Spostrzeżeń na Temat Zachowania].* We współpracy z Cabinet Office [Urząd Rady Ministrów], Nesta, 2014.
www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Higiena menstruacyjna

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts [Rozważania dotyczące wyboru środków ochrony sanitarnej i środków na nietrzymanie moczu i stolca w środowiskach uchodźców]*. UNHCR Publication, 2016.
http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world [Higiena menstruacyjna jest ważna; materiały wspomagające poprawę higieny menstruacyjnej na świecie].* WaterAid/SHARE, 2012.
https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf

Gospodarowanie odchodami

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *„Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." [Interwencje na rzecz poprawy utylizacji odchodów dziecięcych w celu zapobiegania biegunkom oraz infekcji helmintami przenoszonymi przez glebę]. Cochrane Database of Systematic Reviews [Baza Przeglądów Systematycznych Cochrane]*, 2014.

Simple Pit Latrines [Proste Latryny]. WASH Fact sheet 3.4. WHO.
www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Jakość wody

Fewtrell, L. *„Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." [Azotany w wodzie pitnej – methemoglobinemia i ogólnoświatowe obciążenie chorobą: dyskusja]. Environ Health Perspectives,* tom 112, nr 14, 10.2004, ss. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *„Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A Systematic Review." [Sezonowe wahania skażenia odchodami źródeł wody pitnej w krajach rozwijających się: Przegląd Systematyczny]. Science of The Total Environment*, tom 514, 2015, s. 333-43.

Villenueava, C.M. et al. *„Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." [Ocena Narażenia i Konsekwencje Zdrowotne Występowania Chemikaliów w Wodzie Pitnej: Aktualny Stan Wiedzy i Potrzeby Badawcze]. Environmental Health Perspectives*, tom 122, 2014, s. 213-21.
pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

Zwalczanie wektorów

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. *„Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." [Biologiczne Zwalczanie Komarów jako Nosicieli Chorób: Przeszłość, Teraźniejszość i Przyszłość]. Insects*, tom 7, nr 4, 2016.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance [Chemiczne metody zwalczania wektorów i szkodników mających znaczenie dla zdrowia publicznego]. WHO, 1997. http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology [Choroby Przenoszone przez Wodę: Epidemiologia i Ekologia].* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies [Przeciwdziałanie Malarii w Nagłych Przypadkach Humanitarnych]. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control [Podręcznik Stosowania Oprysków Owadobójczych we Wnętrzach: Zastosowanie Oprysków Owadobójczych do Zwalczania Wektorów], Wydanie trzecie. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation [Rekomendacje zasad w zakresie zwalczania wektorów malarii oraz ich zastosowanie przy ocenie produktów]. WHO, 2017.
www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities [Zwalczanie wektorów: Metody przeznaczone do stosowania przez osoby indywidualne i społeczności]. WHO, 1997.
www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology [Podstawy Nauki o Malarii]*. Wydanie czwarte. Arnold. Londyn 2002.

WASH w ogniskach chorób

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control [Wytyczne w Zakresie Ognisk Cholery: Gotowość, Profilaktyka i Zwalczanie]. Oxfam, 2012. https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene [Ebola: Kluczowe pytania i odpowiedzi dotyczące wody, warunków sanitarnych oraz higieny]. WHO/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. *„Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." [Komunikowanie ryzyka i promowanie środków zwalczania chorób w sytuacjach epidemii i pojawiających się chorób]. Pathog Glob Health*, tom 108, nr 2, 2014, s. 76–94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH i żywienie

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. *„Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" [Związek między wodą, warunkami sanitarnymi, higieną i żywieniem: co mówią przypadkowe analizy żywieniowe Link NVA?]. Waterlines, tom 36, nr 4,* 2017. https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005

Luby, S. et al. (2018) *„Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." [Wpływ interwencji w zakresie jakości wody, warunków sanitarnych, mycia rąk oraz żywienia na biegunki i wzrost dzieci w obszarach wiejskich w Bangladeszu: kontrolowane randomizowane badanie klastrowe]. The Lancet: Global Health*, tom 6, nr 3, Marzec 2018, s. e302-e315. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904

WASH, środki pieniężne i rynki

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. [Środki pieniężne i targowiska w sektorze WASH: dokument w sprawie stanowiska Global WASH Cluster]. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings [Interwencje Pieniężne w Programach WASH w Ośrodkach dla Uchodźców]. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie

Karta Humanitarna

Zasady Ochrony

Podstawowy Standard Humanitarny

Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie

Oceny	Walka z niedożywieniem	Niedobory mikroelementów	Karmienie niemowląt i małych dzieci	Bezpieczeństwo żywnościowe	Pomoc żywnościowa	Środki do życia
STANDARD 1.1 Ocena bezpieczeństwa żywnościowego	**STANDARD 2.1** Umiarkowanie ostre niedożywienie	**STANDARD 3** Niedobory mikroelementów	**STANDARD 4.1** Wskazówki dotyczące zasad i koordynacja	**STANDARD 5** Ogólne bezpieczeństwo żywnościowe	**STANDARD 6.1** Wymagania ogólne w zakresie żywienia	**STANDARD 7.1** Produkcja pierwotna
STANDARD 1.2 Ocena żywienia	**STANDARD 2.2** Ciężkie ostre niedożywienie		**STANDARD 4.2** Wsparcie wielosektorowe w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych		**STANDARD 6.2** Jakość, odpowiedniość i akceptowalność żywności	**STANDARD 7.2** Dochody i zatrudnienie
					STANDARD 6.3 Selekcja odbiorców, dystrybucja i dostawy	
					STANDARD 6.4 Wykorzystanie żywności	

ZAŁĄCZNIK 1 Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa żywnościowego i środków do życia
ZAŁĄCZNIK 2 Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa nasion
ZAŁĄCZNIK 3 Lista kontrolna oceny żywienia
ZAŁĄCZNIK 4 Pomiar ostrego niedożywienia
ZAŁĄCZNIK 5 Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego
ZAŁĄCZNIK 6 Wymagania w zakresie żywienia

Spis treści

Istotne pojęcia dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 176
1. Oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 181
2. Walka z niedożywieniem 189
3. Niedobory mikroelementów 199
4. Karmienie niemowląt i małych dzieci 202
5. Bezpieczeństwo żywnościowe 210
6. Pomoc żywnościowa 214
7. Środki do życia 229
Załącznik 1: Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa żywnościowego i środków do życia 238
Załącznik 2: Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa nasion 240
Załącznik 3: Lista kontrolna oceny żywienia 242
Załącznik 4: Pomiar ciężkiego ostrego niedożywienia 244
Załącznik 5: Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego 247
Załącznik 6: Wymagania w zakresie żywienia 250
Odniesienia i materiały dodatkowe 252

Istotne pojęcia dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia

Każdy ma prawo do wolności od głodu i do odpowiedniej żywności

Minimalne Standardy Sfery w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia nadają praktyczny wymiar prawu do odpowiedniej żywności w kontekście pomocy humanitarnej. Podstawę Standardów stanowią przekonania, zasady, obowiązki i prawa ogłoszone w Karcie Humanitarnej. Dotyczą one takich kwestii, jak prawo do życia w godności, prawo do ochrony i bezpieczeństwa oraz prawo do pomocy humanitarnej adekwatnej do potrzeb.

Wykaz kluczowych dokumentów prawnych i dotyczących zasad, które stanowią podstawę Karty Humanitarnej, z komentarzami objaśniającymi, znajduje się w ⊕ *Załączniku 1*.

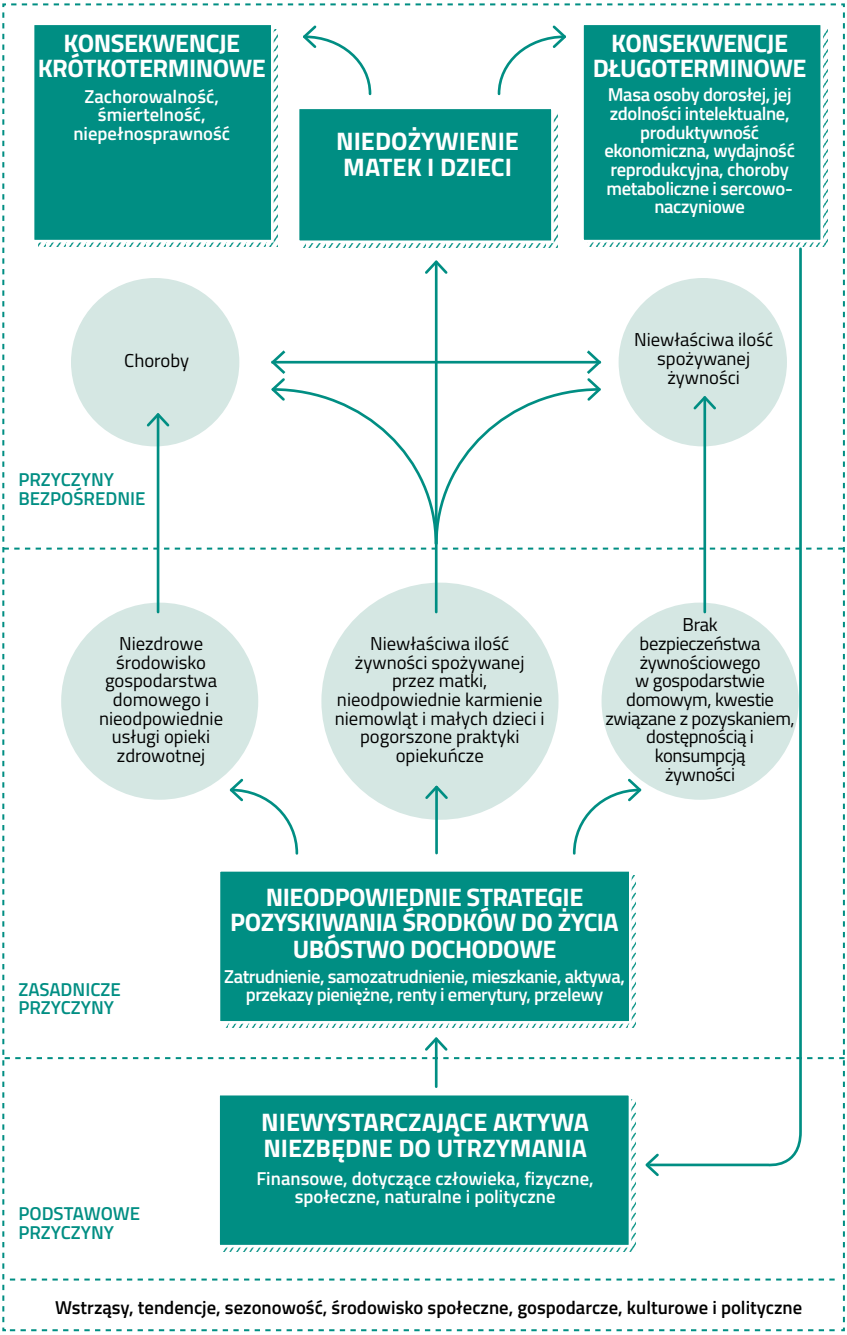
Niedożywienie zmniejsza zdolność do odbudowy po kryzysie. Wpływa negatywnie na funkcje poznawcze, obniża odporność na choroby, zwiększa podatność na choroby przewlekłe, ogranicza możliwości pozyskiwania środków do życia i zmniejsza możliwość aktywnego uczestniczenia w społeczności. Osłabia odporność i może powodować większe uzależnienie od stałego wsparcia.

Przyczyny niedożywienia są złożone

Bezpośrednie przyczyny niedożywienia to nieodpowiednie spożywanie pokarmów i nawracające choroby ⊕ *patrz: Rysunek 7*. Natomiast zasadniczymi przyczynami są: brak bezpieczeństwa żywnościowego w gospodarstwie domowym, nieodpowiednie praktyki żywieniowe i opiekuńcze, niezdrowe środowisko domowe oraz niewłaściwa opieka zdrowotna.

Przyczyny te są ze sobą powiązane. Zatem chociaż brak bezpieczeństwa żywnościowego jest jedną z przyczyn niedożywienia, wątpliwe jest, aby zapewnienie pomocy żywnościowej przyniosło długotrwały efekt, jeśli pozostałe przyczyny nie zostaną rozwiązane w tym samym czasie. Działania związane z reagowaniem w zakresie żywności oraz żywienia powinny być przeprowadzane wspólnie z działaniami w zakresie schronienia i zasiedlania oraz działaniami opieki zdrowotnej w sposób skoordynowany. Na przykład ludzie potrzebują odpowiedniej ilości wody o stosownej jakości, aby móc przygotowywać pożywne jedzenie i przyswoić bezpieczne praktyki karmienia. Dostęp do zaplecza sanitarnego i higienicznego zmniejsza ryzyko występowania ognisk chorób. Dostęp do odpowiedniego schronienia zapewnia możliwość korzystania z zaplecza kuchennego i chroni przed ekstremalnymi warunkami pogodowymi, co z kolei obniża ryzyko zachorowania. Mając dostęp do dobrej opieki zdrowotnej, ludzie będą prawdopodobnie mieli wyższy status żywieniowy. To z kolei zwiększa ich możliwości poszukiwania szans na pozyskanie środków do życia.

Kontrola zasadniczych przyczyn pomoże zapobiegać i zmniejszać niedożywienie. Utrzymanie zasobów zapewniających środki do życia ma kluczowe znaczenie,



Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie: przyczyny niedożywienia (Rysunek 7)

ponieważ zwiększa zdolność do radzenia sobie z innymi potencjalnymi przyczynami niedożywienia. Do zasobów zapewniających środki do życia można zaliczyć: sprzęt i maszyny, surowce, grunty, wiedzę oraz dostęp do funkcjonujących rynków. Działania związane z reagowaniem w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego oraz żywienia powinny zmierzać do ochrony i rozwoju tych zasobów poprzez wspieranie różnych strategii utrzymania się, niezależnie od tego, czy wskaźniki niedożywienia są wysokie czy nie.

Zmiany społeczne, ekonomiczne, kulturalne i polityczne w środowisku pokryzysowym będą miały wpływ na strategie radzenia sobie, a także na dostęp do źródeł utrzymania się lub zasobów zapewniających środki do życia gospodarstwom domowym. Stabilizacja tych czynników zewnętrznych przyczyni się do zwiększenia możliwości uzyskania dochodów i ostatecznie do zmniejszenia narażenia na przyczyny niedożywienia.

Praca w obszarach miejskich wiąże się ze szczególnymi wyzwaniami

Coraz większa urbanizacja stwarza nowe wyzwania dla sektora bezpieczeństwa żywności i żywienia. Środowiska miejskie dają potencjalnie większe szanse na znalezienie zatrudnienia i generowanie dochodów. Jednakże wraz z przyrostem populacji miejskiej zwiększa się także zapotrzebowanie na lokale mieszkalne i usługi w tych rejonach. W wielu przypadkach istniejąca polityka i strategie w zakresie zagospodarowania przestrzennego nie są w stanie zaspokoić niespodziewanego zapotrzebowania. Przeludnienie, zanieczyszczenie powietrza, niewłaściwe gospodarowanie odpadami i brak zaplecza sanitarnego w dzielnicach nędzy zwiększa ryzyko poważnego zachorowania. To z kolei obniża zdolność do wykorzystania szans na zdobycie środków do życia i leży często u podłoża zasadniczych przyczyn niedożywienia.

Niektóre grupy są szczególnie narażone na niedożywienie

Opracowanie właściwych działań związanych z pomocą w zakresie żywności wymaga pełnego zrozumienia unikalnych potrzeb żywieniowych kobiet w ciąży oraz karmiących piersią, niemowląt i dzieci, osób starszych oraz osób niepełnosprawnych. Poprawa bezpieczeństwa żywnościowego na poziomie gospodarstwa domowego wymaga zrozumienia różnych ról. Na przykład kobiety często odgrywają większą rolę w planowaniu i przygotowaniu żywności dla swoich gospodarstw domowych.

Należy pamiętać, aby dane dezagregować przynajmniej według płci, wieku i niepełnosprawności. To pokazuje, kto potrzebuje jakiego rodzaju żywności i kto może nie otrzymywać ważnych składników odżywczych. Dezagreguj dane z nadzoru podystrybucyjnego w ten sam sposób, aby sprawdzić, czy interwencje programu zapewniają sprawiedliwy dostęp do właściwej i odpowiedniej żywności oraz żywienia.

Zapobieganie niedożywieniu jest tak samo ważne, jak leczenie ostrego niedożywienia. Od interwencji na rzecz bezpieczeństwa żywnościowego oraz żywienia może zależeć status żywienia i stan zdrowia w perspektywie krótkoterminowej oraz przetrwanie i dobrostan w perspektywie długoterminowej.

Standardów Minimalnych nie należy stosować oddzielnie

Standardy Minimalne omówione w tym rozdziale stanowią odzwierciedlenie zasadniczej treści prawa do żywności i przyczyniają się do stopniowego zapewniania tego prawa na całym świecie.

Prawo do odpowiedniej żywności jest połączone z prawem do wody i warunków sanitarnych, ochrony zdrowia oraz schronienia. Postęp w zakresie osiągania Minimalnych Standardów Sfery w jednej dziedzinie wpływa na postępy w pozostałych dziedzinach. Dlatego efektywne reagowanie wymaga ścisłej koordynacji i współpracy z innymi sektorami, władzami lokalnymi oraz innymi agencjami uczestniczącymi w pomocy. Dzięki temu łatwiej zadbać, aby potrzeby były zaspokajane, a wysiłki się nie pokrywały, a także aby jakość działań podejmowanych w obszarze bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia była optymalna. Odniesienia zawarte w Podręczniku sugerują potencjalne powiązania.

Jeżeli np. nie są spełniane wymagania żywieniowe, wtedy zapotrzebowanie na WASH jest większe, ponieważ ludzie stają się bardziej narażeni na choroby. To samo dotyczy populacji, w których występuje HIV lub istnieje duży odsetek osób starszych czy osób niepełnosprawnych. W takich okolicznościach należy dostosować także zasoby opieki zdrowotnej. Podejmuj decyzje w kwestii priorytetów na podstawie informacji udostępnianych pomiędzy sektorami i weryfikuj je w miarę rozwoju sytuacji.

W sytuacji, gdy standardy krajowe są niższe od Minimalnych Standardów Sfery, organizacje humanitarne powinny wspólnie pracować z rządem nad ich stałym podnoszeniem.

Prawo międzynarodowe chroni w szczególności prawo do odpowiedniej żywności

Prawo do wolności od głodu i do odpowiedniej żywności jest chronione przez prawo międzynarodowe. Wymaga zapewnienia fizycznego i ekonomicznego dostępu do żywności przez cały czas. Państwa mają obowiązek zapewnić to prawo w sytuacji, kiedy osoby indywidualne lub grupy, np. uchodźcy i osoby wewnętrznie wysiedlone, nie są w stanie uzyskać dostępu do odpowiedniej żywności, także w sytuacjach kryzysowych ⊕ *patrz: Załącznik 1*.

Państwa mogą zwrócić się o pomoc międzynarodową, jeżeli ich własne zasoby są niewystarczające. W takim przypadku powinny:

- szanować istniejący dostęp do odpowiedniej żywności i pozwolić, aby ten dostęp był stale zapewniany;
- chronić dostęp do odpowiedniej żywności dla osób indywidualnych poprzez dbanie, aby organizacje lub inne osoby indywidualne nie pozbawiały ich takiego dostępu; oraz
- wspierać aktywnie ludzi w uzyskiwaniu pewnych źródeł utrzymania i bezpieczeństwa żywności poprzez dostarczanie im niezbędnych zasobów.

Konwencje Genewskie zabraniają pozbawiania cywilów odpowiedniej żywności jako metody działań wojennych. Zabrania się również atakowania, niszczenia, zabierania lub dewastowania upraw, żywego inwentarza, artykułów żywnościowych, instalacji nawadniających, instalacji i dostaw wody pitnej oraz obszarów rolniczych, które produkują artykuły żywnościowe.

W przypadku prowadzenia okupacji międzynarodowe prawo humanitarne obliguje władzę okupującą do zapewnienia ludziom odpowiedniej żywności, łącznie z importowaniem dostaw, jeżeli żywność dostępna na terytorium okupowanym jest niedostateczna.

Odniesienia do Zasad Ochrony i Podstawowego Standardu Humanitarnego

Pomoc w zakresie żywności i żywienia potencjalnie może prowadzić do poważnego naruszenia praw w przypadku jej niewłaściwego wykorzystywania, szczególnie jeśli chodzi o wyzyskiwanie lub stosowanie przemocy wobec uczestników programu. Programy muszą być opracowywane przy udziale ludności dotkniętej oraz wdrażane w sposób, który wzmacnia ich bezpieczeństwo, godność i uczciwość. Koniecznie należy zapewnić odpowiednie zarządzanie oraz silny nadzór personelu i zasobów, jak również ścisłe przestrzeganie i egzekwowanie kodeksu postępowania przez wszystkie osoby uczestniczące w realizacji programów pomocy. Ustanów jasne mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych wspólnie z ludnością dotkniętą i szybko reaguj na wszelkie obawy. Pracownicy niosący pomoc powinni być przeszkoleni w zakresie ochrony dzieci oraz korzystania z systemów skierowań w przypadkach podejrzenia o przemoc, nadużycia lub wyzyskiwania, również wobec dzieci ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1* i *Zobowiązanie w zakresie Podstawowego Standardu Humanitarnego 5*.

Współpraca i koordynacja cywilno-wojskowa, np. w kwestiach logistycznych, powinna podlegać starannej ocenie we wszystkich sytuacjach, a szczególnie w sytuacji konfliktu ⊕ *patrz: Czym jest Sfera* i *Zasady Ochrony*.

Stosując Standardy Minimalne, należy kierować się wszystkimi dziewięcioma zobowiązaniami w Standardzie Humanitarnym, które powinny stanowić fundament do stworzenia odpowiedzialnego programu w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia.

1. Oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia

W trakcie trwania kryzysu należy przeprowadzać oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia. Badania te pokazują, jakie zmiany zachodzą w kontekście, i umożliwiają odpowiednie dostosowanie działań związanych z reagowaniem. W idealnej sytuacji oceny bezpieczeństwa żywności i wartości odżywczych powinny się pokrywać, ponieważ identyfikują bariery dla odpowiedniego odżywiania oraz dostępności, uzyskania dostępu do żywności i korzystania z niej. Wspólne oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia mogą zwiększyć opłacalność oraz powiązać żywienie z programem bezpieczeństwa żywnościowego.

W ramach ocen należy przestrzegać powszechnie przyjętych zasad, stosować uznane normy międzynarodowe oraz dbać o bezstronność, reprezentatywność, a także o dobrą koordynację pomiędzy organizacjami humanitarnymi a rządami. Oceny muszą być komplementarne, spójne i porównywalne. Interesariusze muszą uzgodnić odpowiednią metodologię. Należy w niej uwzględniać przekrój ludności dotkniętej oraz zwracać uwagę na grupy narażone na ryzyko. Oceny wielosektorowe mogą pomóc w ocenie kryzysów o dużej skali i dotyczących szerokich obszarów geograficznych.

Oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia mogą mieć na celu:

- zrozumienie sytuacji, bieżących potrzeb oraz jak te potrzeby mają być zaspokojone;
- oszacowanie, ile osób potrzebuje pomocy;
- zidentyfikowanie grup najbardziej narażonych na ryzyko;
- dostarczenie danych bazowych do nadzorowania wpływu działania humanitarnego.

Oceny można prowadzić na różnych etapach kryzysu. Na przykład:

- ocena wstępna w ciągu pierwszych dwóch lub trzech dni, aby rozpocząć natychmiastową dystrybucję pomocy żywnościowej;
- szybkie rozpoznanie w ciągu dwóch do trzech pierwszych tygodni na podstawie założeń i ocen szacunkowych, aby dostarczyć podstawowych informacji do tworzenia programów;
- szczegółowa ocena w ciągu 3 do 12 miesięcy, jeśli sytuacja wydaje się pogarszać lub kiedy potrzeba więcej informacji, aby opracować programy powrotu do normalności.

Szczegółowe **oceny bezpieczeństwa żywnościowego** określają strategie pozyskiwania środków do życia, zasobów oraz strategie radzenia sobie. Zawierają analizę zmian w wyniku kryzysu i konsekwencji dla bezpieczeństwa żywnościowego w gospodarstwie domowym. Szczegółowa ocena powinna zawierać rozpoznanie, w jaki sposób najlepiej chronić i/lub promować te strategie pozyskiwania środków do życia, aby osiągnąć bezpieczeństwo żywnościowe.

Dogłębne **oceny żywienia** obejmują gromadzenie i analizowanie reprezentatywnych danych, aby ustalić wskaźniki częstotliwości występowania ostrego

niedożywienia, karmienia niemowląt i małych dzieci oraz innych praktyk opiekuńczych. Te dane, w połączeniu z analizą innych zasadniczych przyczyn niedożywienia oraz z ocenami zdrowia i bezpieczeństwa żywnościowego, stanowią nieformalną analizę żywienia. Jest to użyteczne przy planowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu programów żywienia.

Rynki odgrywają kluczową rolę w kwestii bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia zarówno na obszarach miejskich, jak i w rejonach wiejskich. Wszystkie oceny powinny obejmować analizę rynków, która spełnia Standardy Minimalne w Zakresie Analizy Rynku (MISMA) i/lub Minimalne Standardy Oceny i Analizy w Zakresie Naprawy Gospodarczej (MERS) ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Podstawą poniższych standardów przeprowadzania ocen bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia jest Zobowiązanie Podstawowego Standardu Humanitarnego 1 dotyczącego projektowania odpowiednich działań reagowania w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia dla osób dotkniętych ⊕ *patrz: Załączniki 1, 2 i 3* oraz *Podręcznik LEGS* odnośnie do list kontrolnych ocen.

Standard ocen bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.1: Ocena bezpieczeństwa żywnościowego

Tam, gdzie ludzie są narażeni na ryzyko związane z brakiem bezpieczeństwa żywnościowego, przeprowadza się oceny, aby ustalić stopień i zakres braku bezpieczeństwa żywnościowego, określić osoby najbardziej dotknięte i zdefiniować najbardziej odpowiednie działania związane z reagowaniem.

Kluczowe działania

1. Gromadź i analizuj informacje na temat bezpieczeństwa żywnościowego na wstępnym etapie i w trakcie kryzysu.
   - Uwzględnij analizę krytycznych kwestii powiązanych z bezpieczeństwem żywnościowym, takich jak degradacja środowiska naturalnego, bezpieczeństwo i dostęp do rynków.
2. Przeanalizuj wpływ bezpieczeństwa żywnościowego na status żywienia ludności dotkniętej.
   - Uwzględnij analizę głównych przyczyn niedożywienia, łącznie z niewłaściwą opieką, niezdrowym otoczeniem gospodarstwa domowego, brakiem opieki zdrowotnej lub dostępu do systemów ochrony socjalnej.
   - Gromadź dane częściej w kontekście miejskim, gdzie sytuacja może zmieniać się w sposób bardziej dynamiczny, co trudniej zaobserwować niż w kontekście wiejskim.
3. Określ możliwe opcje reagowania, które mogą pomóc ratować życie oraz chronić i promować środki do życia.
   - Rozważ oceny rynków i zdolność rządu oraz innych podmiotów do reagowania na potrzeby.

4 Przeanalizuj dostępne zasoby oraz metody gotowania takie jak rodzaj kuchenki i paliwa oraz dostępność garnków i przyborów.

- Przeanalizuj, w jaki sposób ludzie otrzymywali i przechowywali żywność oraz paliwo do gotowania przed kryzysem, jakie dochody wtedy uzyskiwali i jak sobie radzą w obecnej sytuacji.
- Zwróć uwagę na prawa i potrzeby w zakresie ochrony kobiet oraz dziewcząt, które są najczęściej odpowiedzialne za gromadzenie paliwa i przygotowanie żywności.

Kluczowe wskaźniki

Ujednolicone protokoły stosuje się do analizy bezpieczeństwa żywnościowego, środków do życia i strategii radzenia sobie

Odsetek raportów analitycznych, które zawierają syntezę wniosków, w tym także metodologię ocen i napotykane trudności

Wytyczne

Dane pochodzące z okresu przed kryzysem w połączeniu z systemami informacji geograficznej mogą przedstawić przegląd potencjalnego wpływu kryzysu. Jednakże mało prawdopodobne jest, że da się je wystarczająco zdezagregować, aby uzyskać jasny obraz sytuacji w kontekście miejskim.

Źródła ocen, narzędzia i systemy informacji: Do źródeł informacji można zaliczyć: rozpoznanie upraw, zdjęcia satelitarne, oceny gospodarstw domowych, rozmowy z grupami fokusowymi i wywiady z kluczowymi informatorami. Pomocne narzędzia takie jak Wskaźnik Spożycia Żywności, Wskaźnik Różnorodności Diety w Gospodarstwie Domowym i Obniżony Indeks Strategii Radzenia Sobie pozwolą przeprowadzić szybką ocenę bezpieczeństwa żywnościowego w gospodarstwie domowym. Istnieje wiele lokalnych i regionalnych systemów informacji na temat bezpieczeństwa żywnościowego, np. systemy wczesnego ostrzegania przed głodem. Korzystaj z Zintegrowanej Klasyfikacji Fazy Bezpieczeństwa Żywnościowego, jeśli jest dostępna, oraz z ujednoliconych protokołów do klasyfikacji nasilenia i przyczyn dotkliwego braku bezpieczeństwa żywnościowego w obszarach problematycznych. Tworzenie programów bezpieczeństwa żywnościowego powinno opierać się na przejrzystej analizie działań z wykorzystaniem wyników ocen.

Degradacja środowiska naturalnego może powodować brak bezpieczeństwa żywnościowego, a brak bezpieczeństwa żywnościowego może prowadzić do degradacji środowiska. Na przykład zbieranie drewna opałowego i produkcja tradycyjnego węgla umożliwia gotowanie żywności oraz generowanie dochodów z jej sprzedaży. Jednakże może też prowadzić do wylesiania. Działania pomocne powinny chronić i wspierać bezpieczeństwo żywnościowe, jednocześnie ograniczając negatywny wpływ na środowisko.

Grupy narażone na ryzyko: Dezagreguj dane według płci, wieku, niepełnosprawności, grupy zamożności i innych stosownych czynników. Kobiety i mężczyźni mogą mieć różne, uzupełniające się role w zabezpieczaniu dobrostanu żywieniowego gospodarstwa domowego. Skonsultuj się z jedną i drugą grupą, w razie potrzeby

oddzielnie, w sprawie praktyk związanych z bezpieczeństwem żywieniowym, przygotowaniem żywności oraz zasobami gospodarstwa domowego. Miej świadomość, że osoby starsze i osoby niepełnosprawne mogą być wyłączone z dystrybucji pomocy żywnościowej w gospodarstwie domowym.

Uwzględnij dziewczęta i chłopców, szczególnie gospodarstwa domowe prowadzone przez dzieci, dzieci oddzielone od rodziny lub pozbawione opieki, dzieci z niepełnosprawnościami oraz dzieci mieszkające w opiece zastępczej. Pamiętaj o dzieciach w różnych sytuacjach kryzysowych. Na przykład w trakcie występowania ognisk chorób zakaźnych uwzględnij dzieci znajdujące się pod obserwacją, w opiece zastępczej i w placówkach leczniczych. W sytuacji konfliktu uwzględnij dzieci przebywające w ośrodkach demobilizacji.

Strategie radzenia sobie: Rozważ różne rodzaje strategii radzenia sobie, ich efektywność i skutki negatywne. Niektóre strategie radzenia sobie, jak np. sprzedaż gruntów, migracja całych rodzin lub wylesianie, mogą w sposób trwały zaszkodzić bezpieczeństwu żywnościowemu w przyszłości. Niektóre strategie radzenia sobie stosowane przez kobiety, dziewczęta i chłopców lub na nich wymuszane mogą mieć wpływ na ich zdrowie, samopoczucie psychiczne oraz integrację społeczną. Te strategie radzenia sobie obejmują takie kwestie jak relacje seksualne powiązane z wymianą dóbr ekonomicznych lub seks w celu przetrwania, wydawanie córek za mąż za określoną cenę, spożywanie jedzenia przez kobiety oraz dziewczęta na końcu i w najmniejszych ilościach, praca dzieci, ryzykowna migracja oraz sprzedaż i handel dziećmi.

Pomiary pośrednie: Konsumpcja żywności odzwierciedla spożywanie produktów wysokoenergetycznych i substancji odżywczych u osób w gospodarstwach domowych. Mierzenie rzeczywistego spożycia produktów wysokoenergetycznych i substancji odżywczych podczas ocen wstępnych nie jest wykonalne, dlatego korzystaj ze wskaźników pośrednich. Na przykład liczba grup żywności spożywanej przez osobę indywidualną lub gospodarstwo domowe i częstotliwość spożywania w danym okresie odzwierciedla zróżnicowanie diety. Zmiany w dziennej ilości przyjmowanych posiłków i różnorodności diety stanowią dobre pomiary pośrednie dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego, szczególnie kiedy są skorelowane ze statusem społeczno-ekonomicznym gospodarstwa domowego.

Narzędzia do mierzenia wzorców spożywania żywności to m.in. Wskaźnik Różnorodności Diety w Gospodarstwie Domowym, Skala Dostępu i Braku Bezpieczeństwa Żywnościowego w Gospodarstwie Domowym oraz Wskaźnik Spożycia Żywności. Skala Głodu w Gospodarstwie Domowym to kolejny dobry wskaźnik pośredni braku bezpieczeństwa żywnościowego. Niektóre powszechnie stosowane wskaźniki, jak na przykład Wskaźnik Spożycia Żywności, mogą nie wskazywać w sposób właściwy braku bezpieczeństwa żywnościowego w kontekście miejskim. Przeprowadzaj triangulację wybranych środków ze środkami strategii radzenia sobie, aby zrozumieć różne bariery w dostępie do żywności.

Udział Wydatków na Żywność i ustalone tam progi mogą być zbyt skomplikowane, aby móc je wdrożyć w gospodarstwach domowych na terenie miast. Dzieje się tak, ponieważ możliwe, że koszykiem spożywczym zajmuje się kilka osób, członkowie gospodarstwa domowego konsumują żywność pozyskiwaną na zewnątrz

gospodarstwa domowego i możliwe, że do generowania dochodów dla gospodarstwa domowego przyczynia się wiele osób.

Analiza rynku i koszt diety: Zgromadź informacje na temat dostępu do rynków, kapitału finansowego, środków do życia i niestabilności gospodarczej. Elementy te są powiązane z cenami towarów, możliwościami generowania dochodów i stawkami płac, co ma wpływ na bezpieczeństwo żywnościowe. Systemy rynkowe, zarówno formalne, jak i nieformalne, mogą chronić środki do życia poprzez zapewnienie artykułów do produkcji jak np. nasiona i narzędzia ⊕ *patrz Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy środków do życia 7.1 i 7.2*.

Uwzględnij analizę rynku jako część wstępnych i kolejnych ocen kontekstu. Analizy rynku powinny zawierać ocenę, czy lokalne rynki są w stanie wspomóc zaspokojenie potrzeb żywieniowych oraz ustalenie minimalnego kosztu i przystępności cenowej żywności, która spełnia potrzeby żywieniowe typowego gospodarstwa domowego ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Coraz częściej na obszarach wiejskich i regularnie na obszarach miejskich działania w zakresie reagowania prowadzone są na zasadach rynkowych. Biorą w nich udział sprzedawcy, powierzchnie handlowe, lokalne produkty żywnościowe i usługi transportowe w celu zaspokojenia potrzeb osób dotkniętych. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć dostęp do rynku dla grup narażonych na ryzyko ⊕ *patrz: Podręcznik MISMA*.

Standard bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.2: Ocena żywienia

W ocenach żywienia wykorzystuje się przyjęte metody umożliwiające identyfikację stopnia i zakresu niedożywienia, osób najbardziej narażonych na ryzyko oraz odpowiednich działań związanych z reagowaniem.

Kluczowe działania

1. Gromadź informacje pochodzące sprzed kryzysu i przeprowadź oceny wstępne, aby ustalić charakter oraz dotkliwość sytuacji związanej z żywieniem.

- Oceń krajowe i lokalne zdolności do kierowania lub wspierania działań związanych z reagowaniem oraz inne podmioty zajmujące się żywieniem.

2. Przeprowadź szybkie badanie obwodu środkowej części ramienia (MUAC) oraz oceny karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E), aby ocenić sytuację żywieniową na początku kryzysu.

3. Określ grupy, które mają największe zapotrzebowanie na wsparcie żywieniowe.

- Zbierz informacje na temat przyczyn niedożywienia ze źródeł bezpośrednich lub pośrednich, uwzględniając spostrzeżenia i opinie społeczności.
- Współpracuj ze społecznościami celem określenia grup narażonych na ryzyko, zwracając uwagę na wiek, płeć, niepełnosprawność, chorobę przewlekłą lub inne czynniki.

4 Ustal odpowiednie reagowanie zgodnie z rozumieniem kontekstu i sytuacji kryzysowej.

- Ustal, czy sytuacja jest stabilna lub czy się pogarsza, weryfikując kształtowanie się tendencji stanu dożywienia na przestrzeni czasu, a nie występowanie niedożywienia w wybranym okresie.
- Rozważ zarówno opcje zapobiegania, jak i potencjalne rozwiązania.

Kluczowe wskaźniki

Do oceny niedożywienia i określenia przyczyn stosuje się ujednolicone protokoły

Odsetek raportów z ocen, które uwzględniają metodologię ocen i napotykane trudności

Wytyczne

Dane kontekstowe: Informacje na temat przyczyn niedożywienia można zbierać ze źródeł bezpośrednich i pośrednich, uwzględniając profile dotyczące zdrowia i żywienia, sprawozdania z badań, informacje na temat wczesnego ostrzegania, rejestry placówek zdrowia, raporty dotyczące bezpieczeństwa żywieniowego oraz inne źródła. Przykłady:

- demograficzne badania zdrowotne;
- wielowskaźnikowe badania klastrowe;
- krajowe bazy danych dotyczących żywienia;
- inne krajowe badania dotyczące zdrowia i żywienia;
- krajowe systemy nadzoru żywienia;
- wskaźniki osób przyjmowanych i zasięg istniejących programów walki z niedożywieniem;
- Występowanie HIV, dane dotyczące zapadalności i śmiertelności, z uwzględnieniem grup narażonych na wyższe ryzyko lub o większym obciążeniu ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV.*

Lokalne instytucje i społeczności powinny w miarę możliwości aktywnie uczestniczyć w ocenie, interpretacji wyników oraz planowaniu działań związanych z reagowaniem.

Szybkie reagowanie: W pierwszej fazie kryzysu decyzje w sprawie ogólnych dystrybucji żywności lub bezpośredniego rozwiązywania niedożywienia powinny wynikać z szybkiego rozpoznania. Dogłębną analizę należy przeprowadzić na późniejszym etapie, lecz nie powinno to opóźniać reagowania w fazie ostrej.

Zakres analizy: Dogłębne oceny powinny być przeprowadzane tam, gdzie stwierdzono luki w informacjach, a także kiedy potrzebne są dodatkowe informacje do tworzenia programu, pomiaru rezultatów programu lub działań rzeczniczych. Ustal, czy niezbędne jest przeprowadzenie ocen jakościowych lub ilościowych dotyczących całej ludności, aby zrozumieć stan antropometryczny, stan mikroelementów, karmienie niemowląt i małych dzieci, praktyki opieki nad matkami oraz powiązane czynniki warunkujące niedożywienie. Prowadź koordynację z sektorami opieki zdrowotnej, WASH i bezpieczeństwa żywności, aby zaprojektować i przygotować się do ocen.

Pomiary antropometryczne: Służą do badania fizycznych proporcji ciała oraz przedstawienia szacunkowych wskaźników niedożywienia przewlekłego i ostrego. Ich podstawą może być losowy wybór próby lub konkretne badania przesiewowe. Badania powinny prezentować wskaźniki Z stosunku wagi do wzrostu zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Należy odnieść wskaźniki Z stosunku wagi do wzrostu do wskazań Narodowego Centrum Statystyki Zdrowia (National Center for Health Statistics (NCHS)) i porównać je z wcześniejszymi badaniami. Uwzględnij zahamowanie przyrostu ciała i poważne zahamowanie przyrostu ciała mierzone za pomocą danych MUAC. Najbardziej rozpowszechnioną praktyką jest ocena poziomów niedożywienia wśród dzieci w wieku 6-59 miesięcy, którą przyjmuje się jako punkt odniesienia dla całej populacji. Jednakże tam, gdzie występują inne grupy, które są narażone na większe zagrożenia związane z żywieniem, rozważ ich włączenie do oceny ⊕ *patrz: Załącznik 4: Pomiar ciężkiego ostrego niedożywienia*.

Ustal wskaźniki obrzęku spowodowanego niedożywieniem i zarejestruj je oddzielnie. Odnotuj przedziały poufności dla wskaźników niedożywienia i wykaż zapewnienie jakości w badaniu. Wykorzystaj istniejące narzędzia takie jak podręcznik metodologii Ujednoliconego Monitorowania i Oceny Pomocy i Przemian (SMART), Ujednolicone Poszerzone Badanie Żywienia (SENS) dla Populacji Uchodźców, oprogramowanie Emergency Nutrition Assessment [Ocena Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych] lub oprogramowanie Epi Info.

Oceny w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci: Oceń potrzeby i priorytety IYCF-E i obserwuj wpływ działania oraz braku działania humanitarnego na praktyki karmienia niemowląt i małych dzieci. Do podejmowania decyzji na wczesnym etapie można wykorzystać dane sprzed kryzysu. Współpracuj z innymi sektorami i uwzględnij pytania dotyczące IYCF-E w innych ocenach sektorowych oraz uwzględniaj istniejące dane wielosektorowe w ocenach ⊕ *patrz: Załącznik 3: Lista kontrolna oceny żywienia*.

Uwzględnij liczbę dostępnych doradców ds. karmienia piersią, przeszkolonych pracowników opieki zdrowotnej i innych usług wsparcia oraz ich możliwości. W celu przeprowadzenia bardziej szczegółowej oceny stosuj losowe pobieranie próbek, systematyczne pobieranie próbek lub pobieranie próbek w klastrach. Mogą być one przeprowadzane w ramach pojedynczego badania IYCF-E lub za pomocą badania zintegrowanego. Jednakże badanie zintegrowane może doprowadzić do uzyskania próby o ograniczonej wielkości, co z kolei może obniżyć reprezentatywność badania.

Inne wskaźniki: Można dokładnie rozważyć dodatkowe informacje, które mogą być wykorzystane do ogólnej oceny statusu żywieniowego. Są to m.in. wskaźniki objęcia programem szczepień i żywienia, w szczególności w zakresie odry, witaminy A, jodu lub innych niedoborów mikroelementów, zachorowalności i zachowań związanych z ubieganiem się o opiekę zdrowotną. Można rozważyć również orientacyjne wskaźniki śmiertelności wśród niemowląt i dzieci do 5 roku życia oraz przyczyny śmierci, jeśli te dane są dostępne.

Interpretowanie poziomów niedożywienia: Szczegółowa analiza wielkości i gęstości populacji referencyjnej oraz wskaźników śmiertelności i zachorowalności jest niezbędna, aby ustalić, czy poziomy niedożywienia wymagają interwencji. Potrzebne są także informacje na temat statusu zdrowotnego, wahań sezonowych,

wskaźników IYCF-E, poziomów niedożywienia sprzed kryzysu, proporcji ciężkiego ostrego niedożywienia w odniesieniu do ogólnoświatowego ostrego niedożywienia oraz poziomów niedoborów mikroelementów ⊕ *patrz: Standard podstawowej opieki zdrowotnej 2.2.2: Postepowanie z chorobami u noworodków i w okresie dzieciństwa* oraz *Załącznik 5: Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego*.

Połączenie uzupełniających systemów informacji może być najbardziej korzystnym kosztowo sposobem kontrolowania tendencji. Stosowne mogą się okazać modele i podejścia dotyczące podejmowania decyzji, które uwzględniają różnorodne zmienne takie jak bezpieczeństwo żywnościowe, środki do życia, zdrowie i żywienie ⊕ *patrz: Standard oceny bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.1: Ocena bezpieczeństwa żywnościowego*.

2. Walka z niedożywieniem

Profilaktyka i leczenie niedożywienia są istotnymi kwestiami w kryzysach humanitarnych. Przewlekłego niedożywienia można uniknąć, lecz jest mało dowodów na to, że jego odwrócenie lub wyleczenie jest możliwe. Z drugiej strony za pomocą odpowiednich działań w zakresie żywienia można zapobiegać i leczyć ostre niedożywienie, które może występować w trakcie kryzysu.

Działania związane z reagowaniem w zakresie niedożywienia odgrywają kluczową rolę w zmniejszeniu zachorowalności i śmiertelności wśród ludności dotkniętej. Jednakże wymagają zrozumienia złożonych przyczyn źródłowych niedożywienia. Niezbędne jest podejście wielosektorowe, aby zająć się wszystkimi przyczynami i zachodzącymi pomiędzy nimi interakcjami.

Postępowanie z umiarkowanym ostrym niedożywieniem: W kryzysach, żywienie uzupełniające jest często główną strategią zapobiegania i leczenia umiarkowanie ostrego niedożywienia.

Powszechne są dwa rodzaje żywienia uzupełniającego: uniwersalne programy żywienia uzupełniającego prowadzone w ramach profilaktyki oraz ukierunkowane programy żywienia uzupełniającego, których celem jest leczenie umiarkowanie ostrego niedożywienia i zapobieganie ciężkiemu ostremu niedożywieniu. Zastosowanie każdego z tych programów zależy od stopnia ostrego niedożywienia, szczególnie narażonych grup populacji i ryzyka nasilenia się ostrego niedożywienia.

Uniwersalne programy żywienia uzupełniającego są zalecane w sytuacjach, w których występuje wysoki brak bezpieczeństwa żywnościowego oraz istnieje potrzeba rozszerzenia interwencji poza przypadki umiarkowanego ostrego niedożywienia. Powinny im towarzyszyć ogólne dystrybucje żywności skierowane do dotkniętych gospodarstw domowych. Nie ma określonych czynników oddziaływania dla uniwersalnych programów karmienia uzupełniającego, lecz istotne jest, aby nadzorować zasięg, przestrzeganie, akceptowalność i zapewnione racje żywnościowe. Wskaźniki służące walce z umiarkowanie ostrym niedożywieniem odnoszą się głównie do ukierunkowanego żywienia uzupełniającego.

Głównym założeniem ukierunkowanego programu żywienia uzupełniającego jest zapobieganie sytuacji, w której umiarkowane niedożywienie przechodzi w niedożywienie ciężkie, oraz pomaganie w wyjściu z tych stanów niedożywienia. Te dwa rodzaje programów zazwyczaj zapewniają suplement żywnościowy do racji żywnościowych dla osób umiarkowanie niedożywionych, kobiet w ciąży i matek karmiących oraz innych osób narażonych na ryzyko.

Postępowanie z ciężkim ostrym niedożywieniem: Podstawą opieki terapeutycznej jest wiele różnych podejść. Preferowane jest podejście oparte na środowiskowym zwalczaniu ostrego niedożywienia, jeśli pozwalają na to warunki. Oznacza to m.in.:

- opiekę szpitalną dla osób z powikłaniami medycznymi, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie;
- opiekę szpitalną dla niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie;

- opiekę ambulatoryjną dla osób, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie, lecz nie mają powikłań medycznych;
- docieranie do społeczności;
- inne usługi lub programy dostosowane do kontekstu dla osób zmagających się z umiarkowanie ostrym niedożywieniem.

Programy zwalczania ciężkiego ostrego niedożywienia powinny być wspomagane programami żywienia uzupełniającego oraz mobilizacją społeczną celem wsparcia działań pomocy, aktywnego wyszukiwania przypadków, skierowań i działań następczych.

Standard walki z niedożywieniem 2.1: Umiarkowanie ostre niedożywienie

Podejmowane są działania zapobiegające umiarkowanemu ostremu niedożywieniu i jest ono zwalczane.

Kluczowe działania

1. Opracuj wyraźnie zdefiniowane i uzgodnione strategie, cele oraz kryteria ustanowienia i zamknięcia interwencji na samym początku programu.

2. Maksymalizuj dostęp do zasięgu interwencji w zakresie umiarkowanego ostrego niedożywienia poprzez zaangażowanie i uczestnictwo społeczności od momentu rozpoczęcia działań.

- Współpracuj z interesariuszami w społeczności w celu ustalenia osób i gospodarstw domowych, które są szczególnie narażone.

3. Ustanów protokoły przyjęcia i wypisu zgodnie z kryteriami antropometrycznymi uznanymi na szczeblu krajowym oraz międzynarodowym.

- Określ kryteria wypisu przy sprawozdawaniu wskaźników wykonania.
- Badaj i rozwiązuj przyczyny niestawiennictwa oraz braku odpowiedzi, lub wzrostu ofiar śmiertelnych.

4. Połącz walkę z umiarkowanie ostrym niedożywieniem z walką z ciężkim ostrym niedożywieniem oraz istniejącymi służbami opieki zdrowotnej.

5. Przekazuj racje żywności uzupełniającej w postaci suchej, które można zabrać do domu, lub odpowiednią, gotową do spożycia żywność uzupełniającą, chyba że istnieją wyraźne przesłanki, aby karmienie odbywało się na miejscu.

- Przekazuj racje raz na tydzień lub raz na dwa tygodnie. Ustalając rozmiar i skład racji, weź pod uwagę członków i wielkość gospodarstwa domowego, bezpieczeństwo żywnościowe w gospodarstwie domowym oraz prawdopodobieństwo dzielenia się żywnością.
- Udostępniaj jasne informacje na temat higienicznego przygotowywania i przechowywania żywności uzupełniającej oraz jak i kiedy należy ją spożywać.

6 Podkreślaj ochronę, wsparcie i promowanie karmienia piersią, żywienia uzupełniającego oraz higieny.

- Przekazuj jasne informacje na temat znaczenia karmienia dzieci do szóstego miesiąca życia wyłącznie piersią oraz kontynuacji karmienia piersią dzieci od 6 do 24 miesiąca życia ze względu na zdrowie fizyczne i psychologiczne matki oraz dziecka.
- Do programów żywienia uzupełniającego przyjmuj matki karmiące piersią, których niemowlęta poniżej szóstego miesiąca życia zmagają się z ostrym niedożywieniem, niezależnie od statusu żywienia matki.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności docelowej, która ma dostęp do placówek żywienia uzupełniającego wydających suche racje żywieniowe, do których mogą dojść i wrócić w ciągu jednego dnia (z uwzględnieniem czasu na leczenie)

- >90 procent

Odsetek ludności docelowej, która ma dostęp do programów realizowanych na miejscu w ciągu jednej godziny

- >90 procent

Odsetek przypadków umiarkowanie ostrego niedożywienia (MAM) mających dostęp do leczenia (zasięg)

- >50 procent na obszarach wiejskich
- >70 procent na obszarach miejskich
- >90 procent w formalnych obozach

Proporcja osób wypisanych z ukierunkowanych programów żywienia uzupełniającego, które zmarły, wróciły do zdrowia lub się nie stawiły

- Zmarły: <3 procent
- Wróciły do zdrowia: >75 procent
- Nie stawiły się: >15 procent

Wytyczne

Tworzenie programu: Twórz programy, które rozwijają i wspierają możliwości istniejącego systemu opieki zdrowotnej oraz weź pod uwagę dostęp do ośrodków opieki zdrowotnej, rozmieszczenie geograficzne populacji i bezpieczeństwo. Utrzymuj powiązania z opieką szpitalną i ambulatoryjną, opieką przedporodową, zapobieganiem malarii, chorobami oraz badaniami przesiewowymi w wieku dziecięcym, opieką w zakresie HIV i gruźlicy, a także programami bezpieczeństwa żywnościowego obejmującymi przekazywanie żywności, gotówki oraz bonów.

Programy dokarmiania nie mają zastępować diety, ale ją uzupełniać. Bardzo ważne jest, aby programy były tworzone w ramach wielosektorowego podejścia i uwzględniały usługi dodatkowe takie jak WASH, opieka zdrowotna, IYCF i ogólne dostarczanie żywności. Oceń dostępność żywności uzupełniającej na rynkach krajowych lub międzynarodowych i weź pod uwagę potencjalne ograniczenia

w działaniach przy planowaniu programów ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*

Zapobieganie czy leczenie: Przyjmij podejście uniwersalne, aby zapobiegać niedożywieniu lub podejście ukierunkowane, żeby je leczyć. Decyzja będzie zależeć od takich czynników jak:

- poziomy ostrego niedożywienia i liczba osób dotkniętych;
- ryzyko zwiększonej zachorowalności;
- ryzyko zmniejszonego bezpieczeństwa żywnościowego;
- wysiedlenie populacji i gęstość zaludnienia;
- zdolność do badań przesiewowych i nadzorowania ludności dotkniętej za pomocą kryteriów antropometrycznych; oraz
- dostępne zasoby i dostęp do osób poszkodowanych.

Ukierunkowane żywienie uzupełniające ogólnie wymaga więcej czasu oraz wysiłku na badania przesiewowe i monitorowanie osób zmagających się z ostrym niedożywieniem, lecz wymaga również mniejszej liczby wyspecjalizowanych zasobów żywności. Z kolei podejście uniwersalne ogólnie wymaga mniejszej wiedzy fachowej od pracowników, lecz bardziej wyspecjalizowanych zasobów żywności.

Skuteczna mobilizacja społeczności: Mobilizacja i zaangażowanie społeczności zwiększa zrozumienie programu oraz jego potencjalną skuteczność. Współpracuj z ludnością docelową w kwestii wyboru lokalizacji punktów realizacji programu. Rozważ grupy narażone na ryzyko, które mogą mieć trudności z uzyskaniem dostępu do tych punktów. Przekazuj jasne i zrozumiałe informacje na temat dostępnego wsparcia w przystępnych językach, korzystając z wielu kanałów wymiany informacji, w formie dźwiękowej, wizualnej i pisemnej.

Zasięg odnosi się do liczby osób otrzymujących leczenie proporcjonalnie do liczby osób, które potrzebują leczenia. Na zasięg mogą mieć wpływ następujące czynniki:

- akceptowalność programu, z uwzględnieniem lokalizacji i dostępności punktów realizacji programu;
- sytuacja dotycząca bezpieczeństwa;
- częstotliwość dystrybucji;
- czas oczekiwania;
- zakres mobilizacji, wizyty domowe i badania przesiewowe;
- dostępność pracowników żywienia płci męskiej i żeńskiej;
- ujednolicenie kryteriów przyjęcia i zasięgu;
- umiejętność rozpoznawania oznak niedożywienia przez opiekunów.

Metodologie oceny zasięgu są kosztowne i wymagają wyspecjalizowanych pracowników. Jeśli badania zasięgu są niewykonalne, sprawdź krajowe wytyczne, gdy chodzi o wybór metod alternatywnych. W celu oszacowania zasięgu korzystaj z rutynowych danych programu takich jak przesiewanie, skierowania i przyjęcia.

Być może nie będzie potrzeby, aby przeprowadzać regularne oceny zasięgu, o ile nie nastąpią istotne zmiany w obszarze programu, np. przemieszczanie się populacji lub nowy produkt leczniczy czy protokół.

Kryteria przyjęcia powinny być spójne z wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi. Kryteria przyjęcia dla niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia i dla grup, których stan antropometryczny jest trudny do ustalenia, powinny uwzględniać status

kliniczny i status karmienia piersią ⊕ *patrz: Załącznik 4: Pomiar ostrego niedożywienia* oraz *Źródła i materiały dodatkowe*.

Osoby, które mają (lub u których podejrzewa się) pozytywny wynik na HIV lub stwierdzoną gruźlicę bądź chorują na inną chorobę przewlekłą, nie powinny być dyskryminowane i powinny mieć równy dostęp do opieki, jeśli spełniają kryteria przyjęcia. Niektóre osoby, które nie spełniają kryteriów antropometrycznych ostrego niedożywienia, mogą skorzystać z żywienia uzupełniającego. Mogą to być np. osoby żyjące z HIV, gruźlicą lub inną chorobą przewlekłą, osoby zwolnione z opieki lecz wymagające wsparcia terapeutycznego, aby uniknąć nawrotu choroby, a także osoby niepełnosprawne. Skoryguj systemy nadzoru i raportowania, jeżeli takie osoby nie spełniają kryteriów antropometrycznych.

Osoby żyjące z HIV, które nie spełniają kryteriów przyjęcia, często wymagają wsparcia żywieniowego. Takie wsparcie jest oferowane skuteczniej poza kontekstem leczenia ciężkiego ostrego niedożywienia w kryzysach. Zapewnij takim osobom oraz ich rodzinom szeroki wachlarz usług, z uwzględnieniem opieki środowiskowej oraz świadczonej w domu, ośrodków leczenia gruźlicy i programów zapobiegania przenoszeniu z matki na dziecko.

Kryteria wypisu z programu i obserwacji: Liczba wypisanych osób uwzględnia osoby, które wyzdrowiały, umarły, nie stawiły się lub nie wyzdrowiały. Osoby, które zostały skierowane na usługi uzupełniające, takie jak opieka zdrowotna, nie zakończyły leczenia i będą je kontynuowały lub powrócą do leczenia w późniejszym czasie. Nie uwzględniaj osób, które zostały przeniesione do innych ośrodków lub które nie zakończyły leczenia.

Jeżeli do programu żywienia przystępują osoby, które zostały wypisane z opieki leczniczej, zgłaszaj je jako odrębną kategorię, aby uniknąć zniekształcenia wyników. Jeżeli u kogoś występują objawy ostrego niedożywienia z powodu innych czynników takich jak niepełnosprawność, rozszczep lub problemy chirurgiczne, uwzględnij ją w raportach programu. Zbadaj, w jaki sposób płeć osoby może wpływać na dostęp do leczenia, nieukończenie leczenia i powrót do zdrowia.

Oblicz statystyki dotyczące wypisów w następujący sposób:

- Odsetek wypisanych osób, które zostały wyleczone = liczba osób wyleczonych / całkowita liczba osób wypisanych x 100
- Odsetek wypisanych osób, które zmarły = liczba osób zmarłych / całkowita liczba osób wypisanych x 100
- Odsetek wypisanych osób, które się nie stawiły = liczba osób, które się nie stawiły / całkowita liczba osób wypisanych x 100
- Odsetek osób wypisanych, które nie wyzdrowiały = liczba osób, które nie wyzdrowiały / całkowita liczba osób wypisanych x 100

Oprócz powyżej opisanych wskaźników systemy nadzoru powinny obejmować:

- uczestnictwo ludności;
- akceptowalność programu (wskaźnik nieukończenia i zasięgu może służyć do pomiaru pośredniego tego aspektu);
- ilość i jakość żywności;
- zasięg;

- przyczyny przeniesienia do innych programów (w szczególności dzieci, których status żywienia pogarsza się i prowadzi do ciężkiego ostrego niedożywienia); oraz
- liczba osób przyjętych i odbywających leczenie.

Rozważ czynniki zewnętrzne takie jak:

- wzorce zachorowalności;
- poziomy niedożywienia w populacji;
- stopień braku bezpieczeństwa żywnościowego w gospodarstwach domowych i wśród ludności;
- interwencje uzupełniające, które są dostępne dla ludności (włączając ogólną pomoc żywnościową lub równoważne programy);
- zdolność istniejących systemów do realizacji usług.

Powiązania z opieką zdrowotną i innymi sektorami: Zarówno ukierunkowane jak i uniwersalne programy żywienia uzupełniającego mogą być wykorzystywane jako platforma dla dostarczania usług uzupełniających. W wielu sytuacjach uniwersalny program profilaktycznego karmienia uzupełniającego może wspierać reagowanie na kryzys. Może np. zapewnić dostęp do ludności docelowej dzięki spisom, badaniom przesiewowym społeczności oraz skierowaniom do programów walki z ciężkim ostrym niedożywieniem i umiarkowanie ostrym niedożywieniem. Może także umożliwić przeprowadzanie interwencji ratujących życie dzieciom takich jak:

- środki odrobaczające;
- suplementacja witaminy A;
- żelazo i kwas foliowy połączone z badaniami przesiewowymi i leczeniem malarii;
- cynk w leczeniu biegunki;
- szczepienia.

⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy chorób zakaźnych od 2.1.1 do 2.1.4* oraz *Podstawowa opieka zdrowotna – standardy opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1 i 2.2.2*.

Populacje charakteryzujące się wyższymi poziomami podatności na zagrożenia, jak np. występowanie HIV i osoby mające trudności z poruszaniem się lub karmieniem, mogą wymagać dostosowania programów do ich potrzeb. Może to obejmować dostosowanie jakości i ilości racji żywności uzupełniającej ⊕ *patrz: Standard karmienia niemowląt i małych dzieci 4.1*.

Standard walki z niedożywieniem 2.2: Ciężkie ostre niedożywienie

Ciężkie ostre niedożywienie jest objęte leczeniem.

Kluczowe działania

1. Opracuj wyraźnie zdefiniowane i uzgodnione strategie, cele oraz kryteria ustanowienia i zamknięcia interwencji na samym początku programu.

- Uwzględnij odpowiednią ilość personelu o odpowiednich zdolnościach, wiedzy i umiejętnościach.

2 W leczeniu ciężkiego ostrego niedożywienia uwzględnij opiekę szpitalną, opiekę ambulatoryjną, system skierowań i mobilizację społeczności.

3 Zapewnij żywienie i opiekę zdrowotną zgodnie z uznanymi krajowymi i międzynarodowymi wytycznymi w zakresie walki z ciężkim ostrym niedożywieniem.

4 Ustanów kryteria wypisu, które uwzględniają dane antropometryczne i inne wskaźniki.

5 Badaj i rozwiązuj przyczyny niestawiennictwa oraz braku odpowiedzi, lub wzrostu ofiar śmiertelnych.

6 Chroń, wspieraj i propaguj karmienie piersią, karmienie uzupełniające, promocję higieny oraz dobre relacje między matką a dzieckiem.

- Przekazuj jasne informacje na temat znaczenia karmienia dzieci do szóstego miesiąca życia wyłącznie piersią oraz kontynuacji karmienia piersią dzieci od 6 do 24 miesiąca życia ze względu na zdrowie fizyczne i psychologiczne matki i dziecka.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności docelowej, która może dojść do punktu realizacji programu i z niego wrócić w ciągu jednego dnia (z uwzględnieniem czasu na leczenie)

- >90 procent ludności docelowej

Odsetek przypadków ciężkiego ostrego niedożywienia (SAM) mających dostęp do leczenia (zasięg)

- >50 procent na obszarach wiejskich
- >70 procent na obszarach miejskich
- >90 procent w obozie

Proporcja osób wypisanych z opieki leczniczej, które zmarły, wróciły do zdrowia lub się nie stawiły

- Zmarły: <10 procent
- Wróciły do zdrowia: >75 procent
- Nie stawiły się: >15 procent

Wytyczne

Elementy programu: Opieka szpitalna może być zapewniana bezpośrednio lub na podstawie skierowania. Programy powinny zapewniać zdecentralizowaną opiekę pozaszpitalną dla dzieci, które nie mają komplikacji natury medycznej. Pozaszpitalne placówki programu powinny znajdować się blisko ludności docelowej, aby obniżyć ryzyko i koszty związane z podróżowaniem z małymi dziećmi oraz ryzyko dalszego wysiedlenia. ⊕ *Patrz: Standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.2: Walka z chorobami występującymi u noworodków i w wieku dziecięcym.*

Połącz programy z innymi usługami, które będą stosowne, takimi jak:

- żywienie uzupełniające;
- sieci HIV i gruźlicy;
- rehabilitacja;
- usługi podstawowej opieki zdrowotnej;
- programy bezpieczeństwa żywnościowego lub pomoc pieniężna.

Metodologie oceny ***zasięgu*** są podobne w przypadku programów przeciwdziałania ciężkiemu ostremu niedożywieniu i programów umiarkowanie ostrego niedożywienia ⊕ *patrz: Standard walki z niedożywieniem 2.1: Umiarkowanie ostre niedożywienie*.

Kryteria przyjęcia powinny być spójne z wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi. Kryteria przyjęcia dla niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia i dla grup, których stan antropometryczny jest trudny do ustalenia, powinny obejmować status kliniczny i status karmienia piersią ⊕ *patrz: Załącznik 4: Pomiar ostrego niedożywienia* oraz *Źródła i materiały dodatkowe*.

Osoby, które mają (lub u których podejrzewa się) pozytywny wynik na HIV lub stwierdzoną gruźlicę bądź chorują na inną chorobę przewlekłą nie powinny być dyskryminowane i powinny mieć równy dostęp do opieki, jeśli spełniają kryteria przyjęcia. Niektóre osoby, które nie spełniają kryteriów antropometrycznych ostrego niedożywienia, mogą skorzystać z żywienia uzupełniającego. Np. osoby żyjące z HIV, gruźlicą, czy innymi chorobami przewlekłymi, osoby wypisane z opieki lecz wymagające wsparcia terapeutycznego, aby zapobiec nawrotowi lub osoby z niepełnosprawnościami. Skoryguj systemy nadzoru i raportowania, jeśli takie osoby nie spełniają kryteriów antropometrycznych.

Osoby żyjące z HIV, które nie spełniają kryteriów przyjęcia, często wymagają wsparcia żywieniowego. Takie wsparcie jest oferowane skuteczniej poza kontekstem leczenia ciężkiego ostrego niedożywienia w kryzysach. Zapewnij takim osobom oraz ich rodzinom szeroki wachlarz usług, z uwzględnieniem opieki środowiskowej i świadczonej w domu, ośrodków leczenia gruźlicy oraz programów zapobiegania przenoszeniu z matki na dziecko.

Kryteria wypisu z programu i powrót do zdrowia: Osoby wypisane nie mogą mieć komplikacji natury medycznej. Ponadto powinny odzyskać apetyt oraz osiągnąć i utrzymywać odpowiedni przyrost wagi bez obrzęków związanych z żywieniem (np. przez dwa kolejne ważenia). Oblicz średni przyrost wagi oddzielnie dla osób z obrzękiem związanych z żywieniem i bez obrzęku. Karmienie piersią jest szczególnie ważne dla niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia oraz dla dzieci w wieku od 6 do 24 miesięcy. Niemowlęta niekarmione piersią będą potrzebowały ścisłej kontroli. Przestrzegaj kryteriów wypisu, aby zapobiec ryzyku związanemu z przedwczesnym wypisem.

Wytyczne w zakresie środowiskowej walki z ostrym niedożywieniem określają przeciętną długość pobytu leczniczego i dążą do skrócenia czasu powrotu do zdrowia. Przy obliczaniu przeciętnej długości pobytu przestrzegaj istniejących wytycznych krajowych, ponieważ zależą one od kontekstu. HIV, gruźlica i inne stany przewlekłe mogą prowadzić do niedożywienia wśród osób, które nie reagują na leczenie. Współpracuj z usługodawcami służby zdrowia oraz innymi usługodawcami wsparcia społecznego i środowiskowego, aby określić

długoterminowe opcje leczenia dla takich osób ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV*.

Wskaźniki wykonania w zakresie walki z ciężkim ostrym niedożywieniem: Populacja osób wypisanych w związku z ciężkim ostrym niedożywieniem obejmuje osoby, które wyzdrowiały, umarły, nie ukończyły lub nie wyzdrowiały. ⊕ *patrz: Wskazówki w Standardzie walki z niedożywieniem 2.1: Umiarkowanie ostre niedożywienie*.

Wskaźniki wykonania w zakresie walki z ciężkim ostrym niedożywieniem powinny stanowić połączenie wyników opieki szpitalnej i pozaszpitalnej bez podwójnego liczenia osób przeniesionych z jednej formy opieki do drugiej. Jeżeli okaże się to niemożliwe, dostosuj interpretację wskaźników wyników. Programy powinny np. spodziewać się lepszych wyników, jeżeli świadczona jest tylko opieka pozaszpitalna. Jeżeli zapewniana jest wyłącznie opieka szpitalna, programy powinny dążyć do osiągnięcia wyników wskazanych dla opieki łączonej.

Osoby, które są kierowane do innych służb, takich jak opieka zdrowotna, nie zakończyły leczenia. Oceniając skuteczność leczenia pozaszpitalnego, raportuj przeniesienia do ośrodków opieki szpitalnej, aby prawidłowo odzwierciedlić wyniki programu.

Wskaźniki wykonania nie uwzględniają klinicznej złożoności HIV. Złożoność kliniczna HIV ma wpływ na wskaźniki śmiertelności. W takich sytuacjach należy rozważyć interpretację wyników programu.

Nadzorując wykonanie, poza wskaźnikami wypisów zapoznaj się także ze zdezagregowanymi danymi dotyczącymi nowych przyjęć (płeć, wiek, niepełnosprawność), liczbą dzieci objętych leczeniem i wskaźnikami zasięgu. Regularnie badaj i dokumentuj proporcje oraz przyczyny ponownego przyjęcia, pogorszenia się stanu klinicznego, niestawiennictwa i braku reakcji na leczenie. Dostosuj definicję tych wskaźników do stosowanych wytycznych.

Dane z opieki zdrowotnej: Wszystkie programy przeciwdziałania ciężkiemu ostremu niedożywieniu powinny uwzględniać systematyczne leczenie zgodnie z krajowymi lub międzynarodowymi wytycznymi. Konieczne jest, aby obejmowały skuteczne mechanizmy skierowań umożliwiających leczenie istniejących chorób, np. gruźlicy lub HIV. W obszarach o wysokich wskaźnikach występowania HIV programy żywienia powinny uwzględniać interwencje, których założeniem jest unikanie przenoszenia HIV oraz które wspierają przetrwanie matki i dziecka. W środowiskach, w których infekcje HIV są częste (występowanie HIV powyżej 1 procenta), badaj dzieci, u których występuje niedożywienie, aby ustalić ich status HIV oraz określić, czy wymagają terapii antyretrowirusowej.

Wsparcie karmienia piersią: Matki niemowląt przebywających w szpitalu potrzebują wyspecjalizowanego wsparcia w zakresie karmienia piersią w ramach rehabilitacji żywieniowej i powrotu do zdrowia. Jest to szczególnie ważne dla dzieci poniżej szóstego miesiąca życia, a także dla matek niepełnosprawnych. Zapewnij wystarczający czas i zasoby, np. wyznaczone oddzielne miejsce do karmienia piersią, aby wzmocnić wyspecjalizowane wsparcie i umożliwić wzajemną pomoc. Matki karmiące piersią, które mają ostro niedożywione niemowlęta w wieku poniżej szóstego miesiąca życia, powinny otrzymywać racje żywności uzupełniającej niezależnie od stanu odżywienia. Jeżeli takie matki spełniają kryteria antropometryczne ciężkiego ostrego niedożywienia, przyjmij je na leczenie.

Wsparcie psychospołeczne: Stymulacja emocjonalna i fizyczna poprzez zabawę jest ważna w okresie rehabilitacji dzieci, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie. Wzmacnia przywiązanie i pozytywny nastrój matki. Opiekunowie takich dzieci często wymagają wsparcia psychospołecznego, żeby móc przyprowadzić swoje dzieci na leczenie. Niektórym matkom może być również potrzebna pomoc w dostępie do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w związku z depresją okołoporodową. Można to osiągnąć dzięki programom mobilizacji. Programy powinny podkreślać znaczenie stymulacji i interakcji w leczeniu oraz zapobieganiu występowaniu niepełnosprawności i zaburzeń poznawczych u dzieci w przyszłości. Zapewnij wszystkim opiekunom dzieci, u których występuje ostre niedożywienie, możliwość karmienia i opiekowania się swoimi dziećmi w trakcie leczenia; udzielaj im doradztwa, przeprowadzaj pokazy oraz przekazuj informacje na temat zdrowia i żywienia. Zwracaj uwagę na wpływ leczenia na opiekunów i rodzeństwo, aby zapewnić odpowiednią opiekę nad dziećmi, uniknąć rozdzielenia rodziny, zminimalizować dyskomfort psychospołeczny i zmaksymalizować przestrzeganie potencjalnych zaleceń dotyczących leczenia.

Powiązania z innymi podmiotami: Prowadź koordynację z partnerami działającymi w obszarze ochrony dzieci i przemocy uwarunkowanej płcią, aby ustanowić ścieżki skierowań i protokoły wymiany informacji. Przeszkol personel zajmujący się żywieniem w zakresie wystawiania skierowań opiekunom dzieci narażonych na przemoc, wyzyskiwanie lub nadużycia o charakterze fizycznym, seksualnym lub emocjonalnym, w sposób zapewniający wsparcie i poufność.

3. Niedobory mikroelementów

Niedobory mikroelementów stanowią przeszkodę dla rozwoju społeczno-gospodarczego w wielu państwach. Mają ogromny wpływ na zdrowie, możliwość uczenia się i produktywność ludzi. Niedobory te tworzą błędne koło niedożywienia, niedorozwoju oraz ubóstwa i mają wpływ na grupy, które już są w niekorzystnej sytuacji.

Niedobory mikroelementów są w wielu kontekstach trudne do określenia. Pomimo, że zdiagnozowanie klinicznych objawów poważnych niedoborów jest łatwe, większym obciążeniem dla zdrowia i przetrwania populacji mogą być niedobory podkliniczne. Załóż, że kryzys pogłębi niedobory mikroelementów występujące w populacji. Zajmij się tymi niedoborami, wdrażając interwencje obejmujące całą populację, jak również leczenie indywidualne.

Istnieją trzy podejścia do walki z niedoborami mikroelementów:

- **Suplementacja:** Dostarczenie mikroelementów w wysoko przyswajalnej formie zwykle daje najszybszą regulację stanu mikroelementów u osób indywidualnych lub w populacjach docelowych. Przykładowe działania obejmują programy suplementacji ukierunkowane na anemię poprzez suplementację żelaza, suplementację kwasu foliowego u kobiet w ciąży oraz suplementację witaminy A u dzieci poniżej piątego roku życia.
- **Wzmocnienie:** Wzmocnienie produktów żywnościowych mikroelementami może być skuteczną strategią walki z niedoborami mikroelementów. Może to być np. sól jodowana, mikroelementy w proszku lub olej roślinny z dodatkiem witaminy A.
- **Podejścia oparte na żywności:** Witaminy i minerały niezbędne do zapobiegania niedoborom mikroelementów występują w wielu różnych produktach żywnościowych. Zasady i programy powinny zapewniać poprawę spożywania odpowiedniej żywności przez cały rok, która jest zróżnicowana, adekwatna pod względem ilości oraz jakości, bezpieczna i bogata w mikroelementy.

Pomimo, że w kryzysach stosuje się wszystkie trzy podejścia, suplementacja jest rozwiązaniem najbardziej powszechnym i najczęściej stosowanym.

Standard niedoborów mikroelementów 3: Niedobory mikroelementów

Niedobory mikroelementów są korygowane.

Kluczowe działania

1. Zbieraj informacje na temat sytuacji przed kryzysem, aby ustalić najczęściej występujące niedobory mikroelementów.
2. Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej w zakresie identyfikowania i leczenia niedoborów mikroelementów.

3 Ustanów procedury reagowania na zagrożenia związane z niedoborem mikroelementów.

4 Powiąż reagowanie w zakresie mikroelementów z działaniami publicznej służby zdrowia na rzecz ograniczenia chorób najczęściej związanych z kryzysami, polegającymi np. na uzupełnianiu witaminy A w leczeniu odry i cynku w leczeniu biegunki.

Kluczowe wskaźniki

Nie występują przypadki szkorbutu, pelagry, beri-beri lub niedoboru ryboflawiny

- ⊕ *Patrz: Załącznik 5: Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego*, aby zapoznać się z definicją znaczenia niedoborów dla zdrowia publicznego w podziale na grupy wiekowe i w całej populacji.
- W miarę dostępności korzystaj ze wskaźników krajowych lub dotyczących danego kontekstu.

Wskaźniki kseroftalmii, anemii i niedoboru jodu nie mają znaczenia dla zdrowia publicznego

- ⊕ *Patrz: Załącznik 5: Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego*, aby zapoznać się z definicją znaczenia niedoborów dla zdrowia publicznego w podziale na grupy wiekowe i w całej populacji.
- W miarę dostępności korzystaj ze wskaźników krajowych lub dotyczących danego kontekstu.

Wytyczne

Diagnozowanie klinicznych niedoborów mikroelementów: Kliniczne niedobory mikroelementów zawsze powinny być diagnozowane przez wykwalifikowany personel medyczny. Kiedy wskaźniki kliniczne tych niedoborów będą włączone do systemów opieki zdrowotnej lub nadzoru żywienia, przeszkol pracowników w zakresie przeprowadzania podstawowych ocen i wystawiania odpowiednich skierowań. Definicje przypadków są kłopotliwe. W przypadku kryzysu określ je poprzez reakcję na suplementację.

Subkliniczne niedobory mikroelementów to niedobory, które nie są na tyle poważne, aby prowadziły do występowania łatwych do zidentyfikowania objawów. Mogą jednak przynieść niekorzystne skutki dla zdrowia. Ich rozpoznanie wymaga specjalistycznych badań biochemicznych. Wyjątkiem jest anemia, w przypadku której dostępne są podstawowe badania, które można łatwo przeprowadzić w terenie.

Wskaźniki pośrednie mogą być wykorzystane do oceny ryzyka wystąpienia niedoborów mikroelementów i określenia, czy wymagane są suplementacje lub wzbogacenie przyjmowanej żywności. Ocena pośrednia polega na oszacowaniu przyjmowania składników odżywczych na poziomie populacji i ekstrapolacji ryzyka niedoboru. W tym celu należy zapoznać się z istniejącymi danymi na temat dostępu do żywności, dostępności i wykorzystania żywności oraz ocenić adekwatność racji żywnościowej.

Profilaktyka: Strategie zapobiegania niedoborowi mikroelementów są omówione w punkcie 6 poniżej (⊕ patrz: *Standard pomocy żywnościowej 6.1: Wymagania ogólne w zakresie żywienia*). Zwalczanie chorób ma krytyczne znaczenie w kontekście zapobiegania niedoborom mikroelementów. Ostra infekcja dróg oddechowych, odra, zakażenia pasożytnicze takie jak malaria oraz biegunka to przykłady chorób, które zubażają zasoby mikroelementów. Przygotowanie do leczenia będzie polegało na opracowaniu definicji przypadków i wytycznych w zakresie leczenia, a także na stworzeniu systemów aktywnego wyszukiwania przypadków ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1 i 2.2.2*.

Leczenie niedoborów mikroelementów: Wyszukiwanie przypadków i leczenie powinno odbywać się w ramach systemu opieki zdrowotnej oraz w ramach programów karmienia. Jeżeli wskaźniki niedoborów mikroelementów przekraczają progi ustanowione przez publiczną opiekę zdrowotną, właściwym rozwiązaniem może być uniwersalne leczenie ludności za pomocą suplementów. Szkorbut (niedobór witaminy C), pelagra (niedobór witaminy B3), beri-beri (niedobór witaminy B1) i niedobór witaminy B2 to najczęściej występujące choroby powodowane przez niedobory mikroelementów ⊕ *patrz: Załącznik 5: Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego*.

Do środków zdrowia publicznego podejmowanych w celu walki z niedoborami mikroelementów można zaliczyć:

- zapewnienie suplementacji witaminy A poprzez szczepienie dzieci w wieku 6-59 miesięcy;
- odrobaczenie wszystkich dzieci w wieku 12-59 miesięcy;
- dodanie soli jodowanej i innych wzbogaconych produktów takich jak olej roślinny wzbogacony w witaminę A i D do koszyka żywnościowego oraz zapewnienie mikroelementów w proszku bądź jodowanych suplementów na bazie oleju;
- dostarczenie różnych mikroelementów zawierających żelazo dla dzieci w wieku 6-59 miesięcy;
- codzienne podawanie suplementów zawierających różne mikroelementy i żelazo, z uwzględnieniem kwasu foliowego dla kobiet w ciąży i karmiących piersią.

Jeżeli produkty zawierające różne mikroelementy bogate w żelazo są niedostępne, podawaj codziennie suplementy żelaza i kwasu foliowego kobietom w ciąży oraz kobietom, które urodziły w ciągu ostatnich 45 dni.

Korzystaj z pośrednich wskaźników poddanych dezagregacji według płci, aby oszacować ryzyko niedoborów mikroelementów wśród ludności dotkniętej i określić potrzebę wzbogacenia przyjmowanej żywności lub podania suplementów. Na przykład wskaźniki pośrednie dla niedoboru witaminy A mogą uwzględniać niską wagę urodzeniową, niedowagę lub zahamowanie wzrostu. ⊕ *patrz: Standard oceny Bezpieczeństwa Żywnościowego i Żywienia 1.2: Ocena żywienia*.

4. Karmienie niemowląt i małych dzieci

Udzielane na czas i odpowiednie wsparcie karmienia niemowląt oraz małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E) ratuje życie i chroni żywienie, zdrowie oraz rozwój dzieci. Nieprawidłowe praktyki karmienia niemowląt oraz małych dzieci zwiększają podatność na zagrożenia związane z niedożywieniem, chorobami i śmiercią oraz szkodą zdrowiu matki. Kryzysy zwiększają te ryzyka. Niektóre niemowlęta i małe dzieci są szczególnie narażone, w tym:

- niemowlęta o niskiej wadze urodzeniowej;
- dzieci oddzielone od rodziny lub pozbawione opieki;
- niemowlęta i dzieci matek zmagających się z depresją;
- dzieci poniżej drugiego roku życia niekarmione piersią;
- dzieci w populacjach o przeciętnej lub wysokiej częstotliwości występowania HIV;
- dzieci z niepełnosprawnościami, szczególnie te, które mają trudności z przyjmowaniem pokarmu;
- niemowlęta i małe dzieci, u których występuje ostre niedożywienie, zahamowanie wzrostu lub niedobory mikroelementów.

IYCF-E zajmuje się działaniami i interwencjami na rzecz ochrony i wspierania potrzeb żywieniowych niemowląt karmionych piersią i niekarmionych piersią oraz małych dzieci w wieku 0-23 miesięcy. Priorytetowe interwencje obejmują:

- ochronę i wsparcie karmienia piersią;
- odpowiednie i bezpieczne karmienie uzupełniające;
- zarządzanie sztucznym karmieniem niemowląt, u których karmienie piersią jest niemożliwe.

Wspieranie kobiet w ciąży i karmiących piersią ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu ich dzieci. „Karmienie wyłącznie piersią" oznacza, że niemowlę nie dostaje żadnych innych płynów poza mlekiem z piersi ani żadnych pokarmów stałych poza niezbędnymi suplementami mikroelementów lub lekami. To gwarantuje bezpieczeństwo żywności i płynów u niemowląt przez pierwsze sześć miesięcy życia oraz zapewnia aktywną ochronę układu odpornościowego. Karmienie piersią zapewnia optymalny rozwój mózgu oraz nadal chroni zdrowie starszych niemowląt i dzieci, szczególnie w środowiskach, w których brakuje zaopatrzenia w wodę, warunków sanitarnych i promocji higieny (WASH). Karmienie piersią chroni także zdrowie matki, opóźniając menstruację i chroniąc przed rakiem piersi. Sprzyja dobrej kondycji psychicznej, wzmacniając przywiązanie i wrażliwość.

Kluczowe działania w tym punkcie odzwierciedlają Wytyczne Operacyjne w Zakresie Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci w Sytuacjach Kryzysowych (Wytyczne Operacyjne). Wytyczne Operacyjne zostały opracowane przez międzyagencyjną grupę roboczą, której celem jest upowszechnienie zwięzłych, praktycznych wytycznych na temat zapewnienia odpowiedniego IYCF-E oraz Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Mlekozastępczych („Kodeks").

Standard karmienia niemowląt i małych dzieci 4.1: Wskazówki dotyczące zasad i koordynacja

Wskazówki dotyczące zasad oraz koordynacja zapewnia bezpieczne i odpowiednie karmienie niemowląt oraz małych dzieci we właściwym czasie.

Kluczowe działania

1. Ustanów organ koordynacyjny IYCF-E w ramach mechanizmu koordynacji kryzysu i zapewnij współpracę między sektorami.
   - Przyjmij, że w miarę możliwości organem koordynacyjnym jest rząd.
2. Uwzględnij specyfikacje Wytycznych Operacyjnych w odpowiednich wytycznych krajowych i wytycznych organizacji humanitarnych dotyczących gotowości.
   - Opracuj wytyczne i wspólne stanowisko razem z władzami krajowymi w przypadku braku jakichkolwiek standardów.
   - W miarę możliwości wzmacniaj stosowne polityki krajowe.
3. Wspieraj sprawną, ujednoliconą i zapewnianą na czas komunikację w zakresie IYCF-E na wszystkich poziomach reagowania.
   - Jak najszybciej informuj organizacje humanitarne, darczyńców i media o wszelkich bieżących zasadach i praktykach dotyczących IYCF-E.
   - Komunikuj osobom dotkniętym dostępne usługi, praktyki IYCF-E oraz mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych.
4. Unikaj przyjmowania lub ubiegania się o darowizny w postaci produktów mlekozastępczych lub innych płynnych produktów mlecznych, butelek i smoczków do karmienia.
   - Darowiznami przychodzącymi powinien zarządzać wyznaczony organ zgodnie z Wytycznymi Operacyjnymi i Kodeksem.
   - Zapewnij restrykcyjną selekcję odbiorców oraz stosowanie, pozyskiwanie, zarządzanie i dystrybucję produktów mlekozastępczych. Działania te muszą wynikać z potrzeb oraz oceny ryzyka, analizy danych i wytycznych technicznych.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek przyjętych zasad w zakresie IYCF w sytuacjach kryzysowych, które odzwierciedlają specyfikacje Wytycznych Operacyjnych

Brak zgłoszonych naruszeń Kodeksu

Procent naruszeń Kodeksu dotyczących darowizn produktów mlekozastępczych, płynnych produktów mlecznych, butelek i smoczków, które zostały rozpatrzone na czas

Wytyczne

Komunikacja z osobami dotkniętymi, odbiorcami i mediami: Przekazywanie informacji na temat dostępnych usług oraz bezpiecznych praktyk karmienia

niemowląt i małych dzieci będzie wymagało dostosowania komunikatów do różnych grup udzielających pomocy oraz do opinii publicznej. Tworząc komunikaty, rozważ potrzebę wsparcia opiekunów, którymi są dziadkowie, rodzice samotnie wychowujący dzieci, gospodarstwa domowe prowadzone przez dzieci lub rodzeństwo, a także opiekunów niepełnosprawnych i osoby żyjące z HIV.

Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Mlekozastępczych: Kodeks chroni sztucznie karmione niemowlęta, zapewniając bezpieczne stosowanie produktów mlekozastępczych. Wynika z bezstronnych, dokładnych informacji i ma zastosowanie we wszystkich kontekstach. Powinien stać się elementem legislacji w trakcie fazy przygotowania i być egzekwowany podczas reagowania na kryzys. W przypadku braku przepisów krajowych wprowadź przynajmniej minimalne postanowienia Kodeksu.

Kodeks nie ogranicza dostępności ani nie zabrania używania produktów mlekozastępczych, butelek i smoczków do karmienia. Ogranicza tylko marketing, pozyskiwanie i dystrybucję tych produktów. Częste naruszenia Kodeksu w kryzysach wynikają z kwestii etykietowania i niecelowych dystrybucji. W trakcie kryzysów kontroluj i zgłaszaj naruszenia Kodeksu do UNICEF, WHO i władz lokalnych.

Stosuj standardowe wskaźniki, jeżeli są, i opracuj wskaźniki dotyczące danego kontekstu, jeśli nie są dostępne. Zdefiniuj wskaźniki porównawcze IYCF-E, aby określić postępy i osiągnięcia z uwzględnieniem ram czasowych interwencji. Zachęcaj do stosowania wskaźnika IYCF-E w sposób konsekwentny przez partnerów wdrożenia, a także w badaniach. Powtarzaj oceny lub elementy oceny wyjściowej w ramach kontroli interwencji IYCF-E. Określaj wpływ tych interwencji przy użyciu badań corocznych.

Karmienie sztuczne: Wszystkie produkty mlekozastępcze muszą spełniać wymagania Kodeksu Żywnościowego i niniejszego Kodeksu. Koniecznie należy zapewnić dostęp do usług WASH, aby zminimalizować ryzyko stosowania karmienia sztucznego w sytuacjach kryzysowych. System dystrybucji produktów mlekozastępczych zależy od kontekstu, między innymi od skali interwencji. Nie dodawaj preparatów do początkowego żywienia niemowląt ani innych produktów mlekozastępczych do ogólnych ani uniwersalnych dystrybucji żywności. Nie dystrybuuj mleka w proszku ani mleka w postaci płynnej jako pojedynczego towaru. Wskazania do stosowania oraz zarządzanie karmieniem sztucznym powinno się odbywać zgodnie z Wytycznymi Operacyjnymi i Kodeksem, pod przewodnictwem wyznaczonego organu koordynacyjnego IYCF-E.

Standard karmienia niemowląt i małych dzieci 4.2: Wsparcie wielosektorowe w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych

Matki i opiekunowie niemowląt oraz małych dzieci mają dostęp do odpowiedniego i zapewnianego na czas wsparcia w zakresie karmienia, które minimalizuje ryzyko, uwzględnia różnice kulturowe, jak również optymalizuje żywienie oraz wyniki dotyczące zdrowia i przeżywalności.

Kluczowe działania

1. Traktuj priorytetowo kobiety w ciąży i karmiące piersią w kwestii dostępu do żywności, przekazów gotówkowych lub bonów oraz innych interwencji pomocowych.

2. Zapewnij dostęp do wyspecjalizowanego doradztwa w zakresie karmienia piersią dla kobiet w ciąży i matek karmiących piersią.

3. Kieruj wsparcie w zakresie wczesnego rozpoczęcia wyłącznego karmienia piersią do matek wszystkich noworodków.
   - W ramach usług dla matek przekazuj proste wskazówki na temat wyłącznego karmienia piersią.
   - Chroń, promuj i wspieraj karmienie wyłącznie piersią niemowląt w wieku 0-5 miesięcy oraz dalsze karmienie piersią dzieci w wieku od sześciu miesięcy do dwóch lat.
   - W przypadku stosowania mieszanego karmienia niemowląt w wieku 0-5 miesięcy wspieraj przejście na karmienie wyłącznie piersią.

4. Zapewnij odpowiednie produkty mlekozastępcze, akcesoria do karmienia oraz powiązane wsparcie matkom i opiekunom, których niemowlęta wymagają sztucznego karmienia.
   - Zbadaj bezpieczeństwo i możliwości wprowadzenia powtórnej laktacji oraz karmienia przez mamki w przypadku niemowląt, które nie są karmione piersią przez swoje matki. Rozważ kontekst kulturalny i dostępność usług w takich sytuacjach.
   - Jeżeli produkty mlekozastępcze są jedyną opcją do przyjęcia, dołącz pomocniczy pakiet podstawowy, który zawiera akcesoria do gotowania i karmienia, wsparcie w zakresie WASH oraz dostęp do usług opieki zdrowotnej.

5. Wspieraj stosowną oraz adekwatną pomoc w zakresie żywności uzupełniającej, która jest zapewniana w sposób bezpieczny i na czas.
   - Zbadaj żywność w gospodarstwie domowym, aby ocenić, czy może być stosowana jako żywność uzupełniająca dla dzieci i udzielaj stosownych do kontekstu porad oraz wsparcia w kwestii karmienia uzupełniającego.
   - Zapewnij dostęp do akcesoriów do karmienia i sprzętu kuchennego, uwzględniając potrzeby dzieci mających trudności z przyjmowaniem pokarmu.

6. Zapewnij wsparcie żywieniowe szczególnie podatnym niemowlętom i małym dzieciom.
   - Wspieraj działania stymulujące niemowlęta i praktyki wczesnego rozwoju dziecka w ramach programów żywienia.

7. Przekazuj suplementy mikroelementów zgodnie z potrzebami.
   - Przekazuj suplementy codzienne kobietom w ciąży i karmiącym piersią z uwzględnieniem dziennej dawki różnych mikroelementów, aby chronić poziom mleka matki oraz zawartość pokarmu niezależnie od tego, czy kobiety otrzymują wzbogacone racje, czy też nie.
   - Kontynuuj suplementację żelaza i kwasu foliowego, jeżeli już jest podawany.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek matek karmiących piersią, które mają dostęp do doradztwa specjalistycznego

Odsetek opiekunów, którzy mają dostęp do odpowiednich produktów mlekozastępczych spełniających wymagania Kodeksu, i do powiązanego wsparcia dla niemowląt wymagających sztucznego karmienia

Odsetek opiekunów, którzy mają dostęp w odpowiednim czasie do stosownej żywności uzupełniającej o odpowiedniej wartości odżywczej dla dzieci w wieku od 6 do 23 miesięcy

Wytyczne

Ocena i nadzór IYCF-E: Oceń potrzeby oraz priorytety w zakresie reagowania IYCF-E i kontroluj wpływ działania oraz braku działania humanitarnego na praktyki związane z karmieniem niemowląt i małych dzieci ⊕ *patrz: Standard ocen bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.2: Ocena żywienia.*

Współpraca wielosektorowa: Punkty angażowania sektorów w identyfikację i wsparcie IYCF-E to m.in.:

- opieka przedporodowa i poporodowa;
- punkty szczepień;
- nadzorowanie wzrostu;
- rozwój wczesnodziecięcy;
- Usługi leczenia HIV (z uwzględnieniem zapobiegania przenoszeniu z matki na dziecko);
- leczenie ostrego niedożywienia;
- środowiskowa ochrona zdrowia, zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne
- świadczenia WASH;
- miejsca zatrudnienia oraz
- doradztwo rolnicze.

Grupy docelowe: Wszystkie dane pochodzące z ocen i programów dotyczące dzieci poniżej piątego roku życia powinny być dezagregowane według płci oraz wieku: 0-5 miesięcy, 6-11 miesięcy, 12–23 miesięcy oraz 24-59 miesięcy. Dezagregowanie danych według niepełnosprawności jest zalecane od 24 miesiąca.

Określ i ustanów usługi, które będą spełniały potrzeby w zakresie żywienia oraz opieki dla dzieci niepełnosprawnych, niemowląt i małych dzieci oddzielonych od rodziny lub pozbawionych opieki. Dzieci oddzielone od rodziny lub pozbawione opieki zgłaszaj do partnerów działających w obszarze ochrony dzieci. Określ proporcję kobiet w ciąży i karmiących piersią.

Uwzględnij populacje o przeciętnej lub wysokiej częstotliwości występowania HIV, dzieci oddzielone od rodziny i pozbawione opieki, niemowlęta o niskiej wadze urodzeniowej, dzieci niepełnosprawne oraz dzieci mające trudności z przyjmowaniem pokarmu, dzieci poniżej drugiego roku życia niekarmione piersią i dzieci, u których występuje ostre niedożywienie. Zwróć uwagę na to, że dzieci matek cierpiących na depresję są z reguły bardziej narażone na niedożywienie.

Kobiety w ciąży i karmiące piersią: Jeżeli potrzeby kobiet w ciąży i karmiących piersią nie są zaspokajane w ramach programów żywnościowych, pomocy gotówkowej lub w postaci voucherów, zapewnij kobietom w ciąży i karmiącym piersią żywność wzbogaconą. Dostarczaj suplementy mikroelementów zgodnie z rekomendacjami WHO.

Organizuj wsparcie psychospołeczne dla matek cierpiących, w miarę potrzeby uwzględniając skierowania do placówek zdrowia psychicznego. Zapewnij odpowiednie wsparcie dla matek niepełnosprawnych. Zorganizuj bezpieczne miejsca w obozie i w innych punktach zbiorowych, w których kobiety mogą karmić piersią, np. w miejscach przyjaznych dla niemowląt, w których są wyznaczone miejsca wyłącznie do karmienia piersią.

Niemowlęta karmione piersią: Planowanie i przydzielanie zasobów powinno umożliwić oferowanie wyspecjalizowanego wsparcia w zakresie karmienia piersią w trudnych sytuacjach. Może to oznaczać takie kwestie, jak pomoc dla niemowląt w wieku 0-6 miesięcy, u których występuje ostre niedożywienie, czy wsparcie dla populacji, w których powszechne jest karmienie mieszane, a także karmienie niemowląt w kontekście HIV.

Niemowlęta niekarmione piersią: We wszystkich kryzysach chroń niemowlęta i małe dzieci, które nie są karmione piersią i udzielaj im wsparcia celem zaspokojenia ich potrzeb żywieniowych. Konsekwencje związane z niekarmieniem piersią różnią się w zależności od wieku dziecka. Najmłodsze dzieci są najbardziej narażone na choroby zakaźne. Są uzależnione od dostępu do pewnych dostaw odpowiednich produktów mlekozastępczych, paliwa, sprzętu i udogodnień WASH.

Preparat do początkowego żywienia niemowląt i inne produkty mlekozastępcze: Preparat do początkowego żywienia niemowląt jest odpowiednim produktem mlekozastępczym dla niemowląt w wieku 0-5 miesięcy. Dawaj pierwszeństwo gotowym do użycia preparatom do początkowego żywienia niemowląt w postaci płynnej, ponieważ nie wymagają przygotowania oraz niosą mniej zagrożeń dla bezpieczeństwa niż preparaty w proszku.

W przypadku stosowania gotowych preparatów do początkowego żywienia niemowląt konieczne jest właściwe używanie, ostrożne przechowywanie i higiena akcesoriów do karmienia. Gotowe preparaty do początkowego żywienia są nieporęczne, co wiąże się z drogim transportem i przechowywaniem. Dla dzieci powyżej szóstego miesiąca stosuj alternatywne mleko płynne. Alternatywnym mlekiem może być pasteryzowane mleko pełnotłuste krowie, kozie, owcze, wielbłądzie lub bawole, płynne mleko UHT, płynne kwaśne mleko, jogurt.

Stosowanie preparatów do początkowego żywienia u dzieci powyżej szóstego miesiąca życia będzie zależne od praktyk istniejących przed kryzysem, dostępnych zasobów, źródeł alternatywnego mleka płynnego, adekwatności pokarmów uzupełniających i wytycznych organizacji humanitarnej. Wskazania do stosowania produktów mlekozastępczych mogą mieć charakter krótko- lub długotrwały. Produkty następne takie jak modyfikowane mleko następne i mleka płynne dla maluchów, przeznaczone dla dzieci powyżej szóstego miesiąca życia nie są konieczne.

Wykwalifikowany pracownik opieki zdrowotnej lub specjalista od żywienia może określić potrzebę stosowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt poprzez indywidualną ocenę, obserwację i wspieranie. W razie gdyby

przeprowadzenie ocen indywidualnych nie było możliwe, skonsultuj się z organem koordynacyjnym i technicznymi organizacjami humanitarnymi, aby uzyskać poradę w kwestii oceny oraz kryteriów selekcji odbiorców. Przekazuj preparaty do początkowego żywienia niemowląt do czasu, kiedy dziecko zacznie być karmione piersią lub ukończy co najmniej sześć miesięcy. Zapewniając produkty mlekozastępcze dla dzieci, które ich potrzebują, nie zachęcaj nieumyślnie matek karmiących piersią do ich stosowania.

Nie używaj butelek do karmienia; trudno jest je myć. Zachęcaj i wspieraj karmienie z kubeczka.

Prowadź nadzór zachorowalności wśród osób indywidualnych i na poziomie populacji, koncentrując się na biegunce.

Karmienie uzupełniające jest procesem, który rozpoczyna się, kiedy karmienie samą piersią już nie wystarcza, aby zaspokoić potrzeby żywieniowe niemowląt, i oprócz mleka matki potrzebna jest inna żywność oraz płyny. Żywność i płyny uzupełniające, zarówno te produkowane przemysłowo, jak i sporządzane lokalnie, należy podawać dzieciom w wieku 6–23 miesięcy.

Istniejące wcześniej i obecne luki żywieniowe mają kluczowe znaczenie dla ustalenia opcji wsparcia w zakresie żywienia uzupełniającego. Innymi czynnikami do rozważenia są przystępność i dostępność odżywczej diety, sezonowość dostaw żywności oraz dostęp do lokalnej żywności uzupełniającej o odpowiedniej jakości. Warianty reagowania w zakresie żywności uzupełniającej obejmują:

- pomoc pieniężną na zakup lokalnie dostępnej żywności wzbogaconej, która jest bogata w składniki odżywcze;
- dystrybucję bogatej w składniki odżywcze żywności dla gospodarstw domowych lub żywności wzbogaconej;
- podawanie żywności wzbogaconej o różne mikroelementy dzieciom w wieku 6–23 miesiące;
- wzbogacanie żywienia w domach dzięki suplementom mikroelementów takim jak mikroelementy w proszku lub inne suplementy;
- programy w zakresie środków do życia;
- programy tworzenia sieci bezpieczeństwa.

Rozważ przeprowadzenie szkoleń lub komunikacji w ramach udzielanej pomocy pieniężnej, aby mieć pewność, że osoby dotknięte rozumieją, jak optymalnie wykorzystać gotówkę w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych.

Suplementacja mikroelementów: Dzieciom w wieku 6-59 miesięcy, które nie otrzymują żywności wzbogaconej, do spełnienia wymogów odżywczych może być potrzebna suplementacja różnych mikroelementów. Zaleca się suplementację witaminy A. W obszarach występowania epidemii malarii zapewnij żelazo w dowolnej postaci, z uwzględnieniem mikroelementów w proszku i zawsze w związku z diagnozą malarii, a także strategiami zapobiegania oraz leczenia malarii. Przykładowe strategie zapobiegania malarii: zapewnienie moskitier nasączonych środkami owadobójczymi i programy zwalczania wektorów, szybka diagnoza malarii oraz podawanie skutecznych leków przeciwmalarycznych. Nie podawaj żelaza dzieciom, które nie mają dostępu do strategii zapobiegania malarii. Podawaj żelazo i kwas foliowy lub suplementację różnych mikroelementów kobietom w ciąży i karmiącym, zgodnie z najnowszymi wytycznymi.

HIV i karmienie niemowląt: Matki żyjące z HIV powinny otrzymywać wsparcie w zakresie karmienia piersią przez co najmniej 12 miesięcy i do 24 miesięcy lub dłużej, jeśli przechodzą terapię antyretrowirusową. Jeżeli leki antyretrowirusowe są niedostępne, wybierz strategię, która zapewnia niemowlętom największą szansę na przeżycie bez przeniesienia HIV. Oznacza to równoważenie ryzyka przeniesienia HIV w stosunku do przyczyn śmierci dzieci niezwiązanych z HIV. Udzielaj odpowiedniego wsparcia matkom i opiekunom. Zapewniaj priorytetowy dostęp do leków antyretrowirusowych ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV.*

Zalecaj kobietom i mamkom karmiącym piersią, które nie są zakażone HIV i których status HIV jest nieznany, aby karmiły piersią wyłącznie przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka. Po tym okresie wprowadź żywność uzupełniającą, jednocześnie kontynuując karmienie piersią dopóki dziecko nie ukończy 24 miesiąca albo dłużej. Niemowlęta, u których wprowadzono już karmienie zastępcze, wymagają pilnej identyfikacji i wsparcia.

Zapoznaj się z istniejącymi krajowymi i lokalnymi wytycznymi oraz sprawdź, czy są zgodne z najnowszymi zaleceniami WHO. Ustal, czy są one odpowiednie do nowej sytuacji kryzowej, biorąc pod uwagę zmianę narażenia na ryzyko związane z chorobą zakaźną inną niż HIV, prawdopodobny czas trwania sytuacji kryzysowej, czy możliwe jest karmienie zastępcze oraz dostępność leków antyretrowirusowych. Konieczne może być wydanie zaktualizowanych wytycznych tymczasowych i zakomunikowanie ich matkom oraz opiekunom.

Przemoc uwarunkowana płcią, ochrona dzieci i żywienie: Przemoc uwarunkowana płcią, nierówność płciowa i żywienie są często wzajemnie powiązane. Przemoc domowa może stanowić zagrożenie dla zdrowia i dobrostanu kobiet oraz ich dzieci. Personel zajmujący się żywieniem powinien wystawiać skierowania opiekunom lub dzieciom narażonym na przemoc uwarunkowaną płcią lub nadużycia wobec dzieci w sposób zapewniający wsparcie i poufność. Inne elementy, które należy uwzględnić, to poradnictwo, ustanowienie ośrodków leczenia przyjaznych dla kobiet i dzieci oraz regularne kontrolowanie wskaźników niestawiennictwa i braku reakcji na leczenie. Rozważ włączenie wyspecjalizowanych pracowników w obszarze przemocy uwarunkowanej płcią i ochrony dzieci do personelu zajmującego się żywieniem ⊕ *patrz: Zasady Ochrony 3 i 4.*

Sytuacje związane z zagrożeniem zdrowia publicznego: W przypadku kryzysów związanych ze zdrowiem publicznym, podejmuj kroki celem zapobiegania zakłóceniom w dostępie do usług opieki zdrowotnej i wsparcia w zakresie karmienia, aby zapewnić ciągłość bezpieczeństwa żywnościowego oraz środki do życia w gospodarstwach domowych, a także aby ograniczać transmisję chorób poprzez karmienie piersią i minimalizować choroby oraz śmierć matek. W razie potrzeby zapoznaj się z wytycznymi WHO dotyczącymi cholery, wirusa Eboli i wirusa Zika.

5. Bezpieczeństwo żywnościowe

Bezpieczeństwo żywnościowe istnieje, kiedy wszyscy ludzie mają fizyczny oraz ekonomiczny dostęp do bezpiecznej i odżywczej żywności wystarczającej do zaspokojenia ich potrzeb żywieniowych oraz preferencji w zakresie aktywnego i zdrowego życia.

Na bezpieczeństwo żywnościowe mają wpływ czynniki makroekonomiczne, społeczno-polityczne i środowiskowe. Zasady, procedury lub instytucje o charakterze krajowym albo międzynarodowym mogą mieć wpływ na dostęp ludności dotkniętej do żywności o odpowiedniej wartości odżywczej. Na bezpieczeństwo żywnościowe wpływa również niszczenie środowiska lokalnego oraz coraz bardziej zmienne i ekstremalne warunki pogodowe powodowane przez zmianę klimatu.

W kryzysach humanitarnych, w ramach działań na rzecz bezpieczeństwa żywnościowego należy dążyć do zaspokojenia potrzeb krótkoterminowych i zmniejszać konieczność przyjmowania przez ludność dotkniętą potencjalnie szkodliwych strategii radzenia sobie. W miarę upływu czasu, działania powinny być nastawione na ochronę oraz przywracanie środków do życia, stabilizowanie lub tworzenie możliwości zatrudnienia i przyczyniać się do przywracania bezpieczeństwa żywnościowego w perspektywie długofalowej. Nie powinny mieć negatywnego wpływu na zasoby naturalne ani środowisko.

Brak bezpieczeństwa żywnościowego w gospodarstwie domowym jest jedną z podstawowych przyczyn niedożywienia oprócz nieodpowiednich praktyk żywieniowych i opiekuńczych, niezdrowego środowiska domowego oraz niewłaściwej opieki zdrowotnej.

Standardy w niniejszej sekcji uwzględniają zasoby niezbędne do zaspokojenia potrzeb żywnościowych zarówno w populacji ogólnej jak i u osób narażonych na podwyższone ryzyko żywieniowe, czyli dzieci poniżej piątego roku życia, osób żyjących z HIV lub AIDS, osób starszych, osób cierpiących na choroby przewlekłe i osób niepełnosprawnych.

Działania związane z reagowaniem ukierunkowane na leczenie niedożywienia będą miały ograniczony wpływ, jeżeli nie będą spełnione potrzeby żywnościowe populacji ogólnej. Stan osób, które wychodzą z niedożywienia, lecz które nie mogą utrzymać spożywania pokarmów na właściwym poziomie, ponownie się pogorszy.

Wybór najbardziej wydajnych i skutecznych wariantów reagowania na kryzys wymaga przeprowadzenia dogłębnej analizy potrzeb zdezagregowanych według płci, preferencji gospodarstw domowych, wydajności oraz efektywności kosztowej, zagrożeń dla ochrony i zmian sezonowych. Należy przy tym również rozpoznać określony rodzaj i ilość wymaganej żywności oraz optymalny sposób jej dystrybucji.

Żywność jest głównym wydatkiem w gospodarstwach domowych narażonych na ryzyko. Pomoc pieniężna może umożliwić osobom przyjmującym pomoc lepsze zarządzanie swoimi zasobami ogólnymi, chociaż zależy to od wartości przekazywanej kwoty. Analiza i cele programu wynikające ze współpracy będą stanowić wytyczne dotyczące ukierunkowania, wartości przekazywanej pomocy i potencjalnych warunków nałożonych na przekaz.

W działaniach na rzecz bezpieczeństwa żywnościowego należy stopniowo dążyć do współpracy z rynkami lokalnymi lub ich wspierania. Decyzje w sprawie zaopatrzenia na poziomie lokalnym, krajowym lub regionalnym powinny opierać się na zrozumieniu rynków, z uwzględnieniem dostawców usług rynkowych i finansowych. Programy wynikające z mechanizmów rynkowych, np. granty dla handlowców w celu uzupełnienia towarów, mogą także wspomagać rynki ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków* i *Podręcznik MERS*.

Standard bezpieczeństwa żywnościowego 5: Ogólne bezpieczeństwo żywnościowe

Ludzie otrzymują pomoc żywnościową, która zapewnia przeżycie, poszanowanie godności, zapobiega zmniejszaniu się aktywów i sprzyja tworzeniu odporności.

Kluczowe działania

1. Zgodnie z danymi z oceny bezpieczeństwa żywnościowego, zaprojektuj działania reagowania w celu zaspokojenia bezpośrednich potrzeb oraz rozważ wprowadzenie środków wspierających, chroniących, promujących i przywracających bezpieczeństwo żywnościowe.

- Uwzględnij zarówno wsparcie rzeczowe, jak i gotówkowe koszyka żywnościowego.

2. Jak najszybciej opracuj strategie przejściowe i strategie wyjścia dla wszystkich programów bezpieczeństwa żywnościowego.

- Łącz programy z działaniami reagowania podejmowanymi przez inne sektory.

3. Zadbaj, aby osoby otrzymujące pomoc miały dostęp do niezbędnej wiedzy, umiejętności oraz usług umożliwiających radzenie sobie i wspieranie własnych środków do życia.

4. Chroń środowisko naturalne przed dalszą degradacją, utrzymuj i przywracaj jego walory.

- Rozważ oddziaływanie paliwa do gotowania na środowisko.
- Bierz pod uwagę strategie źródeł utrzymania, które nie przyczyniają się do wylesiania ani erozji gleby.

5. Obserwuj stopień akceptacji oraz dostęp do interwencji humanitarnych związanych z bezpieczeństwem żywnościowym wśród różnych grup i osób indywidualnych.

6. Zadbaj o przeprowadzanie konsultacji z osobami otrzymującymi pomoc żywnościową w sprawie projektu działań związanych z reagowaniem oraz o traktowanie ich z szacunkiem i godnością.

- Ustanów mechanizm przekazywania informacji zwrotnych.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek docelowych gospodarstw domowych o akceptowalnym Wskaźniku Spożycia Żywności

- >35 procent, a jeśli dostępny jest olej i cukier, >42 procent

Odsetek docelowych gospodarstw domowych o akceptowalnym Wskaźniku Zróżnicowania Dietetycznego

- >regularnie spożywa się 5 głównych grup żywności

Odsetek docelowych gospodarstw domowych o akceptowalnym Wskaźniku Strategii Radzenia Sobie

Odsetek osób otrzymujących pomoc, które zgłaszają skargi lub negatywne informacje zwrotne dotyczące traktowania ich z szacunkiem

- Wszystkie skargi są regularnie nadzorowane i niezwłocznie rozpatrywane.

Wytyczne

Kontekst: Obserwuj sytuację związaną z bezpieczeństwem żywnościowym w szerszej perspektywie, aby ocenić dalszą adekwatność działań związanych z reagowaniem. Określ, kiedy rozpocząć stopniowe wycofywanie działań oraz kiedy wprowadzić modyfikacje lub nowe projekty i ustal, czy są potrzebne inicjatywy rzecznicze.

W przypadku środowisk miejskich podejmuj kroki celem umieszczenia w szerszym kontekście wskaźników dotyczących wydatków na żywność w gospodarstwach domowych, szczególnie jeśli chodzi o gęsto zaludnione osiedla o niskich dochodach. Na przykład Udział Wydatków na Żywność i ustalone tam progi mogą być mniej dokładne w środowiskach miejskich, ponieważ wydatki inne niż na żywność, takie jak czynsz i ogrzewanie, mogą być stosunkowo wysokie.

Strategie wyjścia i strategie przejściowe: Zacznij opracowywać strategie wyjścia i strategie przejściowe od samego początku programu. Przed zamknięciem programu lub dokonaniem przejścia powinny istnieć przesłanki świadczące o poprawie lub o tym, że inny podmiot może przejąć odpowiedzialność. W przypadku pomocy żywnościowej może to oznaczać zrozumienie istniejących lub planowanych systemów ochrony socjalnej lub długofalowych systemów sieci bezpieczeństwa.

Programy pomocy żywnościowej mogą prowadzić koordynację z systemami ochrony socjalnej lub zapewnić podstawę dla takiego systemu w przyszłości. Organizacje humanitarne mogą także promować systemy, które zajmują się kwestiami trwałego braku bezpieczeństwa żywnościowego i w miarę dostępności biorą dane z analiz trwałego braku bezpieczeństwa żywnościowego ⊕ *patrz: Podręcznik MERS*.

Grupy narażone na ryzyko: Stosuj środowiskowe oceny ryzyka oraz inne obserwacje partycypacyjne, aby przeciwdziałać wzorcom, które mogą narażać na ryzyko określone grupy lub osoby indywidualne. Np. dystrybucja paliwa i/lub kuchenek, które są wydajne paliwowo, może zmniejszać zagrożenia związane

z napaścią fizyczną lub seksualną na kobiety i dziewczęta. Uzupełniające przekazy pieniężne, szczególnie na rzecz gospodarstw domowych lub osób szczególnie narażonych, takich jak dzieci i gospodarstwa domowe prowadzone przez dzieci lub gospodarstwa domowe, w których są osoby niepełnosprawne, mogą zmniejszyć ryzyko wykorzystywania seksualnego i pracy dzieci.

Struktury wsparcia środowiskowego: Utwórz struktury wsparcia środowiskowego wspólnie z użytkownikami, aby zagwarantować ich odpowiednie i właściwie prowadzenie oraz większe szanse na utrzymanie się po zakończeniu programu. W trakcie procesu tworzenia rozważ potrzeby osób szczególnie narażonych. Na przykłady dziewczęta i chłopcy oddzieleni od rodzin lub pozbawieni opieki mogą nie otrzymać informacji i rozwoju umiejętności, które są przekazywane w rodzinie ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny 4*.

Wsparcie środków do życia: ⊕ *patrz: Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy środków do życia 7.1 i 7.2*, *Podręcznik MERS* i *Podręcznik LEGS*.

Wpływ na środowisko: Osobom mieszkającym w obozach jest potrzebne paliwo do gotowania, co może przyspieszyć lokalne wylesianie. Rozważ takie opcje jak dystrybucja paliwa, wydajne kuchenki i alternatywne źródła energii. Zwróć uwagę na potencjalne korzyści dla środowiska, jeśli bony będą obejmowały konkretne ekologiczne towary i usługi. Szukaj możliwości wprowadzenia zmiany w istniejących zwyczajach dotyczących żywności i gotowania, które mogły powodować degradację środowiska. Weź pod uwagę tendencje w zakresie zmiany klimatu. Nadaj priorytet działaniom, które zapewniają pomoc w perspektywie krótkoterminowej i obniżają ryzyko wystąpienia kryzysu w perspektywie średnio- i długoterminowej. Pozbywanie się zapasów może np. zmniejszyć lokalną presję związaną z korzystaniem z pastwisk w trakcie suszy ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Dostęp i akceptowalność: Ludzie są bardziej skłonni uczestniczyć w programie, który jest łatwo dostępny, a jego działania są akceptowalne. Stosuj projektowanie oparte na partycypacji ze wszystkimi członkami ludności dotkniętej, aby zapewnić ogólny zasięg bez przejawów dyskryminacji. O ile niektóre działania w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego są ukierunkowane na osoby, które są aktywne gospodarczo, o tyle działania związane z reagowaniem powinny być zawsze dostępne dla wszystkich. Aby przezwyciężyć trudności dla grup narażonych na ryzyko, aktywnie współpracuj z nimi, aby opracować działania i ustanowić stosowne struktury wsparcia.

6. Pomoc żywnościowa

Pomoc żywnościowa jest konieczna w sytuacji, gdy jakość oraz ilość dostępnej żywności lub dostęp do żywności nie wystarcza, aby zapobiec nadmiernej śmiertelności, zachorowalności lub niedożywieniu. Obejmuje działania humanitarne, które zwiększają dostępność żywności i dostęp do niej oraz wiedzę o odżywianiu i praktyki związane z karmieniem. Takie działania powinny również chronić i wzmacniać środki do życia osób poszkodowanych. Do opcji reagowania można zaliczyć pomoc rzeczową, pomoc pieniężną, wsparcie produkcji i wsparcie rynku. Chociaż zaspokojenie pilnych potrzeb ma priorytetowe znaczenie na wstępnych etapach kryzysu, działania w zakresie reagowania powinny zachowywać i chronić aktywa, pomagać w odzyskiwaniu aktywów utraconych w kryzysie i zwiększać odporność na przyszłe zagrożenia.

Pomoc żywnościowa może także być wykorzystywana, aby uniemożliwiać przyjmowanie negatywnych strategii radzenia sobie, takich jak sprzedaż aktywów produkcyjnych, nadmierna eksploatacja lub niszczenie zasobów naturalnych czy narastanie zadłużenia.

W programach pomocy żywnościowej można stosować różne rodzaje narzędzi, włącznie z:

- ogólną dystrybucją żywności (przekazywanie rzeczowej pomocy żywnościowej, pomoc pieniężna przeznaczona na zakup żywności);
- uniwersalnym programem żywienia uzupełniającego;
- ukierunkowanym programem żywienia uzupełniającego;
- świadczeniem odpowiednich usług i nakładów, łącznie z przekazywaniem umiejętności lub wiedzy.

Ogólne dystrybucje żywności zapewniają wsparcie osobom, którym żywność jest najbardziej potrzebna. Przerwij te dystrybucje, kiedy osoby otrzymujące pomoc są w stanie produkować lub uzyskiwać żywność w inny sposób. Konieczne mogą się okazać ustalenia przejściowe, takie jak warunkowa pomoc pieniężna lub wsparcie środków do życia.

Osobom o szczególnych potrzebach żywieniowych może być potrzebna żywność uzupełniająca oprócz racji ogólnych. Dotyczy to dzieci w wieku 6-59 miesięcy, osób starszych, osób niepełnosprawnych, osób żyjących z HIV oraz kobiet w ciąży lub karmiących piersią. W wielu sytuacjach karmienie uzupełniające ratuje życie. Karmienie na miejscu jest przeprowadzane tylko wtedy, gdy ludzie nie mają środków, aby móc samodzielnie gotować jedzenie. Może to być konieczne niezwłocznie po kryzysie, w trakcie przemieszczeń ludności lub w sytuacji, gdy brak poczucia bezpieczeństwa narażałby na ryzyko odbiorców racji na wynos. Może także być stosowane w przypadku dożywiania w szkołach w sytuacjach kryzysowych, chociaż racje na wynos mogą także rozprowadzać szkoły. Miej na uwadze, że dzieci, które nie chodzą do szkoły, nie będą miały dostępu do tych dystrybucji; zaplanuj mechanizmy dotarcia do tych dzieci.

Pomoc żywnościowa wymaga skutecznego zarządzania łańcuchem dostaw i odpowiednich możliwości logistycznych, aby zarządzać towarami w sposób skuteczny.

Zarządzanie systemami dostarczania gotówki musi być prowadzone w sposób rzetelny oraz odpowiedzialny i musi być systematycznie kontrolowane ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*

Standard pomocy żywnościowej 6.1: Wymagania ogólne w zakresie żywienia

Podstawowe potrzeby żywieniowe osób poszkodowanych, łącznie z osobami najbardziej narażonymi, są spełniane.

Kluczowe działania

1 Mierz poziomy dostępu do właściwej ilości żywności o odpowiedniej jakości.

- Dokonuj częstej oceny poziomu dostępu i sprawdzaj, czy jest stabilny, czy może się zmniejszyć.
- Oceń dostęp osób poszkodowanych do rynków.

2 Projektuj wsparcie żywnościowe i pomoc pieniężną w sposób spełniający standardowe wymagania dotyczące wstępnego planowania zapotrzebowania na kaloryczność, białko, tłuszcze i mikroelementy.

- Planuj racje żywnościowe tak, aby wyrównać różnicę między wymogami żywieniowymi a tym, co ludzie są w stanie sobie zapewnić we własnym zakresie.

3 Chroń, propaguj i wspomagaj uzyskiwanie dostępu do pożywnej żywności oraz wsparcia w zakresie żywienia przez osoby poszkodowane.

- Dbaj, aby dzieci w wieku 6-24 miesięcy miały dostęp do żywności uzupełniającej, a kobiety w ciąży i kobiety karmiące piersią miały dostęp do dodatkowego wsparcia żywieniowego.
- Dbaj, aby gospodarstwa domowe, w których są osoby przewlekle chore, osoby żyjące z HIV i gruźlicą, osoby starsze oraz osoby z niepełnosprawnościami, miały odpowiednie pożywne jedzenie i stosowne wsparcie żywieniowe.

Kluczowe wskaźniki

Występowanie niedożywienia wśród dzieci <5 lat zdezagregowane według płci oraz zdezagregowane według niepełnosprawności od 24. miesiąca

- Korzystaj z systemu klasyfikacji WHO (MAD, MDD-W).
- Do dezagregacji według niepełnosprawności stosuj moduł UNICEF/ Washington Group w zakresie Funkcjonowania Dziecka.

Odsetek docelowych gospodarstw domowych o akceptowalnym Wskaźniku Spożycia Żywności

- >35 procent, a jeśli dostępny jest olej i cukier, >42 procent

Odsetek docelowych gospodarstw domowych o akceptowalnym Wskaźniku Zróżnicowania Dietetycznego

- >regularnie spożywa się 5 głównych grup żywności

Procent docelowych gospodarstw domowych, które otrzymują minimalne wymogi wartości energetycznej (2100 kcal na osobę dziennie) i zalecaną dzienną dawkę mikroelementów

Wytyczne

Nadzorowanie dostępu do żywności: Rozważ takie zmienne, jak np. poziomy bezpieczeństwa żywnościowego, dostęp do rynków, środki do życia, zdrowie i żywienie. Pomoże to ustalić, czy sytuacja jest stabilna, czy też następuje spadek, a także czy niezbędne są interwencje w zakresie żywności. Korzystaj ze wskaźników orientacyjnych, takich jak np. Wskaźnik Spożycia Żywności lub narzędzia do oceny zróżnicowania dietetycznego.

Formy pomocy: Korzystaj z odpowiednich form pomocy (gotówka, bony lub pomoc rzeczowa) lub stosuj kombinację różnych opcji, aby zapewnić bezpieczeństwo żywnościowe. W przypadku stosowania pomocy pieniężnej bierz pod uwagę dodatkową dystrybucję żywności lub dystrybucję żywności uzupełniającej w celu spełnienia potrzeb określonych grup. Rozważ adekwatność rynków pod kątem zaspokojenia szczególnych potrzeb żywieniowych i korzystaj z określonych metodologii, takich jak np. narzędzie do oceny tzw. minimalnego kosztu zdrowej diety.

Projektowanie racji żywnościowych i jakości odżywczej: Dostępna jest spora liczba narzędzi do planowania racji, np. NutVal. Jeżeli chodzi o planowanie racji ogólnych ⊕ *patrz: Załącznik 6: Wymogi w zakresie żywienia*. Jeśli planowana racja ma zaspokoić pełną zawartość energetyczną diety, musi zawierać odpowiednie ilości wszystkich składników odżywczych. Jeśli racja spełnia tylko część zapotrzebowania energetycznego, zaplanuj ją zgodnie z jednym z dwóch podejść:

- Jeśli zawartość odżywcza innej żywności dostępnej dla ludności jest nieznana, zaprojektuj racje w sposób zapewniający zbilansowaną zawartość odżywczą, która będzie proporcjonalna do zawartości energetycznej racji.
- Z kolei jeśli zawartość odżywcza innej żywności dostępnej dla ludności jest znana, zaprojektuj racje, które będą uzupełniały taką żywność, wypełniając luki w składnikach odżywczych.

Poniższe oceny szacunkowe dotyczące wymogów minimalnych w zakresie żywienia dla populacji powinny być stosowane do planowania ogólnych racji i dopasowane do kontekstu.

- 2100 kcal na osobę dzienne, w tym 10-12 procent całkowitego zapotrzebowania na energię w postaci białka i 17 procent w postaci tłuszczu ⊕ *patrz: Załącznik 4: Wymagania w zakresie żywienia,* aby uzyskać dalsze informacje.

Zapewnienie odpowiedniej zawartości odżywczej racji żywieniowej może stanowić trudność w miejscach, w których dostępne są ograniczone rodzaje żywności. Weź pod uwagę dostęp do soli jodowanej, witaminy B3, B1 oraz B2. Wśród

alternatywnych rozwiązań dla poprawy jakości odżywczej racji można wymienić wzmocnienie środków pierwszej potrzeby, takich jak np. wzmocnione mieszanki żywnościowe, oraz zachęcanie do zakupu lokalnych świeżych produktów za pomocą bonów. Rozważ wykorzystanie produktów uzupełniających, np. na bazie lipidów, żywności bogatej w składniki odżywcze lub tabletek czy proszku zawierającego mieszkankę mikroskładników pokarmowych. Przekazuj wiadomości dotyczące karmienia niemowląt oraz małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E), aby zapewnić promowanie optymalnych praktyk karmienia piersią i karmienia uzupełniającego ⊕ *patrz: Standardy karmienia niemowląt i małych dzieci 4.1 i 4.2*.

Przy planowaniu racji konsultuj się ze społecznością, żeby uwzględnić preferencje lokalne i kulturowe. Wybieraj żywność niewymagającą długiego gotowania, jeśli ilość paliwa jest znikoma. W każdym przypadku, gdy następują zmiany w racjach, jak najszybciej przekazuj te informacje całym społecznościom, aby zminimalizować niezadowolenie i ograniczyć ryzyko przemocy domowej wobec kobiet, które mogą być obwiniane o zmniejszenie racji. Od samego początku jasno komunikuj plan wyjścia, aby sprostać oczekiwaniom, zmniejszyć niepokoje i umożliwić gospodarstwom domowym podjęcie stosownych decyzji.

Połączenie z programami zdrowotnymi: Pomoc żywnościowa może zapobiec pogorszeniu się stanu odżywienia ludności dotkniętej, szczególnie jeśli jest połączona z działaniami publicznej opieki zdrowotnej na rzecz przeciwdziałania takim chorobom jak odra, malaria i zakażenia pasożytnicze ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej* i *Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1: Profilaktyka*.

Nadzorowanie wykorzystania żywności: Kluczowe wskaźniki dotyczące pomocy żywnościowej mierzą dostęp do żywności, lecz nie szacują wykorzystania żywności. Bezpośredni pomiar spożycia składników odżywczych jest nierealistyczny. Dobrą alternatywą będzie pomiar pośredni na podstawie informacji z różnych źródeł, takich jak np. dostępność i wykorzystanie żywności w gospodarstwie domowym oraz ocena cen żywności, dostępności żywności i paliwa do gotowania na rynkach lokalnych. Wśród innych opcji można wymienić badanie planów i rejestrów dystrybucji pomocy żywnościowej, ocenę wkładu pożywienia dostępnego w naturze oraz przeprowadzanie ocen bezpieczeństwa żywnościowego.

Grupy narażone na ryzyko: Wyznaczając kryteria kwalifikowalności do pomocy żywnościowej, skonsultuj się z różnymi grupami, aby ustalić potrzeby szczególne, które inaczej mogłyby zostać pominięte. Uwzględnij w racjach odpowiednią żywność, która będzie możliwa do przyjęcia, np. wzmocnione mieszanki żywnościowe dla małych dzieci (w wieku 6-59 miesięcy). Szczególne grupy populacji, którym może być potrzebne wsparcie, to osoby starsze, osoby żyjące z HIV, osoby niepełnosprawne i opiekunowie.

Osoby starsze: Choroba przewlekła i niepełnosprawność, izolacja, duża rodzina, niskie temperatury oraz ubóstwo mogą ograniczać dostęp do żywności i zwiększać zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Osoby starsze powinny mieć łatwy dostęp do źródeł pożywienia i dystrybucji żywności. Żywność powinna być łatwa do przygotowania i konsumpcji oraz powinna spełniać dodatkowe zapotrzebowanie na białko oraz składniki odżywcze u osób starszych.

Osoby żyjące z HIV Istnieje wysokie ryzyko niedożywienia osób żyjących z HIV. Wynika to z takich czynników, jak mniejsze spożywanie pokarmów, słabe wchłanianie składników odżywczych, zmiany w metabolizmie oraz przewlekłe infekcje i choroby. Zapotrzebowanie na energię u osób żyjących z HIV różni się w zależności od stadium infekcji. Mielenie i wzmacnianie żywności lub dostarczanie wzmocnionych mieszanek czy specjalnych suplementów żywnościowych to niektóre z możliwych strategii poprawy dostępu do odpowiedniej diety. W niektórych sytuacjach zwiększanie całej racji żywnościowej może być niestosowne. Kieruj niedożywione osoby żyjące z HIV do specjalnych programów żywieniowych, jeśli są dostępne.

Osoby niepełnosprawne, np. osoby dotknięte niepełnosprawnością psychospołeczną, mogą być narażone na szczególne ryzyko oddzielenia od najbliższej rodziny i stałych opiekunów w sytuacji kryzysu. Mogą także doświadczać dyskryminacji. Ograniczaj te zagrożenia poprzez zapewnienie fizycznego dostępu do żywności, dostępu do wysokoenergetycznej żywności bogatej w składniki odżywcze oraz mechanizmów wspomagania karmienia. Można tu wymienić np. dostarczanie ręcznych blenderów, łyżek i słomek lub opracowanie systemów wizyt domowych albo pomocy potrzebującym. Oprócz tego weź pod uwagę, że dzieci niepełnosprawne mają mniejszą szansę na przyjęcie do szkół, przez co nie mają dostępu do programów żywienia w szkołach.

Opiekunowie: Ważne jest, aby zapewnić wsparcie opiekunom osób szczególnie narażonych. Opiekunowie i osoby, którymi się opiekują, mogą napotykać na szczególne bariery związane z żywieniem. Mogą np. mieć mniej czasu na dotarcie do żywności, ponieważ chorują albo opiekują się chorymi. Mogą też mieć większą potrzebę stosowania praktyk higienicznych. Mogą mieć mniej zasobów, które da się wymienić na żywność, ze względu na koszty leczenia lub pogrzebów. Mogą odczuwać piętno społeczne i mieć ograniczony dostęp do mechanizmów wsparcia środowiskowego. Korzystaj z istniejących sieci społecznych, aby przeszkolić wybranych członków populacji w zakresie udzielania wsparcia opiekunom.

Standard pomocy żywnościowej 6.2: Jakość, odpowiedniość i akceptowalność żywności

Dostarczane artykuły spożywcze są odpowiedniej jakości, są akceptowalne i mogą być wykorzystane w wydajny oraz skuteczny sposób.

Kluczowe działania

1. Wybieraj żywność, która spełnia zarówno krajowe normy państwa przyjmującego, jak i inne normy jakości przyjęte na szczeblu międzynarodowym.

- Przeprowadzaj wyrywkowe badania próbek zapasów żywności.
- Zrozum i przestrzegaj krajowych przepisów dotyczących przyjmowania i stosowania żywności genetycznie modyfikowanej, jeżeli planujesz korzystać z żywności importowanej.

2 Wybieraj właściwe opakowania na żywność.

- Umieszczaj etykiety z datą produkcji, krajem pochodzenia, datą przydatności do spożycia, analizą składników odżywczych oraz wskazówkami dotyczącymi przygotowania w łatwo dostępnych formatach i w lokalnym języku, szczególnie w przypadku żywności mniej znanej lub rzadziej stosowanej.

3 Oceń dostęp do wody, paliwa, kuchenek i zaplecza do przechowywania żywności.

- Organizuj żywność gotową do spożycia w sytuacji, gdy kryzys uniemożliwia korzystanie z wyposażenia kuchennego.

4 Zapewniaj dostęp do zaplecza umożliwiającego mielenie i przetwarzanie żywności w przypadku, gdy dostarczane są pełnoziarniste produkty zbożowe.

- Pokrywaj koszty mielenia ponoszone przez odbiorców za pomocą gotówki lub bonów, bądź stosując mniej preferowane podejście polegające na zapewnieniu dodatkowego sprzętu do przetwórstwa lub mielenia.

5 Transportuj i przechowuj żywność w odpowiednich warunkach.

- Przestrzegaj standardów zarządzania przechowywaniem, jak również przeprowadzaj systematyczne kontrole jakości żywności.
- Mierz ilość żywności przy użyciu spójnych jednostek; unikaj zmiany jednostek i procedur pomiarowych w trakcie trwania projektu.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności dotkniętej, która zgłasza, że dostarczana żywność jest odpowiedniej jakości i spełnia preferencje lokalne

Odsetek dotkniętej ludności, która zgłasza, że mechanizm otrzymywania żywności był właściwy

Odsetek gospodarstw domowych, które zgłaszają, że produkty spożywcze były łatwe do przygotowania i przechowywania

Odsetek osób otrzymujących pomoc, które zgłaszają skargi lub negatywne informacje zwrotne w związku z jakością żywności

- Wszystkie skargi są regularnie nadzorowane i niezwłocznie rozpatrywane.

Odsetek strat żywności zgłaszanych przez program

- Cel <0,2 procent całkowitego tonażu.

Wytyczne

Jakość żywności: Żywność musi spełniać normy żywności ustanowione przez władze państwa przyjmującego. Żywność musi także spełniać standardy Kodeksu Żywnościowego w zakresie jakości, opakowania, oznakowania i przydatności do określonego celu. Jeżeli żywność nie spełnia jakości wymaganej dla przydatności do określonego celu, nie nadaje się do tego celu. Jest to prawda nawet jeżeli taka

żywność nadaje się do spożycia przez ludzi. Przykładowo jakość mąki może nie pozwalać na wykorzystanie jej do wypieków w gospodarstwie domowym nawet gdy jest bezpieczna do spożycia. Zarówno żywność kupowana lokalnie, jak i importowana, musi posiadać zaświadczenia fitosanitarne lub inne świadectwa kontroli. W fumigacji należy stosować odpowiednie produkty i przestrzegać ścisłych procedur. Zapewnij, aby duże przesyłki były sprawdzane przez niezależnych inspektorów jakości; korzystaj z niezależnych inspektorów jakości także w przypadku wątpliwości lub sporów dotyczących jakości.

Zapewnij, aby władze państwa przyjmującego były zaangażowane w jak największym stopniu. Uzyskaj informacje na temat daty produkcji i jakości przesyłek żywnościowych z certyfikatów dostawców, raportów z kontroli jakości, etykiet na opakowaniach i raportów z magazynów. Stwórz bazę danych świadectw analizy (CoA) wydawanych przez odpowiedni urząd, aby poświadczyć jakość i czystość produktu.

Oceniaj dostępność towarów żywnościowych na rynkach lokalnych, krajowych lub międzynarodowych. Jeżeli pomoc żywnościowa jest pozyskiwana lokalnie, powinna być zapewniana w sposób ekologiczny, nie narażając lokalnych zasobów naturalnych na dalsze obciążenia ani nie zakłócając rynków. Planując program, uwzględnij potencjalne ograniczenia dostaw żywności.

Opakowanie żywności: Straty żywności mogą być zgłaszane zarówno przez magazyny, jak i ostateczne punkty dystrybucji. Straty żywności mogą wynikać ze stosowania niewłaściwego opakowania w cyklu dystrybucji. Opakowanie powinno być mocne i ułatwiać przenoszenie, przechowywanie oraz dystrybucję. Powinno być łatwo dostępne dla osób starszych, dzieci i osób z niepełnosprawnościami. W miarę możliwości opakowanie powinno pozwalać na bezpośrednią dystrybucję bez konieczności ponownego mierzenia lub pakowania.

Opakowanie żywności nie powinno zawierać jakichkolwiek komunikatów o podłożu polityczno-religijnym ani tworzących podziały.

Opakowanie nie może być niebezpieczne, a organizacje humanitarne mają obowiązek zapobiegać zanieczyszczaniu środowiska opakowaniami pochodzącymi z żywności dystrybuowanej lub zakupionej za przekazy pieniężne lub bony. Korzystaj z minimalnej ilości opakowań (w miarę możliwości biodegradowalnych) i w miarę możliwości odpowiednich materiałów na poziomie lokalnym poprzez promowanie partnerstwa z lokalnymi władzami oraz producentami materiałów opakowaniowych. Zapewnij pojemniki na żywność, które są wielorazowe, nadają się do recyklingu lub mogą być wykorzystane do innego celu. Utylizuj odpady opakowaniowe w taki sposób, by zapobiec degradacji środowiska. Bezpieczne unieszkodliwianie gotowych do użycia opakowań na żywność, np. opakowań foliowych, może wymagać szczególnych środków kontroli.

Jeśli pojawią się śmieci, organizuj regularne społeczne akcje sprzątania. Takie akcje powinny być prowadzone w ramach działań mobilizacji i podnoszenia świadomości w społeczności, a nie na zasadzie pracy odpłatnej ⊕ *patrz: Standardy WASH w zakresie zarządzania odpadami stałymi od 5.1 do 5.3*.

Wybór żywności: Pomimo że najważniejszą przesłanką w udzielaniu pomocy żywnościowej jest wartość odżywcza, przekazywane towary powinny być odbiorcom znane. Powinny być także zgodne z tradycjami religijnymi i kulturowymi, np.

tabu związanym z żywnością dla kobiet w ciąży i karmiących piersią. Konsultuj wybór żywności z kobietami i dziewczętami, ponieważ w wielu środowiskach to one ponoszą główną odpowiedzialność za przygotowanie posiłków. Wspieraj dziadków, mężczyzn, którzy samodzielnie prowadzą gospodarstwa domowe i młodzież opiekującą się rodzeństwem bez pomocy innych, ponieważ ich dostęp do żywności może być zagrożony.

W kontekstach miejskich gospodarstwa domowe mogą mieć dostęp do bardziej zróżnicowanej żywności niż w obszarach wiejskich, lecz jakość diety może być ograniczona i wymagać różnego wsparcia żywieniowego.

Karmienie niemowląt: Ofiarowane lub dofinansowane preparaty do początkowego żywienia niemowląt, mleko w proszku, mleko płynne lub produkty zawierające mleko płynne nie powinny być dystrybuowane jako oddzielny towar w ogólnych dystrybucjach żywności. Artykuły te nie powinny być dystrybuowane w ramach programu karmienia uzupełniającego, w ramach którego przekazuje się żywność na wynos ⊕ *patrz: Standard karmienia niemowląt i małych dzieci 4.2*.

Zboże pełnoziarniste: Tam, gdzie w gospodarstwach domowych mielenie zbóż jest zwyczajem lub jest dostęp do miejscowych młynów, dystrybuuj zboże pełnoziarniste. Zboże pełnoziarniste ma dłuższy okres przydatności do spożycia niż produkty alternatywne i może mieć wyższą wartość dla uczestników programu.

Zapewnij zaplecze umożliwiające komercyjne, niskowyciągowe mielenie ziarna, które usuwa drobnoustroje, olej i enzymy powodujące jełczenie. Proces komercyjnego mielenia niskowyciągowego istotnie zwiększa trwałość, chociaż obniża zawartość białka. Mielone całe ziarna kukurydzy mogą być przechowywane tylko przez okres od sześciu do ośmiu tygodni, dlatego ich mielenie powinno się odbywać krótko przed spożyciem. Zmielone ziarno zwykle szybciej się gotuje. Konieczność mielenia ziarna czasami może narażać kobiety lub dorastające dziewczęta na większe ryzyko wyzyskiwania. We współpracy z kobietami i dziewczętami określ ryzyko oraz rozwiązania, np. zapewnienie wsparcia dla młynów prowadzonych przez kobiety.

Przechowywanie i przygotowanie żywności: Ilość miejsca do przechowywania w gospodarstwie domowym powinna decydować o wyborze oferowanej żywności. Zadbaj, aby osoby otrzymujące pomoc rozumiały, jak unikać zagrożeń zdrowia publicznego związanych z przygotowaniem żywności. Udostępnij kuchenki, które są wydajne paliwowo, aby minimalizować degradację środowiska.

Miejsca do przechowywania powinny być suche i higienicznie, odpowiednio zabezpieczone przed warunkami pogodowymi oraz pozbawione skażenia chemicznego lub innych zanieczyszczeń. Zabezpieczaj miejsca przechowywania przed szkodnikami takimi jak owady i gryzonie. W miarę możliwości zwracaj się do urzędników Ministerstwa Zdrowia o certyfikację jakości żywności dostarczanej przez sprzedawców i handlowców.

Standard pomocy żywnościowej 6.3: Selekcja odbiorców, dystrybucja i dostawy

Selekcja odbiorców i dystrybucja żywności odpowiada na potrzeby i jest przeprowadzana w sposób terminowy, przejrzysty i bezpieczny.

Kluczowe działania

1. Identyfikuj i selekcjonuj odbiorców pomocy żywnościowej zgodnie z potrzebami oraz konsultacjami z odpowiednimi interesariuszami.
   - Przekazuj jasne, upublicznione informacje na temat procedur selekcji, które są akceptowane zarówno przez ludność korzystającą z pomocy, jak i ludność, która jej nie otrzymuje, aby unikać wywoływania napięć oraz wyrządzania krzywdy.
   - Jak najszybciej się da uruchom formalną rejestrację gospodarstw domowych, które będą otrzymywały żywność, i w miarę potrzeby wprowadzaj aktualizacje.
2. Opracuj metody dystrybucji żywności lub bezpośrednie mechanizmy przekazywania gotówki/bonów, które są skuteczne, sprawiedliwe, bezpieczne, dostępne i efektywne.
   - Przeprowadzaj konsultacje z kobietami i mężczyznami, z uwzględnieniem młodzieży oraz ludzi młodych, a także promuj uczestnictwo grup potencjalnie narażonych lub zmarginalizowanych.
3. Umieszczaj punkty dystrybucji i dostaw w miejscach, które są łatwo dostępne, bezpieczne i najdogodniejsze dla odbiorców.
   - Minimalizuj zagrożenia dla osób przychodzących po dystrybucje, regularnie nadzoruj punkty kontrolne lub zmiany w sytuacji dotyczącej bezpieczeństwa.
4. Przekazuj odbiorcom z wyprzedzeniem szczegóły dotyczące planu i harmonogramu dystrybucji, jakości oraz ilości racji żywnościowej lub wartości pieniężnej czy wartości bonów, a także na co są przeznaczone.
   - Planuj harmonogramy dystrybucji w sposób uwzględniający czas spędzony w podróży oraz czas pracy i w stosownych przypadkach traktuj priorytetowo grupy narażone na ryzyko.
   - Przed przystąpieniem do dystrybucji zdefiniuj i wprowadź mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych dla społeczności.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek błędów dotyczących włączenia i wyłączenia odbiorców docelowych, które zminimalizowano

- Cel >10 procent

Odległość od zabudowań do ostatecznych punktów dystrybucji lub targowisk (w przypadku gotówki lub bonów)

- Cel <5 kilometrów

Odsetek osób, którym udzielono pomocy (zdezagregowanych według płci, wieku oraz niepełnosprawności) i które zgłosiły problemy dotyczące bezpieczeństwa podczas podróży (tam i z powrotem) oraz w placówkach programu

Liczba zgłoszonych przypadków wykorzystywania seksualnego lub nadużywania władzy związanych z praktykami dystrybucji lub dostaw

Odsetek przypadków wykorzystywania seksualnego lub nadużyć władzy w związku z praktykami dystrybucji lub dostaw, którymi się zajęto

- 100 procent

Odsetek docelowych gospodarstw domowych, które potrafią poprawnie podać przysługujący przydział pomocy żywnościowej

- Cel: >50 procent docelowych gospodarstw domowych

Wytyczne

Selekcja odbiorców: Zadbaj, aby narzędzia i metody selekcji odbiorców były dostosowane do kontekstu. Selekcja odbiorców powinna przebiegać przez cały okres interwencji, nie tylko w fazie początkowej. Znalezienie właściwej równowagi między błędami związanymi z wyłączeniem, które mogą prowadzić do zagrożenia dla życia, a błędami dotyczącymi włączenia, które mogą prowadzić do potencjalnych zakłóceń lub strat, jest złożone. W przypadku nagłych kryzysów błędy związane z włączeniem są bardziej akceptowalne od błędów związanych z wyłączeniem. Ogólne dystrybucje żywności mogą być właściwym rozwiązaniem w kryzysach, w których gospodarstwa domowe doznały podobnych strat lub przeprowadzenie szczegółowej oceny selekcji odbiorców jest niemożliwe ze względu na brak dostępu.

Dzieci w wieku 6-59 miesięcy, kobiety w ciąży i karmiące piersią, osoby żyjące z HIV oraz inne grupy szczególnie narażone mogą zostać objęte programem żywności uzupełniającej lub mogą zostać powiązane ze strategiami odżywiania i profilaktyki żywieniowej. W przypadku osób żyjących z HIV taka pomoc będzie polegać na zwiększeniu ilości kalorii przyjmowanych codziennie, jak również wspomoże przestrzeganie zaleceń terapii antyretrowirusowej.

We wszystkich programach ukierunkowanych należy zachować ostrożność i unikać tworzenia stygmatyzacji lub dyskryminacji. Osoby żyjące z HIV mogą zostać włączone np. w ramach dystrybucji dla „osób przewlekle chorych" i otrzymywać pomoc za pośrednictwem ośrodków opieki zdrowotnej, w których mają zapewnioną opiekę i leczenie. Lista osób żyjących z HIV pod żadnym pozorem nie powinna być publikowana ani udostępniania, a w większości środowisk liderzy społeczności nie powinni być zatrudniani jako osoby dokonujące selekcji osób żyjących z HIV.

Osoby/komisje dokonujące selekcji odbiorców: Ustanów bezpośredni kontakt z osobami i grupami dotkniętymi w społeczności, w miarę możliwości unikając strażników wybranych spośród członków społeczności. Ustanów komisje selekcji odbiorców, w skład których wchodzą przedstawiciele następujących populacji:

- kobiety i dziewczęta, mężczyźni i chłopcy, osoby starsze i osoby niepełnosprawne;
- lokalnie wybrane komisje, grupy kobiece i organizacje humanitarne;
- lokalne i międzynarodowe organizacje NGO;
- organizacje młodzieżowe; oraz
- lokalne instytucje rządowe.

Procedury rejestracji: Przeprowadzenie rejestracji w obozach może stanowić wyzwanie, szczególnie kiedy osoby wysiedlone nie mają dokumentów tożsamości. Listy od władz lokalnych i listy gospodarstw domowych stworzone przez społeczność mogą być przydatne, jeśli niezależne badanie potwierdzi ich dokładność i bezstronność. Promuj udział kobiet poszkodowanych w tworzeniu procedur rejestracyjnych. Na listach umieszczaj osoby narażone na ryzyko, szczególnie osoby o ograniczonej sprawności ruchowej.

Jeżeli na początkowych etapach kryzysu nie można przeprowadzić rejestracji, należy to zrobić tak szybko, jak sytuacja się ustabilizuje. Wprowadź mechanizm przekazywania informacji zwrotnych na potrzeby procesu rejestracji, który będzie łatwo dostępny dla wszystkich osób poszkodowanych z uwzględnieniem kobiet, dziewcząt, osób starszych i osób niepełnosprawnych. Kobiety mają prawo do rejestracji pod własnym imieniem i nazwiskiem. W miarę możliwości skonsultuj się z mężczyznami i kobietami (w razie potrzeby oddzielnie) odnośnie do tego, kto powinien fizycznie odbierać pomoc lub otrzymywać wsparcie pieniężne w imieniu gospodarstwa domowego. Takie konsultacje powinny wynikać z oceny ryzyka.

Zatroszcz się szczególnie o gospodarstwa domowe prowadzone samodzielnie przez mężczyzn lub kobiety, a także gospodarstwa domowe prowadzone przez dzieci i młodzież oraz dzieci oddzielone od rodziny i pozbawione opieki, żeby mogły bezpiecznie odbierać pomoc w imieniu swoich gospodarstw domowych. Ustanów punkty opieki nad dziećmi przy punktach dystrybucji, by umożliwić gospodarstwom domowym prowadzonym przez jednego rodzica oraz kobietom z małymi dziećmi, odbiór pomocy bez pozostawiania dzieci bez opieki. W przypadkach poligamicznych gospodarstw domowych traktuj każdą żonę i jej dzieci jako odrębne gospodarstwo domowe.

Dystrybucja racji w postaci suchej: Ogólne dystrybucje żywności zwykle zawierają tylko racje w postaci suchej, które można następnie ugotować w domu. Wśród odbiorców mogą być osoby indywidualne lub gospodarstwa domowe posiadające kartki na przydział żywności, przedstawiciele grup gospodarstw domowych, tradycyjni przywódcy i kobiety pełniące role przywódcze lub liderzy dystrybucji ukierunkowanej na społeczność. Częstotliwość dystrybucji powinna uwzględniać wagę racji żywnościowej oraz środki, jakimi odbiorcy bezpiecznie transportują żywność do domu. Aby zagwarantować, że osoby starsze, kobiety w ciąży i karmiące piersią, dzieci oddzielone od rodziny lub pozbawione opieki oraz osoby z niepełnosprawnościami będą w stanie odbierać i przechowywać przysługujące im przydziały, niezbędne może być wdrożenie szczególnych środków wsparcia. Rozważ możliwość udzielania pomocy takim osobom przez innych członków społeczności lub przekazywanie im częstszych i mniejszych racji.

Dystrybucja racji w postaci "mokrej": W wyjątkowych okolicznościach, np. na początku nagłego kryzysu, ogólne dystrybucje żywności mogą zawierać posiłki

gotowane lub gotową żywność. Takie racje mogą być odpowiednie w sytuacjach, kiedy ludzie przemieszczają się lub gdy zabieranie żywności do domu naraziłoby osoby otrzymujące pomoc na ryzyko kradzieży, przemocy, nadużyć lub wyzyskiwania. Używaj posiłków i świadczeń żywnościowych wydawanych w szkole dla kadry nauczającej jako mechanizmu dystrybucji w sytuacji awaryjnej.

Punkty dystrybucji: Planując rozmieszczenie punktów dystrybucji miej na uwadze uwarunkowania terenowe i staraj się zapewnić racjonalny dostęp do innych źródeł wsparcia, takich jak czysta i bezpieczna woda, toalety, opieka zdrowotna, cień i schronienie, a także bezpieczne miejsca dla dzieci oraz kobiet. Należy rozważyć obecność uzbrojonych punktów kontroli oraz działań militarnych, aby zminimalizować ryzyko dla ludności cywilnej i zapewnić bezpieczny dostęp do pomocy. Drogi do i z punktów dystrybucji powinny być wyraźnie oznakowane, łatwo dostępne i często używane przez innych członków społeczności. Rozważ transport towarów z praktycznego i ekonomicznego punktu widzenia ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 2*.

Opracuj alternatywne środki dystrybucji, aby dotrzeć do osób, które znajdują się w większej odległości od punktu dystrybucji lub które mają trudności z funkcjonowaniem. Dostęp do dystrybucji jest częstym powodem niepokoju dla ludzi na marginesie społecznym i wyłączonych w kryzysie. Zapewnij bezpośrednie dystrybucje dla populacji w środowisku instytucjonalnym.

Planowanie harmonogramów dystrybucji: Planuj harmonogramy dystrybucji tak, by umożliwić dotarcie do punktów dystrybucji i powrót do domu w godzinach, w których występuje światło dzienne. Unikaj stwarzania konieczności pozostania na noc, ponieważ powoduje to dodatkowe ryzyko. Planuj dystrybucje w sposób ograniczający zakłócenia czynności codziennych. Rozważ wprowadzenie przyspieszonych dystrybucji lub linii pierwszeństwa dla grup narażonych na ryzyko oraz przydzielenie stanowiska z pracownikiem socjalnym, który będzie rejestrował dzieci pozbawione opieki i oddzielone od rodziny. Przekazuj z wyprzedzeniem informacje na temat harmonogramu i dystrybucji za pomocą różnych narzędzi komunikacji.

Bezpieczeństwo w trakcie dystrybucji żywności, bonów oraz gotówki: Podejmij kroki, aby zminimalizować ryzyko dla osób uczestniczących w dystrybucji. Oznacza to m.in. odpowiednie środki kontroli nad tłumem, nadzorowanie dystrybucji przez przeszkolony personel oraz pilnowanie punktów dystrybucji przez członków ludności dotkniętej. W razie potrzeby zatrudnij lokalne służby policyjne. Poinformuj funkcjonariuszy policji i urzędników o celach przekazywania żywności. Starannie zaplanuj schemat rozmieszczenia w punktach dystrybucji, aby były bezpieczne i łatwo dostępne dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz osób mających trudności z funkcjonowaniem. Poinformuj wszystkie zespoły zajmujące się dystrybucją żywności o zachowaniach, jakich się od nich oczekuje, z uwzględnieniem kar za wykorzystywanie i przemoc seksualną. Uwzględnij żeński personel wartowniczy, który będzie nadzorował rozładunek, rejestrację, dystrybucję oraz nadzorowanie żywności po jej dystrybucji ⊕ *patrz: Zobowiązanie Podstawowego Standardu Humanitarnego 7*.

Przekazywanie informacji: Przekazuj informacje w sposób wyraźny w punktach dystrybucji, w językach i formatach zrozumiałych dla osób, które nie potrafią czytać lub mają trudności z komunikacją. Informuj ludzi za pomocą komunikatów drukowanych, dźwiękowych, SMS i głosowych o takich kwestiach jak:

- plan racji, który zawiera ilość i rodzaj racji żywnościowych lub wartość pieniędzy/bonów oraz na co są przeznaczone;
- powody jakichkolwiek zmian we wcześniejszych planach (czas, ilość, artykuły, inne);
- plan dystrybucji;
- jakość odżywcza przekazywanej żywności, a także, w miarę potrzeby, czy są jakieś wymagania szczególne dla odbiorców, aby chronić jej wartość odżywczą;
- wymagania dotyczące bezpiecznego operowania żywnością i jej wykorzystywania;
- szczególne informacje na temat optymalnego wykorzystywania żywności dla dzieci;
- sposoby uzyskiwania dodatkowych informacji lub przekazywania informacji zwrotnych.

W przypadku pomocy pieniężnej wartość przekazywanej kwoty powinna być uwzględniona w informacjach na temat racji. Informacje powinny być przekazywane w punkcie dystrybucji, prezentowane w punkcie wypłaty gotówki lub w miejscach realizacji voucherów bądź w ulotce sporządzonej w języku lokalnym.

Zmiany w przekazywanej żywności: Zmiany w racjach lub wartości przekazywanej kwoty w przypadku pomocy pieniężnej mogą wystąpić z powodu braku dostępu do żywności, braku środków finansowych lub z innych powodów. Jeżeli taka sytuacja ma miejsce, przekaż odbiorcom informacje o zmianach poprzez komitety dystrybucyjne, liderów społeczności i organizacje przedstawicielskie. Opracuj wspólny plan działania przed przystąpieniem do dystrybucji. Komitety dystrybucyjne powinny informować ludzi o zmianach, przyczynach zmian oraz o datach i planie wznowienia wydawania normalnych racji. Opcje obejmują:

- zmniejszenie racji dla wszystkich odbiorców;
- wydawanie pełnej racji osobom szczególnie narażonym oraz racji zmniejszonej populacji ogólnej;
- przełożenie dystrybucji na późniejszy termin (w ostateczności).

Nadzorowanie dystrybucji i dostawy: Regularnie nadzoruj żywność poprzez wyrywkowe ważenie racji odebranych przez gospodarstwa domowe w celu dokonania pomiaru dokładności i sprawiedliwości dystrybucji. Przeprowadzaj wywiady z odbiorcami i zadbaj, aby wśród osób uczestniczących w wywiadach była równa liczba kobiet oraz mężczyzn, z uwzględnieniem młodzieży i osób młodych, osób niepełnosprawnych i osób starszych. Wyrywkowe wizyty, przeprowadzane przez zespół badawczy składający się z co najmniej jednego mężczyzny i jednej kobiety, mogą pomóc w określeniu akceptowalności oraz użyteczności racji. Takie wizyty mogą ułatwić ustalenie osób, które spełniają kryteria selekcji, lecz nie otrzymują pomocy żywnościowej. Mogą także umożliwić określenie żywności otrzymywanej z innych miejsc, jej źródła i wykorzystania. Wizyty mogą ułatwić zidentyfikowanie ewentualnego stosowania siły w celu odebrania mienia, przymusowych rekrutacji, wykorzystywania seksualnego lub innych form wyzyskiwania ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Standard pomocy żywnościowej 6.4: Wykorzystanie żywności

Żywność jest przechowywana, przygotowywana oraz spożywana w sposób bezpieczny i właściwy, zarówno na poziomie gospodarstwa domowego, jak i na poziomie społeczności.

Kluczowe działania

1. Chroń osoby otrzymujące pomoc przed niewłaściwym postępowaniem z żywnością lub jej przygotowaniem.
   - Przekazuj informacje na temat znaczenia higieny żywności i promuj dobre praktyki higieniczne w ramach pracy z żywnością.
   - W przypadku przekazywania racji gotowanych przeszkol pracowników na temat przechowywania, przetwarzania i przygotowania żywności, a także potencjalnych zagrożeń dla zdrowia wynikających z niewłaściwych praktyk.
2. Skonsultuj się z osobami otrzymującymi pomoc i poinformuj o kwestiach dotyczących przechowywania, przygotowywania, gotowania oraz konsumpcji żywności.
3. Zadbaj, aby gospodarstwa domowe miały bezpieczny dostęp do odpowiednich akcesoriów kuchennych, paliwa, kuchenek, które są oszczędne paliwowo, a także czystej wody i materiałów higienicznych.
4. Zadbaj, aby osoby, które nie mają możliwości przygotowania żywności lub jej samodzielnego spożywania, miały dostęp do opiekunów, którzy mogą w miarę możliwości zapewnić im wsparcie.
5. Kontroluj, w jaki sposób gospodarstwa domowe korzystają z zasobów żywnościowych.

Kluczowe wskaźniki

Liczba zgłoszonych przypadków dotyczących zagrożeń dla zdrowia związanych z przekazaną żywnością

Odsetek gospodarstw domowych, które są w stanie przechowywać żywność i ją przygotowywać w sposób bezpieczny

Odsetek docelowych gospodarstw domowych, które potrafią opisać trzy lub więcej komunikaty dotyczące świadomości w zakresie higieny

Odsetek docelowych gospodarstw domowych, które zgłaszają, że mają dostęp do odpowiednich akcesoriów kuchennych, paliwa, wody pitnej i materiałów higienicznych

Wytyczne

Higiena żywności: Kryzysy mogą zakłócać zwyczajowo przyjęte praktyki higieniczne. Propaguj praktyki w zakresie higieny żywności, które są dostosowane

do warunków lokalnych i wzorców występowania chorób. Podkreślaj znaczenie unikania zanieczyszczenia wody, zwalczania szkodników i konieczności mycia rąk przed przystąpieniem do pracy z żywnością. Informuj osoby otrzymujące żywność o bezpiecznym przechowywaniu żywności w gospodarstwie domowym ⊕ *patrz: Standardy WASH w zakresie promocji higieny*.

Przetwarzanie i przechowywanie żywności: Dostęp do obiektów przetwórstwa spożywczego takich jak np. młyny do rozdrabniania zboża, umożliwia przygotowanie żywności w sposób preferowany przez ludność oraz pozwala zaoszczędzić czas na inne działania o charakterze produktywnym. W przypadku oferowania produktów spożywczych, które szybko się psują, bierz pod uwagę odpowiednie zaplecze umożliwiające ich przechowywanie, np. wodoszczelne pojemniki, chłodziarki i zamrażarki. Wysoka temperatura, niska temperatura i wilgoć mają wpływ na przechowywanie szybko psujących się produktów spożywczych.

Do osób, którym może być potrzebna pomoc w zakresie przechowywania, gotowania i karmienia, można zaliczyć: małe dzieci, osoby starsze, osoby niepełnosprawne oraz osoby żyjące z HIV. W przypadku osób mających trudności z zapewnieniem żywności osobom będącym na ich utrzymaniu (np. rodzice niepełnosprawni) konieczne mogą się okazać programy pomocy potrzebującym.

Kontrola wykorzystania żywności w domach: Organizacje humanitarne powinny kontrolować i oceniać wykorzystywanie żywności w domach, a także jej stosowność i adekwatność. Na poziomie gospodarstwa domowego towary żywnościowe można konsumować zgodnie z przeznaczeniem, mogą też być przedmiotem handlu lub wymiany barterowej. Wymiana barterowa może służyć np. do pozyskania bardziej preferowanych artykułów spożywczych, artykułów innych niż żywność lub do zapłaty za usługi takie jak czesne za szkołę lub rachunki za opiekę zdrowotną. Ocena przydziałów wewnątrz gospodarstw domowych powinna obejmować również nadzorowanie wykorzystania żywności według płci, wieku i niepełnosprawności.

Korzystanie z pomocy pieniężnej i bonów: Istotne jest, aby ograniczać ryzyko związane z panicznym kupowaniem w sytuacji, gdy gospodarstwa domowe otrzymują pieniądze lub bony. Przygotuj odpowiednio handlowców oraz osoby otrzymujące pomoc przed dystrybucją, w trakcie dystrybucji i po dystrybucji. Rozważ np., czy żywność będzie dostępna przez cały miesiąc czy lepszym rozwiązaniem będzie rozłożenie dystrybucji w ciągu miesiąca. Bony można wystawiać na mniejsze kwoty, które można wypłacać w trybie cotygodniowym zależnie od sytuacji. Tę samą zasadę należy zastosować w przypadku gotówki, którą można wypłacać w bankomatach lub w postaci innych form płatności cyfrowych czy płatności ręcznych.

7. Środki do życia

Zdolność do ochrony środków do życia jest bezpośrednio związana z podatnością na kryzys. Zrozumienie podatności na zagrożenia występujących przed, w trakcie i po kryzysie ułatwi udzielanie właściwej pomocy oraz pozwoli ustalić, w jaki sposób społeczności mogą przywrócić i usprawnić swoje źródła utrzymania.

Kryzysy mogą zakłócić wiele czynników, od których zależy zapewnienie środków do życia. Osoby dotknięte kryzysem mogą stracić pracę lub być zmuszone opuścić swoją ziemię lub źródła wody. W trakcie trwania konfliktu lub klęski żywiołowej może dojść do zniszczenia aktywów albo ich skażenia lub kradzieży. Rynki mogą przestać działać.

Na wczesnych etapach kryzysu priorytetowe znaczenie ma zaspokojenie podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Jednakże w miarę upływu czasu przywrócenie systemów, umiejętności i możliwości, które wspierają środki do życia, ułatwi godny powrót do normalności. Propagowanie środków do życia wśród uchodźców wiąże się często z wyjątkowymi wyzwaniami, takimi jak przebywanie w obozowisku lub restrykcyjne ramy prawne i polityczne w państwach udzielających azylu.

Osoby zajmujące się produkcją żywności muszą mieć dostęp do ziemi, wody, żywego inwentarza, usług wsparcia oraz rynków, które mogą wspomóc produkcję. Powinny mieć środki umożliwiające dalszą produkcję bez narażania innych zasobów, ludzi lub systemów ⊕ *patrz: Podręcznik LEGS*.

W kontekstach miejskich wpływ kryzysu na środki do życia będzie prawdopodobnie inny niż na obszarach wiejskich. Skład gospodarstwa domowego, umiejętności, niepełnosprawności i edukacja decydują o tym, w jakim stopniu ludzie mogą uczestniczyć w różnych formach działalności gospodarczej. Ogólnie rzecz biorąc, biedniejsze osoby w środowisku miejskim mają mniejszy wachlarz dostępnych strategii radzenia sobie w kwestii środków do życia niż porównywalne osoby w środowisku wiejskim. Na przykład w niektórych państwach nie mają dostępu do ziemi i możliwości uprawiania produktów żywnościowych.

Łączenie osób, które straciły środki do życia z osobami, które mają wpływ na to, jak stwarzać nowe możliwości, pomoże ustalić priorytety działań dotyczących środków do życia. Powinno to odzwierciedlać analizę pracy, usług i powiązanych rynków produktowych. Wszystkie interwencje w zakresie środków do życia powinny uwzględniać korzystanie z rynków lokalnych i/lub ich wspieranie ⊕ *patrz Podręcznik MERS*.

Standard środków do życia 7.1: Produkcja pierwotna

Mechanizmy produkcji pierwotnej mają zapewnioną ochronę i wsparcie.

Kluczowe działania

1. Zapewniaj dostęp do zasobów produkcyjnych i/lub aktywów produkcyjnych dla rolników.
   - Decyduj się na pomoc pieniężną lub bony tam, gdzie działają rynki, które można wspierać w powrocie do normalności, aby dać rolnikom elastyczność w zakresie wyboru preferowanych zasobów, nasion, zasobów rybnych czy gatunków hodowlanych.
   - Wprowadzaj nowe technologie po kryzysie tylko jeżeli zostały przetestowane lub przystosowane do podobnych kontekstów.
2. Dostarczaj zasoby, które są akceptowalne w danym miejscu, spełniają wymogi odpowiednich norm jakości i są dostępne we właściwym czasie, aby zapewnić ich najlepsze wykorzystanie sezonowe.
   - Wybieraj zasoby dla inwentarza żywego, które są odpowiednie dla danego miejsca, jak również lokalne odmiany zbóż, które są już w użyciu i jest na nie popyt w nadchodzącym sezonie.
3. Zadbaj, aby zasoby i usługi nie powodowały większej podatności odbiorców na zagrożenia ani nie wywoływały konfliktów w społeczności.
   - Oceń potencjalną rywalizację o rzadkie zasoby naturalne (np. grunty lub wodę) oraz potencjalne szkody dla istniejących sieci społecznych.
4. Angażuj dotkniętych mężczyzn i kobiety w sposób sprawiedliwy w planowanie, podejmowanie decyzji, wdrażanie oraz nadzorowanie działań w zakresie produkcji pierwotnej.
5. Przeszkol producentów z sektorów upraw, rybołówstwa, akwakultury, leśnictwa oraz inwentarza żywego w obszarze zrównoważonej produkcji i praktyk zarządzania.
6. Oceń rynek i stymuluj zapotrzebowanie na lokalne uprawy, warzywa oraz inne produkty rolnicze.

Kluczowe wskaźniki

Procentowa wartość zmiany w produkcji (żywność lub źródło dochodu) wytwarzanej przez ludność docelową w porównaniu do normalnego roku

Odsetek gospodarstw domowych, które zgłaszają, że mają dostęp do wystarczających miejsc do składowania swoich produktów

Odsetek docelowych gospodarstw domowych, które mają lepszy dostęp fizyczny do działających rynków w wyniku interwencji w ramach programu

Wytyczne

Strategie produkcji: Strategie produkcji muszą mieć realną szansę wdrożenia i skutecznej realizacji w danym kontekście. Zależy to od wielu czynników, łącznie z dostępem do:

- wystarczających zasobów naturalnych, pracy, zasobów rolnych i kapitału finansowego;
- dobrych jakościowo odmian nasion, które są dostosowane do warunków lokalnych;
- wydajnych zwierząt, które stanowią istotny składnik bezpieczeństwa żywnościowego ⊕ *patrz: Podręcznik LEGS*.

Ponadto strategia musi uwzględniać istniejące umiejętności zapewniające źródła utrzymania, preferencje społeczności, środowisko fizyczne i możliwość potencjalnej skalowalności.

Promuj różnorodne działania zapewniające środki do życia w lokalnym środowisku, jednocześnie zapobiegając nadmiernej eksploatacji zasobów naturalnych. Szkody w środowisku naturalnym nie tylko zwiększają ryzyko kryzysu, lecz powodują napięcia między społecznościami. Interwencje w zakresie środków do życia powinny promować przystosowanie do zmiany klimatu w miarę możliwości, np. poprzez wybór odpowiednio dostosowanych odmian nasion.

Zapobiegaj zatrudnianiu dzieci w związku z inicjatywami w zakresie środków do życia. Miej świadomość pośredniego wpływu programów w zakresie środków do życia na dzieci, np. nieuczęszczania do szkoły, ponieważ dzieci muszą pomagać w gospodarstwie domowym, kiedy rodzic pracuje.

Energia: Weź pod uwagę zapotrzebowanie na energię w przypadku pracy zmechanizowanej, przetwarzania żywności, komunikacji, ciągów chłodniczych niezbędnych do konserwowania żywności i wydajnych urządzeń spalających.

Usprawnienia: Rozważ wprowadzenie ulepszonych odmian upraw, gatunków inwentarza żywego lub zasobów rybnych, nowych narzędzi, nawozów albo innowacyjnych praktyk zarządzania. Wzmocnij produkcję żywności, odwołując się do wzorców istniejących przed kryzysem i/lub powiązań z krajowymi planami rozwoju.

Nowe technologie: Producenci i lokalni konsumenci muszą zrozumieć oraz zaakceptować implikacje nowych technologii dla lokalnych systemów produkcji, praktyk kulturowych i środowiska naturalnego, zanim zostaną one przyjęte. Wprowadzając nowe technologie, zapewnij stosowne konsultacje społeczne, informacje i szkolenia. Zapewnij dostęp dla grup narażonych na ryzyko dyskryminacji (włączając kobiety, osoby starsze, grupy mniejszościowe i osoby niepełnosprawne). W miarę możliwości prowadź koordynację wspólnie z ekspertami w dziedzinie środków do życia i organami administracji rządowej. Zapewnij bieżące wsparcie technologiczne, przyszły dostęp do technologii i oceń jej rentowność komercyjną.

Pomoc pieniężna lub kredyt: Te formy wsparcia mogą być przekazywane na targach nasion i żywego inwentarza. Zrozum potencjalne konsekwencje związane z wybranym podejściem do żywienia, biorąc pod uwagę to, czy umożliwia ono samodzielne produkowanie żywności bogatej w składniki odżywcze lub czy zapewnia gotówkę na zakup żywności. Oceń możliwość udzielenia pomocy pieniężnej na zakup

zasobów produkcyjnych, zwracając uwagę na dostępność towarów, dostęp do rynków oraz dostępność bezpiecznego, przystępnego i uwzględniającego problematykę płci mechanizmu przekazywania gotówki ⊕ *patrz: Podręcznik MERS Handbook* i *Podręcznik LEGS*.

Sezonowość i fluktuacje cen: Zapewniaj zasoby informacyjne dla rolników oraz usługi weterynaryjne, które odpowiadają na potrzeby odpowiednich sezonów rolniczych i hodowli zwierząt. Np. przed sezonem uprawnym zapewniaj nasiona i narzędzia. Zmniejszanie inwentarza żywego w trakcie suszy powinno się odbywać zanim zacznie występować nadmierna śmiertelność wśród zwierząt. Uzupełnianie zasobów powinno się rozpocząć w momencie, kiedy prawdopodobieństwo odbudowy jest wysokie, np. od następnej pory deszczowej. W razie potrzeby zapewnij pomoc żywnościową celem ochrony nasion i zasobów. Zadbaj o to, aby zasoby uwzględniały różnorodne zdolności, potrzeby oraz ryzyka różnych grup, z uwzględnieniem kobiet i osób niepełnosprawnych. Skrajne sezonowe wahania cen mają niekorzystny wpływ na słabszych producentów rolnych, którzy sprzedają swoje produkty od razu po zbiorach, kiedy ceny są najniższe. Takie wahania mają także ujemny wpływ na właścicieli inwentarza żywego, którzy muszą sprzedawać w okresie suszy. Z drugiej strony konsumenci, którzy mają do dyspozycji ograniczony dochód, nie mogą sobie pozwolić na inwestowanie w zapasy żywności. Są zależni od małych lecz częstych zakupów, w wyniku czego kupują żywność nawet kiedy jej ceny są wysokie, np. podczas suszy. Wytyczne w zakresie inwentarza żywego ⊕ *patrz: Podręcznik LEGS*.

Nasiona: Rolnicy i miejscowi eksperci od rolnictwa powinni zatwierdzać konkretne odmiany nasion. Nasiona powinny być odpowiednie do miejscowej agroekologii i warunków zarządzania stosowanych przez rolników. Powinny być także odporne na choroby i potencjalnie trudne warunki pogodowe związane ze zmianą klimatu. Badaj jakość nasion pochodzących spoza danego regionu i sprawdzaj, czy są odpowiednie do miejscowych warunków. Zapewnij farmerom dostęp do szerokiej gamy upraw i odmian w ramach każdej interwencji dotyczącej nasion. Dzięki temu będą się mogli zastanowić, co się najlepiej sprawdzi w ich systemie upraw. Np. rolnicy uprawiający kukurydzę mogą preferować nasiona hybrydowe zamiast odmian miejscowych. Przestrzegaj wytycznych rządowych dotyczących nasion hybrydowych. Nie rozprowadzaj nasion modyfikowanych genetycznie bez uzyskania zatwierdzenia ze strony władz lokalnych. Informuj rolników, że otrzymują nasiona modyfikowane genetycznie. Jeżeli rolnicy korzystają z bonów lub targów nasion, zachęcaj ich do zakupu nasion od miejscowych formalnych dostawców. Rolnicy mogą preferować odmiany tradycyjne, które są przystosowane do warunków lokalnych. Będą one dostępne po zdecydowanie niższych cenach, co oznacza, że dostaną więcej nasion za taką samą wartość bona.

Napięcia w społeczności i zagrożenia związane z bezpieczeństwem: Między osobami wysiedlonymi a ludnością miejscową bądź wśród społeczności dotkniętej mogą wystąpić napięcia w sytuacji, gdy produkcja będzie wymagała zmiany w pozyskiwaniu dostępnych zasobów naturalnych. Rywalizowanie o wodę lub grunty może prowadzić do nałożenia ograniczeń na ich wykorzystywanie. Pierwotna produkcja żywności może nie być wykonalna, jeżeli w perspektywie długoterminowej brakuje niezbędnych zasobów naturalnych. Jej prowadzenie może być także niemożliwe, jeżeli nie mają do nich dostępu niektóre populacje,

np. osoby bezrolne. Przekazywanie bezpłatnych zasobów może także zakłócić tradycyjne wsparcie społeczne, zaszkodzić mechanizmom redystrybucji lub wpłynąć na podmioty gospodarcze sektora prywatnego. Może to prowadzić do napięć i ograniczyć dostęp do zasobów w przyszłości ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1*.

Łańcuch dostaw: Korzystaj z istniejących, możliwych do zweryfikowania łańcuchów dostaw, żeby pozyskać zasoby i usługi niezbędne do produkcji żywności, np. usługi weterynaryjne i nasiona. Aby wesprzeć lokalny sektor prywatny, stosuj takie mechanizmy jak gotówka lub bony, które łączą producentów pierwotnych bezpośrednio z dostawcami. Opracowując miejscowe systemy zakupów, rozważ dostępność odpowiednich zasobów i zdolność dostawców do zwiększenia dostaw. Oceń ryzyko związane z inflacją i stabilność jakości zasobów. Nadzoruj i łagodź negatywne skutki działań związanych z reagowaniem na ceny rynkowe, np. dużych lokalnych zakupów oraz dystrybucji żywności. Weź pod uwagę konsekwencje zakupu lokalnej żywności i importowanej dla gospodarek lokalnych. Podejmując współpracę z sektorem prywatnym, określ i podejmij kwestię nierówności między kobietami a mężczyznami oraz sprawiedliwie rozdzielaj ewentualne zyski ⊕ *patrz: Podręcznik MERS*.

Kontroluj czy producenci wykorzystują przekazane zasoby zgodnie z założeniem. Sprawdzaj jakość zasobów pod względem wydajności, akceptowalności i preferencji producentów. Oceń wpływ projektu na dostępność żywności na poziomie gospodarstwa domowego. Rozważ np. ilość i jakość żywności, która jest przechowywana, spożywana, sprzedawana lub oddawana. Jeżeli projekt zakłada zwiększenie produkcji określonego rodzaju żywności (produkty zwierzęce/rybne lub rośliny strączkowe bogate w białko), zbadaj wykorzystywanie tych produktów przez gospodarstwa domowe. Uwzględnij analizę korzyści dla różnych członków gospodarstwa domowego, np. kobiet, dzieci, osób starszych i osób niepełnosprawnych.

Przechowywanie po okresie zbiorów: Znaczna część upraw (przybliżona średnia wynosi 30 procent) nie nadaje się do użytku po zbiorach z powodu strat. Wspieraj ludność dotkniętą w minimalizowaniu strat poprzez zarządzanie działaniami związanymi z obsługą, przechowywaniem, przetwarzaniem, pakowaniem, transportem, marketingiem i innymi działaniami po okresie zbiorów. Doradzaj i umożliwiaj przechowywanie plonów w sposób zapewniający ochronę przed wilgocią i aflatoksynami wytwarzanymi przez grzyby. Zapewnij możliwość obróbki upraw, w szczególności zbóż.

Standard środków do życia 7.2: Dochody i zatrudnienie

Kobiety i mężczyźni otrzymują sprawiedliwy dostęp do odpowiednich możliwości uzyskiwania zarobków w których możliwe są strategie zapewnienia środków do życia poprzez generowanie przychodów i zatrudnienie.

Kluczowe działania

1. Decyzje dotyczące działań przynoszących dochody podejmuj na podstawie oceny rynku z uwzględnieniem problematyki płci.

- Ograniczaj ryzyko niedożywienia i innych zagrożeń zdrowia publicznego, dbając o to, aby uczestniczenie w działaniach przynoszących dochody nie miało negatywnego wpływu na opiekę nad dziećmi lub na inne obowiązki związane z opieką.
- Poznaj stawki wynagrodzenia za pracę dla członków społeczności oraz ustawową płacę minimalną za pracę bez kwalifikacji i z kwalifikacjami.

2 Wybierz rodzaj płatności (pomoc rzeczowa, gotówka, bony, żywność lub połączenie tych opcji) na podstawie analizy partycypacyjnej.

- Zrozum takie kwestie, jak lokalne zdolności, korzyści dla bezpieczeństwa i ochrony, bezpośrednie potrzeby, sprawiedliwy dostęp, istniejące systemy rynkowe oraz preferencje osób dotkniętych.

3 Ustal poziom płatności na podstawie takich czynników, jak rodzaj pracy, przepisy lokalne, cele związane z przywróceniem źródeł utrzymania i zatwierdzone poziomy płatności istniejące w danym regionie.

- Rozważ środki sieci bezpieczeństwa, z uwzględnieniem bezwarunkowego przekazywania gotówki lub żywności dla gospodarstw domowych, które nie mogą uczestniczyć w programach pracy.

4 Wprowadź i utrzymuj bezpieczne warunki pracy, które sprzyjają integracji.

- Nadzoruj ryzyko molestowania na tle seksualnym, dyskryminacji, wyzyskiwania oraz nadużyć w miejscu pracy i niezwłocznie reaguj na skargi.

5 Promuj partnerstwa z sektorem prywatnym i innymi interesariuszami, dążąc do tworzenia zrównoważonych możliwości zatrudnienia.

- Przekazuj zasoby kapitałowe w sposób sprawiedliwy, aby wspomóc odzyskanie środków do życia.

6 W miarę możliwości wybieraj ekologiczne opcje generowania dochodów.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności docelowej, która zwiększyła dochody netto w określonym przedziale czasu

Odsetek gospodarstw domowych, które mają dostęp do pożyczek

Odsetek ludności docelowej, która urozmaica swoje działania przynoszące dochody

Odsetek ludności docelowej, która jest zatrudniona (lub samozatrudniona) i wykonuje zrównoważone działania zapewniające źródła dochodów (6-12 miesięcy)

Odsetek ludności dotkniętej, która ma dostęp fizyczny i ekonomiczny do funkcjonujących rynków i/lub innych usług wspierających źródła utrzymania (formalnych lub nieformalnych)

Wytyczne

Analiza: Analiza pracy i rynku uwzględniająca problematykę płci ma kluczowe znaczenie dla uzasadnienia oraz zdefiniowania działań, zachęcania do powrotu do normalności i budowania odporności oraz utrzymania rezultatów. Konieczne jest zrozumienie ról i obowiązków w gospodarstwie domowym, aby móc podjąć kwestię powiązanych kosztów, np. opieki nad dziećmi lub osobami starszymi, czy zapewnić dostęp do innych usług, takich jak edukacja lub opieka zdrowotna.

Poznawaj rynki i systemy gospodarcze przy użyciu istniejących narzędzi. Działania związane z reagowaniem w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego powinny wynikać z funkcji rynków istniejących przed i po kryzysie oraz możliwościach, jakie one dają w kwestii poprawy warunków życiowych osób ubogich. Omów alternatywne rozwiązania lub dostosowania dla grup narażonych na ryzyko (np. młodzieży, osób niepełnosprawnych, kobiet w ciąży lub osób starszych) w obrębie grupy docelowej. Przeanalizuj ich umiejętności, doświadczenie i możliwości, a także potencjalne zagrożenia oraz strategie łagodzące. Zbadaj, czy członkowie gospodarstw domowych zwykle migrują w poszukiwaniu pracy sezonowej. Zrozum, w jaki sposób różne grupy wśród ludności dotkniętej mogą mieć ograniczony dostęp do rynków i możliwości utrzymania, oraz wspieraj je w uzyskiwaniu dostępu.

Środki sieci bezpieczeństwa: Niektóre kobiety i mężczyźni mogą nie być w stanie uczestniczyć w działaniach przynoszących dochody, np. pary w podeszłym wieku. Kryzys sam w sobie może uniemożliwić innym osobom utrzymanie zatrudnienia z powodu zmian obowiązków lub stanu zdrowia. Przydatne dla takich osób mogą być krótkoterminowe środki sieci bezpieczeństwa połączone z istniejącymi krajowymi systemami opieki socjalnej. Zalecaj ustanowienie nowych sieci bezpieczeństwa tam, gdzie występuje taka konieczność. Ustanowienie środków sieci bezpieczeństwa powinno umożliwiać sprawiedliwą dystrybucję zasobów zapewniającą kobietom i dziewczętom bezpośredni dostęp do zasobów w stosownych przypadkach. Jednocześnie we współpracy z beneficjentami sieci bezpieczeństwa szukaj sposobów, które umożliwią im przejście w stronę bezpiecznych i zrównoważonych działań przynoszących dochody. W miarę możliwości, działania związane z reagowaniem polegające na pomocy pieniężnej powinny być powiązane z istniejącymi programami siatki bezpieczeństwa prowadzonymi w ramach strategii zrównoważonego rozwoju i ochrony socjalnej.

Płatności:: Przed wdrożeniem jakiegokolwiek programu odpłatnej pracy przeprowadź analizę rynku. Płatność może być w postaci gotówki lub żywności, może też stanowić połączenie tych dwóch opcji i powinna umożliwiać zaspokojenie potrzeb gospodarstwom domowych, które zmagają się z brakiem bezpieczeństwa żywnościowego. Przekaż informacje na temat celów projektu, oczekiwań organizacji humanitarnej wobec pracowników, warunków, na jakich będą zatrudniani, kwotę, jaką zarobią i sposób jej wypłacania.

Zadbaj, aby płatność była zachętą motywującą do poprawy własnej sytuacji, a nie wynagrodzeniem za pracę w społeczności. Rozważ potrzeby zakupowe ludności i wpływ przekazywania gotówki lub żywności na generowanie dochodów gospodarstwa domowego niezbędnych do zaspokojenia podstawowych potrzeb

takich jak szkoła, opieka zdrowotna i zobowiązania społeczne. Podejmuj decyzję dotyczącą rodzaju płatności i jej wysokości indywidualnie w każdym przypadku. Obserwuj, czy wszystkie kobiety i mężczyźni otrzymują równą płatność za uzgodnione jednostki pracy, a także czy nie zachodzi dyskryminacja wobec określonych grup.

Rozważ wpływ wartości odsprzedaży na rynki lokalne, na których płatność jest przekazywana w postaci rzeczowej oraz jako transfer dochodu. Nowe działania przynoszące dochody powinny uzupełniać, a nie zastępować istniejące źródła uzyskiwania dochodów. Płatność nie powinna mieć negatywnego wpływu na lokalne rynki pracy, np. poprzez powodowanie inflacji płacowej, przekierowywanie pracy z innych działań lub zakłócanie niezbędnych usług publicznych.

Siła nabywcza: Przekazanie gotówki może przynieść gospodarkom lokalnym efekty mnożnikowe, lecz może także powodować lokalną inflację w przypadku kluczowych towarów. Dystrybucja żywności może także wpływać na siłę nabywczą osób otrzymujących pomoc. Siła nabywcza powiązana z daną żywnością lub różnymi produktami żywnościowymi wpływa na to, czy gospodarstwo domowe, które je otrzymuje, będzie je spożywać czy sprzedawać. Niektóre towary (np. olej) łatwiej sprzedać po dobrej cenie niż inne (np. mieszanki produktów żywnościowych). Postaraj się zrozumieć kwestie dotyczące sprzedaży i zakupu żywności w gospodarstwach domowych przy ocenie szerszego wpływu programów dystrybucji żywności.

Bezpieczeństwo w pracy: Stosuj praktyczne procedury celem minimalizowania zagrożeń zdrowia publicznego lub leczenia urazów. Np. w razie potrzeby zapewnij szkolenie, odzież ochronną i zestawy pierwszej pomocy. Minimalizuj ryzyko ekspozycji na choroby zakaźne i HIV. Ustanów bezpieczne drogi dostępu do miejsc pracy; przekaż pracownikom latarki, jeśli droga nie jest dobrze oświetlona. Stosuj dzwonki, gwizdki i sprzęt radiowy, aby ostrzegać o zagrożeniach. Zachęcaj do podróżowania w grupach i unikania podróżowania po zmroku. Dbaj, aby wszyscy uczestnicy mieli wiedzę na temat procedur awaryjnych oraz dostęp do systemów wczesnego ostrzegania. Kobiety oraz dziewczęta powinny być jednakowo chronione i należy zająć się wszelkimi przejawami dyskryminacji w miejscu pracy.

Zarządzanie gospodarstwem domowym i obowiązkami rodzinnymi: Prowadź regularne rozmowy z osobami dotkniętymi, w tym oddzielnie z kobietami i mężczyznami, aby poznać ich preferencje oraz priorytety dotyczące generowania dochodów, możliwości otrzymywania pieniędzy za pracę i inne potrzeby gospodarstwa domowego oraz rodziny. Omów obciążenie pracą oraz inne nasilające się napięcia w domu w związku ze zmianami tradycyjnych ról przypisanych płciom oraz większą kontrolą kobiet nad aktywami.

Harmonogramy działań typu „gotówka za pracę" powinny uwzględniać kondycję fizyczną i codzienne zajęcia kobiet i mężczyzn oraz być stosowne kulturowo. Powinny np. uwzględniać pory modlitw i święta państwowe. Godziny pracy nie powinny nakładać na ludzi nieuzasadnionych, wzajemnie konkurencyjnych wymagań czasowych. Programy nie powinny przekierowywać zasobów gospodarstw domowych z istniejących działań produktywnych ani nie powinny mieć negatywnego wpływu na dostęp do innych form zatrudnienia lub edukacji. Uczestniczenie w generowaniu dochodów powinno się odbywać zgodnie

przepisami krajowymi w zakresie minimalnego wieku dopuszczenia do pracy. Zazwyczaj nie wynosi on mniej niż wiek ukończenia obowiązkowej nauki szkolnej. Zaleca się utworzenie w miejscach pracy placówek opieki nad dziećmi, które mają przyznane środki finansowe w przypadku, gdy w programie uczestniczą osoby opiekujące się małymi dziećmi.

Zarządzanie ochroną środowiska: Wspieraj zaangażowanie w działania na rzecz ochrony środowiska, takie jak sadzenie drzew, sprzątanie obozu i odbudowa środowiska w ramach prowadzonych programów żywności i gotówki za pracę. Pomimo tymczasowego charakteru działania te zwiększą zaangażowanie ludzi w działania na rzecz otaczającego ich środowiska.

Rozważ dostępność do środowiska pracy i jego bezpieczeństwo. Zadbaj, aby usuwane odpady nie zawierały materiałów niebezpiecznych. Programy gotówki za pracę nie powinny dotyczyć sprzątania w obiektach przemysłowych lub zakładach gospodarowania odpadami.

Zachęcaj do produkcji ekologicznych materiałów budowlanych w ramach działań generowania dochodów i zapewnij odpowiednie szkolenie zawodowe. Przeszkol ludzi i wspieraj kompostowanie biodegradowalnych odpadów do użytku jako nawóz.

Sektor prywatny: Sektor prywatny może odgrywać ważną rolę w zapewnianiu ochrony źródeł utrzymania i ich odzyskania. W miarę możliwości ustanów partnerstwa na rzecz tworzenia miejsc pracy. Takie partnerstwa mogą także pomóc w tworzeniu i rozwijaniu mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw. Inkubatory przedsiębiorczości i technologii mogą zapewnić kapitał finansowy oraz możliwości transferu wiedzy ⊕ *patrz: Podręcznik MERS*.

Załącznik 1
Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa żywnościowego i środków do życia

Oceny bezpieczeństwa żywnościowego często dzielą osoby dotknięte do szeroko pojętych grup środków utrzymania według ich źródeł i strategii uzyskiwania dochodów lub żywności. Mogą także uwzględniać podział populacji według grup lub warstw zamożności. Ważne jest, aby porównać obecną sytuację z historycznym zarysem bezpieczeństwa żywnościowego poprzedzającym kryzys. Przyjmij „przeciętne normalne lata" jako stan wyjściowy. Rozważ szczególne role i podatności na zagrożenia u kobiet i mężczyzn, a także ich implikacje dla bezpieczeństwa żywnościowego gospodarstwa domowego.

Poniższa lista kontrolna pytań obejmuje rozległe kwestie, jakim należy się przyjrzeć przy ocenie bezpieczeństwa żywnościowego.

Bezpieczeństwo żywnościowe grup źródeł utrzymania

- Czy w populacji istnieją grupy, które mają te same strategie źródeł utrzymania? W jaki sposób można je sklasyfikować według głównych źródeł żywności lub dochodów?

Bezpieczeństwo żywnościowe przed kryzysem (stan wyjściowy)

- W jaki sposób różne grupy źródeł utrzymania zdobywały żywność lub dochody przed kryzysem? Jakie były ich główne źródła uzyskiwania żywności i dochodów w przeciętnym roku w niedawnej przeszłości?
- W jaki sposób te różne źródła żywności i dochodów wahają się sezonowo i geograficznie w normalnym roku? Dobrym rozwiązaniem może być opracowanie kalendarza sezonowego.
- Czy wszystkie grupy otrzymywały wystarczającą żywność o odpowiedniej jakości, która zapewniała odpowiednie składniki odżywcze?
- Czy wszystkie grupy uzyskiwały w sposób nieszkodliwy wystarczające dochody, które pozwalały na zaspokojenie ich podstawowych potrzeb? Uwzględnij żywność, edukację, opiekę zdrowotną, mydło oraz inne artykuły gospodarstwa domowego, odzież, zasoby produkcyjne takie jak nasiona i narzędzia. (Dwa ostatnie pytania wskażą, czy występowały chroniczne problemy. Istniejące problemy mogą się nasilić w wyniku kryzysu. Odpowiednie działania reagowania zależą od tego, czy problem jest chroniczny czy doraźny).
- Patrząc z perspektywy ostatnich pięciu czy dziesięciu lat, jak kształtowało się bezpieczeństwo żywnościowe z roku na rok? Przydatne może być sporządzenie chronologii lub historii bezpieczeństwa żywnościowego.
- Jakie rodzaje aktywów, oszczędności lub inne rezerwy mają poszczególne grupy źródeł utrzymania? Na przykład zapasy żywności, oszczędności w gotówce, posiadanie żywego inwentarza, inwestycje, kredyty oraz nieodebrane należności.

- Na co idą wydatki gospodarstwa domowego w ciągu tygodnia lub miesiąca? Jaki procent wydatków idzie na każdy artykuł?
- Kto ponosi odpowiedzialność za zarządzanie pieniędzmi w gospodarstwie domowym i na co są wydawane?
- Jak łatwy jest dostęp do najbliższego targowiska, na którym można nabyć podstawowe towary? Rozważ takie czynniki, jak odległość, bezpieczeństwo, łatwość przemieszczania się, dostępność i dostęp do informacji na temat targowiska oraz transport.
- Jaka jest dostępność i cena podstawowych towarów, w tym żywności?
- Jakie były przeciętne warunki wymiany handlowej pomiędzy potrzebami podstawowymi (żywność, zasoby rolne, opieka zdrowotna itp.) a źródłami przychodów (uprawy przynoszące zyski, żywy inwentarz, zarobki itd.) przed kryzysem?

Bezpieczeństwo żywnościowe w trakcie kryzysów

- W jaki sposób kryzys wpłynął na poszczególne źródła uzyskiwania żywności i dochodów w każdej z określonych grup środków do życia?
- W jaki sposób oddziaływał na typowe wzorce sezonowe związane z bezpieczeństwem żywnościowym poszczególnych grup?
- W jaki sposób wpłynął na dostęp do dostawców usług finansowych, rynków, dostępność rynków i ceny podstawowych towarów?
- Jakie są poszczególne strategie radzenia sobie z kryzysem w różnych grupach źródeł utrzymania i jaka część ludności je stosuje? Jak to się zmieniło w porównaniu do sytuacji, jaka miała miejsce przed kryzysem?
- Która grupa lub populacja jest najbardziej dotknięta?
- Jaki jest krótko- i średnioterminowy wpływ strategii radzenia sobie na finanse oraz inne aktywa ludzi?
- Jaki jest wpływ strategii radzenia sobie wszystkich grup źródeł utrzymania i wszystkich ludzi narażonych na ryzyko na ich zdrowie, ogólny dobrostan oraz godność? Czy te ryzyka są powiązane ze strategiami radzenia sobie?

Załącznik 2
Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa nasion

Poniżej znajdują się przykładowe pytania do oceny bezpieczeństwa nasion. Ocena bezpieczeństwa nasion powinna uwzględniać przepisy krajowe w sprawie odmian hybrydowych i genetycznie modyfikowanych.

Bezpieczeństwo żywnościowe przed kryzysem (stan wyjściowy)

- Jakie uprawy są najważniejsze dla rolników? Do czego służą - do spożycia, uzyskiwania dochodów lub w obu tych celach? Czy te uprawy są prowadzone w każdym sezonie? Jakie inne uprawy mogą być ważne w warunkach skrajnych?
- W jaki sposób rolnicy zazwyczaj zdobywają nasiona i inny materiał nasadzeniowy do tych upraw? Weź pod uwagę wszystkie kanały.
- Jakie są parametry siewu w przypadku każdej głównej uprawy? Jaki jest średni obsadzony areał? Jakie są normy wysiewu? Jakie są mnożniki odsiewania (stosunek zebranych nasion lub ziaren do nasion wysianych)?
- Czy istnieją ważne lub preferowane odmiany określonych upraw (odmiany przystosowane do lokalnego klimatu)?
- Jakie zasoby produkcyjne są niezbędne w przypadku określonych upraw lub odmian?
- Kto w gospodarstwie domowym ponosi odpowiedzialność za podejmowanie decyzji, zarządzanie uprawami, sprzedaż produktów roślinnych na różnych etapach produkcji i w fazie poprodukcyjnej?

Bezpieczeństwo nasion po kryzysie

- Czy interwencja rolnicza jest wykonalna z punktu widzenia osób otrzymujących pomoc?
- Jakie uprawy najbardziej ucierpiały w kryzysie? Czy należy koncentrować się na tych uprawach? Dlaczego tak lub dlaczego nie?
- Czy rolnicy są pewni, że sytuacja jest teraz wystarczająco stabilna i bezpieczna, aby mogli skutecznie uprawiać, zbierać i sprzedawać bądź konsumować uprawy?
- Czy mają odpowiedni dostęp do pól i innych środków produkcji (nawóz, sprzęt, zwierzęta pociągowe)?
- Czy są przygotowani na powrót do rolnictwa?

Ocena podaży i popytu na nasiona: zapasy domowe

- Czy są wystarczające ilości nasion domowej produkcji przeznaczonych na siew? Dotyczy to m.in. nasion z własnego zbioru rolnika oraz nasion, które mogą być dostępne w sieciach społecznych (np. od sąsiadów).
- Czy rolnicy nadal chcą sadzić takie uprawy? Czy są one przystosowane do warunków lokalnych? Czy wciąż jest na nie zapotrzebowanie?
- Czy odmiany dostępne w produkcji własnej rolnika wciąż nadają się do siewu w przyszłym sezonie? Czy jakość nasion spełnia normalne standardy rolnika?

Ocena podaży i popytu na nasiona: lokalne targowiska

- Czy targowiska działają pomimo kryzysu (czy odbywają się w ustalonych terminach, czy rolnicy mogą się swobodnie przemieszczać, sprzedawać i kupować)?
- Czy obecne poziomy dostępnych nasion lub ziaren są porównywalne do poziomów w normalnych warunkach w tym samym okresie w poprzednich sezonach?
- Czy rośliny i odmiany, które rolnicy uznają za odpowiednie do uprawy, są dostępne na targowiskach?
- Czy obecne ceny rynkowe dostępnych nasion lub ziaren są porównywalne do cen w tym samym okresie w poprzednich sezonach? Jeżeli ceny się różnią, czy ich wysokość może stanowić problem dla rolników?

Ocena podaży i popytu na nasiona: sektor formalny

- Czy rośliny i odmiany oferowane przez sektor formalny są przystosowane do szczególnych stref narażonych na przeciążenie? Czy są dowody, że rolnicy będą je używać?
- Czy nasiona dostępne w sektorze formalnym spełniają zapotrzebowanie wywołane przez kryzys? Jeżeli nie, jaką część potrzeb rolników mogą one zaspokoić?

Załącznik 3
Lista kontrolna oceny żywienia

Poniżej znajdują się przykładowe pytania do ocen badających zasadnicze przyczyny niedożywienia, stopień ryzyka związanego z żywieniem i możliwości reagowania. Punktem wyjścia pytań są ramy koncepcyjne przyczyn niedożywienia. ⊕ *Patrz: Rysunek 7 Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie: przyczyny niedożywienia.* Informacje będą prawdopodobnie pochodzić z rozmaitych źródeł. Zbieranie informacji wiąże się z koniecznością użycia różnych narzędzi oceny, w tym wywiadów z kluczowymi informatorami, obserwacji i przeglądów danych pośrednich.

Sytuacja poprzedzająca kryzys

Jakie informacje są już dostępne na temat charakteru, skali i przyczyn niedożywienia wśród osób poszkodowanych? ⊕ *Patrz: standard oceny w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.1.*

Aktualne ryzyko niedożywienia

Jakie jest ryzyko niedożywienia w związku z ograniczonym dostępem do żywności?
⊕ Patrz: Załącznik 1: Lista kontrolna oceny bezpieczeństwa żywnościowego i środków do życia.

Jakie jest ryzyko niedożywienia w związku z karmieniem niemowląt i małych dzieci oraz praktykami opieki?

- Czy jest zmiana we wzorcach społecznych i dotyczących pracy (ze względu na takie czynniki jak migracja, wysiedlenie lub konflikt zbrojny), która wpływa na role i obowiązki w gospodarstwie domowym?
- Czy jest zmiana w normalnym składzie gospodarstw domowych? Czy jest wiele dzieci oddzielonych od rodziny?
- Czy normalne warunki opieki uległy zakłóceniu (np. w wyniku wysiedlenia) i mają wpływ na pośrednich opiekunów, dostęp do żywności lub wody?
- Czy są niemowlęta niekarmione piersią? Czy są niemowlęta karmione sztucznie?
- Czy jest potwierdzenie lub podejrzenie pogorszenia praktyk karmienia niemowląt w kryzysie? W szczególności, czy nastąpił spadek w podejmowaniu karmienia piersią lub wskaźnikach karmienia wyłącznie piersią? Czy nastąpił wzrost wskaźników sztucznego karmienia i/lub wzrost proporcji niemowląt, które nie są karmione piersią?
- Czy bezpieczna żywność uzupełniająca odpowiednia dla wieku i o właściwych składnikach odżywczych jest dostępna w sposób higieniczny, jak również czy są dostępne narzędzia do jej przygotowania?
- Czy istnieją dowody lub podejrzenia świadczące o prowadzeniu ogólnej dystrybucji produktów mlekozastępczych, takich jak preparaty do początkowego żywienia niemowląt, inne produkty mleczne, butelki i smoczki, które są zapewniane bezpłatnie lub kupowane?

- Czy w społecznościach pasterskich stada były z dala od dzieci przez długi okres czasu? Czy zwyczajowy dostęp do mleka uległ zmianie?
- Czy HIV ma wpływ na praktyki sprawowania opieki na poziomie gospodarstwa domowego?
- Czy ogólne racje żywności zostały przystosowane do potrzeb osób starszych i osób mających trudności z przyjmowaniem pokarmu? Oceń wartość energetyczną i zawartość mikroelementów. Oceń akceptowalność produktów żywnościowych (smak, przeżuwalność i strawność).

Jakie jest ryzyko niedożywienia w związku ze złym stanem zdrowia publicznego?

- Czy są zgłoszenia ognisk chorobowych, które mogą wpływać na status żywienia, takich jak odra lub ostra biegunka? Czy jest ryzyko, że te ogniska wystąpią? ⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.*
- Jaki jest szacowany zasięg szczepień na odrę wśród ludności dotkniętej? ⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1.*
- Czy przy szczepieniu na odrę rutynowo podaje się witaminę A? Jaki jest szacunkowy zasięg suplementacji witaminy A?
- Czy są szacunkowe dane na temat wskaźników śmiertelności (orientacyjne lub do piątego roku życia)? Jakie są dane szacunkowe i jaką metodę zastosowano do ich ustalenia? ⊕ *Patrz: Istotne pojęcia związane ze zdrowiem.*
- Czy występuje lub wystąpi znaczące obniżenie temperatury otoczenia, które będzie miało prawdopodobny wpływ na pojawienie się ostrej infekcji dróg oddechowych lub zapotrzebowania na energię wśród osób dotkniętych?
- Czy istnieje wysoka częstotliwość występowania HIV?
- Czy są osoby już szczególnie narażone na niedożywienie związane z ubóstwem lub złym stanem zdrowia?
- Czy występuje przeludnienie lub ryzyko wysokiej częstotliwości występowania gruźlicy?
- Czy są zgłoszone przypadki występowania chorób innych niż zakaźne, takich jak cukrzyca, zapalenie stawów, choroby układu krążenia i anemia?
- Czy jest wysoka częstotliwość występowania malarii?
- Czy są osoby, które przebywały w wodzie lub mokrych ubraniach bądź były narażone na inne trudne warunki środowiskowe przez długie okresy czasu?

Jakie są obecnie istniejące formalne i nieformalne struktury lokalne, przy pomocy których można przeprowadzić potencjalne interwencje?

- Jakie możliwości ma ministerstwo zdrowia, organizacje religijne, grupy wsparcia środowiskowego, grupy wsparcia karmienia piersią czy NGO, które istnieją od dawna lub niedawna na danym obszarze?
- Jakie interwencje dotyczące żywienia lub wsparcie środowiskowe istniało wcześniej i było organizowane przez lokalne społeczności, osoby indywidualne, NGO, organizacje rządowe, agencje ONZ lub organizacje religijne? Jakie polityki w zakresie żywienia (przeszłe, bieżące i wygasłe), planowane długoterminowe działania związane z reagowaniem i programy w zakresie żywienia są w trakcie wdrażania lub są planowane w odpowiedzi na obecną sytuację?

Załącznik 4
Pomiar ciężkiego ostrego niedożywienia

W poważnych sytuacjach kryzysowych związanych z żywieniem konieczne może być włączenie niemowląt, kobiet w ciąży i karmiących piersią, starszych dzieci, nastolatków, osób dorosłych oraz osób starszych do ocen żywienia lub programów żywienia.

Niemowlęta poniżej szóstego miesiąca życia

Mimo że badania tej grupy wiekowej jeszcze trwają, są pewne informacje, które mogłyby stanowić podstawę ocen i zarządzania. Większość wytycznych zaleca stosowanie takich samych definicji przypadków antropometrycznych w ostrym niedożywieniu niemowląt jak w przypadku starszych dzieci w wieku 6-59 miesięcy (z wyjątkiem badania obwodu środkowej części ramienia (MUAC), które obecnie nie jest zalecane dla dzieci poniżej szóstego miesiąca życia). Kryteria przyjęcia są nastawione na bieżący rozmiar, a nie na ocenę wzrostu.

Przejście z wartości referencyjnych wzrostu opracowanych przez National Center for Health Statistics (NCHS) na standardy wzrostu WHO z 2006 roku powoduje, że więcej przypadków niemowląt w wieku poniżej sześciu miesięcy jest odnotowanych jako wychudzonych. To może prowadzić do zwiększenia liczby niemowląt w programach karmienia lub pojawienia się wśród opiekunów obaw dotyczących adekwatności karmienia wyłącznie piersią. Dlatego ważne jest, aby ocenić i rozważyć następujące kwestie:

- Wzrost podłużny niemowlęcia – czy wskaźnik przyrostu jest dobry pomimo niewielkich rozmiarów ciała (niektóre niemowlęta mogą „nadrabiać" niską wagę urodzeniową)?
- Praktyki karmienia niemowląt – czy niemowlę jest karmione wyłącznie piersią?
- Status kliniczny – czy niemowlę ma komplikacje natury medycznej lub choroby, które można wyleczyć lub które narażają je na wysokie ryzyko?
- Czynniki matczyne – np. czy matka nie ma wsparcia ze strony rodziny lub ma depresję? Przyjęcie pacjenta do szpitala w ramach programów karmienia terapeutycznego powinno być priorytetem w przypadku niemowląt narażonych na wysokie ryzyko.

Dzieci w wieku 6-59 miesięcy

Poniższa tabela zawiera powszechnie stosowane wartości graniczne ostrego niedożywienia wśród dzieci w wieku 6-59 miesięcy. Obliczaj wskaźniki stosunku wagi do wzrostu (WFH), stosując standardy WHO z 2006 roku dotyczące wzrostu dzieci. Wskaźnik WFH Z (według standardów WHO) jest wskaźnikiem preferowanym przy sprawozdawaniu wyników badania antropometrycznego. MUAC jest niezależnym kryterium badania ostrego niedożywienia i jest jednym z najlepszych predyktorów śmiertelności. Występowanie niskiego wyniku MUAC służy również do przewidywania liczby przypadków do programów karmienia uzupełniającego oraz opieki terapeutycznej. Powszechnie stosowane wartości graniczne to <11,5 centymetrów dla ciężkiego ostrego niedożywienia i 11,5-12,5 cm dla umiarkowanie

ostrego niedożywienia. Pomiar MUAC jest również często stosowany jako element dwuetapowego procesu przesiewowego przy założeniu wyższej wartości granicznej. Nie powinien być używany osobno w badaniach antropometrycznych, chociaż może służyć jako wyłączne kryterium przyjęcia do programów karmienia.

	Globalne ostre niedożywienie	Umiarkowanie ostre niedożywienie	Ciężkie ostre niedożywienie
Dzieci 6-59 miesięcy	WFH <–2 wskaźnik Z i/lub MUAC <12,5cm i/lub obrzęk spowodowany żywieniem	WFH –3 do –2 wskaźnik Z i/lub MUAC 11,5-12,5cm	WFH <–3 wskaźnik Z i/lub MUAC <11,5cm i/lub obrzęk spowodowany żywieniem
Osoby starsze	MUAC 21 cm	MUAC 18,5-21,0cm	MUAC 18,5 cm
Kobiety w ciąży i karmiące piersią	MUAC <23cm (może wynosić <210mm w niektórych kontekstach)	MUAC 18,5-22,9cm	MUAC <18,5cm
Dorośli (włączając osoby żyjące z HIV lub gruźlicą)	BMI <18,5	BMI 16-18,5	BMI <16

Dzieci w wieku 5-19 lat

Używaj standardów wzrostu WHO z 2007 roku do określenia statusu żywienia u dzieci w wieku 5-19 lat. Krzywe danych referencyjnych wzrostu są ściśle dostosowane do standardów wzrostu WHO dla dzieci w wieku 6-59 miesięcy i zalecanych wartości granicznych dla dorosłych. Rozważ przeprowadzenie pomiarów MUAC wśród starszych dzieci i młodzieży, szczególnie w kontekście HIV. Ponieważ jest to obszar techniczny, który wciąż się rozwija, należy pamiętać, aby odnosić się do najnowszych wytycznych i aktualizacji technicznych.

Dorośli (20-59 lat)

Nie istnieje uzgodniona definicja ostrego niedożywienia u dorosłych, lecz dowody wskazują, że wartością graniczną ciężkiego ostrego niedożywienia może być indeks masy ciała (BMI) niższy niż 16, a w przypadku średniego ostrego niedożywienia niższy niż 18,5. Badania w zakresie niedożywienia dorosłych powinny być nastawione na gromadzenie takich danych, jak waga, wzrost, wysokość w pozycji siedzącej oraz pomiary MUAC. Te dane mogą posłużyć do obliczenia indeksu BMI. Indeks BMI należy dostosować do wskaźnika Cormic (wskaźnik wysokości w pozycji siedzącej do wysokości w pozycji stojącej) tylko w celu przeprowadzenia porównań między populacjami. Taka korekta może w sposób istotny zmienić postrzeganie występowania niedożywienia u osób dorosłych i może mieć znaczące konsekwencje dla programów. Pomiary MUAC należy przeprowadzać w każdych okolicznościach. Jeżeli potrzebne są natychmiastowe wyniki albo zasoby są mocno ograniczone, podstawą badań mogą być same pomiary MUAC.

Brak zatwierdzonych danych i poziomów odniesienia wyników czynnościowych utrudnia interpretację wyników antropometrycznych. Do ich interpretacji stosuj szczegółowe dane kontekstowe. Aby uzyskać wytyczne dotyczące ocen ⊕ *patrz: Źródła i materiały dodatkowe*.

Przeprowadzając badania przesiewowe osób na potrzeby przyjęć i wypisów z opieki żywieniowej, stosuj połączenie indeksów antropometrycznych, objawów klinicznych (w szczególności osłabienia, niedawnej utrata wagi) oraz czynników społecznych (takich jak dostęp do wody, obecność opiekunów, schronienie). Miej na uwadze, że obrzęk u osób dorosłych może być wywołany przez inne czynniki niż niedożywienie, a lekarze powinni badać obrzęk u osób dorosłych w celu wykluczenia innych przyczyn. Poszczególne organizacje humanitarne powinny wybrać wskaźnik, który będzie warunkować kwalifikowalność do opieki, biorąc pod uwagę stwierdzone niedobory indeksu BMI, brak informacji na temat pomiarów MUAC oraz implikacje dla programu związane z zastosowaniem wskaźników. Ponieważ jest to obszar techniczny, pamiętaj, by odnosić się do najnowszych wytycznych i aktualizacji technicznych.

Pomiar MUAC może służyć jako narzędzie przesiewowe dla kobiet w ciąży, np. jako kryterium udziału w programie karmienia. Z uwagi na dodatkowe potrzeby żywieniowe kobiety w ciąży mogą być narażone na większe ryzyko niż inne grupy populacji. Pomiar MUAC nie zmienia się w sposób istotny w trakcie ciąży. Wynik pomiaru MUAC poniżej 20,7 cm wskazuje na poważne ryzyko opóźnienia rozwoju płodu, a poniżej 23 centymetrów wskazuje na umiarkowane ryzyko. Sugerowane punkty graniczne ryzyka mogą się różnić w zależności od kraju, leczy wynoszą od 21 do 23 centymetrów. Uwzględnij wynik poniżej 21 centymetrów jako odpowiednią wartość graniczną w selekcji kobiet narażonych na ryzyko w sytuacjach kryzysowych.

Osoby starsze

Obecnie nie istnieje uzgodniona definicja niedożywienia dla osób starszych, jednakże ta grupa może być narażona na ryzyko niedożywienia w kryzysach. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sugeruje, że progi BMI dla osób dorosłych mogą być odpowiednie dla osób w wieku powyżej 60 lat. Jednakże dokładność pomiaru jest problematyczna z powodu krzywizny kręgosłupa (garbienia się) i ściśnięcia kręgów. Zamiast wzrostu można mierzyć rozpiętość ramion, lecz mnożnik do obliczenia wysokości będzie się różnił w zależności od populacji. Konieczne jest przeprowadzenie oceny wzrokowej. Pomiar MUAC może być pożytecznym narzędziem do pomiaru niedożywienia wśród osób starszych, lecz badania nad prawidłowymi wartościami granicznymi są nadal w toku.

Osoby niepełnosprawne

Aktualnie nie ma wytycznych w sprawie dokonywania pomiarów u osób niepełnosprawnych fizycznie. Brak takich wytycznych często wyklucza te osoby z badań antropometrycznych. Konieczne jest przeprowadzenie oceny wzrokowej. Pomiary MUAC mogą być mylące w przypadku, gdy mięsień ramienia jest rozbudowany, aby łatwiej było się poruszać. Istnieją opcje alternatywne wobec standardowych pomiarów wzrostu, np. długość, rozpiętość lub połowa rozpiętości ramion czy długość dolnej części nogi. Koniecznie należy się zapoznać z najnowszymi badaniami, aby ustalić najwłaściwszy sposób pomiaru osób niepełnosprawnych, u których przeprowadzenie standardowych pomiarów wagi, wzrostu i MUAC nie byłoby odpowiednie.

Załącznik 5
Wskaźniki znaczenia niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego

Niezwłocznie zapewnij leczenie klinicznych niedoborów mikroelementów w zależności od przypadku. Poszczególne przypadki klinicznych niedoborów mikroelementów zazwyczaj wskazują na istniejący problem niedoborów mikroelementów na poziomie populacji. Pomiar i klasyfikacja niedoborów mikroelementów na poziomie populacji ma istotne znaczenie dla planowania i monitorowania interwencji.

Badania biochemiczne zapewniają obiektywny pomiar stanu mikroelementów. Jednakże pobieranie próbek biologicznych do badań często stanowi wyzwanie w zakresie logistyki, szkolenia personelu, łańcucha zimnego, a czasami akceptowalności. Badania biochemiczne nie zawsze są wystarczająco wrażliwe i dokładne w stosunku do potrzeb. W przypadku ostrego niedożywienia mogą występować rozbieżności w zależności od tego, w której porze dnia lub roku pobiera się próbkę. Konieczna jest dobra kontrola jakości, którą należy zawsze brać pod uwagę przy wyborze laboratorium do badania próbek.

Oceniając stan mikroelementów, rozważ możliwość nadmiernego spożywania lub niedoboru. Jest to szczególnie ważne, jeśli w celu dostarczenia mikroelementów stosuje się różne produkty wzbogacone lub suplementy o wysokiej zawartości mikroelementów.

Niedobory mikroelementów mogą mieć poważne skutki dla zdrowia psychicznego i fizycznego osób starszych, ich układu odpornościowego oraz sprawności.

Poniższa tabela przedstawia klasyfikacje znaczenia wybranych niedoborów mikroelementów dla zdrowia publicznego za pomocą różnych wskaźników. Aby uzyskać informacje na temat badań biochemicznych i wartości progowych dla zdrowia publicznego, zapoznaj się z najnowszą literaturą lub zwróć się po specjalistyczną poradę.

Wskaźnik niedoboru mikroelementów	Zalecana grupa wiekowa do badań częstości występowania	Definicja problemu zdrowia publicznego	
		Nasilenie	Częstość występowania (%)
Niedobór witaminy A			
Ślepota zmierzchowa (XN)	24-71 miesięcy	Umiarkowane	0 ≤ 1
		Przeciętne	1 ≤ 5
		Ciężkie	5
Plamki Bitota (X1B)	6-71 miesięcy	Nie określono	>0,5
Kseroza rogówki / owrzodzenie / keratomalacja (X2, X3A, X3B)	6-71 miesięcy	Nie określono	>0,01
Blizny na rogówce (XS)	6-71 miesięcy	Nie określono	>0,05
Serum z retinolem (≤ 0,7μmol/l)	6-71 miesięcy	Umiarkowane	2 ≤ 10
		Przeciętne	10 ≤ 20
		Ciężkie	20
Niedobór jodu			
Wole (widoczne i namacalne)	Dzieci w wieku szkolnym	Umiarkowane	5,0-19,9
		Przeciętne	200-29,9
		Ciężkie	30,0
Mediana stężenia jodu w moczu (mg/l)	Dzieci w wieku szkolnym	Nadmierne spożycie	>300
		Właściwe spożycie	100–199
		Umiarkowany niedobór	50–99
		Przeciętny niedobór	20-49
		Poważny niedobór	<20
Niedobór żelaza			
Anemia (Hemoglobina u kobiet nieciężarnych <12,0g/dl; dzieci w wieku 6-59 miesięcy <11,0g/dl)	Kobiety, dzieci 6-59 miesięcy	Niski	5-20
		Przeciętny	20-40
		Wysoki	40

Wskaźnik niedoboru mikroelementów	Zalecana grupa wiekowa do badań częstości występowania	Definicja problemu zdrowia publicznego	
		Nasilenie	Częstość występowania (%)
Beriberi			
Objawy kliniczne	Cała populacja	Umiarkowane	1 przypadek i <1%
		Przeciętne	1-4
		Ciężkie	5
Spożywanie w diecie (<0,33mg/l000kCal)	Cała populacja	Umiarkowane	5
		Przeciętne	5-19
		Ciężkie	20-49
Śmiertelność noworodków	Niemowlęta 2-5 miesięcy	Umiarkowane	Wskaźniki nie rosną
		Przeciętne	Niewielki szczyt we wskaźnikach
		Ciężkie	Odnotowany szczyt we wskaźnikach
Pelagra			
Objawy kliniczne (zapalenie skóry) w badanej grupie wiekowej	Cała populacja lub kobiety >15 lat	Umiarkowane	≥ 1 przypadek i <1%
		Przeciętne	1-4
		Ciężkie	5
Spożywanie odpowiedników witaminy B3 w diecie <5mg/dziennie	Cała populacja lub kobiety >15 lat	Umiarkowane	5-19
		Przeciętne	20-49
		Ostre	50
Szkorbut			
Objawy kliniczne	Cała populacja	Umiarkowane	1 przypadek i <1%
		Przeciętne	1-4
		Ostre	5

Załącznik 6
Wymogi w zakresie żywienia

Do planowania w początkowej fazie kryzysu można użyć poniższej tabeli. Minimalne wymagania żywieniowe wskazane w tabeli powinny służyć do oceny ogólnych racji. Nie są przeznaczone do oceny adekwatności racji uzupełniających lub zapewnianych w ramach opieki terapeutycznej ani do oceny racji dla poszczególnych grup ludności, np. osób zmagających się z gruźlicą lub osób żyjących z HIV.

Składnik odżywczy	Minimalne zapotrzebowanie populacji
Energia	2100 kCal
Białko	53g (10% całkowitej energii)
Tłuszcze	40g (17% całkowitej energii)
Witamina A	550µg odpowiedników działania retinolu (RDR)
Witamina D	6,1 µg
Witamina E	8,0mg odpowiedników alfa-tokoferolu (alfa TE)
Witamina K	48,2 µg
Witamina B1 (tiamina)	1,1mg
Witamina B2 (ryboflawina)	1,1mg
Witamina B3 (niacyna)	13,8mg odpowiedników niacyny (NE)
Witamina B6 (pirydoksyna)	1,2mg
Witamina B12 (kobalanina)	2.2µg
Foliany	363µg dietetycznych odpowiedników folianów (DFE)
Pantotenian	4,6mg
Witamina C	41,6mg
Żelazo	32mg
Jód	138µg
Cynk	12,4mg
Miedź	1,1mg
Selen	27,6 µg
Wapno	989mg
Magnez	201mg

Źródło: Referencyjne wartości spożycia składników odżywczych (RNI) z FAO/WHO (2004) Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition [Zapotrzebowanie na Witaminy i Minerały w Żywieniu Człowieka], *wydanie drugie, zostały wykorzystane do obliczenia zapotrzebowania na wszystkie witaminy i minerały oprócz miedzi. Zapotrzebowanie na miedź zostało zaczerpnięte z WHO (1996),* Trace Elements in Human Nutrition and Health [Pierwiastki Śladowe w Żywieniu i Zdrowiu Człowieka].

Wymogi minimalne dla przeciętnej populacji zawierają wymogi dla wszystkich grup wiekowych i płci. Dlatego nie są one specyficzne dla żadnej konkretnej grupy wiekowej ani płci i nie powinny być stosowane jako wymagania dla osób

indywidualnych. Są oparte na przyjętym profilu demograficznym, założeniach dotyczących temperatury otoczenia i poziomów aktywności ludzi. Uwzględniają również dodatkowe potrzeby kobiet w ciąży i karmiących piersią.

Wymagania są wyrażone jako referencyjne wartości spożycia składników odżywczych (RNI) w odniesieniu do wszystkich składników odżywczych z wyjątkiem energii i miedzi.

Aktualizacje oraz dalsze badania dotyczące makro- i mikroelementów są dostępne na stronach internetowych Porozumienia Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Skoryguj potrzeby energetyczne populacji (w górę lub w dół) do następujących czynników:

- struktura demograficzna populacji, w szczególności odsetek dzieci poniżej piątego roku życia, odsetek kobiet i osób starszych, odsetek młodzieży;
- waga dorosłych mężczyzn oraz obecna, typowa lub pożądana waga ciała;
- poziomy aktywności w celu utrzymania produktywności życiowej (wymagania wzrosną, jeżeli poziomy aktywności przekroczą stopień „lekki" lub 1,6 x podstawowe tempo przemiany materii);
- średnia temperatura otoczenia oraz możliwości w zakresie schronienia i ubrań (wymagania będą wyższe, jeśli przeciętna temperatura otoczenia wynosi mniej niż 20°C);
- status żywieniowy i stan zdrowia populacji (wymagania będą wyższe, jeśli populacja jest niedożywiona i ma dodatkowe wymagania, aby wyrównać wzrost. Występowanie HIV może mieć wpływ na przeciętne wymagania populacji. Dostosuj ogólne racje celem zaspokojenia tych potrzeb zgodnie z analizą kontekstu i aktualnymi zaleceniami międzynarodowymi).

Aby uzyskać wskazówki na temat obliczania dostosowań ⊕ *patrz:* UNHCR, UNICEF, WFP i WHO (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies [Potrzeby w zakresie żywności i żywienia w sytuacjach kryzysowych]* oraz WFP (2001), *Food and Nutrition Handbook [Podręcznik żywności i żywienia]*.

Jeżeli nie można uzyskać tych informacji z ocen, zastosuj dane liczbowe z powyższej tabeli jako wymagania minimalne.

W celu zrozumienia struktury populacji w podziale według płci, wieku i innych kryteriów, które mogą być potrzebne, kieruj się krajowymi danymi wyjściowymi lub zapoznaj się z publikacją World Population Prospects:
https://esa.un.org/unpd/wpp/

Źródła i materiały dodatkowe

Ogólne

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimalne Standardy Ochrony Dzieci (MSOD]. Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package [Pakiet: Gotowość i Reagowania w Sytuacjach Kryzysowych]. WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking [Pomoc Żywnościowa i Wsparcie Żywnościowe w Sytuacjach Kryzysowych i Kontekstach Przejściowych: Przegląd Aktualnych Refleksji].* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities [Standardy Objęcia Pomocą Humanitarną Osób Starszych i Osób Niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons [Ramy Dotyczące Trwałych Rozwiązań dla Populacji Wewnętrznie Wysiedlonych]. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs [Ciepło, Światło i Prąd dla Uchodźców: Ratowanie Życia, Obniżanie Kosztów].* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Wytyczne i Standardy dla Nagłych Przypadków Dotyczących Żywego Inwentarza]. LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Standardy Minimalne w Zakresie Naprawy Gospodarczej]. SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance[Minimalne Standardy Ochrony Dzieci w Pomocy Humanitarnej]. CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Standardy Minimalne w Edukacji: Gotowość, Odbudowa i Reakcja]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Standardy Minimalne w Analizie Rynku (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework [Prawo do Żywności w Sytuacjach Konfliktów Zbrojnych: Ramy Prawne].* International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition [Bezpieczne Paliwo i Energia: Bezpieczeństwo Żywnościowe i Żywienie]. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR Informacje ogólne 12) [Prawo do Odpowiedniej Żywności (Artykuł 11: E/C 12/1999/5, CESCR Informacje ogólne 12)]. Rada Społeczna i Gospodarcza ONZ, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction [Ramy Sendai w Zakresie Zmniejszania Ryzyka Wystąpienia Klęsk Żywiołowych]. UNISDR. https://www.unisdr.org

Ocena

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People [RAM-OP: Metoda Szybkiej Oceny dla Osób Starszych]. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology [Wytyczne i Metodologia SMART (Ujednolicone Monitorowanie i Oceny w Zakresie Pomocy Doraźnej i Przejścia). SMART. http://smartmethodology.org

Żywienie

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance [Implikacje dla Żywności i Żywienia, jakie Niesie Terapia Antyretrowirusowa w Środowiskach o Ograniczonych Zasobach, Pomoc Techniczna w Żywności i Żywieniu], notatka techniczna nr 7.* FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations [Minimalny Koszt Diety: wnioski z pilotażu nowej metodologii w Czterech Lokalizacjach Badawczych].* Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts [Kodeks Żywnościowy. Standardy, Wytyczne i Materiały Doradcze]. FAO i WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. \[Potrzeby dotyczące żywności i żywienia w sytuacjach kryzysowych]. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes [Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Mlekozastępczych]. WHO, 1981. www.who.int

Walka z ostrym niedożywieniem

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences [Niedożywienie matek i dzieci: globalne i regionalne narażenia oraz konsekwencje dla zdrowia] The Lancet*, tom 371, nr 9608, 2008, s. 243-260. https://doi.org

Metodologie partycypacji

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work [Co Decyduje o Skuteczności Mechanizmów Informacji Zwrotnych].* ALNAP, 2014.

Karmienie niemowląt i małych dzieci

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children [Standardy Wzrostu Dzieci oraz Rozpoznawanie Ciężkiego Ostrego Niedożywienia u Niemowląt i Dzieci]. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide [Rozwój Wczesnodziecięcy w Sytuacjach Kryzysowych: Zintegrowany Przewodnik Programowy]. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? [Włączenie Działań Wczesnodziecięcego Rozwoju do Programów Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych: Dlaczego, Co i Jak?]. Wspólne oświadczenie UNICEF i WHO, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies [Wytyczne Operacyjne w Zakresie Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci w Sytuacjach Kryzysowych]. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

Dzieci

Growth reference for school-aged children and adolescents [Wartości referencyjne wzrostu dla dzieci w wieku szkolnym i młodzieży]. WHO, 2007. www.who.int

Bezpieczeństwo żywnościowe

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual [Indeks Strategii Radzenia Sobie: Podręcznik Metod Terenowych CSI]. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming [Zbieranie Cen na Potrzeby Programu Bezpieczeństwa Żywnościowego].* World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide [Skala Dostępu w Przypadku Braku Bezpieczeństwa Żywnościowego w Gospodarstwie Domowym dla Pomiaru Dostępu do Żywności, Wytyczne Dotyczące Wskaźnika], wersja 3*. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality [Bezpieczeństwo i Jakość Żywności]. FAO i WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects [Food Security Cluster, Narzędzia i Projekty Pilotażowe dla Grup Miejskich]. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook [Food Security Cluster, Podręcznik Wskaźników Głównych]. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Humanitarian, Impact areas [Pomoc Humanitarna, obszary wpływu]. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Zintegrowana Klasyfikacja Fazy Bezpieczeństwa Żywnościowego (IPC) 2018 – Podręcznik Techniczny Wersja 3]. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction [Globalna Inicjatywa na rzecz Ograniczania Strat i Marnotrawstwa Żywności – Zakres, Przyczyny i Ograniczanie]. FAO i WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide [Wskaźnik Zróżnicowania Dietetycznego w Gospodarstwie Domowym do Pomiaru Dostępu do Żywności w Gospodarstwie Domowym: Przewodnik po Wskaźnikach], Wersja 2*. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N) [Wskaźnik Spożycia Żywności – analiza jakości żywienia (FCS-N)]. WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards [Ranking poziomów z IWA standardy przejściowe ISO]. Global Alliance for Clean Cookstoves http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security [Dobrowolne Wytyczne Dotyczące Wspierania Stopniowej Realizacji Prawa do Odpowiedniej Żywności w Związku z Krajowym Bezpieczeństwem Żywnościowym]. Committee on World Food Security, 2005.

Pomoc żywnościowa

Guide to Personal Data Protection and Privacy [Poradnik Dotyczący Ochrony i Prywatności Danych Osobowych]. WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Protection and Food Assistance Programming [Zintegrowane Programy Ochrony i Pomocy Żywnościowej]. ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme [Zastosowanie planowania, obliczeń i monitorowania w programie pomocy żywnościowej]. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity [Ochrona w Praktyce: Zapewnianie Pomocy Żywnościowej w Sposób Bezpieczny i z Poszanowaniem Godności]. UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger [Rewolucja: Od Pomocy Żywnościowej do Wsparcia Żywnościowego – Innowacje w Zakresie Zwalczania Głodu]. WFP, 2010. https://documents.wfp.org

Interwencje w zakresie nasion

Seed System Security Assessment (SSSA) [Ocena Bezpieczeństwa Systemu Nasion (OVSN)]. CIAT i DEV, 2012. https://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook [Nasiona w Sytuacjach Kryzysowych: Podręcznik Techniczny]. FAO, 2010. www.fao.org

Rynki i pomoc pieniężna (PP)

CaLP CBA quality toolbox [Zestaw narzędzi zapewnienia jakości CaLP CBA]: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual [Podręcznik do Wypłat Pieniężnych i Bonów]. WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines [Transfery w Sytuacjach Kryzysowych: Wdrożenie Wytycznych Dotyczących Wsparcia]. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers [Rozwój Dobrej Praktyki w Stosowaniu Bonów na Świeżą Żywność]. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action [Wytyczne w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Płeć

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action [Wytyczne w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists [Badanie Przemocy Wobec Kobiet: Praktyczny Przewodnik dla Badaczy i Aktywistów]. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Osoby niepełnosprawne

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. [Uwzględnianie Dzieci Niepełnosprawnych w Akcji Humanitarnej, Broszurka na temat żywienia]. UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability [Moduł Dotyczący Funkcjonowania Dzieci i Niepełnosprawności]. UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

Środki do życia

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis [Środki do Życia i Analiza Ryzyka w Kohortach]. Women's Refugee Commission, 2016.
https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets [Karty Wytycznych Dotyczących Trwałych Środków Utrzymania]. DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

Środowisko

Flash Environmental Assessment Tool [Narzędzie do Szybkiej Oceny Wpływu na Środowisko]. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy [Podręcznik Bezpiecznego Dostępu do Drewna Opałowego i Alternatywnych Źródeł Energii]. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Zintegrowana Klasyfikacja Fazy Bezpieczeństwa Żywnościowego (IPC) 2018 – Podręcznik Techniczny Wersja 3]. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs [Ciepło, Światło i Prąd dla Uchodźców: Ratowanie Życia, Obniżanie Kosztów].* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative [Inicjatywa Zapewnienia Dostępu do Energii]. Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące materiałów dodatkowych są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Bezstronna ocena:

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition [Misja Prowadzenia Wspólnych Ocen: Drugie Opracowanie Wytycznych]. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (MIRA) Tool. [Narzędzie Wielosektorowej Szybkiej Oceny Wstępnej (WSOW)]. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) [Wytyczne Techniczne w Sprawie Wspólnego Podejścia do Ocen w Zakresie Żywienia i Bezpieczeństwa Żywnościowego (JANFSA)]. WFP i UNICEF, 2016.

Oceny bezpieczeństwa żywnościowego

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis [Alternatywne Sposoby Pobierania Próbek w Sytuacjach Kryzysowych: Wskazówki Dotyczące Planowania, Gromadzenia i Analizy Danych]. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification [Porównanie Wskaźników Spożycia Żywności w Gospodarstwie Domowym na Potrzeby Klasyfikacji Ostrej Fazy Braku Bezpieczeństwa Żywnościowego]. FANTA, 2015. https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines [Wytyczne Dotyczące Misji Oceny Bezpieczeństwa Upraw i Żywności (CFSAM)]. FAO i WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines [Wytyczne Dotyczące Kompleksowej Analizy Bezpieczeństwa Żywnościowego i Podatności na Zagrożenia (CFSVA)]. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition [Podręcznik Oceny Bezpieczeństwa Żywnościowego w Sytuacjach Kryzysowych (EFSA) – wydanie drugie]. WFP, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners [Oceny Bezpieczeństwa Środków do Życia w Gospodarstwie Domowym: Zestaw Narzędzi dla Specjalistów]. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide [Poradnik Oceny Podatności na Zagrożenia i Możliwości]. IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers [Podejście do Ekonomiki Gospodarstwa Domowego: Przewodnik dla Osób Opracowujących Programy i Twórców Polityki]. Save the Children, 2008.

Ocena bezpieczeństwa nasion

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems [Czy Rolnicy Potrzebują Pomocy w Zakresie Nasion? Metodologia Oceny Systemów Nasion].* Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security [Kiedy Nadchodzi Klęska Żywiołowa: Przewodnik do Oceny Bezpieczeństwa Systemu Nasion].* International Center for Tropical Agriculture, 2008.

Ocena środków do życia

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability [Krytyczna Analiza Podejść w Ocenie i Monitorowaniu Środków do Życia w Sytuacjach Długotrwałych Konfliktów i Niestabilności Politycznej].* ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1 [Zestawienie Ról i Obowiązków Agencji na Potrzeby Zapewnienia Skoordynowanej, Wielosektorowej Strategii Paliw w Kontekście Pomocy Humanitarnej. Wersja 1.1 Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. [Grupa Zadaniowa do Spraw Bezpiecznego Dostępu do Drewna Opałowego i Alternatywnych Źródeł Energii w Kontekście Pomocy Humanitarnej]. IASC, 2009.

Rynki

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report*, HPG background paper [Wnioski z Pomocy Gotówkowej w Odpowiedzi na Tsunami: Raport Końcowy], dokument informacyjny HPG HPG, 2007. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis [Analiza Informacji Rynkowej i Działań Związanych z Reagowaniem w Zakresie Niepewności Żywnościowej]. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies [Programy Przekazów Pieniężnych w Sytuacjach Kryzysowych].* Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies [Dostarczanie Pieniędzy: Mechanizmy Przekazów Pieniężnych w Sytuacjach Kryzysowych]. Save the Children UK, Oxfam GB i British Red Cross, przy wsparciu ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. [Gotówka i Bony w Sytuacjach Kryzysowych, dokument informacyjny HPG]* ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers [Wdrażanie Interwencji Pieniężnych: Przewodnik dla Pracowników Pomocowych]. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Standardy Minimalne w Zakresie Analizy Rynku (MISMA)]. CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit [Zestaw Narzędzi do Mapowania i Analizy Rynku w Sytuacjach Kryzysowych].* Oxfam GB, 2010.

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (MIRA) Guidance. [Wytyczne do Wielosektorowej Szybkiej Oceny Wstępnej (WSOW)]. IASC, 2015.

Spożywanie żywności

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet [Obliczanie i Zastosowania Wskaźnika Spożycia Żywności w Analizie Bezpieczeństwa Żywnościowego. Karta Wytycznych Technicznych]. WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS) [Wskaźnik Zróżnicowania Dietetycznego w Gospodarstwie Domowym (HDDS)]. Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Publikacje dotyczące referencyjnych wartości spożycia składników odżywczych (RNI). WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Metodologie partycypacji

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook [Podręcznik Analizy Podatności na Zagrożenia i Możliwości w Zakresie Klimatu]. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA) [Zmiana Klimatu i Ocena Ryzyka Degradacji Środowiska oraz Adaptacji (CEDRA). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers [Jak Przeprowadzić Ocenę Podatności na Zagrożenia i Możliwości (VCA), instrukcja w punktach dla pracowników oraz wolontariuszy Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca]. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis [Partycypacyjna Analiza Podatności na Zagrożenia]. ActionAid, 2004.

Systemy informacyjne w zakresie żywienia i bezpieczeństwa żywnościowego

Famine Early Warning Systems Network [Sieć Systemów Wczesnego Ostrzegania Przed Głodem]. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) [Systemy Informacji i Mapowania Braku Bezpieczeństwa Żywnościowego oraz Podatności na Zagrożenia (FIVIMS)]. FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture [Globalny System Informacji i Wczesnego Ostrzegania Dotyczący Żywności i Rolnictwa]. FAO. www.fao.org/ES/giews/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual [Zintegrowana Klasyfikacja Fazy Bezpieczeństwa Żywnościowego, Podręcznik Techniczny]. Version 1.1 [Zestawienie Ról i Obowiązków Agencji na Potrzeby Zapewnienia Skoordynowanej, Wielosektorowej Strategii Paliw w Kontekście Pomocy Humanitarnej. Wersja 1.1 IPC Global partners and FAO, 2008.h www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2 [Zastosowanie Wskaźników Żywienia w Systemach Nadzoru, dokument techniczny 2]* ODI, 2001. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf

Ocena antropometryczna

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality [Podręcznik: Pomiar oraz Interpretacja Niedożywienia i Śmiertelności]. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting [Ocena Niedożywienia u Osób Dorosłych w Sytuacjach Kryzysowych. Raport grupy roboczej SCN ze specjalnego posiedzenia w sprawie sytuacji kryzysowych], s. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: *Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations [Ocena Statusu Żywienia Wśród populacji Dotkniętych Sytuacją Kryzysową].* ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000.
https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers [Ocena Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych i Wytyczne dla Pracowników Terenowych]. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers [Znaczenie i Pomiar Ostrego Niedożywienia w Sytuacjach Kryzysowych: Podstawa dla Osób Podejmujących Decyzje].* HPN, 2006. https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/

Ocena mikroelementów

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations [Wskaźniki i Metody Badań Przekrojowych Poziomu Witamin i Minerałów w Populacjach].* Micronutrient Initiative and CDC, 2007.
www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Ocena w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide [Praktyki Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci, Gromadzenie oraz Wykorzystanie Danych: przewodnik w punktach]. CARE, 2010. www.ennonline.net/resources

Karmienie niemowląt i małych dzieci

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant [Instrukcja Dotycząca Miejsc Przyjaznych dla Niemowląt, Rozdział 4 Karmienie Niemowląt, Które nie są Karmione Piersią]. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming [ECHO, Karmienie Niemowląt i Małych Dzieci w Sytuacjach Kryzysowych: wskazówki do programów].
https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Globalna Strategia Dotycząca Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci]. UNICEF i WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations [Wskazówki Dotyczące Karmienia Niemowląt i HIV w Kontekście Uchodźców i Populacji Wysiedlonych]. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies [Zasady Przewodnie w Zakresie Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci w Sytuacjach Kryzysowych]. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief [Cele Globalne w Zakresie Żywienia na 2025 rok, Przegląd Polityki Dotyczącej Karmienia Piersią]. WHO/UNICEF, 2014.
www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence [HIV a Karmienie Niemowląt: Zasady i Rekomendacje Dotyczące Karmienia Niemowląt w Kontekście HIV i Zestawienie Dowodów]. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE [IFE Moduł 1: Pakiet Wdrożeniowy Dotyczący IFE]. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices [Wskaźniki Oceny Praktyk Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci]. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF i WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0-23 months and the Annex [Praktyki Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci: Standardowe Procedury Operacyjne Dotyczące Postępowania z Produktami Mlekozastępczymi dla Dzieci Uchodźców w Wieku 0-23 miesięcy i Aneks]. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations [Moduł 2: Karmienie Niemowląt w Sytuacjach Kryzysowych dla pracowników opieki zdrowotnej i żywienia w sytuacjach kryzysowych]. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media [Ochrona niemowląt w sytuacjach kryzysowych, Informacje dla mediów]. IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net//ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011 [Przewodnik UNICEF po Programach Karmienia Niemowląt i Małych Dzieci 2011].
www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Ogólne bezpieczeństwo żywnościowe

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role [Pomoc Żywnościowa po Pięćdziesięciu Latach: Przekształcenie Jej Roli].* Routledge, New York, 2005.
https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf

Food and Nutritional Needs in Emergencies. [Potrzeby w Zakresie Żywności i Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych]. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution [Seria Instrukcji w Zakresie Pomocy Żywnościowej, Dystrybucja Ogólna]. World Vision International, 2017.

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 [Wytyczne w Zakresie Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią w Kontekście Pomocy Humanitarnej – Nastawienie na Zapobieganie i Reagowanie na Przemoc Seksualną w Sytuacjach Kryzysowych, Rozdziały 1-4, Karta Działań 6.1 Bezpieczeństwo Żywnościowe i Żywienie. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action [Standardy Minimalne Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10 [Interwencje w Zakresie Bezpieczeństwa Żywnościowego w Sytuacjach Kryzysowych, Przegląd dobrej praktyki nr 10].* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf

The Right to Adequate Food: [Fact Sheet No.34. Prawo do Odpowiedniej Żywności: Arkusz informacyjny nr 34]. OHCHR i FAO, 2010.
www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Selekcja odbiorców i dystrybucja żywności

Catalogue and Standard Operating Procedures [Katalog i Standardowe Procedury Operacyjne]. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control [Kontrola Jakości Żywności]. WFP, 2010.
http://foodqualityandsafety.wfp.org/

Food Storage Manual [Podręcznik Przechowywania Żywności]. Natural Resources Institute i WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition [Podstawowy Podręcznik Pomocy Żywnościowej, wydanie trzecie]. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide [Pomoc Żywnościowa w Kontekście HIV: instrukcja planowania racji]. WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook [Podręcznik Zarządzania Zasobami Żywności]. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3 [Ogólna Dystrybucja Żywności w Sytuacjach Kryzysowych: Od Potrzeb Żywieniowych do Priorytetów Politycznych, Przegląd dobrej praktyki 3].* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide [Przewodnik Operacyjny Logistyki]. WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards [Standardy Jakości Żywienia w Szkołach]. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies [Selekcja Odbiorców w Sytuacjach Kryzysowych]. WFP, 2006.

Podręcznik UNHCR w zakresie rejestracji. UNHCR, 2003.

Interwencje w zakresie nasion

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa [Bony i Targi Nasion: Podręcznik Naprawy Rolnictwa w Afryce przy Użyciu Nasion]. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10 [Pomoc w Zakresie Nasion dla Bezpieczeństwa Nasion: Porady dla Specjalistów, Przegląd Praktyki 1-10].* International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Ogólne podręczniki żywieniowe w sytuacjach kryzysowych

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations [Zestaw Narzędzi do Rozwiązywania Problemów Dotyczących Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych]. IASC, 2008.

Food and Nutritional Needs in Emergencies. [Potrzeby w Zakresie Żywności i Żywienia w Sytuacjach Kryzysowych]. UNHCR, UNICEF, WFP i WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook [Poradnik Dotyczący Żywności i Żywienia]. WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies [Wytyczne Dotyczące Ukierunkowanego Karmienia w Walce z Niedożywieniem w Sytuacjach Kryzysowych]. UNHCR i WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP) [Ujednolicony Pakiet Szkoleniowy (UPS)]. IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group [Zespół Roboczy ds. Rozwoju Możliwości IASC Nutrition Cluster], 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications [Związek Między Niedowagą i Zahamowaniem Wzrostu a Implikacjami dla Programów i Badań].* ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies [Umiarkowanie Ostre Niedożywienie: Narzędzie Decyzyjne w Sytuacjach Kryzysowych]. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations [Ocena i Leczenie Niedożywienia w Sytuacjach Kryzysowych].* ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies [Zarządzanie Żywieniem w Poważnych Sytuacjach Kryzysowych]. WHO, 2000.

Osoby szczególnie narażone

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action [Potrzeby Żywieniowe Osób Starszych w Sytuacjach Kryzysowych w Afryce: Propozycje Koncepcji Działań]. HelpAge International, 2001. http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf

Food Assistance Programming in the Context of HIV [Programy Pomocy Żywnościowej w Kontekście HIV]. FANTA i WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS [Dobre Życie z HIV i AIDS. Podręcznik Opieki Żywieniowej i Wsparcia dla Osób Żyjących z HIV i AIDS]. FAO i WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis [Osoby Starsze w Kontekście Kęsk Żywiołowych i Kryzysów Humanitarnych]. HelpAge i UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities [Kobiety, Dziewczęta, Chłopcy i Mężczyźni: Różne Potrzeby, Równe Szanse]. IASC, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children [Praktyczne Podejście do Trudności Związanych z Jedzeniem i Piciem Wśród Dzieci].* Winslow Press, 1994.

Walka z ostrym niedożywieniem

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual [Środowiskowa Opieka Terapeutyczna (ŚOT): Podręcznik Terenowy]. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition [Walka Ciężkim Ostrym Niedożywieniem w Społeczności]. WHO, WFP, UNSCN i UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM [Włączenie Wsparcia IYCF do CMAM]. ENN, IFE Core Group i współpracownicy, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes [Raport MAMI, Przegląd Techniczny: Aktualne Dane, Zasady, Praktyki i Wyniki Programów]. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers [Walka z Ostrym Niedożywieniem: Podręcznik dla Lekarzy i Innych Specjalistów Opieki Zdrowotnej]. WHO, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies [Pomiar Skuteczności SFP w Sytuacjach Kryzysowych].* HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package [Pakiet Minimalnych Wymogów w Zakresie Sprawozdawczości w Karmieniu Uzupełniającym].* HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition [Przewodnik Szkoleniowy dla Środowiskowego Zarządzania Ostrym Niedożywieniem]. FANTA, 2008.

Niedobory mikroelementów

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies [Zasady Przewodnie w Zakresie Wykorzystania Preparatów Wielowitaminowych i Minerałów w Sytuacjach Kryzysowych]. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers [Anemia z Niedoboru Żelaza: Ocena, Zapobieganie i Kontrola. Wytyczne dla Kierowników Programów]. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Pelagra, Zapobieganie i Kontrola w Poważnych Sytuacjach Kryzysowych]. WHO, 2000.

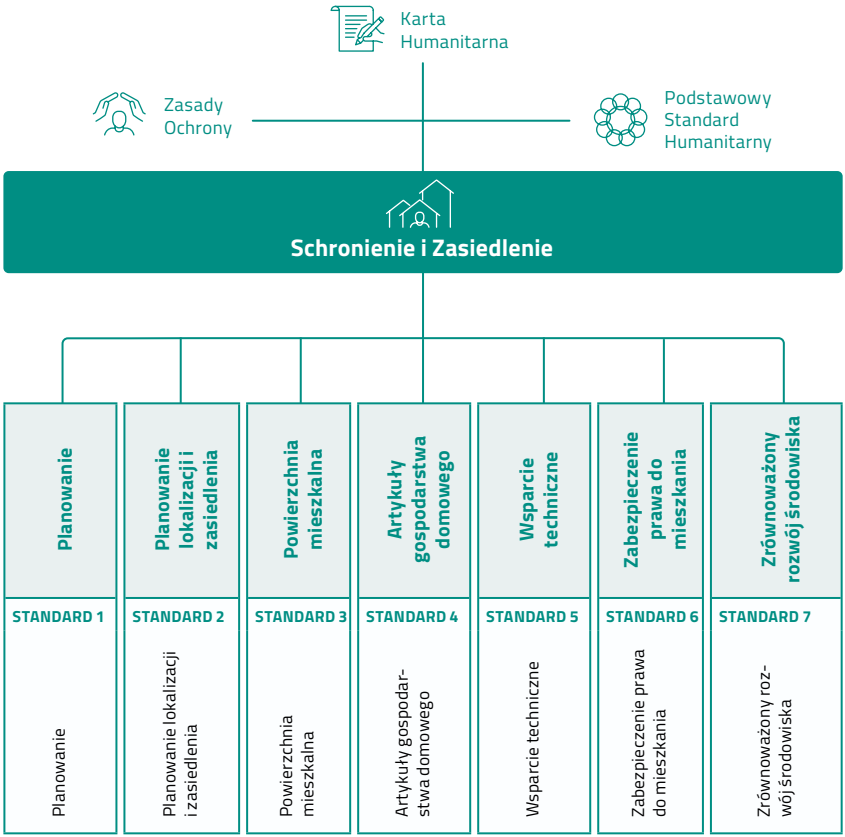
Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions [Ocena Niedoborów Mikroelementów w Sytuacjach Kryzysowych: Bieżąca Praktyka i Wskazówki na Przyszłość].* UN Standing Committee on Nutrition, 2007. https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Szkorbut: Zapobieganie i Kontrola w Poważnych Sytuacjach Kryzysowych]. WHO, 1999.

Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Niedobór Witaminy B1: Zapobieganie i Kontrola w Poważnych Sytuacjach Kryzysowych]. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia, Second Edition [Suplementy Witaminy A: Wskazówki Stosowania w Leczeniu i Zapobieganiu Niedoborowi Witaminy A i Kseroftalmii]. WHO, 1997.

Schronienie i Zasiedlenie



ZAŁĄCZNIK 1 Lista kontrolna oceny schronienia i zasiedlenia
ZAŁĄCZNIK 2 Opis scenariuszy zasiedlenia
ZAŁĄCZNIK 3 Dodatkowe charakterystyki scenariuszy zasiedlenia
ZAŁĄCZNIK 4 Warianty pomocy
ZAŁĄCZNIK 5 Warianty wdrożenia
ZAŁĄCZNIK 6 Potencjalne warianty pomocy i wdrożenia związane ze scenariuszami zasiedlenia (online)

Spis treści

Istotne pojęcia dotyczące schronienia i zasiedlenia 260
Standardy schronienia i zasiedlenia:
1. Planowanie 266
2. Planowanie lokalizacji i zasiedlenia 269
3. Powierzchnia mieszkalna 275
4. Artykuły gospodarstwa domowego 279
5. Wsparcie techniczne 283
6. Zabezpieczenie prawa do mieszkania 287
7. Zrównoważony rozwój środowiska 291
Załącznik 1: Lista kontrolna oceny schronienia i zasiedlenia 295
Załącznik 2: Opis scenariuszy zasiedlenia 299
Załącznik 3: Dodatkowe charakterystyki scenariuszy zasiedlenia 301
Załącznik 4: Warianty pomocy 303
Załącznik 5: Warianty wdrożenia 306
Załącznik 6: Potencjalne warianty pomocy i wdrożenia związane ze scenariuszami zasiedlenia 307
Odniesienia i materiały dodatkowe 310

Istotne pojęcia dotyczące schronienia i zasiedlenia

Każdy ma prawo do odpowiednich warunków mieszkaniowych

Minimalne Standardy Sfery w zakresie schronienia i zasiedlenia nadają praktyczny wymiar prawu do odpowiednich warunków mieszkaniowych w kontekście pomocy humanitarnej. Podstawą standardów są przekonania, zasady, obowiązki i szersze prawa ogłoszone w Karcie Humanitarnej. Obejmują one takie kwestie jak prawo do życia w godności, prawo do ochrony i bezpieczeństwa oraz prawo do pomocy humanitarnej adekwatnej do potrzeb.

Wykaz kluczowych dokumentów prawnych i dotyczących zasad, które stanowią podstawę Karty Humanitarnej, z objaśnieniami dla pracowników organizacji humanitarnych, znajduje się ⊕ *w* Załączniku 1.

Schronienie i zasiedlenie są wzajemnie powiązane i powinny być rozpatrywane w całości. „Schronienie" jest przestrzenią mieszkalną gospodarstwa domowego i obejmuje także przedmioty niezbędne do wykonywania codziennych czynności. „Zasiedlenie" oznacza szerszy zasięg geograficzny, w którym mieszka ludność i funkcjonuje społeczność.

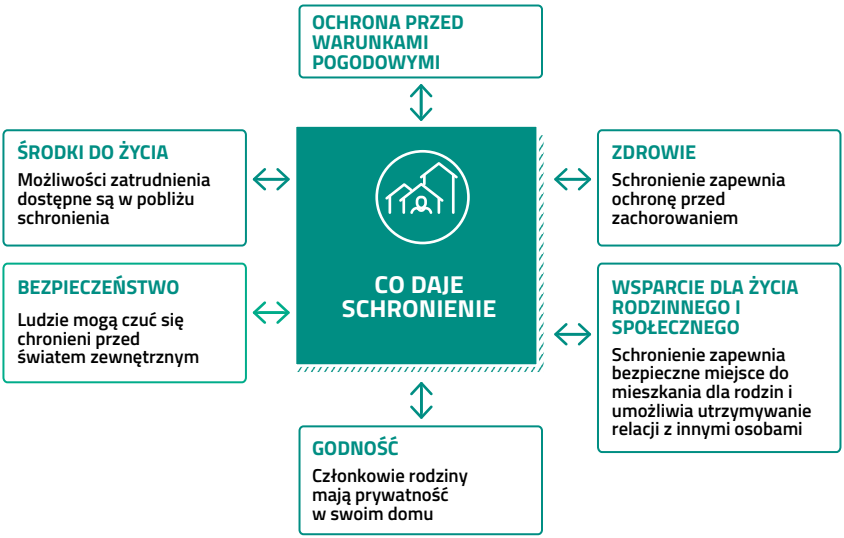
Celem pomocy w zakresie schronienia i zasiedlenia jest zapewnienie bezpiecznego środowiska życiowego

Zapewnienie schronienia i osiedli na czas może ocalić życie na wczesnych etapach kryzysu. Poza ochroną przed warunkami pogodowymi, schronienie jest istotne dla promowania zdrowia, wspierania życia rodzinnego oraz społecznego i zapewnienia godności, bezpieczeństwa oraz dostępu do środków do życia ⊕ *patrz: Rysunek 8 poniżej.*

Średni czas wysiedlenia ludzi wykazuje tendencję wzrostową z biegiem lat. W sytuacji, kiedy wysiedlenie trwa przez lata, a nawet dziesięciolecia, lokalizacja placówek zapewniających schronienie i zasiedlenie oraz planowanie sąsiednich okolic i społeczności w lokalizacji schronień mają istotne znaczenie we wspieraniu godności oraz powrotu do normalności osób dotkniętych przez kryzys.

Pomoc w zakresie schronienia oraz zasiedlenia powinna wzmacniać i polegać na istniejących mocnych stronach gospodarstw domowych, społeczności, społeczeństwa obywatelskiego oraz rządu. Takie podejście zwiększa szansę na opracowanie ukierunkowanych strategii, które promują samowystarczalność i samodzielne zarządzanie przez osoby dotknięte. Poczucie bezpieczeństwa i spójność społeczna są niezbędne, aby proces powrotu do normalności mógł się rozpocząć.

Warianty reagowania w zakresie schronienia i zasiedlenia nie ograniczają się tylko do dostarczenia sprzętu oraz materiałów lub zbudowania schronienia. Obejmują one także pomoc w zabezpieczeniu ziemi i uzyskaniu schronienia, lokalu mieszkalnego lub artykułów gospodarstwa domowego. Oznacza to m.in. udzielenie pomocy technicznej oraz zapewnienie jakości, co może wzmocnić i zmobilizować ludność dotkniętą do lepszej odbudowy w bezpieczniejszy sposób. Konieczna jest znajomość krajowych ram prawnych dotyczących nieruchomości i gruntów. Ważna jest także znajomość krajowych przepisów prawnych w zakresie uchodźców i odpowiednich procedur celem ustalenia statusu.



Co daje schronienie (Rysunek 8)

Niektóre funkcje odpowiedniego schronienia w sytuacji kryzysowej. Programy schronienia powinny wspierać rodziny celem zaspokojenia tych potrzeb.

Niezależnie od formy udzielanego wsparcia istotne jest, aby zawsze szanować istniejące struktury społecznościowe i promować spójność społeczną.

Każde gospodarstwo domowe i każda społeczność wymaga różnych poziomów oraz rodzajów wsparcia. Zabezpieczenie prawa do mieszkania i odpowiednia dokumentacja potwierdzająca status cywilny to podstawowy wymóg, aby uzyskać bezpieczne schronienie. Jednakże w sytuacjach kryzysowych lub tam, gdzie występują nierozwiązane kwestie dotyczące zabezpieczenia własności ziemi, pomoc w zakresie schronienia może być szczególnie trudna ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania*.

Przy planowaniu zasiedlenia trzeba rozważyć rosnącą potrzebę w kwestii długoterminowego wysiedlenia i odbudowy. Wysiedlenie może wywierać nacisk na istniejące, często ograniczone, zasoby i podsycać napięcia z okoliczną społecznością przyjmującą. Tworzenie programów wysokiej jakości wiąże się ze zrozumieniem, zapobieganiem i łagodzeniem negatywnego oddziaływania na środowisko. Jeżeli kwestie związane z ochroną środowiska nie są brane pod uwagę, programy w zakresie schronienia i zasiedlenia mogą okazać się nieskuteczne, ponieważ krótkoterminowe wyniki mogą powodować nowe problemy, w które trzeba będzie inwestować ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Działania związane z reagowaniem w zakresie schronienia i zasiedlenia w kontekstach miejskich wymagają wiedzy specjalistycznej

Udzielanie pomocy w obszarach miejskich może być skomplikowane ze względu na duże zagęszczenie ludności, potrzeby infrastrukturalne, przepisy rządowe i zróżnicowanie społeczne w obrębie społeczności. W trakcie kryzysu i po jego zakończeniu komunikowanie się z bardzo mobilnymi osobami oraz pomaganie

im jest trudne, szczególnie jeśli chodzi o znalezienie wystarczającej powierzchni mieszkalnej. Jeśli technicznie złożona infrastruktura (np. wieżowce) jest uszkodzona, organizacje humanitarne będą musiały współpracować w ramach złożonych ustaleń dotyczących najmu, z uwzględnieniem wielu właścicieli, najemców lub osadników nieformalnych.

Działanie w kontekście miejskim wymaga wiedzy specjalistycznej w obszarze planowania i projektowania przestrzennego, a także znajomości praw, regulacji, przepisów oraz procedur dotyczących zasobów mieszkaniowych, gruntów i nieruchomości. Kluczowe jest dogłębne zrozumienie lokalnych rynków mieszkaniowych i finansowych. Licz się z koniecznością współpracy ze społeczeństwem obywatelskim i sektorem prywatnym. Sektor prywatny może odegrać rolę w dostarczaniu zrównoważonych rozwiązań rynkowych. Podstawą działań związanych z reagowaniem powinny być lokalne normy oraz usługi i należy przy nich unikać tworzenia struktur równoległych. Opracowanie całościowego podejścia do działań związanych z reagowaniem na poziomie osiedla, okolicy lub obszaru ma większe szanse na zapewnienie zrównoważonego wkładu w dobrostan ludności dotkniętej na obszarach miejskich ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Należy rozważyć różne scenariusze zasiedlenia po zakończeniu kryzysu

To, gdzie i w jaki sposób ludność dotknięta znajdzie schronienie, będzie zależeć od możliwości pozostania na miejscu lub potrzeby przeniesienia. Systematyczne analizowanie kontekstu po zakończeniu kryzysu jest pierwszym krokiem w planowaniu opcji pomocy w zakresie schronienia i zasiedlenia. Ważne jest, aby zrozumieć różne podejścia, które mogą być odpowiednie dla osób, które są wysiedlone, bezpośrednio dotknięte, lecz nie wysiedlone lub pośrednio dotknięte ⊕ *patrz: Rysunek 9 poniżej.*

Jeżeli pozwolą na to warunki, ludzie mogą wybrać pozostanie w miejscu zamieszkania jako właściciele zamieszkujący nieruchomość lub w wynajmowanym czy też nieformalnie zajmowanym lokalu mieszkalnym bądź gruncie. Wsparcie gospodarstw domowych, które nie zostały wysiedlone, może polegać na naprawie lub odbudowie istniejących zabudowań.

Ludność wysiedlona może rozproszyć się lokalnie, udać się do innych lokalizacji w obrębie państwa zamieszkania lub przekroczyć granice międzynarodowe. W takich sytuacjach ludzie będą prawdopodobnie wyjmować nieruchomość, osiedlą się sami lub będą przebywać u innych. Niektóre wysiedlone gospodarstwa domowe mogą zdecydować się zamieszkać w placówce zakwaterowania zbiorowego lub w planowanej osadzie bądź znaleźć schronienie w ramach zasiedlenia niezaplanowanego.

Zrozumienie kryzysu przez pryzmat tych scenariuszy zasiedlenia pomoże w planowaniu strategii pomocy. Obejmuje to wybór najskuteczniejszej i najodpowiedniejszej formy pomocy dostosowanej do określonych kategorii ludności dotkniętej, a także selekcję sposobów dostarczania pomocy. Powinna ona prowadzić do stopniowego powrotu do normalności, najlepiej do osiągnięcia trwałego rozwiązania. Standardy i załączniki w tym rozdziale odpowiadają tej logice i z założenia mają być stosowane łącznie ⊕ *patrz: Załącznik 2: Opis scenariuszy zasiedlenia* i *Załącznik 3: Dodatkowe charakterystyki scenariuszy zasiedlenia.*

Kontekst ludności osiadłej przed kryzysem

↓

Wpływ kryzysu na to, gdzie mieszkają ludzie

↓

Opis scenariuszy zasiedlenia po kryzysie

LUDNOŚĆ, KTÓRA NIE JEST WYSIEDLONA

1. Zakwaterowanie lub grunty zajmowane przez właściciela
2. Zakwaterowanie wynajmowane lub dzierżawa gruntów
3. Zakwaterowanie lub grunty zajmowane nieformalnie

ROZPROSZONA LUDNOŚĆ

WYSIEDLONA

1. Uzgodnienia w zakresie najmu
2. Zakwaterowanie u ludności przyjmującej
3. Rozwiązanie spontaniczne

KOMUNALNE

4. Zakwaterowanie zbiorowe
5. Zasiedlenie planowane
6. Zasiedlenie nieplanowane

LUDNOŚĆ POŚREDNIO DOTKNIĘTA

1. Ludność przyjmująca

↓ ↓ ↓

Wybór wariantów pomocy i wdrożenia

↓

ROZWIĄZANIA TRWAŁE

Odbudowa

Przesiedlenie

Reintegracja

Scenariusze zasiedlenia po kryzysie (Rysunek 9)

Standardy Minimalne nie powinny być stosowane w sposób odrębny

Standardy Minimalne omówione w tym rozdziale stanowią odzwierciedlenie zasadniczej treści prawa do odpowiedniego schronienia i przyczyniają się do stopniowego zapewniania tego prawa na całym świecie.

Prawo do odpowiedniego schronienia jest połączone z prawem do wody i warunków sanitarnych, żywności oraz ochrony zdrowia. Postęp w osiąganiu Minimalnych Standardów Sfery w jednej dziedzinie wpływa na postępy w pozostałych dziedzinach. Aby działania związane z reagowaniem były skuteczne, konieczna jest bliska koordynacja i współpraca z innymi sektorami. Dzięki koordynacji z lokalnymi władzami i innymi agencjami uczestniczącymi w pomocy potrzeby są zaspokajane, starania się nie pokrywają, a jakość działań podejmowanych w obszarze bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia jest optymalna. Źródła w Podręczniku sugerują pewne potencjalne powiązania.

Przykładowo, osiedla muszą mieć odpowiednie dostawy wody i zaplecze sanitarne, żeby zapewnić ochronę zdrowia i poszanowanie godności ludności dotkniętej. Podstawowe akcesoria do gotowania i sztućce do spożywania pokarmów oraz paliwo do gotowania posiłków umożliwiają korzystanie z pomocy żywnościowej i zaspokajanie potrzeb żywieniowych.

W sytuacji, gdy standardy krajowe są niższe od Minimalnych Standardów Sfery, organizacje humanitarne powinny pracować wspólnie z rządem nad ich stałym podnoszeniem.

Prawo międzynarodowe chroni w szczególności prawa do odpowiedniego schronienia

Prawo do dostępu do odpowiednich warunków mieszkaniowych jest chronione prawem międzynarodowym. Jest to prawo do mieszkania w jakimś miejscu, które zapewnia bezpieczeństwo, spokój i godność. To prawo zawiera takie wolności jak np. prawo do wyboru własnego miejsca zamieszkania oraz uprawnienia takie jak zabezpieczenie prawa do mieszkania. Zawiera zasady ochrony takie jak ochrona przed przymusowym wysiedleniem. Państwa mają obowiązek zapewnić to prawo w sytuacji, kiedy osoby indywidualne lub grupy, z uwzględnieniem uchodźców i osób wewnętrznie wysiedlonych, nie są w stanie uzyskać dostępu do odpowiedniej żywności, także w sytuacjach kryzysowych ⊕ *patrz: Załącznik 1. Podstawy Prawne Sfery*.

Pojęcie „odpowiednie" oznacza, że warunki mieszkaniowe zapewniają więcej niż cztery ściany i dach. Podkreśla znaczenie uwzględnienia w działaniach związanych z reagowaniem w zakresie schronienia takich czynników, jak uwarunkowania zasiedlenia, tożsamość kulturowa i dostępność usług. „Odpowiednie" warunki mieszkaniowe lub inne formy schronienia powinny zabezpieczać prawo do mieszkania, a także:

- być przystępne, umożliwiając gospodarstwu domowemu uzyskanie innych niezbędnych towarów oraz usług pozwalających zapewnienie godnego życia;
- nadawać się do zamieszkania, zapewniać bezpieczeństwo fizyczne, zabezpieczoną i odpowiednią powierzchnię mieszkalną, dostęp do bezpiecznej wody do picia, odpowiedni dostęp do wody, warunków sanitarnych oraz higieny (WASH), a także możliwość przygotowywania i przechowywania żywności;

- być akceptowane kulturowo;
- być łatwo dostępne i nadawać się do użytku, również dla osób mających trudności z poruszaniem się;
- znajdować się w miejscu zapewniającym możliwości uzyskania środków do życia i niezbędnych usług społecznych.

Odniesienia do Zasad Ochrony i Podstawowego Standardu Humanitarnego

Kryzysy mogą powiększać nierówności, które występowały wcześniej. Dlatego istotne jest, aby oferować bezstronną pomoc z uwzględnieniem kontekstu, w szczególności osobom, które mają najbardziej ograniczone możliwości samodzielnego wyjścia z kryzysu ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 2*.

Niektórzy ludzie mogą mieć trudności w uzyskaniu pomocy w zakresie schronienia i zasiedlenia z powodu barier fizycznych, kulturowych, ekonomicznych oraz społecznych. Dążąc do ich zrozumienia i reagowania na nie, zwracaj uwagę na następujące kwestie:

- **Status prawny osób indywidualnych** (np. uchodźca, wysiedlenie wewnętrzne, bezpaństwowcy, osoby migrujące, osoba ubiegająca się o azyl, osoba bezdomna lub nieposiadająca ziemi oraz inne osoby pozbawione swobód obywatelskich i dostępu do usług publicznych lub sieci bezpieczeństwa socjalnego); oraz
- **Osoby narażone na wyjątkowe zagrożenia ochrony** i **grupy narażone na szczególne ryzyko dyskryminacji i wyłączenia społecznego** ze względu na:
  - pochodzenie etniczne, narodowość, kastę, grupę rdzenną, przynależność religijną lub polityczną;
  - sytuację związaną z zabezpieczeniem prawa do mieszkania, status wysiedlenia, status nieformalnego osadnika lub najemcy;
  - lokalizację zabudowań, do których trudno dotrzeć, w obszarach zagrożonych, obszarach niebezpiecznych, obszarach miejskich lub osiedlach nieformalnych;
  - podatność na zagrożenia i status w społeczeństwie ⊕ *patrz: Czym jest Sfera* i *Zasady Ochrony*.

Pracownicy niosący pomoc powinni być przeszkoleni w zakresie ochrony dzieci oraz korzystania z systemów skierowań w przypadkach podejrzenia o przemoc, nadużycia lub wyzyskiwania, również wobec dzieci.

Stosując Standardy Minimalne, należy się kierować wszystkimi dziewięcioma zobowiązaniami w Standardzie Humanitarnym, które powinny stanowić fundament do stworzenia odpowiedzialnego programu schronienia i zasiedlenia.

1. Planowanie

Planowanie ma kluczowe znaczenie dla uzyskania optymalnych rezultatów działań związanych z reagowaniem na poziomie regionalnym, krajowym, agencji lub społeczności. Zrozumienie kontekstu istniejącego przed kryzysem oraz po zakończeniu kryzysu pozwoli ocenić zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ kryzysu na warunki życiowe ludności oraz potencjalne konsekwencje społeczne, gospodarcze i polityczne. Określenie potrzeb i opracowanie odpowiednich wariantów reagowania to podstawa dobrze zaplanowanych oraz skoordynowanych działań w zakresie schronienia i zasiedlenia.

Standard schronienia i zasiedlenia 1: Planowanie

Interwencje w zakresie schronienia i zasiedlenia są dobrze zaplanowane i skoordynowane, aby mogły przyczyniać się do bezpieczeństwa i dobrostanu osób dotkniętych, a także sprzyjać odbudowie.

Kluczowe działania

1. Współpracuj z ludnością dotkniętą oraz z władzami krajowymi i lokalnymi aby przeprowadzić ocenę potrzeb oraz możliwości w zakresie schronienia i zasiedlenia.
   - Oceniaj zmiany wynikające z sytuacji przed kryzysem, identyfikuj bezpośrednie potrzeby i możliwości dla osób wysiedlonych oraz ludności, która nie została wysiedlona, i rozważ szczególne potrzeby grup narażonych na ryzyko.
   - Określ dostępność gruntów, budynków, mieszkań oraz pokoi nadających się do zamieszkania lub zajmowania na lokalnych rynkach lokali mieszkalnych i dzierżawy gruntów.
2. We współpracy z interesariuszami ustal najskuteczniejsze i najbardziej odpowiednie warianty pomocy oraz w jaki sposób je zapewnić.
3. Opracuj plan schronienia i zasiedlenia we współpracy z odpowiednimi władzami oraz dotkniętymi społecznościami.
   - Oferuj pomoc dostosowaną do potrzeb i preferencji ludności dotkniętej oraz władz.
   - Optymizuj efektywność kosztową, jakość techniczną, szybkość i czas oraz skalę wdrożenia i powtarzalności.

Kluczowe wskaźniki

Plan schronienia i zasiedlenia zaspokaja podstawowe potrzeby ludności docelowej i został uzgodniony z ludnością oraz właściwymi władzami

Odsetek osób dotkniętych, które wskazują, że pomoc w zakresie schronienia i zasiedlenia odzwierciedla ich potrzeby oraz priorytety i przyczynia się do bardziej trwałego rozwiązania.

Wskazówki

Ocena: W trakcie oceny weryfikuj zmiany w warunkach schronienia oraz zasiedlenia po zakończeniu kryzysu i od samego początku weź pod uwagę możliwe ryzyko związane z ochroną. Może to dotyczyć m.in. postrzegania społeczności przyjmującej, zagrożeń związanych z dostępem do zasiedlenia, bezpiecznego dostęp do usług lub ryzyka wydalenia.

Rozważ zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ kryzysu na warunki życiowe ludności oraz potencjalne konsekwencje społeczne, gospodarcze i polityczne.

Kryzys ma różny wpływ na ludzi, dlatego różne osoby mają różne potrzeby w zakresie schronienia i zasiedlenia. Pracuj z grupami, które mogą zmagać się z określonymi barierami w zakresie dostępu do schronienia, np. osobami niepełnosprawnymi, gospodarstwami domowymi prowadzonymi przez kobiety, osobami starszymi czy mniejszościami etnicznymi bądź językowymi ⊕ *patrz: Załącznik 1: Lista kontrolna schronienia i zasiedlenia*, *Zasada Ochrony 2* i *Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązanie 4*.

Warianty pomocy i wdrożenia: Wybierz najskuteczniejsze warianty zgodnie z kontekstem, możliwościami, dostępnymi zasobami, scenariuszem zasiedlenia i fazą reagowania. Inne czynniki, które należy rozważyć, to lokalizacja, rodzaj budynku (z uwzględnieniem lokalnych technik budowlanych), prawo do mieszkania oraz ramy rynkowe i prawne. W miarę możliwości traktuj priorytetowo wsparcie powrotu ludzi do ich własnych lokali mieszkalnych (lub terenu, na którym one się znajdują). Pomagaj osobom, które nie są w stanie lub nie chcą wrócić do swoich poprzednich lokali mieszkalnych, w uzyskaniu dostępu do wariantów dostosowanych do ich potrzeb ⊕ *patrz: Załączniki od 2 do 6*.

Określ horyzont czasowy dla zaspokojenia bezpośrednich potrzeb, biorąc pod uwagę wydajność, jakość techniczną, skalę wdrożenia, dostępne możliwości i powtarzalność. Zbadaj różne opcje, aby wzmocnić długotrwałą odbudowę społeczności i odporność na przyszłe kryzysy.

Rozważ różne sposoby wdrożenia wybranych wariantów z uwzględnieniem kombinacji następujących opcji:

- pomoc finansowa;
- materialna pomoc rzeczowa;
- roboty kontraktowe / praca zlecona;
- pomoc techniczna / wsparcie w zakresie zapewnienia jakości; oraz
- budowanie możliwości.

Weryfikuj i koryguj kombinację wariantów w miarę upływu czasu, w odpowiedzi na zmiany sytuacji.

Osoby wysiedlone: Poza bezpośrednimi potrzebami w zakresie schronienia osoby wysiedlone wymagają szczególnego wsparcia, żeby móc podejmować świadome decyzje dotyczące wariantów schronienia, które są dla nich dostępne. Przykładowo, mogą to być informacje na temat tego, czy i kiedy wrócą do domu, jak się zintegrować w miejscu wysiedlenia lub czy osiedlić się w innym miejscu.

Gospodarstwa domowe, które nie zostały wysiedlone będą potrzebowały wsparcia w powrocie do swoich pierwotnych warunków życiowych i powinny otrzymać odpowiednią pomoc w zakresie schronienia. Jeżeli odbudowa potrwa długo lub ludzie nie są bezpieczni, zbadaj rozwiązania tymczasowe, takie jak wsparcie ze

strony rodziny przyjmującej, pomoc w najmie lub schronienie tymczasowe albo przejściowe. Jeśli kryzys zmienił sytuację w zakresie bezpieczeństwa, może się okazać konieczne przeniesienie.

Społeczności przyjmujące także doświadczają konsekwencji kryzysu, ponieważ udostępniają swoją przestrzeń publiczną i prywatną. Obejmuje to udostępnianie takich usług, jak ośrodki opieki zdrowotnej czy szkoły, lub pełnienie roli rodziny przyjmującej. Może też występować faktyczna lub postrzegana rywalizacja z osobami wysiedlonymi o miejsca pracy, usługi, infrastrukturę i zasoby. Rozwiązania muszą uwzględniać sprawiedliwe i ukierunkowane wsparcie, które nie tworzy dodatkowego ryzyka lub zagrożenia w społeczności ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1*.

Analiza rynku: Zrozumienie okolicznych rynków na poziomie lokalnym, krajowym i regionalnym ma kluczowe znaczenie dla dostarczania jakościowej pomocy w zakresie schronienia. Zapewnia to informacje niezbędne do wyboru wariantów schronienia, jak również pozwala zgromadzić informacje na temat najmu i innych usług związanych z zasiedleniem ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*, *Podręcznik MISMA* i *Podręcznik MERS*.

Usuwanie gruzu: Rozpocznij usuwanie gruzu niezwłocznie po kryzysie. Gruz można ponownie wykorzystać, poddać recyklingowi, przeznaczyć do segregacji, odbioru i/lub przetwarzania. Może to stwarzać możliwości w programach typu „gotówka za pracę". Kluczowe kwestie tego zagadnienia to obecność ludzkich ciał, lokalizacje stanowiące zagrożenia konstrukcyjne i materiały niebezpieczne. Usunięcie gruzu może wymagać specjalistycznej wiedzy i sprzętu, dlatego musi być planowane wspólnie ze specjalistami z innych sektorów ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*, *Standardy opieki zdrowotnej* i *Standardy WASH*.

Możliwości uzyskania środków do życia: Sposoby uzyskiwania środków do życia, jakie mieli ludzie przed kryzysem, i możliwości istniejące po kryzysie są istotne dla określenia wariantów zasiedlenia. Czynniki takie jak dostępność gruntów, bezpieczny dostęp do prowadzenia upraw i wypasu, dostęp do rynków oraz dostęp do innych sposobności zatrudnienia mogą mieć wpływ na to, gdzie ludzie zdecydują się mieszkać, nawet tymczasowo ⊕ *patrz: Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy środków do życia 7.1 i 7.2*, *Podręcznik LEGS* i *Podręcznik MERS*.

Powrót: Powrót do własnych gruntów i lokali mieszkalnych jest głównym celem większości osób dotkniętych przez kryzys. Osoby poszkodowane powinny być w stanie określić konieczność naprawy swoich lokali mieszkalnych bądź ulepszenia schronienia. Powrót może wspomagać komunalne strategie radzenia sobie i utrzymać istniejące struktury zasiedlenia oraz infrastrukturę. Równie ważna jest naprawa lub odbudowa infrastruktury komunalnej takiej jak szkoły, systemy obiegu wody, kliniki lub place handlowe, żeby zapewnić osobom wysiedlonym możliwość powrotu. Niektóre okoliczności mogą wstrzymywać lub opóźniać powrót, np. kwestie związane z bezpieczeństwem, siły zbrojne okupujące nieruchomość lub grunty, trwający konflikt z użyciem siły, napięcia na tle etnicznym bądź religijnym, strach lub prześladowanie czy miny przeciwpiechotne lub wybuchy. Niewłaściwe lub dyskryminujące przepisy dotyczące gruntów i nieruchomości bądź przyjęte procedury mogą uniemożliwiać powrót gospodarstwom domowym prowadzonym przez kobiety, osobom, które owdowiały lub straciły rodziców w wyniku kryzysu czy osobom niepełnosprawnym. Populacje wysiedlone, które mogą nie mieć sposobności podjęcia działań odbudowy, mogą być zniechęcone lub nie mieć możliwości powrotu.

2. Planowanie lokalizacji i zasiedlenia

W ramach planowania lokalizacji i zasiedlenia należy promować bezpieczne, akceptowalne oraz łatwo dostępne pomieszczenia mieszkalne, które zapewniają dostęp do podstawowych usług, możliwości uzyskiwania środków do życia i sposobności dołączenia do szerszej sieci.

Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia

Schronienia i osiedla są usytuowane na bezpiecznych terenach, które zapewniają odpowiednią przestrzeń i dostęp do niezbędnych usług oraz środków do życia.

Kluczowe działania

1. Działaj na gruncie istniejących procedur oraz przepisów w zakresie planowania i uzgodnij warunki ze społecznościami przyjmującymi oraz odpowiednimi władzami.
   - Rozmieszczaj nowe osiedla w bezpiecznej odległości od istniejących lub potencjalnych zagrożeń i minimalizuj ryzyko związanie z zagrożeniami bieżącymi.
   - Weź pod uwagę planowany okres, przez jaki będzie istnieć dane osiedle, aby ustalić, jakie podstawowe usługi należałoby rozszerzyć lub opracować.
2. Zaangażuj różnorodnych interesariuszy, włączając grupy w obrębie dotkniętej populacji w wybór miejsca i planowanie zasiedlenia.
   - Określ czynniki, które mogą mieć wpływ na lokalizację lub układ miejsca, biorąc pod uwagę płeć, wiek, niepełnosprawność, tożsamość etniczną lub językową, a także role i obowiązki przypisane płciom.
   - W kontekstach miejskich działaj zgodnie z geograficznie określonym podejściem ukierunkowane na dany obszar, aby lepiej zrozumieć dynamikę społeczności.
3. Zadbaj, aby ludność dotknięta miała dostęp do podstawowych usług i udogodnień, łącznie z możliwością uzyskiwania środków do życia.
   - Współpracuj z innymi sektorami, aby ustalić możliwą do przyjęcia odległość oraz bezpieczny dojazd (lub transport) do podstawowych usług i udogodnień.
   - W koordynacji ze świadczeniodawcami nadaj priorytet i dostarczaj podstawowe usługi oraz możliwości uzyskiwania środków do życia tam, gdzie jeszcze ich nie ma.
4. Planuj wykorzystanie gruntów w sposób zapewniający wystarczającą ilość miejsca dla wszystkich funkcji, dostęp do wszystkich schronień i usług oraz odpowiednie środki bezpieczeństwa na terenie całego osiedla.

- Uwzględnij planowanie zasobów wspólnych, takich jak obiekty wodne i zaplecze sanitarne, komunalne zaplecze kuchenne, miejsca przyjazne dzieciom, punkty spotkań, potrzeby religijne i punkty dystrybucji żywności.
- Rozmieszczaj podstawowe usługi w obrębie osiedli w sposób zapewniający przestrzeganie standardów dotyczących bezpieczeństwa, ochrony i godności.

5 Włącz planowanie odpływu wody deszczowej lub wód powodziowych do procesu wyboru miejsca i projektowania zasiedlenia.

- Zorganizuj odpowiednie odprowadzanie wody, aby obszary i usługi mieszkaniowe były pozbawione wody stojącej, a kanalizacja deszczowa była utrzymywana w czystości.
- Przewiduj i likwiduj miejsca lęgowe wektorów chorób.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek schronień i/lub osiedli, które są usytuowane w obszarach, na których nie występują lub występują w stopniu minimalnym stwierdzone niebezpieczeństwa i zagrożenia naturalne lub wywołane działalnością człowieka

Odsetek schronień i/lub osiedli, które mają bezpieczny dostęp do podstawowych usług w możliwym do przyjęcia przedziale czasu lub odległości

Odsetek osób otrzymujących pomoc w zakresie zasiedlenia, które mają poczucie bezpieczeństwa co do lokalizacji swojego schronienia lub osiedla

Odsetek osiedli, które dają wystarczającą powierzchnię użytkową, aby realizować prywatne lub publiczne działania na świeżym powietrzu, które są stosowne do kontekstu

- 45 metrów kwadratowych na każdą osobę w zasiedleniach typu obóz, z uwzględnieniem działek, na których znajdują się gospodarstwa domowe
- 30 metrów kwadratowych na każdą osobę z uwzględnieniem działek, na których znajdują się gospodarstwa domowe, na których usługi komunalne mogą być świadczone poza planowanym terenem zasiedlenia
- Minimalny stosunek zadaszonej przestrzeni mieszkalnej do wielkości działki wynosi 1:2, należy jak najszybciej dążyć do proporcji 1:3 lub więcej.

Wskazówki

Procesy i zasady planowania: Rządy lub władze lokalne często wprowadzają nowe zasady dotyczące stref, w których nie wolno budować, stref bezpieczeństwa lub stref buforowych po kryzysie. Zachęcaj do planowania zgodnie z rozpoznanym ryzykiem i odpowiednimi wariantami pomocy. „Strefa zakazu budowy" nie oznacza „strefy zakazu udzielania pomocy" i nie powinna opóźniać działań w zakresie reagowania związanych ze schronieniem lub zasiedleniem.

Zrozum status własnościowy każdego gruntu lub nieruchomości ⊕ *Patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania.*

Włącz osoby poszkodowane w obliczanie i organizowanie przestrzeni celem wspierania istniejących praktyk społeczno-kulturowych. Angażuj kobiety i inne grupy narażone na ryzyko w opracowanie oraz wdrożenie planowania schronienia i zasiedlenia.

Podstawowe usługi i udogodnienia: Ludzie wracający do swoich pierwotnych domów i osoby mieszkające w lokalizacjach lub osiedlach tymczasowych wymagają bezpiecznego oraz sprawiedliwego dostępu do podstawowych usług i udogodnień takich jak:

- Zaplecze WASH ⊕ *patrz: Standardy WASH dotyczące dostawy wody*;
- systemy oświetlenia komunalne i na poziomie gospodarstwa domowego;
- zaplecze do przechowywania i przetwarzania żywności (m.in. piece kuchenne i paliwo) ⊕ *patrz: Standard ocen bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.1* i *Standard pomocy żywnościowej 6.4*;
- placówki opieki zdrowotnej ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej*;
- gospodarowanie odpadami stałymi ⊕ *patrz: Standard WASH dotyczący gospodarowania odpadami stałymi*;
- szkoły ⊕ *patrz: Podręcznik INEE*;
- placówki społeczne takie jak miejsca modlitwy, miejsca spotkań i obszary rekreacyjne;
- przestrzeń do przeprowadzania pochówków i powiązanych rytuałów, które są właściwe kulturowo;
- przestrzeń do przechowywania inwentarza żywego (odpowiednio oddzielona od przestrzeni mieszkalnych) ⊕ *patrz: Podręcznik LEGS*.

Planowanie terenu na potrzeby zasiedlenia tymczasowego: Rozmieszczenie terenu powinno wynikać z zasad projektowania i planowania przestrzennego, z elementami łączącymi typu punkty dostępu, skrzyżowania oraz przestrzeń publiczna. Elementy te, na które mają wpływ czynniki fizyczne, społeczne, środowiskowe i gospodarcze, tworzą plan przestrzenny nowego zasiedlenia. Przy planowaniu zasiedlenia należy wspierać istniejące sieci społeczne, pozwalać na tworzenie nowych sieci, przyczyniać się do bezpieczeństwa i umożliwiać ludności dotkniętej samodzielne zarządzanie.

Projektując rozmieszczenie działek pod osiedla tymczasowe, zapewnij poszanowanie prywatności i godności poszczególnych gospodarstw domowych. Schronienie każdego gospodarstwa domowego powinno mieć wyjście na wspólną przestrzeń lub na osłonięty obszar, a nie na wejście do kolejnego schronienia. Zapewnij bezpieczne przestrzenie mieszkalne dla wszystkich grup potencjalnie narażonych, lecz unikaj tworzenia klastrów, żeby nie zwiększać ich stopnia narażenia. Grupuj razem rodziny, rodziny wielopokoleniowe i grupy z podobnych środowisk celem utrzymania więzi społecznych. Rozważ potrzeby, preferencje oraz zwyczaje różnych grup z uwzględnieniem wieku, płci i niepełnosprawności.

Powierzchnia osiedli planowanych lub samodzielnie zasiedlonych: W przypadku osiedli planowanych minimalna powierzchnia użytkowa wynosi 45 metrów kwadratowych na każdą osobę w zasiedleniach typu obóz łącznie z działkami,

na których znajdują się gospodarstwa domowe. Obejmuje to miejsce na drogi i ścieżki dla pieszych, miejsca do gotowania na zewnątrz lub komunalne miejsca do gotowania, obszary edukacyjne i rekreacyjne, placówki opieki zdrowotnej, pasy przeciwpożarowe, zaplecze administracyjne, przechowywanie wody, system odwadniania, obiekty religijne, punkty dystrybucji żywności, targowiska, miejsca do przechowywania i ograniczone kuchenne ogródki dla poszczególnych gospodarstw domowych (bez istotnych działań rolniczych lub inwentarza żywego). W przypadku, gdy jest możliwość świadczenia usług komunalnych w ramach istniejących lub dodatkowych obiektów poza planowanym terenem zasiedlenia, minimalna powierzchnia powinna wynosić 30 metrów kwadratowych na każdą osobę. Jeżeli nie można zapewnić minimalnej ilości miejsca, podejmuj aktywne kroki, aby zaradzić skutkom wyższej gęstości zasiedlenia. Przy planowaniu zasiedlenia należy także uwzględniać zmiany w populacji.

Działając na obszarze miejskim, korzystaj z istniejących usług i zasobów mieszkaniowych. Zapewnij odpowiednią separację oraz prywatność pomiędzy indywidualnymi gospodarstwami domowymi i zarezerwuj miejsce na potrzebne udogodnienia.

Wymiary działek dla schronień: Zalecany stosunek powierzchni zajmowanej przez schronienie do wymiarów działki wynosi 1:2 lub 1:3 celem zapewnienia wystarczającej ilości miejsca na najbardziej niezbędne czynności gospodarstw domowych, które są wykonywane na wolnym powietrzu. Jednak preferowany współczynnik wynosi 1:4 lub 1:5. Współczynnik powinien uwzględniać standardy kulturowe i społeczne oraz praktyczną dostępność miejsca.

Odprowadzanie wody deszczowej i wód powodziowych: Niewłaściwe odprowadzanie wody deszczowej lub wód powodziowych może w znacznym stopniu ograniczyć powierzchnię mieszkalną, mobilność oraz dostęp do usług. Ogólnie rzecz biorąc, wybór terenu i budowa infrastruktury determinuje założenia systemów odwadniających o dużej skali. Unikaj wybierania terenów, które znajdują się na obszarze zalewowym, co może zagrażać bezpieczeństwu, szczególnie w miejscach przepełnionych lub ciasnych. Woda, która przedostaje się i pozostaje w zastoju w środowiskach mieszkalnych, edukacyjnych oraz miejscach pracy, stanowi ogólne zagrożenie dla zdrowia, godności i dobrostanu.

Chroń toalety i urządzenia kanalizacyjne przed powodziami, aby uniknąć szkód strukturalnych oraz przecieków. Głównym zagrożeniem dla zdrowia publicznego związanym z niewłaściwym odwodnieniem jest większa ekspozycja na choroby biegunkowe w wyniku kontaktu z zanieczyszczoną wodą.

Niekontrolowany przepływ wody może także uszkodzić inną infrastrukturę, lokale mieszkalne oraz mienie, ograniczyć możliwości uzyskiwania środków do życia i powodować stres. Niewłaściwe odwodnienie zapewnia także warunki do namnażania się wektorów ⊕ *patrz: Standardy WASH dotyczące zwalczania wektorów 4.1 i 4.2*.

Dostęp: Zbadaj stan lokalnych dróg i odległość do węzłów transportowych, aby móc dostarczać pomoc oraz inne towary. Zapewnianie pomocy nie może prowadzić do uszkodzenia lokalnej infrastruktury drogowej. Weź pod uwagę sezonowe ograniczenia, zagrożenia i ryzyko związane z bezpieczeństwem. Teren oraz główne punkty przechowywania i dystrybucji żywności muszą być łatwo

dostępne dla samochodów ciężarowych z drogi, którą da się użytkować w każdych warunkach pogodowych. Inne obiekty muszą być łatwo dostępne dla pojazdów lekkich. Zapewnij bezpieczne drogi i ścieżki na terenie osiedli, a także dostęp do indywidualnych lokali mieszkalnych oraz obiektów komunalnych w każdych warunkach meteorologicznych. Rozważ potrzeby osób mających problemy z poruszaniem się lub osób z barierami w dostępie.

Bezpieczeństwo pożarowe: Planowanie terenu powinno być zgodne z oceną zagrożenia pożarowego. Zaplanuj 30-metrowe pasy przeciwpożarowe co 300 metrów w obszarach zabudowanych w warunkach obozowych. Odstęp między budynkami powinien wynosić co najmniej 2 metry. W sytuacji idealnej powinien wynosić dwukrotność wysokości budynku, aby zapobiec zawaleniu się konstrukcji z powodu stykania się z sąsiednimi budynkami.

Uwzględnij lokalne praktyki gotowania i ogrzewania (rodzaj pieca kuchennego i preferowane umiejscowienie). Rozważ zapewnienie mieszkańcom bezpiecznych pieców kuchennych, sprzętu gaśniczego i szkoleń uświadamiających. Wybieraj ognioodporne materiały konstrukcyjne i artykuły gospodarstwa domowego. Poinformuj mieszkańców (także osoby mające problemy z poruszaniem się lub osoby z barierami w dostępie) o zapobieganiu pożarom, zarządzaniu i planach ewakuacji.

Zmniejszenie przestępczości: Projekt osiedla może przyczynić się do zmniejszenia przestępczości i przemocy uwarunkowanej płcią. Rozważ lokalizację i łatwość dostępu do schronień, budynków oraz obiektów, oświetlenie nocne, odległość do toalet i miejsc kąpielowych od schronień oraz nadzór bierny przy użyciu linii wzrokowych. Budynki, które są ośrodkami zakwaterowania zbiorowego, muszą być wyposażone w alternatywne drogi ewakuacyjne.

Zmieniające się zagrożenia i ryzyko: Przeprowadzaj regularne oceny kontekstu, zagrożeń i ryzyka w zależności od rozwoju sytuacji. Może to obejmować zagrożenia sezonowe, zmiany w sytuacji związanej z bezpieczeństwem, znajdujące się na terenie niewybuchy, które pochodzą z wcześniejszych lub obecnych konfliktów bądź konsekwencje zmian demograficznych.

Bezpieczeństwo ośrodków zakwaterowania zbiorowego i infrastruktury komunalnej: Specjaliści techniczni powinni ocenić stabilność strukturalną budynków, ośrodków zakwaterowania zbiorowego i innych struktur społecznych na terenach zamieszkałych dotkniętych kryzysem. Weź pod uwagę aktualne i potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa lub zdrowia.

Wsparcie środków do życia: Rozważ działalność gospodarczą podejmowaną przed kryzysem oraz potencjalne możliwości uzyskiwania środków do życia w warunkach po wystąpieniu kryzysu. Określ grunty, które pozwalają na prowadzenie upraw i wypasu, bądź dostęp do rynków i/lub możliwości podjęcia pracy. Działania związane z reagowaniem w zakresie schronienia i zasiedlenia mogą potencjalnie dawać zatrudnienie na miejscu, np. w ramach pomocy technicznej, dostaw i rynku pracy. Korzystaj z programów szkoleniowych i edukacyjnych celem wzmocnienia możliwości lokalnych, aby umożliwić osiągnięcie wyników w wyznaczonym przedziale czasu ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 5* oraz *Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy środków do życia 7.1 i 7.2*.

Eksploatacja i konserwacja: Opracuj plan eksploatacji i konserwacji w celu zapewnienia skutecznego utrzymywania wszelkich placówek, usług oraz mediów (np. woda, warunki sanitarne, odprowadzanie wody, utylizacja odpadów, szkoły). Kluczowe elementy planu to m.in.: uczestnictwo społeczności, ustanowienie grup użytkowników, zdefiniowanie ról i odpowiedzialności oraz sporządzanie planu odzyskania kosztów lub współdzielenia kosztów.

Likwidacja placówek i przekazanie: Stosowne środki odbudowy środowiska mogą wspomóc naturalną odnowę środowiska wewnątrz i wokół zasiedleń tymczasowych. Ośrodki powinny mieć plan likwidacji, najlepiej opracowany na etapie projektowania interwencji ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Nauczenie lokalnej ludności, jak używać ekologicznych technik gospodarki gruntami, umożliwi odbudowę terenu i lokalnego środowiska. W miarę możliwości zatrudniaj miejscowych pracowników do działań związanych z czyszczeniem i likwidacją.

3. Powierzchnia mieszkalna

Powierzchnia mieszkalna jest bardzo ważnym czynnikiem dla dobrostanu ludzi. Jest zasadniczą potrzebą człowieka oraz prawem do posiadania miejsca, w którym rodzina może mieszkać, czuć się bezpiecznie i wykonywać różne podstawowe czynności domowe.

Standard schronienia i zasiedlenia 3: Powierzchnia mieszkalna

Ludzie mają dostęp do pomieszczeń mieszkalnych, które są bezpieczne, odpowiednie i umożliwiają wykonywanie niezbędnych czynności domowych oraz działań zapewniających środki do życia z zachowaniem godności.

Kluczowe działania

1. Zadbaj, aby każde dotknięte gospodarstwo domowe miało adekwatną powierzchnię mieszkalną umożliwiającą wykonywanie podstawowych czynności domowych.
   - Zapewnij powierzchnię mieszkalną, która zaspokaja różnorodne potrzeby gospodarstwa domowego w takich kwestiach jak spanie, przygotowanie oraz spożywanie żywności, poszanowanie lokalnej kultury i stylów życia.
   - Zapewnij skromny dach i ściany dla mieszkańców oraz ich mienia, aby zapewnić bezpieczeństwo fizyczne, poszanowanie godności i prywatności oraz ochronę przed warunkami atmosferycznymi.
   - Zapewnij optymalne warunki oświetleniowe, wentylację i komfort termiczny.
2. Zwróć uwagę, aby obszar, który przylega bezpośrednio do obszaru mieszkalnego, zapewniał bezpieczny dostęp do zasadniczych czynności.
   - Uwzględnij odpowiednie czynności związane z gotowaniem, korzystaniem z toalety, pralni, kąpieli, działania zapewniające środki do życia oraz strefę socjalną i place zabaw.
3. Zachęcaj do korzystania z rozwiązań w zakresie schronienia, technik oraz materiałów budowlanych, które są akceptowalne kulturowo i społecznie, a także ekologiczne.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek dotkniętej ludności, która ma adekwatną powierzchnię mieszkalną wewnątrz i w bezpośrednim otoczeniu swoich schronień, umożliwiającą wykonywanie czynności codziennych

- Minimum 3,5 metra kwadratowego powierzchni mieszkalnej na osobę, wyłączając miejsce do gotowania, przestrzeń kąpielową i zaplecze sanitarne.
- 4,5-5,5 metra kwadratowego powierzchni mieszkalnej na osobę w zimnych klimatach lub w środowisku miejskim, jeżeli uwzględniona jest wewnętrzna powierzchnia do gotowania, kąpieli i/lub zapewnione są warunki sanitarne

- Wewnętrzna wysokość od podłogi do sufitu wynosi co najmniej 2 metry (2,6 metra w gorących klimatach) w najwyższym punkcie

Odsetek schronień, które spełniają uzgodnione standardy techniczne i wykonania oraz są akceptowalne kulturowo

Odsetek ludności otrzymującej pomoc w zakresie schronienia, która czuje się bezpiecznie w swoim schronieniu

Wskazówki

Powierzchnia mieszkalna: Powierzchnia mieszkalna powinna się nadawać do codziennych czynności takich jak spanie, przygotowanie i spożywanie żywności, mycie, ubieranie się, przechowywanie żywności i wody oraz ochrona mienia gospodarstwa domowego i innych kluczowych aktywów. Musi gwarantować prywatność i podział powierzchni zgodnie z wymogami płci, różnych grup wiekowych i rodzin w danym gospodarstwie domowym, zgodnie z normami kulturowymi oraz społecznymi ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia*.

Rozważ powierzchnię mieszkalną, która umożliwia członkom gospodarstwa domowego wspólne gromadzenie się oraz pozwala sprawować opiekę nad niemowlętami, dziećmi oraz osobami, które są chore lub mają urazy. Zwróć uwagę na zmiany przeznaczenia miejsc w ciągu dnia i nocy i zaplanuj rozmieszczenie okien, drzwi oraz ścianek działowych w sposób zapewniający maksymalne wykorzystanie miejsca oraz sąsiadujących obszarów zewnętrznych, takich jak kuchnie czy place zabaw.

Aby zapewnić poszanowanie godności w ramach realizacji tych czynności, schronienia muszą znajdować się w przestrzeni zamkniętej (ściany, okna, drzwi i dach) o odpowiedniej powierzchni użytkowej. Przeludnienie lub narażenie na działanie warunków atmosferycznych zwiększa ryzyko wystąpienia chorób lub zachorowań. Ograniczona ilość miejsca może prowadzić do zagrożeń w zakresie ochrony, zmniejszenia bezpieczeństwa i prywatności.

Minimalna powierzchnia mieszkalna powinna odzwierciedlać normy kulturowe i społeczne, kontekst, fazę reagowania oraz wytyczne władz krajowych lub sektora pomocy humanitarnej. Starannie rozważ potencjalne konsekwencje przyjęcia wyliczonej powierzchni minimalnej (3,5 metra kwadratowego na osobę, 4,5 metra kwadratowego w klimatach zimnych) oraz uzgodnij wszelkie przeróbki z partnerami, dążąc do jak najszybszego zapewnienia minimum wszystkim osobom.

W sytuacji, gdy należy działać szybko i ratować życie ludzi, rozważ w ramach wstępnej pomocy:

- wybudowanie pokrycia dachowego nad minimalną powierzchnią mieszkalną, a następnie zapewnienie pomocy przy budowie ścian, drzwi i okien;
- lub budowę schronienia o mniejszej powierzchni użytkowej, a następnie powiększanie powierzchni użytkowej.

W niektórych sytuacjach standard powierzchni może być podyktowany ograniczeniami natury fizycznej. Może to być osiedle zamknięte, gęsto zaludniony obszar miejski lub ekstremalne warunki klimatyczne, w których materiały do budowy schronień nie są łatwo dostępne. Wskazana powierzchnia minimalna ma

zastosowanie w sytuacji kryzysowej oraz jako tymczasowe lub przejściowe opcje schronienia. W przypadku, gdy pobyt się przedłuża, należy rozważyć ponownie obliczenia powierzchni mieszkalnej. W fazie odbudowy należy uwzględnić akceptowalne standardy lokalne i strategie wyjścia.

Zaangażuj w jak największym stopniu dotknięte społeczności i gospodarstwa domowe w ustalanie rodzaju pomocy, która będzie świadczona. Skonsultuj się z osobami, które spędzają więcej czasu w zadaszonych przestrzeniach mieszkalnych, a także z osobami, które zmagają się z trudnościami z poruszaniem się lub przeszkodami w dostępie. Zadbaj, aby powierzchnia mieszkalna była łatwo dostępna dla osób niepełnosprawnych oraz dla osób, które z nimi mieszkają. Osoby niepełnosprawne, szczególnie osoby niepełnosprawne intelektualnie i dotknięte niepełnosprawnością psychospołeczną mogą mieć większe potrzeby w zakresie ilości miejsca.

Praktyki kulturowe, bezpieczeństwo i prywatność: Szanuj istniejące praktyki i zwyczaje oraz rozważ, jaki jest ich wpływ na konieczność zapewnienia wewnętrznego podziału powierzchni (kotary, ściany). Przykładowo, projektuj powierzchnię mieszkalną tak, aby uwzględnić możliwość spania dalszym członkom rodziny lub różnym rodzinom w obrębie tego samego gospodarstwa domowego.

W przypadku zakwaterowania zbiorowego dobrze rozplanowane i oświetlone drogi dostępu w obrębie przestrzeni mieszkalnych ze ściankami dzielącymi powierzchnię na obszar prywatny oraz obszar gospodarstwa domowego mogą zapewnić prywatność i bezpieczeństwo poszczególnych osób.

W zakwaterowaniu zbiorowym dopuść możliwość wspólnego korzystania z powierzchni przez określone grupy osób. Przykładowo, niektóre osoby LGBTQI wolą mieszkać ze znajomymi i swoimi grupami niż ze swoimi rodzinami.

Ochrona: Zadbaj, aby lokal mieszkalny miał kilka wyjść, a obszary wewnętrzne wychodziły na obszary publiczne. Zadbaj o to, aby pracownicy potrafili zgłaszać obawy w zakresie przemocy domowej lub nadużyć, przemocy, wyzyskiwania lub zaniedbywania dzieci. Kobiety, dziewczęta i osoby, którym potrzebna jest pomoc w zakresie utrzymania higieny osobistej, często muszą mieć więcej miejsca ⊕ *patrz: Standard promocji higieny 1.3: Higiena menstruacyjna oraz nietrzymanie moczu i stolca*.

W przypadku korzystania z tymczasowego zakwaterowania zbiorowego podejmuj konkretne kroki celem zapobiegania wyzyskiwaniu seksualnemu i przemocy seksualnej. We współpracy z członkami społeczności staraj się zrozumieć zagrożenia i im sprostać, a także ustanowić trwały system rozwiązywania skarg wraz z natychmiastowymi i sprawdzalnymi działaniami.

Uwarunkowania psychospołeczne: Rozkład oraz projekt miejsca zamieszkania powinien uwzględniać otwarte i ogólnodostępne przestrzenie mieszkalne, które zwiększają szanse na socjalizację.

W klimacie ciepłym i wilgotnym projektuj i rozmieszczaj schronienia w sposób zapewniający jak największą wentylację i jak najmniejszą ekspozycję na bezpośrednie działanie promieni słonecznych. Wyższy sufit sprzyja cyrkulacji powietrza. Zakryty przylegający obszar zewnętrzny pomaga ograniczyć bezpośrednie działanie promieni słonecznych i chroni przed deszczem. Rozważ wykorzystanie sąsiadującego, zacienionego lub okrytego obszaru zewnętrznego

do przygotowania żywności i gotowania, zapewniając oddzielne miejsce do innych czynności życiowych. Dach powinien być pochyły, aby umożliwić odprowadzanie wody deszczowej, z dużymi okapami, z wyjątkiem terenów narażonych na silny wiatr. Materiał do budowy schronienia powinien być lekki i charakteryzować się niską pojemnością cieplną, jak np. drewno. Stosuj podniesione podłogi, aby zapobiegać przedostawaniu się wody do zadaszonych obszarów mieszkalnych ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia*.

W klimacie gorącym i suchym ciężki materiał budowlany (np. ziemia lub kamień) zapewnia komfort termiczny niezależnie od wahań temperatury w ciągu dnia i nocy. Można też użyć lekkiej konstrukcji o odpowiedniej izolacji. Zwróć uwagę na rozwiązania konstrukcyjne ciężkich konstrukcji na terenach narażonych na zagrożenia sejsmiczne. Staraj się zapewnić zacienione oraz wentylowane pomieszczenia mieszkalne, jeśli to możliwe i stosowne. Jeśli dostępne są tylko namioty lub folia z tworzywa sztucznego, zorganizuj dach dwuwarstwowy z wentylacją pomiędzy warstwami, aby ograniczyć przyrost ciepła promieniowania. Rozmieszczaj drzwi i otwory okienne z dala od kierunku najczęściej występującego gorącego wiatru. Podłogi wewnętrzne powinny się stykać ze ścianami zewnętrznymi bez szczelin, aby nie przedostawał się pył ani wektory chorób.

W klimacie zimnym lepszym rozwiązaniem będzie niski sufit, aby zminimalizować kubaturę wewnętrzną, która wymagania ogrzania. Schronienia zajmowane w ciągu dnia muszą być wykonane z ciężkiej konstrukcji o wysokiej pojemności cieplnej. W przypadku schronień zajmowanych tylko w nocy bardziej odpowiednia będzie lekka konstrukcja o niższej pojemności cieplnej i dobrej izolacji. Ogranicz przepływ powietrza, szczególnie wokół drzwi i otworów okiennych, w celu zapewnienia dobrego samopoczucia, jednocześnie dbając o właściwą wentylację na potrzeby ogrzewaczy powietrza lub pieców kuchennych.

Odpowiednia wentylacja umożliwia utrzymanie zdrowego otoczenia wewnętrznego, zapobiega kondensacji i ogranicza rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. Zmniejsza działanie dymu pochodzącego z wewnętrznych pieców kuchennych, które mogą wywoływać infekcje oddechowe i problemy ze wzrokiem. W miarę możliwości rozważ wentylację naturalną.

Zwalczanie wektorów: Nisko położone tereny, gruz i opuszczone budynki mogą stanowić lęgowiska dla wektorów, które mogą stanowić zagrożenia zdrowia publicznego. W przypadku osiedli komunalnych wybór terenu i aktywne łagodzenie zagrożeń związanych z wektorami to sprawy kluczowe w kontekście ograniczania wpływu chorób wektorowych ⊕ *patrz: Standard zwalczania wektorów 4.2: Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w celu zwalczania wektorów*.

4. Artykuły gospodarstwa domowego

Pomoc w zakresie artykułów gospodarstwa domowego sprzyja przywróceniu i utrzymaniu zdrowia, godności oraz bezpieczeństwa, a także wykonywaniu codziennych czynności domowych wewnątrz i wokół domu. Ten standard dotyczy artykułów niezbędnych do spania, przygotowania oraz przechowywania żywności, spożywania jedzenia i picia, komfortu termicznego, oświetlenia oraz odzieży osobistej. Rozdział WASH zawiera więcej informacji na temat takich elementów jak moskitiery, wiadra, przechowywanie wody i artykuły higieniczne.

Standard schronienia i zasiedlenia 4: Artykuły gospodarstwa domowego

Pomoc w zakresie artykułów gospodarstwa domowego sprzyja przywróceniu oraz utrzymaniu zdrowia, godności i bezpieczeństwa, a także wykonywaniu codziennych czynności domowych wewnątrz oraz wokół domu.

Kluczowe działania

1. Oceń i zapewnij dostęp do artykułów, które umożliwiają gospodarstwom domowym powrót do normalności oraz kontynuację niezbędnych czynności domowych.
   - Weź pod uwagę różne potrzeby w zależności od wieku, płci, niepełnosprawności, praktyk społecznych i kulturowych, a także liczby członków rodziny.
   - Wyznaczaj priorytetowy dostęp do artykułów niezbędnych do wykonywania czynności domowych, odzieży osobistej, artykułów higienicznych oraz wspierających zdrowie i bezpieczeństwo.
2. Zdecyduj, jak skutecznie i odpowiednio dostarczać pomoc w zakresie artykułów gospodarstwa domowego.
   - Rozważ, które artykuły można pozyskać lokalnie dzięki pomocy gotówkowej lub bonom, a które poprzez zaopatrzenie lokalne, regionalne lub międzynarodowe w zakresie dystrybucji rzeczowej.
   - Uwzględnij kwestie ekologiczne związane ze sposobem pakowania lub dostarczania artykułów.
3. Kontroluj dostępność, jakość oraz sposób wykorzystania artykułów gospodarstwa domowego i w razie potrzeby wprowadzaj zmiany.
   - Planuj uzupełnienie w przypadku przedłużającego się wysiedlenia.
   - Obserwuj wybrane rynki pod kątem dostępności, cen i jakości. Dostosowuj sposób zapewniania pomocy w miarę rozwoju sytuacji.

Kluczowe wskaźniki

Ludzie mają wystarczającą ilość odzieży o odpowiedniej jakości

- Minimum dwa pełne zestawy odzieży na osobę, w odpowiednim rozmiarze i dostosowane do uwarunkowań kulturowych, sezonowych oraz klimatycznych i odpowiadające na określone potrzeby

Ludzie mają wystarczającą liczbę artykułów o odpowiedniej jakości, które zapewniają bezpieczny, zdrowy sen z poszanowaniem prywatności

- Minimum jeden koc i pościel (mata na podłogę, materac, prześcieradło) na osobę W zimnym klimacie konieczne są dodatkowe koce / izolacja od podłoża
- Gdzie potrzebne, trwałe moskitiery nasączone środkami owadobójczymi

Ludzie mają wystarczającą liczbę odpowiednich artykułów do przygotowania, spożywania i przechowywania żywności

- Na jedno gospodarstwo domowe lub grupę od czterech do pięciu osób: dwa duże garnki do gotowania z uchwytami i pokrywkami, jedna misa do przygotowywania lub podawania żywności, nóż kuchenny i dwie łyżki do nakładania potraw
- Na osobę: jeden talerz, jeden zestaw sztućców i jedno naczynie do picia

Procent ludności dotkniętej, która ma dostęp do wystarczającej, bezpiecznej i przystępnej energii pozwalającej utrzymać komfort termiczny, przygotowywać żywność i zapewnić oświetlenie

Liczba incydentów powodujących szkody dla zdrowia wśród osób korzystających z pieców kuchennych, przechowujących lub pozyskujących paliwo

- Ustanów wartość wyjściową i mierz postępy w stosunku do 0

Wskazówki

Podstawowe artykuły gospodarstwa domowego o odpowiedniej jakości powinny być dostępne w wystarczającej ilości, żeby zapewnić:

- spanie, komfort termiczny i odzież osobistą;
- przechowywanie wody, przygotowanie i przechowywanie żywności, spożywanie jedzenia i picia;
- oświetlenie;
- gotowanie żywności, gotowanie wody i ogrzewanie, z uwzględnieniem paliwa lub energii ⊕ *patrz: Standard bezpieczeństwa żywnościowego i żywienie 5: Ogólne bezpieczeństwo żywnościowe*;
- higienę, z uwzględnieniem higieny menstruacyjnej lub artykułów pomocnych przy nietrzymaniu moczu i stolca: ⊕ *Patrz: Standard promocji higieny 1.2 i 1.3*;
- ochronę przed wektorami, np. moskitiery ⊕ *patrz: Standardy WASH dotyczące kontroli wektorów 4.2*;
- bezpieczeństwo przeciwpożarowe.

Wybór odpowiednich artykułów gospodarstwa domowego: Artykuły gospodarstwa domowego powinny być zapewniane w ramach ogólnego planu. Określając rodzaj, ilość i jakość artykułów, traktuj priorytetowo artykuły ratujące życie. Rozważ:

- niezbędne codzienne czynności na poziomie jednostki, gospodarstwa domowego i społeczności;
- obyczaje kulturowe, stosowność i tradycje;
- bezpieczeństwo i łatwość obsługi (przy minimalnej ilości dodatkowych instrukcji lub wskazówek technicznych);
- trwałość, wskaźniki spożycia i konieczność uzupełniania;
- aktualne warunki i udogodnienia życiowe;
- dostępność na miejscu;
- potrzeby szczególne według poszczególnych kategorii ludności dotkniętej, z uwzględnieniem kobiet, dziewcząt, chłopców, niemowląt, osób starszych, osób niepełnosprawnych oraz innych osób i grup szczególnie narażonych;
- wpływ wybranych elementów na środowisko ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Bezpieczeństwo: Wszystkie artykuły plastikowe powinny być wykonane z tworzyw sztucznych przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Wszystkie artykuły metalowe powinny być wykonane ze stali nierdzewnej lub emaliowane.

Zadbaj, aby piec kuchenny był bezpiecznie oddzielony od pozostałych elementów schronienia. Wewnętrzne piece kuchenne umieszczaj na niepalnej podstawie. Zamontuj niepalną osłonę wokół komina w miejscu, w którym wychodzi na zewnątrz schronienia. Rozmieszczaj piece kuchenne z dala od wejść i w sposób zapewniający bezpieczny dostęp podczas użytkowania. Paliwo powinno być przechowywane w bezpiecznej odległości od samego pieca kuchennego, a wszelkie paliwa płynne, np. nafta, powinny się znajdować poza zasięgiem dzieci i niemowląt.

Komfort termiczny oznacza, że ludzie odczuwają komfort cieplny, są osłonięci i chronieni przed deszczem. Ubrania, koce i pościel zapewniają komfort osobisty. Maty do spania i ogrzewacze powietrza oraz urządzenia chłodzące tworzą odpowiednie warunki życiowe. Należy stosować wszystkie możliwe środki na poziomie indywidualnym i na poziomie gospodarstwa domowego, aby zapobiegać hipotermii lub udarom cieplnym.

Przystępne paliwo i dostawa energii do gospodarstwa domowego: Źródła paliw i innych energii są konieczne w celu zapewnienia oświetlenia, warunków do gotowania, komfortu termicznego i komunikacji. Gromadzenie lub płacenie za paliwo lub energię jest kosztem stałym, który należy odpowiednio zaplanować. Propaguj techniki gotowania, które są wydajnie energetycznie, z uwzględnieniem stosowania oszczędnych pieców kuchennych, przygotowania drewna opałowego, walki z ogniem, technik przygotowania żywności i wspólnym gotowaniem. Skonsultuj się z osobami poszkodowanymi przez kryzys oraz społecznością przyjmującą w sprawie lokalizacji i sposobów gromadzenia paliw, aby omówić kwestie związane z bezpieczeństwem osobistym i ekologią.

Sztuczne oświetlenie należy zapewniać zgodnie z potrzebami, aby wzmocnić bezpieczeństwo osobiste wewnątrz i wokół osiedli, w których nie ma oświetlenia ogólnodostępnego. Poza zapałkami i świecami rozważ zastosowanie energooszczędnego oświetlenia sztucznego, np. diod elektroluminescencyjnych (LED) i paneli słonecznych.

Programy mechanizmów rynkowych dotyczące artykułów gospodarstwa domowego: Ocena rynku w zakresie artykułów gospodarstwa domowego powinna

stanowić element szerszej oceny systemu rynkowego. W miarę możliwości dostarczanie artykułów gospodarstwa domowego powinno wspierać rynki lokalne. Przeanalizuj wydatki na te artykuły w ramach ogólnego modelu wydatków gospodarstwa domowego. Obserwuj je w miarę upływu czasu i odpowiednio zmieniaj oraz koryguj ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Dystrybucja: Planuj wydajne oraz sprawiedliwe metody dystrybucji w ramach konsultacji z lokalnymi władzami i ludnością dotkniętą. Zadbaj, aby osoby lub gospodarstwa szczególnie narażone były ujęte na listach dystrybucji i miały dostęp zarówno do informacji, jak i dystrybucji. Punkty dystrybucji należy wybierać starannie z uwzględnieniem odległości do pokonania pieszo, warunków terenowych i kwestii praktycznych związanych z transportowaniem większych towarów, np. elementów wzmacniających schronienia. Rozważ wykorzystanie pojemników do przechowywania oraz transportu artykułów osobistych i gospodarstwa domowego.

Nadzór po dystrybucji: Oceń odpowiedniość procesu dystrybucji i samych artykułów gospodarstwa domowego. Jeżeli artykuły nie są używane lub są sprzedawane na rynku bądź jeżeli występują opóźnienia w dostępie do artykułów, dostosuj proces lub produkty. Miej świadomość, że w miarę upływu czasu potrzeby ulegają zmianie, a programy powinny być adekwatne do tych zmian.

5. Wsparcie techniczne

Pomoc techniczna stanowi nieodłączną część działań związanych z reagowaniem w zakresie schronienia i zasiedlenia. Wspiera samodzielną odbudowę podejmowaną przez ludność dotkniętą oraz poprawia jakość i bezpieczeństwo ich schronienia oraz zasiedlenia. Ważne jest, aby poszkodowane gospodarstwa domowe lub społeczności aktywnie uczestniczyły w wyborze własnego miejsca do zamieszkania, konstrukcji schronienia, układu miejsca i materiałów, a także nadzorowaniu lub wykonywaniu prac związanych z budową schronień i innymi pracami budowlanymi.

Standard schronienia i zasiedlenia 5: Wsparcie techniczne

Ludzie mają dostęp do odpowiedniego wsparcia technicznego zapewnianego na czas.

Kluczowe działania

1. Zrozum praktyki planowania i budowy, dostępne materiały, wiedzę oraz możliwości, jakie istniały przed kryzysem.
   - W konsultacji z ludnością dotkniętą, lokalnymi firmami budowlanymi i władzami uzgodnij praktyki oraz materiały budowlane i znajdź wiedzę fachową potrzebną do zapewnienia jakości.
2. Zaangażuj i wspieraj w trakcie budowy ludność dotkniętą, miejscowe władze oraz lokalnych specjalistów.
   - Przestrzegaj obowiązujących kodeksów planowania i budowy, specyfikacji materiałów i standardów jakości odpowiednio do zakładanego okresu użytkowania schronienia, zasiedlenia i interwencji dotyczącej gospodarstw domowych.
   - Optymalizuj praktyki budowlane i lokalne możliwości uzyskiwania środków do życia.
3. Propaguj bezpieczniejsze praktyki budowlane, które pozwalają spełniać bieżące potrzeby schronienia i minimalizować przyszłe zagrożenia.
   - W przypadku domów lub schronień zniszczonych lub uszkodzonych określ ryzyko oraz zagrożenia konstrukcyjne, przyczyny wszelkich uszkodzeń i co może nie zadziałać w przyszłości.
   - W miarę możliwości wyciągaj wnioski, udoskonalaj i wprowadzaj innowacje w lokalnych praktykach budowlanych. Ułatwiaj przekazywanie wiedzy w ramach propagowania odpowiednich praktyk budowlanych.
4. Zadbaj, aby ludzie mieli dostęp do właściwego wsparcia technicznego.
   - Rozważ, czy potrzebna będzie specjalistyczna wiedza fachowa, jak przestrzegać kodeksów i standardów budowalnych oraz jak zwiększać zdolności techniczne wśród ludności dotkniętej.

- Zwracaj uwagę na ludzi, którzy mają ograniczone zdolności, możliwości lub szanse wykonywania zadań związanych z budową w sposób bezpieczny i prawidłowy pod względem technicznym lub negocjuj możliwość zajmowania istniejącej nieruchomości, która jest bezpieczna i prawidłowa pod względem technicznym.

5 Wprowadź odpowiednie zarządzanie projektem w zakresie materiałów, finansów, pracy, wsparcia technicznego i procesów zgodnie z wymaganiami uzyskania zgody organu regulacyjnego, aby zapewnić odpowiednią jakość wyników.

- Przestrzegaj odpowiednich procedur przetargowych, procedur składania ofert, zamówień i zarządzania budową, a także kodeksów postępowania.
- Zachęcaj do stosowania dostępnych na miejscu, trwałych i znanych technologii, narzędzi oraz materiałów i zatrudniaj miejscowych pracowników do utrzymywania oraz udoskonalania schronień.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek programów, w ramach których władze lokalne są zaangażowane w definiowanie standardów budowlanych i nadzorowanie działalności budowlanej

Odsetek działalności budowlanej, która wykazuje aktywne zaangażowanie ludności dotkniętej

Odsetek poszczególnych schronień, które są budowane, naprawiane, modernizowane, ulepszane lub utrzymywane zgodnie z ustalonymi bezpiecznymi praktykami budowlanymi do określonego kontekstu i zagrożeń

Odsetek gospodarstw domowych, które zgłaszają, że otrzymały odpowiednią pomoc techniczną i wskazówki

Wskazówki

Uczestnictwo i współdziałanie z osobami dotkniętymi: Uczestnictwo w działaniach w zakresie schronienia i budowy powinno przebiegać zgodnie z istniejącymi praktykami lokalnymi. Programy szkoleniowe i programy praktyk mogą zwiększyć możliwości uczestniczenia wszystkich osób dotkniętych (osób bezpośrednio poszkodowanych i społeczności przyjmującej) w budowie. Stwarzaj szanse uczestnictwa dla kobiet i osób niepełnosprawnych. Osoby, które mają mniejsze możliwości wykonywania prac fizycznych, mogą uczestniczyć w takich działaniach jak nadzorowanie terenu, kontrola zapasów, wsparcie administracyjne, opieka nad dziećmi czy przygotowanie jedzenia dla osób zaangażowanych w prace budowlane. Miej na uwadze, że osoby poszkodowane mogą mieć wzajemnie kolidujące ograniczenia czasowe. Grupy wolontariuszy składające się z ochotników lub zatrudnieni pracownicy mogą wspomagać prace budowlane indywidualnych gospodarstw domowych, w szczególności tych prowadzonych przez kobiety, dzieci, osoby starsze lub osoby niepełnosprawne. Takie wsparcie jest istotne, ponieważ takie grupy mogą być narażone na ryzyko wyzyskiwania seksualnego przy poszukiwaniu wsparcia budowlanego.

Angażowanie młodych ludzi w prace budowlane: Uczestniczenie w projekcie budowlanym może dać młodym osobom cenne umiejętności, pewność siebie, poprawić samoocenę i przynależność do społeczności.

Dbaj, aby dzieci w wieku poniżej ustawowego minimalnego wieku pracownika nie uczestniczyły w budowaniu schronień ani programach schronienia typu „gotówka za pracę". Dzieci w wieku od minimalnego progu wiekowego (zwykle między 14 a 15 rokiem życia) do ukończenia 18 roku życia powinny partycypować w sposób odpowiedni do wieku i rozwoju. Zadbaj, aby ich uczestnictwo było zgodne z odpowiednimi przepisami krajowymi. Koniecznie należy wdrożyć stosowne środki w celu przestrzegania standardów międzynarodowych i krajowego prawa pracy, aby unikać pracy w niebezpiecznych warunkach oraz pracy nieletnich. Wszelkie podejrzane przypadki lub pytania w sprawie pracy dzieci należy kierować do specjalistów zajmujących się ochroną dzieci lub służb socjalnych ⊕ *patrz: Podręcznik MSOD (Minimalne Standardy Ochrony Dzieci)*.

Kompetencje zawodowe: Prowadź doradztwo w takich kwestiach, jak planowanie przestrzenne, lokalne techniki budowlane, ocena zniszczeń, rozbiórka i usuwanie gruzu, budowa, zarządzanie placem budowy, ocena istniejących zasobów budowlanych oraz zabezpieczenie prawa do zamieszkania. To może pomóc w zapewnieniu spełnienia ustanowionych standardów schronienia. Przydatna jest również znajomość rynków materiałów i pracy, jak również wsparcie prawne i administracyjne ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania.*

Przestrzeganie kodeksów budowlanych: Dowiedz się, czy lokalne lub krajowe kodeksy budowlane są zwykle przestrzegane lub egzekwowane. Jeżeli nie, propaguj ich stosowanie i przestrzeganie. Kodeksy powinny odzwierciedlać lokalną kulturę mieszkaniową, warunki klimatyczne, zasoby, możliwości budowlane i dotyczące konserwacji, dostępność oraz przystępność. Zadbaj, aby programy schronień umożliwiały gospodarstwom domowym spełnianie lub stopniowe osiąganie uzgodnionych kodeksów i standardów szczególnie w programach wykorzystujących pomoc pieniężną do zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych. W przypadku braku standardów wprowadź Standardy Minimalne we współpracy z lokalnymi władzami oraz odpowiednimi interesariuszami (w miarę możliwości uwzględniając ludność dotkniętą), aby zagwarantować spełnienie wymogów w zakresie bezpieczeństwa i wykonania.

Zwiększanie możliwości technicznych: Zwiększaj możliwości społeczności poprzez angażowanie się w szkolenia i budowanie świadomości wśród ludności dotkniętej, władz lokalnych, miejscowych firm budowlanych, wykwalifikowanej oraz niewykwalifikowanej siły roboczej, właścicieli, ekspertów prawnych i lokalnych partnerów.

W lokalizacjach podatnych na kryzysy występujące cyklicznie lub sezonowo zaangażuj specjalistów technicznych i miejscowych ekspertów, którzy mają doświadczenie w realizacji odpowiednich rozwiązań lokalnych lub najlepszych praktyk. Takie osoby mogą zapewnić wiedzę niezbędną do opracowania zasad projektowania i praktyk budowlanych oraz wspomóc stworzenie lepszych rozwiązań.

Pozyskiwanie materiałów: Jeżeli istnieje możliwość szybkiego dostarczenia odpowiednich materiałów budowlanych, ludność dotknięta może budować schronienia samodzielnie. Takie rozwiązania w zakresie schronienia mogą się składać z odrębnych komponentów lub uprzednio zaprojektowanych zestawów, przy

zastosowaniu odpowiednich narzędzi budowlanych. Szybka ocena i analiza rynku oraz ocena oddziaływania na środowisko powinna zapewnić informacje potrzebne do wyboru materiałów.

Pozyskiwanie materiałów na rynku lokalnym może wpłynąć na lokalną gospodarkę, siłę roboczą lub środowisko naturalne. W niektórych sytuacjach materiały o odpowiedniej jakości mogą nie być dostępne na miejscu. W takich przypadkach korzystaj z alternatywnych materiałów lub procesów produkcyjnych bądź komercyjnych systemów schronień, jednakże rozważ wpływ stosowania materiałów, które są nieznane w kulturze lokalnej. Unikaj materiałów, które są produkowane w ramach wyzyskiwania miejscowych pracowników i dzieci.

Bezpieczne budynki użyteczności publicznej Buduj lub naprawiaj tymczasowe i stałe budynki użyteczności publicznej takie jak szkoły oraz ośrodki zdrowia, aby nie stanowiły zagrożenia zdrowia publicznego i były odporne na katastrofy. Takie obiekty powinny spełniać standardy budowlane i procedury zatwierdzenia. Zapewnij bezpieczeństwo oraz dostęp wszystkim ludziom, także osobom z trudnościami w poruszaniu się i komunikowaniu (w miarę możliwości koordynuj działania z organizacjami reprezentującymi osoby niepełnosprawne). Konsultuj się z odpowiednimi władzami przy naprawie i budowaniu takich budynków. Ustanów przystępną strategię obsługi i konserwacji.

Zarządzanie zamówieniami i budową: Opracuj harmonogram budowy, który zawiera kluczowe cele pośrednie, np. daty rozpoczęcia i zakończenia oraz daty i okres trwania przeniesienia osób wysiedlonych. Ma to zastosowanie również kiedy to właściciel lub wykonawca zarządza budową. Harmonogram powinien wskazywać spodziewany początek pogody sezonowej i obejmować plan awaryjny w przypadku zdarzeń nieprzewidzianych. Wprowadź system zarządzania budową i jej kontroli uwzględniający materiały, robociznę oraz nadzorowanie placu budowy. Powinien on uwzględniać pozyskiwanie, zamówienia, transport, obsługę i administrację w trakcie trwania procesu.

Zatrudniaj lokalnych pracowników w możliwie jak największym stopniu, aby zwiększać zakres ich umiejętności i wspierać środki do życia ludności dotkniętej. Zatrudniaj specjalistów (np. inżynierów, architektów, urbanistów, kierowników projektów lub prawników) do wykonania konkretnych zadań.

Dbaj, aby zajęto się kwestiami związanymi z ochroną środowiska. Promuj społecznie akceptowane wtórne wykorzystanie odzyskanych materiałów, jeżeli da się potwierdzić prawa do takich materiałów oraz ich jakości ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska*.

Ulepszanie i konserwacja: W ramach początkowego reagowania w zakresie schronienia zwykle zapewnia się minimalny poziom zadaszonej lub ogrodzonej powierzchni mieszkalnej. Jednakże wstępne metody i materiały budowlane powinny umożliwić gospodarstwom domowym utrzymanie, przystosowanie lub ulepszenie swoich schronień, aby spełniały ich potrzeby długoterminowe. Przeróbki w miarę możliwości powinny być wykonywane w sposób bezpieczny z wykorzystaniem dostępnych na miejscu, znanych i przystępnych narzędzi oraz materiałów.

Narzędzia komunalne: Ustanów procedury, które określają jak korzystać, utrzymywać oraz bezpiecznie przechowywać narzędzia i materiały komunalne lub wspólnie użytkowane.

6. Zabezpieczenie prawa do mieszkania

Zabezpieczenie prawa do mieszkania oznacza, że ludzie mogą mieszkać w swoich domach bez obaw o przymusowe wysiedlenie, zarówno w przypadku osiedli komunalnych, osad nieformalnych, społeczności przyjmujących, jak i po powrocie do domu. Jest fundamentem prawa do odpowiednich warunków mieszkaniowych oraz wielu innych praw człowieka. W kontekście humanitarnym najbardziej właściwe może się okazać podejście stopniowe lub etapowe. Uznaje ono, że osoby wysiedlone mogą otrzymywać wsparcie umożliwiające poprawę ich warunków życia w różnych rodzajach zakwaterowania. Nie oznacza to, że należy priorytetowo traktować pomoc dla właścicieli, ani nie gwarantuje ciągłości lub tytułu własności. Podmioty zapewniające schronienie opracowują zrozumienie pojęcia „wystarczająco bezpieczny" w kontekście projektowania opcji schronienia, które wspierają osoby najbardziej narażone i niepewne prawa do zamieszkania. Więcej informacji na temat należytej staranności i koncepcji „wystarczająco bezpieczny" ⊕ *patrz: Odniesienia: Payne and Durand-Lasserve (2012)*.

Standard schronienia i zasiedlenia 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania

Ludność dotknięta ma zabezpieczone prawo do mieszkania w ramach dostępnych opcji schronienia i zasiedlenia.

Kluczowe działania

1 Zachowuj należytą staranność przy projektowaniu i wdrażaniu programu.

- Uzyskaj jak największą pewność prawną w kwestii prawa do mieszkania (podejście „wystarczająco bezpieczny"), biorąc pod uwagę kontekst i ograniczenia.
- Stawiaj na koordynację i współpracę z władzami lokalnymi, przedstawicielami zawodów prawniczych oraz forami międzyagencyjnymi.

2 Zapoznaj się z ramami prawnymi i rzeczywistością w terenie.

- Dopasuj systemy prawa do mieszkania oraz stosowne uzgodnienia do różnych scenariuszy dotyczących schronienia i zasiedlenia po kryzysie. Określ ich wpływ na grupy najbardziej narażone.
- Współpracuj z władzami lokalnymi, aby zrozumieć, które regulacje będą egzekwowane, a które nie, a także stosowne ramy czasowe.
- Dowiedz się, w jaki sposób zarządza się sprawami dotyczącymi prawa do mieszkania oraz jak rozwiązuje się spory, a także w jakim stopniu mogło to ulec zmianie od czasu wybuchu kryzysu.

3 Zrozum, w jaki sposób systemy, uzgodnienia i praktyki dotyczące prawa do mieszkania wpływają na zabezpieczenie prawa do mieszkania grup narażonych na ryzyko.

- Uwzględnij zabezpieczenie prawa do mieszkania jako wskaźnik podatności na zagrożenia.
- Zrozum, jakie dokumenty mogą być potrzebne osobom uczestniczącym w programie. Weź pod uwagę, że osoby najbardziej narażone mogą nie mieć tych dokumentów lub nie być w stanie ich uzyskać.
- Zadbaj, aby działanie pomocowe nie sprzyjało w szczególny sposób użytkownikowi będącemu właścicielem ani uzgodnieniom o charakterze własnościowym.

4 Wdrażaj programy schronienia i zasiedlenia celem zabezpieczenia prawa do mieszkania.

- Korzystaj z miejscowej wiedzy fachowej, aby dostosować program do różnych rodzajów prawa do mieszkania, zwłaszcza w przypadku grup szczególnie narażonych.
- Zadbaj, aby dokumentacja taka jak umowy o prawie do zamieszkania była prawidłowo sporządzona i odzwierciedlała prawa wszystkich stron.
- Ogranicz ryzyko, z powodu którego program schronienia może wywołać lub przyczynić się do napięć w obrębie społeczności oraz z okolicznymi społecznościami lokalnymi.

5 Wspieraj ochronę przed przymusowym wysiedleniem.

- W przypadku wysiedlenia lub ryzyka wysiedlenia zajmij się zgłoszeniami dotyczącymi ustalenia alternatywnych rozwiązań w zakresie schronienia i innej pomocy sektorowej.
- Zapewnij pomoc przy rozwiązywaniu sporów.

Kluczowe wskaźniki

Procent osób korzystających ze schronienia, które mają zabezpieczone prawo do mieszkania w dostępnej opcji schronienia i zasiedlenia co najmniej przez okres trwania danego programu pomocowego.

Procent osób korzystających ze schronienia, które mają stosowną umowę dotyczącą zabezpieczenia prawa do mieszkania w dostępnej opcji schronienia i zasiedlenia.

Procent osób korzystających ze schronienia i mających problemy z prawem do mieszkania, które skorzystały – bezpośrednio lub w drodze skierowania – z usług prawnych i/lub mechanizmów rozwiązywania sporów.

- ⊕ *Patrz: Zasada Ochrony 4.*

Wskazówki

Prawo do mieszkania jest porozumieniem między grupami lub osobami indywidualnymi dotyczącym lokalu mieszkalnego i gruntu, ustanowionym zgodnie z prawem powszechnym lub zwyczajowym, w sposób nieformalny lub w ramach uzgodnień religijnych. Systemy prawa do mieszkania określają, kto może korzystać z których zasobów, przez jak długo i na jakich warunkach. Istnieje wiele form porozumień w zakresie prawa do mieszkania, np. pełna własność i formalne umowy najmu oraz miejsce do zamieszkania w nagłych sytuacjach i zajmowanie gruntów w przypadku

zasiedleń nieformalnych. Niezależnie od porozumienia dotyczącego prawa do mieszkania wszystkie osoby dalej zachowują prawa do zasobów mieszkaniowych, gruntów i nieruchomości. Osoby mieszkające w zasiedleniach nieformalnych, które są często wewnętrznie wysiedlane, mogą nie posiadać tytułu prawnego do zajmowania gruntu, lecz nadal mają prawo do odpowiednich warunków mieszkaniowych i ochrony przed przymusowym wysiedleniem z domu. Aby ustalić, czy funkcjonuje odpowiednie zabezpieczenie prawa do mieszkania, niezbędne będą takie informacje jak dokumentacja dotycząca prawa do mieszkania oraz stosowanie przez organizację należytej staranności.

Zabezpieczenie prawa do mieszkania jest integralną częścią prawa do odpowiednich warunków mieszkaniowych. Gwarantuje ochronę prawną przed przymusowym wysiedleniem, prześladowaniem oraz innymi zagrożeniami, jak również umożliwia ludziom mieszkanie we własnych domach w poczuciu bezpieczeństwa, pokoju i godności. Wszyscy ludzie, w tym również kobiety, powinni mieć odpowiednio zabezpieczone prawo do mieszkania. Ważne jest, aby zrozumieć, jak wygląda zarządzanie i prowadzenie spraw dotyczących prawa do mieszkania, w tym mechanizmów rozwiązywania sporów, oraz jak mogło się to zmienić od czasu wybuchu kryzysu. Wśród danych niezbędnych do oceny zabezpieczenia prawa do zamieszkania można wymienić np. takie kwestie, jak liczba sporów, wskaźniki wysiedlenia oraz postrzeganie zabezpieczenia prawa do mieszkania.

Stopniowe prawo do mieszkania: Jednym z najbardziej skutecznych sposobów wzmocnienia zabezpieczenia prawa do mieszkania jest wykorzystanie istniejących systemów zabezpieczenia prawa do mieszkania, które cieszą się względną aprobatą społeczną. ⊕ *patrz: Źródła: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, and Payne and Durand-Lasserve \ [Model zabezpieczenia społecznego prawa do mieszkania wg UN Habitat and GLTN oraz Payne and Durand-Lasserve] (2012)*.

Uwarunkowania miejskie: Większość osób wysiedlonych w uwarunkowaniach miejskich mieszka w nieformalnych osadach lub w wynajmowanych nieruchomościach bez formalnego prawa własności, umów najmu czy umów dotyczących użytkowania. W związku z tym ryzyko przymusowego wysiedlenia i związane z nim formy wyzyskiwania oraz prześladowania stanowią nieodłączny element ich życia. W ramach opcji pomocy w zakresie schronienia oraz zasiedlenia na terenach miejskich należy uwzględniać złożone sytuacje dotyczące prawa do mieszkania i rozpatrywać podejścia nastawione na stopniowe zabezpieczanie prawa do mieszkania dla najemców, osadników nieformalnych, dzikich lokatorów oraz innych osób.

Zasada „nie szkodzić": W niektórych kontekstach interwencja humanitarna w zakresie schronienia może doprowadzić do wysiedlenia grup szczególnie narażonych. W innych sytuacjach zwracanie uwagi na kwestie związane z zabezpieczeniem prawa do mieszkania może zwiększyć ryzyko wysiedlenia grup szczególnie narażonych. Podejście oparte na zachowaniu należytej staranności pozwoli określić zagrożenia związane z zabezpieczeniem prawa do mieszkania dla różnych grup. W niektórych przypadkach, w których ryzyko zabezpieczenia prawa do mieszkania jest zbyt wysokie, czasami lepiej nie podejmować żadnych działań.

Powszechne czynniki prowadzące do wysiedlenia: Zagrożenie wysiedleniem wiąże się ze złożoną interakcją wielu czynników, z których większość stanowi także podłoże dla wyzyskiwania i przemocy. Te czynniki to m.in.:

- niemożliwość opłacenia czynszu, często z powodu ograniczeń wynikających ze źródeł utrzymania takich jak prawo do pracy;
- brak pisemnych umów najmu z wynajmującymi, przez co ludzie są narażeni na wzrost cen i wysiedlenie;
- spory z wynajmującymi;
- dyskryminacja wobec osób poszkodowanych;
- ograniczenia związane z poprawą warunków mieszkaniowych, przy czym osoby naruszające zezwolenia budowlane są narażone na ciągłe ryzyko wysiedlenia;
- użytkownicy lub mieszkańcy obszarów nadających się do zabudowy, którzy nie są w stanie uregulować swojej sytuacji z administracją publiczną;
- transakcje mieszkaniowe odbywające się na zasadach przyjętych zwyczajów lub ram religijnych, które nie są uznawane przez powszechne prawo lub vice versa;
- w przypadku kobiet: rozwód, przemoc ze strony partnera oraz inne formy przemocy domowej lub śmierć męża; oraz
- brak dokumentów identyfikacyjnych w przypadku kobiet (mogą być uwzględnione w dokumentach ojca lub męża) oraz w przypadku grup marginalizowanych lub prześladowanych.

Wysiedlenie i przeniesienie: Przesiedlenie może być zgodne z przepisami w zakresie prawa człowieka w kwestii ochrony zdrowia i bezpieczeństwa mieszkańców narażonych na klęski żywiołowe, zagrożenia dla środowiska naturalnego lub ochrony kluczowych zasobów środowiskowych. Jednakże, niewłaściwe stosowanie przepisów mających na celu ochronę zdrowia i bezpieczeństwa publicznego lub środowiska, aby usprawiedliwić wysiedlenie w przypadku braku rzeczywistego zagrożenia, lub gdy dostępne są inne opcje, jest sprzeczne z międzynarodowymi prawami człowieka.

7. Zrównoważony rozwój środowiska

Ekologia zajmuje się takimi kwestiami, jak odpowiedzialne tworzenie programów, które spełniają aktualne potrzeby bez narażania zdolności przyszłych pokoleń do zaspokajania ich własnych potrzeb. Ignorowanie zagadnień ekologicznych w perspektywie krótkoterminowej może zagrażać odbudowie, nasilić istniejące problemy lub wywoływać nowe ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1* i *Zobowiązania Podstawowego Standardu Humanitarnego 3 i 9*.

Standard schronienia i zasiedlenia 7: Zrównoważony rozwój środowiska

Pomoc w zakresie schronienia i zasiedlenia minimalizuje negatywny wpływ programów na środowisko naturalne.

Kluczowe działania

1. Włącz ocenę i zarządzanie oddziaływaniem na środowisko do wszystkich działań planowania schronienia i zasiedlenia.
   - Oceń wpływ kryzysu na środowisko oraz zagrożenia i podatności związane z ochroną środowiska, aby zminimalizować negatywne skutki rozwiązań dotyczących schronienia i zasiedlenia.
   - Włącz plan zarządzania ochroną środowiska do działań i procedur kontrolnych.
2. Wybieraj spośród wykonalnych opcji najbardziej ekologiczne materiały i techniki.
   - Wybieraj rozwiązania, które nie wyczerpują lokalnych zasobów naturalnych ani nie przyczyniają się do długoterminowych szkód w środowisku.
   - Odzyskuj i wykorzystuj wtórnie, poddawaj recyklingowi lub zmieniaj przeznaczenie dostępnych materiałów, z uwzględnieniem gruzu.
3. Utylizuj odpady stałe w sposób bezpieczny, terminowy, uwzględniający specyfikę kulturową i ekologiczny na terenie wszystkich osiedli.
   - W koordynacji z WASH, organami opieki zdrowotnej, usługodawcami z sektora robót publicznych i innymi władzami, sektorem prywatnym oraz innymi interesariuszami ustanów lub ponownie wprowadź ekologiczne praktyki zarządzania odpadami.
4. Ustanów, przywróć i propaguj bezpieczne, niezawodne, przystępne i ekologiczne systemy dostawy energii.
   - Ustal, czy istniejące systemy dostawy energii mają negatywny wpływ na zasoby naturalne, zanieczyszczenie, zdrowie i bezpieczeństwo.

- Zadbaj, aby nowe lub zweryfikowane opcje dostawy energii spełniały potrzeby użytkowników oraz zapewnij szkolenie i działania następcze stosownie do potrzeb.

5 Chroń, przywracaj i usprawniaj wartość ekologiczną obiektów operacyjnych (np. osiedli tymczasowych) w trakcie użytkowania i po jego zaprzestaniu.

- Oceń warunki wyjściowe środowiska i dostępne zasoby naturalne dla każdego obiektu oraz określ zagrożenia w zakresie ochrony środowiska z uwzględnieniem kwestii związanych z wcześniejszymi zastosowaniami w celach komercyjnych lub przemysłowych.
- Eliminuj bezpośrednie i oczywiste zagrożenia z danego obszaru oraz usuwaj wszelkie poważne szkody dla środowiska, jednocześnie dbając o to, aby w jak najmniejszym stopniu likwidować naturalną wegetację i zakłócać naturalne odprowadzanie wody.
- Pozostaw teren w stanie, który pozwoli miejscowej ludności od razu go używać, w lepszym stanie niż wcześniej, jeśli warunki na to pozwolą.

Kluczowe wskaźniki

Procent działań w zakresie schronienia i zasiedlenia, które poprzedza przegląd środowiskowy

Liczba zaleceń wynikających z planu zarządzania i nadzoru w zakresie ochrony środowiska, które zostały wprowadzone

Procent konstrukcji schronień, w których wykorzystuje się materiały budowlane i metody zamówień o niskiej emisji dwutlenku węgla

Procent odpadów stałych w obiekcie, które są ponownie wykorzystywane, których przeznaczenie ulega zmianie lub które podlegają recyklingowi

- Cel > 70 procent objętości

Procent obiektów zasiedlenia tymczasowego, które są przywracane do lepszych warunków środowiskowych, niż te, które panowały przed ich wykorzystaniem

Wskazówki

Ocena oddziaływania na środowisko składa się z trzech elementów: opisu stanu początkowego środowiska lokalnego, w stosunku do którego przeprowadzana jest ocena; zrozumienia proponowanego działania i jego potencjalnego zagrożenia dla środowiska oraz zrozumienia konsekwencji, jakie niesie takie zagrożenie w przypadku jego wystąpienia.

Dobrym pomysłem może być skonsultowanie się z odpowiednimi agencjami ochrony środowiska. Kluczowe punkty do rozważenia w ocenie wpływu środowiskowego to:

- dostęp do lokalnych zasobów naturalnych przed kryzysem oraz ich wykorzystanie, z uwzględnieniem paliwa i materiałów konstrukcyjnych, pozyskiwania wody oraz utylizacji odpadów;
- stopień dostępności lokalnych zasobów naturalnych i wpływ kryzysu na te aktywa; oraz

- kwestie społeczne, gospodarcze i kulturowe (z uwzględnieniem ról płciowych), które mogą wpływać na stabilność działań w zakresie reagowania oraz usprawnić ich ogólną skuteczność i wydajność.

Pozyskiwanie materiałów: Pozyskując zasoby naturalne takie jak woda, drewno, piasek, ziemia i trawy oraz paliwa do produkcji cegły piecowej i dachówek, pamiętaj o oddziaływaniu na środowisko. Propaguj wykorzystywanie różnorodnych źródeł, ponowne wykorzystanie odzyskanych zasobów i produkcję materiałów alternatywnych. Dolesianie może być dobrym sposobem na produkcję ekologicznych materiałów budowlanych. Unikaj stosowania materiałów, które zostały wytworzone w warunkach związanych z wyzyskiwaniem dorosłych i dzieci ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Wybór terenu: Wybór terenu powinien wynikać z ocen oddziaływania na środowisko. Na przykład umiejscowienie osiedli w pobliżu istniejącej infrastruktury może ograniczyć wpływ na środowisko związany z budową nowej infrastruktury. Weź pod uwagę narażenie na ryzyko związane z klimatem ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia*.

Erozja: Zachowuj drzewa oraz inną roślinność celem stabilizacji gleby i zapewnienia maksymalnego zacienienia oraz ochrony przed klimatem. Wykorzystanie naturalnych konturów powierzchni do budowy takiej infrastruktury, jak drogi, ścieżki oraz sieci odprowadzania wody, pozwala ograniczyć erozję i powodzie. W miarę potrzeby wprowadź kanały odwodnieniowe, orurowane ciągi odprowadzania wody pod drogami lub obsadzone roślinnością wały ziemne, aby zapobiec erozji gleby. Jeżeli nachylenie terenu wynosi więcej niż pięć procent, należy zastosować odpowiednie techniki inżynieryjne celem zapobiegania nadmiernej erozji.

Gospodarowanie pozostałościami i ponowne wykorzystanie lub zmiana przeznaczenia odpadów: Zaplanowanie utylizacji gruzu bezpośrednio po kryzysie zachęca do odzyskiwania gruzu do ponownego wykorzystania, zmiany przeznaczenia lub bezpiecznego unieszkodliwienia.

Istnieje potencjalna możliwość ponownego wykorzystania lub zmiany przeznaczenia odpadów w ramach działań humanitarnych. Ponowne wykorzystanie materiałów w działaniach humanitarnych w ramach bardziej systematycznej strategii gospodarowania odpadami stałymi jest uzależnione od podejść kulturowych do gospodarowania odpadami oraz bliskości przedsiębiorstw, które będą chciały kupować posegregowane materiały. Działania humanitarne stwarzają możliwości nowatorskiego wykorzystania wtórnego materiałów ⊕ *patrz: Standard gospodarowania odchodami 3.1* i *Standardy zarządzania odpadami stałymi 5.1 i 5.3*.

Energia: Pracując nad zużyciem energii weź pod uwagę klimat, dostępne zasoby naturalne, zanieczyszczenie wewnątrz i na zewnątrz budynków, wpływ na zdrowie, bezpieczeństwo i preferencje użytkowników. W miarę możliwości programy powinny ograniczać zapotrzebowanie na energię w gospodarstwach domowych. Energooszczędne rozwiązania projektowe, zastosowanie pasywnego podejścia do ogrzewania lub chłodzenia konstrukcji i korzystanie z energooszczędnych artykułów gospodarstwa domowego takich jak lampy solarne pozwala obniżyć koszty gospodarstwa domowego i ograniczyć oddziaływanie na środowisko ⊕ *patrz: Standard bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 5: Ogólne bezpieczeństwo żywnościowe*.

Określ zagrożenia dla ludności wynikające z zakłóceń w dostawach energii, np. z powodu uszkodzeń linii elektrycznych, wycieków ze zbiorników z propanem lub z olejem opałowym. W koordynacji z władzami lokalnymi oraz dostawcami energii przywracaj, dostarczaj i utrzymuj usługi energetyczne. Dotacje lub inne zachęty mogą być wykorzystane do zapewnienia bezpieczeństwa i zmniejszenia zanieczyszczenia lub zapotrzebowania na zasoby naturalne.

Gospodarowanie zasobami naturalnymi: W sytuacjach, kiedy występują ograniczenia zasobów naturalnych, które mają wspomagać powiększenie miejsc zamieszkania ludności, konieczny będzie plan gospodarowania zasobami. W miarę potrzeby skonsultuj się z ekspertami zewnętrznymi. Plan gospodarowania zasobami może sugerować zewnętrzne dostawy paliwa i opcje wypasu inwentarza żywego, produkcji rolnej oraz innych strumieni dochodów, które są uzależnione od zasobów naturalnych. Duże, właściwie prowadzone osiedla mogą być bardziej ekologiczne niż liczne mniejsze rozproszone osady, które trudnej jest prowadzić lub nadzorować. Jednakże duże osiedla komunalne mogą wywierać większą presję na okoliczne społeczności przyjmujące w porównaniu do mniejszych osad rozproszonych. Podmioty zajmujące się schronieniem powinny zawsze brać pod uwagę wpływ swoich działań na zapotrzebowanie ludności przyjmującej na zasoby naturalne ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązanie 9* i *Podręcznik LEGS*.

Środowiska miejskie i wiejskie: Ludzie zamieszkujący tereny wiejskie są ogólnie bardziej uzależnieni od zasobów naturalnych w swoim bezpośrednim otoczeniu niż mieszkańcy miast. Jednakże obszary miejskie zużywają ogromne ilości zasobów naturalnych, takich jak drewno, piasek, cement, cegły oraz inne naturalne materiały budowlane pochodzące z dużo większego obszaru występowania. Należy podejmować świadome decyzje przy wykorzystywaniu dużych ilości materiałów budowlanych w programach miejskich lub innych programach schronienia na dużą skalę, gdzie oddziaływanie na środowisko może obejmować znacznie większy teren niż obszar wdrożenia programu.

Załącznik 1
Lista kontrolna oceny schronienia i zasiedlenia

Poniższy zestaw pytań pełni rolę listy kontrolnej zapewniającej pozyskiwanie odpowiednich danych, które stanowią podstawę dla działań pokryzysowych w zakresie schronienia i zasiedlenia. Lista pytań nie jest obowiązkowa i można jej używać oraz ją korygować według potrzeby.

Informacje na temat zasadniczych przyczyn kryzysu, sytuacji w zakresie bezpieczeństwa, podstawowych danych demograficznych dotyczących ludności wysiedlonej oraz przyjmującej, a także kluczowych osób, z którymi należy się konsultować i kontaktować, należy uzyskać oddzielnie.

Ocena i koordynacja

- Czy stosowne władze i organizacje humanitarne uzgodniły mechanizm koordynacji?
- Jakie dane bazowe są dostępne na temat ludności dotkniętej i jakie są stwierdzone zagrożenia, ryzyko oraz podatności związane ze schronieniem i zasiedleniem?
- Czy istnieje plan awaryjny, który ma przełożenie na działania w zakresie reagowania?
- Jakie informacje z oceny wstępnej są już dostępne?
- Czy zaplanowano ocenę międzyagencyjną i/lub wielosektorową i czy obejmuje ona kwestie związane ze schronieniem, zasiedleniem i artykułami gospodarstwa domowego?

Dane demograficzne

- Ile osób wchodzi w skład przeciętnego gospodarstwa domowego?
- Ile osób dotkniętych mieszka w różnych rodzajach gospodarstw domowych? Rozważ grupy mieszkające poza rodziną takie jak grupy dzieci pozbawionych opieki, gospodarstwa domowe, które nie są średniej wielkości lub inne czynniki. Dezagreguj dane według płci, wieku, niepełnosprawności i etniczności, przynależności językowej lub religijnej oraz stosownie do kontekstu.
- Ile poszkodowanych gospodarstw domowych nie ma odpowiedniego schronienia i gdzie znajdują się te gospodarstwa domowe?
- Ile osób według podziału na płeć, wiek i niepełnosprawność, które nie są członkami poszczególnych gospodarstw domowych, nie ma schronienia lub jest ono nieodpowiednie, i gdzie przebywają te osoby?
- Ile spośród poszkodowanych gospodarstw domowych, które nie mają odpowiedniego schronienia, nie zostało wysiedlonych i może otrzymać pomoc w pierwotnym miejscu zamieszkania?
- Ile spośród poszkodowanych gospodarstw domowych, które nie mają odpowiedniego schronienia zostało wysiedlonych i potrzebuje schronienia u rodzin przyjmujących lub w osiedlach tymczasowych?
- Ile osób, według podziału na płeć i wiek, nie ma dostępu do obiektów komunalnych takich jak szkoły, ośrodki opieki zdrowotnej i placówki dla społeczności?

Zagrożenia

- Jakie są bezpośrednie zagrożenia życia, zdrowia oraz bezpieczeństwa wynikające z braku odpowiedniego schronienia i ile osób jest narażonych na ryzyko?
- Jakie są mniej bezpośrednie zagrożenia dla życia, zdrowia i bezpieczeństwa wynikające z braku odpowiedniego schronienia?
- W jaki sposób systemy, uzgodnienia i praktyki dotyczące prawa do mieszkania wpływają na zabezpieczenie prawa do mieszkania grup narażonych na ryzyko oraz zmarginalizowanych grup społecznych?
- Jakie są szczególne zagrożenia dla osób podatnych na ryzyko z uwzględnieniem kobiet, dzieci, osób małoletnich pozbawionych opieki oraz osób niepełnosprawnych lub dotkniętych chorobami przewlekłymi w związku z brakiem odpowiedniego schronienia, i dlaczego?
- Jaki wpływ na ludność przyjmującą ma obecność osób wysiedlonych?
- Jakie jest potencjalne ryzyko wystąpienia konfliktu lub dyskryminacji wśród lub pomiędzy grupami w obrębie populacji dotkniętej, szczególnie w odniesieniu do kobiet i dziewcząt?

Zasoby i ograniczenia

- Jakie są dostępne zasoby materialne, finansowe i ludzkie wśród ludności dotkniętej, które mogą zaspokoić niektóre lub wszystkie jej pilne potrzeby w zakresie schronienia?
- Jakie problemy występują w odniesieniu do dostępności, własności i użytkowania gruntów, które mają wpływ na możliwość zaspokojenia pilnych potrzeb w zakresie schronienia, łącznie z tymczasowymi osiedlami komunalnymi w razie potrzeby?
- Jakie zagrożenia może napotkać ludność przyjmująca, zapewniając zakwaterowanie osobom wysiedlonym w swoich własnych domach lub na przylegającym gruncie?
- Jakie są możliwości i ograniczenia mające wpływ na wykorzystanie istniejących oraz nienaruszonych budynków lub konstrukcji w celu udzielenia tymczasowego zakwaterowania wysiedlonym osobom?
- Czy dostępne wolne grunty są odpowiednie do stworzenia osiedli tymczasowych, biorąc pod uwagę topografię i inne ograniczenia związane z ochroną środowiska?
- Jakie wymogi i ograniczenia prawne mogą wpływać na opracowanie rozwiązań w zakresie schronienia?

Materiały, projekt i budowa

- Jakie wstępne materiały lub rozwiązania w zakresie schronienia udostępniły osoby poszkodowane, ludność dotknięta lub inne podmioty?
- Jakie istniejące materiały można odzyskać z uszkodzonych terenów i wykorzystać do celów odbudowy schronień?
- Jakie są typowe praktyki budowlane ludności dotkniętej i jakie materiały są używane do budowy ram konstrukcyjnych, dachów i ścian zewnętrznych?
- Jakie alternatywne rozwiązania w zakresie projektowania lub materiałów są potencjalnie dostępne i znane lub akceptowalne przez ludność dotkniętą?
- Jakie właściwości projektowe zapewnią bezpieczny i szybki dostęp do rozwiązań w zakresie schronienia oraz ich wykorzystania przez wszystkie osoby dotknięte?

- W jaki sposób ustalone rozwiązania w zakresie schronienia minimalizują przyszłe ryzyko i podatności na zagrożenia?
- W jaki sposób i przez kogo są zazwyczaj budowane schronienia?
- W jaki sposób pozyskuje się materiały budowlane i kto to robi?
- Jak można zapewnić szkolenie lub pomóc kobietom, osobom młodym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom starszym, aby mogły uczestniczyć w budowaniu własnych schronień i jakie są ograniczenia?
- Jeżeli osoby indywidualne lub gospodarstwa domowe nie mają zdolności lub możliwości, żeby zbudować własne schronienie, czy niezbędna będzie dodatkowa pomoc, aby zapewnić im wsparcie? Na przykład poprzez zapewnienie ochotniczej lub zleconej pracy bądź pomocy technicznej.

Działania związane z prowadzeniem gospodarstw domowych i pozyskiwaniem środków do życia

- Jakie działania związane z prowadzeniem gospodarstw domowych i pozyskiwaniem środków do życia są zazwyczaj wykonywane w schronieniach osób dotkniętych lub w ich pobliżu oraz jaki wpływ na te działania ma zapewniona przestrzeń i projektowanie przestrzenne?
- Jakie legalne oraz trwałe możliwości pozyskiwania środków do życia można zapewnić w ramach pozyskiwania materiałów i budowy schronień oraz osiedli?

Podstawowe usługi i udogodnienia komunalne

- Jaka jest bieżąca dostępność wody zdatnej do picia i higieny osobistej oraz jakie możliwości i ograniczenia występują w zakresie zaspokojenia przewidywanych potrzeb sanitarnych?
- Jakie zaplecze socjalne jest obecnie zapewniane (np. placówki opieki zdrowotnej, szkoły i miejsca kultu) oraz jakie istnieją ograniczenia i możliwości związane z dostępem do tych obiektów?
- Jakie budynki komunalne, w szczególności szkoły, są wykorzystywane do zapewnienia schronienia osobom wysiedlonym, jak wygląda proces i ramy czasowe w zakresie przekazania tych budynków do ich zamierzonego użycia?

Ludność przyjmująca i wpływ na środowisko

- Jakie kwestie stanowią problem dla ludności przyjmującej?
- Jakie ograniczenia natury organizacyjnej i fizycznej w zakresie zakwaterowania osób wysiedlonych występują wśród ludności przyjmującej lub w osiedlach tymczasowych?
- Jakie kwestie związane z ochroną środowiska występują w związku z lokalnym pozyskiwaniem materiałów budowlanych?
- Jakie są główne kwestie związane z ochroną środowiska w związku z zapotrzebowaniem osób wysiedlonych na paliwo, warunki sanitarne, usuwanie odpadów i pastwiska dla zwierząt?

Zapotrzebowanie na artykuły gospodarstwa domowego

- Jakie są krytyczne artykuły nieżywnościowe potrzebne osobom dotkniętym?
- Czy jakiekolwiek artykuły nieżywnościowe można pozyskać na miejscu?
- Czy możliwe jest korzystanie z pomocy pieniężnej i bonów?

- Czy w ramach uzupełniania artykułów dostarczanych w celu zapewnienia schronienia będzie wymagana pomoc techniczna?

Ubrania i pościel

- Jakie rodzaje ubrań, koców i pościeli są zazwyczaj używane przez kobiety, mężczyzn, dzieci oraz niemowlęta, kobiety w ciąży i karmiące piersią, osoby z niepełnosprawnościami oraz osoby starsze? Czy są jakieś szczególne kwestie społeczne i kulturowe, które należy wziąć pod uwagę?
- Ile kobiet i mężczyzn w każdym wieku, dzieci oraz niemowląt ma nieodpowiednie lub niewystarczające ubranie, koce lub pościel, aby zapewnić ochronę przed negatywnymi skutkami klimatu, a także zachować zdrowie, godność i dobrostan?
- Jakie są potencjalne zagrożenia dla życia, zdrowia i bezpieczeństwa osobistego poszkodowanych osób, jeżeli ich potrzeby w zakresie odpowiednich ubrań, koców lub pościeli nie zostaną spełnione?
- Jakie środki zwalczania wektorów (w szczególności zapewnienie moskitier) są konieczne, aby zachować zdrowie i dobrostan gospodarstw domowych?

Gotowanie i spożywanie posiłków, piece kuchenne oraz paliwo

- Jakie akcesoria do gotowania i spożywania posiłków były dostępne w typowym gospodarstwie domowym przed kryzysem?
- Ile gospodarstw domowych nie ma dostępu do wystarczającej ilości akcesoriów do gotowania i spożywania posiłków?
- Jak zazwyczaj gotowały i ogrzewały swoje domy osoby poszkodowane przed kryzysem i gdzie gotowano posiłki?
- Jakie paliwo było zwykle stosowane do gotowania oraz ogrzewania przed kryzysem i skąd było pozyskiwane?
- Ile gospodarstw domowych nie ma dostępu do pieca do gotowania oraz ogrzewania i z jakich powodów?
- Ile gospodarstw domowych nie ma dostępu do odpowiedniej ilości paliwa do gotowania i ogrzewania?
- Jakie są możliwości i ograniczenia (szczególnie kwestie związane z ochroną środowiska) w zakresie pozyskiwania odpowiednich dostaw paliwa dla ludności dotkniętej kryzysem i sąsiadujących populacji?
- Jaki wpływ na osoby poszkodowane, w szczególności na kobiety w każdym wieku ma organizowanie odpowiednich dostaw paliwa?
- Czy należy wziąć pod uwagę kwestie kulturowe w zakresie gotowania i spożywania posiłków?

Narzędzia i sprzęt

- Do jakich podstawowych narzędzi do naprawy, budowy lub utrzymania schronienia mają dostęp gospodarstwa domowe?
- W ramach jakich działań związanych z pozyskiwaniem środków do życia można wykorzystywać podstawowe narzędzia do budowy, utrzymania i usuwania gruzu?
- Jakie szkolenia lub działania zwiększające świadomość umożliwią bezpieczne używanie narzędzi?

Załącznik 2
Opis scenariuszy zasiedlenia

Scenariusze zasiedlenia pozwalają dokonać wstępnej klasyfikacji tego, gdzie i jak mieszkają osoby poszkodowane. Zrozumienie kryzysu przez pryzmat tych scenariuszy zasiedlenia pomoże w planowaniu strategii pomocy. Zbierz dodatkowe dane, aby zapewnić informacje do planowania szczegółowego ⊕ *patrz: Załącznik 3: Dodatkowe charakterystyki scenariuszy zasiedlenia*.

Grupa ludności	Scenariusz zasiedlenia	Opis	Przykłady
Osoby, które nie zostały wysiedlone	Zakwaterowanie lub grunty zajmowane przez właściciela	Zajmujący jest właścicielem swojej nieruchomości i/lub gruntów (własność może mieć charakter formalny lub nieformalny) lub jest właścicielem częściowym bądź współwłaścicielem.	Domy, mieszkania, grunty
	Zakwaterowanie wynajmowane lub dzierżawa gruntów	Najem umożliwia osobom lub gospodarstwom domowym korzystanie z lokali mieszkalnych lub gruntów przez określony czas za ustaloną cenę, bez przenoszenia prawa własności, na podstawie umowy pisemnej lub ustnej z właścicielem prywatnym lub będącym podmiotem publicznym.	
	Zakwaterowanie lub grunty zajmowane nieformalnie	Gospodarstwa domowe zajmują nieruchomość i/lub grunty bez wyraźnej zgody właściciela lub wyznaczonego przedstawiciela obiektów.	Puste domy, mieszkania, wolne grunty
Populacje wysiedlone Rozproszone	Uzgodnienia w zakresie najmu	Najem umożliwia osobom lub gospodarstwom domowym korzystanie z lokali mieszkalnych lub gruntów przez określony czas za ustaloną cenę, bez przenoszenia prawa własności. Jego podstawą jest umowa pisemna lub ustna z właścicielem prywatnym lub podmiotem publicznym. Może być finansowany indywidualnie lub komunalnie oraz dotowany przez rząd lub społeczność humanitarną.	Domy, mieszkania, grunty z istniejących zasobów mieszkaniowych

Grupa ludności	Scenariusz zasiedlenia	Opis	Przykłady
Populacje wysiedlone	Zakwaterowanie u ludności przyjmującej	Ludność przyjmująca zapewnia schronienie ludności wysiedlonej lub indywidualnym rodzinom.	Domy, mieszkania, grunty, które są już zajmowane lub zostały udostępnione przez ludność przyjmującą
	Rozwiązanie spontaniczne	Wysiedlone gospodarstwa domowe osiedlają się w danej lokalizacji spontanicznie bez uzgodnienia tego z odpowiednimi podmiotami (np. właścicielem, samorządem, organizacjami humanitarnymi i/lub ludnością przyjmującą).	Puste domy, puste mieszkania, wolne grunty, pobocza dróg
Komunalne	Zakwaterowanie zbiorowe	Istniejące obiekty lub konstrukcje, w których wiele gospodarstw domowych znajduje schronienie. Infrastruktura i podstawowe usługi są zapewniane na zasadzie komunalnej lub zapewniany jest do nich dostęp.	Budynki publiczne, ośrodki ewakuacyjne, ośrodki przyjmujące i ośrodki tranzytowe, opuszczone budynki, zaplecza firm, nieukończone budynki
	Zasiedlenie planowane	Osiedle zbudowane specjalnie dla osób wysiedlonych, w którym konfiguracja miejsca jest zaplanowana i zarządzana, jak również dostępna jest infrastruktura, zaplecze oraz usługi.	Formalne osiedla prowadzone przez rząd, ONZ, NGO lub społeczeństwo obywatelskie. Może obejmować ośrodki tranzytowe lub ośrodki przyjmujące czy ośrodki ewakuacji.
	Zasiedlenie nieplanowane	Wiele gospodarstw domowych osiedla się w danej lokalizacji spontanicznie i zbiorowo, tworząc nowe zasiedlenie. Gospodarstwa domowe lub formy zakwaterowania zbiorowego mogą mieć umowy najmu z właścicielem gruntów. Często dzieje się tak bez wcześniejszego uzgodnienia z odpowiednimi podmiotami (np. właścicielem, samorządem i/lub ludnością przyjmującą). Na początkowym etapie nie planuje się zapewniania podstawowych usług na miejscu.	Placówki i osiedla nieformalne

Załącznik 3
Dodatkowe charakterystyki scenariuszy zasiedlenia

Niniejsza tabela zawiera charakterystyki drugorzędne, które poszerzają scenariusze zasiedlenia wskazane w ⊕ *Załączniku 2 – Opis scenariuszy zasiedlenia*. Wykorzystanie tabeli w celu głębszego zrozumienia kryzysu powinno stanowić podstawę procedur szczegółowego planowania.

*U*waga: Wybór charakterystyk oraz ich definicje różnią się w zależności od kontekstu i powinny być spójne z odpowiednimi wytycznymi. Opracuj dodatkowe charakterystyki, jeżeli będą potrzebne w ramach określonego kontekstu.

Kategoria	Przykłady	Uwagi
Rodzaje populacji wysiedlonych	Uchodźcy, osoby ubiegające się o azyl, osoby wewnętrznie wysiedlone (OWW), powracający uchodźcy, powracające OWW, inne osoby o szczególnych potrzebach (np. migranci)	⊕ ***Patrz: Humanitarian profile support guidance [Wytyczne dotyczące profilu humanitarnego] (www.humanitarianresponse.info).***
Ludność pośrednio dotknięta	Istniejące populacje, ludność przyjmująca	Bezpośrednio dotknięta ludność ma często wpływ na ludność przyjmującą, np. poprzez wspólne korzystanie z usług komunalnych takich jak szkoły lub kiedy znajduje schronienie u rodzin przyjmujących.
Kontekst geograficzny	Obszary miejskie, podmiejskie i wiejskie	Obszar podmiejski: obszar pomiędzy zbiorowymi rejonami miejskimi i wiejskimi.
Stopień uszkodzeń	Brak uszkodzeń, uszkodzenia częściowe, całkowicie zniszczone	Określenie stopnia uszkodzeń powinno być podstawą dla decyzji, czy zajmowanie domu lub schronienia jest bezpieczne.
Czas trwania/ faza	Krótkoterminowy, średnioterminowy, długoterminowy, na stałe Kryzysowe, przejściowe, na czas odbudowy, trwałe	Definicje tych pojęć są różne i powinny zostać określone na poziomie reagowania.
Systemy prawa do zamieszkania	Ustawowe, zwyczajowe, religijne, mieszane	Nieformalne uzgodnienia w zakresie gruntów lub lokali mieszkalnych obejmują uregulowane i nieuregulowane zajmowanie opuszczonych nieruchomości, nieautoryzowane dodatkowe podziały na legalnie zajmowanych gruntach i różne formy nieoficjalnych ustaleń dotyczących najmu. W niektórych przypadkach na jednej działce może występować kilka form prawa do mieszkania, w ramach których każdej ze stron przysługują pewne prawa.

Kategoria	Przykłady	Uwagi
Formy prawa do zamieszkania	Własność, prawa do użytkowania, najem, zbiorowe prawo do mieszkania	
Formy prawa do gruntów	Prywatne, komunalne, zbiorowe, otwarty dostęp, państwowe/publiczne	
Rodzaj schronienia	Namioty, prowizoryczne schronienia, schronienie przejściowe, schronienie główne, domy, mieszkania, wynajmowana przestrzeń w większej jednostce, garaże, przyczepy, kontenery	⊕ *Patrz: Załącznik 4: Warianty pomocy.*
Zarządzanie terenem	Zarządzany, zarządzany zdalnie lub mobilnie, zarządzany w sposób samodzielny, brak zarządzania	Zarządzany: bez sprzeciwu ze strony właściciela gruntów i zatwierdzony przez władze. Zarządzany zdalnie lub mobilnie: w przypadkach, kiedy zespół zarządza większą ilością terenów. Zarządzany w sposób samodzielny: przez strukturę przywódczą społeczności lub komitety wewnętrzne.

Załącznik 4
Warianty pomocy

W celu spełnienia potrzeb osób poszkodowanych można łączyć różne warianty pomocy dostosowane do danego kontekstu. Rozważ zalety i wady każdego wariantu i opracuj najbardziej odpowiedni program.

Wariant pomocy	Opis
Artykuły gospodarstwa domowego	⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 4: Artykuły gospodarstwa domowego.*
Zestawy do budowy schronienia	Materiał do wybudowania konstrukcji, narzędzia i instalacje potrzebne do stworzenia lub ulepszenia przestrzeni mieszkalnej. Rozważ, czy trzeba dostarczyć materiały do wybudowania konstrukcji takie jak słupy i kołki, czy zapewnią je gospodarstwa domowe. Zastanów się, czy potrzebne są dodatkowe działania szkoleniowe, promocyjne, edukacyjne lub podnoszące świadomość.
Narzędzia do budowy schronienia	Narzędzia i sprzęt budowlany potrzebny do stworzenia lub ulepszenia przestrzeni mieszkalnej.
Namioty	Fabrycznie gotowe przenośne schronienia z poszyciem i konstrukcją.
Wsparcie powrotu i tranzytu	Wsparcie dla osób poszkodowanych, które decydują się na powrót do swojego miejsca pochodzenia lub chcą się przenieść do nowej lokalizacji. Takie wsparcie może obejmować szeroki wachlarz usług, między innymi zapewnienie transportu, opłat lub bonów na transport czy artykułów typu narzędzia, materiały i zapasy nasion.
Naprawy	Naprawa oznacza przywrócenie budynku, który jest uszkodzony lub niszczeje, do dobrego stanu używalności, aby spełniał wymagane standardy i specyfikacje. Jeżeli budynki zostały nieznacznie uszkodzone, można je naprawić bez większej modernizacji. W przypadku osób wysiedlonych konieczne może być naprawienie ośrodków zakwaterowania zbiorowego lub dostosowanie istniejących budynków takich jak szkoły, aby mogły zapewnić schronienie.
Modernizacja	Modernizacja budynków obejmuje wzmocnienie i/lub modyfikację układu konstrukcyjnego budynku. Celem jest wzmocnienie odporności budynku na przyszłe zagrożenia dzięki instalacji zabezpieczeń. Budynki, które zostały uszkodzone w wyniku kryzysu, mogą poza naprawą wymagać modernizacji. W przypadku osób wysiedlonych konieczne może się okazać zmodernizowanie domów rodzin przyjmujących, jeżeli są narażone na zagrożenia.
Wsparcie osób przyjmujących	Osoby, które nie mogą wrócić do swojego pierwotnego miejsca zamieszkania, często zatrzymują się u rodziny i znajomych lub w społecznościach, z którymi łączą je więzy historyczne, religijne lub inne. Wspieranie osób przyjmujących, aby w dalszym ciągu mogły zapewniać schronienie osobom poszkodowanym obejmuje pomoc w rozbudowie lub przystosowaniu istniejącego schronienia rodziny przyjmującej czy też wsparcie finansowe i materialne kosztów utrzymania.

Wariant pomocy	Opis
Wsparcie najmu	Pomoc gospodarstwom domowym w najmie nieruchomości i dzierżawie gruntów może obejmować wkład finansowy, pomoc w uzyskaniu sprawiedliwej umowy lub doradztwo w zakresie standardów nieruchomości. Najem jest stałym wydatkiem, dlatego planuj strategie wyjścia zachęcając do samowystarczalności lub włączając działania związane z uzyskiwaniem środków do życia na wczesnym etapie ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 3: Powierzchnia mieszkalna i standard 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania.* (Uwaga: Wsparcie najmu może zapewnić ludności przyjmującej przypływ gotówki lub może nadwyrężyć rynek i spowodować inflację).
Schronienia tymczasowe	Krótkoterminowe warianty schronienia, które mają być usunięte, kiedy zostanie przedstawiony kolejny etap rozwiązania w zakresie schronienia. Zazwyczaj buduje się je przy ograniczonym nakładzie kosztów.
Schronienia przejściowe	Szybkie schronienia tworzone z materiałów i za pomocą technik, które mają na celu przejście na trwalsze konstrukcje. Schronienie powinno dawać możliwość ulepszenia, ponownego wykorzystania, odsprzedaży lub przeniesienia z obiektów tymczasowych do stałych lokalizacji.
Podstawowy lokal mieszkalny	Jednostki mieszkalne planowane, projektowane i budowane tak, aby mogły ostatecznie stanowić część trwałego budynku mieszkalnego, ale niebędące formą zamkniętą. Podstawowy lokal mieszkalny pozwala gospodarstwu domowemu przeprowadzić jego rozbudowę w przyszłości z własnych środków i zasobów. Celem jest stworzenie bezpiecznej i odpowiedniej powierzchni mieszkalnej składającej się z jednego lub dwóch pomieszczeń razem z dostępem do wody oraz pomieszczeń sanitarnych, a także niezbędnych artykułów gospodarstwa domowego ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 3: Powierzchnia mieszkalna i standard 4: Artykuły gospodarstwa domowego.*
Odbudowa/ przebudowa	Rozbiórka i przebudowa konstrukcji, których nie można naprawić.
Punkty informacyjne	Punkty informacyjne oferują doradztwo i wskazówki dla osób poszkodowanych. Informacje przekazywane przez punkty lokalne mogą zawierać objaśnienie prawa do doradztwa oraz pomocy, opcji i procedur powrotu, prawa do gruntów, dostępu do odszkodowania, doradztwa oraz wsparcia technicznego, integracji i przeniesienia; a także kanały przekazywania informacji zwrotnych oraz sposoby ubiegania się o zadośćuczynienie, łącznie z arbitrażem i pomocą prawną.
Wiedza prawna i administracyjna	Zapewnianie wiedzy prawnej i administracyjnej pomaga w uświadomieniu osobom poszkodowanym przysługujących im praw i otrzymaniu niezbędnego wsparcia administracyjnego, bezpłatnie lub po niższych kosztach. Należy zwrócić szczególną uwagę na potrzeby grup najbardziej narażonych.
Zabezpieczenie prawa do mieszkania	Pomoc osobom poszkodowanym w zabezpieczeniu praw do lokalu mieszkalnego i/lub zajmowania gruntów gwarantuje ochronę prawną przed przymusową eksmisją, nękaniem i innymi zagrożeniami, a także zapewnia bezpieczeństwo, spokój i godność ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 6: Zabezpieczenie prawa do mieszkania.*
Planowanie infrastruktury i zasiedlenia	Pomoc w zakresie planowania infrastruktury i zasiedlenia służy usprawnieniu usług społeczności oraz wsparciu planowania stabilnego zasiedlenia przejściowego i rozwiązań w zakresie odbudowy. Pomoc w zakresie planowania infrastruktury i zasiedlenia może obejmować dwie kategorie: w pierwszej koordynacją pomocy zajmuje się głównie sektor schronienia, w drugiej koordynacją zajmują się głównie inne sektory.

Wariant pomocy	Opis
Wsparcie zakwaterowania zbiorowego	Istniejące budynki mogą być wykorzystane jako ośrodki zakwaterowania zbiorowego lub ośrodki ewakuacji i mogą służyć jako nagłe schronienie. Mogą to być szkoły, budynki użyteczności publicznej, zadaszone place zabaw, obiekty religijne lub wolne nieruchomości. Takie nieruchomości mogą wymagać przeróbki lub ulepszenia, aby nadawały się do zamieszkania ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 3: Powierzchnia mieszkalna.* W przypadku wykorzystania budynków szkolnych do zakwaterowania osób dotkniętych kryzysem ustal i wykorzystaj alternatywne konstrukcje, żeby szkoły mogły dalej działać ⊕ ***patrz: Wytyczne dotyczące ośrodka zakwaterowania zbiorowego i Podręcznik INEE***.
Zarządzanie osiedlami i ośrodkami zakwaterowania zbiorowego	⊕ ***Patrz: Wytyczne dotyczące ośrodków zakwaterowania zbiorowego***.
Usuwanie gruzu i postępowanie ze zmarłymi	Usunięcie gruzu pomaga zwiększyć bezpieczeństwo publiczne i dostęp do osób poszkodowanych. Rozważ także wpływ na środowisko ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2 i 7.* Podstępuj ze zmarłymi i identyfikuj zmarłych w odpowiedni sposób ⊕ *patrz: Zdrowie 1.1 i WASH 6.*
Przywracaj i/ lub instaluj infrastrukturę wspólną	Przywracaj i/lub instaluj infrastrukturę taką jak instalacja wodociągowa, sanitarna, drogi, odprowadzanie wody, mosty i elektryczność ⊕ *Patrz: wskazówki w Rozdziale WASH oraz Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia.*
Przywracaj i/lub buduj udogodnienia dla społeczności	***Edukacja:*** Szkoły, miejsca przyjazne dzieciom, bezpieczne place zabaw ⊕ ***patrz: Podręcznik INEE***; ***Opieka zdrowotna:*** Placówki opieki zdrowotnej i szpitale ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej;* ***Bezpieczeństwo:*** Posterunki policji lub struktury straży społecznej; ***Działania komunalne:*** Miejsca spotkań, w których można podejmować decyzje, miejsca rekreacji i kultu, miejsca do przechowywania paliwa, zaplecze do gotowania oraz usuwania odpadów stałych; ***Działania gospodarcze:*** Targowiska, grunty oraz miejsca dla inwentarza żywego, miejsca do pozyskiwania środków do życia i prowadzenia działalności gospodarczej.
Planowanie i zagospodarowanie przestrzenne obszarów miejskich/ wiejskich	Planując ponownie obszary mieszkalne po kryzysie, włącz w te działania lokalne władze oraz urbanistów, aby zapewnić przestrzeganie przepisów i poszanowanie wzajemnych interesów wszystkich zainteresowanych stron ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 2: Planowanie lokalizacji i zasiedlenia.*
Przeniesienie	Przeniesienie jest procesem, który obejmuje budowę lokalu mieszkalnego i aktywów rodziny bądź społeczności, a także infrastruktury publicznej w innej lokalizacji.

Załącznik 5
Warianty wdrożenia

Sposób dostarczania pomocy ma wpływ na jakość, terminowość, skalę i koszt jej dostarczania. Wybieraj warianty wdrożenia wynikające ze zrozumienia rynków lokalnych, łącznie z rynkiem towarowym, rynkiem pracy i rynkiem najmu, z myślą o odbudowie gospodarczej ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*. Rozważ wpływ wybranych opcji wdrożenia na stopień uczestnictwa i poczucia odpowiedzialności, dynamikę płci, spójność społeczną oraz możliwości uzyskiwania środków do życia.

Wariant wdrożenia	Opis
Wsparcie techniczne i zapewnienie jakości	Wsparcie techniczne stanowi nieodłączną część wszelkich działań związanych z reagowaniem w zakresie schronienia i zasiedlenia, niezależnie od udzielanej pomocy ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 5: Wsparcie techniczne.*
Pomoc finansowa	Dzięki pomocy finansowej gospodarstwa domowe i społeczności mogą mieć dostęp do towarów lub usług bądź zaspokoić swoje potrzeby związane ze schronieniem i zasiedleniem. W zależności od ryzyka i złożoności zadania uzupełniaj pomoc finansową wsparciem technicznym oraz tworzeniem umiejętności. Przekazy rynkowe obejmują następujące opcje: ***Warunkowe przekazy pieniężne:*** Przydatne, kiedy konieczne jest spełnienie określonych warunków; np. systemu Transz. ***Środki pieniężne o ograniczonej możliwości dysponowania:*** Przydatne, kiedy niezbędne są określone towary lub w celu zaangażowania sprzedawców. ***Bezwarunkowe, nieograniczone lub uniwersalne.*** ***Dostęp do usług finansowych*** takich jak grupy oszczędnościowe, pożyczki, mikro-kredyty, ubezpieczenia i gwarancje. ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*
Materialna pomoc rzeczowa	Pozyskanie, a następnie bezpośrednie dystrybuowanie artykułów i materiałów poszkodowanym gospodarstwom domowym może być dobrym rozwiązaniem w sytuacji, gdy rynki nie są w stanie zapewnić odpowiedniej jakości, ilości lub realizacji na czas. ⊕ *patrz: Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków.*
Praca zlecona i wykonawstwo	Zlecanie pracy lub wykonawstwa, żeby osiągnąć cele związane ze schronieniem i zasiedleniem dzięki modelom prowadzonym przez właścicieli, wykonawców lub agencje ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 5: Wsparcie techniczne.*
Tworzenie umiejętności	Poszerzanie umiejętności i szkolenie daje interesariuszom możliwość zwiększenia własnej zdolności do reagowania, indywidualnie oraz zbiorowo, jak również do komunikowania i wspólnego rozważania powszechnych problemów oraz narzędzi, jak na przykład opracowanie i wdrożenie standardów oraz kodeksów budowlanych ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 5: Wsparcie techniczne.* Skuteczne tworzenie umiejętności powinno pozwolić ekspertom koncentrować się na nadzorowaniu działań podejmowanych przez lokalnych interesariuszy oraz świadczyć swoje usługi większej liczbie osób otrzymujących pomoc.

Aby zapoznać się z tabelą zawierającą opis potencjalnych wariantów pomocy i wdrożeń związanych ze scenariuszami zasiedlenia, wejdź na stronę www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Załącznik 6
Potencjalne warianty pomocy i wdrożenia związane ze scenariuszami zasiedlenia

Scenariusz zasiedlenia																								
	Osoby, które nie zostały wysiedlone			Wysiedlone																				
				Rozproszone							Komunalne													
				Uzgodnienia w zakresie najmu	Zakwaterowanie u ludności przyjmującej	Rozwiązanie spontaniczne	Zakwaterowanie zbiorowe	Zasiedlenie planowane	Zasiedlenie nieplanowane	Ludność pośrednio dotknięta														
Wariant pomocy	**Skala schronienia gospodarstwa domowego**	Artykuły gospodarstwa domowego	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Zestawy do budowy schronienia	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Narzędzia do budowy schronienia	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Namioty	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Wsparcie powrotu i tranzytu					x																	
		Naprawy	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Modernizacja	x	x	x	x	x	x	x	x														
		Wsparcie osób przyjmujących				x	x		x	x														
		Wsparcie najmu	x																					
		Schronienia tymczasowe		x	x	x	x	x	x	x														
		Schronienia przejściowe							x	x														
		Podstawowy lokal mieszkalny																						
		Odbudowa/ przebudowa																						

			Scenariusz zasiedlenia									
			Osoby, które nie zostały wysiedlone			Wysiedlone						
						Rozproszone			Komunalne			
	Skala zasiedlenia	Punkty informacyjne	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Wiedza prawna i administracyjna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Zabezpieczenie prawa do mieszkania		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Planowanie infrastruktury i zasiedlenia			X			X		X	X	X
		Planowanie i zagospodarowanie przestrzenne obszarów miejskich/wiejskich		X	X	X	X	X	X	X	X	
		Wsparcie zakwaterowania zbiorowego							X			X
		Zarządzanie osiedlami i ośrodkami zakwaterowania zbiorowego							X	X	X	X
		Usuwanie gruzu i postępowanie ze zmarłymi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Przywracaj i/lub instaluj infrastrukturę wspólną	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			Scenariusz zasiedlenia									
			Osoby, które nie zostały wysiedlone			Wysiedlone						
						Rozproszone			Komunalne			
		Przywracaj i/lub buduj udogodnienia dla społeczności	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Planowanie i zagospodarowanie przestrzenne obszarów miejskich/wiejskich	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Przeniesienie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Warianty wdrożenia		Wsparcie techniczne i zapewnienie jakości	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Pomoc finansowa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Materialna pomoc rzeczowa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Praca zlecona i wykonawstwo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Tworzenie umiejętności	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Źródła i materiały dodatkowe

Międzynarodowe instrumenty prawne

Artykuł 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Archiwa International Council dotyczące polityki praw człowieka, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Komentarz Ogólny nr 4: Prawo do Odpowiednich Warunków Mieszkaniowych, art. 11.1 Konwencji) Komitet do spraw Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturowych ONZ, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Komentarz Ogólny nr 7: Prawo do odpowiednich warunków mieszkaniowych (art. 11.1 Konwencji): wysiedlenia przymusowe Komitet do spraw Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturowych ONZ, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement [Podstawowe Zasady ONZ w Zakresie Wysiedleń Wewnętrznych]. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. [Zasady Przywracania Zasobów Mieszkaniowych oraz Nieruchomości dla Uchodźców i Osób Wysiedlonych]*. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Konwencja w sprawie uchodźców. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

Ogólne

Camp Closure Guidelines [Wytyczne Dotyczące Zamykania Obozów]. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimalne Standardy Ochrony Dzieci (MSOD)]. Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Handbook, 4th Edition [Podręcznik Postępowania w Sytuacjach Kryzysowych, czwarta edycja]. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military [Koordynacja Cywilno-Wojskowa w Zakresie Pomocy Humanitarnej: Przewodnik dla Sił Zbrojnych]. UNOCHA, 2014. https://docs.unocha.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Standardy objęcia pomocą humanitarną osób starszych i osób niepełnosprawnych]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Wytyczne i Standardy dla Nagłych Przypadków Dotyczących Inwentarza Żywego]. LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Standardy Minimalne w Zakresie Naprawy Gospodarczej]. SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Standardy Minimalne w Edukacji: Gotowość, Odbudowa i Reakcja]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Standardy Minimalne w Zakresie Analizy Rynku (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines [Wskazówki Dotyczące Planowania Zasiedlenia w Następstwie Katastrofy Naturalnej]. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook [ONZ Przewodnik Polowy w Zakresie Działań Związanych z Koordynacją Cywilno-Wojskową]. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org

Scenariusze zasiedlenia

Humanitarian Profile Support Guidance [Wytyczne Dotyczące Profilu Humanitarnego]. IASC Information Management Working Group [Grupa Robocza Zarządzania Informacją IASC], 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster [Schronienie po Wystąpieniu Klęski Żywiołowej]. Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Tymczasowe osiedla komunalne

Collective Centre Guidelines [Wytyczne Dotyczące Ośrodków Zakwaterowania Zbiorowego]. UNHCR i IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

Gotówka, bony, oceny rynku / niepełnosprawności

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies [Wszyscy pod Jednym Dachem: Schronienia i Zasiedlenia z Uwzględnieniem Niepełnosprawności w Sytuacjach Kryzysowych]. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox [Zestaw narzędzi zapewnienia jakości CaLP CBA]. http://pqtoolbox.cashlearning.org

Płeć i przemoc uwarunkowana płcią

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action [Wytyczne w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery [Część 3, punkt 11: Schronienie, Zasiedlenie i Odbudowa]. https://gbvguidelines.org

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action [Podręcznik IASC dotyczący roli płci w działaniu humanitarnym]. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations [Zabezpieczenie Prawa do Mieszkania w Działaniach Humanitarnych na Rzecz Zapewnienia Schronienia]. NRC i IFRC, 2014. www.ifrc.org

Ochrona dzieci

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 [Standardy Minimalne Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych: Standard 24]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Sojusz na Rzecz Dzieci w Działaniach Humanitarnych], Global Protection Cluster, 2012. http://cpwg.net

Szkoły i budynki użyteczności publicznej

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit) [Wskazówki Dotyczące Bezpiecznego Budowania Szkół (Zestaw narzędzi INEE)]. INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

Obszary miejskie

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses [Nieformalni Osadnicy w Obszarach Miejskich Wysiedleni w Wyniku Katastrofy. Wyzwania dla Pomocy Mieszkaniowej]. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines [Wytyczne Dotyczące Schronień Miejskich]. NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

Zabezpieczenie prawa do mieszkania

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard [Prawa do Gruntów i Schronienie: Standard Należytej Staranności]. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges [Utrzymanie: Zabezpieczenie Prawa do Mieszkania – Rodzaje, Praktyki i Wyzwania].* 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning [Wytyczne Dotyczące Szybkiej Oceny Prawa do Mieszkania dla Planowania Działań Pomocy po Katastrofie]. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response [Zabezpieczenie Prawa do Mieszkania w Działaniach na Rzecz Schronienia: Wytyczne dla Pomocy Humanitarnej]. NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). [Prawo do Odpowiednich Warunków Mieszkaniowych, Arkusz Informacyjny 25 (Wersja poprawiona 1)] OHCHR i UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). [Prawo do Odpowiednich Warunków Mieszkaniowych, Arkusz Informacyjny 21 (Wersja poprawiona 1)] OHCHR i UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Materiały dodatkowe

Sugestie dotyczące materiałów dodatkowych są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons [Wysiedlenia w Bejrucie i Pasmie Górskim Liban: Wskaźniki i Przyczyny]. NRC, 2014. https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons

Housing, Land and Property Training Manual [Podręcznik Szkoleniowy w Zakresie Zasobów Mieszkaniowych, Gruntów i Nieruchomości]. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians [Grunty i Konflikt: Podręcznik dla Organizacji Humanitarnych]. UN Habitat, GLTN i CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor. [Specjalny Sprawozdawca w Sprawie Odpowiednich Warunków Mieszkaniowych (2015): Zasady Przewodnie Dotyczące Zabezpieczenia Prawa do Mieszkania dla Ubogich Mieszkańców Miast].* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners [Zabezpieczenie Prawa do Mieszkania na Obszarach Miejskich: Wskazówki dla Pracowników Pomocy Humanitarnej]. NRC, 2017. http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf

Social Tenure Domain Model [Model Domeny Prawa do Mieszkalnictwa Socjalnego]. UN Habitat i GLTN. https://stdm.gltn.net/

Zarządzanie budową

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects [Przewodnik: Zarządzanie Projektami (Od)Budowy po Katastrofie]. Catholic Relief Services, 2012. https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1

Środowisko

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG) [Wybór i Stosowanie Materiałów Budowlanych: Instrukcja w Zakresie Ochrony Środowiska]. WWF Environment and Disaster Management, 2017. http://envirodm.org/post/materialguide

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming [Narzędzia i Wytyczne do Programów Humanitarnych w Zakresie Oceny Wpływu na Środowisko]. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation [Ocena Potrzeb Środowiskowych w Sytuacjach po Klęskach Żywiołowych: Praktyczny Przewodnik Wdrożenia]. UNEP, 2008. http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458

Flash Environmental Assessment Tool [Narzędzie do Szybkiej Oceny Wpływu na Środowisko]. OCHA i Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations [Ramowy Przewodnik: Założenia Dotyczące Oceny, Monitorowania i Ewaluacji Środowiska w Działaniach na Rzecz Uchodźców]. UNHCR i CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT) [Ekologiczna Naprawa i Odbudowa: Narzędzia Szkoleniowe do Akcji Humanitarnej]. WWF i Amerykański Czerwony Krzyż. http://envirodm.org/green-recovery

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters [Instrukcje Przeprowadzania Szybkiej Oceny Środowiskowej (SOŚ) w Sytuacjach Klęski Żywiołowej]. Benfield Hazard Research Centre, University College London i CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3 [Ocena Wpływu Schronienia na Środowisko i Narzędzie Działania 2008, Rewizja nr 3]. UNHCR i Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND) [Obliczanie Zrównoważonego Rozwoju w Następstwie Katastrof Naturalnych]. IFRC i BRE Global. www.qsand.org

Zdrowie

Karta Humanitarna

Zasady Ochrony

Podstawowy Standard Humanitarny

Zdrowie

Systemy opieki zdrowotnej

STANDARD 1.1
Dostarczanie usług opieki zdrowotnej

STANDARD 1.2
Personel opieki zdrowotnej

STANDARD 1.3
Podstawowe leki i urządzenia medyczne

STANDARD 1.4
Finansowanie opieki zdrowotnej

STANDARD 1.5
Informacje dotyczące zdrowia

Podstawowa opieka zdrowotna

Choroby zakaźne

STANDARD 2.1.1
Profilaktyka

STANDARD 2.1.2
Nadzór, wykrywanie ognisk i wczesne reagowanie

STANDARD 2.1.3
Diagnoza i zarządzanie przypadkami

STANDARD 2.1.4
Gotowość i reagowanie na ogniska chorób

Zdrowie dzieci

STANDARD 2.2.1
Choroby wieku dziecięcego zwalczane drogą szczepień

STANDARD 2.2.2
Zarządzanie chorobami u noworodków i w okresie dzieciństwa

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

STANDARD 2.3.1
Zdrowie reprodukcyjne, ochrona zdrowia matek i noworodków

STANDARD 2.3.2
Przemoc seksualna 4 i postępowanie kliniczne w przypadku gwałtu

STANDARD 2.3.3
HIV

Leczenie obrażeń i urazów

STANDARD 2.4
Leczenie obrażeń i urazów

Zdrowie psychiczne

STANDARD 2.5
Ochrona zdrowia psychicznego

Choroby niezakaźne

STANDARD 2.6
Leczenie chorób niezakaźnych

Opieka paliatywna

STANDARD 2.7
Opieka paliatywna

ZAŁĄCZNIK 1 Lista kontrolna oceny sytuacji zdrowotnej
ZAŁĄCZNIK 2 Przykładowe formularze cotygodniowego raportu z nadzoru
ZAŁĄCZNIK 3 Wzory na obliczanie kluczowych wskaźników zdrowia
ZAŁĄCZNIK 4 Zatrucia

Spis treści

Istotne pojęcia dotyczące zdrowia 316
1. Systemy opieki zdrowotnej 321
2. Podstawowa opieka zdrowotna 336
    2.1 Choroby zakaźne 336
    2.2 Zdrowie dzieci 347
    2.3 Zdrowie seksualne i reprodukcyjne 353
    2.4 Leczenie obrażeń i urazów 361
    2.5 Zdrowie psychiczne 365
    2.6 Choroby niezakaźne 370
    2.7 Opieka paliatywna 373
Załącznik 1: Lista kontrolna oceny sytuacji zdrowotnej 376
Załącznik 2: Przykładowe formularze cotygodniowego raportu z nadzoru 378
Załącznik 3: Wzory na obliczanie kluczowych wskaźników zdrowia 384
Załącznik 4: Zatrucia 386
Źródła i materiały dodatkowe 388

Istotne pojęcia dotyczące zdrowia

Każdy ma prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej zapewnianej na czas

Minimalne Standardy Sfery w zakresie opieki zdrowotnej nadają praktyczny wymiar prawu do odpowiedniej opieki zdrowotnej w kontekście pomocy humanitarnej. Podstawą standardów są przekonania, zasady, obowiązki i prawa ogłoszone w Karcie Humanitarnej. Obejmują one takie kwestie jak prawo do życia w godności, prawo do ochrony i bezpieczeństwa oraz prawo do adekwatnej do potrzeb pomocy humanitarnej.

Wykaz kluczowych dokumentów prawnych i dotyczących zasad, które stanowią podstawę Karty Humanitarnej, wraz z komentarzami objaśniającymi dla pracowników humanitarnych znajduje się w ⊕ *Załączniku 1: Podstawy Prawne Sfery*.

Celem opieki zdrowotnej zapewnianej w kryzysie jest ograniczenie nadmiernej zachorowalności i śmiertelności

Kryzysy humanitarne mają znaczący wpływ na zdrowie i dobrostan ludności dotkniętej. Dostęp do ratującej życie opieki zdrowotnej ma krytyczne znaczenie na wstępnych etapach sytuacji kryzysowej. Opieka zdrowotna może także obejmować promocję zdrowia, profilaktykę, leczenie, rehabilitację i opiekę paliatywną na każdym etapie reagowania.

Wpływ kryzysu na zdrowie publiczne może mieć charakter bezpośredni (uraz lub śmierć z powodu kryzysu) i pośredni (zmiany w warunkach życia, przymusowe wysiedlenie, brak ochrony prawnej lub ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej).

Czynniki takie jak przeludnienie, nieodpowiednie schronienie, złe warunki sanitarne, niewystarczająca ilość i jakość wody oraz ograniczone bezpieczeństwo żywnościowe zwiększają ryzyko niedożywienia i występowania ognisk chorób zakaźnych. Ekstremalne czynniki stresogenne mogą także wywołać problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Osłabienie mechanizmów wsparcia socjalnego i systemów samopomocy może prowadzić do negatywnych mechanizmów radzenia sobie oraz do ubiegania się o pomoc w ograniczonym stopniu. Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej i przerwy w dostawach leków mogą zakłócić ciągłość leczenia, na przykład opiekęzdrowotną dla matek oraz leczenie HIV, cukrzycy i zaburzeń psychicznych.

Głównym celem działań związanych z reagowaniem w zakresie zdrowia w trakcie kryzysu jest zapobieganie oraz ograniczanie nadmiernej śmiertelności i zachorowalności. Tendencje związane z umieralnością i zachorowalnością, a także potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej różnią się w zależności od rodzaju oraz zasięgu każdego kryzysu.

Najbardziej użytecznymi wskaźnikami monitorowania i oceny dotkliwości kryzysu są: surowy współczynnik śmiertelności (crude mortality rate, CMR) i bardziej wrażliwy surowy współczynnik śmiertelności wśród dzieci poniżej piątego roku życia (under-five crude mortality rate, U5CMR). Podwojenie wartości bazowej CMR lub U5CMR lub jeszcze wyższy wynik wskazuje, że jest to poważne zagrożenie zdrowia publicznego i wymaga niezwłocznej reakcji ⊕ *patrz: Załącznik 3: Wzory na obliczenie kluczowych wskaźników zdrowia*.

W sytuacji, gdy nie ma stwierdzonej wartości bazowej, próg uznawany za kryzysowy wyznaczają następujące wskaźniki:

- CMR >1/10 000/dzienne
- U5CMR >2/10 000/dziennie

Progi uznawane za kryzysowe muszą być ustalone na poziomie krajowym. W sytuacjach, gdy wartość bazowa U5CMR już przekracza progi uznawane za kryzysowe, czekanie, aż się ona podwoi, byłoby nieetyczne.

Wspieraj i rozwijaj istniejące systemy opieki zdrowotnej

Podejście z wykorzystaniem systemów opieki zdrowotnej stopniowo zapewnia realizację prawa do zdrowia w trakcie kryzysu i odbudowy, dlatego ważne jest, aby rozważyć, w jaki sposób wesprzeć istniejące systemy. Zatrudnienie personelu (krajowego i międzynarodowego) ma krótko- i długoterminowe implikacje dla krajowych systemów opieki zdrowotnej. Po przeprowadzeniu analizy dobrze zaplanowane interwencje w zakresie zdrowia mogą wspomóc istniejące systemy opieki zdrowotnej, a także ich przyszłą odbudowę i rozwój.

W pierwszej fazie kryzysu potraktuj priorytetowo szybkie oceny sytuacji zdrowotnej i szybkie wielosektorowe oceny sytuacji. Niekompletne informacje i niedostępne obszary nie powinny utrudniać podejmowania na czas decyzji dotyczących zdrowia publicznego. Jak najszybciej przeprowadź bardziej kompleksowe oceny.

Kryzysy miejskie wymagają innego podejścia do działań reagowania w zakresie zdrowia

Działania związane z reagowaniem w kontekstach miejskich muszą uwzględniać zagęszczenie ludności, procedury dotyczące istniejącej infrastruktury, struktury społeczne i istniejące usługi socjalne. Identyfikowanie osób narażonych na ryzyko lub bez dostępu do opieki zdrowotnej stanowi wyzwanie. Skala zapotrzebowania może szybko przewyższyć dostępną pomoc. Osoby szukające schronienia w większych i mniejszych miastach rzadko orientują się w kwestii istniejących usług opieki zdrowotnej lub jak uzyskać do nich dostęp, co stanowi ryzyko dalszego wzrostu chorób zakaźnych. Działania pomocowe pomogą ludziom radzić sobie z nowymi wyzwaniami w środowisku miejskim takimi jak niedostateczny dostęp do schronienia, żywności, opieki zdrowotnej, miejsc pracy lub sieci wsparcia społecznego.

W miastach plotki i fałszywe informacje szybko się rozchodzą. Przy użyciu technologii niezwłocznie dostarczaj dokładnych informacji na temat opieki zdrowotnej i usług. Dostawcy usług opieki zdrowotnej drugiego i trzeciego stopnia są często bardziej aktywni w miastach, dlatego zwiększaj zdolność tych dostawców do świadczenia podstawowych usług opieki zdrowotnej. Angażuj ich w systemy wczesnego ostrzegania i reagowania dotyczące chorób zakaźnych oraz zwiększaj ich możliwości dostarczania ich typowych usług specjalistycznych.

Minimalne Standardy nie powinny być stosowane oddzielnie

Standardy Minimalne omówione w tym rozdziale stanowią odzwierciedlenie zasadniczej treści prawa do odpowiedniej opieki zdrowotnej i przyczyniają się do stopniowego zapewniania tego prawa na całym świecie. Prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej jest połączone z prawem do wody i warunków sanitarnych, żywności oraz schronienia. Osiąganie Minimalnych Standardów Sfery w jednej

dziedzinie wpływa na postępy w pozostałych dziedzinach. Koordynuj i podejmuj ścisłą współpracę z innymi sektorami.

W koordynacji z lokalnymi władzami i innymi agencjami uczestniczącymi w pomocy dbaj o zaspokajanie potrzeb, zwracaj uwagę na to, czy działania wzajemnie się nie pokrywają, a także czy jakość działań podejmowanych w obszarze opieki zdrowotnej jest optymalna. Ważna jest również koordynacja pomiędzy podmiotami opieki zdrowotnej, aby potrzeby były zaspokajane w sposób bezstronny oraz by zapewnić dostęp do opieki zdrowotnej także osobom, do których trudno dotrzeć, osobom narażonym na ryzyko lub marginalizowanym. Źródła w Podręczniku sugerują kilka potencjalnych powiązań.

W sytuacji, gdy standardy krajowe są niższe od Minimalnych Standardów Sfery, współpracuj z rządem nad ich stopniowym podnoszeniem.

Priorytety należy wyznaczać na podstawie rzetelnych informacji przekazywanych pomiędzy sektorami i w miarę rozwoju sytuacji analizować.

Prawo międzynarodowe chroni w szczególności prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej

Opieka zdrowotna musi być świadczona bez dyskryminacji i musi być dostępna, czyli: możliwa do przyjęcia, przystępna i dobrej jakości. Państwa mają obowiązek zapewnić to prawo podczas kryzysów ⊕ *patrz: Załącznik 1: Podstawy Prawne Sfery.*

Prawo do opieki zdrowotnej można zapewnić tylko wtedy, gdy:

- ludność jest chroniona;
- specjaliści odpowiedzialni za system zdrowia są dobrze przeszkoleni oraz przestrzegają uniwersalnych zasad etycznych i standardów zawodowych;
- system opieki zdrowotnej spełnia Standardy Minimalne;
- państwo jest zdolne i skłonne ustanowić oraz utrzymywać bezpieczne i stabilne warunki, w których można świadczyć opiekę zdrowotną.

Ataki, zagrożenia oraz inne niebezpieczne przeszkody dla pracy personelu opieki zdrowotnej, placówek i transportu medycznego stanowią naruszenie międzynarodowego prawa humanitarnego. Te środki ochronne wynikają z podstawowych zobowiązań dotyczących poszanowania oraz zapewnienia ochrony osobom rannym i chorym.

Organizacje humanitarne powinny ostrożnie analizować charakter każdego zagrożenia oraz sposób, w jaki należy na nie zareagować. Np. atak przez wojsko narodowe można traktować inaczej niż zagrożenie ze strony społeczności lokalnej ⊕ *patrz: Szczególne kwestie w celu zapewnienia ochrony opieki zdrowotnej* poniżej.

Powiązania z Zasadami Ochrony i Podstawowym Standardem Humanitarnym

Podmioty opieki zdrowotnej muszą dbać o rannych i chorych w sposób humanitarny, świadcząc bezstronną pomoc bez rozróżniania, odpowiednio do potrzeb. Zapewnienie poufności, ochrony danych oraz prywatności jest podstawą ochrony osób indywidualnych przed przemocą, nadużyciami i innymi problemami.

Personel medyczny często jako pierwszy reaguje na przypadki przemocy wobec osób indywidualnych, np. przemoc uwarunkowana płcią, wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci. Przeszkol personel w zakresie identyfikowania oraz zgłaszania przypadków do opieki społecznej lub podmiotów odpowiedzialnych za ochronę,

stosując poufne systemy komunikacji i zgłaszania. Dziecko pozbawione opieki lub oddzielone od rodziny, które ma pilne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, lecz nie ma opiekuna prawnego, który może wyrazić zgodę, stanowi szczególne wyzwanie w kwestii ochrony. W miarę możliwości skonsultuj się z dzieckiem oraz odpowiednimi władzami lokalnymi. Prawo do życia i opieki zdrowotnej jest niezbędne, aby móc działać w najlepszym interesie dziecka i może być ważniejsze niż prawo do zgody. Decyzje muszą być dostosowane do kontekstu oraz do norm i praktyk kulturowych. Międzynarodowa ewakuacja medyczna oraz kierowanie i przenoszenie dzieci pozbawionych opieki wymaga restrykcyjnej dokumentacji oraz udziału służby ochrony i władz lokalnych.

W coraz większym stopniu opiekę zdrowotną trzeba świadczyć na morzu, np. na wodach międzynarodowych lub w chwili, gdy osoby indywidualne są sprowadzane na brzeg. To wiąże się ze szczególnymi wyzwaniami pod względem ochrony oraz zawiłościami natury politycznej i wymaga ostrożnego planowania, gotowości oraz łagodzenia zagrożeń związanych z ochroną.

Ostrożnie oceń współpracę cywilno-wojskową, szczególnie w przypadku konfliktów. Grupy militarne i zbrojne mogą być ważnymi dostawcami opieki zdrowotnej, nawet dla cywilów. Agencje humanitarne mogą być – w ostateczności – zmuszone do skorzystania z potencjału sił wojskowych, np. wsparcia w zakresie infrastruktury, aby przywrócić dostawy prądu do placówek opieki zdrowotnej lub zapewnić wsparcie logistyczne, np. transport artykułów medycznych lub ewakuację medyczną. Jednakże poleganie na siłach wojskowych należy rozważać w kontekście dostępu do opieki zdrowotnej oraz postrzegania zasady neutralności i bezstronności ⊕ *patrz: Karta Humanitarna* i *Środowiska, w których funkcjonują krajowe i międzynarodowe siły zbrojne* w *Czym jest Sfera*?

Stosując Minimalne Standardy, należy kierować się wszystkimi dziewięcioma zobowiązaniami w Standardzie Humanitarnym. W trakcie prowadzenia działań związanych z reagowaniem w zakresie opieki zdrowotnej należy wdrożyć mechanizmy informacji zwrotnych ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązanie 5*.

Szczególne kwestie w celu zapewnienia ochrony opieki zdrowotnej

Zapobieganie atakom na placówki opieki zdrowotnej, karetki i pracowników opieki zdrowotnej wymaga stałego wysiłku na poziomie międzynarodowym, krajowym, a także na poziomie społeczności. Charakter zagrożeń w dużej mierze zależy od kontekstu; należy je rozwiązać i zgłosić. W celu ochrony opieki zdrowotnej podmioty działające w obszarze opieki zdrowotnej powinny w swoich działaniach oraz we wspieraniu ministerstw zdrowia lub innych stosownych stron rozważyć poniższe kwestie.

W trakcie wszystkich sytuacji kryzysowych – a szczególnie w trakcie konfliktu – podmioty opieki zdrowotnej muszą występować w sposób neutralny i bezstronny oraz działać zgodnie z tymi zasadami, ponieważ może to nie być dobrze rozumiane przez strony konfliktu, społeczność lub pacjentów.

Zapewniając krytyczne usługi medyczne, które ratują życie, przestrzegaj zasad humanitarnych i oferuj bezstronną opiekę zdrowotną wyłącznie według potrzeb. Celem promowania neutralności opiekuj się rannymi i chorymi bez rozróżniania,

zapewnij bezpieczeństwo pacjentów, a także poufność informacji medycznych oraz danych osobowych.

Akceptacja ze strony lokalnych społeczności, urzędników i stron konfliktu może pomóc w zabezpieczeniu opieki zdrowotnej. Podmioty opieki zdrowotnej powinny edukować osoby w swoim otoczeniu oraz dbać o bezstronny i neutralny wizerunek. Czynniki takie jak standard opieki, jakość usług i lokalizacja placówki opieki zdrowotnej (np. jeśli znajduje się w pobliżu terenu wojskowego) także będą miały wpływ na postrzeganie.

Placówki opieki zdrowotnej zazwyczaj stosują zasadę „zakaz wnoszenia broni", zgodnie z którą broń zostawia się na zewnątrz placówki lub karetki. Sprzyja to neutralnej atmosferze, może pomóc zapobiegać napięciom lub eskalacji konfliktu na terenie placówki oraz może zapobiec sytuacji, w której sama placówka staje się celem.

Stosuj środki fizycznego bezpieczeństwa, żeby chronić placówkę i personel przez zagrożeniami. Jednocześnie zrozum, w jaki sposób środki bezpieczeństwa mogą wpłynąć na postrzeganie i akceptację placówki opieki zdrowotnej przez ogół społeczeństwa.

Organizacje humanitarne muszą wziąć pod uwagę zagrożenia i korzyści wynikające z tego, w jaki sposób profilują swoje usługi i jaki ma to wpływ na zaufanie oraz akceptację ze strony społeczności. Nieprzyciąganie uwagi (na przykład poprzez nieznakowanie marką aktywów bądź lokalizacji) może sprawdzić się w niektórych działaniach, lecz w innych kontekstach lepszym rozwiązaniem będzie umieszczenie dużych logotypów na aktywach lub w lokalizacjach.

1. Systemy opieki zdrowotnej

Dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej może reagować na wszystkie potrzeby opieki zdrowotnej w kryzysie, tak więc nawet w trakcie kryzysu zdrowia na dużą skalę, jak w przypadku ogniska eboli, można realizować inne działania opieki zdrowotnej. Łatwe w leczeniu choroby będą dalej leczone, a programy podstawowej opieki zdrowotnej dla matki i dziecka będą dalej prowadzone, ograniczając nadmierną śmiertelność i zachorowalność. Każdy podmiot działający na rzez promowania, przywrócenia lub utrzymania zdrowia, przyczynia się do ogólnej skuteczności systemu opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej obejmuje wszystkie poziomy, od krajowego, regionalnego, gminnego i społecznościowego po opiekunów w gospodarstwie domowym, a także sektor wojskowy i prywatny.

W sytuacji kryzysu systemy opieki zdrowotnej i świadczenie opieki zdrowotnej są często osłabione, nawet jeszcze zanim zapotrzebowanie na opiekę zacznie rosnąć. Pracownicy opieki zdrowotnej mogą zaginąć, dostawy artykułów medycznych mogą być zakłócone, a infrastruktura może zostać uszkodzona. Zrozumienie wpływu kryzysu na systemy opieki zdrowotnej jest ważne dla wyznaczenia priorytetów działań humanitarnych.

Podmioty humanitarne rzadko działają w sytuacji kryzysowej, gdzie nie istniał wcześniej system opieki zdrowotnej. W przypadku, gdy system jest słaby, konieczne będzie jego wzmocnienie lub rozwinięcie (np. poprzez ścieżki skierowań, gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących zdrowia).

Standardy w tej części dotyczą pięciu głównych aspektów dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej:

- świadczenie usług opieki zdrowotnej o wysokiej jakości;
- przeszkolony i zmotywowany personel opieki zdrowotnej;
- odpowiednia dostawa, zarządzanie i stosowanie leków, materiałów diagnostycznych oraz technologii;
- odpowiednie finansowanie opieki zdrowotnej;
- rzetelne informacje zdrowotne i analiza.

Powyższe aspekty wywierają na siebie wzajemny wpływ na wiele sposobów. Na przykład niewystarczająca liczba pracowników opieki zdrowotnej lub brak podstawowych leków wpływa na świadczenie usług.

Przywództwo i koordynacja mają kluczowe znaczenie, aby zapewnić zaspokajanie potrzeb w bezstronny sposób. Ministerstwo Zdrowia (MZ) zazwyczaj kieruje działaniami związanymi z reagowaniem oraz je koordynuje i może zwrócić się o wsparcie do innych podmiotów opieki zdrowotnej. Czasami ministerstwu brakuje zdolności lub woli, żeby podjąć się tej roli w sposób skuteczny i bezstronny. W takiej sytuacji inne organy powinny przejąć odpowiedzialność. Jeżeli MZ nie ma dostępu lub nie zostałoby przyjęte we wszystkich rejonach kraju, podmioty humanitarne powinny szukać wsparcia dla istniejącego systemu, który jest akceptowany, szczególnie w przypadku głębokiego kryzysu. Zastanów się dokładnie, jak należy współpracować z podmiotami niepublicznymi i innymi podmiotami, a także określ ich zdolność do zapewnienia lub koordynowania opieki zdrowotnej dla ludności.

Dostęp do ludności jest ważny, lecz należy go rozważać mając pełne zrozumienie zasad humanitarnych oraz implikacji dla bezstronnej i neutralnej pomocy. Koordynacja powinna być prowadzona na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej oraz pomiędzy nimi, od poziomu krajowego do poziomu społeczności, a także z innymi sektorami, takimi jak WASH, żywienie i edukacja, jak też z międzysektorowymi technicznymi grupami roboczymi, takimi jak zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne, przemoc uwarunkowana płcią (PUP) i HIV.

Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej

Ludzie mają dostęp do wysokiej jakości zintegrowanej opieki zdrowotnej, która jest bezpieczna, skuteczna i zorientowana na pacjenta.

Kluczowe działania

1 Zapewniaj wystarczającą i stosowną opiekę zdrowotną na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej.

- Zapewnij priorytetowe traktowanie usług opieki zdrowotnej na poziomie kraju lub na najbardziej zbliżonym poziomie w głębokich kryzysach, w zależności od rodzaju kryzysu, profilu epidemiologicznego i możliwości systemu opieki zdrowotnej.
- Określ różne rodzaje opieki, które powinny być dostępne na różnych poziomach (gospodarstwo domowe, społeczność, placówka opieki zdrowotnej i szpital).

2 Ustanów lub wzmocnij mechanizmy triażu i systemy skierowań.

- Wprowadź protokoły triażu w ośrodkach opieki zdrowotnej lub w placówkach terenowych w sytuacjach konfliktu, aby umożliwić identyfikację osób wymagających niezwłocznej uwagi oraz zapewnić im szybkie leczenie i ustabilizowanie przed skierowaniem i przetransportowaniem na dalsze leczenie.
- Zapewnij skuteczny system skierowań pomiędzy różnymi poziomami opieki i usług z uwzględnieniem chronionych i bezpiecznych świadczeń pogotowia ratunkowego oraz pomiędzy takimi sektorami jak żywienie lub ochrona dzieci.

3 Dostosuj lub używaj standardowych protokołów dla opieki zdrowotnej, zarządzania przypadkami chorobowymi i racjonalnego stosowania leków.

- Stosuj standardy krajowe, z uwzględnieniem list leków podstawowych, i dostosuj do kontekstu sytuacji kryzysowej.
- Stosuj wytyczne międzynarodowe, jeżeli wytyczne krajowe są nieaktualne lub niedostępne.

4 Zapewniaj opiekę zdrowotną, która gwarantuje prawa pacjentów do godności, prywatności, poufności, bezpieczeństwa i świadomej zgody.

- Zadbaj o bezpieczeństwo i prywatność, zapewniając dostęp do opieki wszystkim ludziom, łącznie z osobami, których stany chorobowe często wiążą się ze stygmatyzacją, np. HIV lub infekcje przenoszone drogą płciową (STI).

5 Zapewniaj bezpieczną opiekę zdrowotną i zapobiegaj powstawaniu szkód, medycznych zdarzeń niepożądanych lub nadużyć.

- Wprowadź system zgłaszania i weryfikacji medycznych zdarzeń niepożądanych.
- Ustanów politykę zgłaszania wszelkich form nadużyć lub przemocy seksualnej.

6 Korzystaj z odpowiednich środków zapobiegania i kontroli infekcji (ZKI) z uwzględnieniem minimalnych standardów WASH i mechanizmów usuwania odpadów medycznych we wszystkich instytucjach opieki zdrowotnej.

- W trakcie występowania ognisk chorób takich jak cholera lub ebola zwróć się o szczegółowe wytyczne do wyspecjalizowanych organów takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), UNICEF i Médecins Sans Frontières (MSF).

7 Zapewnij właściwe traktowanie lub pochówek osób zmarłych w sposób bezpieczny, godny i odpowiedni kulturowo oraz zgodnie z praktykami zdrowia publicznego.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ludności, która ma dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej w promieniu godzinnego marszu od miejsca zamieszkania

- Minimum 80 procent

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które świadczą najważniejsze usługi opieki zdrowotnej

- Minimum 80 procent

Liczba łóżek szpitalnych (z wyłączeniem łóżek położniczych) na 10 tys. osób

- Minimum 18

Odsetek osób wymagających wizyty ze skierowaniem na kolejnym poziomie opieki zdrowotnej

Odsetek pacjentów skierowanych we właściwym czasie

Wytyczne

Dostęp do opieki zdrowotnej zależy od dostępności opieki zdrowotnej, tj. np. zasięgu fizycznego, akceptowalności i przystępności dla wszystkich.

Dostępność: Opiekę zdrowotną mogą świadczyć różne podmioty na poziomie społeczności, punkty mobilne i stałe placówki opieki zdrowotnej. Liczba, rodzaj i lokalizacja każdej placówki zależy od kontekstu. Ogólne wytyczne w zakresie planowania zasięgu stałych placówek opieki zdrowotnej:

- Jedna placówka opieki zdrowotnej na 10 tys. osób;
- Jeden szpital rejonowy lub wiejski na 250 tys. osób.

Jednakże te wskazania nie zapewniają właściwego zasięgu opieki zdrowotnej we wszystkich uwarunkowaniach. Na obszarach wiejskich lepszym celem może

być jedna placówka na każde 50 tys. osób w połączeniu z programami zarządzania przypadkami w społeczności i klinikami mobilnymi. Na obszarach miejskich drugorzędne placówki opieki zdrowotnej mogą być pierwszym punktem kontaktu i zapewniać podstawową opiekę dla populacji przekraczającej 10 tys.

Zapewnianie zdolności szybkiego reagowania w zakresie opieki zdrowotnej ma krytyczne znaczenie w sytuacjach kryzysowych. Unikaj duplikowania istniejących usług, ponieważ może to doprowadzić do marnotrawienia zasobów i spadku zaufania do istniejących placówek. Ludzie będą musieli do tych placówek wrócić po zamknięciu placówek tymczasowych.

Kontroluj wskaźnik korzystania z tych usług. Niskie wskaźniki mogą świadczyć o słabej jakości, bezpośrednich lub pośrednich barierach kosztowych, preferowaniu innych usług, przeszacowaniu ludności lub innych problemach z dostępem. Wyższe wskaźniki mogą sugerować problem w zakresie zdrowia publicznego lub niedoszacowanie ludności docelowej albo wskazywać na problemy z dostępem w innych miejscach. Wszystkie dane należy analizować według płci, wieku, niepełnosprawności, pochodzenia etnicznego i innych współczynników, które mogą być istotne dla danego kontekstu. Aby obliczyć wskaźnik korzystania ⊕ *patrz: Załącznik 3*.

Akceptowalność: W konsultacji ze wszystkimi częściami społeczności określ i usuń bariery w dostępie do usług dla różnych części społeczności i wszystkich stron konfliktu, szczególnie w przypadku grup narażonych na ryzyko. Pracuj z kobietami, mężczyznami, dziećmi, osobami zakażonymi HIV i o wysokim ryzyku HIV, osobami niepełnosprawnymi i osobami starszymi, aby zrozumieć wzorce zachowania związane z poszukiwaniem opieki zdrowotnej. Angażowanie się w projektowanie opieki zdrowotnej wspólnie z ludnością pomoże budować zaangażowanie pacjenta i usprawnić zapewnianie opieki na czas.

Przystępność: ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.4: Finansowanie opieki zdrowotnej*.

Opieka środowiskowa: Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje opiekę świadczoną w gospodarstwie domowym i opiekę środowiskową. Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej można zapewniać poprzez środowiskowych pracowników opieki zdrowotnej (ŚPOZ) lub wolontariuszy, lokalnych instruktorów, a także poprzez współpracę z wiejskimi komitetami ds. zdrowia, w celu zwiększenia zaangażowania pacjenta i społeczności. Opieka może być świadczona w ramach programów profilaktyki, promocji zdrowia lub zarządzania przypadkami chorobowymi i zależy od kontekstu. Wszystkie programy powinny nawiązać współpracę z najbliższą placówką podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapewnić zintegrowaną pomoc, nadzór kliniczny i kontrolę programu. Jeżeli ŚPOZ wykonują badania pod kątem ostrego niedożywienia, niezbędne jest skierowanie do usług żywienia w placówkach opieki zdrowotnej lub w innych lokalizacjach ⊕ *patrz Standard ocen bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia 1.2: Ocena żywienia*. Włącz świadczenie opieki do programów środowiskowych w innych sektorach, takich jak WASH i żywienie ⊕ *patrz: Standard promocji higieny 1.1* i *Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standard walki z niedożywieniem 2.1.*

Systemy skierowań w nagłych przypadkach z uprzednio ustalonymi, bezpiecznymi i chronionymi mechanizmami transportu powinny być dostępne 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Powinno nastąpić przekazanie kliniczne pomiędzy osobą wystawiającą skierowanie a dostawcą opieki zdrowotnej, który przejmuje pacjenta.

Prawa pacjentów: Projektuj placówki i usługi opieki zdrowotnej dbając o prywatność i poufność, np. wydzielając odrębne gabinety lekarskie. Zwracaj się do pacjentów lub ich opiekunów o świadomą zgodę przed wykonaniem zabiegu medycznego lub chirurgicznego. Odnieś się do czynników szczególnych, które mogą wpływać na świadomą zgodę i bezpieczeństwo, z uwzględnieniem wieku, płci, niepełnosprawności, języka lub pochodzenia etnicznego. Jak najszybciej ustanów mechanizmy informacji zwrotnych dla pacjentów. Zadbaj o ochronę danych pacjenta ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.5: Informacje na temat zdrowia*:

Odpowiednie i bezpieczne placówki: Stosuj rozsądne protokoły stosowania leków oraz bezpieczne zarządzanie lekami i urządzeniami ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne*.

Zadbaj, aby infrastruktura była odpowiednia, nawet w nagłych przypadkach. Zadbaj o ustronne miejsce do konsultacji, zorganizowany przepływ pacjentów, jednometrowy odstęp między łóżkami, wentylację, pomieszczenie do sterylizacji (nie na zewnątrz) dla szpitali, odpowiednią ilość energii do zasilania sprzętu krytycznego oraz odpowiednie struktury WASH. Podczas występowania ogniska choroby zweryfikuj wymagania i wytyczne w zakresie infrastruktury, np. jeśli chodzi o strefy triażu, obserwacji i izolacji.

Opracuj środki zapewniające bezpieczeństwo, ochronę i dostępność placówek opieki zdrowotnej w sytuacjach kryzysowych takich jak powódź lub konflikt.

Zapobieganie i zwalczanie infekcji (ZKI) ma kluczowe znaczenie we wszystkich uwarunkowaniach, w celu zapobiegania chorobom i odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe. Nawet w sytuacji niekryzysowej w skali globalnej u 12 procent pacjentów pojawia się infekcja w trakcie otrzymywania opieki zdrowotnej, a 50 procent infekcji pooperacyjnych jest odpornych na powszechnie znane antybiotyki.

Główne elementy ZKI obejmują opracowanie i wdrożenie wytycznych (w zakresie standardowych środków ostrożności, środków ostrożności związanych z przenoszeniem i klinicznych technik antyseptycznych), posiadanie zespołu ZKI w każdej placówce; szkolenie pracowników opieki zdrowotnej, nadzorowanie programów, jak również wdrożenie wykrywania zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe do systemów nadzoru. Placówki opieki zdrowotnej powinny mieć właściwy personel i odpowiednie obciążenie pracą, obłożenie łóżek (nie więcej niż jeden pacjent na łóżko), istniejącą infrastrukturę oraz powinny utrzymywać bezpieczne praktyki higieniczne ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.2: Personel opieki zdrowotnej,* ⊕ *patrz wyżej: Odpowiednie i bezpieczne placówki* oraz infrastruktura i sprzęt WASH, ⊕ *patrz: Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*

Standardowe środki ostrożności stanowią część działań w zakresie zapobiegania oraz zwalczania infekcji i obejmują następujące elementy:

- *Zapobieganie obrażeniom spowodowanym ostrymi przedmiotami:* Postępuj ostrożnie z igłami, skalpelami i innymi ostrymi przedmiotami, np. podczas mycia narzędzi medycznych lub utylizacji zużytych igieł. Każdej osobie, która ma obrażenie spowodowane ostrymi przedmiotami, należy zaoferować profilaktykę po ekspozycji na HIV w ciągu 72 godzin ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV.*
- *Stosowanie środków ochrony osobistej (ŚOO):* Zapewniaj odpowiednie ŚOO w zależności od ryzyka i zadania, które ma być wykonane. Oceń rodzaj przewidywanej ekspozycji (np. rozbryzg, rozprysk, kontakt lub dotyk) oraz kategorię przenoszenia choroby, trwałość i odpowiedniość ŚOO do danego zadania (np. odporność na płyny lub płynoszczelność) oraz dopasowanie sprzętu. Dalsze ŚOO będą zależeć od sposobu przenoszenia chorób: poprzez kontakt (np. fartuch lub rękawiczki), drogą kropelkową (należy mieć założoną maskę chirurgiczną, jeżeli odległość od pacjenta wynosi nie więcej niż 1 metr) lub drogą powietrzną (półmaski chroniące przed cząstkami stałymi). ⊕ *Patrz: standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*
- Inne środki to m.in. higiena rąk, utylizacja odpadów medycznych, utrzymanie czystego środowiska, czyszczenie urządzeń medycznych, higiena dróg oddechowych i w zakresie kaszlu oraz zrozumienie zasad jałowości ⊕ *patrz Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia..*

Zdarzenia niepożądane: W skali globalnej zdarzenie niepożądane występuje u 10 procent hospitalizowanych pacjentów (nawet poza kryzysem humanitarnym), głównie z powodu niebezpiecznych procedur chirurgicznych, błędów związanych z lekami i zakażeń związanych z opieką zdrowotną. W każdej placówce opieki zdrowotnej powinien być prowadzony rejestr zdarzeń niepożądanych, który należy kontrolować na rzecz nauki.

Postępowanie ze zmarłymi: Ze zmarłymi postępuj z szacunkiem, przeprowadzaj ich identyfikację i oddawaj zwłoki rodzinom zgodnie z miejscowymi zwyczajami oraz praktykami wiary. W sytuacji epidemii, klęski żywiołowej, konfliktu lub mordów masowych postępowanie ze zmarłymi wymaga koordynacji sektorów zdrowia, WASH, prawnego, ochrony i kryminalistycznego.

Ciała zmarłych rzadko stanowią bezpośrednie zagrożenie zdrowia. Niektóre choroby (np. cholera lub ebola) wymagają specjalnego postępowania. Odzyskanie ciał zmarłych może się wiązać z koniecznością stosowania ŚOO, sprzętu do odzyskiwania, transportu i przechowywania, a także dokumentacji. ⊕ *patrz: Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia..*

Standard systemów opieki zdrowotnej 1.2: Personel opieki zdrowotnej

Ludność ma dostęp do pracowników opieki zdrowotnej o odpowiednich umiejętnościach na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej.

Kluczowe działania

1. Zweryfikuj istniejące stany liczbowe personelu i jego przydzielanie zgodnie z klasyfikacjami krajowymi, aby zidentyfikować luki i obszary, w których występuje niedobór usług.
   - Śledź stany liczbowe personelu na 1000 osób według funkcji i miejsca pracy.
2. Zapewnij szkolenie stanowiskowe pracownikom zgodnie z normami krajowymi lub wytycznymi międzynarodowymi.
   - Weź pod uwagę, że w przypadku głębokiego kryzysu personel może mieć dodatkowe obowiązki oraz potrzebować szkolenia i wsparcia.
   - W przypadki wysokiej fluktuacji pracowników przeprowadzaj szkolenia przypominające.
3. Udzielaj odpowiedniego wsparcia pracownikom opieki zdrowotnej, aby mogli pracować w bezpiecznej atmosferze.
   - Wdrażaj i zachęcaj do stosowania wszelkich możliwych środków zapewniających pracownikom opieki zdrowotnej ochronę w konfliktach.
   - Zapewniaj wszystkim pracownikom medycznym szkolenie z higieny pracy i szczepienia na żółtaczkę typu B oraz tężec.
   - Zapewniaj odpowiednie środki ZKI i ŚOO, aby personel mógł wykonywać swoje zadania.
4. Opracuj strategie świadczeń motywacyjnych i wynagrodzeń, które minimalizują różnice płacowe oraz nierówny podział pracowników opieki zdrowotnej między MZ a innymi dostawcami opieki zdrowotnej.
5. Przekazuj dane pracowników opieki zdrowotnej oraz informacje o gotowości do MZ oraz innych stosownych organów na poziomie lokalnym i krajowym.
   - Miej świadomość wysiedleń i wyjazdów pracowników służby zdrowia w trakcie konfliktu.

Kluczowe wskaźniki

Liczba środowiskowych pracowników opieki zdrowotnej na 1000 osób

- Minimum 1-2 środowiskowych pracowników opieki zdrowotnej

Odsetek porodów przyjętych przez wykwalifikowany personel (lekarzy, pielęgniarki, położne)

- minimum 80 procent

Liczba wykwalifikowanych pracowników towarzyszących przy porodzie (lekarze, pielęgniarki, położne) na 10 tys. osób

- minimum 23 na 10 tys. osób

Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej wykonujący pracę kliniczną zostali przeszkoleni w zakresie protokołów klinicznych i zarządzania przypadkami chorobowymi

Wytyczne

Dostępność pracowników opieki zdrowotnej: Personel opieki zdrowotnej obejmuje lekarzy, pielęgniarki, położne, klinicystów, techników laboratorium, farmaceutów i ŚPOZ oraz kierownictwo i pracowników pomocniczych. Liczba oraz profil pracowników powinien odpowiadać potrzebom ludności i zapotrzebowaniu na usługi. Braki kadrowe mogą prowadzić do nadmiernego obciążenia pracą i niebezpiecznych praktyk opieki zdrowotnej. Włącz istniejących pracowników opieki zdrowotnej do reagowania w sytuacjach kryzysowych.

Przy zatrudnianiu i szkoleniu pracowników miejscowych postępuj zgodnie z wytycznymi krajowymi (lub międzynarodowymi, jeżeli wytyczne krajowe nie są dostępne). Rekrutacja pracowników międzynarodowych powinna się odbywać zgodnie z przepisami krajowymi i wytycznymi MZ (np. dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji, szczególnie w przypadku praktyki klinicznej).

Rozważ zapewnianie opieki osobom mieszkającym w trudno dostępnych obszarach wiejskich i miejskich, a także osobom przebywającym w pobliżu konfliktu. Personel musi świadczyć opiekę osobom z wszystkich grup etnicznych, językowych i o każdej przynależności. Zatrudnij i przeszkol pracowników opieki zdrowotnej niższego szczebla do pracy w ramach docierania do lokalnych społeczności, zarządzania przypadkami w zespołach mobilnych lub punktach opieki zdrowotnej, a także opracuj niezawodne mechanizmy skierowań. Praca w trudnych obszarach może wymagać wprowadzenia pakietów motywacyjnych.

Środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej (ŚPOZ): Programy środowiskowe, w których uczestniczą ŚPOZ (łącznie z wolontariuszami) zwiększają dostęp do populacji, do których ciężko dotrzeć, łącznie z populacjami zmarginalizowanymi lub stygmatyzowanymi. Jeżeli istnieją ograniczenia geograficzne lub problemy z akceptowalnością w społecznościach zróżnicowanych, jeden ŚPOZ może być w stanie obsłużyć tylko 300 osób, a nie 500.

Praca ŚPOZ ma różny charakter. Osoby te mogą zostać przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub zarządzania przypadkami, bądź mogą przeprowadzać przesiewowe badania zdrowotne. Muszą być związane z najbliższą placówką opieki zdrowotnej, żeby zapewnić odpowiedni nadzór i zintegrowaną opiekę. ŚPOZ często nie mogą być włączeni do systemu opieki zdrowotnej po ustaniu sytuacji kryzysowej. W niektórych kontekstach ŚPOZ mogą zwykle pracować tylko w środowiskach wiejskich, dlatego w przypadku kryzysu miejskiego konieczny może okazać się inny model.

Akceptowalność: Spełnianie oczekiwań społeczno-kulturowych zwiększa zaangażowanie pacjentów. Personel powinien odzwierciedlać zróżnicowanie populacji i obejmować osoby z różnych grup społeczno-gospodarczych, etnicznych, językowych i o różnej orientacji seksualnej, a także odpowiednią równowagę płci.

Jakość: Organizacje muszą przeszkolić i nadzorować personel, aby zagwarantować, że pracownicy mają aktualną wiedzę, a ich praktyka jest bezpieczna. Zadbaj, aby programy szkoleniowe były spójne z wytycznymi krajowymi (dostosowanymi do sytuacji awaryjnych) lub uzgodnionymi wytycznymi międzynarodowymi.

Włącz szkolenia poruszające takie tematy jak:

- protokoły kliniczne i zarządzanie przypadkami chorobowymi;
- standardowe procedury operacyjne (np. ZKI, utylizacja odpadów medycznych);
- bezpieczeństwo (dostosowane do poziomu ryzyka); oraz
- kodeksy postępowania (np. etyka medyczna, prawa pacjentów, zasady humanitarne, zapewnienie ochrony dzieciom, ochrona przed wyzyskiwaniem i przemocą seksualną) ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.2: Przemoc seksualna i postępowanie kliniczne w przypadku gwałtu* oraz *Zasady Ochrony*.

Regularny nadzór i kontrola jakości zachęca do stosowania dobrej praktyki. Jednorazowe szkolenie nie zapewnia dobrej praktyki. Udostępnij MZ dane na temat tego, kto został przeszkolony, w jakim zakresie, przez kogo, kiedy i gdzie.

Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne

Ludność ma dostęp do podstawowych leków i urządzeń medycznych, które są bezpieczne, skuteczne i mają potwierdzoną jakość.

Kluczowe działania

1. Ustanów ustandaryzowane listy podstawowych leków i urządzeń medycznych dla priorytetowej opieki zdrowotnej.
   - Zweryfikuj istniejące krajowe listy podstawowych leków oraz urządzeń medycznych na wczesnym etapie reagowania i dostosuj je do kontekstu sytuacji kryzysowej.
   - Zwróć szczególną uwagę na leki kontrolowane, które mogą wymagać specjalnego rzecznictwa, aby można było zapewnić ich dostępność.
2. Ustanów skuteczne systemy zarządzania celem zapewnienia podstawowych leków i urządzeń medycznych.
   - Uwzględnij transport, przechowywanie i łańcuch chłodniczy na potrzeby szczepionek oraz pobierania i przechowywania produktów krwiopochodnych.
3. Przyjmuj darowizny leków i urządzeń medycznych tylko jeżeli spełniają wytyczne uznane na szczeblu międzynarodowym.

Kluczowe wskaźniki

Liczba dni, kiedy podstawowe leki są niedostępne

- Maksymalnie 4 w ciągu 30 dni

Odsetek placówek opieki zdrowotnej mających podstawowe leki

- Minimum 80 procent

Odsetek placówek opieki zdrowotnej mających sprawne urządzenia medyczne

- Minimum 80 procent

Wszystkie leki wydawane pacjentom mają dobrą datę ważności

Wytyczne

Zarządzanie podstawowymi lekami: Podstawowe leki to m.in. lekarstwa, szczepionki i produkty z krwi. Właściwe zarządzanie lekami zapewnia ich dostępność, lecz jednocześnie zabrania stosowania niebezpiecznych lub przeterminowanych leków. Głównymi elementami zarządzania są: selekcja, przewidywanie, zaopatrzenie, przechowywanie i dystrybucja.

Selekcja powinna wynikać z krajowego wykazu leków podstawowych. Promuj usunięcie wszelkich luk dotyczących np. chorób niezakaźnych, zdrowia reprodukcyjnego, opieki, leczenia bólu w opiece paliatywnej, a także chirurgii, anestezji, zdrowia psychicznego, leków kontrolowanych (patrz poniżej) lub innych.

Prognozowanie powinno wynikać z danych dotyczących zużycia, zachorowalności i analizy kontekstu. Krajowe dostawy leków mogą zostać zakłócone, jeżeli produkcja jest dotknięta, magazyny są uszkodzone, międzynarodowe zamówienia są opóźnione lub też z innych powodów.

Metody zamówień powinny być zgodne z przepisami krajowymi, przepisami celnymi oraz mechanizmami zapewnienia jakości w przypadku zamówień międzynarodowych. Działaj na rzecz usprawnienia mechanizmów w przypadku wystąpienia opóźnień (poprzez MZ, wiodącą agencję, krajowy organ zarządzający katastrofami naturalnymi lub koordynatora humanitarnego). Jeżeli systemy nie istnieją, kupuj wstępnie zakwalifikowane produkty z aktualną datą ważności oraz w języku narodowym i którym posługują się pracownicy opieki zdrowotnej.

Przechowywanie: Leki powinny być przechowywane w bezpieczny sposób przez cały cykl dostaw leków. Różne produkty mają różne wymagania. Leki nie powinny być przechowywane bezpośrednio na podłodze. Zapewnij odrębne miejsca do przechowywania produktów przeterminowanych (zamykane), produktów łatwopalnych (z dobrą wentylacją, i ochroną przeciwpożarową), substancji kontrolowanych (z dodatkowymi zabezpieczeniami) i produktów, które wymagają łańcucha chłodniczego lub regulacji temperatury.

Dystrybucja: Ustanów bezpieczne, chronione, przewidywalne i udokumentowane mechanizmy transportu z magazynów centralnych do placówek opieki zdrowotnej. Partnerzy mogą używać systemu push (dostawy automatyczne) lub pull (dostawa na żądanie).

Bezpieczne usuwanie leków przeterminowanych: Zapobiegaj zanieczyszczeniu środowiska i zagrożeniom dla ludności. Przestrzegaj przepisów krajowych

(przystosowanych do sytuacji kryzysowych) lub wytycznych międzynarodowych. Spalanie w bardzo wysokich temperaturach jest kosztowne, a składowanie leków działa tylko w perspektywie krótkoterminowej ⊕ *patrz: standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*

Niezbędne urządzenia medyczne: Określ i zakup niezbędne dla każdego poziomu opieki zdrowotnej urządzenia oraz sprzęt (np. odczynniki laboratoryjne, większe maszyny) zgodnie z przepisami krajowymi lub wytycznymi międzynarodowymi. Uwzględnij urządzenia pomocnicze dla osób niepełnosprawnych. Zapewnij bezpieczne użytkowanie urządzeń, łącznie z regularną konserwacją i dostawą części zamiennych, najlepiej lokalnie. Wycofuj urządzenia z eksploatacji w bezpieczny sposób. Dystrybuuj lub wymieniaj utracone urządzenia pomocnicze oraz przekazuj jasne informacje na temat ich stosowania i utrzymania. Kieruj do usług rehabilitacji, aby zapewnić odpowiedni rozmiar, dopasowanie, stosowanie i utrzymanie. Unikaj dystrybucji jednorazowych.

Wstępnie zakwalifikowane zestawy są użyteczne na wczesnych etapach kryzysu lub w przypadku wstępnego rozmieszczenia w ramach działań przygotowawczych. Takie zestawy zawierają wstępnie zakwalifikowane, podstawowe leki oraz urządzenia medyczne i różnią się w zależności od interwencji w zakresie zdrowia. WHO jest czołowym dostawcą Międzyagencyjnych Narzędzi Opieki Zdrowotnej w Nagłych Przypadkach oraz narzędzi do chorób niezakaźnych, a także narzędzi do stosowania w przypadku biegunki, urazów i innych sytuacji. Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA) jest wiodącym dostawcą zestawów dla zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Leki kontrolowane: Leki kontrolowane obejmują zazwyczaj lekarstwa uśmierzające ból, leki stosowane w leczeniu chorób psychicznych i stosowane przy krwawieniu po porodzie. Ze względu na to, że 80 procent państw o niskich dochodach nie ma dostępu do właściwych leków przeciwbólowych, zachęcaj MZ i rząd, aby poprawić dostępność leków kontrolowanych.

Produkty z krwi: Koordynuj z krajową służbą transfuzji krwi, jeżeli istnieje. Pobieraj krew wyłącznie od ochotników. Wszystkie produkty z krwi badaj co najmniej na obecność HIV, żółtaczki B i C oraz syfilisu, a także ustal grupę i zgodność krwi. Przechowuj i dystrybuuj produkty w sposób bezpieczny. Przeszkol personel kliniczny w zakresie racjonalnego korzystania z krwi i produktów krwiopochodnych.

Standard systemów opieki zdrowotnej 1.4: Finansowanie opieki zdrowotnej

Ludzie mają dostęp do bezpłatnej, priorytetowej opieki zdrowotnej przez okres trwania kryzysu.

Kluczowe działania

1. Planuj zniesienie lub zawieszenie opłat dla świadczeniobiorców, jeżeli są naliczane przez systemy rządowe.
2. Ogranicz koszty pośrednie lub inne bariery finansowe, aby zapewnić dostęp usług i korzystanie z nich.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które nie naliczają opłat dla świadczeniobiorców za priorytetową opiekę zdrowotną (łącznie z konsultacjami, leczeniem, badaniami i zaopatrzeniem w leki)

- Cel: 100 procent

Odsetek osób, które nie dokonują jakichkolwiek bezpośrednich płatności za dostęp do lub korzystanie z opieki zdrowotnej (łącznie z konsultacjami, leczeniem, badaniami i zaopatrzeniem w leki)

- Cel: 100 procent

Wytyczne

Opłaty dla świadczeniobiorców: Żądanie opłat za usługi w trakcie sytuacji kryzysowej utrudnia dostęp i może sprawić, że ludzie nie będą poszukiwać opieki zdrowotnej.

Zawieszenie opłat dla świadczeniobiorców dla państwowych dostawców opieki zdrowotnej w sposób nieunikniony powoduje presję finansową. Rozważ wsparcie placówek MZ lub placówek innych odpowiedzialnych dostawców w zakresie wynagrodzeń i świadczeń motywacyjnych dla personelu, dodatkowych leków, urządzeń medycznych oraz urządzeń pomocniczych. Jeżeli opłaty dla świadczeniobiorców są tymczasowo zawieszone, zadbaj, aby świadczeniobiorcy otrzymali jasne informacje na temat ram czasowych i powodów, jak również kontroluj dostępność i jakość usług.

Koszty pośrednie można zminimalizować poprzez udostępnienie odpowiednich usług w społecznościach oraz korzystanie z zaplanowanych mechanizmów do transportu i realizacji skierowań.

Pomoc pieniężna: The Universal Health Coverage 2030 zakłada, że ludzie powinni mieć dostęp do opieki zdrowotnej bez nadmiernego obciążenia finansowego. Nie ma jasnych dowodów wskazujących na to, że stosowanie pomocy pieniężnej w działaniach związanych z reagowaniem w zakresie zdrowia w kontekście humanitarnym ma pozytywny wpływ na wyniki zdrowotne na dzień niniejszego wydania ⊕ *patrz: Czym jest Sfera? włączając Dostarczanie pomocy za pośrednictwem rynków*.

Z doświadczeń wynika, że stosowanie pomocy pieniężnej w działaniach związanych z reagowaniem w zakresie zdrowia *może* pomóc, jeśli:

- ustabilizowana jest sytuacja kryzysowa;
- istnieje przewidywalna usługa zapewniająca wsparcie, np. opieka przedporodowa lub leczenie chorób przewlekłych;
- istnieją pozytywne wzorce poszukiwania opieki zdrowotnej i duże zapotrzebowanie;
- zaspokojone są inne krytyczne potrzeby gospodarstwa domowego, takie jak żywność i schronienie.

Standard systemów opieki zdrowotnej 1.5: Informacje dotyczące zdrowia

Opieka zdrowotna opiera się na dowodach, poprzez gromadzenie, analizowanie i wykorzystywanie stosownych danych na temat zdrowia publicznego.

Kluczowe działania

1. Wzmocnij lub opracuj system informacji zdrowotnej, który zapewni wystarczające, dokładne i aktualne informacje umożliwiające prowadzenie skutecznych oraz sprawiedliwych działań związanych z reagowaniem w zakresie zdrowia.

- Zadbaj, aby system informacji zdrowotnej obejmował wszystkich interesariuszy, był łatwy do wdrożenia, a także by umożliwiał łatwe gromadzenie, analizowanie i interpretowanie informacji niezbędnych do kierowania działaniami związanymi z reagowaniem.

2. Wzmocnij lub opracuj mechanizmy wczesnego ostrzegania, alarmowania i reagowania (WOAR) w zakresie chorób, w odniesieniu do wszystkich zagrożeń wymagających natychmiastowej reakcji.

- Zdecyduj, które choroby i zdarzenia uznane za priorytetowe zostaną uwzględnione zgodnie z profilem zagrożenia epidemiologicznego oraz kontekstem sytuacji kryzysowej.
- Uwzględnij zarówno elementy oparte na wskaźnikach, jak i zdarzeniach.

3. Uzgodnij i stosuj powszechne dane operacyjne i definicje.

- Przeanalizuj takie wskaźniki jak populacja, liczebność rodziny i dezagregacja według wieku.
- Ustanów obszary administracyjne i kody geograficzne.

4. Uzgodnij standardowe procedury operacyjne dla wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej w przypadku korzystania z informacji zdrowotnej.

5. Zapewnij mechanizmy ochrony danych w celu zagwarantowania praw i bezpieczeństwa osób indywidualnych, jednostek sprawozdawczych i/lub populacji.

6. Wspomagaj podmiot zarządzający w zakresie gromadzenia, analizowania, interpretowania i rozpowszechniania informacji zdrowotnej wśród wszystkich interesariuszy regularnie i na czas, a także celem wsparcia podejmowania decyzji dotyczących programów opieki zdrowotnej.

- Uwzględnij zasięg oraz korzystanie z usług opieki zdrowotnej, a także analizę i interpretację danych epidemiologicznych.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek kompletnych raportów w zakresie wczesnego ostrzegania, alarmowania i reagowania (WOAR) / z nadzoru złożonych na czas

- Minimum 80 procent

Częstotliwość raportów na temat informacji zdrowotnej sporządzanych przez wiodący podmiot opieki zdrowotnej

- Minimum co miesiąc

Wytyczne

System informacji zdrowotnej: Dobrze działający system informacji zdrowotnej zapewnia generowanie, analizowanie, rozpowszechnianie oraz wykorzystywanie niezawodnych i aktualnych informacji na temat czynników warunkujących zdrowie, wydajności systemów opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowotnego. Dane mogą mieć charakter jakościowy lub ilościowy i mogą pochodzić z różnych źródeł, takich jak spis powszechny, rejestr urzędu stanu cywilnego, badania statystyczne ludności, indywidualne rejestry lub raport placówek opieki zdrowotnej (np. systemy zarządzania informacją zdrowotną). Powinien być odpowiednio elastyczny, aby dało się wprowadzić i odzwierciedlić niespodziewane wyzwania takie jak ogniska chorób bądź całkowite załamanie systemu lub usług opieki zdrowia. Informacje będą identyfikowały problemy i potrzeby na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej.

Gromadź brakujące informacje przy pomocy dalszych ocen lub badań. Weź pod uwagę transgraniczny przepływ ludności oraz potrzebne lub dostępne informacje. Przeprowadzaj regularną analizę w zakresie tego, kto co robi i gdzie.

Systemy zarządzania informacją zdrowotną (SZIZ) lub rutynowe raportowanie wykorzystują informację zdrowotną pochodzącą z placówek opieki zdrowotnej w celu oceny wydajności świadczenia opieki zdrowotnej. SZIZ monitoruje realizację określonych interwencji, leczenie stanów zdrowia, zasoby takie jak śledzenie dostępności leków, zasoby ludzkie i wskaźniki korzystania z usług.

Nadzór opieki zdrowotnej obejmuje ciągłe i systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację danych dotyczących zdrowia. Nadzór nad chorobami obejmuje w szczególności monitorowanie różnych chorób oraz tendencji postępu chorób i jest często ujmowany w raportowaniu SZIZ.

Wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie (WOAR) jest częścią rutynowego systemu nadzoru opieki zdrowotnej. Wykrywa i generuje alarm dotyczący każdego zdarzenia dotyczącego zdrowia publicznego, które wymaga natychmiastowej reakcji, np. zatrucia chemicznego lub choroby wywołującej epidemie ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.2: Nadzór, wykrywanie ognisk choroby i wczesne reagowanie*.

Standardowe procedury operacyjne: Ustanów wspólne definicje oraz drogi przekazywania informacji w obrębie różnych lokalizacji geograficznych, poziomów opieki zdrowotnej i podmiotów opieki zdrowotnej. Uzgodnij przynajmniej następujące kwestie:

- definicje przypadków;
- wskaźniki, co należy monitorować;
- jednostki sprawozdawcze (np. mobilne kliniki, szpitale terenowe, punkty opieki zdrowotnej);
- ścieżki raportowania;
- częstotliwość przekazywania, analizowania i raportowania danych.

Dezagregacja danych: Dane dotyczące informacji zdrowotnej powinny być dezagregowane według płci, wieku, niepełnosprawności, ludności wysiedlonej i przyjmującej, kontekstu (np. sytuacja w przypadku obozu / braku obozu) i poziomu administracyjnego (region, dzielnica), aby zapewnić informacje do podejmowania decyzji i wykrywania nierówności w przypadku grup narażonych na ryzyko.

W przypadku WOAR dezagreguj dane dotyczące śmiertelności i zachorowalności u dzieci w wieku poniżej pięciu lat i starszych. Celem jest szybkie wygenerowanie alarmu – dopuszcza się mniej szczegółowe dane. Dane pochodzące z badań ognisk chorób, obserwacja kontaktów, arkusze danych i dalsze monitorowanie tendencji chorób musi zawierać dane poddane dezagregacji.

Zarządzanie danymi, bezpieczeństwo i poufność danych: Stosuj odpowiednie środki ostrożności w celu ochrony bezpieczeństwa osób indywidualnych i danych. Personel nie może w żadnych okolicznościach przekazywać informacji pacjentów jakiejkolwiek osobie, która nie jest bezpośrednio zaangażowana w opiekę nad pacjentem, i bez zgody pacjenta. Zwróć uwagę na osoby mające ograniczoną sprawność intelektualną, umysłową lub sensoryczną, co może wpływać na ich zdolność do udzielania świadomej zgody. Miej świadomość, że wiele osób żyjących z takimi chorobami jak HIV może nie ujawniać bliskim członkom rodziny swojego stanu zdrowia. Traktuj z ostrożnością dane dotyczące obrażeń w wyniku tortur lub innych naruszeń praw człowieka, łącznie z napaścią na tle seksualnym. Rozważ przekazanie takich informacji odpowiednim podmiotom lub instytucjom, jeżeli dana osoba udzieli świadomej zgody ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1* oraz *Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązanie 4*.

Zagrożenia dla opieki zdrowotnej: Zagrożenia dla pracowników opieki zdrowotnej lub jakiekolwiek akty przemocy wobec pracowników opieki zdrowotnej powinny być zgłaszane za pomocą uzgodnionych mechanizmów lokalnych i krajowych ⊕ *patrz: Podstawowe pojęcia dotyczące opieki zdrowotnej (powyżej)* oraz *Odniesienia i materiały dodatkowe (poniżej)*.

2. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna zajmuje się przyczynami śmiertelności i zachorowalności wśród ludności dotkniętej kryzysem. We współpracy z ministerstwami zdrowia oraz innymi państwowymi podmiotami opieki zdrowotnej uzgodnij, które usługi powinny być traktowane priorytetowo, kiedy i gdzie. Zadbaj, aby priorytety wynikały z oceny ryzyka i dostępnych dowodów.

Ludność dotknięta kryzysem ma nowe i różne potrzeby, które z biegiem czasu ulegają zmianie. Może zmagać się z takimi kwestiami jak przeludnienie, wielokrotne wysiedlenia, niedożywienie, brak dostępu do wody lub trwający konflikt. Czynniki takie jak wiek, płeć, niepełnosprawność, status HIV, tożsamość językowa lub etniczna mogą mieć dalszy wpływ na potrzeby i mogą stanowić istotne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej. Rozważ potrzeby osób mieszkających w miejscach trudnodostępnych lub w których występuje niedobór usług.

Uzgodnij z MZ i innymi podmiotami opieki zdrowotnej, które usługi są priorytetowe, koncentrując się na zagrożeniach, których pojawienie się jest najbardziej prawdopodobne i które powodują największą zachorowalność oraz śmiertelność. Programy opieki zdrowotnej powinny zapewniać odpowiednią i skuteczną opiekę z uwzględnieniem kontekstu, logistyki i zasobów, które będą potrzebne. Priorytety mogą się zmieniać w miarę poprawy lub dalszego pogarszania sytuacji. To zadanie należy wykonywać w sposób regularny, zgodnie z dostępnymi informacjami i wraz ze zmianą sytuacji.

Kiedy wskaźniki zachorowalności spadną lub sytuacja się ustabilizuje, można będzie zapewnić bardziej kompleksowe usługi opieki zdrowotnej. W przypadku przedłużających się warunków może to być niezbędny pakiet usług opieki zdrowotnej, zdefiniowany na poziomie krajowym.

Ten punkt zwiera omówienie niezbędnej podstawowej opieki zdrowotnej w kluczowych obszarach działań związanych z reagowaniem: choroby zakaźne, zdrowie dzieci, zdrowie seksualne i reprodukcyjne, leczenie obrażeń i urazów, zdrowie psychiczne, choroby niezakaźne oraz opieka paliatywna.

2.1 Choroby zakaźne

Kryzysom humanitarnym, niezależnie od tego, czy zostały spowodowane przez klęskę żywiołową, konflikt czy głód, często towarzyszy zwiększona zachorowalność i śmiertelność w wyniku chorób zakaźnych. Przenoszenie się do zaludnionych osiedli komunalnych lub schronień oznacza, że łatwo się przenoszą takie choroby, jak biegunka i odra. Uszkodzenia obiektów sanitarnych lub brak czystej wody oznacza, że choroby przenoszone przez wodę i wektory szybko się rozprzestrzeniają. Niższa odporność populacji oznacza większą podatność na choroby. Załamanie systemów opieki zdrowotnej może zakłócić długoterminowe leczenie, np. zapewnienie rutynowych szczepionek w przypadku HIV lub gruźlicy, a także leczenie mniej przewlekłych chorób, takich jak choroby układu oddechowego.

Ostra niewydolność oddechowa, biegunka, odra i malaria wciąż odpowiadają za największą zachorowalność wśród ludności dotkniętej kryzysem. Ostre

niedożywienie przyczynia się do nasilenia tych chorób, szczególnie u dzieci poniżej piątego roku życia i u osób starszych.

Celem w kryzysie jest zapobieganie wystąpieniu chorób zakaźnych od samego początku, zarządzanie pojawiającymi się przypadkami chorób oraz zapewnienie szybkich i odpowiednich działań reagowania w przypadku ogniska choroby. Interwencje mające na celu zwalczanie chorób zakaźnych powinny obejmować profilaktykę, nadzór, wykrywanie ognisk, diagnostykę i zarządzanie przypadkami, a także reagowanie na ogniska chorób.

Standard chorób zakaźnych 2.1.1: Profilaktyka

Ludzie mają dostęp do opieki zdrowotnej i informacji, aby móc zapobiegać chorobom zakaźnym.

Kluczowe działania

1 Określ ryzyko chorób zakaźnych wśród ludności dotkniętej.

- Zapoznaj się z istniejącymi informacjami zdrowotnymi, jeśli są dostępne, oraz z danymi z nadzoru, a także zweryfikuj status żywienia i dostęp do bezpiecznej wody oraz warunków sanitarnych.
- Przeprowadź oceny ryzyka wśród ludności dotkniętej, z uwzględnieniem lokalnych liderów i pracowników służby zdrowia.

2 We współpracy z innymi sektorami opracuj ogólne środki profilaktyki oraz ustanów zintegrowane programy promocji zdrowia na poziomie społeczności.

- Odnieś się do konkretnych obaw, plotek i powszechnych przekonań, które mogą osłabić zdrowe zachowania.
- Koordynuj z innymi sektorami prowadzącymi działania pomocowe, np. z osobami promującymi higienę lub środowiskowymi pracownikami żywienia, w celu zapewnienia zharmonizowanego przesyłania komunikatów.

3 Wprowadź środki w zakresie szczepień, aby zapobiegać chorobom.

- Ustal potrzebę kampanii dotyczących szczepień dla określonych chorób zakaźnych w oparciu o ryzyko, wykonalność i kontekst.
- Jak najszybciej wznów prowadzenie rutynowych szczepień w ramach wcześniej istniejących programów.

4 W miarę potrzeby wprowadź środki w zakresie zapobiegania poszczególnym chorobom.

- Udostępnij trwałe moskitiery nasączone środkami owadobójczymi w strefach malarii i zadbaj, aby wszyscy hospitalizowani pacjenci ich używali.

5 Wdróż środki zapobiegania i zwalczania infekcji (ZKI) na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej w zależności od ryzyka ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1* oraz wsparcie WASH w *Standard WASH 6: Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny w placówkach służby zdrowia.*.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek osób, które przyjmują kluczowe praktyki promowane w ramach działań i komunikacji na rzecz edukacji zdrowotnej

Odsetek dotkniętych gospodarstw domowych, które zgłaszają, że otrzymały odpowiednie informacje na temat zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi i działaniami zapobiegawczymi

Odsetek dotkniętych gospodarstw domowych, które potrafią opisać trzy środki, których używają w ramach zapobiegania chorobom zakaźnym

Wszyscy hospitalizowani pacjenci w placówkach opieki zdrowotnej używają trwałych moskitier nasączonych środkami owadobójczymi w strefach malarii

Częstotliwość występowania głównych chorób zakaźnych jest stabilna lub nie zwiększa się w porównaniu do poziomu sprzed kryzysu

Wytyczne

Oceny ryzyka: Przeprowadź oceny ryzyka wśród ludności dotkniętej, lokalnych liderów i pracowników służby zdrowia. Analizuj zagrożenia wynikające z kontekstu i środowiska, np. na przeludnionych osiedlach komunalnych i obszarach miejskich. Aktywnie analizuj różne grupy populacji pod kątem czynników swoistych dla choroby, niskiej odporności lub innych zagrożeń.

Międzysektorowe środki zapobiegawcze Opracuj ogólne środki zapobiegawcze, takie jak odpowiednia higiena, usuwanie odpadów, odpowiednia ilość bezpiecznej wody i zwalczanie wektorów. Odpowiednie schronienie, rozmieszczenie schronień i wentylacja może ułatwić ograniczanie przenoszenia chorób. Karmienie wyłącznie piersią i dostęp do odpowiedniego żywienia przyczynia się bezpośrednio do stanu zdrowia ⊕ *patrz: Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązanie 3, Standard WASH dotyczący promocji higieny 1.1, Standardy WASH dotyczące dostawy wody 2.1 i 2.2, Standardy WASH w zakresie zarządzania odpadami stałymi od 5.1 do 5.3, Standard schronienia i zasiedlenia 2* oraz *Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy karmienie niemowląt i małych dzieci 4.1 i 4.2*.

Promocja zdrowia: Angażuj społeczności celem zapewnienia informacji w formatach i językach, które są łatwo dostępne dla osób starszych, osób niepełnosprawnych, kobiet i dzieci. Poświęć czas na przetestowanie i zatwierdzenie komunikatów dotyczących kwestii wrażliwych.

Szczepienia: Decyzja w sprawie wprowadzenia kampanii szczepień zostanie podjęta na podstawie następujących trzech czynników:

- **Ocena ogólnych czynników ryzyka**, takich jak niedożywienie, wysokie obciążenie chorobą przewlekłą, przeludnienie, niewłaściwe warunki WASH i zagrożenia swoiste dla konkretnej choroby, takie jakie geografia, klimat, sezon i odporność ludności.
- **Wykonalność kampanii**, zgodnie z oceną właściwości szczepionki, z uwzględnieniem dostępności, skuteczności, bezpieczeństwa, tego, czy składa się z jednego czy z wielu antygenów, czy jest podawana doustnie czy w formie zastrzyku, oraz jej stabilności. Weź pod uwagę czynniki operacyjne, takie jak dostęp do ludności, ograniczenia czasowe, transport, wymagania materiałowe, koszty i możliwość uzyskania świadomej zgody.

- **Ogólny kontekst**, z uwzględnieniem ograniczeń etyczno-praktycznych takich jak sprzeciw społeczności, nierówności spowodowane brakiem zasobów i ograniczenia natury politycznej lub dotyczące bezpieczeństwa bądź stwierdzone zagrożenia dla osób dokonujących szczepień.

⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1. Choroby wieku dziecięcego zwalczane drogą szczepień* oraz *Szczepienia w ostrych kryzysach humanitarnych: Założenia ramowe do podejmowania decyzji, WHO, 2017*, które obejmują 23 antygeny łącznie z cholerą, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, odrą i rotawirusami.

Zapobieganie malarii: W przypadku wysokiego lub umiarkowanego stopnia przenoszenia malarii zapewnij moskitiery nasączone środkami owadobójczymi osobom i gospodarstwom domowym zmagającym się z ciężkim niedożywieniem, a także kobietom w ciąży, dzieciom w wieku poniżej pięciu lat, dzieciom pozbawionym opieki i osobom zakażonym HIV. Następnie wyznacz priorytetowe traktowanie osób w programach żywienia uzupełniającego, w tym gospodarstw z dziećmi poniżej piątego roku życia i gospodarstw prowadzonych przez kobiety w ciąży. Zapewnij kobietom w ciąży chemioprofikaktykę zgodnie z krajowymi protokołami i modelami odporności. Na obszarach, na których występuje wysoki stopień niedożywienia i umieralność na odrę, rozważ przeprowadzanie sezonowej, celowanej chemioprofilaktyki przeciwmalarycznej.

Choroby przenoszone przez komary egipskie: Komary *egipskie* są przenosicielami takich chorób, jak denga, czikungunia, wirus Zika i żółta gorączka. Zapobiegaj chorobom poprzez zintegrowane zwalczanie wektorów. Każda osoba powinna nosić ubrania, aby zapobiegać ugryzieniom, a gospodarstwa domowe powinny stosować dobre praktyki gospodarowania wodą i odpadami, a także środki odstraszające owady oraz moskitiery nasączone środkami owadobójczymi w trakcie dziennych drzemek małych dzieci i niemowląt ⊕ *patrz: Standard WASH w zakresie zwalczania wektorów 4.2: Działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne w zakresie zwalczania wektorów*.

Standard chorób zakaźnych 2.1.2: Nadzór, wykrywanie ognisk choroby i wczesne reagowanie

Systemy nadzoru i raportowania umożliwiają wczesne wykrywanie ognisk choroby oraz wczesne reagowanie.

Kluczowe działania

1. Wzmocnij lub ustanów mechanizm Wczesnego Ostrzegania, Alarmowania i Reagowania (WOAR) odpowiednio do danego kontekstu.

- Zdecyduj, które choroby i zdarzenia uznane za priorytetowe zostaną uwzględnione zgodnie z ryzykiem epidemiologicznym.
- Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej na wszystkich poziomach w zakresie priorytetowych chorób i mechanizmów powiadamiania organów opieki zdrowotnej oraz generowania ostrzeżeń.

- Rozpowszechniaj cotygodniowe raporty WOAR wśród wszystkich interesariuszy, aby podejmować właściwe działania.

2 Ustanów zespoły ds. badania ognisk choroby.

- Zapewnij szybkie podejmowanie działań w przypadku wygenerowania alarmu.
- Uruchom badania zdalne w sytuacji, gdy zespoły nie mają dostępu do ludności dotkniętej, np. na obszarach występowania konfliktu.

3 Zapewnij badanie próbek za pomocą szybkich testów diagnostycznych lub poprzez laboratoria, aby potwierdzić ognisko choroby ⊕ *patrz: Niezbędna opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.3: Diagnostyka i leczenie przypadków chorobowych.*

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ostrzeżeń zgłoszonych w ciągu 24 godzin

- 90 procent

Procent zgłoszonych ostrzeżeń, które zostały zweryfikowane w przeciągu 24 godzin

- 90 procent

Procent zweryfikowanych ostrzeżeń, które zostały zbadane w przeciągu 24 godzin

- 90 procent

Wytyczne

Wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie (WOAR): We współpracy z wszystkimi interesariuszami, w tym m.in. MZ, partnerami i społecznością, wzmocnij lub ustanów przedstawiciela systemu WOAR dla ludności dotkniętej ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.5: Informacje na temat zdrowia.* System powinien być w stanie rejestrować plotki, zdarzenia nietypowe i zgłoszenia społeczności.

Nadzór i wczesne ostrzeganie: Wzmocnij system WOAR wspólnie z partnerami i uzgodnij jednostki sprawozdawcze, przepływ danych, narzędzia raportowania, narzędzia analizy danych, definicje przypadków oraz częstotliwość raportowania.

Generowanie i zgłaszanie ostrzeżeń: Ostrzeżenia to nietypowe zdarzenia dotyczące zdrowia, które mogą zwiastować wczesne etapy ogniska choroby. Zdefiniuj wartości progowe ostrzeżeń dla poszczególnych chorób i jak najszybciej je zgłaszaj. Korzystaj ze raportowania zdarzeń podlegających zgłoszeniu prowadzonego przez pracowników opieki zdrowotnej lub analizuj raporty oparte na wskaźnikach (co tydzień lub częściej). Rejestruj niezwłocznie wszystkie ostrzeżenia i przekazuj do weryfikacji zespołom zajmującym się badaniami ognisk.

Weryfikacja ostrzeżeń: Weryfikuj informacje dotyczące ostrzeżeń w ciągu 24 godzin. Weryfikacja może być prowadzona zdalnie, np. przez telefon, i polega na gromadzeniu dalszych danych oraz analizowaniu przypadku(-ów) według

objawów, daty pojawienia się, miejsca, płci, wieku, wyników badań i diagnostyki różnicowej.

Wykrywanie ogniska choroby: Jeśli ostrzeżenie zostało zweryfikowane, przeprowadź badanie terenowe w ciągu 24 godzin. Zadbaj, aby zespoły miały wystarczające umiejętności pozwalające na weryfikację ostrzeżeń, przeprowadzanie badań terenowych, wykrywanie podejrzanego ogniska choroby i pobieranie próbek laboratoryjnych. Badanie potwierdzi ognisko, jeżeli wartość progowa epidemii została osiągnięta lub stwierdzi, czy ostrzeżenie odzwierciedla sporadyczne przypadki lub sezonowe szczyty.

Przeglądaj sprawy, pobieraj próbki i wykonuj ocenę ryzyka. Możliwe wyniki to:

- nie jest to przypadek choroby;
- przypadek choroby jest potwierdzony, ale nie jest to ognisko; lub
- przypadek choroby jest potwierdzony i podejrzewa się ognisko lub jest ono potwierdzone.

Niektóre ogniska mogą być potwierdzone tylko w drodze analizy laboratoryjnej; jednakże nawet podejrzane ogniska mogą i tak wymagać natychmiastowego działania.

Wartości progowe ostrzeżeń i ognisk

	Wartość progowa ostrzeżenia	**Wartość progowa ogniska choroby**
Cholera	2 przypadki z ostrą wodnistą biegunką i ostre odwodnienie u osób w wieku 2 lat lub starszych, lub które zmarły w wyniku ostrej wodnistej biegunki w tym samym rejonie w ciągu jednego tygodnia 1 przypadek zgonu w wyniku ostrej wodnistej biegunki u osoby w wieku 5 lat lub starszej 1 przypadek ostrej wodnistej biegunki, pozytywny wynik badania na cholerę przeprowadzonego w ramach szybkich testów diagnostycznych w rejonie	1 potwierdzony przypadek
Malaria	Ustalone na poziomie krajowym w zależności od kontekstu	Ustalone na poziomie krajowym w zależności od kontekstu
Odra	1 przypadek	Ustalone na poziomie krajowym
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	2 przypadki w jednym tygodniu (w populacji <30 tys.) 3 przypadki w jednym tygodniu (w populacji 30 tys. – 100 tys.)	5 przypadków w jednym tygodniu (w populacji <30 tys.) 10 przypadków na 100 tys. osób w jednym tygodniu (w populacji 30 tys. – 100 tys.) 2 przypadki w jednym tygodniu w obozie
Wirusowe gorączki krwotoczne	1 przypadek	1 przypadek
Żółta gorączka	1 przypadek	1 przypadek

Badanie ognisk i wczesne reagowanie: Przeprowadź dalsze badanie, jeżeli ognisko jest potwierdzone lub podejrzewane. Ustal przyczynę/źródło, kto jest dotknięty, sposoby przenoszenia i kto jest zagrożony, aby wprowadzić odpowiednie środki ograniczania.

Przeprowadź opisowe badania epidemiologiczne, które uwzględniają:

- przypadki, ofiary śmiertelne i osoby, czas oraz miejsce pojawienia się, aby opracować krzywą epidemii i mapę punktów;
- arkusze danych, które dotyczą każdego przypadku, i przeanalizuj zasięg ogniska, np. liczbę osób hospitalizowanych, komplikacje, współczynnik śmiertelności przypadków;
- obliczenie współczynnika zapadalności na podstawie ustalonych danych liczbowych dotyczących populacji.

Opracuj hipotezę, która wyjaśnia narażenie i chorobę. Rozważ patogen, źródło i ścieżkę przenoszenia.

Oceń hipotezę i uzgodnij definicję przypadku ogniska choroby. Taka definicja może być bardziej szczegółowa niż definicja przypadku wykorzystywana na potrzeby nadzoru. Jeżeli badania laboratoryjne potwierdzą ognisko choroby z różnych źródeł, postępuj zgodnie z definicją przypadku ogniska – dalsze pobieranie próbek może już nie być konieczne.

Komunikuj i aktualizuj ustalenia niezwłocznie i regularnie. Jak najszybciej wdrażaj ogólnopopulacyjne środki ograniczania.

Wszystkie te działania mogą występować w tym samym czasie, szczególnie w trakcie trwania fali ⊕ *patrz: Niezbędna opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.4: Gotowość i reagowanie na ogniska chorób*.

Standard chorób zakaźnych 2.1.3: Diagnostyka i zarządzanie przypadkami chorobowymi

Ludność ma dostęp do kluczowej diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych, które najbardziej przyczyniają się do zachorowalności i śmiertelności.

Kluczowe działania

1. Opracuj jasną komunikację, która zachęca do zgłoszenia się po pomoc w przypadku takich objawów jak gorączka, kaszel i biegunka.

- Opracuj materiały pisemne, komunikaty radiowe lub wiadomości na telefon, stosując łatwo dostępne formaty i języki.

2. Korzystaj z zatwierdzonych standardowych protokołów zarządzania przypadkami chorobowymi w celu świadczenia opieki zdrowotnej.

- Rozważ wprowadzenie zarządzania przypadkami chorobowymi w społeczności na wypadek malarii, biegunki i zapalenia płuc.
- Kieruj poważne przypadki na wyższe poziomy opieki lub izolacji.

3. Zapewnij odpowiednie zaplecze laboratoryjno-diagnostyczne, dostawy i kontrolę jakości.

- Określ zastosowanie szybkich testów diagnostycznych lub badań laboratoryjnych w zakresie patogenów, a także na jakim poziomie opieki zdrowotnej powinny być one wykonywane (np. szybkie testy diagnostyczne w społeczności).

4 Zadbaj, aby leczenie nie było przerywane u osób otrzymujących leczenie długoterminowe w związku z chorobami zakaźnymi typu gruźlica lub HIV.

- Wprowadzaj programy zwalczania gruźlicy tylko w przypadku spełnienia uznanych kryteriów.
- Koordynuj z programami HIV, aby zapewnić świadczenie opieki zdrowotnej dla osób, u których występuje jednoczesne zarażenie HIV i gruźlicą.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek ośrodków zdrowia wspierających ludność dotkniętą kryzysem, które stosują ustandaryzowane protokoły leczenia w odniesieniu do określonej choroby

- Wykorzystuj comiesięczne przeglądy rejestrów w celu monitorowania tendencji

Odsetek podejrzanych przypadków potwierdzonych metodą diagnostyczną zgodnie ze wskazaniami ustalonego protokołu

Wytyczne

Protokoły leczenia: Protokoły powinny zawierać pakiet diagnostyki, leczenia i skierowań. Jeżeli w trakcie kryzysu taki pakiet nie jest dostępny, uwzględnij wytyczne międzynarodowe. Zrozum lokalne tendencje oporności na leki (biorąc pod uwagę także wysiedlenie), szczególnie w przypadku malarii, gruźlicy i tyfusu. Rozważ objęcie opieką kliniczną grup wysokiego ryzyka takich jak dzieci w wieku poniżej dwóch lat, kobiety w ciąży, osoby starsze, osoby zakażone HIV i dzieci z ostrym niedożywieniem, które są narażone na wyższe ryzyko w zakresie niektórych chorób zakaźnych.

Ostre choroby układu oddechowego: W kryzysach podatność na zagrożenia jest wyższa z powodu przeludnienia, dymu wytwarzanego wewnątrz pomieszczeń i słabej wentylacji, a także niedożywienia i/lub niedoboru witaminy A. Ogranicz wskaźniki śmiertelności przypadków poprzez terminową identyfikację, antybiotyki podawane doustnie i wystawianie skierowań w przypadku ciężkich przypadków.

Biegunki i biegunki krwiste: Ograniczaj wskaźniki śmiertelności poprzez większy dostęp do i stosowanie doustnych środków nawadniających oraz suplementacji cynku na poziomie gospodarstw domowych, społeczności lub podstawowej opieki zdrowotnej. Leczenie może być oferowane w środowiskowych punktach nawadniania doustnego.

Zarządzanie przypadkami w społeczności: Pacjenci chorujący na malarię, zapalenie płuc lub biegunkę mogą być leczeni przez przeszkolonych ŚPOZ. Zadbaj, aby wszystkie programy były połączone i nadzorowane przez najbliższą placówkę opieki zdrowotnej. Zapewnij wszystkim równy i bezstronny dostęp.

Badania laboratoryjne: Ustanów na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym sieć współpracujących laboratoriów, które będą badać próbki. Zapewnij szybkie testy diagnostyczne na malarię, cholerę i dengę, a także do badania poziomu hemoglobiny we krwi. Zorganizuj odpowiedni środek transportu na próbki do badania na inne patogeny (np. podłoże Cary-Blair w przypadku cholery).

Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej w zakresie metod diagnostycznych, zapewnienia jakości oraz pobierania, transportowania i dokumentowania próbek. Opracuj protokół do badań rozstrzygających dla laboratoriów referencyjnych na szczeblu krajowym, regionalnym lub międzynarodowym. Badanie rozstrzygające obejmuje kultury bakterii z próbek, badań serologicznych i antygenowych, badań RNA dla żółtej gorączki, wirusowych gorączek krwotocznych i żółtaczki typu E. Ustanów protokoły dotyczące bezpiecznych mechanizmów transportu dla patogenów, szczególnie w przypadku wirusowej gorączki krwotocznej, dżumy lub podobnych chorób. Weź pod uwagę przepisy dotyczące lotnictwa przy transporcie próbek drogą lotniczą.

Zwalczanie ***gruźlicy*** jest skomplikowane ze względu na rosnącą odporność na leki. Wprowadzaj programy tylko w sytuacji, gdy stały dostęp do ludności i świadczenie opieki zdrowotnej będzie zapewnione przez co najmniej 12-15 miesięcy. Stwierdzono gruźlicę odporną na wiele leków (postać MDR TB odporna na dwa główne leki na gruźlicę: izoniazyd i ryfampicynę) i gruźlicę szczególnie lekooporną (postać EDR-TB oporna na cztery główne leki na gruźlicę). Oba te rodzaje wymagają dłuższego, wiążącego się z większymi kosztami i bardziej złożonego leczenia. W kryzysach często trudno jest uzyskać dostęp do badań diagnostycznych oraz testów wrażliwości, które są niezbędne celem zapewnienia prawidłowego doboru i stosowania leków na gruźlicę.

Standard chorób zakaźnych 2.1.4: Gotowość i reagowanie na ogniska chorób

Ogniska są odpowiednio przygotowane i zwalczane w sposób terminowy i skuteczny.

Kluczowe działania

1. Opracuj i upowszechnij zintegrowany plan gotowości oraz reagowania na ogniska chorób we współpracy ze wszystkimi interesariuszami i sektorami.

- Skup się na szkoleniu kluczowego personelu w obszarach wysokiego ryzyka.
- Zapewnij wstępne rozmieszczenie podstawowych leków, urządzeń medycznych, szybkich testów, ŚOO i zestawów (np. dla cholery i biegunki) w rejonach podatnych na epidemie i w obszarach, które mają ograniczony dostęp.

2. Po wykryciu ogniska choroby wprowadź środki ograniczania swoiste dla danej choroby.

- Ustal, czy potrzebna będzie ukierunkowana kampania w zakresie szczepień.
- Intensyfikuj środki ZKI, z uwzględnieniem ustanowienia obszarów izolacji dla takich chorób jak cholera, żółtaczka typu E lub inne ogniska.

3 Utwórz i koordynuj możliwości w zakresie logistyki i reagowania do danego ogniska.

- Zadbaj o transport i przechowywanie leków oraz dostaw, z uwzględnieniem łańcucha chłodniczego na szczepionki.
- Zwiększ możliwości placówek opieki zdrowotnej, np. zapewniając namioty na wypadek cholery lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.
- Zapewnij dostęp i transport do laboratoriów na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym w celu badania próbek.

4 W miarę potrzeby koordynuj z innymi sektorami, m.in. z ochroną dzieci.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek personelu opieki zdrowotnej w obszarach wysokiego ryzyka, który jest przeszkolony w zakresie planu reagowania i protokołów dotyczących ognisk chorób

Wskaźnik przypadków śmiertelnych jest obniżony do akceptowalnego poziomu

- Cholera <1 procent
- Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych <15 procent
- Żółtaczka typu E <4 procent wśród populacji ogólnej, 10-50 procent u kobiet w trzecim trymestrze ciąży
- Błonica (układ oddechowy) <5-10 procent
- Koklusz <4 procent wśród dzieci w wieku jednego roku, <1 procent u dzieci w wieku od roku do czterech lat
- Denga <1 procent

Wytyczne

Plan gotowości i reagowania na ogniska chorób: Opracuj plan z partnerami opieki zdrowotnej, MZ, członkami i przywódcami społeczności. Należy zaangażować także partnerów WASH, żywienia, schronienia i edukacji, rząd przyjmujący, więzienia oraz wojsko (w stosownych przypadkach). Zadbaj, aby podczas reagowania na ognisko choroby nie były zagrożone inne kluczowe usługi opieki zdrowotnej.

W planie należy zdefiniować:

- mechanizm koordynacji działań reagowania na ogniska chorób na poziomie krajowym, regionalnym lub społeczności;
- mechanizmy mobilizacji społeczności oraz informowania o ryzyku;
- wzmocnienie WOAR: nadzór choroby, wykrywanie ognisk, badanie (epidemiologiczne) ognisk;
- zarządzanie przypadkami;
- środki ograniczania odpowiednie do choroby i kontekstu;
- środki międzysektorowe;
- protokoły bezpiecznego transportu i ścieżek skierowań próbek do celów badań laboratoryjnych;
- plany gotowości dotyczące zintensyfikowania usług na różnych poziomach opieki, łącznie z ustanowieniem stref izolacji w ośrodkach leczenia;

- możliwości zespołu zwalczania ognisk choroby i wymagania dotyczące pracowników opieki zdrowotnej odpowiedzialnych za szybkie reagowanie; oraz
- dostępność podstawowych leków, szczepionek, urządzeń medycznych, dostaw dla laboratoriów i ŚOO dla pracowników opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem zamówień międzynarodowych (np. globalne zapasy szczepionek).

Zwalczanie ogniska choroby polega na odpowiednim informowaniu o ryzyku i specjalnych zespołach zwalczania ognisk. Powstrzymaj ognisko choroby kompleksowo, aby nie rozprzestrzeniało się na nowe obszary oraz by ograniczyć liczbę nowych przypadków tam, gdzie ono występuje. Będzie to wymagało aktywnego poszukiwania przypadków, diagnostyki i zarządzania przypadkami chorobowymi. W miarę potrzeb zorganizuj strefy izolacji (np. na wypadek cholery lub żółtaczki typu E). Wzmocnij zwalczanie wektorów, aby ograniczyć narażenie na infekcję, stosuj moskitiery nasączone środkami owadobójczymi i usprawnione praktyki higieniczne.

Kampanie w zakresie szczepień

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: Grupy serologiczne A, C, W i Y mogą powodować ogniska w kryzysach. Szczepionki na grupy A i C są dostępne do stosowania w epidemiach. Rutynowe szczepienia w kryzysach nie są zalecane ani możliwe w przypadku grup serologicznych C i W. Skieruj szczepienia do określonych grup wiekowych zgodnie ze znanymi wskaźnikami zapadalności lub do osób w wieku od sześciu miesięcy do 30 roku życia. Biorąc pod uwagę potrzebę nakłucia lędźwiowego w celu uzyskania ostatecznej diagnozy, ustanów precyzyjną definicję przypadku.

Wirusowe gorączki krwotoczne: Zwalczanie i diagnostyka wirusowych gorączek krwotocznych takich jak ebola, gorączka Lassa, przebiega zgodnie z rygorystycznymi wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi. Są to m.in. protokoły nowych szczepionek i nowatorskich metod leczenia. Kluczowe znaczenie ma efektywne zaangażowanie społeczności podczas występowania takich ognisk chorób.

Żółta gorączka: Zaleca się przeprowadzenie masowych szczepień po potwierdzeniu jednego przypadku w osadzie dla osób wysiedlonych i wśród ludności przyjmującej. Połącz to ze środkami zwalczania wektorów komara *egipskiego* oraz ścisłą izolacją przypadków.

Polio: Polio jest uwzględnione w Rozszerzonym Programie Szczepień (RPS) WHO. Szczepienia powinny zostać wznowione po wstępnych etapach sytuacji kryzysowej. Wprowadź szczepienia masowe w sytuacji wykrycia przypadku paraliżującej postaci polio.

Cholera: Przejrzyste protokoły leczenia i ognisk choroby powinny być dostępne i koordynowane przez różne sektory. Stosuj szczepienia na cholerę zgodnie z ramowymi założeniami WHO oraz uzupełnij istniejące strategie zwalczania cholery.

Żółtaczka typu A i E: Stanowią one istotne ryzyko, szczególnie w obozach dla uchodźców. Zapobiegaj i zwalczaj ogniska chorób za pomocą usprawnionych praktyk sanitarnych i higienicznych oraz dostępu do bezpiecznej wody.

Odra: ⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.1. Choroby wieku dziecięcego zwalczane drogą szczepień.*

Koklusz lub błonica: Ogniska kokluszu występują często w przypadku wysiedlenia ludności. Ze względu na obawy dotyczące ryzyka dla osób starszych otrzymujących pełnokomórkową szczepionkę przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (DPT) zachowaj ostrożność w kampanii na rzecz szczepień związanych z występowaniem ognisk chorób. Wykorzystaj ognisko, aby uzupełnić szczepienia rutynowe. Zarządzanie przypadkami obejmuje leczenie antybiotykami i wczesną profilaktykę dla osób, które miały kontakt z osobą chorą w gospodarstwach domowych, w których są niemowlęta lub kobiety w ciąży. Ogniska błonicy występują rzadziej, lecz wciąż stanowią zagrożenie w przypadku przeludnionych środowisk o niskiej odporności na błonicę. W obozach zdarzają się kampanie masowych szczepień na błonicę w trzech oddzielnych dawkach szczepionki. Zarządzanie przypadkami chorobowymi obejmuje podawanie antytoksyny i antybiotyku.

Wskaźnik przypadków śmiertelnych: Akceptowalny wskaźnik przypadków śmiertelnych (WPŚ) dla określonych chorób różni się w zależności od kontekstu i bieżącej odporności. W jak największym stopniu działaj na rzecz obniżenia wskaźników przypadków śmiertelnych. Wysokie wskaźniki przypadków śmiertelnych wskazują na brak dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej, późne zgłoszenie się po pomoc i zarządzanie przypadkami, istotne schorzenia współistniejące wśród populacji lub słabą jakość opieki zdrowotnej. Obserwuj częstotliwość wskaźnika przypadków śmiertelnych i podejmuj niezwłoczne działania naprawcze, jeśli będzie wyższy niż oczekiwano.

Opieka zdrowotna dzieci: W trakcie występowania ognisk traktuj dzieci jako grupę szczególną przy projektowaniu i wdrażaniu programów. Zajmij się koordynacją oraz skierowaniami między sektorami opieki zdrowotnej i ochrony dzieci. Odnieś się do ryzyka związanego z oddzieleniem dzieci od rodziców. Ryzyko może być spowodowane zachorowalnością i śmiertelnością rodziców lub wynikać z projektu programu. Skoncentruj się na zapobieganiu rozdzieleniu rodziny i uzyskaniu zgody rodzica lub dziecka na leczenie. Podejmuj działania, aby placówki edukacyjne pozostały otwarte, mając na uwadze niezbędne środki ograniczania i edukację zdrowotną.

2.2 Zdrowie dzieci

W trakcie kryzysów dzieci są jeszcze bardziej podatne na infekcje, choroby i inne zagrożenia dla zdrowia i życia. Nie tylko pogarszają się warunki życiowe, ale również zostają wstrzymane programy szczepień. Zagrożenia są jeszcze większe w przypadku dzieci pozbawionych opieki i oddzielonych od rodzin.

Konieczne jest podjęcie działań w zakresie reagowania ukierunkowanych na dzieci. Początkowo są one związane z opieką ratującą życie, lecz ostatecznie interwencje muszą łagodzić cierpienie i promować wzrost oraz rozwój. Programy powinny dotyczyć głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności. Na poziomie globalnym takimi zagrożeniami są ostre infekcje dróg oddechowych, biegunka, odra, malaria, niedożywienie oraz przyczyny zachorowalności i śmiertelności wśród noworodków.

Standard zdrowia dzieci 2.2.1: Choroby wieku dziecięcego zwalczane drogą szczepień

Dzieci w wieku od sześciu miesięcy do 15 roku życia mają odporność na chorobę i dostęp do rutynowych usług Rozszerzonego Programu Szczepień (RPS) w sytuacjach kryzysowych.

Kluczowe działania

1 Ustal, czy istnieje potrzeba wprowadzenia szczepień, oraz odpowiednie podejście do sytuacji kryzysowej.

- Za podstawę tych działań obierz ocenę ryzyka (np. populacja, pora roku), wykonalność kampanii (np. zapotrzebowanie na wielokrotne dawki, dostępność) i kontekst (np. bezpieczeństwo, rozbieżność potrzeb). Powinien to być ciągły proces prowadzony w miarę rozwoju kryzysu, ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standardy chorób zakaźnych 2.1.1: Profilaktyka*.

2 Przeprowadź kampanię masowych szczepień na odrę dla dzieci w wieku od szóstego miesiąca do 15 roku życia, niezależnie od historii szczepień na odrę, jeżeli szacowany zasięg szczepień na odrę wynosi mniej niż 90 procent lub nie jest znany.

- Włącz podawanie witaminy A dzieciom w wieku 6-59 miesięcy.
- Zadbaj, aby wszystkie niemowlęta zaszczepione między szóstym a dziewiątym miesiącem życia otrzymały kolejną dawkę szczepionki na odrę w wieku dziewięciu miesięcy.

3 Jak najszybciej przywróć RPS opisany na stronie 440.

- Dąż do tego, aby placówki podstawowej opieki zdrowotnej lub systemy mobilnych zespołów / pracowników pomocy oferowały krajowy harmonogram szczepień w zakresie chorób zwalczanych drogą szczepień przez co najmniej 20 dni w miesiącu.

4 Sprawdzaj stan szczepień wśród dzieci przychodzących do placówek opieki zdrowotnej lub przychodni mobilnych i podawaj wszystkie niezbędne szczepienia.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek dzieci w wieku od sześciu miesięcy do 15 lat, które zostały zaszczepione na odrę do zakończenia kampanii szczepień na odrę

- >95 procent

Odsetek dzieci w wieku od sześciu do 59 miesięcy, które dostały odpowiednią dawkę witaminy A do zakończenia kampanii szczepień na odrę

- >95 procent

Odsetek dzieci w wieku 12 miesięcy, które mają trzy dawki szczepionki DPT

- >90 procent

Odsetek placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które oferują podstawowe usługi RPS co najmniej 20 dni w miesiącu

Wytyczne

Szczepienia: Szczepienia odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu zgonom w ostrych kryzysach. Krajowe wytyczne mogą nie obejmować sytuacji kryzysowych lub osób, które przekroczyły granice, dlatego niezwłocznie pracuj nad ustaleniem niezbędnych szczepień i opracuj plan wdrożenia, który obejmuje procedury zaopatrzenia. ⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.1* , który zawiera wytyczne w sprawie oceny ryzyka i decyzji dotyczących szczepień oraz *Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne* na temat zakupu i przechowywania szczepionek.

Szczepienia na odrę: Szczepienia na odrę są priorytetowym działaniem w zakresie interwencji zdrowotnej w kryzysach.

- *Zasięg:* Zapoznaj się z danymi na temat zasięgu szczepień dla ludności wysiedlonej i przyjmującej, aby ocenić, czy zasięg rutynowych szczepień na odrę lub zasięg kampanii szczepień na odrę był wyższy niż 90 procent w ciągu ostatnich trzech lat. Przeprowadź kampanię szczepień na odrę, jeżeli zasięg szczepień wynosi mniej niż 90 procent, jest nieznany lub wątpliwy. Jednocześnie zapewnij suplementację witaminy A. Zadbaj, aby co najmniej 95 procent osób w wieku od sześciu miesięcy do 15 lat nowoprzybyłych do osady zostało zaszczepionych.
- *Przedziały wiekowe:* Niektóre starsze dzieci mogły nie otrzymać szczepień rutynowych, przegapić kampanie szczepień na odrę, a także nie zachorować na odrę. Takie dzieci pozostają narażone na ryzyko zachorowania na odrę i mogą zarazić niemowlęta oraz małe dzieci, które są narażone na wyższe ryzyko śmierci w wyniku tej choroby. Dlatego przeprowadzaj szczepienia aż do 15 roku życia. Jeżeli to niemożliwe, traktuj priorytetowo dzieci w wieku 6-59 miesięcy.
- *Szczepienia przypominające:* Wszystkie dzieci w wieku od dziewięciu miesięcy do 15 roku życia powinny otrzymać dwie dawki szczepionki na odrę w ramach standardowych krajowych programów szczepień. Dzieci w wieku od sześciu do dziewięciu miesięcy, które otrzymały szczepionkę na odrę (np. w kampanii kryzysowej) powinny otrzymać kolejne dwie dawki w zalecanym wieku zgodnie z krajowym harmonogramem szczepień (zwykle w dziewiątym i piętnastym miesiącu na obszarach wysokiego ryzyka).

Polio: Rozważ kampanie szczepień na polio na obszarach występowania ognisk polio lub jeżeli programy zwalczania są zagrożone, zgodnie z wytycznymi zawartymi w publikacji *Szczepienia w ostrych kryzysach humanitarnych: Założenia Ramowe do Podejmowania Decyzji* ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.1: Profilaktyka*.

Krajowy Rozszerzony Program Szczepień (RPS): Jak najszybciej Przywróć RPS, aby chronić dzieci przed odrą, błonicą i kokluszem oraz ograniczyć ryzyko chorób układu oddechowego. Krajowe programy RPS mogą wymagać szczepień uzupełniających ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.4: Gotowość i reagowanie na ogniska chorób*.

Bezpieczeństwo szczepionek: Przez cały czas zapewniaj bezpieczeństwo szczepionek. Przestrzegaj zaleceń producenta w zakresie przechowywania i

chłodzenia ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne*.

Świadoma zgoda: Uzyskaj świadomą zgodę od rodziców lub opiekunów w celu podania szczepionki. Obejmuje to zrozumienie zagrożeń i potencjalnych skutków ubocznych.

Standard zdrowia dzieci 2.2.2: Zarządzanie chorobami u noworodków i w okresie dzieciństwa

Dzieci mają dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, która zajmuje się głównymi przyczynami zachorowalności oraz śmiertelności wśród noworodków i dzieci.

Kluczowe działania

1. Zapewnij odpowiednią opiekę zdrowotną na różnych poziomach (placówka, mobilne kliniki lub programy społecznościowe).

- Korzystaj z wytycznych „Newborn Health in Humanitarian Settings" [Zdrowie Noworodków w Kontekście Pomocy Humanitarnej] w zakresie niezbędnej opieki zdrowotnej dla noworodków ⊕ *patrz: Odniesienia*.
- Rozważ przyjęcie zintegrowanego zarządzania przypadkami w społeczności (ZZPS) i zintegrowanego zwalczania chorób wieku dziecięcego (ZZCWD).

2. Ustanów ustandaryzowany systemy oceny i triażu we wszystkich placówkach, które zapewniają opiekę chorym noworodkom lub dzieciom.

- Zadbaj, aby dzieci, u których występują niebezpieczne objawy (nie są w stanie pić ani przyjmować pokarmu matki, wszystko zwracają, mają drgawki, są apatyczne lub nieprzytomne), otrzymywały natychmiastowe leczenie.
- Dołącz ocenę urazów i zatrucia chemicznego w kontekstach, w których występuje zwiększone ryzyko.

3. Zadbaj o dostępność podstawowych leków w odpowiednich dawkach i preparatach do leczenia powszechnych chorób wieku dziecięcego na wszystkich poziomach opieki.

4. Badaj dzieci pod kątem rozwoju i stanu odżywienia.

- Kieruj wszystkie dzieci niedożywione do służb żywieniowych.
- Zapewnij leczenie w placówkach dla dzieci, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie z komplikacjami.

5. Ustanów odpowiedni protokół zarządzania przypadkami w zakresie leczenia chorób wieku dziecięcego oraz zwalczanych drogą szczepień, takich jak błonica i krztusiec, w sytuacjach, gdzie występuje wysokie ryzyko pojawienia się ogniska choroby.

- W miarę możliwości korzystaj z istniejących protokołów.

6 Opracuj komunikaty promujące edukację zdrowotną, aby zachęcić rodziny do przyjmowania zdrowych nawyków i praktyk w zakresie zapobiegania chorobom.

- Propaguj działania takie jak karmienie wyłącznie piersią, karmienie niemowląt, mycie rąk, zapewnienie niemowlętom komfortu cieplnego i wspieraj wczesny rozwój dziecka.

7 Zaprojektuj komunikaty promujące edukację zdrowotną, które zachęcają do wczesnego zgłaszania się do opieki zdrowotnej w przypadku każdej choroby, np. gorączki, kaszlu lub biegunki wśród dzieci i niemowląt.

- Podejmij działania, aby dotrzeć do dzieci, którymi nie opiekuje się żaden rodzic ani dorosły.

8 Zidentyfikuj dzieci z niepełnosprawnością lub opóźnieniem w rozwoju.

- Oferuj porady i skierowania dotyczące opieki zdrowotnej lub rehabilitacji.

Kluczowe wskaźniki

Surowe współczynniki śmiertelności u dzieci poniżej piątego roku życia

- Mniej niż 2 przypadki śmiertelne na 10 tys. osób dziennie ⊕ *patrz: kalkulacje w Załączniku 3*

Skuteczne leczenie przeciwmalaryczne zapewniane na czas wszystkim dzieciom w wieku poniżej piątego roku życia, u których występuje malaria

- W ciągu 24 godzin od pojawienia się objawów
- Wyjątek stanowią dzieci w wieku poniżej piątego roku życia, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie

Doustne sole nawadniające (DSN) i suplementacja cynku zapewniana na czas wszystkim dzieciom w wieku poniżej piątego roku życia, u których występuje biegunka

- W ciągu 24 godzin od pojawienia się objawów

Odpowiednie leczenie zapewniane na czas wszystkim dzieciom w wieku poniżej piątego roku życia, u których występuje zapalenie płuc

- W ciągu 24 godzin od pojawienia się objawów

Wytyczne

Niezbędna opieka zdrowotna dla noworodków: Zapewnij wszystkim noworodkom specjalistyczną opiekę przy porodzie, najlepiej w placówce opieki zdrowotnej i zgodnie z wytycznymi ⊕ *patrz:* „Integrated Management of Pregnancy and Childbirth" (IMPAC) [Zintegrowane Zarządzanie Ciążą i Narodzinami Dziecka] i „Newborn Health in Humanitarian Settings" [Zdrowie Noworodków w Kontekście Pomocy Humanitarnej]. Niezależnie od tego, czy poród odbywa się z pomocą specjalistycznej opieki zdrowotnej czy bez, niezbędna opieka nad noworodkiem to:

- zapewnienie komfortu cieplnego (opóźnij kąpanie i zadbaj, aby niemowlę miało sucho i ciepło dzięki bezpośredniemu kontaktowi ciała z ciałem);

- zapobieganie infekcjom (propaguj czyste praktyki porodowe, mycie rąk, czyszczenie pępowiny oraz pielęgnację skóry i oczu);
- wsparcie karmienia (niezwłoczne karmienie wyłącznie piersią, nieusuwanie młodziwa);
- obserwacja (badanie niebezpiecznych objawów infekcji lub chorób, które mogą wymagać skierowania);
- opieka poporodowa (zapewniaj ją w domu lub blisko domu w pierwszym tygodniu życia; pierwsze 24 godziny mają krytyczne znaczenie w przypadku wizyty poporodowej. Dąż do trzech wizyt domowych w ciągu pierwszego tygodnia życia).

Zintegrowane zwalczanie chorób wieku dziecięcego (ZZCWD) jest nastawione na opiekę zdrowotną dzieci poniżej piątego roku życia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Po ustanowieniu ZZCWD włącz wytyczne kliniczne do standardowych protokołów i odpowiednio przeszkol pracowników służby zdrowia.

Zintegrowane zarządzanie przypadkami w społeczności (ZZPS) polega za zapewnieniu skutecznego leczenia na czas w przypadku malarii, zapalenia płuc i biegunki u osób, które mają ograniczony dostęp do placówek opieki zdrowotnej, szczególnie u dzieci w wieku poniżej pięciu lat.

Leczenie biegunki: Zapewnij leczenie dzieciom, u których występuje biegunka, stosując doustne sole nawadniające (DSN) o niskiej osmolalności i suplementację cynku. Cynk skraca okres występowania biegunki, a DSN zapobiega odwodnieniu. Zachęcaj opiekunów do kontynuacji lub zwiększenia karmienia piersią w trakcie choroby oraz do zwiększenia ogólnego karmienia po jej ustąpieniu.

Leczenie zapalenia płuc: Jeżeli dzieci mają kaszel, sprawdź, czy nie mają trudności w oddychaniu lub czy oddech nie jest szybki i czy klatka piersiowa nie zapada się przy wdechu. Jeżeli tak, podaj odpowiedni antybiotyk doustny. Kieruj dzieci, które mają niebezpieczne symptomy lub przewlekłe zapalenie płuc, na priorytetowe leczenie.

Częstość przyspieszonego oddechu zależy od wieku:

Narodziny – 2 miesiące: >60/min	12 miesięcy: >50/min
1-5 lat: >40/min	5 lat: >20/min

HIV: Jeżeli częstotliwość występowania HIV przekracza 1 procent, zbadaj wszystkie dzieci, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie. Matki i opiekunowie niemowląt narażonych na HIV wymagają specjalnego wsparcia i poradnictwa ⊕ *patrz: Standardy bezpieczeństwo żywnościowego i żywienia.*

Karmienie dzieci oddzielonych od rodziny: Zorganizuj nadzorowane karmienie dla dzieci oddzielonych od rodziny lub pozbawionych opieki.

Kwestie związane z ochroną dzieci: Wykorzystuj rutynowe usługi opieki zdrowotnej w celu identyfikowania zaniedbywania, przemocy i wyzyskiwania dzieci. Kieruj przypadki do służb odpowiedzialnych za ochronę dzieci. Włącz procedury identyfikacji oraz zarządzania przypadkami z uwzględnieniem problematyki płci do rutynowych usług opieki zdrowotnej dla matek i niemowląt, dzieci oraz nastolatków.

Skierowania w zakresie żywienia: ⊕ *patrz: Standard bezpieczeństwa żywnościowego i żywienie 3: Niedobory mikroelementów* oraz *Standard walki z niedożywieniem 2.2: Ciężkie ostre niedożywienie.*

Zanieczyszczenie powietrza w gospodarstwie domowym: Rozważ udostępnienie alternatywnych pieców kuchennych, aby ograniczyć dym i opary, a także powodowane przez nie choroby układu oddechowego ⊕ *patrz: Standard schronienia i zasiedlenia 3: Przestrzeń mieszkalna i standard 4: Artykuły gospodarstwa domowego.*

Zatrucia: ⊕ *Patrz: Załącznik 4.*

2.3 Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Krytyczna opieka ratująca życie w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego musi być dostępna od samego początku kryzysu. Wprowadź kompleksowe usługi w tym obszarze jak najszybciej się da.

Te kluczowe usługi są elementem zintegrowanych działań związanych z reagowaniem w zakresie zdrowia i obejmują także stosowanie zestawów dla zdrowia reprodukcyjnego ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne.*

Kompleksowa ochrona zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego obejmuje usprawnienie istniejących usług, uzupełnienie brakujących i poprawę jakości. Zrozumienie struktury systemów opieki zdrowotnej pomoże zdecydować, jakie wsparcie będzie niezbędne w tym obszarze ⊕ *patrz: Standardy systemów opieki zdrowotnej od 1.1 do 1.5.*

Każdy człowiek, łącznie z osobami znajdującymi się w kontekście pomocy humanitarnej, ma prawo do ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Opieka zdrowotna w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego musi szanować zwyczaje kulturowe i wierzenia religijne społeczności, a jednocześnie spełniać ogólnie uznawane międzynarodowe standardy praw człowieka. Zapewnij poszanowanie potrzeb nastolatków, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami i ludności narażonej na ryzyko, niezależnie od orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej.

Sytuacje kryzysowe zwiększają ryzyko przemocy seksualnej, łącznie z wyzyskiwaniem i nadużyciami. Wszystkie podmioty powinny współpracować w ramach zapobiegania i reagowania, w ścisłej koordynacji z sektorem ochrony. Gromadź informacje w sposób bezpieczny i etyczny. Udostępniaj dane wyłącznie na podstawie uzgodnionych protokołów ⊕ *patrz: Zasady Ochrony* i *Standard systemów opieki zdrowotnej 1.5: Informacje na temat zdrowia.*

Standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.1: Zdrowie reprodukcyjne, ochrona zdrowia matek i noworodków

Ludność ma dostęp do opieki zdrowotnej i planowania rodziny, co zapobiega nadmiernej zachorowalności oraz śmiertelności matek i noworodków.

Kluczowe działania

1. Zapewnij ciągłą dostępność czystych i bezpiecznych porodów, podstawowej opieki nad noworodkiem oraz opieki w nagłych przypadkach położniczych i ochrony zdrowia noworodków.
   - Ustanów system skierowań, który obejmuje komunikację i transport ze społeczności do placówki opieki zdrowotnej lub szpitala, który działa całodobowo.
2. Zapewnij wszystkim kobietom, u których widać ciążę, zestawy zapewniające czysty poród w sytuacji, gdy nie można zagwarantować dostępu do wyspecjalizowanych świadczeniodawców opieki zdrowotnej i placówek opieki zdrowotnej.
3. Przeprowadź konsultacje w społeczności, aby zrozumieć miejscowe preferencje, praktyki i postawy w zakresie antykoncepcji.
   - Zaangażuj mężczyzn i kobiety, a także nastoletnich chłopców i dziewczęta w oddzielne i prywatne dyskusje.
4. Udostępnij w placówkach opieki zdrowotnej różne metody antykoncepcyjne: odwracalne o długim działaniu i o krótkim działaniu, wydawane na żądanie, w prywatnych warunkach, które gwarantują poufność.
   - Zapewnij doradztwo nastawione na świadomy wybór i skuteczność.

Kluczowe wskaźniki

Wyspecjalizowana opieka jest zawsze dostępna dla nagłych przypadków położniczych i ochrony zdrowia noworodków

- Podstawowa opieka w nagłych przypadkach położniczych i ochrony zdrowia noworodków: minimum pięć placówek na 500 tys. osób
- Kompleksowa opieka w nagłych przypadkach położniczych i ochrony zdrowia noworodków: minimum jedna placówka na 500 tys. osób

Odsetek porodów przyjętych przez wykwalifikowany personel

- Cel minimalny: 80 procent

Dostępny jest system skierowań do opieki dla nagłych przypadków położniczych i noworodków

- Dostępny 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu

Odsetek porodów przez cesarskie cięcie w placówkach opieki zdrowotnej

- Cel: 5-15 procent

Wszystkie ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej zgłaszają dostępność co najmniej czterech metod antykoncepcji w okresie od trzech do sześciu miesięcy od początku kryzysu.

Wytyczne

Opieka w nagłych przypadkach położniczych i nad noworodkami: Około 4 procent każdej populacji stanowią kobiety w ciąży, a u około 15 procent z nich występują nieprzewidziane komplikacje położnicze w trakcie ciąży lub przy porodzie, które wymagają opieki w nagłych przypadkach położniczych. Około 5-15 procent porodów wymaga zabiegu chirurgicznego, np. cięcia cesarskiego. W skali globalnej 9-15 procent noworodków wymaga nagłej opieki zdrowotnej ratującej życie. Około 5-10 procent noworodków nie oddycha spontanicznie po urodzeniu i wymaga stymulacji, a połowa z nich wymaga resuscytacji. Głównymi przyczynami braku oddechu są przedwczesny poród i poważne powikłania w trakcie porodu, które prowadzą do ciężkiej asfiksji ⊕ *Patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard opieki zdrowotnej dla dzieci 2.2.2. Zwalczanie chorób u noworodków i w okresie dzieciństwa*.

Podstawowa opieka w nagłych przypadkach położniczych i ochrona zdrowia noworodków obejmuje podawanie antybiotyków pozajelitowych, leków uterotonicznych (oksytocyna pozajelitowa, misoprostol), pozajelitowych leków przeciwdrgawkowych (siarczan magnezu), usunięcie pozostałości produktów ciąży w macicy za pomocą odpowiednich przyrządów, ręczne usunięcie łożyska, wspomagany poród drogą pochwową (próżnociągiem) oraz resuscytację matek i noworodków.

Kompleksowa opieka położnicza i neonatologiczna w nagłych przypadkach obejmuje wszystkie powyższe elementy, a także zabiegi chirurgiczne w znieczuleniu ogólnym (cięcie cesarskie, laparotomia) oraz racjonalną i bezpieczną transfuzję krwi z zachowaniem standardowych środków ostrożności. Opieka poaborcyjna jest procedurą ratującą życie, która wchodzi w zakres opieki w nagłych przypadkach położniczych i ochrony zdrowia noworodków, a jej celem jest ograniczenie śmiertelności oraz cierpienia związanego z powikłaniami po poronieniu (aborcja spontaniczna) i niebezpiecznymi aborcjami. Leczenie obejmuje zatrzymanie krwawienia (w miarę możliwości poprzez procedurę chirurgiczną) i leczenie sepsy oraz zapewnienie profilaktyki przeciwtężcowej.

Konieczne jest, aby była zawsze dostępna zarówno podstawowa, jak i kompleksowa opieka w nagłych przypadkach położniczych i w ramach ochrony zdrowia noworodków.

System skierowań powinien dbać o to, by kobiety lub noworodki miały środki na podróż do i z placówki podstawowej opieki zdrowotnej, która zapewnia podstawową opiekę w nagłych przypadkach położniczych i w ramach ochrony zdrowia noworodków oraz do szpitala zapewniającego kompleksową opiekę w nagłych przypadkach położniczych i w ramach ochrony zdrowia noworodków.

Planowanie rodziny: Współpracuj z różnymi grupami w społeczności, aby zrozumieć preferencje i postawy kulturowe. Zadbaj, aby społeczność była świadoma, gdzie i w jaki sposób uzyskać dostęp do antykoncepcji. Przekazuj informacje w wielu formatach i językach, aby zapewnić dostępność. Zaangażuj przywódców społeczności w rozpowszechnianie informacji.

Przeszkoleni świadczeniodawcy, którzy rozumieją preferencje klienta, kulturę i kontekst, powinni udzielać porad w zakresie antykoncepcji. Poradnictwo powinno być nastawione na poufność i prywatność, dobrowolny i świadomy wybór oraz zgodę, skuteczność metod medycznych i pozamedycznych, możliwe skutki uboczne, zarządzanie i kontrolę, a w razie potrzeby także wskazówki dotyczące usunięcia.

Należy bezzwłocznie udostępnić różne rodzaje antykoncepcji, aby zaspokoić przewidywane zapotrzebowanie. Świadczeniodawcy powinni być przeszkoleni w zakresie usuwania odwracalnych środków antykoncepcyjnych o długim działaniu.

Inne usługi: Jak najszybciej zapoczątkuj pozostałe usługi opieki zdrowotnej dla matek i noworodków, łącznie z opieką przedporodową i poporodową.

Koordynacja z innymi sektorami: W koordynacji z sektorem żywienia dbaj o to, aby kobiety w ciąży i karmiące piersią były zgodnie z potrzebami kierowane do służb żywieniowych, np. w ramach celowanego żywienia uzupełniającego ⊕ *patrz: Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standardy walki z niedożywieniem 2.1 i 2.2*.

Standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.2: Przemoc seksualna i postępowanie kliniczne w przypadku gwałtu

Ludność ma dostęp do opieki zdrowotnej, która jest bezpieczna i zaspokaja potrzeby ofiar przemocy seksualnej.

Kluczowe działania

1. Zidentyfikuj organizację prowadzącą, która będzie koordynowała wielosektorowe podejście do ograniczenia ryzyka przemocy seksualnej, zapewnij skierowania i zapewnij ofiarom kompleksowe wsparcie.
   - W koordynacji z innymi sektorami poprawiaj zapobieganie i reagowanie.
2. Poinformuj społeczność o dostępnych usługach i o znaczeniu zgłaszania się po pomoc medyczną od razu po doświadczeniu przemocy seksualnej.
   - Jak najszybciej zapewnij profilaktykę poekspozycyjną HIV (w ciągu 72 godzin po ekspozycji).
   - Zapewnij antykoncepcję postkoitalną w ciągu 120 godzin.
3. Zorganizuj bezpieczne miejsca w placówkach służby zdrowia, w których będą przyjmowane ofiary przemocy seksualnej, żeby zapewnić im leczenie kliniczne i skierowania.
   - Udostępnij i stosuj przejrzyste protokoły oraz listę praw pacjenta.
   - Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej w zakresie komunikacji wspierającej, zapewnienia poufności oraz ochrony informacji i danych ofiary.
4. Zapewnij ofiarom przemocy seksualnej leczenie kliniczne i skierowania do innych usług wspierających.
   - Wprowadź mechanizm skierowań na wypadek stanów zdrowia zagrażających życiu, powikłań lub stanów ciężkich.

- Ustanów mechanizmy skierowań między służbą zdrowia, służbami prawnymi, ochrony, bezpieczeństwa, usługami psychospołecznymi i usługami dla społeczności.

Kluczowe wskaźniki

Wszystkie placówki opieki zdrowotnej mają przeszkolony personel, wystarczające dostawy i sprzęt, aby zapewnić ofiarom gwałtu opiekę kliniczną zgodnie z protokołami krajowymi lub międzynarodowymi

Wszystkie ofiary przemocy seksualnej twierdzą, że otrzymały opiekę zdrowotną w sposób bezpieczny i poufny

Wszystkie kwalifikujące się ofiary przemocy seksualnej otrzymują:

- Profilaktykę poekspozycyjną w ciągu 72 godzin od zdarzenia lub od narażenia
- Antykoncepcję postkoitalną w ciągu 120 godzin od zdarzenia lub od narażenia

Wytyczne

Zapobieganie przemocy seksualnej i gwałtom wymaga podjęcia działań przez wszystkie sektory ⊕ *patrz: Standard WASH w zakresie dostawy wody 2.1* ⊕ *patrz: Standard WASH w zakresie gospodarowania odchodami 3.2* ⊕ *patrz: Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – standard pomocy żywnościowej 6.3 i Standard środków do życia 7.2; Standardy schronienia i zasiedlenia – 2 i 3* ⊕ *patrz: Zasada Ochrony 1* i *Podstawowy Standard Humanitarny – Zobowiązania 4 i 8.* ⊕ *Patrz: Standardy systemów opieki zdrowotnej od 1.1 do 1.3*, aby uzyskać dalsze informacje na temat zapewnienia bezpieczeństwa w placówkach opieki zdrowotnej i świadczenia bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Opieka kliniczna, łącznie z ochroną zdrowia psychicznego i skierowaniami dla ofiar, musi być dostępna we wszystkich placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i zespołach mobilnych ⊕ *patrz: Systemy opieki zdrowotnej 1.2* i *Standard niezbędnej opieki zdrowotnej 2.5*. Oznacza to m.in. wyspecjalizowany zespół, który potrafi zapewnić na czas empatyczną i poufną opiekę medyczną oraz doradztwo dla wszystkich dzieci, osób dorosłych i osób starszych w zakresie:

- antykoncepcji postkoitalnej;
- testów ciążowych, informacji na temat opcji dotyczących ciąży i skierowania na bezpieczną aborcję w pełnym zakresie dozwolonym przez prawo;
- wstępnego leczenia chorób wenerycznych (STI);
- profilaktyki poekspozycyjnej w celu uniknięcia przeniesienia HIV ⊕ *patrz: Standard opieki zdrowotnej 2.3.3: HIV*
- zapobiegania żółtaczce typu B;
- leczenia ran i zapobiegania tężcowi; oraz
- kierowania do dalszych świadczeń, np. innych świadczeń zdrowotnych, psychologicznych, prawnych i społecznych.

Zapewnij równy podział płci wśród pracowników opieki zdrowotnej znających biegle język lokalny i języki pacjentów, a także przeszkol osoby towarzyszące przy badaniach oraz tłumaczy płci żeńskiej i męskiej w zakresie realizowania świadczeń w sposób niedyskryminacyjny oraz bezstronny. Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej w zakresie opieki klinicznej dla ofiar przemocy seksualnej,

z nastawieniem na pomocną komunikację, historię i badania, leczenie oraz doradztwo. W miarę możliwości i potrzeby zapewnij szkolenie w zakresie systemu medyczno-prawnego i gromadzenia dowodów kryminalistycznych.

Dzieci będące ofiarami przemocy seksualnej: Dzieci powinny mieć zapewnioną opiekę przez pracowników opieki zdrowotnej, którzy są przeszkoleni z postępowania w przypadku gwałtu na dzieciach. Pozwól dzieciom wybrać płeć pracownika opieki zdrowotnej. Angażuj bezzwłocznie wyspecjalizowane podmioty odpowiedzialne za ochronę we wszystkich przypadkach.

Zaangażowanie społeczności: We współpracy z pacjentami i społecznością poprawiaj dostępność oraz akceptowalność opieki zdrowotnej i realizuj programy profilaktyki w trakcie trwania kryzysu. Zadbaj o poufne mechanizmy przekazywania informacji zwrotnych i bezzwłoczne udzielanie informacji zwrotnych. Zaangażuj kobiety, mężczyzn, nastoletnie dziewczęta i chłopców oraz populacje narażone na ryzyko, np. osoby niepełnosprawne i grupy LGBTQI.

Ramy prawne: Miej rozeznanie na temat krajowych systemów medyczno-prawnych oraz przepisów regulujących przemoc seksualną. Informuj ofiary przemocy o wszelkich przepisach dotyczących informacji podlegających obowiązkowi zgłoszenia, które mogą ograniczać poufność informacji ujawnianych pracownikom opieki zdrowotnej przez pacjentów. To może mieć wpływ na ich decyzję w kwestii kontynuacji zgłoszenia do opieki zdrowotnej i należy to uszanować.

W wielu państwach aborcja indukowana jest legalna w takich okolicznościach jak gwałt. W takim przypadku należy zapewnić dostęp lub skierowanie bez dyskryminacji.

Pomimo, że zajęcie się przemocą seksualną ma kluczowe znaczenie, w kryzysach humanitarnych występują także różne formy przemocy uwarunkowanej płcią (PUP), np. przemoc wobec partnera, małżeństwa dzieci i małżeństwa wymuszone oraz okaleczanie żeńskich narządów rodnych, które w niektórych okolicznościach kryzysu mogą przybrać na sile i mieć bardzo istotny wpływ na zdrowie (fizyczne, seksualne, psychiczne) osób, co wymaga podjęcia szczególnych kroków. Inne wytyczne międzynarodowe w coraz większym stopniu uwzględniają nie tylko przemoc seksualną, lecz także inne formy PUP oraz ich wpływ na zdrowie ⊕ *patrz: IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Wytyczne IASC dotyczące włączenia do działań humanitarnych interwencji związanych z przemocą uwarunkowaną płcią]*.

Standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.3: HIV

Ludność ma dostęp do opieki zdrowotnej, która zapobiega przenoszeniu oraz ogranicza zachorowalność i śmiertelność z powodu HIV.

Kluczowe działania

1. Ustanów i przestrzegaj standardowych środków ostrożności oraz procedur zapewniających bezpieczne i racjonalne stosowanie transfuzji krwi.

2 Zapewnij leczenie antyretrowirusowe każdej osobie, która jest już nim objęta, łącznie z kobietami uczestniczącymi w programach zapobiegania przenoszenia z matki na dziecko.

- Aktywnie obserwuj osoby zakażone HIV celem kontynuacji leczenia.

3 Udostępniaj nawilżane prezerwatywy dla mężczyzn, a także prezerwatywy dla kobiet, jeżeli są już stosowane.

- Współpracuj z liderami i ludnością dotkniętą, aby zrozumieć lokalne zastosowania, zwiększyć akceptację i zadbać, o to, aby dystrybucja prezerwatyw była stosowna kulturowo.

4 Oferuj badania wszystkim kobietom w ciąży w przypadku, gdy częstotliwość występowania HIV przekracza 1 procent.

5 Zapewnij profilaktykę poekspozycyjną ofiarom przemocy i osobom, które doświadczyły narażenia zawodowego jak najszybciej, ale w ciągu 72 godzin po narażeniu.

6 Zapewnij profilaktykę w postaci kotrimoksazolu w przypadku infekcji oportunistycznych:

a. pacjentom zakażonym HIV;
b. dzieciom urodzonym przez matki zakażone HIV, w wieku od czwartego do szóstego tygodnia; kontynuuj do czasu wykluczenia infekcji HIV.

7 Zadbaj, aby placówki podstawowej opieki zdrowotnej miały środki przeciwdrobnoustrojowe i zapewnij leczenie objawowe u pacjentów, którzy mają objawy infekcji STI.

Kluczowe wskaźniki

Każda krew przetaczana podczas transfuzji jest badana i jest wolna od infekcji przenoszonych podczas transfuzji, łącznie z HIV

Odsetek osób, które wcześniej przyjmowały terapię antyretrowirusową, które nadal otrzymują leki antyretrowirusowe

- 90 procent

Odsetek kobiet korzystających z usług opieki zdrowotnej, które są badane na HIV, gdy częstotliwość występowania HIV przekracza 1 procent

- 90 procent

Odsetek osób potencjalnie narażonych na HIV zgłaszających się do placówek opieki zdrowotnej, które otrzymują profilaktykę po narażeniu w ciągu 72 godzin po narażeniu

- 100 procent

Odsetek niemowląt narażonych na HIV, które otrzymują kotrimoksazol w wieku od czterech do sześciu tygodni

- 95 procent

Wytyczne

Powyższe działania kluczowe powinny mieć zastosowanie we wszystkich kryzysach humanitarnych, niezależnie od lokalnej epidemiologii HIV.

Włącz ludność dotkniętą i populacje kluczowe (pracowników opieki zdrowotnej, przywódców, kobiety, osoby LGBTQI, osoby z niepełnosprawnościami) w świadczenie usług związanych z HIV oraz zadbaj, aby wszyscy wiedzieli, gdzie można dostać leki antyretrowirusowe. Jeżeli istnieje stowarzyszenie osób żyjących z HIV, skonsultuj się z nim i zaangażuj te osoby w opracowanie oraz realizację programu.

Pomocna będzie dystrybucja prezerwatyw prowadzona przez społeczność w grupach środowiskowych. Populacje kluczowe i nastolatki często wiedzą, gdzie gromadzą się ich grupy środowiskowe/rówieśnicze, a wolontariusze mogą zająć się dystrybucją wśród tych grup. Edukuj populacje kluczowe na temat prawidłowego stosowania i utylizacji zużytych prezerwatyw za pomocą komunikatów, które są stosowne kulturowo. Udostępnij prezerwatywy społeczności, pracownikom agencji udzielających pomocy, pracownikom mundurowym, kierowcom ciężarówek dostarczających pomoc i innym osobom.

Transfuzja krwi: ⊕ *Patrz: Standardy opieki zdrowotnej 1.1 i 1.3*.

Opieka i leczenie po narażeniu powinno obejmować doradztwo, ocenę ryzyka narażenia na HIV, świadomą zgodę, ocenę źródła i zapewnienie leków antyretrowirusowych. Nie oferuj profilaktyki poekspozycyjnej osobom, które są zakażone HIV. Chociaż przed rozpoczęciem profilaktyki poekspozycyjnej zaleca się udzielenie porad i przeprowadzenie testów, w przypadku, gdy jest to niewykonalne, nie opóźniaj rozpoczęcia profilaktyki ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard zdrowie seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.2: Przemoc seksualna i postępowanie kliniczne w przypadku gwałtu*.

Kompleksowe działania związane z HIV w kryzysach: Jak najszybciej ustanów poniższe działania:

Uświadomienie na temat HIV: Zapewnij ludności łatwo dostępne informacje na temat zapobiegania HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową, w szczególności populacjom narażonym na wyższe ryzyko,

Zapobieganie HIV: Zapewnij populacjom narażonym na wysokie ryzyko świadczenia wspomagające ograniczanie szkód, np. sterylny sprzęt do iniekcji, leczenie substytucyjne uzależnienia od opioidów dla osób, które wstrzykują sobie narkotyki, jeżeli takie świadczenia funkcjonowały wcześniej ⊕ *patrz: Standard podstawowej opieki zdrowotnej 2.5: Ochrona zdrowia psychicznego*.

Poradnictwo w zakresie HIV i badania: Zapewnij (lub przywróć) usługi poradnictwa i badań związane z rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej. Grupami priorytetowymi w zakresie badań na obecność HIV są kobiety w ciąży i ich partnerzy,

---

Uwaga: Organizacja Caritas Internationalis i jej członkowie nie zachęcają do stosowania ani dystrybuowania jakiejkolwiek formy antykoncepcji sztucznej.

dzieci, u których występuje ciężkie ostre niedożywienie, jeżeli częstotliwość występowania HIV przekracza 1 procent, a także inne grupy narażone na ryzyko.

Stygmatyzacja i dyskryminacja: Podstawową kwestią jest dbanie o to, aby strategie i programy nie przyczyniały się do nasilenia stygmatyzacji. Dąż do skutecznego zmniejszenia stygmatyzacji i dyskryminacji na obszarach, na których stwierdzono wysoki stopień występowanie stygmatyzacji i dyskryminacji.

Interwencje w zakresie terapii antyretrowirusowej: Jak najszybciej przedłuż terapię antyretrowirusową wszystkim osobom, które tego potrzebują, nie tylko tym, które wcześniej ją otrzymywały.

Zapobieganie przenoszeniu z matki na dziecko: Testuj kobiety w ciąży i ich partnerów oraz zapewniaj wczesną diagnostykę HIV u niemowląt. Oferuj terapię antyretrowirusową kobietom, o których wiadomo, że mają wynik pozytywny lub które mają niedawno stwierdzone zakażenie HIV. Kieruj niemowlęta, które mają pozytywny wynik, do opieki pediatrycznej w zakresie HIV. Zapewnij kobietom zakażonym HIV szczególne wskazówki dotyczące karmienia niemowląt oraz wsparcie w zakresie utrzymania i przestrzegania reżimu ⊕ *patrz: Bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie – Standardy karmienia niemowląt oraz małych dzieci 4.1 i 4.2*.

Świadczenia związane z współwystępowaniem HIV/gruźlicy: Zapewnij badania na gruźlicę i skierowania osobom zakażonym HIV. Udostępnij leczenie gruźlicy osobom, które wcześniej uczestniczyły w programie leczenia ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna – standard chorób zakaźnych 2.1.3: Diagnostyka i leczenie przypadków chorobowych.* Połącz usługi badań na obecność gruźlicy i HIV w środowiskach o wysokim wskaźniku występowania oraz rozpocznij ograniczanie zakażeń gruźlicą w placówkach opieki zdrowotnej.

2.4 Leczenie obrażeń i urazów

W każdym kryzysie wysokie wskaźniki zachorowalności i śmiertelności przypisuje się urazom. Jest wysoce prawdopodobne, że zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia związane z leczeniem urazów w szybkim czasie przekroczy możliwości lokalnych systemów opieki zdrowotnej. Aby zmniejszyć wpływ obrażeń i ryzyko załamania się systemu zdrowia, wprowadź systematyczny triaż oraz masowe zarządzanie wypadkami oprócz podstawowej opieki w nagłych przypadkach, bezpiecznych praktyk operacyjnych i rehabilitacji. W niniejszym punkcie omówione jest reagowanie systemu opieki zdrowotnej w przypadku obrażeń fizycznych. Szczegółowe wytyczne w zakresie zatruć, zdrowia psychicznego i przemocy seksualnej znajdują się w innych materiałach ⊕ *patrz: Załącznik 4: Zatrucia; Standard podstawowej opieki zdrowotnej 2.5* i *Podstawowa opieka zdrowotna – Standard zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 2.3.2*.

Standard leczenia obrażeń i urazów 2.4: Leczenie obrażeń i urazów

Ludność ma dostęp do bezpiecznego i skutecznego leczenia urazów podczas kryzysu, aby zapobiegać możliwej do uniknięcia śmiertelności, zachorowalności, cierpieniu i niepełnosprawności.

Kluczowe działania

1 Zapewnij leczenie urazów na wszystkich poziomach i dla wszystkich pacjentów.

- Ustanów niezwłocznie bezpieczne systemy skierowań między placówkami oraz ze społeczności dotkniętych do placówek.
- Ustanów kliniki mobilne lub szpitale polowe, jeżeli opieka w istniejących strukturach nie jest dostępna dla populacji.

2 Zadbaj, aby pracownicy opieki zdrowotnej mieli umiejętności i wiedzę niezbędną do zajmowania się obrażeniami.

- Włącz wszystkie poziomy, od osób niosących pierwszą pomoc do osób zapewniających specjalistyczną opiekę chirurgiczną i anestezjologiczną.

3 Ustanów lub wzmocnij standardowe protokoły triażu oraz leczenia obrażeń i urazów.

- Uwzględnij systemy skierowań w zakresie ochrony dzieci, ofiar przemocy seksualnej oraz dla osób wymagających ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego.

4 Udostępnij profilaktykę tężca wszystkim osobom narażonym na ryzyko urazu, osobom rannym z ranami otwartymi oraz osobom zajmującym się ratownictwem i oczyszczaniem.

5 Zapewnij minimalne standardy bezpieczeństwa i nadzoru dla wszystkich placówek świadczących leczenie urazów i obrażeń, z uwzględnieniem szpitali polowych.

6 Zapewnij odpowiednio szybki dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych, priorytetowych urządzeń pomocniczych i urządzeń ułatwiających poruszanie się pacjentom po kontuzji.

- Zadbaj o to, aby naprawa takich urządzeń pomocniczych, jak wózki inwalidzkie i kule lub inne urządzenia ułatwiające poruszanie się, była możliwa lokalnie.

7 Zadbaj o odpowiednio szybki dostęp do świadczeń ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego.

8 Ustanów lub wzmocnij systemy informacji zdrowotnej, by uwzględniały dane dotyczące obrażeń i urazów.

- Traktuj priorytetowo podstawową dokumentację kliniczną taką jak indywidualna dokumentacja medyczna dla wszystkich pacjentów z urazami.
- Uwzględniaj urazy w zbiorach danych systemu informacji zdrowotnej przy użyciu standardowych definicji.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które mają regularnie weryfikowany i ćwiczony plan przywrócenia gotowości do pracy po wystąpieniu sytuacji nadzwyczajnej, łącznie z zarządzaniem ofiarami masowymi

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które mają protokoły na okoliczność poważnych obrażeń, łącznie z formalnymi instrumentami triażu

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, których personel odbył podstawowe szkolenie w zakresie postępowania w przypadku poważnych obrażeń

Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które wdrażają środki poprawy jakości celem obniżenia bazowych wskaźników zachorowalności i śmiertelności zgodnie z dostępnymi danymi

Wytyczne

Szkolenia i rozwój umiejętności w zakresie leczenia obrażeń i urazów powinny obejmować takie zagadnienia jak:

- zarządzanie ofiarami masowymi dla osób zajmujących się reagowaniem i koordynowaniem reagowania;
- pierwsza pomoc medyczna;
- ustandaryzowany triaż w placówkach terenowych i placówkach opieki zdrowotnej;
- wczesne rozpoznawanie, resuscytacja, opatrywanie ran, leczenie bólu oraz odpowiednio szybkie wsparcie psychospołeczne.

Standardowe protokoły powinny być wdrożone lub zostać opracowane oraz obejmować następujące zagadnienia:

- klasyfikacja triażu w zależności od wagi przypadku w sytuacjach rutynowych i nasilonych, która uwzględnia ocenę, priorytetyzację, podstawową resuscytację oraz kryteria skierowania na pogotowie;
- Nagła pomoc medyczna pierwszego kontaktu w punktach dostępu;
- skierowania na pogotowie i do opieki specjalistycznej, łącznie z chirurgią, opieką pooperacyjną i rehabilitacją.

Minimalne standardy bezpieczeństwa i jakości: Nawet jeżeli leczenie urazów jest zapewniane w ramach działań związanych z reagowaniem na poważne zdarzenie lub trwający konflikt, konieczne jest zapewnienie Standardów Minimalnych. Obszary, które należy uwzględnić:

- bezpieczne i racjonalne stosowanie leków, urządzeń i produktów z krwi, łącznie z łańcuchem dostaw;
- zapobieganie i zwalczanie infekcji;
- odpowiednie zasilanie oświetlenia, komunikacji i niezbędnych urządzeń medycznych do operacji takich jak resuscytacyjny sprzęt ratowniczy i autoklawy do sterylizacji;
- gospodarowanie odpadami medycznymi.

Środowiskowa pierwsza pomoc: Właściwa pierwsza pomoc zapewniana odpowiednio szybko przez osoby niebędące specjalistami ratuje życie, jeśli

jest udzielana w bezpieczny i systematyczny sposób. Wszystkie osoby niosące pierwszą pomoc powinny stosować ustrukturyzowane podejście do rannych. Koniecznie jest podstawowe szkolenie z opatrywania ran obejmujące oczyszczanie i zakładanie opatrunku.

Wprowadź pierwszą pomoc na poziomie gospodarstwa domowego i społeczności oraz wytyczne dotyczące tego kiedy i gdzie szukać pomocy medycznej. Podnoś świadomość na temat zagrożeń związanych z danym kontekstem takich jak niestabilność infrastruktury lub ryzyko wystąpienia obrażeń podczas udzielania pierwszej pomocy.

Triaż jest procesem polegającym na kwalifikowaniu pacjentów w zależności od powagi obrażeń i potrzeby opieki. Identyfikuje osoby, które najbardziej skorzystają z bezpośredniej interwencji medycznej. Istnieje kilka systemów triażu. W ramach jednego z szeroko stosowanych systemów stosuje się pięć kolorów: czerwony dla pacjentów najpilniejszych, żółty dla średnio pilnych, zielony dla mniej pilnych, niebieski dla pacjentów wykraczających poza zakres technicznych możliwości placówki lub którzy wymagają opieki paliatywnej, szary dla osób zmarłych.

Profesjonalna pomoc medyczna pierwszego kontaktu: Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej wyższego stopnia, np. jak lekarze, powinni posiadać umiejętności w zakresie systematycznego podejścia do osób poważnie chorych i rannych ⊕ *patrz: the ABCDE approach in the IFRC International First Aid and Resuscitation Guidelines [Podejście ABCDE w Wytycznych IFRC w Zakresie Międzynarodowej Pierwszej Pomocy i Resuscytacji]*. Interwencje w zakresie wstępnej resuscytacji i ratowania życia, np. podawanie płynów i antybiotyków, tamowanie krwotoków i leczenie odmy opłucnej, można zapewniać w wielu sytuacjach zanim jeszcze pacjent zostanie przekierowany do zaawansowanej opieki zdrowotnej.

Anestezjologia, urazy i zabiegi chirurgiczne: Opiekę w nagłych przypadkach, operacje i rehabilitację powinny świadczyć tylko organizacje mające odpowiednią wiedzę fachową. Dostawcy powinni działać w ramach zawodowego zakresu praktyki oraz posiadać odpowiednie zasoby umożliwiające prowadzenie działań. Nieodpowiednia lub niewłaściwa opieka może wyrządzić więcej szkody niż niepodjęcie żadnych działań. Przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych bez odpowiedniej opieki przed- i pooperacyjnej oraz rehabilitacji bieżącej może prowadzić do nieodzyskania sprawności funkcjonalnej przez pacjenta.

Szpitale polowe: Korzystanie z tymczasowych szpitali polowych może być konieczne, szczególnie w poważnych kryzysach, i powinno być koordynowane przez MZ lub agencje prowadzące oraz inne podmioty opieki zdrowotnej. Standardy i bezpieczeństwo opieki powinny spełniać standardy krajowe oraz międzynarodowe ⊕ *patrz: Źródła* do dalszych wytycznych.

Rehabilitacja i reintegracja społeczna: Wczesna rehabilitacja może zwiększyć przeżywalność, zoptymalizować działanie interwencji medycznych i chirurgicznych oraz poprawić jakość życia rannych. Zespoły medyczne świadczące opiekę szpitalną muszą być w stanie zapewnić wczesną rehabilitację. Połącz istniejące zdolności rehabilitacji ze ścieżkami skierowań oraz zrozum związki między istniejącymi systemami opieki społecznej a pomocą pieniężną. Ustanów powiązania z lokalnymi ośrodkami rehabilitacji lub organizacjami rehabilitacji środowiskowej, aby zapewnić bieżącą opiekę.

Przed wypisaniem z opieki rozważ bieżące potrzeby pacjentów z urazami i obrażeniami, z uwzględnieniem pacjentów z wcześniej istniejącą niepełnosprawnością. Zapewnij kontrolę medyczną i rehabilitacyjną, edukację pacjentów i opiekunów, niezbędne urządzenia pomocnicze (np. kule lub wózki inwalidzkie), ochronę zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne, a także dostęp do innych niezbędnych usług. Ustanów wielodyscyplinarne plany opieki i zespoły, z uwzględnieniem specjalistów z dziedziny rehabilitacji fizycznej oraz wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego. Ochrona zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne dla osób z obrażeniami, które zmieniają warunki życia, powinna być zapewniona, kiedy przebywają w szpitalu. Niezbędne jest połączenie z usługami ciągłego wsparcia ⊕ *patrz: Standard podstawowej opieki zdrowotnej 2.5: Ochrona zdrowia psychicznego*.

Szczególne kwestie związane z zarządzaniem – leczenie bólu: Właściwe leczenie bólu po obrażeniu zmniejsza ryzyko wystąpienia zapalenia płuc oraz zakrzepicy żył głębokich i pomaga pacjentom rozpocząć fizjoterapię. Zmniejsza fizjologiczną reakcję na stres, prowadząc do ograniczenia zachorowalności na choroby układu krążenia i zmniejsza stres psychologiczny. Leczenie ostrego bólu pourazowego powinno przebiegać zgodnie z zasadami odwróconej drabiny analgetycznej WHO. Ból neuropatyczny wynikający z urazu nerwu może występować od samego początku i powinien być odpowiednio leczony ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne* oraz *Standard niezbędnej opieki zdrowotnej 2.7: Opieka paliatywna* ⊕ *patrz: drabina bólu WHO*.

Szczególne kwestie związane z zarządzaniem – leczenie ran: W większości kryzysów wielu pacjentów pojawia się w punkcie opieki zdrowotnej później niż sześć godzin po doznaniu obrażenia. Późne stawienie się zwiększa w dużym stopniu ryzyko infekcji rany i związanej z tym umieralności. Pracownicy opieki zdrowotnej muszą znać protokoły leczenia ran (z uwzględnieniem oparzeń) oraz zapobiegać infekcjom i je leczyć, zarówno w poważnych przypadkach, jak i przy późnym stawieniu się. Te protokoły polegają na podaniu odpowiednich antybiotyków, chirurgicznym usunięciu ciała obcego i martwej tkanki oraz założeniu opatrunku.

Tężec: W przypadku nagłych klęsk żywiołowych ryzyko zakażenia tężcem może być stosunkowo wysokie. Podaj szczepionkę zawierającą toksoid tężcowy (DT lub Td – szczepionki na błonicę i tężec – lub DPT, w zależności od wieku i historii szczepień) osobom mającym rany otwarte. Osoby, które mają brudne lub bardzo zanieczyszczone rany powinny otrzymać także immunoglobulinę przeciwtężcową (TIG), jeżeli nie są zaszczepione na tężec.

2.5 Zdrowie psychiczne

Problemy psychiczne oraz psychospołeczne są częste wśród osób dorosłych, nastolatków i dzieci we wszystkich kontekstach humanitarnych. Ze względu na ekstremalne czynniki stresogenne związane z kryzysami ludzie są narażeni na większe ryzyko wystąpienia problemów społecznych, behawioralnych, psychologicznych i psychicznych. Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne obejmuje działania wielu sektorów. Ten standard koncentruje się na działaniach podmiotów opieki zdrowotnej, więcej informacji na temat interwencji psychospołecznych w różnych sektorach ⊕ *patrz:* Podstawowy Standard Humanitarny i Zasady Ochrony.

Standard zdrowia psychicznego 2.5: Ochrona zdrowia psychicznego

Wszystkie osoby, niezależnie od wieku, mają dostęp do opieki zdrowotnej, która zajmuje się stanami zdrowia psychicznego i powiązanymi zaburzeniami funkcjonowania.

Kluczowe działania

1 Koordynuj działania w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego między sektorami.

- Powołaj międzysektorową techniczną grupę roboczą, która będzie się zajmować kwestiami zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego. Może być ona prowadzona wspólnie przez organizację świadczącą opiekę zdrowotną oraz organizację udzielającą ochrony i pomocy humanitarnej.

2 Opracuj programy zgodnie z rozpoznanymi potrzebami i zasobami.

- Przeanalizuj istniejące systemy ochrony zdrowia psychicznego, kompetencje personelu oraz pozostałe zasoby i usługi.
- Przeprowadź oceny potrzeb, mając na uwadze, że problemy ze zdrowiem psychicznym mogły występować wcześniej, mogły zostać wywołane przez kryzys lub mogą być związane z jednym i drugim.

3 Współpracuj z członkami społeczności, łącznie z osobami marginalizowanymi, nad wzmacnianiem działań samopomocowych i wsparcia społecznego.

- Propaguj dialog między społecznościami w zakresie sposobów wspólnego rozwiązywania problemów, wykorzystując mądrość, doświadczenie i zasoby społeczności.
- Utrzymuj lub wspieraj wznowienie istniejących wcześniej mechanizmów wsparcia takich jak grupy dla kobiet, młodzieży i osób żyjących z HIV.

4 Poinstruuj pracowników i wolontariuszy na temat sposobów udzielania pierwszej pomocy psychologicznej.

- Stosuj zasady pierwszej pomocy psychologicznej w celu radzenia sobie z długotrwałym stresem w wyniku narażenia na potencjalnie zdarzenia traumatyczne.

5 Zadbaj, aby w każdym ośrodku opieki zdrowotnej była dostępna psychiatryczna opieka zdrowotna w podstawowym zakresie.

- Zorganizuj krótkie szkolenia i nadzoruj pracowników ogólnej opieki zdrowotnej w kwestii oceny oraz zarządzania stanami zdrowia psychicznego wymagającymi priorytetowego traktowania.
- Zorganizuj mechanizm skierowań wśród specjalistów zdrowia psychicznego, świadczeniodawców ogólnej opieki zdrowotnej, placówek wsparcia środowiskowego i innych świadczeń.

6 W miarę możliwości zapewnij dostępność interwencji psychologicznych osobom odczuwającym skutki długotrwałego stresu.

- Jeśli jest to wykonalne, przeszkol i nadzoruj osoby niebędące specjalistami.

7 Chroń prawa osób cierpiących na poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym w społecznościach, szpitalach i zakładach.

- Regularnie odwiedzaj szpitale psychiatryczne i domy opieki dla osób cierpiących na poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym od początku kryzysu.
- Zajmij się kwestiami dotyczącymi zaniedbań oraz przemocy w instytucjach i zorganizuj opiekę.

8 Minimalizuj szkody związane z alkoholem i narkotykami.

- Przeszkol pracowników w zakresie wykrywania i przeprowadzania szybkich interwencji, ograniczania szkód oraz zarządzania kwestiami związanymi z odstawieniem i zatruciami.

9 Podejmij kroki celem stworzenia zrównoważonego systemu ochrony zdrowia psychicznego na etapie planowania wczesnej odbudowy i w trakcie długotrwałych kryzysów.

Kluczowe wskaźniki

Procent świadczeniodawców uzupełniającej opieki zdrowotnej, którzy mają przeszkolony i nadzorowany personel oraz systemy zarządzania stanami zdrowia psychicznego

Procent świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mają przeszkolony i nadzorowany personel oraz systemy zarządzania stanami zdrowia psychicznego

Liczba osób uczestniczących w środowiskowych inicjatywach samopomocowych i działaniach wsparcia społecznego

Procent beneficjentów usług opieki zdrowotnej, którzy otrzymują opiekę w zakresie zdrowia psychicznego

Procent osób, które otrzymały opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, które zgłaszają poprawę funkcjonowania i zmniejszenie nasilenia objawów

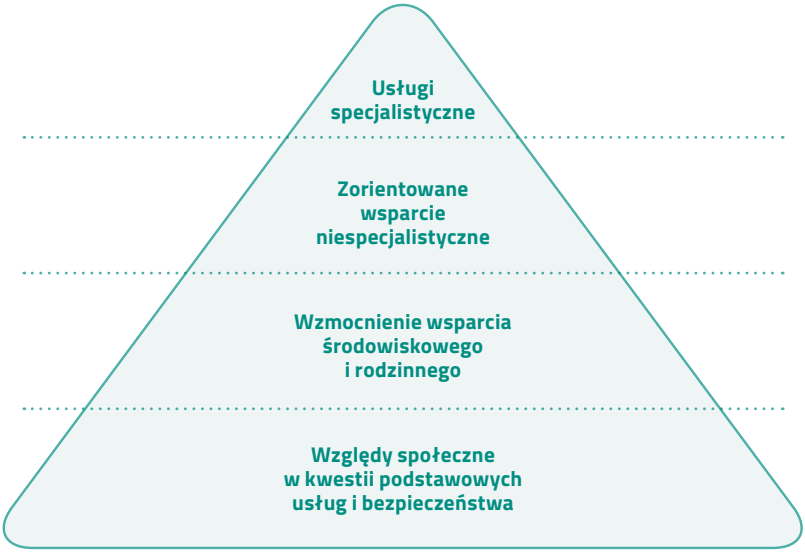
Liczba dni, w których podstawowe leki psychotropowe były niedostępne w przeciągu ostatnich 30 dni

- Mniej niż cztery dni

Wytyczne

Wsparcie wielopoziomowe: Kryzysy dotykają ludzi w różny sposób, w związku z czym potrzebne są różne formy wsparcia. Kluczowym aspektem organizowania ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego jest stworzenie wielowarstwowego systemu dodatkowych form wsparcia, które spełniają różne potrzeby zgodnie z rysunkiem 10. Przedstawiona piramida pokazuje, w jaki sposób różne działania wzajemnie się uzupełniają. Wszystkie warstwy piramidy są ważne i powinny być w miarę możliwości wdrażane jednocześnie.

Ocena: Wskaźniki stanów zdrowia psychicznego są znaczące w każdej sytuacji kryzysu. Badania częstotliwości występowania nie są niezbędne do uruchomienia usług. Stosuj podejście zapewniające szybkie uczestnictwo oraz, w miarę



Piramida wielowarstwowych usług i wsparcia (Rysunek 10)

Źródło: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Grupa Referencyjna IASC w Zakresie Ochrony Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych] (2010)

możliwości, włącz zdrowie psychiczne do innych ocen. Nie ograniczaj oceny do jednego problemu klinicznego.

Samopomoc i wsparcie środowiskowe: Angażuj środowiskowych pracowników służby zdrowia, liderów oraz wolontariuszy, aby umożliwić członkom społeczności, łącznie z osobami marginalizowanymi, zwiększenie inicjatyw samopomocowych i wsparcia społecznego. Działania te mogą obejmować np. tworzenie stref bezpiecznych i warunków do prowadzenia dialogu społecznego.

Pierwsza pomoc psychologiczna: Pierwsza pomoc psychologiczna powinna być dostępna dla osób narażonych na potencjalnie zdarzenia traumatyczne, takie jak np. przemoc fizyczna lub seksualna, bycie świadkiem okrutnych czynów i odniesienie poważnych obrażeń. Nie jest to interwencja kliniczna. Jest to podstawowa, humanitarna i niosąca wsparcie reakcja na cierpienie. Polega m.in. na uważnym słuchaniu, ocenie podstawowych potrzeb i dbaniu o ich zaspokajanie, promowaniu wsparcia społecznego oraz ochronie przed dalszą krzywdą. Ma charakter nieinwazyjny i nie zmusza do opowiadania o swoim cierpieniu. Po przeprowadzeniu wstępnego rozeznania liderzy społeczności, pracownicy opieki zdrowotnej i inne osoby zaangażowane w pomoc humanitarną mogą udzielić pierwszej pomocy psychologicznej osobom w potrzebie. Chociaż pierwsza pomoc psychologiczna powinna być powszechnie dostępna, ogólna pomoc w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcie psychospołeczne nie powinny ograniczać się tylko do niej.

Jednorazowe sesje odreagowania psychologicznego promują upuszczanie emocji poprzez zachęcanie do krótkiego lecz systematycznego opisywania spostrzeżeń, myśli i reakcji emocjonalnych doznanych podczas niedawnego stresującego zdarzenia. Metoda ta jest co najmniej nieskuteczna i nie powinna być stosowana.

Inne interwencje psychologiczne: Niewyspecjalizowani pracownicy opieki zdrowotnej mogą zajmować się interwencjami psychologicznymi w przypadku depresji, lęku oraz zespołu stresu pourazowego, jeżeli są dobrze przeszkoleni, nadzorowani i otrzymują wsparcie. Dotyczy to m.in. terapii poznawczo-behawioralnej lub terapii interpersonalnej.

Kliniczna ochrona zdrowia psychicznego: Poinformuj wszystkich pracowników i wolontariuszy opieki zdrowotnej o dostępnych opcjach ochrony zdrowia psychicznego. Przeszkol podmioty świadczące opiekę zdrowotną zgodnie z protokołami wynikającymi z dowodów, np. mhGAP. W miarę możliwości zatrudnij specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego (np. pielęgniarkę/pielęgniarza psychiatrycznego) w ośrodkach ogólnej opieki zdrowotnej. Wydziel strefę prywatną na konsultacje ⊕ *Patrz: Poradnik Interwencji Humanitarnej w Zakresie mhGAP*.

Najczęstszymi stanami zgłaszanymi służbie zdrowia w nagłych przypadkach są psychozy, depresje i stany neurologiczne (epilepsja). Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku zdrowia psychicznego matek ze względu na potencjalny wpływ na opiekę nad dziećmi.

Wprowadź do systemu informacji zdrowotnej kategorie zdrowia psychicznego ⊕ *patrz: Załącznik 2: Przykładowy formularz HMIS*.

Podstawowe leki psychotropowe: Zorganizuj nieprzerwane dostawy podstawowych leków psychotropowych, które zapewniają co najmniej jeden lek na każdą kategorię leczenia (przeciwpsychotyczne, antydepresyjne, przeciwlękowe, przeciwpadaczkowe oraz leki zapobiegające skutkom ubocznym leków przeciwpsychotycznych). ⊕ *Sugerowane leki psychotropowe, patrz: Międzyagencyjne Narzędzia Opieki Zdrowotnej w Nagłych Przypadkach* oraz *Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne*.

Ochrona praw osób cierpiących na problemy związane ze zdrowiem psychicznym: Podczas kryzysów humanitarnych osoby cierpiące na poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym są niezwykle narażone na naruszenia praw człowieka, np. przemoc, zaniedbanie, porzucenie oraz brak schronienia, żywności czy opieki zdrowotnej. Wyznacz co najmniej jedną agencję, która będzie się zajmować potrzebami osób przebywających w zakładach.

Przejście w fazę pokryzysową: Kryzysy humanitarne podnoszą długoterminowe wskaźniki występowania wielu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, dlatego istotne jest zaplanowanie zrównoważonego zwiększania dostępu do leczenia na terenach dotkniętych. Chodzi tu m.in. o wzmocnienie istniejących krajowych systemów ochrony zdrowia psychicznego oraz wspieranie włączenia grup zmarginalizowanych (także uchodźców) do tych systemów. Projekty demonstracyjne oraz krótkookresowe finansowanie kryzysowe mogą zapewnić weryfikację koncepcji i nadać rozpęd potrzebny do pozyskania dalszego wsparcia oraz środków na rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego.

2.6 Choroby niezakaźne

Potrzeba skoncentrowania się na chorobach niezakaźnych w kryzysach humanitarnych odzwierciedla wydłużającą się średnią długość życia w połączeniu z czynnikami zagrożeń behawioralnych takich jak palenie tytoniu i niezdrowe diety. Około 80 procent przypadków śmiertelnych w wyniku chorób niezakaźnych ma miejsce w państwach o niskich lub średnich dochodach, a sytuacje kryzysowe jeszcze to nasilają.

Wśród przeciętnej populacji 10 tys. osób dorosłych prawdopodobnie 1500-3000 ma nadciśnienie, 500-2000 cukrzycę, a 3-8 ostry zawał serca w normalnym okresie 90 dni.

Choroby się różnią, lecz zwykle są to: cukrzyca, choroby układu krążeniowego (łącznie z nadciśnieniem, niewydolnością serca, udarami, chroniczną chorobą nerek), przewlekła choroba płuc (np. astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc) i rak.

W ramach wstępnego reagowania należy się zajmować ostrymi powikłaniami i unikać przerwania leczenia, a następnie wprowadzać bardziej kompleksowe programy.

Ochrona zdrowia psychicznego i opieka paliatywna są omówione dokładnie w ⊕ *Standardy podstawowej opieki zdrowotnej 2.5: Zdrowie psychiczne* oraz *2.7: Opieka paliatywna*.

Standard chorób niezakaźnych 2.6: Leczenie chorób niezakaźnych

Ludność ma dostęp do programów profilaktyki, diagnostyki oraz niezbędnego leczenia w zakresie ostrych powikłań i leczenia długoterminowego chorób niezakaźnych.

Kluczowe działania

1. Określ potrzeby zdrowotne w zakresie chorób niezakaźnych i przeanalizuj dostępność usług przed kryzysem.
   - Określ grupy, które mają priorytetowe potrzeby, z uwzględnieniem osób narażonych na powikłania zagrażające życiu, np. cukrzycę insulinozależną lub ciężką astmę.
2. Wdrażaj stopniowe programy zgodnie z priorytetami ratowania życia i niesienia ulgi w cierpieniu.
   - Zadbaj, aby pacjenci, u których zdiagnozowano powikłania zagrażające życiu (np. ciężki atak astmy, kwasica ketonowa), otrzymywali odpowiednią opiekę. Jeżeli odpowiednia opieka nie jest dostępna, oferuj opiekę paliatywną i podtrzymującą.
   - Unikaj nagłego przerywania leczenia u pacjentów zdiagnozowanych przed kryzysem.

3 Wprowadź leczenie chorób niezakaźnych do systemu opieki zdrowotnej na wszystkich poziomach.

- Ustanów system skierowań, aby zarządzać ostrymi powikłaniami i złożonymi przypadkami w ramach opieki zdrowotnej drugiego oraz trzeciego stopnia, a także opieki paliatywnej i podtrzymującej.
- W razie potrzeby kieruj pacjentów po pomoc w zakresie żywienia lub bezpieczeństwa żywnościowego.

4 Ustanów krajowe programy gotowości w zakresie chorób niezakaźnych.

- Włącz podstawowe leki i dostawy do wstępnie rozlokowanych dostaw medycznych lub w ramach reagowania na sytuacje nieprzewidziane.
- Przygotuj dla poszczególnych pacjentów rezerwowy zapas leków i instrukcji odnośnie do tego, gdzie można otrzymać opiekę zdrowotną w nagłych przypadkach w razie kryzysu.

Kluczowe wskaźniki

Odsetek placówek podstawowej opieki zdrowotnej świadczących opiekę w zakresie priorytetowych chorób niezakaźnych

Liczba dni, w których podstawowe leki na choroby niezakaźne były niedostępne w ciągu ostatnich 30 dni

- Mniej niż cztery dni

Liczba dni, w których podstawowy sprzęt do leczenia chorób niezakaźnych był niedostępny (lub niesprawny) w ciągu ostatnich 30 dni

- Mniej niż cztery dni

Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej zapewniający leczenie chorób niezakaźnych są przeszkoleni w zakresie postępowania z chorobami niezakaźnymi

Wytyczne

Ocena potrzeb i ryzyka w celu identyfikacji priorytetowych chorób niezakaźnych: Opracuj stosownie do kontekstu i fazy sytuacji kryzysowej. Może to obejmować zapoznanie się z rejestrami, stosowanie danych sprzed kryzysu i przeprowadzenie badań w gospodarstwach domowych lub ocen epidemiologicznych za pomocą badania międzysektorowego. Zbieraj dane dotyczące występowania oraz częstotliwości określonych chorób niezakaźnych i identyfikuj potrzeby zagrażające życiu lub stany z poważnymi objawami.

Przeanalizuj dostępność i wykorzystanie świadczeń przed kryzysem, szczególnie w złożonych przypadkach takich jak rak i przewlekła niewydolność nerek, aby ocenić oczekiwania oraz wydolność systemu opieki zdrowotnej w kontekście. Celem średnio- i długoterminowym jest wsparcie i przywrócenie takich usług.

Złożone potrzeby w zakresie leczenia: W miarę możliwości zapewnij ciągłość opieki pacjentom mającym złożone potrzeby takie jak dializa nerek, radioterapia i chemioterapia. Udzielaj jasnych i łatwo dostępnych informacji na temat ścieżek skierowań. Oferuj skierowania do opieki paliatywnej, jeśli jest dostępna ⊕ *patrz: Podstawowa opieka zdrowotna standard 2.7: Opieka paliatywna.*

Włączenie leczenia chorób niezakaźnych do systemu opieki zdrowotnej: Zapewnij podstawowe leczenie chorób niezakaźnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie ze standardami krajowymi lub zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi w zakresie sytuacji kryzysowych, jeżeli nie ma standardów krajowych.

We współpracy ze społecznościami usprawnij wczesne wykrywanie i skierowania. Wprowadź ŚPOZ do placówek podstawowej opieki zdrowotnej i współpracuj z przywódcami społeczności, uzdrowicielami tradycyjnymi oraz sektorem prywatnym. Podmioty zajmujące się działaniami pomocowymi mogą świadczyć opiekę zdrowotną w zakresie chorób niezakaźnych ludności odizolowanej.

Dostosuj istniejący system informacji zdrowotnej do sytuacji kryzysowej lub opracuj nowy, by uwzględnić monitorowanie głównych chorób niezakaźnych: nadciśnienia, cukrzycy, astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, choroby niedokrwiennej serca i padaczki ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.5: Informacje dotyczące zdrowia i załącznik 2*.

Leki i urządzenia medyczne: Zweryfikuj krajową listę podstawowych leków i urządzeń medycznych, z uwzględnieniem technologii oraz podstawowych badań laboratoryjnych, by zarządzać chorobami niezakaźnymi. Skoncentruj się na podstawowej opiece zdrowotnej ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne*. W razie potrzeby wspieraj wdrożenie kluczowych podstawowych leków i urządzeń medycznych zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi oraz w zakresie podstępowania w sytuacjach kryzysowych w przypadku chorób niezakaźnych. Zapewnij dostęp do podstawowych leków i urządzeń medycznych na odpowiednich poziomach opieki. Zestawy na choroby niezakaźne mogą być stosowane w połączeniu z międzyagencyjnymi narzędziami opieki zdrowotnej w nagłych przypadkach na wczesnych etapach kryzysu, aby zwiększyć dostępność podstawowych leków i sprzętu. Nie używaj tych zestawów/narzędzi w celu zapewnienia dostaw długoterminowych.

Szkolenia: Przeszkol personel kliniczny na wszystkich szczeblach w zakresie zarządzania przypadkami chorób niezakaźnych i przeszkol wszystkich pracowników w zakresie zarządzania priorytetowymi chorobami niezakaźnymi, z uwzględnieniem standardowych procedur operacyjnych w zakresie skierowań ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.2: Personel opieki zdrowotnej*.

Promocja zdrowia i edukacja: Zapewnij informacje na temat usług leczenia chorób niezakaźnych i gdzie uzyskać dostęp do opieki. Informacje powinny być dostępne dla wszystkich, łącznie z osobami starszymi i osobami niepełnosprawnymi, aby propagować zdrowe zachowania, modyfikowanie czynników ryzyka, a także usprawnienie leczenia we własnym zakresie oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Zdrowe zachowania mogą obejmować np.: regularne ćwiczenia fizyczne lub ograniczenie spożywania alkoholu i palenia tytoniu. We współpracy z różnymi częściami społeczności opracuj komunikaty i strategie dystrybucji, aby zagwarantować ich stosowność pod względem wieku, płci i kultury. Dostosuj strategie profilaktyki i kontroli do kontekstu, biorąc pod uwagę takie trudności jak ograniczone dostawy żywności lub przeludnienie.

Plany zapobiegania i gotowości: Wprowadź zarządzanie chorobami niezakaźnymi do krajowych planów postępowania w razie katastrofy lub przypadku nagłego, dbając o to, aby uwzględniały różne rodzaje placówek opieki zdrowotnej (np. małe

ośrodki zdrowia lub główne szpitale z oddziałami dializ). Ośrodki zdrowia w warunkach niestabilnych lub narażenia na katastrofy powinny być przygotowane do świadczenia usług w zakresie chorób niezakaźnych.

Utwórz rejestr pacjentów, którzy mają złożone stany chorobowe oraz kluczowe potrzeby i stwórz ustandaryzowane protokoły postępowania dotyczące przekierowywania takich pacjentów w przypadku wystąpienia kryzysu.

2.7 Opieka paliatywna

Opieka paliatywna polega na zapobieganiu i łagodzeniu cierpienia oraz niepokoju, które towarzyszą opiece u schyłku życia. Obejmuje identyfikację, ocenę i leczenie bólu, a także zaspokojenie innych potrzeb fizycznych, psychospołecznych i duchowych. Łączy w sobie wsparcie fizjologiczne, psychologiczne i duchowe, które jest zapewniane wyłącznie na życzenie pacjenta lub rodziny, jak również obejmuje systemy pomocy dla pacjentów, rodzin i opiekunów. Opieka u schyłku życia powinna być zapewniana niezależnie od przyczyny.

Standard opieki paliatywnej 2.7: Opieka paliatywna

Ludność ma dostęp do opieki paliatywnej i wsparcia u schyłku życia, które łagodzą ból oraz cierpienie, zapewniają jak największy komfort, poszanowanie godności i jakość życia pacjentów, a także wsparcie członkom rodziny.

Kluczowe działania

1 Ustanów wytyczne i reguły wspomagające spójną opiekę paliatywną.

- Wprowadź krajowe lub międzynarodowe wytyczne w zakresie leczenia bólu i objawów w placówkach ochrony zdrowia.
- Opracuj wytyczne dotyczące triażu według stanu zdrowia i rokowania pacjenta, a także dostępności zasobów.

2 Sporządź plan opieki i zapewnij świadczenie opieki paliatywnej umierającym pacjentom.

- Udostępnij środki łagodzące ból i szanuj prawo do umierania w godności jako standard minimalny w nagłych przypadkach.
- Zbadaj, na ile pacjent lub rodzina rozumie sytuację, a także ich obawy, wartości i przekonania kulturowe.

3 Wprowadź opiekę paliatywną do wszystkich poziomów systemu opieki zdrowotnej.

- Ustanów trwałe sieci skierowań celem zapewnienia ciągłości wsparcia i opieki.
- Traktuj priorytetowo zarządzanie środowiskowe obejmujące opiekę zapewnianą w domu.

4 Przeszkol pracowników opieki zdrowotnej w zapewnianiu opieki paliatywnej, łącznie z leczeniem bólu i ograniczaniem objawów oraz ochroną zdrowia psychicznego i wsparciem psychospołecznym.

- Przestrzegaj standardów krajowych, lub w przypadku braku standardów krajowych standardów międzynarodowych.

5 Zapewnij niezbędne dostawy medyczne i sprzęt.

- Przechowuj zapasy leków paliatywnych oraz odpowiednie urządzenia medyczne, np. wkładki na nietrzymanie moczu i stolca oraz cewniki w placówkach opieki zdrowotnej.
- Miej świadomość przepisów dotyczących leków kontrolowanych, które mogą opóźnić dostępność leków podstawowych.

6 We współpracy z lokalnymi systemami i sieciami wspieraj pacjentów, opiekunów oraz rodziny w społeczności i w domu.

- Zapewnij dostawy spełniające potrzeby opieki świadczonej w domu, np. wkładki na nietrzymanie moczu i stolca, cewniki i zestawy opatrunkowe.

Kluczowe wskaźniki

Liczba dni, w których podstawowe leki w opiece paliatywnej były niedostępne w przeciągu ostatnich 30 dni

- Mniej niż 4 dni

Odsetek personelu przeszkolonego w zakresie podstawowych procedur leczenia bólu i objawów lub opieki paliatywnej w każdej placówce opieki zdrowotnej, szpitalu, klinice mobilnej i szpitalu polowym

Odsetek pacjentów zidentyfikowanych przez system opieki zdrowotnej jako wymagający pomocy, którzy otrzymali opiekę u schyłku życia

Wytyczne

Podmioty zdrowotnej opieki humanitarnej powinny być świadome oraz przestrzegać lokalnych zasad podejmowania decyzji w sprawach medycznych, jak również lokalnych wartości odnoszących się do chorób, cierpienia, umierania i śmierci. Ważne jest przynoszenie ulgi w cierpieniu, a umierający pacjenci powinni otrzymywać opiekę zapewniającą komfort niezależnie od tego, czy przyczyną ich stanu zdrowia jest uraz prowadzący do śmierci, choroba zakaźna, czy inny powód.

Sporządzenie planu opieki: Ustal, którzy pacjenci potrzebują wsparcia, i uszanuj ich prawo do podejmowania świadomych decyzji w sprawie opieki. Przekazuj bezstronne informacje i respektuj ich potrzeby oraz oczekiwania. Należy uzgodnić plan opieki, który będzie uwzględniał preferencje pacjenta. Oferuj dostęp do ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego.

Dostępność leków: Niektóre leki w opiece paliatywnej, takie jak środki uśmierzające ból, są elementem podstawowych oraz uzupełniających modułów międzyagencyjnych narzędzi opieki zdrowotnej w nagłych przypadkach i znajdują się w Wykazie Leków Podstawowych. Międzyagencyjne narzędzia opieki zdrowotnej w nagłych przypadkach są użyteczne na wczesnych etapach sytuacji

kryzysowej, lecz nie są odpowiednie w przypadku stanów przewlekłych, w których należy wprowadzić bardziej zrównoważone systemy ⊕ *patrz: Standard systemów opieki zdrowotnej 1.3: Podstawowe leki i urządzenia medyczne* oraz *Odniesienia i materiały dodatkowe*.

Wsparcie rodzinne, środowiskowe i społeczne: Koordynuj działania z innymi branżami w celu uzgodnienia ścieżki konsultacyjnej dla pacjentów i ich rodzin, aby zapewnić im zintegrowane wsparcie. Obejmuje to dostęp do krajowych systemów opieki społecznej lub organizacji oferujących schronienie, zestawy higieny i rzeczy osobistych, pomoc pieniężną, wsparcie na rzecz zdrowia psychicznego oraz wsparcie psychospołeczne, jak również pomoc prawną celem zaspokojenia ich podstawowych potrzeb.

Koordynuj działania z odpowiednimi sektorami celem monitorowania rozdzielonych rodzin, żeby pacjenci mogli się z nimi komunikować.

Współdziałaj z istniejącymi sieciami opieki środowiskowej, które często mają przeszkolonych opiekunów pracujących w domu pacjenta, a także środowiskowych pracowników opieki psychospołecznej, aby w razie potrzeby udzielić pacjentom i ich rodzinom dodatkowego wsparcia oraz dostępu do domowych form opieki (np. dla osób zakażonych HIV).

Wsparcie duchowe: Każdy rodzaj wsparcia powinien uwzględniać życzenia pacjenta lub rodziny. Wspólnie z lokalnymi liderami określ instytucje opieki duchowej, które podzielają wyznanie lub wiarę pacjenta. Ci dostawcy mogą być źródłem wsparcia dla pacjentów, opiekunów i podmiotów humanitarnych.

Przekaż lokalnym przywódcom duchowym kluczowe zasady wsparcia psychospołecznego dla pacjentów zmagających się z poważnymi kłopotami zdrowotnymi.

Ustanów niezawodne mechanizmy dwustronnego przekazywania zgłoszeń między systemem opieki zdrowotnej a przywódcami duchowymi dla pacjentów, opiekunów lub członków rodziny, którzy mają takie życzenie.

Zapewnij pomoc w zakresie bezpiecznych i godnych praktyk pochówku we współpracy z lokalnym środowiskiem i zgodnie z wytycznymi krajowymi lub międzynarodowymi ⊕ *patrz Standard systemów opieki zdrowotnej 1.1: Świadczenie usług opieki zdrowotnej*.

Załącznik 1
Lista kontrolna oceny sytuacji zdrowotnej

Przygotowanie

- Uzyskaj dostępne informacje na temat populacji dotkniętej kryzysem.
- Zdobądź dostępne mapy, zdjęcia lotnicze lub obrazy satelitarne oraz dane z systemu informacji geograficznej (SIG) dotyczące dotkniętego obszaru.
- Zgromadź dane demograficzne, administracyjne i dotyczące zdrowia.

Bezpieczeństwo i dostęp

- Określ, czy istnieją trwające zagrożenia naturalne lub spowodowane działalnością człowieka.
- Określ ogólną sytuację w zakresie bezpieczeństwa, z uwzględnieniem obecności sił zbrojnych.
- Określ dostęp, jaki mają organizacje humanitarne do ludności dotkniętej kryzysem.

Struktura demograficzna i społeczna

- Ustal wielkość populacji dotkniętej kryzysem, z podziałem na płeć, wiek i niepełnosprawność.
- Zidentyfikuj grupy narażone na większe ryzyko, np. kobiety, dzieci, osoby starsze, osoby niepełnosprawne, osoby zakażone HIV lub grupy zmarginalizowane.
- Określ przeciętną wielkość gospodarstwa domowego oraz szacunki dotyczące liczby gospodarstw domowych prowadzonych przez kobiety i dzieci.
- Ustal istniejącą strukturę społeczną i normy związane z płcią, z uwzględnieniem stanowisk władzy i/lub wpływu w społeczności oraz gospodarstwie domowym.

Kontekst informacji w zakresie zdrowia

- Określ problemy zdrowotne, które występowały na obszarze dotkniętym przez kryzys przed zaistnieniem sytuacji nadzwyczajnej.
- Zidentyfikuj istniejące wcześniej problemy zdrowotne w kraju pochodzenia uchodźców lub w rejonie pochodzenia osób wysiedlonych wewnętrznie.
- Określ istniejące zagrożenia dla zdrowia, takie jak potencjalne choroby epidemiczne.
- Ustal występujące wcześniej i bieżące bariery w zakresie opieki zdrowotnej, normy społeczne oraz wierzenia, z uwzględnieniem praktyk pozytywnych i szkodliwych.
- Określ wcześniejsze źródła opieki zdrowotnej.
- Przeanalizuj różne aspekty systemu opieki zdrowotnej i ich wyniki ⊕ *patrz: Standardy systemów opieki zdrowotnej od 1.1 do 1.5*.

Współczynniki śmiertelności

- Oblicz surowy współczynnik śmiertelności.
- Określ współczynniki śmiertelności dla poszczególnych grup wiekowych (np. współczynnik śmiertelności u dzieci poniżej piątego roku życia).
- Określ współczynniki śmiertelności dla poszczególnych przyczyn.
- Oblicz proporcjonalny współczynnik śmiertelności.

Współczynniki zachorowalności

- Określ współczynnik zapadalności na główne stany chorobowe, które są ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego.
- W miarę możliwości ustal współczynniki zapadalności na główne stany chorobowe poszczególnych grup wiekowych oraz płci.

Dostępne zasoby

- Określ możliwości MZ w państwie dotkniętym kryzysem.
- Ustal stan krajowych placówek opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich całkowitej liczby według rodzaju świadczonej opieki, stopnia uszkodzenia infrastruktury i dostępu.
- Określ liczebność i umiejętności dostępnych pracowników opieki zdrowotnej.
- Ustal dostępne budżety na opiekę zdrowotną i mechanizm finansowania.
- Określ możliwości i stan funkcjonalny istniejących programów zdrowia publicznego takich jak Rozszerzony Program Szczepień.
- Ustal dostępność ustandaryzowanych protokołów, podstawowych leków, urządzeń medycznych i sprzętu, a także systemów logistycznych.
- Określ status istniejących systemów skierowań.
- Ustal poziom standardów ZKI w placówkach służby zdrowia.
- Określ status istniejącego systemu informacji zdrowotnej.

Dane z innych powiązanych sektorów

- Status żywienia.
- Warunki środowiskowe i dotyczące WASH.
- Koszyk żywnościowy i bezpieczeństwo żywnościowe.
- Schronienie – jakość schronienia.
- Edukacja – edukacja w zakresie zdrowia i higieny.

Załącznik 2
Przykładowe formularze cotygodniowego raportu z nadzoru

2.1 Formularz kontroli śmiertelności (zagreguj)*

Obiekt: .....
Data od poniedziałku: ..... do niedzieli: .....
Stan ludności na początku tego tygodnia: .....
Liczba urodzeń w tym tygodniu: ..... Liczba zgonów w tym tygodniu: .....
Przyjazdy w tym tygodniu (jeśli dotyczy): Wyjazdy tym tygodniu: .....
Stan ludność na koniec tygodnia: ..... Liczba dzieci poniżej 5 roku życia: .....

	<5 lat		≥5 lat		Łącznie
	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	
Bezpośrednia przyczyna					
Ostra choroba dolnych dróg oddechowych					
Cholera (podejrzenie)					
Biegunka – krwista					
Biegunka – wodnista					
Obrażenia – nieprzypadkowe					
Malaria					
Śmierć matki – bezpośrednia					
Odra					
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (podejrzewane)					
Noworodki (0-28 dni)					
Inne					
Nieznane					
Łącznie według wieku i płci					
Główna przyczyna					
AIDS (podejrzenie)					
Niedożywienie					
Śmierć matki – pośrednia					
Choroby niezakaźne (określ)					
Inne					
Łącznie według wieku i płci					

**Ten formularz jest stosowany w przypadku, gdy występuje wiele zgonów i nie można uzyskać bardziej szczegółowych informacji na temat pojedynczych zgonów ze względu na ograniczenia czasowe.*

–Inne przyczyny śmiertelności można dodawać w zależności od kontekstu i tendencji epidemiologicznej.

–Wiek można rozbić na dalsze podkategorie, jeśli to wykonalne, na przykład 0-11 miesięcy, 1-4 lata, 5-14 lat, 15-49 lat, 50-59 lat, 60–69 lat, 70–79 lat, 80 lat i więcej.–

–Zgony nie powinny być zgłaszane wyłącznie przez placówki opieki zdrowotnej, lecz powinny obejmować raporty z obiektów i od przywódców religijnych, pracowników środowiskowych, grup kobiecych oraz szpitali referencyjnych.

–W miarę możliwości definicje przypadków należy umieszczać na odwrocie formularza.

2.2 Formularz kontroli zachorowalności (rejestry indywidualne) *

Obiekt: .....
Data od poniedziałku: ..... do niedzieli: .....
Stan ludności na początku tego tygodnia: .....
Liczba urodzeń w tym tygodniu: ..... Liczba zgonów w tym tygodniu: .....
Przyjazdy w tym tygodniu (jeśli dotyczy): . Wyjazdy tym tygodniu: .....
Stan ludność na koniec tygodnia: ..... Liczba dzieci poniżej 5 roku życia: .....

			Bezpośrednia przyczyna śmierci													Główna przyczyna						
Nie	Płeć (m, k)	Wiek (dni=d, miesięcy=m, lat=l)	Ostra choroba dolnych dróg oddechowych	Cholera (podejrzenie)	Biegunka – krwista	Biegunka – wodnista	Obrażenia – nieprzypadkowe	Malaria	Śmierć matki – bezpośrednia	Odra	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (podejrzewane)	Noworodek (0-28 dni)	Choroba niezakaźna (określ)	Inna (określ)	Nieznana	AIDS (podejrzenie)	Niedożywienie	Śmierć matki (pośrednia)	Inna (określ)	Data (dd/mm/rr)	Lokalizacja w terenie (np. nr bloku)	Zgon w szpitalu czy w domu
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

**Ten formularz stosuje się, kiedy jest wystarczająco dużo czasu, aby zarejestrować dane dotyczące poszczególnych zgonów. Umożliwia analizę według wieku, lokalizacji i wskaźników korzystania z placówki.*

–Częstotliwość raportowania (codziennie czy co tydzień) zależy od liczby zgonów.

–Inne przyczyny zgonu można dodać w zależności od sytuacji.

–Zgony nie powinny być zgłaszane wyłącznie przez placówki opieki zdrowotnej, lecz powinny obejmować raporty z obiektów i od przywódców religijnych, pracowników środowiskowych, grup kobiecych oraz szpitali referencyjnych.

–W miarę możliwości definicje przypadków należy umieszczać na odwrocie formularza.

–Wiek można rozbić na dalsze podkategorie, jeśli jest to wykonalne, na przykład 0-11 miesięcy, 1-4 lata, 5-14 lat, 15-49 lat, 50-59 lat, >60 lat

2.3 Przykładowy formularz raportowania wczesnego ostrzegania w ramach wczesnego ostrzegania, alarmowania i reagowania (WOAR)

Ten formularz stosuje się w ostrej fazie kryzysu, kiedy występuje wysokie ryzyko zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego takich jak urazy, zatrucia lub występowanie ognisk chorób podatnych na epidemie.

Data od poniedziałku: ..... do niedzieli: .....
Miasto/miejscowość/osiedle/obóz: .....
Prowincja: ..... Dzielnica: .....
Rejon dzielnicy: ..... Nazwa obiektu: .....
▪ Szpital ▪ Przychodnia ▪ Ośrodek zdrowia ▪ Klinika mobilna
Agencja(-e) wspierająca(-e): .....
Zgłaszający pracownik i numer kontaktowy: .....
Stan liczebny populacji: ..... Liczba dzieci poniżej 5 roku życia: .....

A. TYGODNIOWE ZAGREGOWANE DANE

Nowe przypadki:	Zachorowalność		Śmiertelność		Łącznie
	<5 lat	5 lat i starsze	<5 lat	5 lat i starsze	
OGÓŁEM PRZYJĘTYCH					
OGÓŁEM ZGONÓW					
Ostra choroba układu oddechowego					
Ostra wodnista biegunka					
Ostra krwista biegunka					
Malaria – podejrzewana/ potwierdzona					
Odra					
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – podejrzewane					
Ostra wirusowa gorączka krwotoczna					
Ostra żółtaczka					
Ostre porażenie wiotkie					
Tężec					
Inna gorączka >38,5°C					
Urazy					
Zatrucie chemiczne					
Inne					
Łącznie					

– *Możliwa jest więcej niż jedna diagnoza; należy odnotować najważniejszą. Każdy przypadek należy liczyć tylko raz.*
– *Uwzględnij tylko przypadki, które były widziane (lub zgony, które nastąpiły) w nadzorowanym tygodniu.*
– *Napisz „0" (zero), jeśli nie było żadnych przypadków ani zgonów w tygodniu związanych z jakąkolwiek chorobą wymienioną w formularzu.*
– *Zgony należy odnotować tylko w części dotyczącej śmiertelności, NIE w części dotyczącej zachorowalności.*
– *Definicje przypadków do każdej choroby podlegającej nadzorowi należy umieszczać na odwrocie tego formularza.*
– *Przypadki zachorowalności można dodać lub odjąć zgodnie z epidemiologią i oceną ryzyka dla chorób.*
– *Celem nadzoru WOAR jest wczesne wykrywanie zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego, które wymagają natychmiastowej reakcji.*
– *Dane na temat takich stanów jak niedożywienie należy pozyskiwać przy użyciu badań (występowanie), a nie poprzez nadzór (częstotliwość).*

B. OSTRZEŻENIE O OGNISKU CHOROBY

W każdej chwili, kiedy podejrzewasz jedną z następujących chorób, wyślij SMS lub zadzwoń pod numer ..... lub wyślij maila do ..... z jak największą ilością informacji na temat czasu, miejsca oraz liczby przypadków i zgonów: cholera, szigeloza, odra, polio, tyfus, tężec, żółtaczka typu A lub E, denga, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, błonica, koklusz, gorączka krwotoczna, obrażenia i zatrucie chemiczne. Lista chorób będzie się różnić w zależności od epidemiologii choroby i kraju.

2.4 Przykładowy rutynowy system zarządzania informacją zdrowotną (SZIZ) formularz raportu z nadzoru

Obiekt: .....
Data od poniedziałku: ..... do niedzieli: .....
Stan liczebny populacji na początku tego tygodnia/miesiąca: .....
Liczba urodzeń w tym tygodniu/miesiącu: .....
Liczba zgonów w tym tygodniu/miesiącu: .....
Przyjazdy w tym tygodniu/miesiącu (jeśli dotyczy): .....
Wyjazdy w tym tygodniu/miesiącu: .....
Stan liczebny populacji na koniec tygodnia/miesiąca: .....
Liczba dzieci poniżej 5 roku życia: .....

Zachorowalność	Poniżej 5 roku życia (nowe przypadki)		5 lat i starsze (nowe przypadki)		Łącznie		Powtórne przypadki	
Diagnoza	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Nowe przypadki	Łącznie
Ostra choroba układu oddechowego								
Ostra wodnista biegunka								
Ostra krwista biegunka								
Malaria – podejrzewana/ potwierdzona								
Odra								
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – podejrzewane								
Ostra wirusowa gorączka krwotoczna								
Ostra żółtaczka								
Ostre porażenie wiotkie								

Zachorowalność	Poniżej 5 roku życia (nowe przypadki)		5 lat i starsze (nowe przypadki)		Łącznie		Powtórne przypadki	
Diagnoza	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Nowe przypadki	Łącznie
Tężec								
Inna gorączka >38,5°C								
HIV/AIDS								
Choroby oczu								
Choroby skóry								
Ostre niedożywienie								
Choroba przenoszona drogą płciową								
Owrzodzenie narządów płciowych								
Wydzielina z cewki moczowej u mężczyzn								
Wydzielina z pochwy								
Zapalenie narządów miednicy								
Zapalenie spojówek u noworodków								
Kiła wrodzona								
Choroby niezakaźne								
Nadciśnienie								
Choroba niedokrwienna serca								
Cukrzyca								
Astma								
Przewlekła obturacyjna choroba płuc								
Padaczka								
Inna przewlekła choroba niezakaźna								
Zdrowie psychiczne								
Zaburzenie psychiczne w wyniku nadużywania alkoholu lub innej substancji								
Niepełnosprawność intelektualna i zaburzenia rozwoju								

Zachorowalność	Poniżej 5 roku życia (nowe przypadki)		5 lat i starsze (nowe przypadki)		Łącznie		Powtórne przypadki	
Diagnoza	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Mężczyzna	Kobieta	Łącznie	Nowe przypadki	Łącznie
Zaburzenie psychotyczne (łącznie z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym)								
Demencja lub delirium								
Umiarkowanie ciężkie zaburzenie emocjonalne/ depresja								
Objawy somatyczne niewyjaśnione z medycznego punktu widzenia								
Samookaleczenie (łącznie z próbą samobójczą)								
Inne objawy psychologiczne								
Obrażenia								
Poważny uraz głowy/ kręgosłupa								
Poważny uraz tułowia								
Poważny uraz kończyny								
Obrażenia umiarkowane								
Obrażenia drobne								
Łącznie								

Wiek można rozbić na dalsze podkategorie, jeśli to wykonalne, na przykład 0-11 miesięcy, 1-4 lata, 5-14 lat, 15-49 lat, 50-59 lat, >60 lat

Załącznik 3
Wzory na obliczenie kluczowych wskaźników zdrowia

Surowy współczynnik śmiertelności (CMR)

Definicja: Współczynnik zgonów w całej populacji, z uwzględnieniem kobiet i mężczyzn oraz wszystkich grup wiekowych.

Wzór:

$$\frac{\text{Całkowita liczba zgonów w danym okresie czasu}}{\text{Średniookresowa populacja zagrożona x Liczba dni w danym okresie czasu}} \times 10\text{ tys. osób} = \text{Zgonów / 10 tys. osób / dziennie}$$

Współczynniki śmiertelności u dzieci poniżej 5 roku życia (U5MR)

Definicja: Współczynnik zgonów wśród dzieci poniżej piątego roku życia w populacji.

Wzór:

$$\frac{\text{Całkowita liczba zgonów wśród dzieci <5 w danym okresie czasu}}{\text{Całkowita liczba zgonów wśród dzieci <5 x Liczba dni w danym okresie czasu}} \times 10\text{ tys. osób} = \text{Zgony / 10 tys. dzieci poniżej 5 roku życia / dzień}$$

Współczynnik zapadalności

Definicja: Liczba nowych przypadków choroby, które występują w określonym przedziale czasu wśród populacji narażonej na wystąpienie choroby.

Wzór:

$$\frac{\text{Liczba nowych przypadków w wyniku określonej choroby w danym okresie czasu}}{\text{Populacja narażona na wystąpienie choroby x Liczba miesięcy w danym okresie czasu}} \times 1000\text{ osób} = \text{Nowe przypadki w wyniku określonej choroby / 1000 osób/ miesiąc}$$

Wskaźnik przypadków śmiertelnych (WPŚ)

Definicja: Liczba osób, które umierają w wyniku choroby podzielona przez liczbę osób, u których ta choroba występuje.

Wzór:

$$\frac{\text{Liczba osób umierających w wyniku choroby w danym okresie czasu}}{\text{Osoby, u których występuje choroba w danym okresie czasu}} \times 100 = x\%$$

Wskaźnik korzystania z placówki zdrowia

Definicja: Liczba wizyt ambulatoryjnych na osobę w ciągu roku. W miarę możliwości oddziel nowe wizyty od starszych. Do obliczenia tego wskaźnika używa się **nowych** wizyt. Jednakże często trudno jest rozróżnić nowe i starsze wizyty, dlatego często są one włączane do całkowitej liczby wizyt w trakcie kryzysu.

Wzór:

$$\frac{\text{Całkowita liczba wizyt w jednym tygodniu}}{\text{Stan liczebny populacji}} \times 52 \text{ tygodnie} = \text{Wizyty / osoba / rocznie}$$

Liczba konsultacji na lekarza dziennie

Definicja: Przeciętna liczba wszystkich konsultacji (nowych i powtarzających się przypadków) przeprowadzanych przez każdego lekarza dziennie.

Wzór:

$$\frac{\text{Całkowita liczba konsultacji w jednym tygodniu}}{\text{Liczba pełnych etatów* lekarzy w placówce zdrowia}} \div \text{Liczba dni w tygodniu, kiedy placówka zdrowia jest otwarta}$$

**Pełne etaty odnoszą się do równoważnej liczby lekarzy pracujących w placówce zdrowia.*
Jeśli np. w przychodni pracuje sześciu lekarzy, z czego dwóch pracuje na na pół etatu, wtedy liczba pełnoetatowych lekarzy = 4 zatrudnionych na cały etat + 2 zatrudnionych na pół etatu = 5 pełnoetatowych lekarzy.

Załącznik 4
Zatrucia

Zatrucia mogą występować w sytuacji, gdy ludzie są narażeni na kontakt z trującymi substancjami chemicznymi przez usta, nos, skórę, oczy lub uszy bądź przez spożycie. Dzieci są narażone na wyższe ryzyko, ponieważ szybciej oddychają, mają dużą powierzchnię ciała w stosunku do masy, mają bardziej przepuszczalną skórę i są bliżej ziemi. Narażenie na substancje toksyczne może mieć wpływ na rozwój dziecka, łącznie z opóźnieniem rozwoju oraz zaburzeniami odżywiania i może prowadzić do choroby lub śmierci.

Wstępne postępowanie
Kiedy pacjent zgłasza się do placówki opieki zdrowotnej, gdy wiadomo, że był narażony lub ma objawy narażenia na substancje chemiczne:

- podejmij środki ostrożności wobec personelu opieki zdrowotnej, w tym m.in. stosowanie odpowiednich środków ochrony osobistej (ŚOO)
- przeprowadź procedurę triażu pacjentów;
- wykonaj procedury ratujące życie;
- przeprowadź odkażanie (np. zdejmij ubrania pacjenta lub obmyj narażone obszary wodą z mydłem), najlepiej na zewnątrz placówki opieki zdrowotnej, aby uniknąć dalszego narażenia;
- przestrzegaj protokołów dalszego leczenia, z uwzględnieniem leczenia podtrzymującego.

Protokoły leczenia
Protokoły leczenia mogą się różnić w zależności od państwa. Ogólnie rzecz biorąc, niezbędne jest podanie odtrutki i zapewnienie leczenia podtrzymującego (np. oddychanie).

Poniższa tabela przedstawia objawy narażenia na substancje chemiczne i powszechnie podawane odtrutki.

Objawy narażenia na trujące substancje chemiczne i możliwe leczenie

Kategoria trującej substancji chemicznej	Powszechne cechy narażenia	Odtrutka (wytyczne krajowe będą różne)
Środki paralityczno-drgawkowe typu sarin, tabun lub VX	Bardzo wąskie źrenice; nieostre widzenie; bóle głowy; obfite wydzieliny; ucisk w klatce piersiowej i trudności z oddychaniem; nudności; wymioty; biegunka; drganie mięśni; napady drgawkowe; utrata przytomności.	Atropina Oksymy (pralidoksym, obidoksym) Benzodiazepiny (na ataki drgawkowe)

Kategoria trującej substancji chemicznej	Powszechne cechy narażenia	Odtrutka (wytyczne krajowe będą różne)
Środki parzące takie jak gaz musztardowy	Łzawienie; podrażnienie oka; zapalenie spojówek; uszkodzenie rogówki; zaczerwienienie i bolesne pęcherze skórne; zaburzenia oddechowe.	Leczenie podtrzymujące +/- tiosiarczan sodu Na przykład przepłukiwanie oczu, antybiotyk stosowany miejscowo, mycie skóry, leki rozszerzające oskrzela. W ciężkich przypadkach stosuj tiosiarczan sodu.
Cyjanek	Łapanie powietrza; asfiksja; ataki drgawkowe; dezorientacja; nudności.	Azotyn amylu (pierwsza pomoc) Tiosiarczan sodu i azotyn sodu lub razem z 4 DMAP *lub* Hydroksokobalamina *lub* Wersenian dikobaltu
Środki obezwładniające takie jak BZ	Suche usta i skóra; tachykardia; odmienny stan świadomości; urojenia; halucynacje; hipertermia; zaburzenia koordynacji; rozszerzone źrenice.	fizostygmina
Gaz łzawiący i środki służące do tłumienia zamieszek.	Pieczenie i palenie błon śluzowych; łzawienie; ślinotok; katar; ucisk w klatce piersiowej; ból głowy; nudności.	Głównie leczenie podtrzymujące
Chlor	Zaczerwienie oczu i łzawienie; podrażnienie nosa oraz gardła; kaszel; uczucie duszenia lub zakrztuszenia; duszności; świszczący oddech; chrypka; odma płucna.	N-acetylocysteina (NAC)
Tal (trutka na szczury)	Ból jamy brzusznej; nudności; wymioty; biegunka; zaparcia; ataki drgawek; majaczenie; depresja; utrata włosów na głowie i ciele; bolesna neuropatia obwodowa; odsiebne osłabienie ruchowe; ataksja; niedobory neurokognitywne.	Błękit pruski
Ołów	Anoreksja; wymioty; zaparcia; ból jamy brzusznej; bladość; nieuwaga; słabość; porażenia obwodowe.	Chelatacja
Fosforany organiczne (m.in. niektóre środki owadobójcze i gaz paralityczno-drgawkowy)	Ślinotok; łzawienie; oddawanie moczu; oddawanie stolca; skurcze jelit; wymioty.	Atropina Oksymy (pralidoksym, obidoksym)

Zmodyfikowano na podstawie wytycznych WHO: Zdrowie Środowiskowe w Sytuacjach Kryzysowych.

Źródła i materiały dodatkowe

Zdrowie i prawa człowieka

The Right to Health: [Fact Sheet No.31. Prawo do opieki zdrowotnej: Arkusz informacyjny nr 31]. OHCHR i WHO, 2008. http://www.ohchr.org

Koordynacja cywilno-wojskowa

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action [Koordynacja Cywilno-Wojskowa Podczas Działań Humanitarnych w Zakresie Zdrowia]. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military [Koordynacja Cywilno-Wojskowa Działań Humanitarnych: Przewodnik dla Wojska]. UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

Ochrona i międzynarodowe prawo humanitarne

Ambulance and pre-hospital services in risk situations [Pogotowie ratunkowe i przedszpitalna opieka w sytuacjach zagrożenia]. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies [Wspólne zasady etyczne opieki zdrowotnej w czasach konfliktów zbrojnych i innych sytuacji kryzysowych]. ICRC, Geneva, 2015. https://www.icrc.org

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies [Zapewnienie gotowości i bezpieczeństwa placówek opieki zdrowotnej w konfliktach zbrojnych i innych sytuacjach kryzysowych]. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health [Wytyczne w Zakresie Zarządzania Ryzykiem Związanym z Niepełnosprawnością i Sytuacjami Kryzysowymi Dotyczącymi Zdrowia]. Światowa Organizacja Zdrowia, 2013. http://www.who.int

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies [Obowiązki pracowników opieki zdrowotnej pracujących w konfliktach zbrojnych i innych sytuacjach kryzysowych]. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection [Standardy Minimalne Ochrony Dzieci w Ramach Działań Humanitarnych: Standard 24: Schronienie i Ochrona Dzieci]. Child Protection Working Group (obecnie Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, [Sojusz na rzecz Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych] 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict [Mechanizm Monitorowania i Raportowania (MMR) w Przypadku Poważnych Naruszeń Dotyczących Dzieci w sytuacji Konfliktu Zbrojnego]. ONZ i UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

Koordynacja

Health Cluster Guide [Przewodnik Health Cluster]. Global Health Cluster, 2009. http://www.who.int

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level [Moduł Referencyjny do Koordynacji Klastrów na Szczeblu Krajowym]. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Zdrowie w sytuacjach kryzysowych

Blanchet, K. i in. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises. [Dowody w zakresie interwencji zdrowotnych w kryzysach humanitarnych].* The Lancet, 2017: http://www.thelancet.com

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters [Klasyfikacja i Standardy Minimalne dla zagranicznych zespołów medycznych w katastrofach nagłych]. WHO, 2013. http://www.who.int

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas [Zapewnienie dostępu do wytycznych operacyjnych dla opieki zdrowotnej na temat ochrony i rozwiązań dla uchodźców w obszarach miejskich]. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies [Przewodnik: Zdrowie Publiczne w Sytuacjach Kryzysowych]. The Johns Hopkins i Czerwony Krzyż i Czerwony Półksiężyc, 2008. http://pdf.usaid.gov

Refugee Health: An approach to emergency situations [Zdrowie uchodźców: podejście do sytuacji kryzysowych]. Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel i in. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks [Potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej dla osób dotkniętych przez konflikt: przyszłe tendencje i zmieniające się założenia].* The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

Wytyczne kliniczne

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual [Wytyczne Kliniczne - Podręcznik do Diagnozy i Leczenia]. MSF, 2016. http://refbooks.msf.org

Systemy opieki zdrowotnej

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual [Analiza Zakłóceń w Sektorach Opieki Zdrowotnej. Podręcznik Modularny]. WHO, 2009. http://www.who.int

Elston i in. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone [Wpływ ogniska Eboli na systemy opieki zdrowotnej i zdrowie ludności w Sierra Leone].* Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes [Wspólny Interes. Wzmocnienie Systemów Opieki Zdrowotnej w Celu Poprawy Wyników Zdrowia]. WHO, 2007. http://www.who.int

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. [Podejście do Oceny Systemu Opieki Zdrowotnej: Podręcznik Działania 2.0]. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia i in. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. [Wpływ Reagowania na Ognisko Eboli w latach 2014-2015 na Przypadki Śmiertelne Wynikające z Malarii, HIV/AIDS i Gruźlicy w Afryce Zachodniej]. Emerging Infection Diseases [Występujące Choroby Zakaźne], tom 22.* CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience [Narzędzia Odbudowy: Wspieranie Państw Celem Uzyskania Odporności Usług Zdrowotnych]. WHO, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants [Narzędzia oceny zdolności systemu opieki zdrowotnej do zarządzania dużym napływem uchodźców, osób poszukujących azylu oraz migrantów]. WHO/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

Bezpieczeństwo

Comprehensive Safe Hospital Framework [Kompleksowe Założenia Ramowe dla Bezpiecznych Szpitali]. WHO, 2015. http://www.who.int

Patient Safety: Making Health Safer [Bezpieczeństwo Pacjenta: Zwiększenie Bezpieczeństwa Zdrowia]. WHO, 2017. http://www.who.int

Zapobieganie i kontrola infekcji

Essential environmental health standards in health care [Niezbędne standardy zdrowia środowiskowego w opiece zdrowotnej]. WHO, 2008. http://www.who.int

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures [Zasadnicze Wymogi w Zakresie Wody i Warunków Sanitarnych dla Struktur Służby Zdrowia]. MSF, 2009. http://oops.msf.org

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Wytyczne na Temat Środków Ostrożności w Zakresie Izolacji: Zapobieganie Przenoszeniu Czynników Zakaźnych w Placówkach Opieki Zdrowotnej]. CDC, 2007 aktualizacja w 2017. https://www.cdc.gov

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings [Wytyczne na temat selekcji i stosowania Środków Ochrony Osobistej (ŚOO) w placówkach opieki zdrowotnej]. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies [Wytyczne na Temat Bezpiecznej Utylizacji Produktów Farmaceutycznych w Trakcie Sytuacji Kryzysowych oraz w ich Następstwie]. WHO, 1999. http://apps.who.int

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level [Wskazówki na Temat Głównych Elementów Programów Profilaktyki i Zwalczania Infekcji na Poziomie Państwa i Placówek Długoterminowej Opieki Zdrowotnej]. WHO, 2016. http://www.who.int

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders [Zarządzanie Ciałami Zmarłych w Następstwie Katastrof: Przewodnik Polowy dla Podmiotów Niosących Pierwszą Pomoc], wydanie drugie. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities [Bezpieczne gospodarowanie odpadami w ramach działań opieki zdrowotnej], wydanie drugie. WHO, 2014. http://www.who.int

Personel opieki zdrowotnej

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards [Klasyfikacja pracowników opieki zdrowotnej: nanoszenie zawodów na normy międzynarodowe]. WHO. http://www.who.int

Global strategy on human resources for health [Globalna strategia w zakresie kadr opieki zdrowotnej]. Workforce 2030. WHO, 2016. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry [Kadry do systemu informacji zdrowotnej, minimalny zestaw danych do rejestracji personelu opieki zdrowotnej]. WHO, 2015. *http://www.who.int*

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. [Zapotrzebowanie na personel opieki zdrowotnej w kontekście powszechnego zasięgu opieki zdrowotnej i celów zrównoważonego rozwoju]. WHO, 2016. http://www.who.int

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables [Międzynarodowa standardowa klasyfikacja zawodów: struktura, definicje grup i tabela korelacji]. ILO, 2012. http://www.ilo.org

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual [Wskaźniki obciążenia pracą w kontekście zapotrzebowania na personel, podręcznik użytkownika]. WHO, 2010. http://www.who.int

Working together for health. World Health Report 2006 [Wspólne działania na rzecz zdrowia. Światowy Raport Zdrowia 2006]. WHO 2006. http://www.who.int

Leki

Emergency Reproductive Health Kit [Narzędzia dla Zdrowia Reprodukcyjnego w Nagłych Przypadkach]. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Guidelines of Medicine Donations [Wytyczne w Sprawie Darowizn Leków]. WHO, 2010. http://www.who.int

Interagency Emergency Health Kit [Międzyagencyjne Narzędzia Opieki Zdrowotnej w Nagłych Przypadkach]. WHO, 2015. http://www.who.int

Model Formulary for children [Wzorcowy Receptariusz dla Dzieci]. WHO, 2010. http://apps.who.int

Model List of Essential Medicines 20th List [Wzorcowy Wykaz Podstawowych Leków – Lista nr 20]. WHO, 2017. http://www.who.int

Non-Communicable Diseases Kit [Zestaw do Leczenia Chorób Niezakaźnych]. WHO, 2016. http://www.who.int

Revised Cholera Kits [Zaktualizowane Zestawy do Leczenia Cholery]. WHO, 2015. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months [Międzyagencyjne Narzędzia Opieki Zdrowotnej w Nagłych Przypadkach w 2017: Leki i Urządzenia Medyczne dla 10 tys. Osób na Okres Około Trzech Miesięcy]. WHO. 2017.

Urządzenia medyczne włączając urządzenia pomocnicze

Core Medical Equipment [Podstawowy Sprzęt Medyczny]. WHO, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices [Wycofanie z Użytkowania Sprzętu i Urządzeń Medycznych]. WHO http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices [Globalny Atlas Urządzeń Medycznych]. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings [Wytyczne dotyczące zapewnienia Ręcznych Wózków inwalidzkich]. Światowa Organizacja Zdrowia, 2008. http://www.who.int

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview [Seria techniczna urządzeń medycznych: przepisy w sprawie urządzeń medycznych, urządzenia medyczne według placówek opieki zdrowotnej, ocena zapotrzebowania na urządzenia medyczne, przewodnik do procedury zakupów, darowizny urządzeń medycznych, ogólny zarys programu konserwacji sprzętu medycznego]. WHO, 2011. http://www.who.int

Priority Assistive Products List [Wykaz Priorytetowych Produktów Pomocniczych]. The GATE Initiative, WHO i USAID, 2016. http://www.who.int

Leki kontrolowane

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note [Dostęp do Programu Leków Kontrolowanych, Notatka Informacyjna WHO]. WHO, 2012. http://www.who.int

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes [Dostępność Leków Podlegających Międzynarodowej Kontroli: Zapewnienie Odpowiedniego Dostępu do Celów Medycznych i Naukowych]. International Narcotics Control Board i WHO, 2010. http://www.incb.org

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report [Dostępność środków odurzających i substancji psychotropowych w sytuacjach kryzysowych, raport INCD] strony 36-37. International Narcotics Control Board [Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających], 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines [Zapewnienie Równowagi w Krajowych Przepisach Dotyczących Substancji Kontrolowanych. Wytyczne w sprawie dyspozycyjności i dostępności leków kontrolowanych]. WHO, 2011. http://www.who.int

Produkty krwiopochodne

Blood safety and availability [Bezpieczeństwo i dostępność krwi]. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3 [Wytyczne w zakresie zarządzania krwią i składnikami krwi będącymi lekami podstawowymi, Aneks 3]. WHO, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion [Powszechny Dostęp do Bezpiecznej Transfuzji Krwi]. WHO, 2008. http://www.who.int

Finansowanie opieki zdrowotnej

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings: A Review [Interwencje Pieniężne w Programach WASH w Ośrodkach dla Uchodźców: Przegląd]. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Gotówka na zdrowie: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan [Kluczowe Wnioski z pomocy gotówkowej dla działań interwencji zdrowotnej w Jordanii]. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels [Nadzorowanie postępu w dążeniu do objęcia powszechną opieką zdrowotną na poziomie państwa i w skali globalnej]. WHO, 2014. http://apps.who.int

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises [Odstąpienie od opłat dla usługobiorców podstawowej opieki zdrowotnej w kryzysach humanitarnych]. Global Health Cluster i WHO, 2011. http://www.who.int

Informacje dotyczące zdrowia

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response [Wytyczne IASC: Wspólne Operacyjne Zbiory Danych w Ramach Przygotowania i Reagowania na Katastrofy]. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators [Globalna Lista Referencyjna 100 Głównych Wskaźników Zdrowia]. WHO, 2015. http://www.who.int

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms [Standardy Usług Informacji Zdrowia Publicznego w Powołanych Klastrach Opieki Zdrowotnej i Inne Humanitarne Mechanizmy Koordynacji Opieki Zdrowotnej]. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Oceny potrzeb zdrowotnych i priorytetyzacja usług opieki zdrowotnej

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises \ [Narzędzia Oceny: Praktyczne kroki w ramach oceny kryzysów związanych ze zdrowiem i kryzysów humanitarnych]. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country [Globalne Repozytorium Danych z Obserwacji Zdrowia: Surowy współczynnik urodzeń i zgonów według kraju]. Światowa Organizacja Zdrowia, 2017. http://apps.who.int

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events [Szybkie Oceny Ryzyka na Wypadek Ostrych Zdarzeń Związanych ze Zdrowiem Publicznym]. WHO, 2012. http://www.who.int

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey [Badanie Oceny Dostępności i Gotowości Usług]. WHO/USAID, 2015. http://www.who.int

Profilaktyka w zakresie chorób zakaźnych

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit [Zintegrowane Zwalczanie Wektorów w Narzędziach do Humanitarnych Sytuacji Kryzysowych]. MENTOR Initiative i WHO, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making [Szczepienia w Ostrych Kryzysach Humanitarnych: Założenia Ramowe do Podejmowania Decyzji]. WHO, 2017. http://www.who.int

Choroby zakaźne (poszczególne choroby)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control [Denga: Wytyczne w Zakresie Diagnozy, Leczenia, Zapobiegania i Zwalczania]. Nowe Wydanie. WHO, 2009. http://www.who.int

Guidelines for the control for shigellosis [Wytyczne w zakresie zwalczania szigelozy]. WHO, 2005. http://www.who.int

Interim Guidance Document on Cholera surveillance [Tymczasowe Wytyczne w Sprawie Nadzoru nad Cholerą]. Global Task Force on Cholera Control [Globalna Grupa Zadaniowa ds. Cholery] i WHO, 2017. http://www.who.int

Liddle, K i in. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia [Leczenie Gruźlicy w Przewlekłych i Złożonych Nagłych Przypadkach: Wyniki Leczenia i Doświadczenia z Somalii].* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013.

www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa [Walka z Epidemiami Zapalenia Opon Mózgowo-Rdzeniowych w Afryce]. WHO, 2015. http://apps.who.int

Management of a Cholera Epidemic [Walka z Epidemią Cholery]. MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa [Reagowanie na Ogniska Zapalenia Opon Mózgowo-Rdzeniowych w Afryce Subsaharyjskiej]. WHO, 2014. http://www.who.int

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits [Założenia Przygotowania na Pandemię Grypy w zakresie udostępnienia wirusów grypy i dostępu do szczepień oraz innych korzyści]. WHO, 2011. http://apps.who.int

Wykrywanie ognisk choroby i wczesne reagowanie

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance [Wczesne wykrywanie, ocena i reagowanie na ostre zdarzenia związane ze zdrowiem publicznym, wdrożenie wczesnego ostrzegania i reagowania z naciskiem na nadzór zależny od zdarzeń]. WHO, 2014. http://www.who.int

„Wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie (WOAR): kluczowy obszar przygotowania państw na Sytuacje Zagrożenia Zdrowia. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record [Tygodniowy Rejestr Epidemiologiczny]. WHO. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies [Wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie (WOAR) – kluczowy obszar przygotowania państw na sytuacje zagrożenia zdrowia]. WHO, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record [Tygodniowy Rejestr Epidemiologiczny]. WHO. http://www.who.int

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation[Nadzór nad Ogniskiem Choroby i Reagowanie w Kryzysach Humanitarnych, Wytyczne WHO w zakresiewdrożeniaEWARN]. WHO, 2012. http://www.who.int

Gotowość i reagowanie na ogniska chorób

Communicable disease control in emergencies, A field Manual [Zwalczanie chorób zakaźnych w sytuacjach kryzysowych – podręcznik polowy]. WHO, 2005. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers [Przygotowanie i Reagowanie na Epidemie w Obozach dla Uchodźców, Wytyczne dla urzędników publicznej służby zdrowia]. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Outbreak Communication Planning Guideline [Wytyczne w Zakresie Planowania Komunikacji na Temat Ognisk Chorób]. WHO, 2008. http://www.who.int

Zdrowie dzieci i noworodków

IMCI Chart Booklet [Broszura Dotycząca Wykresu IMCI]. WHO, 2014. http://www.who.int

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan [Zintegrowane Zarządzanie Przypadkami w Społeczności w Ostrych i Długotrwałych Sytuacjach Kryzysowych: studium przypadku z Sudanu Południowego]. IRC and UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version [Zdrowie Noworodków w Placówkach Humanitarnych – Przewodnik Polowy, Wersja Tymczasowa]. IAWG RH in Crises [IAWG RH w Kryzysach] 2016. http://iawg.net

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs [Zarys Ogólny i Najnowsze Wytyczne w Sprawie ZZPS: Potencjalne Korzyści dla Programów w Zakresie Malarii]. UNICEF i WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record [Szczepionki na polio: Tygodniowy rejestr epidemiologiczny zgodnie ze stanowiskiem WHO]. WHO, 2016. http://www.who.int

Updates on HIV and infant feeding \ [Aktualizacje w sprawie HIV i karmienia niemowląt]. UNICEF, WHO, 2016. http://www.who.int

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. [Narzędzia Ochrony Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego Nastolatków dla Placówek Humanitarnych]. UNFPA i Save the Children, 2009. http://iawg.net

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition [Międzyagencyjne Zestawy Ochrony Zdrowia Reprodukcyjnego w Sytuacjach Kryzysowych, Wydanie Piąte]. UNFPA/IAWG, 2011. http://iawg.net

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. [Międzyagencyjny Podręcznik Polowy na Temat Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego w Placówkach Humanitarnych]. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO [IWAG na Temat Zdrowia Reprodukcyjnego w Kryzysach i WHO] 2018. http://www.who.int

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use [Koło kryteriów kwalifikowalności medycznej do stosowania środków antykoncepcyjnych]. WHO, 2015. http://who.int

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module [Minimalny Wstępny Pakiet Usług do Ochrony Zdrowia Reprodukcyjnego w Sytuacjach Kryzysowych: moduł szkolenia na odległość]. IWAG i Women's Refugee Commission. 2011. http://iawg.net

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition [Wybrane zalecenia praktyczne na temat stosowania środków antykoncepcyjnych, Wydanie trzecie]. WHO, 2016. http://www.who.int

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems [Bezpieczna aborcja: wytyczne techniczne i proceduralne dla systemów opieki zdrowotnej]. WHO, 2015. http://www.who.int

Przemoc seksualna i postępowanie kliniczne w przypadku gwałtu

Clinical Care for Sexual Assault Survivors [Opieka Kliniczna dla Ofiar Napaści na Tle Seksualnym]. International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings [Wytyczne w zakresie opieki dla dzieci będących ofiarami przemocy seksualnej dla dostawców świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia psychospołecznego w placówkach humanitarnych]. IRC i UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition [Postępowanie Kliniczne w Przypadku Ofiar Gwałtu: opracowanie protokołów postępowania z uchodźcami i osobami wewnętrznie wysiedlonymi], Wersja Uaktualniona, s. 44-47. WHO, Fundusz Ludnościowy ONZ i UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning [Postępowanie Kliniczne w Przypadku Ofiar Gwałtu: E-learning]. WHO 2009. http://apps.who.int

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery [Wytyczne w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Związanych z Przemocą Uwarunkowaną Płcią, Ograniczenie Ryzyka, promowanie odporności i wspomaganie powrotu do normalności]. Inter-Agency Standing Committee, 2015. https://gbvguidelines.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence [Wytyczne w Zakresie Opieki Medyczno-Prawnej dla Ofiar Przemocy Seksualnej]. WHO, 2003. http://www.who.int

HIV

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition [Skonsolidowane Wytyczne w Sprawie Stosowania Terapii Antyretrowirusowej w Leczeniu i Profilaktyce Zarażeń Wirusem HIV: Rekomendacje dotyczące podejścia zdrowia publicznego - Wydanie drugie]. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings [Wytyczne w Sprawie Postępowania z HIV w Placówkach Humanitarnych]. UNAIDS i IASC, 2010. http://www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa \ [Wytyczne w sprawie zapewnienia terapii antyretrowirusowej migrantom i ludności dotkniętej kryzysem w Afryce Subsaharyskiej]. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections [Wytyczne w sprawie leczenia chorób przenoszonych drogą płciową]. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children [Wytyczne w sprawie profilaktyki po narażeniu na HIV oraz stosowania Kotrimoksazolu w profilaktyce infekcji związanych z HIV wśród dorosłych, nastolatków i dzieci]. WHO, 2014. http://www.who.int

HIV prevention in emergencies [Zapobieganie HIV w sytuacjach kryzysowych]. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide [Zapobieganie Przenoszeniu z Matki na Dziecko w Placówkach Humanitarnych, Międzyagencyjny Zespół Zadaniowy ds. HIV w Nagłych Sytuacjach Humanitarnych, Część II: Wskazówki Dotyczące Wdrażania]. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders [Polityka WHO w sprawie wspólnych działań dotyczących gruźlicy/ HIV; Wytyczne dla programów krajowych i pozostałych interesariuszy]. WHO, 2012. http://www.who.int

Leczenie obrażeń i urazów

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC [Wytyczne American Heart Association Guidelines w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz opieki kardiologicznej i naczyniowej w nagłych przypadkach]. American Heart Association, 2015 i 2017. https://eccguidelines.heart.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder [Podręcznik Anestezjologii, Aneks 3: ICRC: Leczenie Bólu. Odwrócona drabina analgetyczna WHO do leczenia bólu]. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries [Ochrona Dzieci w Działań Humanitarnych Podsumowanie: Zagrożenia i obrażenia]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation [Klasyfikacja i Standardy Minimalne dla Zagranicznych Zespołów Medycznych w Nagłych Ogniskach Chorób; Standardy Techniczne i Zalecenia w Zakresie Rehabilitacji]. WHO, 2016. http://apps.who.int

Disasters [Katastrofy]. WHO, 2013. http://www.who.int

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid [Opieka Środowiskowa i Pierwsza Pomoc Zgodnie z Założeniami eCBHFA]. ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams [MZR: minimalny zbiór danych do raportowania przez medyczne zespoły ratunkowe]. WHO, 2016. https://extranet.who.int

Guidelines for trauma quality improvement programmes [Wytyczne do programów poprawy jakości w zakresie urazów]. Światowa Organizacja Zdrowia, 2009. http://apps.who.int

International First Aid and Resuscitation Guidelines [Międzynarodowe Wytyczne w Zakresie Pierwszej Pomocy i Resuscytacji]. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Międzyagencyjna inicjatywa obejmująca zestaw zintegrowanych narzędzi triażu rutynowego, triażu nagłego i przedszpitalnego zapewniających płynne przejście między warunkami rutynowymi a nagłymi]. WHO and ICRC. http://www.who.int

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel [Zalecane Kompetencje Podstawowe Personelu Szpitalnego w Sytuacji Katastrofy]. California Department of Public Health [Departament ds. Zdrowia Publicznego Kalifornii], 2011. http://cdphready.org

Technical Meeting for Global Consensus on Triage [Spotkanie Techniczne w Sprawie Globalnego Konsensusu Dotyczącego Triażu]. WHO and ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation [Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji w sprawie resuscytacji]. Europejska Rada Resuscytacji, 2015. https://cprguidelines.eu

The WHO Trauma Care Checklist [Lista kontrolna WHO w sprawie leczenia obrażeń]. WHO, 2016. http://www.who.int

von Schreeb, J i in. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan [Zagraniczne szpitale polowe w niedawnych nagłych katastrofach w Iranie, Haiti, Indonezji i Pakistanie].* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence [Chirurgia podczas wojny; praca z ograniczonymi zasobami w konfliktach zbrojnych i innych sytuacjach związanych z przemocą]. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, 2010. https://www.icrc.org

Zdrowie psychiczne

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Podejście wyczulone na wiarę w działaniach humanitarnych: wytyczne do programów zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Powszechne założenia kontroli i oceny w zakresie zdrowia psychicznego oraz wsparcia psychospołecznego w sytuacjach nadzwyczajnych]. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings [Ocena potrzeb i zasobów w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego: zestaw narzędzi dla placówek humanitarnych]. WHO i UNHCR, 2012. http://www.who.int

Building back better: sustainable mental health care after emergencies [Wzmocnienie odbudowy: trwała ochrona zdrowia psychicznego po sytuacjach kryzysowych]. WHO, 2013. http://www.who.int

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Przeprowadzanie samopomocy środowiskowej i wsparcia społecznego (karta działania 5.2) w wytycznych w zakresie Zdrowia Psychicznego oraz Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych]. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression [Grupowa terapia interpersonalna w ramach leczenia depresji]. WHO, 2016. http://www.who.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Międzyagencyjny formularz referencyjny oraz wytyczne w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach nadzwyczajnych]. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings [Przewodnik mhGAP do Interwencji Humanitarnej: Postępowanie Kliniczne w Przypadku Chorób Psychicznych, Neurologicznych i Nadużywania Substancji w Placówkach Humanitarnych]. WHO i UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity [Zarządzanie Problemami Plus (ZP+): Indywidualna pomoc psychologiczna dla osób dorosłych osłabionych cierpieniem w społecznościach narażonych na przeciwności]. WHO, 2016. http://www.who.int

Psychological First Aid: Guide for Field Workers [Pierwsza Pomoc Psychologiczna: Przewodnik dla Pracowników Terenowych]. WHO, War Trauma Foundation i World Vision International, 2011. http://www.who.int

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners [Psychologiczna Pierwsza Pomoc: Podręcznik Szkoleniowy dla Specjalistów Pracujących z Dziećmi]. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know [Grupa ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych w Ramach Ochrony Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Humanitarnych Sytuacjach Kryzysowych: Co Powinny Wiedzieć Podmioty Humanitarne Świadczące Opiekę Zdrowotną]. IASC, 2010. http://www.who.int

Choroby niezakaźne

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011 [Zarządzanie Zagrożeniami Zdrowia Związanymi z Klęskami Żywiołowymi: Karta Informacyjna na Temat Chorób Niezakaźnych 2011]. WHO, 2011. http://www.who.int

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises [Trzy Kroki w Celu Poprawy Zwalczania Chorób Niezakaźnych w Kryzysach Humanitarnych].* PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano i in. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Śmiertelność w skali globalnej i regionalnej na podstawie 235 przypadków śmiertelnych wśród 20 grup wiekowych w roku 1990 i 2010: systemowa analiza dla badania Globalnego Obciążenia Chorobami w 2010].* The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

NCD Global Monitoring Framework [Globalne Założenia Kontroli Chorób Niezakaźnych]. WHO, 2013. http://www.who.int

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs [Choroby Niezakaźne w Sytuacjach Kryzysowych – Międzyagencyjny Zespół Zadaniowy ONZ do Spraw Chorób Niezakaźnych]. WHO, 2016. http://www.who.int

Slama, S i in. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies [Leczenie Chorób Niezakaźnych w Sytuacjach Kryzysowych].* The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN [Pakiet WHO do Niezbędnych Interwencji Związanych z Chorobami Niezakaźnymi, Narzędzia do Wdrożenia WHO PEN]. WHO, 2009. http://www.who.int

Opieka paliatywna

Caring for Volunteers Training Manual [Podręcznik Szkoleniowy: Opieka nad Wolontariuszami]. Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Disaster Spiritual Care Handbook [Podręcznik do Opieki Duchowej w Klęskach Żywiołowych]. Disaster Services, American Red Cross, 2012. https://interagencystandingcommittee.org

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks [Wytyczne w zakresie zarządzania kwestiami etycznymi w ogniskach chorób zakaźnych]. WHO, 2016. http://apps.who.int

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Wytyczne IASC w Zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych]. IASC, 2007. http://www.who.int

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care [Lista IAHPC Podstawowych Leków w Opiece Paliatywnej]. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com

Matzo, M i in. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources [Rozważania na Temat Opieki Paliatywnej w Przypadku Zdarzeń Związanych z Ofiarami Masowymi przy Ograniczonych Zasobach].* Bezpieczeństwo biologiczne i bioterroryzm, NCBI, 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. i in. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer [Opieka paliatywna w kryzysach humanitarnych: zawsze można coś ofiarować].* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes [Opieka Paliatywna, Zwalczanie Raka: zastosowanie wiedzy w praktyce: przewodnik WHO do skutecznych programów]. WHO, 2007. http://www.who.int

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings [Model ADAPT: założenia koncepcyjne do programów ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w warunkach po zakończeniu konfliktu].* War Trauma Foundation, 2013. https://www.interventionjournal.com

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua [Dobrze wygląda, lecz przynosi szkody? Postrzeganie krótkoterminowych misji medycznych w Nikaragui].* Global public health, NCBI, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care [19. Wzorcowa Lista Podstawowych Leków wg WHO, rozdział 2 2, Leki przeciwbólowe i w opiece paliatywnej]. WHO, 2015. http://www.who.int

Zatrucia

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons [Wstępne postępowanie kliniczne wobec pacjentów narażonych na broń chemiczną]. WHO, 2015. http://www.who.int

Materiały dodatkowe

Sugestie na temat dalszych materiałów są dostępne tutaj:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Materiały dodatkowe

Koordynacja cywilno-wojskowa

UN-CMCoord Field Handbook [ONZ Przewodnik Polowy do Działań Związanych z Koordynacją Cywilno-Wojskową]. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

Koordynacja

Global Health Cluster. http://www.who.int/health-cluster/en/

Systemy opieki zdrowotnej

Approach to Health Systems Strengthening [Podejście do Wzmocnienia Systemów Opieki Zdrowotnej]. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning [Wzmocnienie Systemu Opieki Zdrowotnej, od diagnozy do Planowania]. Action Contre Le Faim, 2017. https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies [Nadzorowanie Elementów Systemów Opieki Zdrowotnej: Podręcznik wskaźników i strategii ich pomiaru]. WHO, 2010. http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

Newbrander i in. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states [Odbudowa i wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej oraz zapewnienie podstawowych usług opieki zdrowotnej w niestabilnych państwach].* NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook \ [Wyznaczanie strategii krajowego systemu opieki zdrowotnej w 21 wieku: podręcznik]. WHO, 2017. http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/

van Olmen, J i in. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas [Założenia Systemów Opieki Zdrowotnej w ich Kontekście Politycznym: Ujęcie Rozbieżnych Planów].* BMC Public Health, 2012. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774

Bezpieczeństwo

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care [Błędy Diagnostyczne: Edukacja i Szkolenia, Narzędzia Elektroniczne, Czynniki Ludzkie, Błąd Związany z Lekami, Występowanie Wielu Schorzeń, Przejścia między poziomami opieki]. WHO, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital Safety Index Guide for Evaluators [Przewodnik po Indeksie Bezpieczeństwa Szpitali dla Podmiotów Oceniających], wydanie drugie. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors [Seria Techniczna na Temat Bezpieczniejszej Podstawowej Opieki Zdrowotnej: Zaangażowanie pacjenta: Błędy administracyjne]. WHO, 2016.
http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Leki

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual [Zarządzanie Lekami na Poziomie Ośrodka Opieki Zdrowotnej, Podręcznik Szkoleniowy]. WHO, 2004.
http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/

Urządzenia medyczne włączając urządzenia pomocnicze

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices [Globalne Wzorcowe Założenia Regulacyjne w Sprawie Urządzeń Medycznych, z uwzględnieniem urządzeń medycznych do diagnostyki in vitro]. WHO, 2017.
http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products [Lista wstępnie zakwalifikowanych produktów do diagnostyki in vitro]. WHO, 2011.
http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Leki kontrolowane

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care [Wzorcowe Wytyczne w Sprawie Międzynarodowej Dostawy Leków Kontrolowanych w Nagłych Przypadkach Opieki Zdrowotnej]. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Finansowanie opieki zdrowotnej

Doocy i in. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review [Podejścia oparte na pomocy pieniężnej w nagłych sytuacjach humanitarnych, analiza systematyczna].* International Initiative for Impact Evaluation [Międzynarodowa Inicjatywa na Rzecz Oceny Wpływu], 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang i in. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda [Wpływ ubezpieczenia zdrowotnego na korzystanie z opieki zdrowotnej dla matek: dowody z Ghany, Indonezji i Rwandy].* Health Policy and Planning [Polityka i planowanie zdrowia], NCBI, 2017.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Informacje dotyczące zdrowia

Checchi i in. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action [Informacje na Temat Zdrowia Publicznego w Populacjach Dotkniętych Kryzysem. Analiza metod oraz ich zastosowania w rzecznictwie i działaniach].* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract

Creating a master health facility list [Tworzenie nadrzędnego wykazu placówek opieki zdrowotnej]. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies [Informacja Zdrowotna w Sytuacjach Kryzysowych].* WHO Bulletin, 2005.
http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf

Oceny potrzeb zdrowotnych i priorytetyzacja usług opieki zdrowotnej

Checchi, F i in. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, \[Publiczna opieka zdrowotna wśród populacji dotkniętej kryzysem. Praktyczny przewodnik dla decydentów], Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, Grudzień 2007. https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/

Prioritising Health Services in humanitarian crises [Priorytetyzacja usług opieki zdrowotnej w kryzysach humanitarnych]. Health and Education Research Team, 2014. http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R.J. Pri*oritising health care in complex emergencies [Priorytetyzacja opieki zdrowotnej w złożonych sytuacjach kryzysowych].* The Lancet, 2001.
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs [Statystyki Zdrowia na Świecie: Monitorowanie na rzecz powszechnego zasięgu opieki zdrowotnej]. WHO, 2016.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Profilaktyka w zakresie chorób zakaźnych

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide [Szczepienia w Nagłych Sytuacjach Humanitarnych, Instrukcja Wdrożenia]. WHO, 2017.
http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Wykrywanie ognisk choroby i wczesne reagowanie

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties [Lista Kontrolna i Wskaźniki do Monitorowania Postępów w Rozwoju Podstawowych Zdolności Dotyczących Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w Państwach Będących Stronami]. WHO, 2013.
http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual [Zintegrowany Nadzór nad Chorobami i Reagowanie, Przewodnik Szkoleniowy do Nadzoru Środowiskowego]. WHO, 2015.
http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based

Gotowość i reagowanie na ogniska chorób

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola [Kluczowe komunikaty dla mobilizacji społecznej i zaangażowania społeczności w obszarach intensywnego przenoszenia Eboli]. WHO, 2014.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/

Zdrowie dzieci i noworodków

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters [Rada Doradcza ds. Gotowości na Wypadek Katastrofy, Zapewnienie Ochrony Zdrowia Dzieci Podczas Katastrofy]. Pediatria. 2015. http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought [Rozwój dzieci w okresie suszy].* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.
https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet [Uwzględnienie dzieci z niepełnosprawnościami w działaniach humanitarnych, Broszura na Temat Zdrowia]. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries [Zmieniona klasyfikacja i leczenie zapalenia płuc w wieku dziecięcym w placówkach opieki zdrowotnej wg WHO, podsumowania dowodów]. WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Leczenie obrażeń i urazów

Emergency Trauma Care [Leczenie Obrażeń w Nagłych Przypadkach]. Światowa Organizacja Zdrowia, 2017. http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative [Inicjatywa ratowniczych zespołów medycznych]. WHO, 2017. https://extranet.who.int/emt/page/home

Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Globalne wytyczne w zakresie zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego]. WHO, 2016.
http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition [Podręcznik Wdrożeniowy, Lista Kontrolna Bezpieczeństwa Chirurgicznego, Wydanie Pierwsze]. WHO, World Alliance for Patient Safety [Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów], 2008
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP i in. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™ [Definiowanie nowych kierunków efektywniejszego leczenia bólu pooperacyjnego w Stanach Zjednoczonych: najważniejsze punkty inauguracyjnego kongresu Surgical Pain Congress™].* The American Surgeon, NCBI, 2014.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860

Malchow, Rj i in. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism [Rozwój lecznictwa przeciwbólowego u pacjentów z obrażeniami w stanie krytycznym: nowo powstające koncepcje wynikające z globalnej wojny z terroryzmem].* Critical Care Medicine, NCBI, 2008.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262

Providing Care for an Influx of Wounded [Zapewnienie Opieki Medycznej dla Napływających Rannych]. MSF, 2008. http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/

Zdrowie psychiczne

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings [Narzędzia do Włączenia Ochrony Zdrowia Psychicznego do Ogólnej Opieki Zdrowotnej w Warunkach Humanitarnych]. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Choroby niezakaźne

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013 [Plan działania dla globalnej strategii zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych 2008/2013]. WHO, 2009. http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action [Choroby Niezakaźne w Sytuacjach Kryzysowych: Wezwanie do Działania].* PLOS Currents Disasters, 2013. http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/

Global Status Report on Non-communicable diseases [Raport na Temat Globalnego Statusu Chorób Niezakaźnych]. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings [Postępowanie w przypadku choroby układu krążenia, cukrzycy, astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Sytuacjach Kryzysowych i Uwarunkowaniach Humanitarnych]. WHO, 2008.

Opieka paliatywna

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Podejście wyczulone na wiarę w działaniach humanitarnych: wytyczne do programów zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith'

Crisis Standards of CARE: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response [Standardy opieki w kryzysie: założenia systemowe do działań związanych z reagowaniem wobec zdarzeń katastroficznych]. Institute of Medicine. 2012. https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual [Etyka w epidemiach, sytuacjach kryzysowych i katastrofach: badania, nadzór oraz opieka nad pacjentem: podręcznik szkoleniowy]. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit [Narzędzia dla Przywódców Religijnych]. Coalition for Compassionate Care in California, 2017.
http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/

Knaul, F. Farmer, P.E. i in. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control [Raport Komisji Lancet na Temat Globalnego Dostępu do Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu].* The Lancet, 2017.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993

Zatrucia

Chemical Hazards Compendium [Kompedium Zagrożeń Chemicznych]. Rząd Zjednoczonego Królestwa, 2013.
https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents [Gotowość i reagowanie w sytuacjach kryzysowych, karty informacyjne na temat określonych środków chemicznych]. Center for Disease control and prevention, 2013.
https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women [Wytyczne w Sprawie Identyfikacji oraz Postępowania w Przypadku Narażenia na Ołów Wśród Kobiet w Ciąży i Karmiących]. CDC, 2010.
https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual [Zarządzanie Zdarzeniami Chemicznymi przez Publiczną Służbę Zdrowia, Podręcznik WHO]. WHO, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

A Załączniki

Spis treści

Załącznik 1: Podstawy Prawne Sfery 406

Załącznik 2: Kodeks Postępowania dla Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca oraz Organizacji Pozarządowych (NGO) na Wypadek Klęsk 421

Załącznik 3: Skróty i Akronimy 429

Załącznik 1
Podstawy Prawne Sfery

Karta Humanitarna określa nasze wspólne przekonania oraz powszechne zasady dotyczące pomocy humanitarnej i obowiązków w sytuacji klęski lub konfliktu oraz wskazuje, że są one odzwierciedlone w prawie międzynarodowym. Poniższa opatrzona przypisami lista kluczowych dokumentów obejmuje najważniejsze międzynarodowe instrumenty prawne odnoszące się do międzynarodowych praw człowieka, międzynarodowego prawa humanitarnego (MPH), prawa dotyczącego uchodźców i pomocy humanitarnej. Z założenia nie przedstawia regionalnych przepisów prawa czy orzecznictwa. Dodatkowe zasoby oraz adresy stron internetowych do innych wytycznych, zasad, standardów i ram wspierających wdrożenie są dostępne na stronie internetowej Sfery: www.spherestandards.org. Uwagi są dołączone tylko do tych dokumentów, które wymagają wyjaśnienia, są nowszymi uzupełnieniami lub mają szczególne sekcje poświęcone klęskom lub konfliktom.

Podręcznik Sfery wyraża konkretne aspekty będące elementem międzynarodowych ram prawnych. Zasadniczo obejmują one prawo do bezpieczeństwa osobistego i poszanowania godności; wolności od dyskryminacji; a także prawo do wody i warunków sanitarnych, schronienia, bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia oraz opieki zdrowotnej. Chociaż niektóre z tych praw są wymienione w poszczególnych paktach międzynarodowych, to wszystkie są zawarte w jednym z ogólnych aktów prawnych dotyczących praw człowieka: w prawach obywatelskich i politycznych lub w prawach gospodarczych, społecznych i kulturowych.

Niniejszy załącznik obejmuje dokumenty, które są podzielone na pięć kategorii tematycznych:

1. **Prawa człowieka, ochrona i podatność na zagrożenia**
2. **Konflikt zbrojny i pomoc humanitarna**
3. **Uchodźcy i osoby wewnętrznie wysiedlone**
4. **Klęski i pomoc humanitarna**
5. **Założenia polityki humanitarnej, wytyczne i zasady dotyczące praw człowieka, ochrona i podatność na zagrożenia w związku z gotowością i reagowaniem na sytuacje kryzysowe**
   www.spherestandards.org/handbook/online-resources

W celu zapewnienia jasności co do statusu każdego dokumentu w obrębie tych kategorii są one sklasyfikowane jako a) traktaty i prawo zwyczajowe lub b) wytyczne i zasady ONZ lub inne formalnie przyjęte wytyczne i zasady międzyrządowe.

1. Międzynarodowe instrumenty dotyczące praw człowieka, ochrony i podatności na zagrożenia

Następujące dokumenty odnoszą się głównie do praw człowieka uznanych w uniwersalnych traktatach i deklaracjach. Uwzględniono także szereg kluczowych dokumentów dotyczących wieku (dzieci i osoby starsze), płci i niepełnosprawności, ponieważ są to jedne z najczęstszych przyczyn podatności na zagrożenia w sytuacji klęski lub konfliktu.

1.1 Traktaty i przepisy prawa zwyczajowego dotyczące praw człowieka, ochrony i podatności na zagrożenia

Traktat o prawach człowieka obowiązuje państwa będące stroną danego traktatu, podczas gdy prawo zwyczajowe (np. zakaz stosowania tortur) obowiązuje wszystkie państwa. Przepisy prawa w zakresie praw człowieka mają zastosowanie przez cały czas, poza dwoma wyjątkami:

- Niektóre ograniczone prawa obywatelskie i polityczne mogą być zawieszone w trakcie ogłoszonych stanów nadzwyczajnych w państwie, zgodnie z Artykułem 4 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych („odstępstwo").
- W trakcie trwania rozpoznanych konfliktów zbrojnych, w przypadku braku spójności z przepisami prawa w zakresie praw człowieka, w pierwszej kolejności zastosowanie ma MPH.

1.1.1 Uniwersalne prawa człowieka

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 roku (PDPC) przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 217 A(III) z 10 grudnia 1948 roku. www.un.org

> **Komentarz:** Ogłoszona przez Ogólne Zgromadzenie ONZ w 1948 roku PDPC określa po raz pierwszy konieczność powszechnej ochrony fundamentalnych praw człowieka. Nie jest to traktat, ale ogólnie przyjmuje się, że wchodzi w skład powszechnego prawa międzynarodowego. Pierwsze zdanie preambuły wprowadza pojęcie „przyrodzonej godności" człowieka, która jest fundamentalną podstawą praw człowieka, a artykuł 1 stwierdza „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw."

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z roku 1966 (MPPOP), przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 2200A (XXI) z 16 grudnia 1966 roku, data wejścia w życie: 23 marca 1976 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 999 s. 171 i tom 1057, s. 407. www.ohchr.org

Drugi Protokół Fakultatywny do MPPOP z roku 1989 (dążący do zniesienia kary śmierci), przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 44/128 z 15 grudnia 1989 roku, data wejścia w życie: 11 lipca 1991 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 1642, s. 414. www.ohchr.org

Komentarz: Państwa będące stronami MPOPP muszą przestrzegać i zapewnić prawa wszystkim osobom na ich terytorium lub podlegającym ich jurysdykcji, jednocześnie uznając prawo „narodów" do samostanowienia, a także równe prawa mężczyzn i kobiet. Niektóre prawa (oznaczone gwiazdką*) nie podlegają zawieszeniu w żadnych okolicznościach, nawet w najtrudniejszej sytuacji kryzysowej w państwie.

Prawa MPPOP: prawo do życia;* zakaz stosowania tortur oraz innych form okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania;* zakaz niewolnictwa;* zakaz dokonywania arbitralnych aresztowań lub zatrzymań; zapewnienie ludzkiego i godnego traktowania osobom zatrzymanym; zakaz pozbawienia wolności z powodu naruszenia umowy;* prawo do swobodnego przemieszczania się i pobytu; wydalanie cudzoziemców wyłącznie zgodnie z prawem; równość wobec prawa; prawo do rzetelnego procesu sądowego i domniemanie niewinności w procesach karnych; zasada niedziałania prawa wstecz w przestępstwach karnych;* równe traktowanie wobec prawa; *prawo do życia prywatnego; * wolność myśli, wyznania i sumienia; * wolność opinii, swoboda wyrażania i prawo do pokojowych zgromadzeń;* wolność zrzeszania się; prawo do małżeństwa i życia rodzinnego; ochrona dzieci; prawo do głosowania i uczestniczenia w sprawach publicznych; prawo mniejszości do posiadania własnej kultury, religii oraz języka.*

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 roku (MPPGSK), przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 2200A (XXI) z 16 grudnia 1966 roku, data wejścia w życie: 3 stycznia 1976 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 993 s. 3. www.ohchr.org

Komentarz: Państwa będące stronami zgadzają się przeznaczyć maksymalne dostępne im środki na „stopniowe osiąganie" praw wskazanych w pakcie, które przysługują w równym stopniu mężczyznom i kobietom.

Prawa MPPGSK: prawo do pracy; prawo do sprawiedliwego wynagrodzenia; prawo do wstąpienia do związków zawodowych; prawo do zabezpieczenia socjalnego lub ubezpieczenia; prawo do życia rodzinnego, łącznie z ochroną matek po urodzeniu dziecka i ochroną dzieci przed wyzyskiwaniem; prawo do odpowiedniego poziomu życia, z uwzględnieniem żywności, ubrań i warunków mieszkaniowych; prawo do ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego; prawo do edukacji; a także prawo do uczestniczenia w życiu kulturowym oraz czerpania korzyści płynących z postępu naukowego i kulturowego.

Międzynarodowa Konwencja w Sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Rasowej z roku 1969 (MKLDR), przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 2106 (XX) z 21 grudnia 1965 roku, data wejścia w życie: 4 stycznia 1969 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 660, s. 195. www.ohchr.org

Konwencja w Sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Wobec Kobiet z 1979 roku (KLDWK), przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 34/180 z 18 grudnia 1979 roku, data wejścia w życie: 3 września 1981 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 1249, s. 13. www.ohchr.org

Konwencja o Prawach Dziecka z roku 1989 (KPD), przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 44/25 z 20 listopada 1989 roku, data wejścia w życie: 2 września 1990 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 1577, s. 3. www.ohchr.org

Protokół Fakultatywny do KPD w Sprawie Udziału Dzieci w Konfliktach Zbrojnych z 2000 roku, przyjęty przez Rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr A/RES/54/263 z 25 maja 2000 roku, data wejścia w życie: 12 lutego 2002 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 2173, s. 222. www.ohchr.org

Protokół Fakultatywny do KPD w Sprawie Handlu Dziećmi, Prostytucji Dziecięcej i Pornografii Dziecięcej z 2000 roku, przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr A/RES/54/263 z 25 maja 2000 roku, data wejścia w życie: 18 stycznia 2002 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 2171, s. 227. www.ohchr.org

> **Komentarz:** Przystąpienie państw do KPD ma prawie powszechny charakter. Konwencja potwierdza podstawowe prawa człowieka przysługujące dzieciom i określa, w jakich okolicznościach potrzebują one szczególnej ochrony (np. kiedy są oddzielone od swoich rodzin). Protokoły wymagają od państw będących ich stronami podjęcia konstruktywnych działań w odniesieniu do konkretnych kwestii związanych z ochroną dzieci.

Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych z roku 2006 (KPON), przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr A/RES/61/106 z 13 listopada 2006 roku, data wejścia w życie: 3 maja 2008 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, Rozdział IV, 15. www.ohchr.org

> **Komentarz:** KPON wspiera prawa osób niepełnosprawnych zawartych we wszystkich innych traktatach dotyczących praw człowieka, jak również podejmowanie szczególnych działań w kwestii podnoszenia świadomości na temat osób niepełnosprawnych, niestosowania dyskryminacji, a także dostępności usług i obiektów. Zawiera także specjalny komunikat dotyczący „sytuacji zagrożenia i sytuacji wymagających pomocy humanitarnej" (Artykuł 11).

1.1.2 Ludobójstwo, tortury i inne przypadki nadużywania praw o charakterze przestępczym

Konwencja w Sprawie Zapobiegania Zbrodniom Ludobójstwa i Karania Takich Zbrodni z 1948 roku, przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 260 (III) z 9 grudnia 1948 roku, data wejścia w życie: 12 stycznia 1951 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 78, s. 277. www.ohchr.org

Konwencja w Sprawie Zakazu Stosowania Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego lub Poniżającego Traktowania albo Karania z 1984 roku, przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 39/46 z 10 grudnia 1984 roku, data wejścia w życie: 26 września 1987 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 1465, s. 85. www.ohchr.org

> **Komentarz:** Do tej konwencji przystąpiło wiele państw. Zakaz stosowania tortur jest obecnie powszechnie uznawany jako element zwyczajowego prawa międzynarodowego. Żadne okoliczności publicznej sytuacji nadzwyczajnej czy wojny nie mogą być przesłanką do usprawiedliwienia tortur. Państwom nie wolno odsyłać (wydalać) jakiejkolwiek osoby do terytorium, na którym osoba ta ma podstawy do przypuszczeń, że byłaby narażona na tortury.

Statut Rzymski Międzynarodowego Trybunału Karnego z 1998 roku, przyjęty podczas konferencji dyplomatycznej w Rzymie w dniu 17 lipca 1998 roku, data wejścia w życie: 1 lipca 2002 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 2187, s. 3. www.icrc.org

> **Komentarz:** Artykuł 9 Statutu (Elementy przestępstw), przyjęty przez Międzynarodowy Trybunał Karny (MTK) w 2002, szczegółowo opisuje zbrodnie wojenne, zbrodnie przeciwko ludzkości i ludobójstwa, ujednolicając znaczną część zwyczajowego międzynarodowego prawa karnego. MTK może badać i ścigać sprawy przekazane mu przez Radę Bezpieczeństwa ONZ (nawet jeśli państwo osoby oskarżonej nie jest stroną traktatu), a także przestępstwa rzekomo popełnione przez obywateli państw będących stronami traktatu czy też na ich terytorium.

1.2 Wytyczne i zasady ONZ lub inne formalnie przyjęte międzyrządowe wytyczne i zasady dotyczące praw człowieka, ochrony i podatności na zagrożenia

Madrycki Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw z 2002 roku, Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ w sprawie starzenia się społeczeństw, Madryt, 2002, zatwierdzony przez Rezolucję Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 37/51 z 3 grudnia 1982. www.ohchr.org

Zasady Działania ONZ na Rzecz Osób Starszych z 1991 roku, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 46/91 z grudnia 16 grudnia 1991. www.ohchr.org

2. Instrumenty międzynarodowe w zakresie konfliktów zbrojnych, międzynarodowego prawa humanitarnego i pomocy humanitarnej

2.1 Traktaty i prawo zwyczajowe dotyczące konfliktów zbrojnych, międzynarodowego prawa humanitarnego i pomocy humanitarnej

Międzynarodowe prawo humanitarne (MPH) ustanawia progi określające, kiedy konflikt z użyciem siły staje się „konfliktem zbrojnym", w związku z czym zastosowanie ma specjalny reżim prawny. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (MKCK) jest oficjalnym repozytorium traktatów dotyczących MPH i na swojej stronie internetowej udostępnia szczegółowe informacje oraz zasoby, w tym m.in. oficjalny komentarz na temat Konwencji Genewskich i ich protokołów, a także zasady studium poświęconego zwyczajowemu międzynarodowemu prawu humanitarnemu. www.icrc.org

2.1.1 Główne traktaty MPH

Cztery Konwencje Genewskie z roku 1949

Protokół Dodatkowy do Konwencji Genewskich Dotyczący Ochrony Ofiar Międzynarodowych Konfliktów Zbrojnych z 1977 roku (Protokół I)

Protokół Dodatkowy do Konwencji Genewskich Dotyczący Ochrony Ofiar Niemiędzynarodowych Konfliktów Zbrojnych z 1977 roku (Protokół II). www.icrc.org

> **Komentarz:** Cztery Konwencje Genewskie – których stronami są wszystkie państwa i które są także ogólnie przyjęte jako element prawa zwyczajowego – dotyczą ochrony oraz traktowania rannych i chorych podczas walk prowadzonych na lądzie (I) i na morzu (II), traktowania więźniów wojennych (III) oraz ochrony ludności cywilnej w trakcie konfliktu zbrojnego (IV). Mają one zastosowanie przede wszystkim w przypadku międzynarodowych konfliktów zbrojnych, z wyjątkiem artykułu 3, który jest wspólny dla konwencji dotyczących konfliktów niemiędzynarodowych, a także innych kwestii, które są obecnie akceptowane jako prawo zwyczajowe w przypadku konfliktów niemiędzynarodowych. Dwa protokoły z 1977 roku stanowiły aktualizację konwencji, szczególnie definicji kombatantów oraz kodyfikacji konfliktów niemiędzynarodowych. Niektóre państwa nie przystąpiły do protokołów.

2.1.2 Traktaty dotyczące broni objętej ograniczeniami, min przeciwpiechotnych i dóbr kulturalnych

Oprócz tzw. prawa genewskiego wskazanego powyżej istnieje także prawodawstwo często opisywane jako tzw. prawo haskie, które dotyczy konfliktów zbrojnych. Obejmuje ono konwencję dotyczącą ochrony dóbr kulturalnych oraz inne konwencje na temat rodzajów broni, które są objęte ograniczeniami lub zakazane, łącznie z gazami oraz inną bronią chemiczno-biologiczną, bronią konwencjonalną, która jest stosowana przypadkowo lub powoduje niepotrzebne cierpienie, a także minami przeciwpiechotnymi i amunicją kasetową. www.icrc.org

2.1.3 Zwyczajowe MPH

Zwyczajowe MPH odnosi się do prawa dotyczącego konfliktów zbrojnych, które jest przyjęte przez państwa, poprzez ich oświadczenia, politykę i procedury, jako odzwierciedlenie zwyczajowych zasad, które obowiązują wszystkie państwa, niezależnie do tego, czy przystąpiły do traktatów MPH. Nie ma uzgodnionej listy zwyczajowych zasad, lecz najbardziej autorytatywną interpretacją jest poniższe studium.

Studium Poświęcone Zwyczajowemu międzynarodowemu prawu humanitarnemu (ZMPH), ICRC, Henckaerts, J-M. i Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge i Nowy Jork, 2005. www.icrc.org

> **Komentarz:** Studium zawiera omówienie prawie pełnego zakresu prawa dotyczącego konfliktów zbrojnych. Zawiera listę 161 szczegółowych zasad oraz wskazuje, czy każda z nich ma zastosowanie w przypadku międzynarodowego konfliktu zbrojnego i/lub niemiędzynarodowego konfliktu zbrojnego. Podczas gdy niektórzy komentatorzy prawa krytykują jego metodologię, studium poświęcone ZMPH powstało na podstawie szeroko zakrojonego procesu konsultacyjnego i rygorystycznego procesu badawczego prowadzonego przez dziesięć lat, a jego autorytet jako zbiór i interpretacja zwyczajowych zasad jest powszechnie uznawany.

2.2 Wytyczne i zasady ONZ oraz inne formalnie przyjęte międzyrządowe wytyczne i zasady dotyczące konfliktów zbrojnych, MPH oraz pomocy humanitarnej

Memorandum Rady Bezpieczeństwa ONZ dotyczące rozpatrzenia kwestii związanych z ochroną z 2002 roku, zaktualizowane w 2003 roku, (S/PRST/2003/27). undocs.org

> **Komentarz:** Nie jest to rezolucja wiążąca dla państw, lecz wytyczne dla Rady Bezpieczeństwa ONZ dotyczące utrzymania pokoju i nagłych sytuacji konfliktowych; będące wynikiem konsultacji przeprowadzonych z różnymi agencjami ONZ oraz stałymi komitetami międzyagencyjnymi (IASC).

Rezolucje Rady Bezpieczeństwa ONZ w sprawie przemocy seksualnej i kobiet w konfliktach zbrojnych, w szczególności pierwsza rezolucja numer 1325 (2000) w sprawie kobiet, pokoju i bezpieczeństwa, która była kamieniem milowym w rozwiązywaniu kwestii przemocy wobec kobiet w sytuacji konfliktów zbrojnych, a następnie Rez. 1820 (2008), Rez. 1888 (2009), Rez. 1889 (2009) i Rez. 1325 (2012). Wszystkie rezolucje Rady Bezpieczeństwa ONZ są dostępne według roku i numeru na stronie: www.un.org

3. Międzynarodowe instrumenty dotyczące uchodźców i populacji wewnętrznie wysiedlonych (PWW)

3.1 Traktaty dotyczące uchodźców i PWW

Oprócz traktatu międzynarodowego niniejszy punkt zawiera dwa traktaty Unii Afrykańskiej (wcześniej: Organizacja Jedności Afrykańskiej, OJA), ponieważ stanowią one precedensy historyczne.

Konwencja dotycząca statusu uchodźców z 1951 roku (z późniejszymi zmianami), przyjęta przez Konferencję Pełnomocników ONZ w Sprawie Statusu Uchodźców i Bezpaństwowców, Genewa, 2-25 lipca 1951 roku, która weszła w życie 22 kwietnia 1954 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór Traktatów tom 189, s. 137. www.unhcr.org

Protokół Dotyczący Statusu Uchodźców z 1967 roku, przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ nr 2198 (XXI) 2 z 16 grudnia 1966 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór Traktatów tom 606, s. 267. www.unhcr.org

> **Komentarz:** Będąca pierwszym międzynarodowym porozumieniem w sprawie uchodźców Konwencja definiuje uchodźcę jako osobę, która „na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przekonań politycznych lub przynależności do szczególnej grupy społecznej przebywa poza państwem swojego obywatelstwa i nie może lub nie chce z powodu tej obawy korzystać z ochrony tego państwa lub do niego powrócić z powodu obawy przed prześladowaniem…"

Konwencja OJA Regulująca Szczególne Aspekty Problemów Uchodźców w Afryce z 1969 roku, przyjęta przez zgromadzenie głów państw i rządów na szóstej sesji zwyczajnej, Addis Ababa, 10 września 1969 roku. www.unhcr.org

> **Komentarz:** Stanowi to przyjęcie i rozszerzenie definicji z Konwencji z 1951 roku w celu ujęcia osób, które zostały zmuszone do opuszczenia swojego kraju nie tylko w wyniku prześladowania, lecz także z powodu agresji, okupacji zewnętrznej, obcej dominacji lub zdarzeń poważnie zakłócających porządek publiczny. Uznaje także grupy inne niż państwa jako sprawców prześladowania i nie wymaga, aby uchodźcy wskazywali bezpośredni związek pomiędzy nimi a dalszym niebezpieczeństwem.

Konwencja Unii Afrykańskiej w Sprawie Zapewnienia Ochrony i Pomocy Populacjom Wewnętrznie Wysiedlonym w Afryce (Konwencja z Kampali) z 2009 roku, przyjęta przez specjalny szczyt Unii Afrykańskiej, który odbył się w Kampali, data wejścia w życie: 6 grudnia 2012 roku. au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

> **Komentarz:** Jest to pierwsza wielostronna konwencja dotycząca PWW.

3.2 Wytyczne i zasady ONZ oraz inne formalnie przyjęte międzyrządowe wytyczne i zasady dotyczące uchodźców i PWW

Zasady przewodnie dotyczące wysiedleń wewnętrznych z 1998 roku, przyjęte przez głowy państw i rządy we wrześniu 2005 podczas światowego szczytu w Nowym Jorku, w Rezolucji Ogólnego Zgromadzenia ONZ 60/L.1 (132, Dok. ONZ A/60/L.1) jako „ważne międzynarodowe założenia dotyczące ochrony populacji wewnętrznie wysiedlonych". www.ohchr.org

> **Komentarz:** Te zasady wynikają z międzynarodowego prawa humanitarnego i praw człowieka oraz analogicznego prawa uchodźców i mają pełnić rolę międzynarodowego standardu wspierającego rządy, międzynarodowe organizacje oraz wszystkie inne odpowiednie podmioty w kwestii zapewniania PWW pomocy i ochrony.

4. Międzynarodowe instrumenty w zakresie klęsk i pomocy humanitarnej

4.1 Traktaty dotyczące klęsk i pomocy humanitarnej

Konwencja w Sprawie Bezpieczeństwa ONZ i Jego Personelu z roku 1994, przyjęta przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ 49/59 z 9 grudnia 1994 roku, data wejścia w życie: 15 stycznia 1999 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 2051, s. 363.

Protokół Fakultatywny do Konwencji w Sprawie Bezpieczeństwa ONZ i Jego Personelu z roku 2005, przyjęty przez Rezolucję Ogólnego Zgromadzenia ONZ A/60/42 z 8 grudnia 2005 roku, data wejścia w życie: 19 sierpnia 2010 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów, tom 2689, s.59.
www.un.org

> **Komentarz:** W Konwencji ochrona jest ograniczona do utrzymania pokoju przez ONZ, chyba, że ONZ ogłosi „nadzwyczajne zagrożenie" – niepraktyczne wymaganie. Protokół koryguje tę podstawową wadę w Konwencji i rozszerza ochronę prawną na wszystkie operacje ONZ, od pomocy humanitarnej w nagłych przypadkach do budowania pokoju oraz dostarczania pomocy humanitarnej, politycznej i rozwojowej.

Konwencja z Tampere w Sprawie Zapewnienia Zasobów Telekomunikacyjnych dla Łagodzenia Skutków Klęsk i dla Działań Pomocowych z 1998 roku, zatwierdzona przez Międzyrządową Konferencję w sprawie ratunkowej łączności telefonicznej z 1998 roku, data wejścia w życie: 8 stycznia 2005 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 2296, s. 5. www.itu.int

Ramowa Konwencja ONZ w Sprawie Zmian Klimatu z 1992 roku (UNFCC), przyjęta przez Konferencję Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie środowiska i rozwoju, Rio de Janeiro, 4-14 czerwca 1992 roku, przyjęta przez Ogólne Zgromadzenie ONZ w Rezolucji nr 47/195 z 22 grudnia 1992 roku, data wejścia w życie: 21 marca 1994 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 1771, s. 107. unfccc.int

- **Protokół z Kioto do UNFCC z 1997 roku**, przyjęty na trzeciej sesji Konferencji Stron (COP-3) do Ramowej Konwencji, Kioto, Japonia, 1997, data wejścia w życie: 16 lutego 2005 roku, Organizacja Narodów Zjednoczonych, Zbiór traktatów tom 2303, s. 148. unfccc.int
- **Porozumienie Paryskie z 2015 roku**, przyjęte na 21 sesji Konferencji Stron do Ramowej Konwencji (COP-21), Paryż, Francja, grudzień 2015, data wejścia w życie: listopad 2016 roku. unfccc.int

> **Komentarz:** UNFCCC, Protokół z Kioto i Porozumienie Paryskie są częścią tych samych ram traktatowych. Dotyczą pilnej potrzeby wdrożenia dostosowania do zmian klimatycznych i strategii ograniczenia ryzyka, a także budowania lokalnych zdolności i odporności, szczególnie w krajach podatnych na klęski żywiołowe. Podkreślają strategie ograniczania skutków klęsk żywiołowych i zarządzania ryzykiem, w szczególności w odniesieniu do zmian klimatu.

4.2 Wytyczne i zasady ONZ oraz inne formalnie przyjęte międzyrządowe wytyczne i zasady dotyczące klęsk oraz pomocy humanitarnej

Wzmocnienie koordynacji pomocy humanitarnej w nagłych przypadkach przez Organizację Narodów Zjednoczonych, z aneksem, zasadami przewodnimi, Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 46/182 z 19 grudnia 1991 roku. www.unocha.org

> **Komentarz:** To doprowadziło do utworzenia Departamentu ONZ ds. Pomocy Humanitarnej, który stał się Biurem ONZ ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (OCHA) w 1998 roku.

Ramy Sendai w Zakresie Zmniejszania Ryzyka Wystąpienia klęsk 2015–2030 (Ramy Sendai). www.unisdr.org

> **Komentarz:** Ramy Sendai są instrumentem następczym Planu działań z Hyogo na lata 2005-2015: Budowanie Odporności Narodów i Społeczności na Klęski. Zostały przyjęte w postaci deklaracji podczas Trzeciej Światowej Konferencji ONZ w sprawie zmniejszania ryzyka wystąpienia klęsk w 2015 roku, a także potwierdzone przez Ogólne Zgromadzenie ONZ (w Rezolucji nr 69/283). Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Zmniejszania Ryzyka Wystąpienia Klęsk (UNISDR) wspiera ich wdrożenie. Jest to piętnastoletnie dobrowolne i niewiążące porozumienie, którego celem jest znaczące zmniejszenie ryzyka wystąpienia klęsk oraz utraty życia, środków do życia i zdrowia.

Wytyczne dotyczące krajowego wsparcia i regulacji w zakresie pomocy międzynarodowej w przypadku klęsk i wstępnej odbudowy (Wytyczne IDRL), 2007, przyjęte przez trzydziestą Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca (która obejmuje państwa, które przystąpiły do Konwencji Genewskich).

5. Założenia polityki humanitarnej, wytyczne i zasady dotyczące praw człowieka, ochrona oraz podatność na zagrożenia w związku z gotowością i reagowaniem na sytuacje kryzysowe

Obecnie istnieje szeroki wachlarz ogólnych i szczególnych wytycznych operacyjnych w zakresie niesienia pomocy humanitarnej w sytuacjach kryzysowych. Ponieważ narzędzia te nie rozróżniają już konfliktów zbrojnych od sytuacji uchodźców czy reagowania w obliczu klęsk, poniżej znajduje się tematyczna lista wybranych narzędzi: standardy ogólne; równość płci i ochrona przed przemocą uwarunkowaną płcią; dzieci w sytuacjach kryzysowych; uchodźcy i populacje wewnętrznie wysiedlone (PWW).

1. Standardy towarzyszące powiązane ze Sferą

Minimalne Standardy Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych [Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action, CPMS]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance) [Sojusz na Rzecz Dzieci w Działaniach Humanitarnych, Sojusz], 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Minimalny Standard Analizy Rynku [Minimum Standard for Market Analysis, MISMA]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Standardy Minimalne w Edukacji: Gotowość, Reakcja, Powrót do Normalności. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010. http://s3.amazonaws.com

Wytyczne i Standardy dla Nagłych Przypadków Dotyczących Żywego Inwentarza [Livestock Emergency Guidelines and Standards, LEGS]. LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimalne Standardy Naprawy Gospodarczej [Minimum Economic Recovery Standards, MERS]. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Standardy objęcia pomocą humanitarną osób starszych i osób niepełnosprawnych [Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities]. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int

2. Inne kodeksy, wytyczne i podręczniki według tematu

2.1 Ogólne standardy ochrony i jakości w działaniach humanitarnych

Kodeks Postępowania dla Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Ruchu Czerwonego Półksiężyca oraz Organizacji Pozarządowych (NGO) na Wypadek Klęsk Żywiołowych ⊕ *patrz: Załącznik 2.*

Fundamentalne Zasady Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Ruchu Czerwonego Księżyca z roku 1965, przyjęte przez dwudziestą Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża. www.ifrc.org

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters [Wytyczne Operacyjne IASC Dotyczące Ochrony Osób w Sytuacjach Klęsk Żywiołowych]. Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny] i Brookings–Bern Project on Internal Displacement [Projekt Brookings-Bern w sprawie wysiedleń wewnętrznych]. 2011. https://www.brookings.edu

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Wytyczne IASC w Zakresie Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Nadzwyczajnych] z 2007 roku. UN Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny ONZ]. www.who.int

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action [Wytyczne IASC w Sprawie Włączenia Osób Niepełnosprawnych do Działań Humanitarnych]. https://interagencystandingcommittee.org

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action [Polityka IASC w Zakresie Ochrony w Działaniach Humanitarnych] z 2016 roku. UN Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny ONZ].
https://interagencystandingcommittee.org

Zasady i Dobra Praktyka Darowizn Humanitarnych z roku 2003, zatwierdzone przez konferencję sztokholmską państw darczyńców, agencji ONZ, NGO oraz Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, podpisane przez Komisję Europejską oraz 16 państw. www.ghdinitiative.org

Standardy Zawodowe Dotyczące Zapewnienia Ochrony. 2018. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (ICRC). https://shop.icrc.org

Międzynarodowe Prawo i Standardy w Sprawie Sytuacji Klęsk Żywiołowych (Podręcznik prawa IDLO) z 2009 roku, International Development Law Organization (IDLO). https://www.sheltercluster.org

2.2 Równość płci i ochrona przed przemocą uwarunkowaną płcią (PUP)

GBV Constant Companion [Stale Towarzyszący Przewodnik Dotyczący Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group [Grupa Robocza ds. Przemocy Uwarunkowanej Płcią w Programach Schronienia]. 2016. https://sheltercluster.org

Gender Handbook in Humanitarian Action [Podręcznik o Roli Płci w Działaniu Humanitarnym] 2006, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". [Kobiety, Dziewczęta, Chłopcy i Mężczyźni: Różne Potrzeby, Równe Szanse, Podręcznik o Roli Płci w Działaniu Humanitarnym]. Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny] http://www.unhcr.org.

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance [Planowanie Przygotowania Obozu z Uwzględnieniem Płci: Wytyczne Dotyczące Planowania Zasiedlenia, Obozów Formalnych, Osiedli Nieformalnych]. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter

Programming Working Group [Grupa Robocza ds. Przemocy Uwarunkowanej Płcią w Programach Schronienia]. 2016. https://www.sheltercluster.org

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action [Wytyczne IASC w Sprawie Wprowadzenia do Akcji Humanitarnej Interwencji Dotyczących Przemocy Uwarunkowanej Płcią]. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny ONZ] i Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs [Włączenie Zarządzania Zagrożeniami Związanymi z Klęskami Uwzględniając Aspekty Płci do Programów Rozwoju Kierowanych przez Społeczność]. Wskazówki Dotyczące Płci i Zarządzania Zagrożeniami Związanymi z Klęskami. Nr 6. Bank Światowy. 2012. https://openknowledge.worldbank.org

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines [Uwzględnienie Aspektów Płci w Ograniczaniu Ryzyka Wystąpienia Klęski: Zasady i Wytyczne Praktyczne]. Genewa; UNISDR, UNDP i IUCN. 2009. https://www.unisdr.org

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement [Przewodnik: Praca z Mężczyznami i Chłopcami Będącymi Ofiarami Przemocy Seksualnej i Uwarunkowanej Płcią w Przypadku Przesiedlenia Przymusowego]. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement [Przewodnik: Praca z Lesbijkami, Gejami, Osobami Biseksualnymi, Transpłciowymi i Interpłciowymi w Przypadku Przesiedlenia Przymusowego]. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters [Przewidywalne i Możliwe do Uniknięcia: Najlepsza Praktyka Postępowania w Przypadku Przemocy Interpersonalnej i Przeciwko Własnej Osobie Podczas i po Zakończeniu Klęski]. Genewa; IFRC, Canadian Red Cross [Kanadyjski Czerwony Krzyż]. 2012. www.ifrc.org

2.3 Dzieci w sytuacjach kryzysowych

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children [Podręcznik Terenowy Dotyczący Dzieci Pozostających bez Opieki i Oddzielonych od Bliskich]. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children [Międzyagencyjna Grupa Robocza ds. Dzieci Pozostających bez Opieki i Oddzielonych od Bliskich]; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Sojusz na Rzecz Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych]. https://reliefweb.int

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action [Minimalne Standardy Dotyczące Ochrony Dzieci w Działaniach Humanitarnych]. 2012. Nowy Jork; UN Inter-Agency Standing Committee [Stały Komitet Międzyagencyjny ONZ] i Global Protection Cluster. (Child Protection Working Group - Grupa Robocza ds. Ochrony Dzieci). cpwg.net

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children [Międzyagencyjne Podstawowe Zasady Dotyczące Dzieci Pozostających bez Opieki i Oddzielonych od Bliskich]. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK i the International Rescue Committee. https://www.icrc.org

2.4 Uchodźcy i osoby wewnętrznie wysiedlone

UNHCR (Agencja ONZ ds. Uchodźców) ma specjalny mandat prawny do ochrony uchodźców na mocy Konwencji i Protokołu w sprawie uchodźców. UNHCR ma szeroką gamę zasobów na swojej stronie internetowej: www.unhcr.org

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons [Podręcznik IASC Dotyczący Ochrony Populacji Wewnętrznie Wysiedlonych] (z marca 2010 roku). Stały Komitet Międzyagencyjny ONZ. 2010. www.unhcr.org

Załącznik 2
Kodeks Postępowania dla Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Ruchu Czerwonego Półksiężyca oraz Organizacji Pozarządowych (NGO) na Wypadek Klęsk

Przygotowany wspólnie przez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca oraz Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża[1]

Cel

Ten Kodeks Postępowania ma na celu zabezpieczenie naszych standardów zachowania. Nie zawiera omówienia szczegółów operacyjnych, takich jak np. obliczanie racji żywnościowych czy stawianie obozu dla uchodźców. Ma raczej na celu utrzymanie wysokich standardów niezależności, skuteczności i wpływu, do których dążą NGO oraz Ruch Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca w ramach działań związanych z reagowaniem na klęski. Jest to kodeks dobrowolny, egzekwowany dzięki woli organizacji, która go przyjmuje, w celu utrzymania standardów określonych w Kodeksie.

W przypadku konfliktu zbrojnego niniejszy Kodeks Postępowania będzie interpretowany i stosowany zgodnie z międzynarodowym prawem humanitarnym.

Kodeks Postępowania jest przedstawiony w pierwszej kolejności. Ma też trzy załączniki opisujące warunki pracy, które według nas powinny zapewniać rządy państw przyjmujących, rządy państw darczyńców i organizacje międzyrządowe, aby móc skutecznie nieść pomocą humanitarną.

Definicje

NGO: NGO (Organizacje Pozarządowe) odnoszą się do organizacji, zarówno krajowych jak i międzynarodowych, które zostały utworzone odrębnie od rządu państwa, w którym zostały powołane.

POH: Do celów niniejszego tekstu, pojęcie „Pozarządowe Organizacje Humanitarne" (POH) zostało stworzone celem ujęcia elementów Ruchu Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca: Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża, Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca oraz ich członków – Stowarzyszeń Krajowych, a także NGO zgodnie z powyższą definicją. Ten kodeks dotyczy w szczególności POH, które zajmują się działaniami reagowania w przypadku klęski.

1 *Sponsorowany przez: Caritas Internationalis,* Catholic Relief Services,* Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca,* International Save the Children Alliance,* Światowa Federacja Luterańska,* Oxfam,* Światowa Rada Kościołów,* Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (* członkowie Komitetu sterującego ds. działań humanitarnych).*

IGO: IGO (Organizacje Międzyrządowe) to organizacje powołane przez dwa lub więcej rządów. Obejmuje to wszystkie Agencje Organizacji Narodów Zjednoczonych i organizacje regionalne.

Klęski: Klęska jest tragicznym zdarzeniem prowadzącym do utraty życia, ogromnego cierpienia i niedoli oraz szkód materialnych na dużą skalę.

Kodeks Postępowania

Zasady Postępowania Międzynarodowego Czerwonego Krzyża / Czerwonego Półksiężyca oraz Organizacji Pozarządowych w Programach Reagowania na Wypadek Klęski

1. Obowiązek udzielenia pomocy humanitarnej ma nadrzędne znaczenie.

Prawo do otrzymania pomocy humanitarnej, oraz prawo do jej oferowania, jest fundamentalną zasadą humanitarną, która powinna mieć zastosowanie wobec wszystkich obywateli wszystkich państw. Będąc członkami międzynarodowej społeczności, przyjmujemy na siebie obowiązek zapewniania pomocy humanitarnej zawsze, kiedy jest potrzebna. W związku z tym konieczność zapewnienia swobodnego dostępu do ludności dotkniętej ma fundamentalne znaczenie dla realizacji tego obowiązku. Główną motywacją naszych działań związanych z reagowaniem w obliczu klęski jest łagodzenie ludzkiego cierpienia wśród osób, które mają najmniej możliwości, by wytrzymać stres powodowany przez klęskę. Kiedy udzielamy pomocy humanitarnej, nie jest to działanie stronnicze ani polityczne i nie powinno być w ten sposób postrzegane.

2. Pomoc jest świadczona niezależnie od rasy, wyznania czy narodowości beneficjentów oraz bez jakichkolwiek form negatywnego rozróżniania. Priorytety w zakresie pomocy są ustalane wyłącznie na podstawie potrzeb.

W miarę możliwości będziemy udzielać pomocy doraźnej zgodnie z dogłębną oceną potrzeb ofiar klęski oraz istniejących lokalnych możliwości zaspokojenia tych potrzeb. W obrębie wszystkich naszych programów będziemy rozważać względy dotyczące proporcjonalności. Należy łagodzić ludzkie cierpienie zawsze kiedy zostanie stwierdzone. Życie jest tak samo cenne w jednej części kraju, jak w pozostałych jego częściach. Dlatego udzielana przez nas pomoc będzie odzwierciedlać stopień cierpienia, jaki ma łagodzić. Wdrażając to podejście, jesteśmy świadomi, jak ważna jest rola kobiet w społecznościach narażonych na klęski, i zadbamy, aby nasze programy pomocy tę rolę wspierały, a nie ją osłabiały. Wdrożenie tej uniwersalnej, bezstronnej i niezależnej polityki może być skuteczne, jeśli my i nasi partnerzy będziemy mieli dostęp do niezbędnych zasobów, aby móc nieść sprawiedliwą pomoc, a także równy dostęp do wszystkich ofiar klęski.

3. Pomoc nie będzie wykorzystywana do wspierania stanowiska politycznego ani religijnego.

Pomoc humanitarna będzie udzielana zgodnie z potrzebą osób indywidualnych, rodzin i społeczności. Niezależnie od prawa POH do popierania określonych poglądów politycznych czy przekonań religijnych, potwierdzamy, że niesienie pomocy nie będzie zależne od przestrzegania tych opinii czy przekonań przez odbiorców pomocy. Nie będziemy wiązać obietnicy, udzielania ani dystrybucji pomocy z przyjęciem lub akceptacją określonej postawy politycznej lub wyznania religijnego.

4. Dokładamy wszelkich starań, aby nie występować w charakterze instrumentów polityki zagranicznej rządów.

POH są agencjami działającymi niezależnie od rządów. Dlatego formułujemy własne procedury oraz strategie wdrożenia i nie dążymy do wdrażania polityki żadnego rządu, z wyjątkiem przypadków, gdy pokrywa się z naszą własną niezależną polityką. Nigdy w sposób świadomy – ani poprzez zaniedbanie – nie pozwolimy sobie ani naszym pracownikom, aby być narzędziem służącym do gromadzenia informacji wrażliwych o charakterze politycznym, wojskowym lub gospodarczym dla rządów lub innych organów, które mogą służyć innym celom, niż tym, które mają charakter wyłącznie humanitarny, ani nie będziemy występować w roli instrumentów polityki zagranicznej państw darczyńców. Będziemy wykorzystywać otrzymywaną pomoc do zaspokajania potrzeb, a taka pomoc nie powinna być motywowana potrzebą pozbycia się nadwyżek towarów przez darczyńcę ani interesami politycznymi jakiegokolwiek darczyńcy. Cenimy i promujemy dobrowolne przekazywanie pomocy w postaci robocizny oraz finansów przez osoby zainteresowane celem wsparcia naszej pracy i doceniamy niezależność działania promowanego przez taką dobrowolną motywację. W celu ochrony swojej niezależności będziemy dążyć do unikania uzależnienia od jednego źródła finansowania.

5. Szanujemy kulturę i obyczaje.

Dołożymy wszelkich starań, aby szanować kulturę, struktury oraz zwyczaje społeczności i państw, w których pracujemy.

6. Próbujemy prowadzić działania w obliczu klęsk według lokalnych możliwości.

Wszyscy ludzie i społeczności – nawet w obliczu klęski – mają zarówno możliwości, jak i podatności. W miarę możliwości będziemy wzmacniać takie zdolności, zatrudniając lokalny personel, kupując miejscowe materiały i prowadząc współpracę handlową z lokalnymi firmami. W miarę możliwości będziemy działać poprzez lokalne POH, które będą partnerami w planowaniu i wdrożeniu, a w stosownych przypadkach także współpracować z lokalnymi strukturami rządowymi. Będziemy traktować priorytetowo właściwą koordynację naszych działań związanych z reagowaniem w sytuacjach kryzysowych. Najlepiej jeśli jest ona prowadzona w krajach dotkniętych przez osoby bezpośrednio zaangażowane w działania pomocowe i powinna uwzględniać przedstawicieli odpowiednich organów ONZ.

7. Należy ustanowić sposoby angażowania beneficjentów programu w zarządzanie pomocą doraźną.

Działania pomocowe w odpowiedzi na klęskę nigdy nie powinny być narzucane ich beneficjentom. Efektywną pomoc i trwałą odbudowę można osiągnąć najlepiej, kiedy beneficjenci docelowi uczestniczą w projektowaniu, zarządzaniu oraz wdrażaniu programu pomocy. Będziemy dążyć do uzyskania pełnego zaangażowania społeczności w nasze programy pomocy i odbudowy.

8. Pomoc doraźna musi z założenia dążyć do ograniczenia przyszłego narażenia na klęski oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb.

Wszystkie działania pomocowe wpływają na perspektywy długoterminowego rozwoju, w sposób pozytywny bądź negatywny. Biorąc to pod uwagę, będziemy się starać wdrażać programy pomocy, które w sposób aktywny zmniejszają

podatność beneficjentów na przyszłe klęski i pomagają tworzyć zrównoważony styl życia. Będziemy zwracać szczególną uwagę na względy ochrony środowiska w projektowaniu i zarządzaniu programami pomocy. Będziemy również dążyć do minimalizowania negatywnego wpływu pomocy humanitarnej, starając się unikać długoterminowego uzależniania beneficjentów od pomocy zewnętrznej.

9. Ponosimy odpowiedzialność zarówno wobec osób, którym zamierzamy pomagać, jak i wobec podmiotów, od których przyjmujemy zasoby.

Często pełnimy rolę łącznika instytucjonalnego w partnerstwie pomiędzy tymi, którzy chcą pomóc, a tymi, którzy potrzebują pomocy podczas klęski. Dlatego ponosimy odpowiedzialność wobec obu stron. Każda nasza współpraca z darczyńcami i beneficjentami będzie odzwierciedlać podejście wynikające z otwartości oraz przejrzystości. Uznajemy konieczność sprawozdawania naszych działań, zarówno z perspektywy finansowej, jak i z punktu widzenia skuteczności. Uznajemy obowiązek zapewnienia właściwego nadzoru dystrybucji pomocy oraz przeprowadzania regularnych ocen wpływu pomocy w przypadku klęsk żywiołowych. Będziemy się także starać przedstawiać, w sposób otwarty, wpływ naszej pracy, a także czynniki ograniczające lub zwiększające taki wpływ. Nasze programy będą zgodne z wysokimi standardami profesjonalizmu i wiedzy fachowej, aby zmniejszyć marnotrawienie cennych zasobów.

10. W swoich działaniach w zakresie informowania, nagłaśniania i reklamowania szanujemy ofiary klęsk jako istoty ludzkie, które należy traktować z godnością, a nie jako zdesperowane bezosobowe jednostki.

Pod żadnym pozorem nie wolno zapominać o szacunku dla ofiary klęski jako równego partnera w działaniu. W swoich informacjach publicznych będziemy przedstawiać obiektywny obraz sytuacji klęski, podkreślając możliwości i aspiracje ofiar klęski, a nie tylko ich podatności na zagrożenia i obawy. Chociaż będziemy współpracować z mediami w celu wzmocnienia odpowiedzi publicznej, nie pozwolimy, żeby zewnętrzne lub wewnętrzne żądania rozgłosu stały się nadrzędne wobec zasady maksymalizacji ogólnej skuteczności pomocy. Będziemy unikać konkurowania z innymi agencjami udzielającymi pomocy w przypadku klęsk w zakresie relacji w mediach w sytuacjach, gdy takie relacje mogłyby być niekorzystne dla usług zapewnianych beneficjentom lub działać na szkodę bezpieczeństwa naszego personelu lub naszych beneficjentów.

Warunki pracy

Mając na uwadze jednostronne zobowiązanie dążenia do przestrzegania Kodeksu opisanego powyżej, przedstawiamy niektóre orientacyjne wytyczne wskazujące warunki pracy, które według nas powinny zapewniać rządy państw darczyńców, rządy państw przyjmujących i organizacje międzyrządowe – głównie agencje Organizacji Narodów Zjednoczonych – celem umożliwienia skutecznego uczestniczenia POH w działaniach w obliczu klęsk.

Poniższe wytyczne mają charakter wskazówek. Nie są wiążące prawnie, ani nie oczekujemy od państw i IGO, aby zasygnalizowały swoją akceptację wytycznych poprzez podpisanie określonego dokumentu, chociaż może to stanowić cel, nad którym można pracować w przyszłości. Są one prezentowane w myśl ducha otwartości i współpracy, tak aby nasi partnerzy mogli mieć świadomość idealnych stosunków, do jakich chcielibyśmy z nimi dążyć.

Załącznik I: Zalecenia dla rządów państw dotkniętych klęską

1. **Rządy powinny uznać i szanować niezależne, bezstronne oraz humanitarne działania POH.**

POH są instytucjami niezależnymi. Rządy państw przyjmujących powinny szanować ich niezależność i bezstronność.

2. **Rządy państw przyjmujących powinny niezwłocznie dać POH dostęp do ofiar klęsk.**

Jeżeli POH mają działać w pełnej zgodności z ich zasadami humanitarnymi, powinny mieć zapewniony bezzwłoczny i bezstronny dostęp do ofiar klęsk w celu niesienia pomocy humanitarnej. Rząd państwa przyjmującego ma obowiązek, w ramach ponoszenia suwerennej odpowiedzialności, nie blokować takiej pomocy oraz zaakceptować bezstronne i apolityczne działania POH. Rządy państw przyjmujących powinny ułatwić szybkie wejście personelu udzielającego pomocy, w szczególności znosząc wymagania dotyczące tranzytu, wiz wjazdowych i wyjazdowych lub zapewniając ich natychmiastowe wydanie. Rządy powinny wydać zezwolenie na przelot i lądowanie dla samolotu przewożącego międzynarodowe dostawy pomocowe i personel, na okres trwania fazy pomocy w sytuacji kryzysowej.

3. **Rządy powinny umożliwiać terminowy przepływ zasobów pomocowych i informacji w trakcie klęski.**

Dostawy zasobów i sprzętu pomocowego są przywożone do państwa wyłącznie w celu złagodzenia cierpienia ludzi, w nie w celu osiągnięcia korzyści lub zysków komercyjnych. Takie dostawy powinny mieć przyznane bezpłatne i nieograniczone przejście i nie powinny podlegać wymogowi uzyskania konsularnych świadectw pochodzenia lub faktur, licencji na import i/lub eksport ani innym restrykcjom czy podatkom od importu, opłatom za lądowanie lub opłatom portowym.

Przejściowy import niezbędnego sprzętu pomocowego, łącznie z pojazdami, lekkimi samolotami i urządzeniami telekomunikacyjnymi, powinien być prowadzony przez rząd państwa otrzymującego poprzez tymczasowe zniesienie restrykcji dotyczących licencji lub rejestracji. Rządy nie powinny również ograniczać powrotnego wywozu sprzętu pomocowego po zakończeniu operacji pomocowych.

W celu ułatwienia komunikacji w trakcie trwania klęski rządy państw przyjmujących powinny wyznaczyć określone częstotliwości radiowe, których mogą używać organizacje niosące pomoc do komunikacji wewnątrz kraju i poza jego granicami celem przekazywania komunikacji dotyczącej klęski, a także powinny przekazać informacje na temat takich częstotliwości społecznościom reagującym na klęskę przed jej wystąpieniem. Powinny zezwolić personelowi niosącemu pomoc na korzystanie ze wszystkich środków komunikacji niezbędnych do prowadzenia działań pomocowych.

4. **Rządy powinny dążyć do przekazywania skoordynowanych informacji i planowania w obliczu klęski.**

Ostatecznie to rząd kraju przyjmującego odpowiada za ogólne planowanie i koordynację działań pomocowych. Planowanie i koordynację można w dużym stopniu wzmocnić, jeżeli POH otrzymają informacje na temat potrzeb pomocowych i systemów rządowych do planowania i wdrożenia działań pomocowych, a także informacje na temat potencjalnych zagrożeń bezpieczeństwa, na które mogą się napotkać. Apeluje się do rządów o przekazywanie takich informacji do POH.

W celu zapewnienia skutecznej koordynacji oraz wydajnego i efektywnego wykorzystania środków pomocowych apeluje się do rządów państw przyjmujących, aby powołały, przed wystąpieniem klęski, pojedynczy punkt kontaktu dla pojawiających się POH, poprzez który będą mogły współpracować z krajowymi władzami.

5. Niesienie pomocy na wypadek klęski w przypadku konfliktu zbrojnego.

W przypadku konfliktu zbrojnego działania pomocowe podlegają stosownym postanowieniom międzynarodowego prawa humanitarnego.

Załącznik II: Zalecenia dla rządów państw darczyńców

1. Rządy państw darczyńców powinny uznać i szanować niezależne, bezstronne oraz humanitarne działania POH.

POH są instytucjami niezależnymi, a rządy państw darczyńców powinny szanować ich niezależność i bezstronność. Rządy państw darczyńców nie powinny wykorzystywać POH do osiągania jakichkolwiek celów o charakterze politycznym lub ideologicznym.

2. Rządy państw darczyńców powinny zapewniać finansowanie z gwarancją niezależności operacyjnej.

POH przyjmują finansowanie i pomoc materialną od rządów państw darczyńców w tym samym duchu, jaki przyświeca im przy udzielaniu pomocy ofiarom klęsk. Jest to człowieczeństwo i niezależność działania. POH będzie ostatecznie odpowiedzialna za wdrożenie działań pomocowych, które będą realizowane zgodnie z procedurami tej POH.

3. Rządy państw darczyńców powinny wykorzystywać swoje dobre usługi, aby wspomóc POH w uzyskaniu dostępu do ofiar klęski.

Rządy państw darczyńców powinny uznać wagę przyjęcia odpowiedzialności za bezpieczeństwo i wolność dostępu personelu POH do miejsc dotkniętych klęską. W miarę potrzeby powinny być przygotowane do prowadzenia rozmów dyplomatycznych z rządami państw przyjmujących w odniesieniu do takich kwestii.

Załącznik III: Zalecenia dla organizacji międzyrządowych

1. IGO powinny uznawać lokalne i zagraniczne POH jako cennych partnerów.

POH są otwarte na współpracę z agencjami ONZ i innymi organizacjami międzyrządowymi w celu zapewnienia skuteczniejszego reagowania na wypadek klęski. Współpracują w duchu partnerstwa, który szanuje integralność i niezależność wszystkich partnerów. Organizacje międzyrządowe muszą szanować niezależność i bezstronność POH. Agencje ONZ powinny się konsultować z POH przy sporządzaniu planów pomocy.

2. IGO powinny pomagać rządom państw przyjmujących zapewniać ogólne ramy koordynacji dla międzynarodowych i lokalnych działań pomocowych na wypadek klęski.

POH zazwyczaj nie mają odpowiednich kompetencji, aby zapewniać ogólne ramy koordynacji działań w przypadku klęsk wymagających reakcji międzynarodowej. Taką odpowiedzialność ponosi rząd państwa przyjmującego oraz właściwe organy Organizacji Narodów Zjednoczonych. Wzywa się je do zapewniania tej usługi

w sposób skuteczny i na czas, aby pomóc dotkniętemu państwu oraz krajowej i międzynarodowej społeczności reagującej w obliczu klęsk. Niezależnie od przypadku, POH powinny podejmować wszelkie starania celem zapewnienia skutecznej koordynacji swoich własnych usług.

W przypadku konfliktu zbrojnego działania pomocowe podlegają stosownym postanowieniom międzynarodowego prawa humanitarnego.

3. IGO powinny objąć ochroną zapewnianą podmiotom ONZ także POH.

W przypadku gdy dla organizacji międzyrządowych zapewniane są usługi ochrony, powinny one być także oferowane ich operacyjnym partnerom POH, jeżeli zwrócą się o takie wsparcie.

4. IGO powinny oferować POH taki sam dostęp do stosownych informacji, jaki jest przyznany podmiotom ONZ.

Wzywa się IGO do udostępnienia partnerom operacyjnym POH wszystkich informacji, które są niezbędne do wdrożenia skutecznych działań w zakresie reagowania.

Załącznik 3
Skróty i Akronimy

ART	terapia antyretrowirusowa
BMI	wskaźnik masy ciała
CBA	pomoc pieniężna
CDC	Ośrodki kontroli i profilaktyki chorób
CHS	Podstawowy Standard Humanitarny w Sprawie Jakości i Odpowiedzialności
cm	centymetr
CMR	surowy współczynnik śmiertelności
CN	choroby niezakaźne
CRPD	Konwencja na temat Praw Osób z Niepełnosprawnościami
DPT	błonica, koklusz i tężec
FANTA	Projekt pomocy technicznej w zakresie żywności i żywienia
FAO	Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa
FRC	wolny chlor resztkowy
HWTSS	oczyszczanie i bezpieczne przechowywanie wody w gospodarstwach domowych
IASC	Stały Komitet Międzyagencyjny
ICCPR	Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych
ICRC	Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża
IFRC	Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca
INEE	sieć na rzecz edukacji w sytuacjach nadzwyczajnych
IYCF	karmienie niemowląt i małych dzieci
km	kilometr
LEGS	Wytyczne i Standardy dla Nagłych Przypadków Dotyczących Żywego Inwentarza
LGBTQI	lesbijki, geje, osoby biseksualne, transseksualne, queerowe, interseksualne
LLIN	moskitiera nasączona środkami owadobójczymi o długim działaniu
MERS	Standardy minimalne w zakresie naprawy gospodarczej
MISMA	Minimalny standard analizy rynku
MPH	międzynarodowe prawo humanitarne
MSF	*Médecins sans Frontières* (Lekarze bez Granic)
MSOD	Minimalne Standardy Ochrony Dzieci
MUAC	obwód ramienia mierzony w połowie długości
MZ	ministerstwo zdrowia
NEON	nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka
NGO	organizacje pozarządowe
NTU	nefelometryczne jednostki mętności
NZ	Narody Zjednoczone
OCHA	Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej
OHCHR	Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka
OJA	Organizacja Jedności Afrykańskiej (obecnie Unia Afrykańska)

OWW	osoba wewnętrznie wysiedlona
PPN	profilaktyka po narażeniu
PUP	przemoc uwarunkowana płcią
RNI	referencyjna wartość spożycia składników odżywczych
RPS	Rozszerzony Program Szczepień
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (sieć)
ŚOO	środki ochrony osobistej
ŚPOZ	środowiskowy pracownik opieki zdrowotnej
STI	choroby przenoszone drogą płciową
SZIZ	system zarządzania informacją zdrowotną
TB	gruźlica
U5CMR	surowy współczynnik śmiertelności u dzieci poniżej piątego roku życia
UNFPA	Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych
UNHCR	Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (Agencja ONZ ds. Uchodźców)
UNICEF	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci
UON	umiarkowanie ostre niedożywienie
WASH	zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny
WFH	wskaźnik wagi do wzrostu
WFP	Światowy Program Żywności
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
WOAR	wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie
ZKI	zapobieganie i ograniczanie infekcji
ZZCWD	zintegrowane zarządzanie chorobami wieku dziecięcego
ZZPS	Zintegrowane zarządzanie przypadkami w społeczności

I Indeks

Indeks

A

AIDS. *Patrz* HIV/AIDS
akceptowalność
  bezpieczeństwo żywnościowe 213
  pracownicy opieki zdrowotnej 328
akronimy 429
analiza działań w zakresie reagowania 21
analiza rynku
  analiza działań w zakresie reagowania 21
  ocena bezpieczeństwa żywnościowego 185
  odniesienia / materiały dodatkowe 29
anestezjologia 364
artykuły gospodarstwa domowego 279
  dystrybucja 282
  lista kontrolna 297
  sztuczne oświetlenie 281
audyty 91

B

badania laboratoryjne 344
beneficjenci, zaangażowanie 423
bezpieczeństwo. *Patrz również* gwarancja bezpieczeństwa; *patrz również* zabezpieczenie
  artykuły gospodarstwa domowego 281
  budynki użyteczności publicznej 286
  dystrybucje 111, 225
  łańcuch wodny 122
  leczenie urazów 363
  osiedla 260, 273
  placówki opieki zdrowotnej 325
  pomieszczenia 277
  pomoc humanitarna 43
  pożar 273
  praca 236
  pracownicy opieki zdrowotnej 335
  szczepionki 349
  toalety 129
bezpieczeństwo pożarowe 273
bezpieczeństwo, prawo 34
bezpieczeństwo żywnościowe
  akceptowalność 213
  informacje ogólne 210
  istotne pojęcia 176
  lista kontrolna 238
  oceny 181, 182
  połączone z innymi prawami 179
bezstronność, pomoc humanitarna 45, 61, 62, 422
biegunka 158, 343, 352
błonica 347
broń objęta ograniczeniami 411
budowa, schronienie 283

C

cholera 346
choroby. *Patrz również* HIV/AIDS; *patrz również* infekcje; *patrz również* ogniska chorób; *patrz również* zapobieganie
  biegunka 158, 343, 352
  błonica 347
  cholera 346
  choroby związane z wodą i warunkami sanitarnymi 161
  gruźlica 344
  koklusz 347
  niezakaźne 336, 370
  odra 349
  polio 346, 349
  przenoszenie drogą fekalno-oralną 158
  przenoszone przez komara egipskiego 339
  wirusowa gorączka krwotoczna 346
  zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 346
  zapalenie płuc 352
  żółtaczka 346
  żółta gorączka 346
choroby niezakaźne (CNZ) 370
choroby przenoszone przez komara egipskiego 339
choroby układu oddechowego 343
choroby zakaźne
  diagnostyka i zarządzanie przypadkami chorobowymi 342
  gotowość i reagowanie na ogniska chorób 344
  informacje ogólne 336
  nadzór, wykrywanie ognisk choroby i wczesne reagowanie 339
  profilaktyka 337
CMR (surowe współczynniki śmiertelności) 316, 351, 384

D

dane. *Patrz* informacje
dane pochodzące z okresu przed kryzysem, ocena bezpieczeństwa żywnościowego 183
darowizny rzeczowe 90
dezagregacja, danych 12, 62, 335
dezynfekcja, woda 123
diagnozowanie
  choroby zakaźne 342
  niedobory mikroelementów 200
dobra kulturalne 411
dokumentacja 48
dorośli. *Patrz również* osoby; *patrz również* ludzie
  niedożywienie 245
dostawa. *Patrz również* dystrybucja

dostawy. *Patrz również* dystrybucja
higiena menstruacyjna 114
nietrzymanie moczu i stolca 114
żywność 222, 226
dostęp
osiedla/schronienie 272
pomoc humanitarna 44
systemy sprawiedliwości 49
toalety 127
woda 116
wsparcie prawne 49
żywność 216
dystrybucja
artykuły gospodarstwa domowego 282
bezpieczeństwo podczas 111, 225
harmonogramy 225
informacje 225
podstawowe leki 330
punkty 225
racje w postaci mokrej 224
racje w postaci suchej 224
żywność 222, 226
działania przeciwminowe 53
dzieci. *Patrz również* niemowlęta i małe dzieci; *patrz również* opieka zdrowotna
choroby 350
fekalia 127
karmienie 202, 352
karmienie, sztuczne 204, 207
niedożywienie 244
ochrona 13, 352
oddzielone 352
opieka zdrowotna 347
przemoc seksualna 358
przemoc uwarunkowana płcią 209
szczepienie 348, 349
WASH 109
źródła / materiały dodatkowe 95
Dzieci
Wytyczne 419
dzieci oddzielone od rodziny 352

E

energia
dostawa 281
produkcja żywności 231
zużycie 293
erozja 293
ewaluacja
Standardy Minimalne 10
źródła / materiały dodatkowe 96

G

godność
gwarancja bezpieczeństwa 42
prawo do 34
Godność
Zabezpieczenie 424
gospodarowanie odchodami
dostęp i korzystanie z toalet 127
infekcje 162
informacje ogólne 125, 149
lista kontrolna 155
odbiór, transport, usuwanie i oczyszczanie 131
stopniowe wprowadzanie 126
źródła / materiały dodatkowe 168
gospodarowanie odpadami stałymi
działania podejmowane przez gospodarstwa domowe i osoby indywidualne 141
informacje ogólne 139
lista kontrolna 157
poziom społeczności 142
źródła / materiały dodatkowe 169
gospodarstwa domowe, które nie zostały wysiedlone. 267
grupy narażone na ryzyko
bezpieczeństwo żywnościowe 183, 212
pomoc żywnościowa 217
promocja higieny 111
grupy szczególnie narażone
niedożywienie 178
grupy wysokiego ryzyka, zwalczanie wektorów 138
gruźlica (TB) 344
gwałt 356
gwarancja bezpieczeństwa
godność 42
prawa 42

H

higiena. *Patrz również* promocja higieny
artykuły 110
menstruacyjna 112, 130, 167
żywność 227
higiena menstruacyjna 112, 130, 167
HIV/AIDS
dzieci 352
informacje ogólne 358
karmienie niemowląt 209
pomoc żywnościowa 218
ryzyko związane z ochroną 15
walka z niedożywieniem 197

I

IGO (organizacje pozarządowe)
Definicja 422
zalecenia 426
ilości
toalety 160
woda 118, 148, 159
infekcje
zapobieganie i zwalczanie infekcji (ZKI) 148, 170
informacje. *Patrz również* komunikacja
dezagragacja 62, 335
dezagregacja 12
dostępność 48
dystrybucje 225

obowiązki organizacyjne 70
ocena żywienia 186
osobowe 67, 69
poufność 73, 335
przepływ 425
udostępnianie 71, 78, 80
wrażliwość 44, 47
zdrowie publiczne 333
informacje i planowanie w obliczu klęski 425
informacje zwrotne
obowiązki organizacyjne 72
pomoc humanitarna 69
interesariusze. *Patrz* organizacje humanitarne; *patrz* rząd państwa przyjmującego; *patrz* rządy państw przyjmujących
interwencje psychologiczne 368
interwencje w zakresie terapii antyretrowirusowej 361

J

jakość
pracownicy opieki zdrowotnej 329
woda 121, 148
żywienie 216
żywność 218

K

karmienie niemowląt
HIV 209
informacje ogólne 202
karmienie piersią 197
pomiar niedożywienia 244
sztuczne 204
uzupełniające 208
wsparcie wielosektorowe 204
karmienie piersią 197, 207
karmienie sztuczne, niemowlęta i małe dzieci 204, 207, 221
Karta Humanitarna
informacje ogólne 5, 32, 406
wspólne zasady 33
zobowiązanie 35
klęski
Definicja 422
traktaty 415
Wytyczne 416
klimat, pomieszczenia 277
kluczowe działania 7
kluczowe wskaźniki 7
kobiety, w ciąży i karmiące piersią 207
Kodeks Postępowania
informacje ogólne 421
Podstawowe Zasady 6, 422
kodeksy budowlane 285
koklusz 347
komfort termiczny 281
komplementarność 77
komunikacja. *Patrz również* informacje
etyczne 71, 73
informacje ogólne 69, 71
obowiązki organizacyjne 70
praktyki związane z karmieniem 203
WASH 109
zwalczanie wektorów 138
konflikty zbrojne
niesienie pomocy na wypadek klęski 426
postanowienie prawne 34
traktaty i przepisy prawa zwyczajowego 411
Wytyczne 412
kontrola śmiertelności 378
koordynacja
cywilno-wojskowa 19, 79
międzysektorowe 79
organizacje partnerskie 80
pomoc humanitarna 77
wspólne dystrybucje 112
źródła / materiały dodatkowe 95
korupcja 89, 90
koszt diety 185
kryteria przyjęcia
programy karmienia 244, 245
walka z niedożywieniem 192, 196
kryteria wypisu, walka z niedożywieniem 196
kryzysy długotrwałe 17
krzywda. *Patrz również* zasada „nie szkodzić”:
unikanie narażenia 42
kultura/zwyczaje 277, 423

L

leczenie
malaria 136
niedobory mikroelementów 201
niedożywienie 192
woda 168
leczenie bólu 365
leczenie ran 365
leki kontrolowane 331
leki, kontrolowane 331
leki psychotropowe 369
listy kontrolne
bezpieczeństwo żywnościowe 238
gospodarowanie odpadami stałymi 157
ocena bezpieczeństwa nasion 240
ocena żywienia 242
promocja higieny 153
środki do życia 238
WASH – ogólna 153
zaopatrzenie w wodę 154
zwalczanie wektorów 156
logistyka 29
ludobójstwo, traktaty 410
ludzie. *Patrz również* dzieci; *patrz również* osoby niepełnosprawne; *patrz również* osoby starsze; *patrz również* niemowlęta i małe dzieci; *patrz również* osoby przemieszczające się
prawa, z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego 369

M

malaria
leczenie 136
profilaktyka 138
zapobieganie 339
małe dzieci. *Patrz* niemowlęta i małe dzieci
materiały budowlane 285
międzynarodowe prawo humanitarne
traktaty 411
Wytyczne 412
Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Mlekozastępczych 204
miny przeciwpiechotne 53, 411
możliwości lokalne 65, 423
mycie rąk 109, 130

N

nadużywanie praw o charakterze przestępczym 410
nadzór
naruszenia 47
pomoc pieniężna 24
Standardy Minimalne 10
zarządzanie łańcuchem dostaw 26
nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka (MEON) 10
nadzorowanie
dostawy żywności 226
dostęp do żywności 216
dystrybucje żywności 226
produkcja żywności 233
walka z niedożywieniem 193
wykorzystanie żywności 217, 228
naruszenia, nadzór 47
narzędzia komunalne 286
nasiona 232, 240, 1, 7
nauka oparta na współpracy 82
NEON (nadzór, ewaluacja, odpowiedzialność i nauka) 10
NGO (organizacje pozarządowe) 421
niedobory
mikroelementów 199, 208, 247
źródła / materiały dodatkowe 4
niedożywienie. *Patrz również* żywienie; *patrz również* niedożywienie; *patrz również* niedożywienie
grupy szczególnie narażone 178
informacje ogólne 189
interpretowanie poziomów 187
kierowanie 189, 190, 194
pomiar 244
przyczyny 176
zagrożenia 242
niemowlęta i małe dzieci. *Patrz również* karmienie niemowląt
choroby 350
fekalia 127
szczepienie 348, 349
nietrzymanie moczu i stolca 112, 167
niezbędne
dostępność 374
leki 329, 372
psychotropowe 369

O

obowiązki gospodarstwa domowego 236
obowiązki organizacyjne
adekwatność i stosowność pomoc humanitarna 61
informacje 70
informacje zwrotne 72
komunikacja 70
negatywne skutki pomocy humanitarnej 67
polityka w zakresie uczenia się 81
pracownicy 84
skargi 74
skuteczność i terminowość 64
współpraca 78
zarządzanie zasobami 89
obowiązki rodzinne 236
obozy. *Patrz* osiedla komunalne
obrażenia
i urazów 361
spowodowane ostrymi przedmiotami 326
obserwacja
informacje ogólne 65
źródła / materiały dodatkowe 96
obszary miejskie
działania reagowania w zakresie zdrowia 317
gospodarowanie odpadami stałymi 140
schronienie i zasiedlenie 261
WASH 103
wyzwania 18, 178
zasoby naturalne 294
obszary wiejskie 294
ocena IYCF-E 206
oceny
Choroby niezakaźne 371
planowanie schronienia i zasiedlenia 267
stany zdrowia psychicznego 367
źródła / materiały dodatkowe 94
oceny karmienia 187
oceny ryzyka, zapobieganie chorobom 338
ochrona
działania 41
dzieci 13, 352
mechanizmy 44, 46
odniesienia / materiały dodatkowe 53
Osoby LGBTIQI 15
osoby niepełnosprawne 14
osoby starsze 13
pacjenci HIV/AIDS 15
pomieszczenia 277
prawo 34
WASH 166
źródła / materiały dodatkowe 96
ochrona zdrowia matek 354
oczyszczanie i bezpieczne przechowywanie wody w gospodarstwach domowych 123, 164

odchody ludzkie. *Patrz również* gospodarowanie odchodami
definicja 125
odpady. *Patrz również* gospodarowanie odchodami; *patrz również* gospodarowanie odpadami stałymi; *patrz również* odpady z targowisk
ponowne wykorzystanie 293
recykling 293
ubojnia 143
odpady z targowisk 143
odpady z ubojni 143
odpowiedzialność
Standardy Minimalne 10
źródła / materiały dodatkowe 93
Odpowiedzialność
informacje ogólne 424
odprowadzanie wody
ścieki 120
woda deszczowa i wody powodziowe 272
odra 349
ogniska chorób
alerty 381
badania 342
działania w zakresie reagowania 144
wartości progowe 341
WASH 170
wykrywanie 341
zwalczanie 344
opieka chirurgiczna 364
opieka nad noworodkiem 351, 354
opieka paliatywna 373
opieka u schyłku życia. *Patrz* opieka paliatywna
opieka zdrowotna. *Patrz również* systemy opieki zdrowotnej
akceptowalność 324
choroby niezakaźne 370
dzieci 347
finansowanie 331
istotne pojęcia 316
leczenie obrażeń i urazów 361
lista kontrolna 376
odpady 149
opieka paliatywna 373
podstawowa 336
połączone z innymi prawami 317
świadczenie 322
szczególne kwestie w celu zapewnienia ochrony 319
WASH 144
zdrowie psychiczne 365
zdrowie seksualne i reprodukcyjne 353
opiekunowie, pomoc żywnościowa 218
opróżnianie 131
organizacje. *Patrz* organizacje humanitarne
organizacje humanitarne
mechanizmy rozpatrywania skarg 74, 76
obserwacja 65
ograniczenia 64
podejmowanie decyzji 65
polityka w zakresie innowacji 80
uczenie się 80
wytyczne służące zapobieganiu negatywnym skutkom 68
zarządzanie wiedzą 83
organizacje międzyrządowe (IGO)
Definicja 422
zalecenia 426
organizacje partnerskie 80
organizacje pozarządowe (NGO) 421
osiedla komunalne
gospodarowanie odpadami stałymi 141
informacje ogólne 19
zwalczanie wektorów 134
osiedla/schronienie
artykuły gospodarstwa domowego 279
bezpieczeństwo 260, 273
bezpieczeństwo pożarowe 273
dostawy energii 281
dostęp 272
eksploatacja i konserwacja 274
kluczowe pojęcia 260
komfort termiczny 281
likwidacja i przekazanie 274
lista kontrolna 295
obszary miejskie 261
planowanie 266, 269
planowanie terenu 271
podstawowe usługi i udogodnienia 271
powierzchnia mieszkalna 275
powierzchnie 271
prawo do mieszkania 287
środki do życia 268, 273, 297
środowisko 291
warianty pomocy 303
warianty wdrożenia 267, 306
wsparcie techniczne 283
wybór terenu 134, 293
zmniejszenie przestępczości 273
osoby. *Patrz również* dzieci; *patrz również* osoby niepełnosprawne; *patrz również* osoby starsze
definicja 12
Osoby. *Patrz również* Dzieci
Osoby LGBTIQI 15
osoby młode, działalność budowlana 285
osoby niepełnosprawne. *Patrz* osoby niepełnosprawne
ochrona 14
odniesienia / materiały dodatkowe 53
pomiar niedożywienia 246
pomoc żywnościowa 218
źródła / materiały dodatkowe 95
osoby przemieszczające się
generowanie odpadów stałych 140
WASH 109
osoby starsze
niedożywienie 246
ochrona 13
pomoc żywnościowa 217
materiały dodatkowe 53
osoby wnoszące skargi 76
osoby zajmujące się odpadami 141
oszustwo 91

P

paliwo 281
partycypacja
  budowa schronień 284
  pomoc humanitarna 69, 72
pierwsza pomoc 363, 368
planowanie
  gospodarowanie odpadami stałymi 142
  lokalizacja i zasiedlenie 269
  schronienie i zasiedlenie 266
planowanie rodziny 355
plany opieki 374
płatności 235
płeć 14, 95
podatności 12, 62, 423
podmioty krajowe, wsparcie 17
podmioty lokalne, wsparcie 17
podręczniki żywieniowe 7
Podręcznik Sfery
  informacje ogólne 4
  rozdziały 5
podstawowe usługi 271, 297
Podstawowe zasady ochrony
  informacje ogólne 40
  zastosowanie 41
Podstawowe Zasady Ochrony
  informacje ogólne 5
Podstawowy Standard Humanitarny dotyczący Jakości i Odpowiedzialności (PSH)
  adekwatność i stosowność 60
  informacje ogólne 58
  komunikacja, partycypacja oraz informacje zwrotne 69
  koordynacja i komplementarność 77
  mechanizmy rozpatrywania skarg 73
  możliwości lokalne i skutki negatywne 65
  polityka w zakresie innowacji i uczenia się 80
  pracownicy 83
  skuteczność i terminowość 62
  struktura 58
Podstawowy Standard Humanitarny w Sprawie Jakości i Odpowiedzialności (PSH)
  bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie 180
  informacje ogólne 5
  odniesienia do prawa do odpowiedniego schronienia 265
  odniesienia do prawa do odpowiedniej opieki zdrowotnej zapewnianej na czas 318
  odniesienia do prawa do wody i warunków sanitarnych 105
podstawy prawne, Sfera 406
POH. *Patrz* pozarządowe organizacje humanitarne (POH)
polio 346, 349
Polityka 422
położnictwo 354
pomiary antropometryczne 187
pomiary pośrednie, ocena bezpieczeństwa żywnościowego 184
pomieszczenia 275
pomoc finansowa, produkcja żywności 231
pomoc humanitarna
  adekwatność 60
  bezpieczeństwo 43
  bezstronność 45, 61, 62, 422
  dostęp 44
  informacje zwrotne 69
  komplementarność 77
  komunikacja 69
  koordynacja 77
  możliwości lokalne 65, 423
  nastawienie na dobro człowieka 96
  niezależność od rządów 423
  ogólne standardy ochrony i jakości 417
  partycypacja 69, 72
  Polityka 422
  pomoc pieniężna 23
  prawo do otrzymania 34, 422
  Religia 422
  siły zbrojne 19, 79
  skargi 73
  skuteczność 62
  skutki negatywne 65
  stosowność 60
  terminowość 62
  traktaty 415
  warunki operacyjne 16
  Wytyczne 416, 417
pomoc pieniężna
  informacje ogólne 10
  lista kontrolne 23
  odniesienia / materiały dodatkowe 29
  WASH 172
  źródła / materiały dodatkowe 94
pomoc żywnościowa 223
  gotówka i vouchery 228
  informacje ogólne 214
  selekcja odbiorców 223
  wymagania ogólne w zakresie żywienia 215
ponowne wykorzystanie
  odpady 293
  odpady stałe 141
populacje wewnętrznie wysiedlone (PWW)
  traktaty dotyczące 413
  Wytyczne 414, 420
populacje wysiedlone 267. *Patrz również* populacje wewnętrznie wysiedlone (PWW)
populacji wysiedlonych. *Patrz również* populacje wewnętrznie wysiedlone (PWW)
postępowanie. *Patrz* leczenie ran; *patrz* postępowanie ze zmarłymi
postępowanie w przypadku śmierci 151
postępowanie ze zmarłymi 326
potrzeby w zakresie leczenia, złożone 371
poufność 73, 335
powrót, populacje wysiedlone 268
pozarządowe organizacje humanitarne (POH)
  Definicja 421
  informacje ogólne 425, 426
pracownicy
  dobrostan 85, 87
  kompetencje 84, 86

konflikty interesów 91
rozwój umiejętności 86, 87
wolontariusze 85
wsparcie dla 83
wytyczne 84, 86, 87
wyzyskiwanie i przemoc seksualna oraz przemoc ze strony 68
wyzyskiwanie i przemoc ze strony 67
zachowanie i kodeksy postępowania 76
pracownicy opieki zdrowotnej 327, 335. *Patrz również* środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej (ŚPOZ)
pracownicy zapewniający pomoc. *Patrz* pracownicy opieki zdrowotnej; *patrz* środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej (ŚPOZ)
pracowników zapewniających pomoc. *Patrz* pracownicy
prawa
egzekwowanie 48
gwarancja bezpieczeństwa 42
pacjenci 325
pacjentów 325
rehabilitacja 364
reintegracja społeczna 364
współudział w naruszaniu 43
zdarzenia niepożądane 326
prawa człowieka
traktaty i przepisy prawa zwyczajowego 407
Wytyczne 410
prawa do zasobów mieszkaniowych, gruntów i nieruchomości 53
prawo do godnego życia 34
prawo do mieszkania
bezpieczeństwo 287
definicja 288
prawo do ochrony i bezpieczeństwa 34
prawo do odpowiedniego schronienia
informacje ogólne 260
odniesienia do Podstawowego Standardu Humanitarnego 265
odniesienia do prawa międzynarodowego 264
odniesienia do Zasad Ochrony 265
połączone z innymi prawami 264
prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej zapewnianej na czas
odniesienia do Podstawowego Standardu Humanitarnego 318
odniesienia do prawa międzynarodowego 318
odniesienia do Zasad Ochrony 318
prawo do odpowiedniej żywności 176, 179
prawo do otrzymania pomocy humanitarnej 34, 45, 422
prawo do ubiegania się o azyl lub schronienie 35
prawo do wody i warunków sanitarnych 102
odniesienia do Podstawowego Standardu Humanitarnego 105
odniesienia do Zasad Ochrony 105
połączone z innymi prawami 104
prawo międzynarodowe 104
źródła / materiały dodatkowe 165
prawo do wolności od głodu 176
prawo międzynarodowe. *Patrz również* międzynarodowe prawo humanitarne
prawo do odpowiedniego schronienia 264
prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej zapewnianej na czas 318
prawo do wody i warunków sanitarnych 104
preparaty do początkowego żywienia niemowląt 207
procesy rejestracji, pomoc żywnościowa 224
produkcji żywności
energia 231
łańcuchy dostaw 233
nadzór 233
pomoc finansowa 231
sezonowość 232
strategii 231
wahanie cen 232
produkty krwiopochodne 331
produkty mlekozastępcze 207
profilaktyka. *Patrz również* szczepienia
choroby zakaźne 337
HIV 360
infekcje 148, 170, 325
malaria 138, 339
niedobory mikroelementów 201
niedożywienie 192
oceny ryzyka 338
prognozowanie, podstawowe leki 330
programy oparte na mechanizmach rynkowych
artykuły gospodarstwa domowego 281
artykuły higieniczne 111
informacje ogólne 10, 22
odniesienia / materiały dodatkowe 29
woda 119
programy żywienia uzupełniającego 194
promocja higieny
artykuły higieniczne 110
higiena menstruacyjna 112
informacje ogólne 106
lista kontrolna 153
nietrzymanie moczu i stolca 112
źródła / materiały dodatkowe 166
protokół leczenia 343
prywatność 277
przechowywanie
podstawowe leki 330
woda 111, 119, 123
żywność 228, 233
przejrzystość 91
przemoc 67. *Patrz również* ochrona; *patrz również* przemoc uwarunkowana płcią; *patrz również* wyzyskiwanie i przemoc seksualna (WPS)
przemoc seksualna 356
przemoc uwarunkowana płcią
informacje ogólne 14
materiały dodatkowe 53
Wytyczne 418
źródła / materiały dodatkowe 96
przenoszenie drogą fekalno-oralną, choroby 158
przenoszenie z matki na dziecko, HIV 361
przepływ, zasoby pomocowe / informacje związane z pomocą 425

przygotowanie/przetwarzanie, żywność 228
przywództwo lokalne 66, 67
PSH. *Patrz* Podstawowy Standard Humanitarny w Sprawie Jakości i Odpowiedzialności (PSH); *patrz* Podstawowy Standard Humanitarny dotyczący Jakości i Odpowiedzialności (PSH)
PWW. *Patrz* populacje wewnętrznie wysiedlone (PWW)

R

racje 216, 224
ramy prawne, przemoc seksualna 358
recykling, odpady 141, 293
rehabilitacja, pacjenci 364
reintegracja społeczna, pacjenci 364
religia
  opieka paliatywna 375
  pomoc humanitarna 422
równość płci 418
Rozszerzony Program Szczepień (RPS) 348, 349
roztwory chloru 149
RPS (Rozszerzony Program Szczepień) 348, 349
rząd państwa przyjmującego 77
rządy. *Patrz* rząd państwa przyjmującego; *patrz* rządy państw darczyńców; *patrz* rządy państw przyjmujących
rządy państw darczyńców 426
rządy państw przyjmujących 425. *Patrz* rząd państwa przyjmującego; *patrz* rządy państw przyjmujących

S

scenariusze zasiedlenia
  charakterystyki 301
  opisy 299
  po zakończeniu kryzysu 262
schronienie. *Patrz* osiedla/schronienie
sektor prywatny
  ochrona źródeł utrzymania 237
  pomoc humanitarna 78
Sfera 4, 406
siły nabywcze 236
siły zbrojne 19, 79
skargi 73
skróty 429
skutki negatywne
  pomoc humanitarna 65
  przemoc 67
ŚOO (środki ochrony osobistej) 151, 326
społeczności
  gospodarowanie odpadami stałymi 142
  mechanizmy rozpatrywania skarg 73
  napięcia 232
  odporność 67
  pierwsza pomoc 363
społeczności przyjmujące 268
ŚPOZ (środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej) 328, 343
środki do życia
  dochody i zatrudnienie 233
  informacje ogólne 229
  lista kontrolna 238
  osiedla 273, 297
  produkcja pierwotna 230
środki ochrony osobistej (ŚOO) 151, 326
środki sieci bezpieczeństwa, środki do życia 235
środowisko
  bezpieczeństwo żywnościowe 183, 213
  ludność przyjmująca 297
  osiedla/schronienie 291
  pomoc humanitarna 20, 68
  zasoby naturalne 88, 90
  źródła / materiały dodatkowe 95
  zwalczanie wektorów 136
środowiskowi pracownicy opieki zdrowotnej (ŚPOZ) 328, 343. *Patrz również* pracownicy opieki zdrowotnej
standardy. *Patrz również* Standardy Minimalne
  ogólna ochrona i jakość 417
  powiązania z innymi standardami 8, 417
  struktura 6
standardy dotyczące towarzyszenia innym 8
Standardy Minimalne 6
  informacje ogólne 36
  NEON 10
  ocena i analiza 9
  opracowanie strategii 9
  prawo do odpowiedniej żywności 176
  prawo do wolności od głodu 176
  stosowanie w kontekście 8
  tworzenie programu 9
  wdrożenie 10
standardy towarzyszące 417
Standardy Zawodowe Dotyczące Zapewnienia Ochrony. 50
stopniowe prawo do mieszkania 289
strategie. *Patrz również* strategie przejściowe; *patrz również* strategie wyjścia; *patrz również* strategie radzenia sobie
  spracowanie 9
strategie przejściowe
  bezpieczeństwo żywnościowe 212
  informacje ogólne 66
strategie radzenia sobie 184
strategie wyjścia
  bezpieczeństwo żywnościowe 212
  informacje ogólne 66, 67
suplementacja, mikroelementy 199
surowe współczynniki śmiertelności (CMR) 316, 351, 384
świadoma zgoda 71
systemy informacji
  zarządzanie opieką zdrowotną 334, 381
  zdrowie 334
  żywienie i bezpieczeństwo żywnościowe 183
systemy informacji zdrowotnej 334
systemy nadzoru opieki zdrowotnej 334

systemy opieki zdrowotnej. *Patrz również* opieka zdrowotna
dane na temat zdrowia publicznego 333
finansowanie 331
informacje ogólne 321
opieka w zakresie chorób niezakaźnych 372
podstawowe leki i urządzenia medyczne 329
pomoc żywnościowa 217
pracownicy opieki zdrowotnej 327
świadczenie opieki zdrowotnej 322
wsparcie i rozwój 317
systemy sprawiedliwości 49
systemy zarządzania informacją zdrowotną (SZIZ) 334, 381
systemy zasobów ludzkich 62
szczepienia
dzieci 348, 349
kampanie 338, 346
niemowlęta i małe dzieci 348, 349
SZIZ (systemy zarządzania informacją zdrowotną) 334, 381
szkoły, WASH 115
szpitale polowe 364
sztuczne oświetlenie 281
szybkie reagowanie, ocena żywienia 186

T

TB (gruźlica) 344
terapie antyretrowirusowe 361
teren
planowanie 271
wybór 134, 293
terminowość 62
toalety
dostęp 127
gospodarstwo domowe 130
ilości 160
komunalne 130
promocja 109
stosowanie pojęć 125
toalety komunalne 130
toalety w gospodarstwach domowych 130
Tortury 410
transfuzje krwi 360
triaż 364
tworzenie programu. *Patrz również* programy oparte na mechanizmach rynkowych
pomoc pieniężna 23
Standardy Minimalne 9
walka z niedożywieniem 191, 195
zarządzanie łańcuchem dostaw 25

U

uchodźców
traktaty 413
Wytyczne 420
uczenie się
organizacje humanitarne 80
współpraca 82
udogodnienia
komunalne 271, 297
udogodnienia komunalne 271, 297
Universal Health Coverage 2030 [Objęcie powszechną opieką zdrowotną do 2030 roku] 332
urazy. *Patrz* obrażenia
urządzenia medyczne 329, 331, 372
usuwanie
leki 330
odchody 131, 155
odpady 139
usuwanie gruzu 268
utylizacja. *Patrz* gospodarowanie odchodami; *patrz* gospodarowanie odpadami stałymi; *patrz* postępowanie w przypadku śmierci

W

walkę. *Patrz* niedożywienie: kierowanie
walory smakowe, woda 123
WASH. *Patrz* Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH)
Wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie (WOAR) 334, 340, 380
wdrożenie
pomoc pieniężna 23
schronienie i zasiedlenie 267
zarządzanie łańcuchem dostaw 25
wentylacja 278
wirusowa gorączka krwotoczna 346
WOAR (wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie) 334, 340, 380
woda
butelkowana/uzdatniana 120
dezynfekcja 123
dostęp 116
droga tam i z powrotem oraz czas oczekiwania w kolejce 119
ilości 118, 148, 159
infekcje 161
jakość 121, 148, 169
materiał z odchodów 126
pomiar 119
przechowywanie 111, 119, 123
roztwory chloru 149
systemy i infrastruktura 120
uzdatnianie 168
walory smakowe 123
wybór źródła 117
zanieczyszczenie 123
zanieczyszczenie wody po dostawie 123
zaopatrzenie 154
zbiorniki 111, 119
źródło chronione 122
woda butelkowana 120
woda pitna 109
wolontariusze 85
WPŚ (wskaźnik przypadków śmiertelnych) 345, 347, 384
wskaźniki wykonania, walka z niedożywieniem 197

wskaźniki zdrowia 384
wskaźnik przypadków śmiertelnych (WPŚ) 345, 347, 384
wsparcie. *Patrz również* wsparcie środowiskowe
  karmienie niemowląt i małych dzieci 204
  opieka paliatywna 375
  podmioty krajowe 17
  podmioty lokalne 17
  pracownicy 83
  prawo 49
  psychospołeczne 198
  psychospołeczny 16
wsparcie prawne 49
wsparcie psychospołeczne 16, 198
wsparcie środowiskowe
  struktury 213
  WASH 108
  zdrowie psychiczne 368
współczynniki śmiertelności 377. *Patrz również* surowe współczynniki śmiertelności (CMR); *patrz również* WOAR (wczesne ostrzeganie, alarmowanie i reagowanie)
współczynniki zachorowalności 377
wspólne dystrybucje 112
współpraca 78, 82, 206
współudział, naruszanie praw 43
wstępnie zakwalifikowane zestawy 331
wybór, podstawowe leki 330
wykorzystanie żywności w domach 228
Wykres F 158
wysiedlenia 289
wytyczne 7
wyzyskiwanie 67. *Patrz również* wyzyskiwanie i przemoc seksualna (WPS)
wyzyskiwanie i przemoc seksualna (WPS)
  mechanizmy rozpatrywania skarg 75, 76
  ze strony pracowników 68
wzmocnienie, produkty żywnościowe 199

Z

zaangażowanie społeczności
  mechanizmy ochrony 44, 46
  niedożywienie 192
  opieka zdrowotna 324
  przemoc seksualna 358
  reagowanie na ogniska chorób 144
  WASH 102
  zarządzanie ochroną środowiska 237
  zwalczanie wektorów 138
zabezpieczenie
  informacje osobowe 67, 69
zagrożenia
  bezpieczeństwo 232
  niedożywienie 242
  WASH 108
  zwalczanie wektorów 134
zagrożenie zdrowia publicznego, WASH 102
zamówienia, podstawowe leki 330
zanieczyszczenie powietrza 353
zanieczyszczenie, woda 123
Zaopatrzenie w wodę, warunki sanitarne i promocja higieny (WASH)
  gospodarowanie odchodami 125
  gospodarowanie odpadami stałymi 139
  istotne pojęcia 102
  lista kontrolna 153
  ochrona 166
  opieka zdrowotna 144
  podejścia 104
  pomoc pieniężna 172
  programy 165
  promocja higieny 106
  wpływ na zdrowie 165
  zagrożenia 108
  zaopatrzenie w wodę 116
  zwalczanie wektorów 133
  żywienie 171
zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 346
zapalenie płuc 352
zaplecze. *Patrz również* toalety
  mycie/kąpiel 120
  nietrzymanie moczu i stolca 114
zaplecze do kąpieli 120
zaplecze do mycia 120
zapobieganie. *Patrz również* gruźlica (TB)
  układ oddechowy 343
  zapobieganie i zwalczanie infekcji (ZKI) 325
zarządzanie. *Patrz* zarządzanie łańcuchem dostaw; *patrz* zarządzanie wiedzą
zarządzanie łańcuchem dostaw 24, 29
zarządzanie wiedzą 83
zasada „nie szkodzić" 289
Zasady Ochrony
  bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie 180
  odniesienia do prawa do odpowiedniego schronienia 265
  odniesienia do prawa do odpowiedniej opieki zdrowotnej zapewnianej na czas 318
  odniesienia do prawa do wody i warunków sanitarnych 105
zasoby. *Patrz również* zasoby naturalne
  odchody jako 132
  zarządzanie 88
zasoby naturalne 293, 294
zatrucia 386
zboże pełnoziarniste 221
zdarzenia niepożądane 326
zdrowie psychiczne
  informacje ogólne 365
  wsparcie psychospołeczne 16, 198
zdrowie reprodukcyjne. *Patrz* zdrowie seksualne i reprodukcyjne
zdrowie seksualne i reprodukcyjne
  HIV 358
  informacje ogólne 353
  przemoc seksualna 356
Zintegrowane Zarządzanie Przypadkami w Społeczności (ZZPS) 352
Zintegrowane Zwalczanie Chorób Wieku Dziecięcego (ZZCWD) 352
ZKI (zapobieganie i zwalczanie infekcji) 148, 170, 325

zmniejszenie przestępczości 273
żółtaczka 346
żółta gorączka 346
zużycie
  energia 293
zwalczanie wektorów
  działania techniczne związane z ochroną
    środowiska 136
  informacje ogólne 133
  leczenie malarii 136
  lista kontrolna 156
  pomieszczenia 278
  poziom osiedla 133
  protokoły krajowe i międzynarodowe 136
  przez gospodarstwa domowe i osoby
    indywidualne 137
  źródła / materiały dodatkowe 169
  zwalczanie biologiczne i niechemiczne 135
żywienie. *Patrz również* niedożywienie
  istotne pojęcia 176
  jakość 216
  ocena 181, 185, 242
  WASH 171
  wymagania 215, 250
żywność
  dostawy 222, 226
  dostęp 216
  dystrybucje 222, 226
  higiena 227
  jakość 218
  opakowanie 220
  opcje 220
  przechowywanie 228, 233
  przygotowanie/przetwarzanie 221, 228
  racje 216, 224
  wykorzystanie 217, 227, 228
ZZCWD (Zintegrowane Zwalczanie Chorób Wieku
    Dziecięcego) 352
ZZPS (Zintegrowane Zarządzanie Przypadkami
    w Społeczności) 352

Podręcznik Sfery prezentuje oparte na zasadach podejście do jakości i odpowiedzialności w działaniach humanitarnych. Jest to praktyczne wyjaśnienie głównego założenia Sfery, zgodnie z którym wszystkie osoby, które dotknęła klęska lub konflikt mają prawo do godnego życia i prawo do otrzymania pomocy humanitarnej.

Podstawę Podręcznika stanowi Karta Humanitarna, a Zasady Ochrony i Podstawowy Standard Humanitarny tworzą fundament, który dostarcza informacji dla wszystkich sektorów udzielających pomocy. Z kolei standardy techniczne określają priorytety mające zapewnić podejmowanie działań w czterech kluczowych sektorach ratujących życie: woda, warunki sanitarne i promocja higieny; bezpieczeństwo żywnościowe i żywienie; schronienie i zasiedlenie oraz zdrowie.

Mierzalne standardy minimalne opisują, co należy osiągnąć w przypadku niesienia pomocy humanitarnej, aby umożliwić przetrwanie, przywrócić warunki do życia i zapewnić środki na utrzymanie w sposób respektujący ich opinie i wspierający poszanowanie godności. Kluczowe działania, wskaźniki i wytyczne przedstawiają sposoby zastosowania tych standardów w różnorodnych kontekstach. Wszystkie rozdziały są powiązane i uzupełniają się wzajemnie.

Siła Podręcznika Sfery wynika z jego wszechstronności i możliwości zastosowania we wszystkich kontekstach pomocy humanitarnej. Cieszy się on szerokim poparciem w sektorze humanitarnym, jak również stanowi wspólny punkt odniesienia dla współpracy ze wszystkimi interesariuszami na rzecz jakości i odpowiedzialności w działaniach humanitarnych.

Sphere

Humanitarian Standards Partnership

spherestandards.org
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

Partnerstwo na rzecz Standardów Humanitarnych zakłada współdziałanie inicjatyw dotyczących standardów, które są podejmowane w celu zebrania dowodów, opinii ekspertów oraz najlepszych praktyk; i wykorzystania ich do poprawy jakości i odpowiedzialności w działaniach humanitarnych

ISBN 978-1-908176-88-2
9 781908 176882