



ПРОЈЕКАТ *SPHERE*

Хуманитарна
повеља и
минимални
стандарди у
хуманитарном
дјеловању



Објавио:

Пројекат Sphere

Ауторска права: The Sphere Project 2011

E-mail: info@sphereproject.org

Веб-страница: www.sphereproject.org

Група невладиних организација и Покрет Црвеног крста и Црвеног полумјесеца су 1997. године покренули Пројекат Sphere (The Sphere Project) како би развили скуп универзалних минималних стандарда у основним подручјима хуманитарног дјеловања: Приручник Sphere (The Sphere Handbook). Циљ Приручника је побољшање квалитета хуманитарних интервенција у ситуацијама катастрофа и сукоба, како би се побољшала одговорност хуманитарних система према људима погођеним катастрофама. Хуманитарна повеља и минимални стандарди у хуманитарним интервенцијама продукт су колективног искуства многих људи и организација. Из тог разлога, њих не треба посматрати као ставове једне организације.

Прво пробно издање 1998.

Прво финално издање 2000.

Друго издање 2004.

Треће издање 2011.

Трећи репринт јул 2013.

ISBN 978-1-908176-00-4

Каталог евиденције ове публикације доступан је у Британској библиотеци и Конгресној библиотеци САД.

Сва права су задржана. Овај материјал је заштићен ауторским правима, али смије се у образовне сврхе репродуковати било којом методом, без накнаде, али не и за даљу продају. За све такве намјене потребна је формална дозвола, али у правилу се даје одмах. За копирање у другим околностима, за постављање на интернет (online), за поновну употребу у другим публикацијама, или за превод или прилагођавање мора се добити претходно писмено одобрење од власника ауторских права, а може бити потребно и да се плати накнада.

За Пројекат Sphere дистрибуише Practical Action Publishing и његови заступници и представници широм свијета.

Practical Action Publishing, Schumacher Centar za tehnologiju i razvoj,

Bourton na Dunsmoreu, Rugby, CV23 9QZ, UK.

Бр. тел.: +44 (0) 1926 634501; Факс: +44 (0) 1926 634502

E-mail: sphere@practicalaction.org.uk

Веб-страница: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (компанија из Уједињеног Краљевства рег. бр. 1159018) јесте издавачка компанија која је у потпуности у власништву компаније Practical Action и ради само као подршка хуманитарним циљевима своје родитељске компаније.

Дизајн:  *messaggio, Metz-Tessy, Француска*

Штампа: *Hobbs the Printers, Hampshire, Уједињено Краљевство*



Предговор

Ово најновије издање Приручника Sphere, Хуманитарне повеље и минималних стандарда у хуманитарном дјеловању јесте продукт широке међуорганизацијске сарадње.

Хуманитарна повеља и минимални стандарди одражавају намјеру организација за побољшање ефикасности њихове помоћи и њихове одговорности према својим заинтересованим странама, што доприноси практичном оквиру за одговорност.

Хуманитарна повеља и минимални стандарди, наравно, неће зауставити хуманитарне кризе, нити могу спријечити људску патњу. Међутим, оно што они нуде јесте прилика за унапређење помоћи с циљем да се људима погођеним катастрофом квалитетније помогне.

Од свог настанка у касним деведесетим годинама 20. вијека, као иницијатива групе хуманитарних невладиних организација и Покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца, стандарди Sphere се сада примјењују као de facto стандарди у хуманитарним интервенцијама у 21. вијеку.

Зато је потребно исказати захвалност онима који су то омогућили.



Ton van Zutphen
Председавајући Радне групе Sphere



John Damerall
Менаџер Пројекта

Захвалност

Ревизија Приручника Sphere је опсежан, сараднички и консултативан процес, који укључује знатан број људи широм свијета, којих је превише да бисмо их споменули појединачно по именима. Пројекат Sphere се захваљује на великим доприносима и на спремности организација и појединаца да се укључе у овај процес.

Процес ревизије Приручника водиле су радне групе састављене од стручњака за техничка поглавља и мултидисциплинарне теме, уз подршку особа које су биле савјетници за нова питања која се појављују, из одговарајућих сектора, било да су их ангажовале хуманитарне организације или су директно запослени, зависно од нивоа посла који је предвиђен. Консултанци су водили ревизију елемената релевантних за Приручник као цјелину, а за које је био потребан значајан додатни рад. Уколико није другачије наведено, људи који су наведени у наставку су консултанци.

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

Принципи заштите: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) i Claudine Haenni Dale. Основни стандарди: Peta Sandison i Sara Davidson.

Техничка поглавља

- ⊙ **Водоснабдијевање, санитарни услови и промоција хигијене:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB);
- ⊙ **Осигурање квалитете хране и исхрана:**
 - Исхрана: Susan Thurstans (Save the Children UK),
 - Осигурање хране и животни услови: Devrig Velly (Action contre la Faim),
 - Помоћ у храни: Paul Turnbull (WFP) i Walter Middleton (World Vision International);
- ⊙ **Склоништа, смјештај и непрехрамбени артикли:** Graham Saunders (IFRC);
- ⊙ **Активности везане за здравство:** Mesfin Teklu (World Vision International).

Мултидисциплинарне теме

- ⊙ **Дјеца:** Monica Blomstrom i Mari Murth (oboje iz Save the Children Шведска),
- ⊙ **Старија лица:** Jo Wells (HelpAge International),
- ⊙ **Лица с инвалидитетом:** Maria Kett (Leonard Cheshire Центар за инвалидитет и развој укључености),
- ⊙ **Родна питања:** Siobhan Foran (IASC GenCap Project)
- ⊙ **Психо-социјална питања:** Mark van Ommeren (WHO) i Mike Wessells (Columbia University),

- ⊙ **HIV и AIDS:** Paul Spiegel (UNHCR),
- ⊙ **Животна средина, климатске промјене и смањење ризика од катастрофа:** Anita van Breda (WWF) и Nigel Timmins (Christian Aid).

Пратећи стандарди Sphere

- ⊙ **Образовање:** Jennifer Hofmann и Tzvetomira Laub (обоје из INEE),
- ⊙ **Стока¹:** Cathy Watson (LEGS),
- ⊙ **Економски опоравак:** Tracy Gerstle и Laura Meissnerov (обоје из SEEP мреже).

Савјетници

- ⊙ **Рани опоравак:** Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR),
- ⊙ **Координација и управљање кампом:** Gillian Dunn (IRC),
- ⊙ **Програмирање новчаних трансфера:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership мрежа).

Поред ових људи, велики број људи је консултован с обзиром на цивилно-војну сарадњу, сензитивност код конфликта и урбано окружење.

Основане су **радне групе** и **референтне групе** за подршку фокусним тачкама у њиховом раду, а Пројекат Sphere препознаје и допринос свих оних људи чија појединачна имена нису овдје наведена. Међутим, потпуни списак свих чланова радне групе и референтних група може се наћи на б-страници www.sphereproject.org

Уредници: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson.

Медијатор радионице за ревизију: Raja Jarrah.

Специјалист за надзор и процјену: Claudia Schneider, Skat.

Sphere радна група (на дан 31. децембар 2010. године)

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

¹ Појам „стока“ (енгл. livestock) у Приручнику обухвата стоку и перад.

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

Донатори

Поред доприноса наведених организација, чланица Радне групе, средства за процес ревизије Приручника обезбједили су и: Australian Agency for International Development (AusAID) * European Community Humanitarian Office (ECHO) * German Ministry of Foreign Affairs * Spanish Ministry of Foreign Affairs * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Kingdom Department for International Development (DFID) * United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) * United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA).

Тим Пројекта Sphere

Менаџер Пројекта: John Damerell.

Обука и управљање учењем: Veronica Foubert.

Промоција и управљање материјалима: Aninia Nadig.

Подршка за обуку и промоцију: Cecilia Furtade.

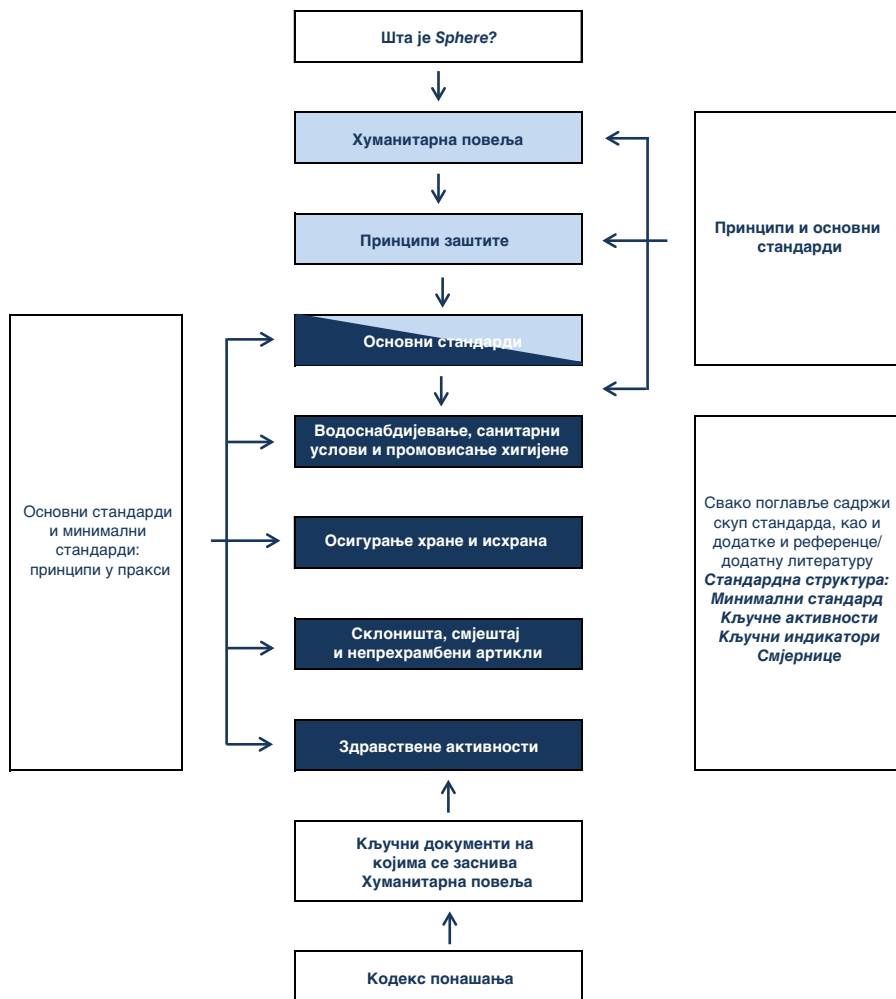
Администрација и финансије: Lydia Beauquis.

У различитим фазама процеса ревизије Приручника, додатна подршка тиму били су Alison Joyner, Hani Eskandar и Laura Lopez.

Садржај

Предговор.....	iii
Захвалност.....	iv
Шта је Sphere?.....	3
Хуманитарна повеља.....	19
Принципи заштите.....	27
Основни стандарди.....	51
Минимални стандарди у водоснабдијевању, санитарним условима и промовисању хигијене.....	85
Минимални стандарди у Осигурање квалитете хране и исхрани.....	151
Минимални стандарди за склоништа, смјештај и непрехрамбене артикле.....	263
Минимални стандарди за активности везане уз здравство.....	319
Додаци.....	401
Додатак 1. Кључни документи на којима се заснива Хуманитарна повеља.....	402
Додатак 2. Кодекс понашања Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца и невладиних организација (НВО) у катастрофама.....	415
Додатак 3. Скраћенице и акроними.....	425
Индекс.....	431

Приручник



Шта је Sphere?



Шта је Sphere?

Пројекат и Приручник Sphere добро су познати кад је у питању увођење квалитета и одговорности у хуманитарно дјеловање. Међутим, гдје је поријекло Пројекта Sphere? Шта су његова филозофија и приступ? Како и зашто је овај приручник замишљен? Које је његово мјесто у ширем подручју хуманитарног дјеловања? Ко би требало да га користи и када? Ово поглавље настоји да да неке одговоре на ова кључна питања. Надаље, оно даје детаље структуре Приручника и објашњава како га треба користити и како Ви или Ваша организација можете бити у складу с минималним Sphere стандардима.

Филозофија Пројекта Sphere: Право на достојанствен живот

Пројекат Sphere 1997. године покренула је група хуманитарних невладиних организација (НВО) те Међународни покрет Црвеног крста и Црвеног полумјесеца. Циљ је био да се побољша квалитет њихових активности током дјеловања на посљедице катастрофа, те одговорност за предузете активности. Они су Sphere филозофију засновали на два основна увјерења: прво, да они који су погођени природном непогодом или сукобима имају право на достојанствен живот, па тако и право на помоћ; и друго, да треба предузимати све могуће кораке како би се ублажила људска патња која произлази из природних непогода или сукоба.

Настојећи да подржи ова два основна увјерења, Пројекат Sphere је установио Хуманитарну повељу и идентификовао скуп **минималних стандарда** у кључним секторима усмјереним на спашавање живота, а који се огледају у четири техничка поглавља Приручника: водоснабдијевање, санитарни услови, промоција хигијене; осигурање хране и исхрана; склоништа, смјештај и непрехрамбени артикли; те здравствене активности. **Основни стандарди** су процесни стандарди и примјењују се на сва техничка поглавља.

Минимални стандарди су засновани на доказима и представљају консензус на нивоу сектора о најбољој пракси у хуманитарним интервенцијама. Кључне активности, кључни индикатори и смјернице (описано у дијелу „Како користити стандарде“ у наставку) прате сваки стандард и дају смјернице о томе како га постићи.

Минимални стандарди описују услове који се морају постићи у било којој хуманитарној интервенцији како би катастрофом погођено становништво могло преживјети и опоравити се у стабилним условима и на достојанствен начин. **Укључивање** погођеног становништва у консултативни процес лежи у срцу филозофије Sphere. Према томе, Пројекат Sphere је једна од првих иницијатива које су сада познате као иницијативе **квалитета и одговорности** (енг. Q&A).



Хуманитарна повеља и минимални стандарди су објављени заједно као Приручник, а пред Вама се сада налази најновије издање. **Приручник** Sphere је намијењен за планирање, имплементацију, праћење и евалуацију током хуманитарне интервенције. То је уједно и ефективан алат заговарања када се преговара с властима за хуманитарни простор и за пружање ресурса. Осим тога, он је користан за активности припремљености за катастрофе и планирање за непредвиђене околности с донаторима који све више укључују и стандарде у своје захтјеве за извјештавање.

Пошто није у власништву било које организације, Приручник је широко прихваћен од стране хуманитарног сектора у цјелини. Он је постао један од најатрактивнијих, нашироко познатих и међународно признатих скупова стандарда за хуманитарне интервенције и користи се као алат за међуорганизацијску комуникацију и координацију.

Приручник је први пут је објављен 2000. године, а ревидиран је у 2003. и поново у 2009–2010. години. Током сваког процеса ревизије, проведене су консултације широм сектора, укључујући широк распон агенција, организација и појединаца, укључујући владе и агенције Уједињених нација (УН)

Главни корисници Приручника Sphere су практичари који су укључени у планирање, управљање и имплементацију хуманитарних интервенција. То укључује особље и волонтере у локалним, националним и међународним хуманитарним организацијама. Минимални стандарди се такође често користе као референца у контексту прикупљања средстава и пројектних приједлога.

Такође, и остале актере, као што су владе и локалне власти, војске или приватни сектор, подстичемо на кориштење Приручника Sphere. Он може бити од користи у вођењу њихових активности, али помаже им и да разумеју стандарде које користе хуманитарне организације с којима могу бити у интеракцији.

Приручник: одраз Sphere вриједности

Структура Приручника одражава Sphere циљ да се успостави хуманитарно дјеловање са приступом заснованим на правима и учествовању.

Хуманитарна повеља, принципи заштите и основни стандарди

Хуманитарна повеља, принципи заштите и основни стандарди артикулишу Sphere приступ хуманитарном дјеловању који се заснива на правима и усмјерен је на људе. Они се фокусирају на важност укључивања погођеног становништва и локалних и националних власти у свим фазама интервенције. Принципи заштите и основни стандарди груписани су на почетку Приручника како би се избјегло да се понављају у сваком техничком поглављу. Sphere корисници, укључујући и специјалисте у одређеним техничким подручјима, морају их узети у обзир као саставни дио тих поглавља.

Камен темељац за Приручник је Хуманитарна повеља (коју прати описни списак кључних правних докумената и докумената политика у Додатку 1, на стр. 402). Она даје етичку и правну позадину принципима заштите, као и основним стандардима и минималним стандардима, чиме се омогућује њихово исправно тумачење и примјена. То је изјава о утврђеним правима и обавезама те заједничким увјерењима и обавезама хуманитарних организација, који су сви обједињени као скуп заједничких **принципа, права и дужности**. Они су засновани на принципу хуманости и хуманитарном императиву и то су: право на достојанствен живот, право на хуманитарну помоћ и право на заштиту и безбједност. Повеља такође наглашава важност **одговорности** организације према **погођеним заједницама**. Основни стандарди и минимални стандарди су артикулација онога што ти принципи и обавезе значе у пракси.

Хуманитарна повеља објашњава зашто су и помоћ и заштита критични стубови хуманитарног дјеловања. Како би се додатно развијао овај аспект заштите, овај приручник садржи скуп **принципа заштите**, који преноси неколико правних принципа и права наведених у Повељи у стратегије и активности које би требало да буду информативне за хуманитарне праксе из перспективе заштите. Заштита је основа хуманитарног дјеловања и принципи заштите указују на одговорност свих хуманитарних организација да обезбиједе да се њихове активности баве озбиљним пријетњама са којима се погођени људи обично срећу у вријеме сукоба или природне катастрофе.

Све хуманитарне организације треба да обезбиједе да њихово дјеловање не наноси даљу штету погођеним особама (Принцип заштите 1), да су њихове активности од користи посебно за оне који су највише погођени и рањиви (Принцип заштите 2), да доприносе заштити погођених људи од насиља и других кршења људских права (Принцип заштите 3) и да помажу да се погођени људи опораве од злостављања (Принцип заштите 4). Улоге и одговорности хуманитарних организација у заштити су, уопштено, секундарни у односу на правну одговорност државе или других надлежних тијела. Заштита често укључује подсећање тих власти на њихове одговорности.



Основни стандарди су први сет минималних стандарда и користе се као основа за све остале. Они описују како су процеси и приступи који се предузимају у хуманитарним интервенцијама од основне важности за ефективно дјеловање. Усмјереност на капацитет и активно учествовање оних који су погођени катастрофом или сукобом, свеобухватна анализа и разумијевање потреба и контекста, ефективна координација између организација, одређивање за стално побољшање резултата, те хуманитарни радници са одговарајућим вјештинама и подршком неопходни су како би се постигли технички стандарди.

Принципи заштите и основни стандарди груписани су на почетку Приручника како би се избјегло да се понављају у сваком техничком поглављу. Они представљају темељ за све хуманитарне активности и **морају се користити у комбинацији с техничким поглављима**. Од пресудне су важности за техничке стандарде у духу квалитета и одговорности према погођеном становништву.

Основни стандарди и минимални стандарди у четири техничка поглавља

Основни стандарди и минимални стандарди покривају приступе програмирању и четири комплета активности за спасавање живота: снабдијевање водом, санитарни услови и промоција хигијене; осигурање хране и исхрана; склоништа, смјештај и непрехрамбени артикли; те здравствене активности.

Како користити стандарде

Основни стандарди и минимални стандарди слиједе одређени формат. Они почињу општим и универзалним изјавама, тј. минимумом стандарда, након чега слиједе низ кључних активности, кључних индикатора и смјерница.

Прво се наводи **минимални стандард**. Сваки стандард је изведен из принципа да катастрофом погођено становништво има право на достојанствен живот. Они су квалитативног карактера и одређују минималне нивое које треба остварити у хуманитарној интервенцији. Њихов обим је универзалан и примјењив у било којој ситуацији катастрофе. Они су, дакле, формулисани генерално.

Затим се предлажу практичне **кључне активности**, да би се постигао минимум стандарда. Неке активности можда неће бити примјењиве у свим контекстима, и одговорност извршиоца је да одабере одговарајуће активности и осмисли алтернативе које ће резултирати задовољавањем стандарда.

Потом, скуп **кључних индикатора** служи као „сигнал“ који показује да ли је стандард постигнут. Они обезбјеђују начин мјерења резултата кључних активности унутар процеса. Кључни индикатори се односе на минимални стандард, а не на кључну активност.

Конечно, **смјернице** укључују тачке специфичне за контекст за разматрање када се желе постићи кључне активности и кључни индикатори. Оне пружају смјернице за рјешавање практичних потешкоћа, мјерила или савјете о приоритетним и мултисекторским темама. Оне, такође, могу укључивати критична питања која се односе на стандарде, активности или индикаторе и описују дилеме, контроверзе или недостатке у тренутном знању. Оне не пружају смјернице о томе како провести одређену активност.

Кратки уводи у свако поглавље постављају главна релевантна питања. Поглавља о техничком минимуму стандарда садрже даље додатке, укључујући, на примјер, контролне спискове за процјену, формуле, табеле и примјере образаца извјештаја. Свако поглавље завршава референцама и предложеном додатном литературом. Детаљан рјечник за свако од поглавља Приручника доступан је на Sphere веб-страници (www.sphereproject.org).

Сва поглавља су међусобно повезана. Често стандарди описани у једном сектору треба да буду кориштени заједно са стандардима описаним у другим секторима. Као посљедица тога, Приручник садржи бројна упућивања.

Усклађивање са минималним Sphere стандардима



Приручник Sphere представља добровољни кодекс и саморегулаторни алат за квалитет и одговорност, а Пројекат Sphere нема никакав механизам усклађености. Не постоји Sphere „пријава“, Sphere чланство или било какав процес акредитације. Приручник Sphere намјерно није прописивачки оријентисан и никога не обавезује, у циљу подстицања најширег могућег власништва над њим.

Приручник не нуди практичне смјернице о томе како да се пруже одређене услуге (кључне активности указују на дјеловање усмјерено на постизање стандарда без навођења како се то ради). Умјесто тога, он објашњава **шта треба да буде успостављено** како би се обезбиједио достојанствен живот за погођено становништво. Дакле, свака организација за имплементацију треба да одабере систем како би се обезбиједила усклађеност са минималним Sphere стандардима. Неке организације су користиле искључиво унутрашње механизме, док су се друге одлучиле за преглед од стране равноправних партнера (енг. peer-review). Неке мреже организација користе Sphere за процјену свог колективног дјеловања у појединим хитним случајевима.

Усклађеност са Sphere стандардима не значи испуњавање свих стандарда и индикатора. Степен до којег организације могу задовољити стандарде зависиће од низа фактора, од којих су неки ван њихове контроле. Понекад тешкоће приступа погођеном становништву, недостатак сарадње власти или тешка несигурност чине да је стандарде немогуће испунити. Ако су општи услови живота погођеног становништва већ били знатно испод минималних стандарда прије катастрофе, организације могу имати недовољно ресурса за испуњење стандарда. У таквим ситуацијама, пружање основних садржаја за све погођено становништво може бити важније него достизање минималних стандарда за само један дио становништва.

Понекад минимални стандарди могу бити већи од свакодневних животних услова за околно становништво. Ипак, придржавање стандарда за катастрофом погођено становништво је и даље веома битно. Међутим, такве ситуације могу, такође, да укажу на потребу за интервенцијом за околно становништво и за дијалог с вођама заједнице. Оно што је прикладно и изводљиво зависиће од контекста.

У случајевима када стандарди не могу бити задовољени, хуманитарне организације треба да:

- у својим извјештајима (процјена, оцјењивање, итд.) опишу јаз између релевантних Sphere индикатора и оних постигнутих у пракси;
- објасне разлоге за то и шта треба мијењати;
- процијене негативне импликације за погођено становништво;
- предузму одговарајуће активности како би се смањила штета узрокована овим импликацијама.

Усвајањем горе наведених корака, организације показују да су у складу са Sphere филозофијом и њеним минималним стандардима, чак и ако нису у стању да их задовоље као што је наведено у Приручнику.

Улога Приручника Sphere у хуманитарном дјеловању

Приручник Sphere је намијењен за употребу у хуманитарним интервенцијама у низу ситуација, укључујући и природне катастрофе, сукобе, догађаје који се брзо или споро одигравају, руралне и урбане средине, као и сложене политичке хитне ситуације у свим земљама. Појам „катастрофа“ обухвата ове ситуације, а, гдје је то прикладно, користи се појам „сукоб“. „Становништво“ се односи на појединце, породице, заједнице и шире групе. Према томе, у Приручнику често користимо израз „катастрофом погођено становништво“.

Када треба користити овај приручник

Фокусирајући се на период **хуманитарне интервенције**, минимални Sphere стандарди покривају активности које задовољавају хитне потребе за преживљавање становништва погођеног катастрофом. Ова фаза може бити у распону од неколико дана или седмица, до неколико мјесеци, па чак и година, а посебно у контексту који укључује дуготрајну несигурност и избјеглиштво. Дакле, немогуће је додијелити одређени временски оквир за кориштење Sphere стандарда.

Приручник, међутим, има посебно мјесто у ширем подручју **хуманитарног дјеловања**, које надилази пружање непосредне помоћи и покрива читав спектар активности које почињу припремљеношћу за катастрофе, затим укључује хуманитарну интервенцију, а на крају се протеже и на рани опоравак. Приручник је користан као референтни алат за припремљеност

за катастрофе и фазе раног опоравка које концептуално „уоквирују“ хуманитарне интервенције, али у стварности их треба узети у обзир истовремено.



Припремљеност за катастрофе захтијева да актери, тј. владе, хуманитарне организације, организације цивилног друштва, заједнице и појединци, имају капацитете, односе и знања за припрему и ефективну реакцију на катастрофе или сукобе. Они би прије и за вријеме интервенције требало да почну предузимати активности које ће побољшати припремљеност и које смањују ризик за будућност. Они би требало да буду спремни барем да задовоље минималне Sphere стандарде за будуће катастрофе.

Рани опоравак је процес након помоћи и води у дугорочни опоравак, а најнефективнији је ако се предвиђа и олакшава од самог почетка хуманитарне интервенције. Препознајући важност раног опоравка, Приручник се реферише на њега у цјелини и према потреби.

Кретања у хуманитарном сектору и њихове импликације на Sphere

У посљедњих неколико година појавио се велики број кретања у хуманитарном сектору и другим релевантним подручјима која обухватају промјене у природи катастрофа и сукоба, као и хуманитарног рада. Кретања узета у обзир током процеса ревизије Приручника укључују:

- растући идејни и оперативни фокус на локалним и националним интервенцијама са свијешћу да се **погођено становништво** мора консултовати и да се капацитети за дјеловање катастрофом погођене државе и државних агенција и институција морају појачати;
- проактивнију **одговорност** хуманитарне интервенције, а посебно одговорност према погођеном становништву, али и проактивну координацију, и у процесу хуманитарне реформе (приступ кластера), под покровитељством Сталног међуагенцијског одбора (енг. Inter-Agency Standing Committee – IASC);
- више пажње за питања заштите и дјеловања;
- повећање свијести о потенцијално великим присилним миграцијама због **катастрофа индукованих климатским промјенама** и свијести о томе да уништавање животне средине повећава рањивост;
- признање да се број **сиромашног урбаног становништва** брзо повећава и да има специфичне рањивости, посебно рањивости везане за економију новца, социјалну кохезију и физички простор;
- нове приступе за помоћ, као што су **трансфери новца и бонова** и локалне куповине умјесто пошиљке хуманитарне помоћи;

- повећано прихватање **смањења ризика од катастрофа** и као сектора и као приступа;
- повећан ангажман **војске** у хуманитарним интервенцијама, као и скупа актера који се не воде првенствено хуманитарним императивом, што захтијева развој специфичних смјерница и стратегије координације за хуманитарни цивилно-војни дијалог;
- повећану укљученост **приватног сектора** у хуманитарне интервенције, која захтијева сличне смјернице и стратегије као код цивилно-војног дијалога.

Пројекат Sphere укључује ова кретања у Приручник како је то прикладно, а посебно **питања у настајању**, попут новчаних трансфера, раног опоравка и цивилно-војних односа.

Разумијевање контекста током хуманитарне интервенције

Ефективна хуманитарна интервенција мора се заснивати на свеобухватној, контекстуализованој дијагнози (процјена, надзор и процјена), како би се анализирале **потребе људи, слабости и способности у сваком контексту**. Приручник је суштински замишљен као алат за препознавање различитих контекста и прилагођавање програма дјеловања у складу с тим, он води људе у пракси у њиховим размишљањима око постизања универзално примјењивог стандарда у конкретној ситуацији или контексту, с посебним нагласком на специфичне рањивости и капацитете.

Немају сви појединци у становништву погођеном катастрофом једнаку контролу над ресурсима и моћи. Људи су, дакле, различито погођени на основу њиховог етничког поријекла, вјерске или политичке припадности. Избјеглиштво може одређене људе који у нормалним ситуацијама не би били угрожени учинити рањивим. Жене, дјеца, старије особе, особе с инвалидитетом или особе које живе с HIV-ом могу бити ускраћени за важну помоћ или могућност да буду саслушани због физичких, културних и/или социјалних баријера. Искуство је показало да третман тих људи као дуге листе „рањивих група“ може довести до фрагментирања и неефективних интервенција које игноришу преклапајуће рањивости и промјењиву природу рањивости током времена, а чак и за вријеме једне одређене катастрофе. Напори за помоћ и опоравак такође морају узети у обзир будуће опасности и рањивости како би се изградиле заједнице које ће бити сигурније и како би се промовисала већа отпорност. У многим дијеловима свијета, климатске промјене већ почињу да утичу на обрасце ризика, а традиционална знања

о опасностима, рањивостима и капацитети треба да буду у комбинацији с процјенама будућих климатских ризика.



Како би био праведан за сваку појединачну катастрофу и поједине рањивости и способности погођеног становништва, овај приручник се бави низом **мултидисциплинарних тема**. Теме које се односе на **дјецу, родна питања (gender), старије особе, HIV и AIDS, особе с инвалидитетом**, те психо-социјалну подршку баве се индивидуалном рањивошћу и рањивошћу подгрупа. **Смањење ризика од катастрофа (укључујући климатске промјене и животну средину)** бави се проблемима рањивости који утичу на цјелокупно погођено становништво. На крају овог увода је детаљнији опис сваке теме.

Везе с другим хуманитарним стандардима

У циљу да се Приручник Sphere одржи као једна књига која је величине која омогућава рад, фокус остаје на четири примарна сектора хуманитарног дјеловања. Многи сродни сектори који су дио ефективног хуманитарног дјеловања развили су властите стандарде. Велики број њих дио су низа **пратећих Sphere стандарда**, објављених као засебне јединице, али развијених с истом строгошћу и процесом консултација, као што су Минимални Sphere стандарди за образовање: припремљеност, интервенција и опоравак Међуагенцијске мреже за образовање у хитним случајевима (енг. Inter-Agency Network for Education in Emergencies – INEE); Минимални стандарди за економски опоравак након катастрофе Мреже малих предузећа за образовање и промоцију (енг. Small Enterprise Education and Promotion – SEEP), Смјернице и стандарди за стоку у хитним ситуацијама (енг. Livestock Emergency Guidelines and Standards – LEGS).

Образовање у хитним случајевима може и одржати животе и бити спасоносно. Оно се пружа у сигурним просторима и нуди осјећај нормалности, психо-социјалне подршке и заштите од експлоатације и насиља. Такође се може користити и за пренос порука о безбједности, животних вјештина и виталних информација о здрављу и хигијени. Минимални стандарди за образовање: припремљеност, интервенција и опоравак INEE први пут су објављени 2004. године, а ажурирани су 2010. године, поставши тако интегрални Sphere стандарди у 2008. години. Они представљају оквир за обезбјеђење критичне везе између образовања и здравства, воде, санитарних услова и хигијене, исхране, склоништа и заштите, те за побољшање сигурности, квалитета и одговорности образовне припремљености и дјеловања.

Развој малог предузетништва и питања која се тичу стоке покривени су

Минималним стандардима за економски опоравак након катастрофе Мреже SEEP и Смјерницама и стандардима за стоку у хитним ситуацијама. Предвиђа се да ће та два скупа минималних стандарда постати интегрални стандарди Sphere у 2011. години.

Када се користе заједно с овим приручником, пратећи стандарди ће побољшати квалитет помоћи пружене особама погођеним катастрофом или сукобом. Релевантне смјернице стандарда INEE, SEEP и LEGS интегрисане су и користе се као референце у цијелом овом приручнику.

Организације, коалиције и мреже успоставиле су и друге стандарде и кодове како би испуњавале одређене оперативне потребе, као што су посебни мандати организација, техничка експертиза или недостаци идентификовани у смјерницама. Тамо гдје је то од значаја, ови други стандарди су наведени у техничким поглављима овог приручника.

Пројекат Sphere је дио групе иницијатива за квалитет и одговорност унутар сектора, и блиско сарађује с Пројектом изградње капацитета за хитне ситуације (енг. Emergency Capacity Building – ECB), који је развио Водич „Довољно добро“ (енг. Good Enough Guide), и Партнерством хуманитарне одговорности (енг. Humanitarian Accountability Partnership – HAP), које се бави питањима усклађености кроз свој Стандард хуманитарне одговорности и управљања квалитетом. Остале иницијативе квалитета и одговорности (енг. Q&A) са којима Sphere редовно ради јесу People in Aid, Groupe URD (Urgence, R  habilitation, Développement), Coordination Sud и Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).

Додатне информације о Приручнику

Овај приручник је примарни и највише кориштени алат Пројекта Sphere. Доступан је и у електронском облику на веб-страници www.sphereproject.org, гдје можете добити најновије вијести и ажурирања о доступним верзијама и друге ресурсе.

Приручник постоји на многим језицима и прате га разне обуке и промотивни материјали. Наведено је често прилагођено локалним контекстима на основу искуства из праксе. Ово показује живост заједнице Sphere праксе, а понекад и неформалну, лабаво повезану и растућу мрежу људи из праксе који одржавају Sphere дух живим. Пројекат Sphere заснива се на потреби да се помогне побољшању хуманитарног дјеловања и да се задовоље права и потребе људи погођених катастрофама и сукобима и да постоји одговорност према њима. Пројекат Sphere је направио велики напредак од свог настанка, али ниједан приручник не може све сам постићи, то можете само Ви.

Преглед мултидисциплинарних тема

Мултидисциплинарне теме у овом приручнику фокусирају се на поједина подручја од интереса у дјеловању на катастрофе и баве се питањима рањивости појединца, групе или генерално. У овом дијелу се свака тема описује детаљније.



Дјеца: Морају се предузети посебне мјере како би се обезбиједило да су сва дјеца заштићена од зла и да имају праведан приступ основним услугама. Пошто дјеца често чине већи дио погођеног становништва, важно је да се њихови ставови и искуства не само саслушају током процјене хитне ситуације и планирања, већ да она такође утичу на испоруку хуманитарних услуга, мониторинг над њима и њихову евалуацију. Дјеца и млади подложни су штетним утицајима рањивости у одређеним ситуацијама, као што су потхрањеност, експлоатација, отмице и регрутовање у оружане групе и борбене снаге, сексуално насиље и недостатак прилика да учествују у доношењу одлука. Конвенција о правима дјетета наводи да се дјететом сматра индивидуа испод 18 година. Ова дефиниција може бити различита зависно од културних и друштвених контекста. Мора се провести детаљна анализа како погођено становништво дефинише дјецу како би се осигурало да ниједно дијете или млада особа нису искључени из хуманитарне помоћи.

Смањење ризика од катастрофа: Ово се дефинише као концепт и пракса смањења ризика од катастрофа кроз систематске напоре за анализу и управљање факторима који су узроци катастрофа, укључујући и смањено излагање опасностима, смањену рањивост људи и имовине, паметно управљање земљиштем и животном средином и побољшану припремљеност за штетне догађаје. Такви штетни догађаји укључују природне катастрофе као што су олује, поплаве, суше и пораст нивоа мора. Пошто се чини да постају све промјенивији и жешћи, ти феномени се све више приписују **глобалним климатским промјенама**.

Животна средина: Животну средину треба схватити као физичке, хемијске и биолошке елементе и процесе који утичу на животе и животне услове становништва погођеног катастрофом и локалног становништва. Животна средина пружа природне ресурсе који потпомажу појединце и доприносе квалитету живота. Животној средини потребна је заштита и управљање, ако желимо да она одржава своје важне функције. Минимални стандарди се баве потребом да се спријечи прекомјерно искориштавање, загађење и деградација стања животне средине те да се обезбиједи функције животне средине које подржавају живот, да се смањи ризик и рањивост и настоје се

увести механизми који подржавају прилагодљивост природних система за самоопоравак.

Род: Род подразумева чињеницу да људи доживљавају ситуацију различито у складу њиховим родним карактеристикама. **Пол** се односи на биолошке особине мушкараца и жена. Он је природно одређен рођењем, дакле, углавном непромјењив и универзалан. Једнака права жена и мушкараца су експлицитно изражена у документима о људским правима који чине основу за Хуманитарну повељу. Жене и мушкарци имају исто право на хуманитарну помоћ и заштиту, на поштовање људског достојанства, на признавање њихових једнаких људских капацитета, укључујући способност доношења одлука, на исте могућности по свом избору и на исти ниво моћи да обликују исход за своје поступке. Хуманитарне интервенције су ефективније када се заснивају на разумијевању различитих потреба, рањивости, интереса, способности и стратегије суочавања код жена и мушкараца, дјевојчица и дјечака свих узраста те различитих утицаја катастрофа или сукоба на исте. Разумијевање тих разлика, као и неједнакости у женским и мушким улогама и оптерећењима, приступу и контроли над ресурсима, моћи одлучивања и приликама за развој вјештина, остварује се кроз родне анализе. Род је питање које се протеже кроз више мултидисциплинарних тема. Хуманитарни циљеви пропорционалности и непристрасности значе да се мора посветити пажња постизању праведности између жена и мушкараца, а и осигурати једнаки исходи. Историјски гледано, пажња посвећена родним односима подстакнута је неопходношћу рјешавања потреба и околности жена и дјевојчица, пошто су жене и дјевојчице обично више угрожене од мушкараца и дјечака. Међутим, хуманитарна заједница све више препознаје потребу да се разумије са чим се мушкарци и дјечаци суочавају у кризним ситуацијама.

HIV и AIDS: Познавање присутности HIV-а у одређеном хуманитарном контексту важно је како бисмо разумјели рањивост и ризике те планирали ефективну интервенцију. Осим тога, становништво које је највише изложено ризику (тј. мушкарци који имају сексуалне односе с мушкарцима, интравенски корисници дрога и сексуални радници), често захтијева посебне мјере како би били заштићени од занемаривања, дискриминације и насиља, док у неким другим контекстима то могу бити и друге рањиве групе, као што су избјеглице, мигранти, млади и самохране мајке. Масовно расељавање може довести до повећања рањивости од HIV-а и ризика због раздвајања чланова породице и распада кохезије заједнице и друштвених и сексуалних норми које регулишу понашање. Жене и дјеца могу бити искориштени од стране наоружаних група и бити посебно осјетљиви на HIV због сексуалног

насиља и експлоатације. Током хитних хуманитарних ситуација, могуће је да људи немају приступ интервенцијама за HIV, попут програма превенције, и може доћи до прекида антиретровирусне терапије (anti-retroviral therapy – ART), лијечења туберкулозе (tuberculosis – TB) и превенције и лијечења других опортунистичких инфекција.

Људи који живе с HIV-ом (people living with HIV – PLHIV) често пате од дискриминације и стигме и стога се, када је то потребно, мора поштовати повјерљивост и мора бити доступна заштита. Активности сектора у овом приручнику треба да осигурају одговарајуће интервенције за HIV према присуству и контексту, а не да повећају људску рањивост и ризике од HIV-а.



Старије особе: Према УН, старији мушкарци и жене су они старости преко 60 година, али дефиниција „старији“ може варирати у различитим контекстима. Старији људи су често међу најсиромашнијима у земљама у развоју, а обухватају велики и растући удио најрањивијег становништва погођеног катастрофом или сукобом (на примјер, људи старији од 80 година су најбрже растућа старосна група у свијету), а ипак су често занемарени у управљању катастрофама или сукобима. Изолација и физичка слабост су значајни фактори који погоршавају рањивост код старијих људи у катастрофама или сукобима, уз прекид стратегија за обезбјеђење животних услова и структура подршке породице и заједнице, хроничне здравствене проблеме и проблеме мобилности, те пад менталног здравља. Морају се уложити посебни напори како би се идентификовале и како би се дошло до старијих особа везаних за кућу и до домаћинстава која воде старије особе. Старији људи, такође, дају кључни допринос за опстанак и рехабилитацију. Они имају виталну улогу као његоватељи дјече, у управљању ресурсима, те доносе приходе, имају знања и искуство у стратегијама суочавања са проблемима у заједници и потпомажу очување културних и друштвених идентитета.

Лица с инвалидитетом: Свјетска здравствена организација (World Health Organization – WHO) процјењује да између 7 и 10 процената свјетског становништва, укључујући дјецу и старије особе, живи с инвалидитетом. Катастрофе и сукоби могу узроковати повећану учесталост повреда и накнадну инвалидност. Конвенција УН о правима лица с инвалидитетом (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) дефинише инвалидитет као концепт у развоју који произлази из интеракције између лица с инвалидитетом (који може бити физички, сензорни, интелектуални или психо-социјални) и баријера у ставовима и окружењу које спутавају њихово потпуније и ефективније учествовање у друштву на равноправној основи с другима. Дакле, присуство тих препрека онемогућава лицима с инвалидитетом да у потпуности и смислено учествују у стандардним

програмима хуманитарне помоћи или да их користе. Нови CRPD има посебан осврт на безбједност и заштиту лица с инвалидитетом у сукобу и ванредним ситуацијама (члан 11).

Лица с инвалидитетом суочавају се с непропорционалним ризицима у ситуацијама катастрофе и често су искључена из помоћи и рехабилитационих процеса. Такво искључење отежава ефективно кориштење и учешће у стандардним услугама подршке код катастрофа. Важно је знати да су лица с инвалидитетом разноврсна популација која укључује и дјецу и старије особе, чије потребе се не могу ријешити приступом једнаким за све. Хуманитарне интервенције, дакле, морају узети у обзир одређене способности, вјештине, ресурсе и знања појединаца с различитим врстама и степенима инвалидитета. Такође је важно запамтити да лица с инвалидитетом имају исте основне потребе као и сви остали у својим заједницама. Поред тога, неки могу имати и посебне потребе, као што је замјена помагала и опреме, те приступ услугама рехабилитације. Надаље, мјере усмјерене на лица с инвалидитетом не смију довести до њиховог одвајања од мреже породице и заједнице. На крају, ако се права лица с инвалидитетом не узимају у обзир у хуманитарним интервенцијама, губи се огромна прилика за обнову заједнице за све људе. Дакле, битно је укључити лица с инвалидитетом у све аспекте помоћи и опоравка. То захтијева и стандардне и усмјерене интервенције.

Психо-социјална подршка: Неки од највећих извора рањивости и патње у катастрофама произлазе из сложених емоционалних, социјалних, физичких и духовних ефеката катастрофа. Многе од тих реакција су нормалне и могу бити превладане с временом. Битно је да се организује одговарајућа локална подршка за ментално здравље и психо-социјална подршка које промовишу самопомоћ, суочавање са проблемом и отпорност међу погођеним особама. Хуманитарна интервенција је јача ако у најранијем одговарајућем тренутку погођени људи учествују у вођењу и имплементирању дјеловања на катастрофу. У сваком хуманитарном сектору, начин на који се даје помоћ има психо-социјални утицај који може подржати погођене људе или им наудити. Подршка би требало да се пружа на саосјећајан начин, који промовише достојанство, омогућује личну ефикасност кроз смислено учествовање, поштује важност вјерских и културних обичаја и јача способност погођених особа за подршку холистичком благостању.

Референце

Конвенција УН о правима дјетета: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Конвенција УН о правима лица с инвалидитетом: www.un.org/disabilities/

WHO о инвалидитету: www.who.int/disabilities/en/

Хуманитарна повеља



Хуманитарна повеља даје етичку и правну позадину за принципе заштите, основне стандарде и минималне стандарде који слиједе у овом приручнику. То је дијелом изјава о утврђеним правима и обавезама, а дијелом изјава о заједничком увјерењу.

У погледу законских права и обавеза, она сажима основне правне принципе који имају највећи утицај на живот оних који су погођени катастрофом или сукобом. Што се тиче заједничког увјерења, она покушава да обухвати консензус међу хуманитарним организацијама о принципима који би требало да регулишу дјеловање у катастрофама или сукобима, укључујући улоге и одговорности разних актера.

Она чини основу обавеза хуманитарних организација које подржавају Sphere и позив на усвајање истих принципа свима онима који се упуштају у хуманитарну интервенцију.

Хуманитарна повеља

Наша увјерења

1. Хуманитарна повеља изражава заједничко увјерење хуманитарних организација да сви људи погођени катастрофом или сукобом имају право да добију заштиту и помоћ како им би се обезбиједили основни услови за достојанствен живот. Ми вјерујемо да су принципи описани у овој хуманитарној повељи универзални, да се примјењују на све људе погођене катастрофом или сукобом, гдје год се налазили, и на све оне који траже да им се помогне или обезбиједи њихова сигурност. Ови принципи се одражавају у међународном праву, али њихова снага у коначном произлази из основних моралних принципа човјечанства: да су сва људска бића рођена слободна и једнака у достојанству и правима. На основу овог принципа, можемо потврдити примат **хуманитарног императива** да треба предузети активности да се спријечи или ублажи људска патња која произлази из катастрофа или сукоба и да ништа не смије надвладати овај принцип.

Као локалне, националне и међународне хуманитарне организације, ми се обавезујемо на промоцију и придржавање принципа у овој повељи и на испуњавање минималних стандарда у нашим напорима да помогнемо и заштитимо оне који су погођени. Позивамо све оне који се баве хуманитарним активностима, укључујући актере из владиног и приватних сектора, да подрже заједничке принципе, права и дужности утврђене у наставку као исказ заједничких хуманитарних увјерења.

Наша улога

2. Свјесни смо да се основне потребе људи погођених катастрофом или сукобима задовољавају прије свега кроз властите напоре и уз подршку заједнице и локалних институција. Свјесни смо примарне улоге и одговорности погођене државе да пружи правовремену помоћ онима који су погођени и да обезбједи заштиту и сигурност људи и пружи подршку за њихов опоравак. Вјерујемо да је комбинација службених и добровољних активности кључна за ефективну превенцију и дјеловање, те у том погледу национална друштва покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца и други актери цивилног друштва имају кључну улогу у подржавању органа јавне власти. Тамо гдје је национални капацитет недовољан, можемо појачати улогу шире међународне заједнице, укључујући и државне донаторе и регионалне организације, у пружању помоћи државама да испуне своје обавезе. Ми препознајемо и подржавамо посебне улоге које имају агенције Уједињених нација и Међународни одбор Црвеног крста.



3. Као хуманитарне организације, тумачимо нашу улогу у односу на потребе и капацитете погођеног становништва и одговорности њихових влада или власти које их контролишу. Наша улога у пружању помоћи одражава реалност да они с примарним одговорностима нису увијек у потпуности у стању да сами испуне тај задатак, или можда не желе да то учине. Колико је то могуће и у складу са задовољавањем хуманитарног императива и других принципа из ове повеље, ми ћемо подржати напоре надлежних тијела да заштите и помогну онима који су погођени. Позивамо све државне и недржавне актере на поштовање непристрасне, независне и нестраначке улоге хуманитарних организација и да олакшају њихов рад уклањањем непотребних правних и практичних препрека, омогућујући њихову сигурност и допуштајући им правовремен и сталан приступ погођеном становништву.

Заједнички принципи, права и дужности

4. Ми нудимо наше услуге као хуманитарне организације на основу принципа хуманости и хуманитарног императива, препознајући права свих лица, жена и мушкараца, дјечака и дјевојчица, погођених катастрофама или сукобима. То су права на заштиту и помоћ која се огледају у одредбама међународног хуманитарног права, људских права и права избјеглица. За потребе ове повеље, та права ћемо сажети како слиједи:

- **право на живот с достојанством,**

- **право на примање хуманитарне помоћи,**
- **право на заштиту и безбједност.**

Иако та права нису тако формулисана у међународном праву, она укратко описују низ законом утврђених права и дају потпунију супстанцу за хуманитарни императив.

5. Право на достојанствен живот огледа се у одредбама међународног права, а посебно мјерама људских права које се односе на право на живот, на одговарајући животни стандард, на слободу од мучења или окрутног, нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања. Право на живот подразумева дужност да се сачува живот који је под пријетњом. У овоме је садржана дужност да се не ускрати или не отежа пружање помоћи спасавања. Достојанство обухвата више од физичког благостања, оно захтијева поштовање за све људе, укључујући вриједности и вјеровања погођених појединаца и погођених заједница и поштовање њихових људских права, укључујући слободу, слободу савјести и вјерског обреда.

6. Право на примање хуманитарне помоћи је неопходан елемент права на живот с достојанством. Оно обухвата право на одговарајући животни стандард, што укључује одговарајућу храну, воду, одјећу, кров над главом и оно што је потребно за добро здравље, што је изричито гарантовано међународним правом. Основни стандарди Sphere и минимални стандарди одражавају та права и дају њихов практични израз, посебно у односу на пружање помоћи онима који су погођени катастрофом или сукобима. Ако државни или недржавни актери сами не пружају такву помоћ, сматрамо да треба да допусте другима да то учине. Свака таква помоћ мора се обезбиједити у складу с принципом **непристрасности**, који захтијева да се помоћ пружа искључиво на основу потреба и пропорционално потребама. То одражава шири принцип **недискриминације**: да нико не би требало да буде дискриминисан на било којој основи, укључујући старост, пол, расу, боју коже, националност, сексуалну оријентацију, језик, вјеру, инвалидитет, здравствено стање, политичко или друго мишљење, национално или социјално поријекло.

7. Право на заштиту и безбједност је укоријењено у одредбама међународног права, резолуцијама Уједињених нација и других међувладиних организација, те је у сувереној надлежности државе да заштити све људе у оквиру њене надлежности. Безбједност и заштита људи у ситуацијама катастрофа или сукоба јесу посебна хуманитарна брига, укључујући и заштиту избјеглица и интерно расељених лица. Како

то закон признаје, неки људи могу бити посебно рањиви на злостављање и дискриминацију због свог статуса, као што је старост, пол и раса, и могу им бити потребне посебне мјере заштите и помоћи. У мјери у којој држави недостаје способност да заштити људе у тим околностима, сматрамо да она мора тражити међународну помоћ за то.

Право које се односи на заштиту цивила и расељених лица захтијева посебну пажњу:



(I) За вријеме **оружаних сукоба**, како су они дефинисани у међународном хуманитарном праву, тамо гдје постоји посебна правна одредба за заштиту и помоћ коју треба дати онима који не учествују у сукобу. Конкретно, Женевска конвенција из 1949. и Додатни протоколи из 1977. намећу обавезе странама у међународним оружаним сукобима и сукобима који нису међународни.

Наглашавамо општи имунитет цивилног становништва од напада и одмазде, а посебно важност принципа **разлике** између цивила и бораца и између цивилних објеката и војних циљева, принципа **пропорционалности** у употреби силе и **опреза** у нападу, дужност да се суздржи од употребе оружја која су неселективна или која, по својој природи, наносе сувишне повреде или непотребне патње, те дужност да се омогући непристрасна помоћ. Велики дио патње нанесене цивилима која се може избјећи у оружаним сукобима произлази из непоштовања ових основних принципа.

(II) Право да се **тражи азил или уточиште** је и даље од виталног значаја за заштиту оних који се суочавају са прогоном и насиљем. Они који су погођени катастрофом или сукобом често су присиљени да напусте своје домове у потрази за сигурношћу и средствима за живот. Одредбе Конвенције о статусу избјеглица из 1951. (с измјенама и допунама) и други међународни и регионални уговори обезбјеђују основне мјере заштите за оне који не могу добити заштиту од државе њиховог држављанства или пребивалишта, и који су присиљени да траже сигурност у другој земљи. Главни међу њима је принцип **забране протјеривања**: принцип да нико не може бити враћен у земљу у којој би били угрожени његов живот, слобода или физичка безбједност или гдје ће се вјероватно суочити са мучењем или другим окрутним, нељудским или понижавајућим поступањем или казном. Исти принцип вриједи, самим тим, и за интерно расељена лица, што се одражава у међународним

документима о људским правима и разрађено је у Смјерницама о интерној расељености из 1998. и регионалним и националним правним документима.

Наша обавеза

8. Ми нудимо наше услуге у увјерењу да се погођено становништво налази у средишту хуманитарне интервенције, и препознајемо да је његово активно учествовање неопходно за пружање помоћи на начин који најбоље задовољава његове потребе, укључујући и рањива и социјално искључена лица. Ми ћемо настојати да подржимо локалне напоре како би се спријечиле катастрофе, како би се припремило за њих и реаговало на њих и ефекте сукоба, те напоре за јачање капацитета локалних актера на свим нивоима.

9. Свјесни смо да покушаји да се пружи хуманитарна помоћ могу понекад имати и нежељене штетне ефекте. Ми, у сарадњи с погођеним заједницама и властима, имамо циљ да се у хуманитарној интервенцији на минимум сведу негативни ефекти на локалну заједницу или на животну средину. С обзиром на оружани сукоб, ми препознајемо да начин на који се даје хуманитарна помоћ потенцијално може више цивила учинити рањивим на напад, или може повремено довести до ненамјерне предности за једну или више страна у сукобу.

Залажемо се за свођење таквих негативних ефеката на минимум, у оној мјери у којој је то у складу с принципима који су горе наведени.

10. Ми ћемо дјеловати у складу с принципима хуманитарног дјеловања наведеним у овој повељи и специфичним смјерницама Кодекса понашања Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца и невладиних организација (НВО) у катастрофама (1994).

11. Основни Sphere стандарди и минимални стандарди дају практичну заједничку основу принципима из ове повеље, а заснивају се на разумијевању основних минималних услова за живот с достојанством од стране организација и на њиховом искуству у пружању хуманитарне помоћи. Иако постизање стандарда зависи од низа фактора, од којих многи могу бити изван наше контроле, ми се обавезујемо да покушавамо досљедно постићи исте и очекујемо да ћемо бити сматрани одговорнима у складу с тим. Позивамо све стране, укључујући погођене и донаторске владе, међународне организације, приватне и недржавне актере да усвоје основне Sphere стандарде и минималне стандарде као прихваћене норме.

12. Придржавањем основних стандарда и минималних стандарда, ми се обавезујемо да ћемо учинити све напоре како бисмо обезбиједили да људи погођени катастрофама или сукобом имају приступ барем минималним потребама за живот с достојанством и у сигурности, укључујући и одговарајућу воду, санитарне услове, храну, исхрану, склониште и здравствену његу. У ту сврху, ми ћемо се и даље залагати да државе и друге стране испуњавају своје моралне и законске обавезе према погођеном становништву. Што се нас тиче, ми се обавезујемо да ћемо учинити да наше интервенције буду ефективне, примјерене и одговорне, кроз добру процјену и праћење развоја локалног контекста те кроз транспарентност информација и доношења одлука и кроз дјелотворнију координацију и сарадњу с другим релевантним актерима на свим нивоима, како је наведено у основним стандардима и минималним стандардима. Конкретно, ми се обавезујемо да радимо у партнерству с погођеним становништвом, с нагласком на његовом активном учествовању у интервенцији. Свјесни смо да наша основна одговорност мора бити усмјерена према онима којима желимо помоћи.





Принципи заштите



Како користити ово поглавље

Хуманитарно дјеловање састоји се од два главна стуба: заштите и помоћи. Већи дио овог приручника, посебно техничка поглавља, спадају у дјелокруг помоћи, док се ово поглавље фокусира на заштиту. Заснива се на Повељи о хуманитарној помоћи и односи се на хуманитарне организације и њихов допринос у заштити оних који су у опасности од насиља и присиле. Уопштено, односи се на улогу коју имају организације у осигурању поштовања и остваривања права наведених у Повељи о хуманитарној помоћи, укључујући и приступ помоћи.

Поглавље је подијељено на два дијела:

- **Увод** који дефинише опште одговорности свих учесника у кризним ситуацијама, што би требало да помогне у заштити становништва погођеног катастрофом и у поштовању њихових права;
- четири **принципа заштите** представљају основ свих хуманитарних активности и обухватају основне елементе заштите у реаговању на катастрофе. Надопуњени су смјерницама које тачно дефинишу улогу хуманитарних организација у заштити. Референтна поглавља укључују и друге стандарде и материјале који се односе на више специјализованих подручја у заштити.

Садржај

Увод	31
Принципи заштите.....	35
Извори и додатна литература.....	46





Увод

Заштита и хуманитарно дјеловање

Питање заштите односи се на безбједност, достојанство и права људи погођених катастрофом или оружаном сукобом. Повеља о хуманитарном дјеловању сажима основна права која треба узети у обзир при реаговању на катастрофу. Ово поглавље тиче се начина како ова права треба усмјерити на хуманитарну помоћ из перспективе заштите, а нарочито начина како организације могу помоћи да погођено становништво избјегне даљу штету и на тај начин постићи већу заштиту и безбједност. Основни проблеми хуманитарне заштите у том контексту су спречавање свих облика насиља и присиле, како би се спријечила намјерна депривација ресурса за достојанствено преживљавање.

Ова питања чине темељ за **четири основна принципа заштите** који усмјеравају cjелокупну хуманитарну активност:

1. Избјежавати да резултат активности буде излагање људи даљој штети
2. Обезбиједити приступ људи непристрасној помоћи
3. Заштитити људе од физичке и психолошке штете настале због насиља и присиле
4. Бити од помоћи при остваривању права, приступу лијековима и опоравку од злостављања

С гледишта хуманитарног реаговања, ова четири принципа одраз су озбиљних пријетњи с којима се људи најчешће суочавају током сукоба или природних катастрофа. Смјернице се односе на одговорност и на могућности којима располажу организације, као и посебну потребу за заштитом.

Четири принципа заштите произлазе из права утврђених Повељом о хуманитарној помоћи: право на достојанствен живот, право на хуманитарну помоћ и право на заштиту и сигурност.



Разумијевање принципа заштите

Слиједи кратки водич за тумачење принципа заштите.

Принцип 1 (спречавање додатне штете) односи се на рјешавање питања заштите која могу бити узрокована или погоршана хуманитарним дјеловањем. Како је то наведено у Повељи, они који су укључени у хуманитарну помоћ треба да ураде све како би се разумно избјегла изложеност људи погођених катастрофом или оружаном сукобом даљој штети, као што је нпр. изградња насеља за расељена лица у подручјима која су несигурна.

Принцип 2 (осигурати доступну непристрасну помоћ) односи се на осигурање приступа хуманитарној помоћи свакоме коме је та помоћ потребна, нарочито онима који су рањива група или којима пријети искључење из политичких или неких других разлога. Онемогућавање приступа неопходној помоћи је главно питање заштите. То може, између осталог, бити онемогућавање безбједног пружања помоћи од стране хуманитарних организација.

Принцип 3 (заштита људи од насиља) односи се на заштиту од насиља или заштиту од присиле или подстицања људи да дјелују против своје воље, нпр. узимање оружја, насилно исељавање или спречавање кретања или понижавајуће поступање или кажњавање. Односи се на спречавање или ублажавање физичких и психичких повреда, укључујући ширење страха и намјерног терорисања и панике.

Принцип 4 (помоћ у остваривању права, права на накнаду и средства за опоравак од посљедица злостављања) односи се на улогу хуманитарних организација у пружању помоћи жртвама у провођењу њихових права и осигурање приступа правним средствима, као што су правне надокнаде, компензације или поврат имовине. Овај се принцип односи, такође, и на превладавање посљедица силовања или, уопштено, помоћ људима у превладавању посљедица физичког, психичког, друштвеног или економског понижења.

Заједно са смјерницама, ова четири принципа описују шта хуманитарне организације могу и треба да учине како би заштитиле становништво погођено катастрофом. Важно је напоменути да је улога и одговорност организација у овом контексту секундарна. Како је наведено у повељи,

ова улога требало би да буде од главног значаја за државу или друге релевантне представнике власти, нпр. сукобљене стране које окупирају или контролишу територију. Такви представници власти имају прописану законску одговорност за добробит људи унутар њихове територије или територије коју контролишу или, уопштено, да заштите цивиле у оружаним сукобима.

Напосљетку, само ти органи власти могу обезбиједити погођеном становништву сигурност својим дјелима или пропустима. Кључна улога организација може бити у подстицању или увјеравању да то раде и помогну људима у суочавању са посљедицама, када власти не испуњавају своје обавезе.

Провођење принципа заштите



Како би се задовољили стандарди из овог приручника, све хуманитарне организације требало би да се воде принципима заштите, чак и ако немају јасан мандат или професионалне способности за пружање заштите.

Принципи нису „апсолутни“ јер смо свјесни да одређене околности ограничавају способност организације да испуни критеријуме, посебно принцип 3, који неке организације нису у стању да испуне. Ипак, принципи су одраз универзалне хуманитарне бриге и у хуманитарним активностима њих се увијек треба придржавати.

Велики број хуманитарних организација води се својим принципима или специфичним улогама, које се баве најрањивијим групама. Неке од ових организација проводе активности заштите као самосталне програме или пројекте или у оквиру „групе“ или „сектора за заштиту“ са намјенским средствима и специјализованим особљем. У 2011. години, Глобална група за заштиту обухватила је координацијску структуру са фокусом на сљедеће:

- заштита дјеце;
- насиље базирано на полу;
- становање, земља и власништво;
- заштита од мина;
- закон и правосуђе.

Овај списак приказује нам специфична подручја заштите. Списак није обиман, али из њега се види да постоје многи други специфични проблеми у области заштите. За многе од ових и за друге врсте заштите, као што је заштита цивила и заштита расељених лица код природних непогода, развијени су специфични стандарди и смјернице који нису дио Sphere. Овдје су пописани као референце и могу се наћи на крају овог поглавља. Ово поглавље је осмишљено како би се допунили ови стандарди.

Различити начини дјеловања заштите

Четири принципа заштите примјењују се једнако за специјализоване активности заштите и опште хуманитарне активности, иако се међусобно могу разликовати. Активности у вези са заштитом свих хуманитарних организација могу се разврстати у ширем смислу на три сљедећа вида, који су међусобно зависни и могу се проводити истовремено:

Превенција: спријечити физичке пријетње или кршење права настало због појаве или смањења изложености опасностима или рањивости због таквих пријетњи или злостављања. Спречавање безбједносних пријетњи такође подразумева и ангажман самог окружења у поштовању права жена, мушкараца, дјевојака и младића свих старосних категорија у складу са међународним правом.

Одговор: тренутно зауставити насиље, реаговати на насилничке инциденте и друге врсте понижавања.

Активности помоћи: елиминисати посљедице тренутног или прошлих злостављања кроз накнаду штете, рехабилитацију и пружање здравствене заштите, психо-социјалне помоћи, правне помоћи и других услуга и помоћи погођеном становништву у приступу расположивим средствима и остваривању њихових права.

Заговарање, без обзира на то да ли је јавно или приватно, заједнички је елемент који спаја ова три вида активности. Пријетње погођеном становништву производ су свјесних одлука, радњи или политика, и многи од безбједносних одговора представљају покушаје да се таква понашања и политике промијене. Заговарање хуманитарних организација, као што су организације за заштиту људских права, од кључног је значаја и утицаја на такве промјене. У хуманитарним организацијама може доћи до неодлучности и дилеме да ли да „проговоре“ о злостављањима, или да наставе своје активности, и ова дилема може диктирати да ли ће се и како ће се заговарати одређене теме. Тамо гдје се заговарање одвија, његов успјех генерално зависи од поузданости доказа, анализа других учесника, као и анализа контекста. Зато је заговарање повезано са процјеном стандарда у основним стандардима (видјети Основни стандард 3, на стр. 63). Као што смјернице у наставку појашњавају, кориштење било каквог доказа као што је изјава свједока која омогућава идентификовање извора информација може бити крајње осјетљиво и може људе довести у опасност, па га је потребно провести са највећом пажњом (видјети Принцип заштите 1, смјерница 8, на стр. 37).

Принципи заштите

Принцип заштите 1. Треба избјећи излагање људи даљој неправди због својих поступака

Овај принцип односи се на кораке предузете од стране хуманитарних организација како би се избјегле или на најмању могућу мјеру свеле штетне посљедице њиховог дјеловања, нарочито ризик од излагања људи, и тиме повећање опасности и злоупотреба њихових права.

Овај принцип садржи сљедеће елементе:

- Облик хуманитарне помоћи и средина у којој се одвија неће више људе излагати физичким опасностима, насиљу или другим злостављањима.
- Помоћ и заштита неће поткопавати способност самозаштите погођеног становништва.
- Хуманитарне организације руководе осјетљивим информацијама на начин да не угрожавају сигурност носилаца информација или оних који се могу препознати кроз добијене информације.



Смјернице

Процјена околности и предвиђање посљедица хуманитарних интервенција за безбједност и добробит становништва погођеног катастрофом

1. **Избјегавати саучесниство** у злоупотреби права. Понекад је тешко донијети одлуку или процјену, нпр. када сте суочени са одлуком да ли помоћи људима који су против своје воље затворени у логорима. Такве се одлуке морају донијети на индивидуалној основи, и увијек их треба сагледати у промијењеним околностима и уз поновну процјену.
2. **Списак питања као подсјетник:** при анализи активности, уобичајено се треба водити списком сљедећих питања (који није коначан), која могу служити као подсјетник, у смислу цијелокупног хуманитарног дјеловања и конкретне интервенције:
 - Какву ће корист од наших активности имати погођено становништво?
 - Које су то ненамјерне негативне посљедице нашег дјеловања на безбједност људи и како их можемо избјећи или умањити?

- Да ли се при провођењу активности узимају у обзир пријетње безбједности са којима се суочава угрожено становништво? Да ли те активности могу осујетити сопствене напоре људи да се заштите?
- Да ли активности дискриминишу неку групу људи или се могу препознати као дискриминишуће? Да ли активности штите права људи који су маргинализовани кроз историју или су били дискриминисани на неки начин?
- Код заштите и промовисања права таквих група, какав ће бити утицај на односе унутар и изван заједнице?
- Могу ли активности погоршати постојеће подјеле у заједници или подјеле међу сусједним заједницама?
- Могу ли активности нехотице оснажити наоружане или неке друге групе?
- Могу ли активности постати предмет криминалне експлоатације?

3. **Посавјетујте се са различитим сегментима** погођеног становништва или организацијама у које имате повјерења, с циљем процјене потенцијалних позитивних и негативних посљедица на цјелокупну интервенцију и специфичне активности.
4. **Облик пружања помоћи** може учинити људе рањивијим. Вриједна роба, као што су суви оброци, може бити предмет пљачке, која може изложити људе опасности или глади. Тамо гдје постоји високи ризик, треба размотрити друге облике помоћи (на примјер, понудити топле оброке у јавним кухињама или центрима за храну). Угрожене заједнице треба консултовати у вези с тим на који начин желе да им се пружи помоћ.
5. **Окружење у којем се пружа помоћ** требало би да буде сигурно, уколико је то могуће. Људи којима је помоћ потребна не смију бити приморани да путују или да путују кроз опасна подручја. Кампови или насеља треба да буду што безбједнији за становништво и треба да буду смјештени што даље од подручја која су предмет напада или друге врсте опасности.

Самозаштита погођеног становништва

6. **Схватити на које начине и којим средствима** се људи покушавају заштитити, заштитити своју породицу и заједницу. Треба подржати заједницу у самопомоћи (видјети Принцип заштите 3, смјернице 13–14, на стр. 42). Начини на које хуманитарне организације интервенишу не треба да угрозе способност људи да се самозаштите и да заштите друге, укључујући и селидбу у сигурнија подручја и избјегавање контакта са наоружаним групама.

7. **Егзистенцијалне потребе:** треба помоћи људима у проналажењу начина да задовоље егзистенцијалне потребе. То нпр. може бити вода, дрва за огрев, гориво које ће људима помоћи да задовоље своје свакодневне потребе без опасности и мукотрпних путовања. Ово би се више односило на старије људе, жене, дјецу и лица с инвалидитетом.

Кориштење осјетљивих информација

8. **Заштита података** може бити осјетљиво питање. Хуманитарне организације требало би да имају јасна правила и процедуре као смјернице за раднике о томе како да реагују ако сазнају или буду свјedoци кршења права и о повјерљивости са тим повезаних информација. Чланови особља требало би да знају како да направе извјештај о неком догађају или сазнању.
9. **Преношење повјерљивих информација:** информације о кршењима права је можда боље саопштити лицима с одговарајућим овлаштењима, како би се осигурала безбједност. Ова лица такође могу бити присутна и у другим подручјима, а не само тамо гдје су пронађене информације.
10. **Правила о преношењу повјерљивих информација** треба да буду доступна и треба да садрже извјештаје о инцидентима или анализу трендова. Мора бити јасно наведено на који начин треба руковати осјетљивим информацијама и околностима под којима информације треба изнијети. Уколико је могуће, организације треба да траже да појединци пристану на употребу таквих информација. Било какво изношење такве врсте информација треба извести на начин да се извор информација или особе које су са њима повезане не доведу у опасност.
11. **Информације о конкретним злоупотребама и кршењима права** треба прикупити само ако је њихова намјена јасна и ако су дефинисане појединости њихове намјераване употребе. Такве повјерљиве информације треба да буду прикупљене од стране организације с мандатом заштите или организација које имају потребне капацитете, вјештине, системе и поступке. Прикупљање информација је условљено престанком на пружање таквих информација и у сваком случају неопходна је сагласност појединца да се те исте информације дијеле са трећом страном.
12. Треба процијенити **могућу реакцију владе** или релевантног нивоа власти на прикупљање или кориштење информација о злоупотреби. Можда ће се морати направити избор између потребе за наставком дјеловања, са једне, и потребе за кориштењем информација, са друге



стране. Избор између ове двије алтернативе може бити различит од организације до организације.

Принцип заштите 2: Људима треба омогућити приступ непристрасној помоћи – у складу са потребама и без дискриминације

Људи могу приступити хуманитарној помоћи према њиховим потребама и без негативне дискриминације. Помоћ није ускраћена људима којима је потребна, а приступ хуманитарних организација пружа све што је потребно како би се задовољили Sphere стандарди.

Принципи се састоје од следећих елемената:

- Обезбиједити приступ хуманитарној помоћи за све групе погођеног становништва.
- Било какво намјерно лишавање дијела становништва средстава за живот увијек треба преиспитати на основу релевантних прописа и општих хуманитарних принципа, како је то описано у Хуманитарној повељи.
- Погођено становништво прима помоћ на основу својих потреба и није дискриминисано по било којим основама.

Смјернице

Одржавање приступа

1. **Тамо гдје становништво није у могућности да задовољи своје основне животне потребе**, а надлежна тијела нису у могућности да обезбиједе потребну помоћ, не смије се ускратити непристрасан приступ хуманитарним организацијама. Такво ускраћивање може бити у супротности са међународним правом, посебно у ситуацијама оружаног сукоба.
2. **Надгледање приступа:** пажљиво треба пратити приступ погођеног становништва хуманитарној помоћи, посебно најугроженије групе људи.
3. **Приступ хуманитарној помоћи и слобода кретања** уско су повезани (видјети Принцип заштите 3, смјернице 7–9, на стр. 41-42). Мониторинг приступа подразумева препреке, као што су контролне тачке,

блокаде или минска поља. Када је ријеч о оружаном сукобу, зарађене стране могу поставити контролне тачке, али овакве баријере не смију бити дискриминишуће за људе захваћене сукобом или неоправдано ометати људе да приступе хуманитарној помоћи. Треба предузети посебне мјере како би се обезбиједила једнакост приступа за погођене особе у удаљеним или неприступачним подручјима.

4. Треба подузети **посебне мјере** за олакшавање приступа најугроженијим групама, узимајући у обзир контекст, друштвене и културне обичаје и понашање заједница. Такве мјере могу укључити изградњу сигурног простора за људе који су били жртве насиља, као што је силовање или трговина људима, или означити мјесто за лакши приступ када је ријеч о лицима са инвалидитетом. Ове мјере треба да служе да се избјегне стигматизација ових група (видјети Основни стандард 3, смјернице 5–6, на стр. 63).



Одбијање помоћи или приступа егзистенцијалним потребама:

5. Право на примање хуманитарне помоћи: како је и наведено у Хуманитарној повељи, погођено становништво има право да прими хуманитарну помоћ. Ово право произилази из низа правних норми и правила која су дио међународног права. Тачније, међународно хуманитарно право садржи низ релевантних одредби о приступу помоћи и о заштити објеката неопходних за преживљавање цивилног становништва (од додатних протокола I и II из 1977. до Женевских конвенција 1949. године). Хуманитарне организације могу промовисати поштовање релевантних закона (видјети, такође, Принцип заштите 3, смјернице 3–4, на стр. 63).

Осигурање недискриминације

6. **Непристрасност:** хуманитарне организације треба да дају приоритет људима којима је потребна помоћ на основу њихових потреба и да обезбиједи помоћ пропорционално њиховим потребама. Овај принцип непристрасности потврђен је Кодексом понашања за Међународни црвени крст и Црвени полумјесец и невладине организације за помоћ у катастрофама (видјети Додатак 2, стр. 415, као и Хуманитарну повељу, стр. 19). Хуманитарне организације не треба да се фокусирају само на одређену групу (нпр. расељена лица у колективним центрима), ако ће то ићи на штету другог дијела угроженог становништва.
7. **Угрожено становништво** не треба да има посебан правни статус да би могло да добије хуманитарну помоћ и да се заштити.

Принцип заштите 3: Људе треба заштитити од физичких и психичких повреда које произлазе из насиља и присиле

Људи су заштићени од насиља, присиле или поступака против њихове воље и страха од искориштавања. .

Принципи се састоје од следећих елемената:

- Треба предузети све потребне мјере како се угрожено становништво не би изложило насиљу, било суочавањем са извором опасности или пружањем помоћи људима да избјегну опасност.
- Треба предузети све мјере како угрожено становништво не би било предмет насиља, присиле или поступака против њихове воље на начине који им могу нашкодити или кршити њихова права (нпр. право слободе кретања).
- Треба се потрудити и помоћи угроженима да се осјећају сигурно, да поврате достајанство, укључујући механизме самопомоћи у датој заједници.

Смјернице

Заштита од насиља и присиле

1. **Примарна оговорност заштите људи** од пријетњи опасних по живот и њихову сигурност је на владама и другим надлежним властима (видјети Хуманитарну повељу, стр. 19). За вријеме оружаног сукоба, зараћене стране морају заштитити цивилно становништво и оне који су положили оружје. Анализирајући значење у смислу разлика у врсти пријетњи становништву, хуманитарне организације треба да установе ко има правну одговорност и/или стварну способност пружања заштите.
2. **Помоћ умањује друге пријетње:** ово подразумијева пружање помоћи на такав начин да се људи осјећају заштићено и сигурно или упућивање људи да предузму кораке (заговарањем или на неки други начин) како би смањили изложеност ризику.
3. **Мониторинг и извјештавање:** хуманитарне организације треба да размотре своју одговорност када је ријеч о праћењу и извјештавању о тешким повредама права. Такође треба да се залажу за права угроженог становништва заједно са надлежним властима и учесницима, подсјећајући их на њихове обавезе. Могу дјеловати на различите начине, укључујући дипломатију, лобирање и јавно заговарање, имајући

на уму упутства за управљање осјетљивим информацијама (видјети Принцип заштите 1, стр. 35).

4. **За вријеме оружаног сукоба**, хуманитарне организације треба да узму у обзир и надгледање институција које су под посебном заштитом и које су под заштитом међународног хуманитарног закона, као што су школе и болнице, и треба да извјесте о сваком нападу на њих. Организације такође треба да уложе напоре да смање ризике и насилне отмице или насилно регрутовање, до чега може доћи на тим локацијама.
5. **Гдје експлозивне направе представљају пријетњу угроженом становништву**, хуманитарне организације треба да успоставе координацију са надлежним органима власти и организацијама специјализованим за отклањање минских поља и неексплодираних убојитих средстава. Оваква врста опасности може нарочито доћи до изражаја у ситуацијама гдје се становништво враћа у своје домове по окончању оружаног сукоба.
6. **Политички фактори, фактори који учествују у провођењу закона и војни фактори** имају значајну улогу у заштити људи од злоупотребе и кршења њихових права. Коначно, политика је та која може наћи рјешења за проблеме који су често у сржи безбједносних питања. Безбједносне агенције и агенције за провођење закона, нпр. полицијске и војне снаге, укључујући и мировне снаге, могу и треба да играју важну улогу у осигурању физичке сигурности људи у ризичним ситуацијама. Организације могу упозорити надлежне на кршење права. Такве интервенције са војним контингентима, њиховим заповједницима или надлежнима под чијом контролом такве снаге дјелују, могу бити кључни корак у заустављању насиља уз помоћ војних снага.



Слобода кретања

7. **Људи се не смију присиљавати да остану** или да иду на мјеста која нису њихов избор (нпр. колективни центри) нити се смије неосновано ограничити њихово кретање. До ограничавања слободе кретања и избора становања смије доћи само уколико постоје озбиљни безбједносни или здравствени разлози и они треба да буду пропорционални циљу. У сваком случају, људи угрожени конфликтом или непогодама имају право да траже азил.
8. **Евакуација:** хуманитарне организације треба да се укључе у евакуацију само изузетно и у екстремним случајевима, и то онда када се помоћ или заштита не могу пружити на другачији начин, а постоји озбиљна пријетња по живот, сигурност и здравље људи.

9. **Не треба подстицати погођено становништво на останак у опасном подручју,** нити на повратак или на пресељење када не постоји потпуни приступ свим информацијама о стању у тим подручјима.

Посебна угроженост од насиља и присиле

10. **Угрожена лица:** треба обратити пажњу на појединачне, друштвене и контекстуалне факторе како би се утврдило ко су лица која су најосјетљивија на одређене ризике и пријетње. Могу бити потребне посебне мјере за оне који су посебно изложени ризицима, као што су жене, дјеца, присилно расељена лица, лица с инвалидитетом и вјерске или етничке мањине.
11. **Сигурно окружење за дјецу:** организације би требало да дјеци обезбиједе приступ сигурном окружењу. Породица и заједница треба да дају свој допринос како би дјеца била на сигурном и заштићена.
12. **Дјеца, нарочито када су одвојена од своје породице** или су без надзора одрасле особе, врло лако могу бити злостављана или искориштавана у непогодама или сукобима. Организације треба да подуму све неопходне мјере како би дјецу заштитиле од тога да буду војно регрутована и, уколико су повезане с војним снагама, треба да раде на њиховом хитном демобилисању и реинтеграцији.
13. **Жене и дјевојке могу бити под нарочитим ризиком** од родно заснованог насиља. Као допринос заштити ових група, хуманитарне организације треба да размотре мјере за смањење могућих ризика, укључујући трговину људима, присилну проституцију, силовање или насиље у породици. Такође, треба провести стандарде и инструменте како би се спријечила и искоријенила пракса злостављања и искориштавања. Таква неприхватљива пракса може укључити посебно рањиве особе, као што су изоловане жене или жене с инвалидитетом, присиљене на проституцију како би добиле хуманитарну помоћ..

Заједница која се заснива на социјалној подршци и самопомоћи

14. **Механизми заштите и психо-социјалне помоћи за породицу и заједницу:** треба промовисати одржавање породице на окупу, људе учити на који начин да заштите дјецу да не дођу у ситуацију да се одвоје од своје породице, промовисати адекватну бригу о дјечи и другим члановима одвојеним од својих породица. Гдје год је то могуће, породицу треба задржати на окупу и омогућити лицима из истог села или исте мреже подршке да живе на истом подручју.

15. **Треба подржавати заједницу у активностима самопомоћи**, као што су нпр. групе жена које раде на рјешавању проблема везаних за насиље над женама, групе младих који се самостално издржавају, групе родитеља које пружају подршку позитивној интеракцији са дјецом и укључују родитеље са малом дјецом и дјецом са посебним потребама, групе младих који информишу јавност о опасностима као што су нпр. мине, групе које окупљају људе који су изгубили родитеље, старије особе и особе са онеспособљењима.

Принцип заштите 4: Треба помоћи људима да остваре своја права, приступе лијечењу и опораве се од злостављања.

Треба помоћи угроженом становништву да тражи своја права кроз информације, документацију и помоћ у потрази за правним лијеком. Треба подржати људе на одговарајући начин да се опораве од физичког, психичког и социјалног насиља и других злоупотреба.



Принципи се састоје од следећих елемената:

- Помоћи угроженом становништву да оствари своја права и дође до правне помоћи од владе или из других извора и информисати људе о њиховим правима и расположивим средствима.
- Помоћи угроженим лицима у осигурању документације потребне како би остварили своја законска права.
- Помоћи угроженим лицима да се опораве кроз програме психо-социјалне подршке и помоћи заједнице.

Смјернице

Помоћ угроженим особама у остваривању права

1. **Влада и други надлежни органи одговорни су** за то да се права угрожених особа испоштују и остваре. Било кроз законске системе или на друге начине, хуманитарне организације треба да размотре како помоћи угроженом становништву да оствари своја права.
2. **Права:** Организације треба да информишу угрожене особе о њиховим правима унутар одређеног програма помоћи, а према законима и

- прописима земље о којој је ријеч. Посебну пажњу треба обратити на поновно успостављање права људи на становање, земљу и имовину.
3. **Информисаност и савјетовање:** Угрожено становништво треба информисати кроз надлежне органе и хуманитарне организације на језику и на начин који могу разумјети. Требало би да буду укључени у смислени процес савјетовања који се тиче одлука у вези са њиховим животима, без стварања додатних ризика (видјети Основни стандард 1, стр. 57). Ово је само један од начина да постигну остварење својих права.

Документација

4. **Прибавити или замијенити изгубљену документацију:** Хуманитарне организације треба да помогну угроженим лицима да прибаве документацију или замијене изгубљену документацију како би остварили своја права. Генерално, људи имају права без обзира на то посједују ли одређену документацију. Међутим, да би имали приступ цијелом низу права, обично је потребна нека врста документације или идентификације, као што је родни лист, вјенчани лист, пасош или земљишни лист. Приступ одређеној документацији је често важан након катастрофе, али у већини земаља, власништво није јасно документовано законским одредбама и може постати главни камен спотицања. Треба организовати издавање умрлица како би родбина избјегла финансијске и правне проблеме. Умрлице је обично немогуће обезбиједити када је ријеч о нецеремонијалном упоку, те такву праксу треба избјегавати.
5. **Правна документација** призната од стране владе или релевантних надлежних органа не смије се мијешати с документима издатим од стране хуманитарних организација, као што су регистрација, бонови за храну или бонови за превоз. Службена документација издата од стране власти не треба да одређује ко има право на помоћ хуманитарних организација.

Приступ помоћи

6. **Људи имају право да потражују законске и друге накнаде** од владе и надлежних органа због угрожавања својих права. Ово подразумијева и компензацију за губитак или поврат имовине. Они такође имају право да очекују да ће починиоци таквих преступа бити изведени пред лице правде. Ово може играти важну улогу у повратку повјерења међу

- погођеним становништвом. Хуманитарне организације можда могу људима помоћи да дођу до правде или да помогну на одговарајући начин.
7. **Брига о здрављу и рехабилитација:** људима се може помоћи у приступу одговарајућој здравственој заштити и другој врсти рехабилитације након напада, насиља над женама и сличних проблема (видјети Стандард 3. Услуге основне здравствене заштите: контрола заразних болести, стр. 354, и Стандарди 1–2. Услуге основне здравствене заштите: здравствена заштита дјеце, стр. 360–362).
 8. **Тамо гдје се људима може помоћи** из невладиних извора, треба пружити помоћ на одговарајући начин да идентификују и приступе помоћи која им је потребна.

Помоћ која се заснива на заједници и друга психо-социјална помоћ



9. **Треба подржавати позитивне друштвене механизме,** као што су културолошки прикладне сахране, вјерски обреди и културни и друштвени обичаји који нису штетни.
10. **Дјечије активности:** заједнице треба подстицати на организовање структурисаних образовних и заштитних активности за дјецу на неформалне начине, као што је породични простор, тамо гдје је то могуће. Механизми заштите кроз заједницу подразумијевају активности самопомоћи које промовишу психо-социјалну добробит људи.
11. **Помоћ у организовању психо-социјалне подршке** за особе које су преживјеле насиље. Особама које су преживјеле насиље треба обезбиједити приступ друштвеним мрежама у заједници и активностима самопомоћи. Социјалну подршку у заједници треба допунити и бригом о менталном здрављу.
12. **Интегрисани систем за подршку:** Организације које раде на психо-социјалној подршци и менталном здрављу у различитим секторима треба да сарађују како би изградили један интегрисани систем подршке становништву (видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге: ментално здравље, стр. 375).
13. **Клиничка помоћ:** успоставити механизме за упућивање тешко болесних особа на клиничко лијечење.

Референце и додатна литература

Општа заштита: позадина и алати

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

www.icva.ch/doc00002448.pdf.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Посебни стандарди заштите

Дјеца

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

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

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



Лица с инвалидитетом

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

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

Родно засновано насиље

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

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

Становање, земљиште и власничка права

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

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

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

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

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

[www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C.3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C.3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf).

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

Интерно расељена лица

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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?OpenDocument.

Ментално здравље и психо-социјална помоћ

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

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

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

Противминско дјеловање

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

Старија лица

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

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



Основни стандарди



Како користити ово поглавље

Основни стандарди су есенцијални стандарди процесних норми који су заједнички свим секторима. Они пружају јединствену референтну тачку за приступе који су основа за све стандарде у Приручнику. Свако поглавље стога захтијева пропратну употребу основних стандарда како би се достигли специфични стандарди.

Постоји шест основних стандарда:

- **дјеловање у ситуацији катастрофе, усмјерено ка људима;**
- **координација и сарадња;**
- **процјена;**
- **осмишљавање и одговор на помоћ;**
- **извођење, транспарентност и учење;**
- **ефикасност хуманитарних радника.**

Сваки основни стандард структурисан је како слиједи:

Основни стандард: по природи је квалитативан и одређује ниво коју треба постићи хуманитарним одговором.

Кључне активности: предложене активности и улаз информација како би се задовољили стандарди.

Кључни индикатори: „сигнали“ који нам показују да ли су одређени стандарди постигнути. Они омогућују начин мјерења у поређењу између процеса и резултата кључних активности; односе се на минимални стандард, а не на кључну активност.

Смјернице: укључују одређене тачке које треба узети у обзир при примјени основних стандарда, кључних мјера и кључних показатеља у различитим ситуацијама. Треба осигурати смјернице за рјешавање практичних проблема и исхода или савјете о приоритетним питањима. Они, такође, могу укључивати критична питања која се односе на стандарде, мјере, односно показатеље, а описују дилеме, контроверзна подручја или пропусте у знању.

Кључни индикатори основних стандарда покривају огромне распоне у корисничким захтјевима и садржајима. Мјерљиве и временски ограничене спецификације за сваки показатељ су високо садржајне и спецификоване по секторима. Корисници треба да прихвате кључне показатеље као прикладне у конкретним ситуацијама.

Списак одабраних референци и додатне литературе налази се на крају овог поглавља.

Садржај

Увод	55
Основни стандарди.....	57
Референце и додатна литература.....	79





Увод

Основни стандарди описују кључне поступке за постизање свих минималних стандарда Пројекта Sphere. Они практично представљају принципе минималних Sphere стандарда и основа су права за особе погођене сукобом или катастрофом, како би помогли људима да живе живот достојан човјека. Основни стандарди одређују минимални ниво помоћи коју треба да пружи (што се и види из кључних показатеља) хуманитарне организације, без обзира на то да ли су то организације на нивоу заједнице или на локалном, националном или међународном нивоу.

Основни стандарди су, такође, повезани с другим кључним иницијативама одговорности, промовисањем кохерентности и јачањем заједничке одговорности. На примјер, Стандарди одговорности и управљања квалитетом Иницијативе партнерства за хуманитарну одговорност (Humanitarian Accountability Partnership – HAP) из 2010. године и основни стандарди садрже комплементарне захтјеве. Стандард ефикасности хуманитарних радника у складу је с Кодексом добре праксе организације People in Aid. Водич Good Enough Пројекта хитне изградње капацитета (Emergency Capacity Building – ECB), Компас за квалитет Groupe URD и Мрежа активног учења за одговорност и резултате у хуманитарним интервенцијама (ALNAP) јесу информације за Основне стандарде 1 и 5. Основни стандарди су пратећи за Основне стандарде у IINEE-у (Међуагенцијска мрежа за образовање у хитним ситуацијама) и Минималне стандарде за образовање: припремљеност, интервенција и опоравак.



Важност основних стандарда за све секторе

Први основни стандард препознаје да су учествовање свих људи погођених катастрофом – жена, мушкараца, дјевојчица и дјечака свих узраста – и њихова спремност и стратегије за преживљањем на достојанствен начин кључни елементи у хуманитарном дјеловању. Други основни стандард представља потребу да се ефикасно одговори на катастрофу кроз координацију са другим организацијама и надлежним органима власти, укљученим у непристрасну хуманитарну помоћ.

Трећи основни стандард описује нужност систематичне процјене у схватању

природе катастрофа, идентификовање ко је и на који начин погођен катастрофом и приступ људској рањивости и капацитетима. Он препознаје критичну важност у разумијевању потреба у односу на политички, социјални, економски и еколошки контекст и на ширу популацију. Организације које постижу основни стандард 4 своје дјеловање у ситуацијама катастрофа заснивају на непристрасној процјени потреба, рјешавању неиспуњених потреба у односу на садржај и способност погођених људи и државе да задовоље своје потребе.

Основни стандард 5 постиже организација која непрестано пропитује ефикасност, квалитет и примјереност свог дјеловања. Организације прилагођавају своје стратегије у складу са праћењем информација и повратним информацијама од људи погођених катастрофом, као и размјеном информација о њиховом раду. Улажу у непристрасне прегледе и евалуације и користе средства како би побољшали свој начин рада и активности.

Основни стандард 6 говори о томе да хуманитарне организације имају обавезу према људима погођеним катастрофом да запосле особље с одговарајућим знањем, вјештинама, понашањем и ставовима и тиме ефикасно пруже помоћ.

Рањивост

Sphere је усмјерен на осигурање хитних животних потреба људи погођених катастрофом или сукобом. Међутим, основни стандарди могу такође подржати спремност на катастрофе и приступе који смањују будуће ризике и рањивости, ојачати способности и промовисање раног опоравка. Код таквих приступа треба узети у обзир и утицај на животну средину и шире, и они су веома важни за потребе домаће и шире популације.

У Приручнику се израз „рањивост“ односи на људе који су посебно осјетљиви на ефекте природних или вјештачких катастрофа или сукоба. Људи су већ осјетљиви или постају осјетљиви на катастрофе због комбинације физичких, друштвених и политичких фактора или утицаја на животну средину. Могу бити маргинализовани од стране друштва због своје етничке припадности, старости, пола, инвалидитета, класе или касте, политичке припадности или због вјероисповијести. Комбинација различитих врста рањивости доприноси угрожености људи из различитих разлога и на различите начине. Рањива лица која су жртве катастрофе имају различите начине за опоравак од катастрофе. Кроз разумијевање капацитета рањивих особа и уз препреке са којима се суочавају да би дошли до хуманитарне помоћи, од суштинског значаја је да се помоћ пружи онима којима је најпотребнија.

Основни стандарди

Основни стандард 1. Дјеловање у ситуацијама катастрофа фокусирано на људе

Способност и стратегије људи да достојанствено преживе битни су за планирање и приступ дјеловању у ситуацијама катастрофа.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Треба подржати локалне капацитете идентификовањем друштвених група и друштвених мрежа што је прије могуће и градити иницијативе самопомоћи у заједници (видјети смјерницу 1).
- Треба успоставити систематичне и транспарентне механизме путем којих људи погођени катастрофом или сукобом могу редовно добијати повратне информације путем програма (видјети смјерницу 2).
- Треба обезбиједити уравнотежену заступљеност рањивих особа у расправама са становништвом погођеним катастрофом (видјети смјерницу 3).
- Погођеном становништву треба пружити информације о организацији, њеним пројектима и људским правима на прикладан начин и одговарајућим језиком (видјети смјерницу 4).
- Треба обезбиједити погођеном становништву сигуран приступ и одговарајући простор за заједничке састанке и размјену информација, што је прије могуће.
- Људима треба омогућити да могу подносити притужбе на програм на лак и сугуран начин, како би се могло реаговати на процедуре транспарентно и благовремено (видјети смјерницу 6).
- Гдје је год могуће, треба користити локалну радну снагу, еколошки одрживе материјале и друштвено одговорно пословање у корист локалне економије, те промовисати обнову од посљедица катастрофе.
- Гдје је год могуће, пројекте треба осмислити тако да се испоштују културни, духовни и традиционални обичаји који су важни за локално становништво (видјети смјерницу 7).
- Треба постепено подстицати људе погођене катастрофом на доношење одлука и постепено преузимање програма током дјеловања у ситуацијама катастрофа.



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Стратегије пројекта су експлицитно повезане са капацитетима заједнице и иницијативама.
- Људи погођени катастрофом доприносе или активно учествују у састанцима на којима се доносе одлуке о томе како организовати и провести одговор на катастрофу.
- Постепено повећавати број иницијатива самопомоћи предвођених од стране заједнице и локалне власти док траје интервенција.
- Организације су истраживале и, по потреби, поступале по приговорима који су се тicali пружања помоћи.

Смјернице

1. **Локални капацитети:** људи погођени катастрофом посједују и стичу вјештине, знање и у стању су да се носе с посљедицама катастрофе, одговоре на те посљедице и опораве се од њих. Активно ућешће у хуманитарној помоћи од основног је значаја када је ријеч о праву људи на достојанствен живот, како је то и наведено у принципима 6 и 7 Кодекса понашања за Црвени крст и Црвени полумјесец и невладиних организација за опоравак од катастрофа (видјети Додатак 2, на стр. 415). Самопомоћ и иницијативе доприносе психолошкој и социјалној добробити кроз враћање достојанства и степен контроле погођеног становништва. Приступ социјалној, финансијској, културолошкој и емоционалној помоћи кроз ширу породицу, религијске мреже и ритуале, пријатеље, школе и активности у заједници помажу поновном успостављању самопоштовања и идентитета појединца и заједнице, смањујући угроженост и јачајући отпорност. Локалном становништву треба помоћи да препознају значај и, ако је потребно, да се поново активирају или успоставе мреже и групе подршке за самопомоћ. Омјер у којем људи учествују и начин на који они то раде биће одређени тиме колико давно је дошло до катастрофе и физичким, друштвеним и политичким околностима. Индикатори учешћа из тог разлога треба да буду изабрани у складу са садржајем и представљени свакоме ко је погођен катастрофом. Локално становништво обично прво реагује на катастрофе, па је чак и дјеловање у раној фази могуће. Изразити напори да се слушају, савјетују и ангажују људи у раној фази повећаће каснији квалитет програма и заједничко управљање.
2. **Повратни механизми** обезбјеђују средства за учешће људи погођених катастрофом у провођењу планирања и имплементацији програма

(видјети НАР-ово мјерило „учествовање“). То подразумева групе расправе, анкете, интервјуе и састанке о „практичним искуствима“ са репрезентативним узорком цијелокупно погођеног становништва (видјети ЕСВ-ов водич „Good Enough“ за алате и смјернице 3–4). Као одговор на добијене информације, резултате и активности организације треба систематски подијелити са погођеним становништвом.

3. **Учешће представника:** Разумијевање и рјешавање препрека са којима се људи суочавају од кључног су значаја за уравнотежено учествовање. Потребно је подузети мјере како би се обезбиједило учешће свих угрожених група – младих и старијих лица, мушкараца и жена. Треба уложити посебне напоре да се укључе они који нису довољно заступљени, маргинализовани (нпр. на основу националности или религије) или који су „невидљиви“ на неки други начин (нпр. везани за кућу или смјештени у неку институцију). Учествовање омладине и дјеце треба промовисати онолико колико је то у њиховом интересу и потребно је предузети мјере како они не би били изложени насиљу или злостављању.
4. **Размјена информација:** људи имају право на тачне и ажуриране информације о активностима предузетим у њихово име. Информације могу смањити анксиозност и од кључне су важности за одговорност заједнице и власништво. Најмање што се може урадити јесте да би организације требало да дају опис мандата и пројекта организације, права и бенифиције становништва, те када и гдје је најлакше приступити помоћи (видјети НАР-ово мјерило „пружање информација“). Најпогоднији начини за пружање информација су огласне плоче, јавни скупови, школе, новине и радио-емисије. Информације треба изнијети на начин да су људима разумљиве, да су преведене на њима разумљив језик, користећи различите одговарајуће медије како би информације биле приступачне свим заинтересованим. На примјер, треба користити вербалну комуникацију или слике за дјецу и одрасле који су неписмени, уз једноставно изражавање (тј. разумљиво једном дванаестогодишњаку) и кориштење великих слова за лица с оштећеним видом. Састанке треба организовати тако да и особе оштећеног слуха могу учествовати на њима.
5. **Безбједан и приступачан простор:** одабрати безбједна мјеста за јавна окупљања, како би била доступна непокретним особама, али и женама чије је учествовање на јавним догађајима ограничено културолошким нормама. Предвидјети и играонице за дјецу, гдје би се дјеца дружила, играла и развијала.



6. **Приговори:** људи имају право да се жале на организацију и да траже да се на приговоре одговори (видјети НАР-ово мјерило „рјешавање приговора“). Формални механизми за притужбе и накнаде су битна компонента одговорности организација за помоћ људима и становништву, како би поновно успоставили контролу над својим животима.
7. **Културолошки прикладни обичаји,** као што су сахране и вјерски обреди и обичаји, битан су елемент када је ријеч о идентитету људи, достојанству и спремности да се опораве од катастрофе. Неке културолошке обичаје који крше људска права (нпр. ускраћивање образовања за дјевојке и жене, обрезивање гениталија) не би требало подржати.

Основни стандард 2. Координација и сарадња

Хуманитарно дјеловање планира се и проводи у сарадњи с надлежним органима, хуманитарним организацијама и организацијама цивилног друштва, који заједнички раде на хуманитарним активностима да би тако повећали ефикасност, покривеност и успјешност.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Треба учествовати у општим и свим важећим секторским механизмима координације од самог почетка (видјети смјернице 1–2).
- Треба се информисати о одговорностима, циљевима и координационој улози државе и других координационих група тамо гдје постоје (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити координационим групама податке о мандату организације, о циљевима и програму.
- Треба подијелити информације о процјени са релевантним координационим групама правовремено и на начин да их друга хуманитарна организација може одмах примijenити (видјети Основни стандард 3, стр. 63).
- Информације о програму других организација користити у сврху извјештавања, анализа, избора географског подручја и одговора на планове.
- Редовно извјештавати координационе групе о напретку, о неком дужем кашњењу програма, о организационим недостацима и резервним капацитетима (видјети смјерницу 4).

- Сарађивати са другим хуманитарним организацијама на јачању заступљености на заједничким критичним хуманитарним питањима.
- Успоставити јасну политику и активности које се тичу ангажмана организације са нехуманитарним актерима, засновану на хуманитарним принципима и циљевима (видјети смјерницу 5).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Извјештаји о процјени и информације о програмским плановима и напретку треба редовно достављати релевантним координационим групама (видјети смјерницу 4).
- Хуманитарне активности осталих организација у истом географском и секторском подручју не треба дуплирати.
- Обавезе преузете на координационим састанцима треба испуњавати и о њима у предвиђеним роковима извјештавати.
- Организације треба да узимају у обзир оспособљеност и стратегије других хуманитарних организација, организација цивилног сектора и релевантних институција/организација.

Смјернице

1. **Усклађеност дјеловања:** За покривеност адекватног програма, правовременост квалитет програма потребно је заједничко дјеловање. Активно учествовање и напори уложени у координацију омогућавају координаторима да благовремено успоставе јасну расподелу посла и одговорности, да процијене на које се потребе одговорило, смање дуплирање и наведу недостатке у покривености и квалитету. Координисане интервенције у ситуацијама катастрофа, правовремене заједничке процјене организација и размјена информација умањитиће оптерећеност код људи погођених катастрофом, од којих би у супротном различити тимови за процјену тражили једне те исте информације. Сарадња, размјена ресурса и опреме, те оптимизација капацитета заједнице, сусједних заједница, локалне власти, донатора и хуманитарних организација са различитим мандатима и стручности потребне су гдје год је то могуће. Учествовањем у механизмима координације прије катастрофе, успостављају се односи и побољшава координација током одговора на исту. Локалне цивилне организације и власти не могу учествовати ако су механизми координације релевантни само за међународне организације. Поштујте кориштење локалног језика како на састанцима тако и за размјену других информација.



Препознајте који су то локални актери цивилног друштва и мреже укључене у интервенцију и подстакните друге локалне и међународне хуманитарне организације на учествовање. Чланови особља који представљају организацију на координационим састанцима треба да имају одговарајуће информације, вјештину и овлаштења како би дали свој допринос планирању и доношењу одлука.

2. **Заједнички механизми координације** подразумевају састанке – опште састанке (за све програме), секторске (нпр. посвећене питањима здравља) и међусекторске (нпр. о родним питањима) и механизме за размјену информација (као што су базе података о процјени и контекстуалне информације). Састанци који окупљају различите секторе могу додатно омогућити људима да ријеше проблем у цјелини, а не изоловано (нпр. проблеми колективних центара, воде, санитарних услова, те хигијена и психо-социјалне потребе представљају повезна питања). Треба размијенити релевантне информације између различитих координацијских механизма како би се осигурала интегрисана координација у свим програмима. Преданост организација у учествовању утицаће на квалитет механизма координације: координатори програма треба да обезбиједи све да се састанцима и информацијама руководи на прикладан начин, ефикасно и уз добре резултате. Уколико није тако, организације које учествују треба да заговарају побољшање механизма.
3. **Координационе улоге:** Улога државе погођене катастрофом је да координише пружање помоћи преко постојећих организација. Хуманитарне организације имају кључну улогу када је ријеч о функционалности државне координације. Међутим, у неким случајевима, могу бити прикладни алтернативни механизми координације уколико је, на примјер, државна власт одговорна за насиље и злостављање или уколико њихова помоћ није непристрасна или уколико је држава спремна да игра улогу координатора, а за то нема потребне капацитете. У таквим ситуацијама, локалне власти могу водити засебне или заједничке састанке са Уједињеним нацијама и невладиним организацијама. Много великих хуманитарних криза сада се координише кроз „тимски приступ“, са групама организација које дјелују у истом сектору под вођством водеће организације.
4. **Ефикасност размјене података** ће се повећати уколико је информација једноставна за кориштење (разумљива, релевантна, кратка) и уколико прати свјетске хуманитарне протоколе, који су технички компатибилни са подацима других организација (видјети

Основни стандард 3, на стр. 63). Учесталост размјене података зависи од организације и специфичности садржаја и треба да буде благовремена како би остала релевантна. Осјетљиве информације треба сачувати у тајности (видјети основне стандарде 3–4, на стр. 63–68).

5. **Војни и приватни сектор:** Приватни сектор и међународна и државна војска улажу, такође, своје напоре и тиме утичу на координацију. Војска има посебну стручност и ресурсе, укључујући сигурност, логистику, транспорт и комуникације. Међутим, њихове активности могу замаглити важну разлику између хуманитарних циљева и војних или политичких програма и створити неке будуће безбједносне ризике. Војска треба да је на услузи, вођена хуманитарним организацијама и у складу са прихваћеним смјерницама. Неке организације ће задржати минимални контакт, како би се осигурала оперативна учинковитост (нпр. основни програм размјене информација), док друге организације могу успоставити снажнији контакт (нпр. употребу војне имовине). У сваком случају, хуманитарне организације се морају јасно разликовати од војних снага, како би се избјегла било каква стварна или перципирана повезаност са политичким или војним програмом, који би могао угрозити кредибилитет организације, независност, сигурност и приступ погођеном становништву. Приватни сектор може допринијети комерцијалној ефикасности, комплементарној експертизи и ресурсима за хуманитарне организације. Потребна је размјена информација како би се избјегло дуплирање и како би се промовисала добра хуманитарна пракса. Приватно-хуманитарни партнерски односи морају се користити искључиво у хуманитарне сврхе.



Основни стандард 3. Процјена

Приоритетне потребе становништва погођеног катастрофом идентификоване су системском процјеном ситуације, угрожавања живота достојног човјека и способности погођеног становништва и надлежних власти да одговоре на катастрофу.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Треба одмах пронаћи и користити информације о локаним хуманитарним капацитетима из времена прије неређе, за погођено становништво и ширу популацију, садржаје и друге претходно постојеће

факторе који могу повећати осјетљивост људи на катастрофу (видјети смјерницу 1).

- Одмах почети са провођењем процјене, употпунити информације из времена прије катастрофе, како би се започело са промјенама и како би се идентификовали нови фактори који би створили или повећали рањивост (видјети смјерницу 2).
- Урадити брзу процјену што је прије могуће, правовремено пратећи накнадне детаљније процјене, уколико то ситуација дозвољава (видјети смјерницу 3).
- Треба разврстати податке о становништву према полу и старости (видјети смјерницу 4).
- Саслушати све људе укључене у процјену – жене и мушкарце свих старосних категорија, дјевојчице и дјечаке и друге особе погођене катастрофом, као и ширу популацију (видјети Основни стандард 1, на стр. 57, и смјернице 5–6).
- Учествовати у мултисекторској, заједничкој или међуорганизацијској процјени гдје је то могуће.
- Систематски прикупити информације, кориштењем разних метода, разврстати информације прикупљене из бројних извора и агенција и документовати податке онако како су и прикупљени (видјети смјерницу 7).
- Треба процијенити вјештине и капацитете суочавања, ресурсе и стратегије за опоравак особа погођених катастрофом (видјети смјерницу 8).
- Процијенити планове одговора и способности државе.
- Процијенити утицај катастрофе на психо-социјално стање особа и заједница.
- Процијенити тренутне и потенцијалне безбједносне проблеме становништва погођеног катастрофом и хуманитарних радника, укључујући и потенцијално погоршање сукоба или стварање напетости између катастрофом погођеног и домаћег становништва (видјети смјерницу 9).
- Благовремено учинити доступним податке до којих се дошло у тим процјенама, и то у облику који је доступан другим хуманитарним организацијама (видјети Основни стандард 2, на стр. 60, и смјерницу 10).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Процијењене потребе јасно су повезане са капацитетима погођеног становништва и дјеловањем државе у ситуацији катастрофе.
- Брзи и детаљни извјештаји садрже ставове представника свих погођених особа, укључујући и припаднике рањивих група и околног становништва.
- Извјештаји о процјени садрже податке подијељене по полу и старосним категоријама.
- Детаљан извјештај о процјени садржи информације и анализу рањивости, контекста и способности.
- Користе се процјене које су усаглашене и широко прихваћене.
- Брза процјена пропраћена је темељном процјеном становништва изабраног за интервенције.

Смјернице

1. **Информације прије катастрофе:** обједињавање постојећих информација је непроцјењиво за почетне и брзе процјене. Знатна количина информација је готово увијек на располагању када је ријеч о контексту (нпр. политичком, социјалном, привредном, безбједносном, који се тиче конфликта и животне средине) и људима (као што су њихов пол, старост, здравље, култура, духовност и образовање). Извори ових информација подразумијевају релевантна државна министарства (нпр. информације које се тичу здравља и подаци из пописа становништва), академске или истраживачке институције, организације у заједници и домаће и међународне хуманитарне организације присутне и прије катастрофе. Припремљеност за катастрофе, иницијативе за рано упозорење, нови трендови у мапирању на веб-платформама, те платформе мобилних телефона (као што је Ushahidi) такође су релевантни извори информација у базама података.
2. **Почетне процјене:** обично се проводе у првим сатима након катастрофе и могу се заснивати готово искључиво на непровјереним подацима и већ постојећим подацима. Оне су неопходне за информисање о непосредној помоћи и треба их одмах подијелити.
3. **Постепене процјене:** Процјена је процес, а не један догађај. Почетне и брзе процјене пружају основу за накнадне детаљне процјене, којима се продубљују (али не понављају) ранији налази процјене. Треба



бити пажљив пошто поновне процјене осјетљивих питања заштите, као што је родно насиље, могу донијети више штете него користи за заједницу и појединце.

4. **Разврставање података:** Детаљно разврставање података ријетко је могуће у почетку, али од пресудне важности је да се идентификују различите потребе и права дјеце и одраслих особа свих старосних категорија. Чим то прилике допусте, треба разврстати према полу и узрасту дјецу 0–5 година (мушки/ женски пол), 6–12 (мушки/ женски пол) и 13–17 (мушки/ женски пол), а у категоријама у распону од 10 година старија лица, на примјер 50–59 (мушки/ женски пол), 60–69 (мушки/ женски пол), 70–79 (мушки/ женски пол), старији од 80 година (мушки/ женски пол). За разлику од физиолошки повезаних старосних група у поглављу о здрављу, ове групације су формиране на основу разлика повезаних с низом права, социјалних и културних питања.
5. **Репрезентативне процјене:** процјене на основу потреба покривају све дијелове становништва погођеног катастрофом. Потребни су посебни напори за процјену људи на тешко доступним мјестима, нпр. људи који нису у камповима, који се налазе у тешко доступним географским подручјима или у другим породицама које су их прихватиле. Исто вриједи и за људе којима није тешко приступити, али су под ризиком, као што су лица с инвалидитетом, старије особе, самци, дјеца и омладина, који могу бити кориштени као дјеца-војници или могу бити подвргнути насиљу на основу пола. Извори примарних информација подразумевају директно посматрање, дискусије у фокус-групама, анкете и разговоре са широким распоном људи и група (као што су, на примјер, локалне власти, лидери заједница – мушкарци и жене, старији мушкарци и жене, здравствени радници, наставници и други радници у образовању, трговци и друге хуманитарне организације). Отворени разговори могу бити тешки или опасни за неке људе. Засебан разговор с дјецом, јер је вјеројатно да неће да разговарају пред одраслима, може довести дјецу у опасност. У већини случајева, са женама и дјевојкама требало би разговарати у одвојеним просторијама. Хуманитарни радници ангажовани на систематском прикупљању информација од људи који су били злостављани или који су претрпјели насиље морају имати вјештине и системе који омогућују да се то уради безбједно и на одговарајући начин. У подручјима сукоба, информације се могу злоупотријебити и то може довести људе у ризичне ситуације или угрозити рад организација. Информације о појединцима могу се подијелити с другим хуманитарним организацијама или релевантним организацијама само уз њихову сагласност (видјети Принцип заштите

1, на стр. 35). Неће бити могуће одмах приступити процјени свих погођених катастрофом: искључена подручја или групе треба јасно навести у извјештају о процјени и вратити им се што је прије могуће.

6. **Процјена рањивости:** ризици с којима се с људи суочавају након катастрофа различити су за различите групе и појединце. Неки људи могу бити рањиви због индивидуалних фактора као што су старост (нарочито врло млада и врло стара лица) и болести (посебно особе које живе с HIV-ом и AIDS-ом). Међутим, индивидуални фактори сами по себи аутоматски не повећавају ризик. Треба процијенити социјалне и контекстуалне факторе који доприносе рањивости, попут дискриминације и маргинализације (нпр. ниског статуса и моћи жена и дјевојчица), социјалне изолације, уништавања животне средине, промјенљивости климе и сиромаштва, недостатка кориштења земљишта, лошег управљања, народности, класе или касте, и вјерске или политичке припадности. Накнадне детаљније процјене идентификоваће потенцијалне опасности у будућности, као што су промјене ризика који се тичу деградације животне средине (нпр. ерозија земљишта и крчење шума) и климатских промјена и геологије (нпр. циклони, поплаве, суше, клизишта и пораст нивоа мора).
7. **Прикупљање података и контролни спискови:** Информације о процјенама, укључујући кретање становништва и њихов број, треба да буду потврђене, верификоване и треба да упућују, уколико је то могуће, на што више извора. Ако мултисекторске процјене нису у почетку могуће, треба обратити посебну пажњу на повезаност с другим појединачним секторима, безбједносним и процјенама које се тичу више сектора. Треба биљежити изворе података и нивое разврставања и од самог почетка документовати смртност и обољелост дјеце испод 5 година. Многи спискови за провјеру су доступни на основу договорених хуманитарних стандарда (видјети спискове за провјеру у прилозима неких техничких поглавља). Оне ће побољшати усклађеност и доступност података другим организацијама и тиме обезбиједити да сва кључна подручја буду испитана, те смањити организациону и индивидуалну пристрасност. Заједнички формат међуорганизацијске процјене је можда развијен и прије катастрофе или договорен за вријеме интервенције. У свим случајевима, процјене треба да појасне циљеве и методологије које се користе и стварају непристрасне информације о утицају катастрофе на оне који су погођени. Треба користити мјешавину квантитативних и квалитативних метода које одговарају ситуацији. Тимови за процјену треба да буду састављени од жена и мушкараца, специјалиста



и стручњака, укључујући и раднике оспособљене за прикупљање осјетљивих података и за комуникацију с дјецом, што је прије могуће. Тимови треба да укључују људе који познају језик(е) и локалитет и који су у стању да с људима комуницирају на културно прихватљив начин.

8. **Процјена способности:** заједнице имају капацитете за суочавање и опоравак (видјети Основни стандард 1, на стр. 57). Многи механизми суочавања су самоодрживи и корисни, док други могу бити негативни, с потенцијално дугорочним штетним посљедицама, попут продаје имовине или обилне конзумације алкохола. Процјене треба да идентификују позитивне стратегије које повећавају еластичност, као и узроке негативних стратегија.
9. **Процјена безбједности:** процјену о заштити и безбједности људи погођених катастрофом и локалног становништва треба провести у свим почетним и накнадним процјенама, уз идентификовање пријетњи насиљем и све облике присиле и ускраћивања средстава за живот или основних људских права (видјети Принцип заштите 3, на стр. 40).
10. **Размјена процјена:** Извјештаји о процјенама пружају вриједне информације другим хуманитарним организацијама, формирају основне податке и повећавају транспарентност одлука када је ријеч о дјеловању у ситуацијама катастрофа. Без обзира на разлике у врстама организација, извјештаји о процјенама треба да буду јасни и сажети, треба да омогуће корисницима да идентификују приоритете за дјеловање, да опишу њихову методологију у представљању поузданости података и, ако је то потребно, омогуће упоредну анализу.

Основни стандард 4. Осмишљавање и дјеловање

Хуманитарно дјеловање задовољава процијењене потребе становништва погођеног катастрофом у складу са контекстом, ризицима са којима се људи суочавају и способношћу угрожених људи и државе да се изборе и опораве.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Осмислити програм који се заснива на непристрасној процјени потреба, контексту, ризицима с којима се људи суочавају и капацитетима погођеног становништва (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).
- Осмислити програм како би се задовољиле потребе које не може

или не жели да задовољи држава или жртве катастрофе (видјети смјерницу 1).

- Предност дати активностима као што су спашавање живота, које се баве хитним основним потребама и преживљавањем непосредно након катастрофе.
- Користити класификоване процјене, анализирајући начин на који је катастрофа погодила појединце и цијело становништво, те осмислити програм како би се задовољиле њихове појединачне потребе.
- Осмислити одговор тако да рањиви људи имају потпуни приступ услугама које се тичу помоћи и заштите (видјети смјерницу 2).
- Треба се увјерити да програм и приступ подржавају све аспекте достојанства код појединаца и становништва погођеног катастрофом (видјети Основни стандард 1, на стр. 57, и смјерницу 3).
- Аналиzirати све контекстуалне факторе који повећавају рањивост људи, осмислите програм за постепено смањење рањивости (видјети Основни стандард 3, на стр. 63, и смјерницу 4).
- Осмислити програм како би се смањили ризици угрожавања људи, погоршавања динамике сукоба или стварања несигурности или могућности за експлоатацију и злостављање (видјети смјерницу 5 и Принцип заштите 1, на стр. 35).
- Постепено затворити јаз између процијењених услова и минималних стандарда пројекта Sphere, испуњавањем или премашивањем Sphere индикатора (видјети смјерницу 6).
- Осмислити програме који промовишу рани опоравак, смањују ризик и повећавају способност погођених особа да спријече, минимизирају или се боље суоче са евентуалним ефектима будућих опасности (видјети смјерницу 7).
- Континуирано прилагођавати програм да би се одржала релевантност и прикладност (видјети Основни стандард 5, на стр. 72).
- У раним фазама имплементације програма унаприједити одрживи опоравак планирањем и креирањем излазних стратегија са погођеним становништвом.



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Нацрт пројекта заснива се на анализи специфичних потреба и ризика с којима се суочавају различите групе људи.
- Нацрт пројекта односи се на јаз између потреба људи и њихове

властите способности или способности државе да их задовољи.

- Нацрт пројекта се ревидира како би одразио промјене у контексту, ризицима и потребама и способности људи.
- Нацрт пројекта укључује смањење рањивости код људи у евентуалним будућим катастрофама и повећање њихове способности за управљање и суочавање са истим.

Смјернице

1. **Подршка постојећим капацитетима:** Примарна улога и одговорност државе је пружање благовремене помоћи и заштите људима погођеним катастрофом (видјети Хуманитарну повељу, параграф 2, на стр. 20). Треба интервенисати ако погођено становништво и/или држава немају довољно капацитета да одговоре на катастрофу (нарочито у самом почетку) или ако држава или власти које проводе контролу активно дискриминишу одређене групе људи и/или погођена подручја. У сваком случају, способности и намјере државе према свим припадницима захваћеног становништва условљавају размјере и врсте хуманитарне помоћи.
2. **Пристап:** Помоћ се пружа онима којима је потребна, без дискриминације (видјети Принцип заштите 2 на стр. 38). Пристап помоћи и способност људи да је користе и остваре добробит од помоћи повећава се кроз пружање правовремених информација те кроз рјешења која одговарају њиховим специфичним потребама и културним и сигурносним питањима (на примјер, засебни редови за старије особе или жене с дјецом при дистрибуцији хране). Ово се побољшава учествовањем жена, мушкараца, дјевојчица и дјечака свих узраста у осмишљавању програма помоћи. Пристап може бити побољшан помоћу пажљиво планираних критеријума и поступака о којима се извјештава шира јавност, које заједница разумије и који се системски прате. Активности описане у техничким поглављима омогућавају једнак пристап путем усвојеног плана, као што су лоцирање објеката у подручјима која су сигурна, итд..
3. **Темељ достојанственог живота** је обезбјеђење приступа основним услугама, сигурности и поштовању људских права (видјети Хуманитарну повељу на стр. 19). Исто тако, начин на који се проводи хуманитарно дјеловање има велики утицај на достојанство и благостање катастрофом погођеног становништва. Приступи програма који поштују интринзичну вриједност сваког појединца подржавају

његов вјерски и културни идентитет, промовишу самопомоћ у оквиру заједнице и подстичу позитивне мреже социјалне подршке, доприносе психо-социјалном благостању и есенцијални су елемент у остваривању права људи на достојанствен живот.

4. **Контекст и рањивост:** Друштвени, политички, културни, економски сукоби и природно окружење фактори су који могу повећати људску осјетљивост на катастрофе. Промјене у околностима код људи могу довести до нове врсте рањивости (видјети Основни стандард 3). Рањиви људи могу се суочити са низом фактора истовремено (нпр. старији људи који су припадници маргинализованих етничких група). Узајамним дјеловањем личних и контекстуалних фактора појачава се ризик. Зато треба анализирати и осмислити рјешења у програму за ублажавање таквих ризика и циљано одредити потребе рањивих људи.
5. **Осјетљивост на сукобе:** Хуманитарна помоћ може имати и нежељене негативне утицаје тако што може повећати искориштавања и злостављања и довести до конкуренције, злоупотребе или проневијере помоћи. Глад може бити оружје рата (нпр. намјерно смањење броја становника на подручју или присиљавање преноса имовине). Подршка може негативно утицати на ширу популацију и појачати неједнаке односе моћи између различитих група, укључујући и мушкарце и жене. Пажљивом анализом и осмишљавањем се може смањити потенцијал да помоћ повећа сукобе и несигурности (укључујући и периоде природних катастрофа). Планирање треба да обезбиједи равноправну дистрибуцију и непристрасно усмјеравање помоћи. Треба заштитити безбједност и достојанство људи поштујући повјерљивост личних података. На примјер, људи који живе с HIV-ом и AIDS-ом могу бити стигматизовани, а онима који су преживјели кршења људских права мора се гарантовати сигурна и повјерљива подршка (видјети Основни стандард 3 на стр. 63).
6. **Постизање минималних Sphere стандарда:** Вријеме потребно за постизање минималних стандарда зависиће од контекста, тј. од средстава, приступа, несигурности и животног стандарда у подручју прије катастрофе. Може доћи до напетости ако угрожено становништво достиже стандарде које премашују стандарде локалне и/или шире популације, или то чак може и погоршати њихово стање. Треба развијати стратегије како би се смањиле различитости и ризици, као што је, на примјер, ублажавање негативних утицаја интервенције на животну средину и привреду и заговарање повећања стандарда



локалног становништва. Треба повећати обим хуманитарног дјеловања и укључити локално становништво, гдје год и кад год је то могуће.

7. **Рани опоравак и смањење ризика:** Што је прије могуће, треба подузети мјере како би се ојачали локални капацитети, треба радити с локалним ресурсима и обновити услужне дјелатности, образовање, тржиште и животне могућности ће промовисати рани привредни опоравак и способност људи да управљају ситуацијом након што се помоћ извана заврши (Основни стандард 1). У најмању руку, хуманитарна интервенција не би требало да нашкоди или угрози квалитет живота за будуће генерације и ненамјерно допринесе будућој опасности (нпр. кроз крчење шума и неодрживо кориштење природних ресурса). Након што се непосредне пријетње животима стабилизују, треба анализирати садашње и (вишеструке) потенцијалне будуће опасности (као што су оне које стварају климатске промјене). Осмислите интервенцију тако да смањите будуће ризике. На примјер, током интервенције искористите прилике за улагање у смањење ризика и „сигурнију обнову“. Примјери укључују изградњу кућа отпорних на урагане и земљотресе, заштиту мочвара које апсорбују олујне ударе и подршку развоју политике и иницијатива које покрећу заједнице за рано упозоравање и припремљеност за катастрофе.

Основни стандард 5. Изводљивост, транспарентност и учење

Рад хуманитарних организација континуирано се испитује и о њему се обавјештавају заинтересоване стране; изводљивост пројекта је прилагођена дјеловању у ситуацијама катастрофе.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Успоставити систематске, али једноставне, правовремене и партиципативне механизме за праћење напретка свих релевантних Sphere стандарда и програмом наведених принципа, резултата и активности (видјети смјерницу 1).
- Успоставити основне механизме за праћење свеукупних активности организације с обзиром на системе управљања и контроле квалитета организације (видјети смјерницу 2).
- Пратити исходе и утицај хуманитарне интервенције на погођену и ширу популацију, гдје је то могуће (видјети смјерницу 3).

- Успоставити систематске механизме за прилагођавање програмских стратегија за праћење података, промјењивост потреба и контекст развоја (видјети смјерницу 4).
- Периодично разматрати и учити током дјеловања у ситуацији катастрофе.
- Провести коначну процјену, или други облик објективног програма учења, у односу на постављене циљеве, принципе и договорене минималне стандарде (видјети смјерницу 5).
- Учествовати у међуорганизајским и другим иницијативама заједничког учења, гдје год је то могуће.
- Правовремено дијелити кључне налазе мониторинга и, гдје је то прикладно, налазе евалуације и других кључних процеса учења с погођеним становништвом, надлежним властима и координајским групама (видјети смјерницу 6).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Програми су прилагођени у складу са информацијама добијеним кроз мониторинг и учење.
- Извори мониторинга и процјене укључују ставове репрезентативног броја људи одабраних кроз интервенцију, као и локалне заједнице, ако су различити.
- Тачне и ажуриране информације о напретку које нису повјерљиве редовно се дијеле с корисницима и релевантним локалним властима и другим хуманитарним организацијама.
- Ефекте редовно пратити у складу са свим Sphere стандардима и минималним техничким стандардима (који се односе на глобалне или стандарде ефикасности организације), а главне резултате размијенити са кључним заинтересованим странама (видјети смјерницу 9).
- У сврху учења за велике хуманитарне интервенције организације досљедно проводе објективне процјене или анализе у складу с признатим стандардима пракси евалуације (видјети смјерницу 6).



Смјернице

1. **Мониторинг** упоређује намјере с резултатима. Он мјери напредак у односу на циљеве пројекта и индикаторе и његов утицај на рањивост и контекст. Информације добијене мониторингом су водиле за ревизије пројекта, верификују критеријуме и да ли помоћ стиже до

људи којима је намијењена. Оне омогућују доносиоцима одлука да одговоре на повратне информације из заједнице и идентификују проблеме и трендове у настајању. То је, такође, прилика за организације да пруже и прикупе информације. За ефективан мониторинг се бирају методе прикладне за одређени програм и контекст, комбинујући квалитативне и квантитативне податке према потреби и уз одржавање конзистентних евиденција. Отвореност и комуникација (транспарентност) о информацијама добијеним мониторингом повећава одговорност према погођеном становништву. Мониторинг који проводи само становништво додатно побољшава транспарентност и квалитет и власништво људи над информацијама. Због јасноће о намјерованој употреби и корисницима података треба утврдити шта се прикупља и како се презентује. Подаци треба да буду приказани у кратком и разумљивом облику који олакшава дијељење и доношење одлука.

2. **Успјешност организације** не мјери се њеним програмским постигнућима. Она обухвата цјелокупну функцију агенције – њен напредак у односима са другим организацијама, поштовање добре хуманитарне праксе, правила, принципа, дјелотворност и ефикасност њеног система управљања. Технике обезбјеђења квалитета, као што је Quality Compass Групе URD, могу се користити за процјену укупне успјешности агенције.
3. **Мониторинг утицаја:** Процјена утицаја (шири ефекти интервенције у краткорочном до средњорочном периоду, позитивни или негативни, намјерни или ненамјерни) посматра се и као изводива и неопходна за хуманитарну интервенцију. Процјена утицаја је важно поље које повезује поједине хуманитарне доприносе са промјенама за становништво и контекст, који су сложени и међусобно повезани. Погођено становништво може најбоље процијенити промјене у својим животима; стога резултат и процјена утицаја морају садржавати повратне информације од људи, отворено слушање и друге партиципативне квалитативне приступе, као и квантитативне приступе.
4. **Одржавање релевантности:** Мониторингом треба повремено провјерити да ли је програм и даље релевантан за погођено становништво. Резултати треба да воде до ревизије програма према потреби.
5. **Методе за испитивање резултата:** Различити приступи одговарају различитим резултатима, те сврхама учења и одговорности. Могу се

користити различите методе, укључујући мониторинг и евалуацију, партиципативне процјене утицаја и вјежбе слушања, алате за осигурање квалитета, ревизије и интерно учење и вјежбе рефлексије („погледа уназад“). Евалуације програма се у правилу проводе на крају интервенције, препоручујући промјене организацијске политике и будуће програме. Мониторинг резултата и „процјена у реалном времену“ се такође могу провести током интервенције, што доводи до непосредних промјена у политикама и пракси. Процјене обично проводе независни, вањски процјенитељи, али и чланови особља, уколико заузимају објективан приступ. То би значило да је то особље организације које није било укључено у саму интервенцију. Евалуација хуманитарне интервенције користи сет од осам димензија познатих као DAC критеријуми (енг. Development Assistance Committee): релевантност, прикладност, повезаност, кохерентност, покривеност, дјелотворност, ефективност и утицај.

6. **Резултати цијелог сектора:** Размјена информација о напретку сваке организације према минималним Sphere стандардима у координационим групама подржава праћење целокупне интервенције и ствара непроцјењив извор података о дјеловању целокупног сектора.



Основни стандард 6. Ефикасност хуманитарних радника

Хуманитарне организације обезбјеђују одговарајући менаџмент, мониторинг и психо-социјалну подршку, омогућавајући тако хуманитарним радницима потребна знања, вјештине, понашање и ставове за планирање и провођење ефикасне хуманитарне интервенције, а који су основа хуманости и поштовања.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Обезбиједити менаџерима одговарајућу обуку за руковођење пројектом, познавање кључних политика и ресурса за ефикасније дјеловање (видјети смјерницу 1).
- Успоставити систематске, поштене и транспарентне процедуре запошљавања како би се привукао максималан број одговарајућих кандидата (видјети смјерницу 2).
- Запослити у тимовима и жене и мушкараце, различитих националности, старости, социјалног поријекла, тако да та разноликост буде прикладна локалној култури и ситуацији.

- Хуманитарним радницима (особљу, волонтерима и савјетницима, државном и међународном особљу) обезбиједити адекватно и правовремено упознавање, информисање, јасну хијерархију и опис послова, који ће им омогућити да разумију своје одговорности, циљеве рада, вриједности организације, кључне политике и локалну ситуацију.
- Успоставити смјернице за сигурну евакуацију, здравствену и безбједносну политику и о њима обавијестити хуманитарне раднике прије него што почну радити за организацију.
- Обезбиједити хуманитарним радницима здравствену заштиту и психо-социјалну подршку.
- За хуманитарне раднике који штите људе погођене катастрофом успоставити кодекс понашања како би људе заштитили од сексуалног злостављања, корупције, експлоатације и других кршења људских права. Треба подијелити кодекс са лицима погођеним катастрофом (видјети смјерницу 3).
- Промовисати културу поштовања према становништву погођеном катастрофом (видјети смјерницу 4).
- Успоставити процедуре за притужбе и подузети одговарајуће дисциплинске мјере против хуманитарних радника због кршења кодекса понашања у организацији.
- Редовно оцјењивати особље и волонтере и пружити повратне информације о успјешности у односу на радне циљеве, знања, вјештине, понашање и ставове.
- Подржати хуманитарне раднике у њиховом раду и смањити стрес (видјети смјерницу 5).
- Омогућити особљу и менаџерима заједничко идентификовање могућности за континуирано учење и развој (видјети смјерницу 6).
- Осигурати одговарајућу помоћ хуманитарним радницима који су доживјели или били свјedoци врло стресних ситуација (видјети смјерницу 7).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Изношење мишљења особља и волонтера показује адекватан ниво компетенције у смислу њихових знања, вјештина, ставова и понашања, као и одговорност предвиђену у описима њихових радних мјеста.
- Хуманитарни радници који крше правила понашања корупцијом и злоупотребом предмет су формалних дисциплинских мјера.

- Принципи, или слично, Кодекса добре праксе организације People in Aid огледају се у политици и пракси организације.
- Појава обољења, повреда и здравствених проблема повезаних са стресом хуманитарних радника на нормалном је нивоу или је у опадању током интервенције.

Смјернице

1. **Управљање добром праксом:** Системи управљања зависе од организације и ситуације, с тим да менаџери и супервизори треба да буду упознати са Кодексом добре праксе организације People in Aid који укључује политику и смјернице за планирање, запошљавање, управљање, учење и развој, премјештај по истеку уговора за међународне организације и завршетак запослења.
2. **Поступци при запошљавању** треба да буду отворени и разумљиви цијелокупном особљу и особама које аплицирају. Транспарентност укључује развој и објављивање ажурираних и релевантних описа послова за свако радно мјесто, с тим да је од важности и успостављање различитих и компетентних тимова. Постојећи тимови могу повећати своју примјереност и разноликост кроз нова запошљавања према потреби. Брзо запошљавање особља може довести до запошљавања лица без искуства, којима је потребна подршка особља са искуством.
3. **Контрола хуманитарних радника** над управљањем и додјела вриједних ресурса помоћи поставља их у позицију надмоћи над становништвом погођеним катастрофом. Таква надмоћ над људима који зависе од помоћи, чија је заштитна друштвена мрежа узнемирена или уништена, може довести до корупције и злостављања. Жене, дјеца и лица с инвалидитетом често су укључени у сексуално насилне ситуације. Сексуална активност никада се не може захтијевати у замјену за хуманитарну помоћ и заштиту. Нити један појединац укључен у интервенцију (хуманитарни радници и војска, особље у државном или приватном сектору) не смије бити уплетен у злоупотребу, корупцију и сексуално искориштавање. Забрањен је, такође, присилни рад одраслих и дјеце, незаконито кориштење дрога и трговина хуманитарним добрима и услугама од стране свих особа повезаних са дистрибуцијом хуманитарне помоћи.
4. **Хуманитарни радници треба да поштују** вриједности и достојанство становништва погођеног катастрофом и да избјегавају непримјерено понашање (као што је неприкладно одијевање) које је за то становништво културолошки неприхватљиво.



5. **Хуманитарни радници често раде прековремено** у опасним и стресним условима. Дужност организације је да води рачуна о својим радницима, укључујући активности за промовисање добробити и избегавање дугорочне исцрпљености, повреда или болести. Менаџери морају хуманитарне раднике упознати са ризиком, те њихово здравље заштитити од пријетњи њиховом физичком и емоционалном здрављу кроз, на примјер, ефективније управљање сигурношћу, адекватан одмор и опоравак, активну подршку за разумне сате рада и приступ психолошкој подршци. Менаџери могу промовисати дужност бриге кроз моделовање добре праксе и лично поштовање правила. Хуманитарни радници такође треба да преузму личну одговорност за своју добробит.
6. **У раној фази катастрофа**, развој капацитета особља може бити ограничен. Током времена и кроз оцјене резултата и повратне информације особља, менаџери би требало да препознају и подрже подручја за учење и развој. Припремљеност за катастрофе такође пружа могућности за идентификацију и развој компетенција везаних уз хуманитарни рад.
7. **Психолошка прва помоћ** треба одмах да буде доступна радницима који су доживјели или били свјedoци изузетно стресних ситуација (видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге: ментално здравље, на стр. 375, те референце и додатну литературу). Психолошко испитивање је неефикасно и није га препоручљиво користити.

Референце и додатна литература

Извори

Дјеловање у ситуацијама катастрофа фокусирано на људе

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

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

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



Координација и сарадња

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

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

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

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York.

<http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines>

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

Процјена

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

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

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

Осмишљавање интервенције и дјеловање у ситуацијама катастрофа

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

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

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

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

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

Ефикасност, транспарентност и учење

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

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass.

www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

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

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

Ефикасност хуманитарних радника

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

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

Додатна литература

Процјена и дјеловање

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

Дјеца

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

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

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

www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

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

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

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

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental



circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

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

Родна питања

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

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

HIV/AIDS

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

Старија лица

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

HelpAge International: www.helpage.org

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

Ефикасност, надгледање и процјена

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

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

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

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

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

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

Циљне групе

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

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



**Минимални стандарди
у водоснабдијевању,
санитарним условима
и промовисању
хигијене**



Како користити ово поглавље

Ово поглавље је подијељено у седам главних поглавља:

Водоснабдијевање, санитарни услови и промовисање хигијене (WASH)¹

Промовисање хигијене

Водоснабдијевање

Одстрањивање фекалија

Надзор над заразним болестима

Управљање чврстим отпадом

Дренажа

Принципи заштите и основни стандарди морају се користити у складу с овим поглављем.

Иако им је првенствена намјена информисаност о дјеловању у ситуацијама катастрофа, минимални стандарди се могу користити такође и у периоду припреме на катастрофу и периоду опоравка од катастрофе.

Сваки сегмент садржи сљедеће:

Минимални стандарди су квалитативне природе и одређују минимални квалитет који треба постићи при дјеловању у ситуацијама катастрофа када је у питању снабдјевање водом, санитарије и промовисање хигијене.

Кључне активности су предложене активности и препоруке како би се задовољили стандарди.

Кључни индикатори су „сигнали“ који показују да ли је стандард постигнут. Они пружају начин мјерења и успостављају однос између процеса и резултата кључних активности и односе се на минимални стандард, а не на кључну активност.

Смјернице су посебне тачке за разматрање приликом примјене минималних стандарда, кључне мјере и кључни индикатори у различитим ситуацијама. Смјерницама се рјешавају практичне потешкоће, служе као мјерила или

¹ Eng. Water supply, sanitation and hygiene promotion

се кроз њих дају савјети о приоритетним питањима. Оне такође могу подразумевати критична питања која се односе на стандарде, поступке или показатеље, а описују дилеме, несугласице или недостатке знања.

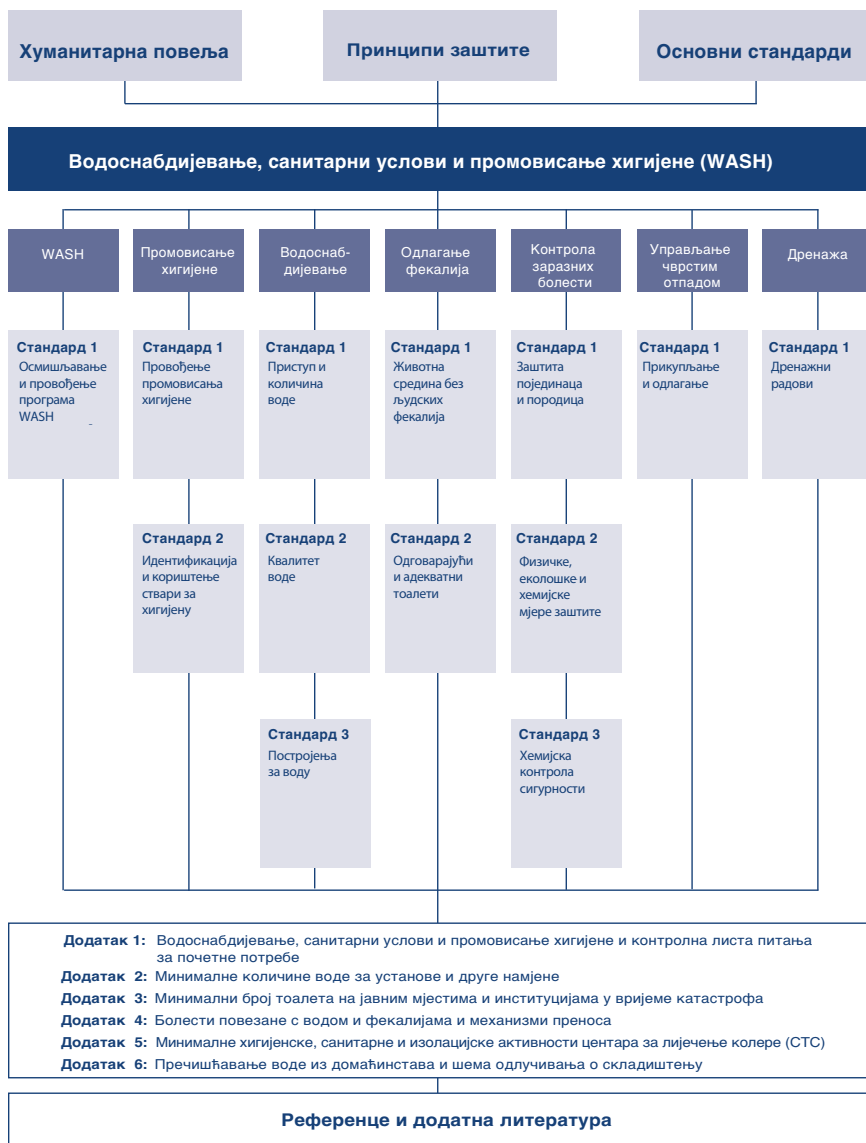
Уколико потребни кључни индикатори и активности не могу бити испуњени, настале штетне посљедице за становништво погођено катастрофом треба процијенити и предузети одговарајуће олакшавајуће мјере.

Списак процјене потреба наведен је у Додатку 1, смјернице се налазе у додацима 2–6, такође је наведен и одабрани списак референци и додатне литературе, који указују на изворе информација како о специфичним тако и о општим питањима која се односе на ово поглавље.



Садржај

Увод.....	90
1. Водоснабдијевање, санитарни услови и промовисање хигијене (WASH).....	95
2. Промовисање хигијене.....	98
3. Водоснабдијевање.....	105
4. Одстрањивање фекалија.....	114
5. Контрола заразних болести.....	121
6. Управљање чврстим отпадом.....	128
7. Дренажа.....	133
Додатак 1: Водоснабдијевање, санитарни услови и промовисање хигијене, почетне процјене – контролни спискови.....	
	136
Додатак 2: Минималне количине воде за установе и друге намјене....	142
Додатак 3: Минимални број тоалета на јавним мјестима и у институцијама у ситуацији катастрофе.....	143
Додатак 4: Повезаност обољења са водом и фекалијама и начини њиховог преноса.....	144
Додатак 5: Минимална хигијена, санитарије и изолационе активности за Центре за лијечење колере (енг. cholera treatment centres – CTCs).....	145
Додатак 6: Шема одлука за пречишћавање и похрањивање воде у домаћинству.....	146
Референце и додатна литература.....	147



УВОД

Везе са Хуманитарном повељом и међународним правом

Минимални стандарди за водоснабдијевање, санитарије и промоцију хигијене (WASH) практични су израз заједничких увјерења и обавеза хуманитарне организације и заједнички принципи, права и дужности у провођењу хуманитарних активности које нису наведене у Хуманитарној повељи. Засновани на принципу хуманости и рефлектовани у међународном праву, ови принципи су право на живот и достојанство, право на заштиту и сигурност и право на примање хуманитарне помоћи на основу потреба. Списак кључних правних и политичких докумената на којима се заснива Хуманитарна повеља доступан је у Додатку 1 (видјети стр. 402), са коментарима за хуманитарне раднике.

Иако су државе главни носиоци дужности у односу на горе наведена права, хуманитарне организације одговорне су за рад са становништвом погођеним катастрофом на начин и у складу с тим правима. Из тих општих права произлази низ посебних права. То су права на учествовање, информације и недискриминацију, која представљају темеље основних стандарда, али и специфична права на воду, санитарније, храну, склониште и здравље, која су основа минималних стандарда у овом приручнику.

Свако има право на воду и санитарије. То право је признато од међународних правних инструмената и подразумеива довољну количину воде, те сигурну, прихватљиву, физички доступну и приступачну воду за личну хигијену и домаћинство и приступачност санитарним објектима. Адекватна количина питке воде потребна је како би се спријечила смрт од дехидрације, како би се смањио ризик од болести повезаних с водом и осигурала потрошња, кухање, те потребе за личну хигијену и потребе у домаћинству.

Право на воду и санитарије нераскидиво је повезано са другим људским правима, укључујући и право на здравље, право на становање и право на одговарајућу храну. Као такво, од животног је значаја за опстанак људи. Државе и недржавни актери одговорни су за остваривање права на воду и санитарије. У вријеме оружаног сукоба, на примјер, забрањено је нападати, уништавати или уклањати инсталације за питку воду или наводњавање.

Минимални стандарди у овом поглављу не изражавају право на воду и санитарне услове у цијелости. У сваком случају, Sphere стандарди одражавају основно право на воду и санитарне услове и доприносе прогресивној реализацији тог права на глобалном нивоу.

Важност WASH програма у катастрофама

Вода и санитарни услови критичне су одреднице за опстанак у почетним фазама катастрофа. Жртве катастрофе генерално су много осјетљивије на обољења и смрт узроковану болестима, што је у великој мјери повезано са неадекватним санитарним условима, неадекватним залихама воде и немогућношћу одржавања хигијене. Најзначајније болести су стомачне и заразне болести које се преносе феко-оралним путем (видјети Додатак 4: Обољења повезана са водом и фекалијама и начини њиховог преноса). Друга обољења која се односе на воду и санитарне услове укључују узрочнике болести који су повезани са чврстим отпадом и водом. Термин „санитарни услови“ у Приручнику Sphere односи се на одлагање фекалија, контролу преносника болести, одлагање чврстог отпада и дренажу.

Главни циљ програма WASH у катастрофама јесте да се редукује преношење феко-оралних болести и изложеност преносницима кроз промоцију:

- добрих хигијенских навика,
- снабђености питком водом,
- смањења здравствених ризика, услова који омогућују људима добро здравствено стање, достојанство, удобност и безбједност.



Просто снабдијевање довољном количином воде и санитарним објектима неће обезбиједити оптималну употребу тих ресурса и утицати на јавно здравље. Како би се постигла најбоља искориштеност, нужно је да људи погођени катастрофом имају неопходне информације, знање и разумијевање за лакше спречавање болести повезаних са водом и санитарним условима и да се покрену на учешће у планирању и одржавању тих објеката.

Кориштењем комуналне воде у санитарним објектима, на примјер, када су у питању избјеглице или расељена лица, повећава се изложеност жена и дјевојака сексуалним и другим облицима насиља на основу пола. Како би се такви ризици смањили и како би се пружио квалитетнији хуманитарни

одговор, важно је обезбиједити учествовање жена у програмима који се тичу водоснабдијевања и санитарних услова. Равноправна заступљеност жена и мушкараца у планирању, одлучивању и локалном управљању осигураће cjелокупном становништву сигуран и једноставан приступ води и санитарним условима, а такве услуге биће примјерене.

Боља интервенција у ситуацијама катастрофа у јавном здравству постиже се бољом припремљеношћу. Таква припремљеност резултат је капацитета, односа и знања које су развили владини органи, хуманитарне организације, организације цивилног друштва, заједнице и појединци како би предвидјели, ефикасно реаговали и утицали на евентуалну непосредну опасност. Заснива се на анализи ризика и доброј повезаности са системом раног упозорења. Припремљеност укључује планирање за непредвиђене ситуације, набављање опреме и потрошног материјала, хитне службе и stand-by аранжмане, обуку појединаца и обуку на нивоу заједнице.

Повезаност са другим поглављима

Многи од стандарда у осталим поглављима релевантни су и за ово поглавље. Напредак у постизању стандарда у једном подручју често утиче, па чак и одређује напредак у другим подручјима. За ефикасну интервенцију потребна је тијесна координација и сарадња са другим секторима. Такође је потребна координација са локалним властима и другим организацијама како би се задовољиле потребе, како се не би дуплирали напори и како би се обезбиједило да је квалитет воде и санитарних услова оптималан.

Уколико, на примјер, нису задовољени прехранбени стандарди, потребно је хитно побољшање стандарда који се тичу воде и санитарних услова, зато што је повећана могућност појаве болести. Исто вриједи и за становништво у којем је преваленција HIV-а и AIDS-а висока или гдје постоји велики број старијих лица или лица с инвалидитетом. О приоритетима треба одлучивати на основу заједничких информација међу секторима, сходно ситуацији. Уколико је било потребе, упућивано је и на сродне и комплементарне стандарде.

Повезаност са принципима заштите и основним стандардима

Како би се задовољили стандарди из овог приручника, све хуманитарне организације морају бити вођене принципима заштите, чак и ако немају јасан мандат заштите или стручност у заштити. Принципи нису „апсолутни“: уочљиво је да околности могу ограничити степен могућности организације да се испоштују принципи. Успркос томе, принципи су одраз универзалне хуманитарне бриге која би увијек требало да усмјерава хуманитарно дјеловање.

Основни минимални стандарди су битни стандарди за поступке и лица из свих сектора. Шест кључних минималних стандарда обухвата учествовање, почетну процјену, хуманитарно дјеловање; ефикасност хуманитарних радника и мониторинг помоћног особља. Они представљају једну референтну тачку приступима на којима се заснивају сви стандарди у Приручнику. Сва техничка поглавља, дакле, захтијевају кориштење заједничке језгре минималних стандарда како би постигла своје стандарде. Конкретно, како би се осигурала прикладност и квалитет у било којој интервенцији у случају катастрофе, учествовање особа погођених катастрофом – укључујући групе и појединце који су најчешће под ризиком у катастрофама – треба да буде максималан.

Рањивост и способности становништва погођеног катастрофом

Овај дио је осмишљен као допуна основним минималним стандардима.

Важно је разумјети да млади или старија лица, жене или лица с инвалидитетом или HIV-ом нису сами по себи рањиви или под већим ризиком. Ту се, у ствари, јавља преплитање фактора: нпр. ако је особа старија од 70 година, ако живи сама и лошег је здравља, вјероватно је да ће бити рањивија него неко сличне старости и здравственог стања ко живи у вишечланој породици и са довољним примањима. Исто тако, трогодишња дјевојчица је много рањивија ако је без надзора одраслих, него ако живи са родитељима који о њој брину.

Како се проводе WASH стандарди и кључне активности, анализе рањивости и способности омогућавају да интервенција у ситуацији катастрофе и уложени напори пруже подршку онима који имају право на



помоћ на недискриминишући начин и онима којима је помоћ најпотребнија. То захтијева потпуно разумијевање локалне ситуације и како одређени ефекти катастрофе утичу на поједине групе људи на различите начине због њихове рањивости (нпр. због сиромаштва или дискриминације) и њихову изложеност разним пријетњама (нпр. насиљу на основу пола, укључујући сексуално искориштавање), појаву или учесталост болести (нпр. HIV-а или туберкулозе) и могућност епидемије (нпр. оспица или колере). Катастрофа може учинити да већ постојеће неједнакости постану још горе. Из тог разлога, важна је стратешка подршка људима у суочавању са катастрофама, њиховој прилагодљивости и способности за опоравак. Њихово знање, вјештине и стратегије треба подржати и заговарати њихов приступ друштвеној, правној, финансијској и психо-социјалној подршци. Различите физичке, културне, економске и социјалне баријере са којима се могу суочити пружајући услуге треба ријешити на коректан начин.

Међу кључна подручја која обезбјеђују права и капацитете свих рањивих људи спадају:

- оптимално учествовање људи, на начин да су укључене све репрезентативне групе, поготово оне који су мање видљиве (нпр. лица која имају потешкоће у комуникацији или у покретљивости, они који живе у установама, стигматизована омладина и друге групе које су слабо или никако заступљене и видљиве);
- раздвајање података по полу и старости (од 0 до 80 и више година) током процјене – ово је важан елемент који осигурава да ће сектор за WASH адекватно размотрити разноврсност становништва;
- остваривање права на информације и комуницирање и укљученост свих чланова заједнице.

Минимални стандарди

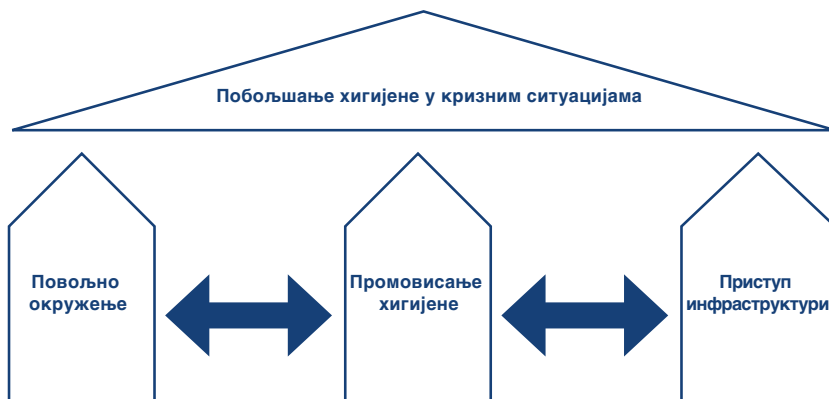
1. Водоснабдијевање, санитарни услови и промовисање хигијене (WASH)

Циљ сваког WASH програма јесте промовисање добре личне хигијене и хигијене окружења како би се заштитило здравље, као што је приказано на слици испод. Ефикасни WASH програм односи се на размјену информација између организација и становништва погођеног катастрофом, идентификовање кључних хигијенских проблема и проналажење одговарајућих рјешења на културолошки прихватљив начин. Обезбјеђење оптималног водоснабдијевања и санитарних просторија, те практиковање сигурне хигијене ће у највећој мјери утицати на јавно здравље.

Промовисање хигијене од виталног је значаја за успјешност WASH активности. Фокус на промовисање хигијене је уопштен и специфичан. Уопштено говорећи, промовисање хигијене саставни је дио свих подручја и нарочито се одражава на водоснабдијевање, санитарне услове, контролу заразних болести, управљање чврстим отпадом и дренажу. Тачније, фокус се усмјерава на два стандарда за промовисање хигијене у овом поглављу и односи се на поједине активности промовисања хигијене.



WASH - Превенција болести



Стандард 1. WASH: осмишљавање и провођење WASH програма

Програм WASH омогућава задовољавање потреба жртава катастрофе и укљученост корисника у планирање, управљање и одржавање објеката, тамо гдје је то потребно.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати кључне ризике за јавно здравље у сарадњи са жртвама катастрофе (видјети смјерницу 1, основни стандарди 1, 3 и 4, на стр. 57–68).
- Жртвама катастрофе обезбиједити задовољавање јавноздравствених потреба и њихово рјешавање према приоритетима (видјети смјерницу 1).
- Систематски прикупљати повратне информације о плановима и прихватљивости садржаја и методама промоције из свих група корисника и у свим WASH програмским активностима (видјети основне стандарде 1, 3 и 4, на стр. 57–68).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све популационе групе имају сигуран и праведан пристап WASH ресурсима и инфраструктури, користе могућности они нуде и подузимају мјере како би се редуковао ризик за јавно здравље (видјети Стандард 2. Промовисање хигијене, на стр. 101).

- Цјелокупно особље на програму WASH јасно и са поштовањем комуницира с онима који су погођени катастрофом и отворено с њима размјењује информације о програму, знајући како одговорити на питања о пројекту члановима заједнице.
- Постоји одговарајући систем за управљање и одржавање објеката, који доприноси једнакости различитих група (видјети смјерницу 1).
- Сви корисници су задовољни, јер концепт и имплементација WASH програма омогућава већу сигурност и враћање достојанства.

Смјернице

1. **Процјена потреба:** проценом је потребно идентификовати ризичне поступке који могу повећати рањивост, те предвидјети успјешност како осигурања WASH инфраструктуре, тако и промовисања хигијене. Кључни ризици вјероватно ће се односити на физичку сигурност у приступу објектима, дискриминацију маргинализованих група која утиче на приступ, кориштење и одржавање тоалета, на недостатак прања руку сапуном или неким другим средством, нехигијенско прикупљање и складиштење воде и нехигијенско чување и припремање хране. Пру процјени, потребно је обратити пажњу на средства расположива становништву, локална знања и обичаје, тако да промотивне активности буду ефективне, релевантне и практичне. Друштвене и културне норме које би могле олакшати и/или угрозити провођење безбједне хигијенске праксе треба идентификовати у склопу почетне и трајне процјене. При процјени треба обратити посебну пажњу на потребе рањивих група људи. Ако консултирање било које од угрожених група није могуће, то треба јасно навести у извјештају о процјени и што прије се вратити на такве случајеве (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).



2. Промовисање хигијене

Промовисање хигијене укључује планирани и систематски приступ који омогућава провођење мјера за спречавање и/или сузбијање болести везаних уз воду, санитарне услове и хигијену. Оно такође омогућује ућешће заједнице, преузимање одговорности и мониторинг унутар програма WASH. Промовисање хигијене треба заснивати на знању становништва погођеног катастрофом, његовим навикама и ресурсима, као и на бази података програма WASH, да би се утврдило који је најбољи начин да се заштити јавно здравље.

Промовисање хигијене подразумијева осигурање тога да људи што прије и на најбољи начин користе воду, санитарне и хигијенске објекте и услуге, те осигурање ефикасности и одржавања тих објеката. Три кључна фактора су:

1. размјена информација и знања,
2. мобилизација заједница погођених катастрофом,
3. пружање основних материјала и објеката.

Мобилизација заједнице посебно је погодна за хитне случајеве, док нагласак треба ставити на подстицање људи у провођењу мјера како би заштитили своје здравље. Промотивне активности треба, тамо гдје је то могуће, да укључе интерактивне методе, умјесто да се искључиво усмјере на просљеђивање мноштва порука.

Стандард 1. Промовисање хигијене: провођење промовисања хигијене

Катастрофом погођени мушкарци, жене и дјеца свих узраста свјесни су кључних ризика за јавно здравље и спремни су да подузму мјере против погоршања санитарних услова, те да користе и одржавају обезбијеђену инфраструктуру.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Систематски информисати о ризицима који су повезани с хигијеном и превентивним мјерама, уз кориштење одговарајућих начина масовне комуникације (видјети смјернице 1 и 2).
- Одредити посебне друштвене, културне и вјерске факторе који ће мотивисати различите друштвене групе у заједници, и користити их као основу за комуникацијске стратегије за промовисање хигијене (видјети смјерницу 2).
- Користити интерактивне комуникацијске методе за промовисање хигијене, колико год је то могуће, како би се осигурао континуирани дијалог и расправа с погођеним групама (видјети смјерницу 3).
- Редовно надгледати кључне хигијенске праксе и кориштење обезбијеђених објеката, у сарадњи с погођеном заједницом (видјети смјерницу 3 и Основни стандард 5, те смјернице 1, и 3–5, на страницама 69–70).
- Преговарати са становништвом и кључним заинтересованим странама како би се одредили услови за идентификовање и ангажовање покретача активности у заједници (видјети смјерницу 5).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све групе корисника могу описати и показати оно што су учинили како би се спријечило погоршање хигијенских услова (видјети смјерницу 1).
- Сви обезбијеђени садржаји користе се на одговарајући начин и редовно одржавају.
- Сви људи перу руке након мале и велике нужде и након пресвлачења дјечијих пелена, те прије јела и припремања хране (видјети смјерницу 6).
- Све активности и поруке усмјерене на промоцију хигијенских навика баве се кључним понашањем и заблудама те су усмјерене на све групе корисника (видјети смјерницу 6).

- Представници свих група укључени су у планирање, обуку, провођење, праћење и евалуацију активности за промовисање хигијене (видјети смјернице 1–6 и Основни стандард 1, те смјернице 1–5, на стр. 57–58).
- Старатељима мале дјеце и дојенчади обезбијеђена су средства за правилно одлагање фекалија (видјети Стандард 1. Одстрањивање фекалија, на стр. 114, и смјерницу 6).

Смјернице

1. **Циљани приоритетни хигијенски ризици и понашања:** Сазнања добијена проценом хигијенских ризика, задатака и одговорности различитих група треба користити за планирање и одређивање приоритета помоћи, тако да проток информација између хуманитарних актера и погођеног становништва буде адекватно усмјерен и да се заблуде рјешавају тамо гдје се идентификују.
2. **Укључити све сегменте становништва:** У раним фазама катастрофе је понекад потребно користити средства јавног информисања како би се људи обавијестили о смањењу здравствених ризика у што већем броју. Различитим групама треба прослиједити различите информације, образовни и комуникацијски материјал кроз одговарајуће канале комуникације како би се информисало цијелокупно становништво. То је посебно важно за неписмене особе, особе с поремећајима у комуникацији и/или људе који немају приступ радију или телевизији. Популарни медији, као што су позориште, концерти, улични театар, плесне тачке итд., у овом случају такође могу бити ефикасни. Координација с образовним сектором важна је у одређивању могућности за провођење хигијенских активности у школама.
3. **Интерактивне методе:** културолошки адекватни материјали и методе нуде вриједне могућности за жртве катастрофа за планирање и праћење побољшања хигијенских услова. Такође, пружају им могућност да предлажу или врше притужбе на програм, уколико је то потребно. Планирање промовисања хигијене мора бити културолошки адекватно. Промовисање хигијенских активности мора бити изведено од стране лица која имају способност и вјештине за рад са групама различитих увјерења и обичаја (нпр. у неким културама неприхватљиво је да жене разговарају с непознатим људима).
4. **Оптерећеност:** важно је обезбиједити да нити једна скупина (нпр. жене) није преоптерећена активностима за промовисање хигијене

или руковођењем активностима за промовисање хигијене. Предности као што су могућност обуке и запошљавања треба понудити женама, мушкарцима и маргинализованим групама.

5. **Општи услови покретања заједнице:** кориштење услуга јавних радника или особа које врше кућне посјете пружа потенцијално интерактиван начин и приступ великом броју људи, али овим радницима се мора помоћи како би развили вјештине руковођења. Према грубој процјени, камп захтијева два промотера хигијене/покретача заједнице на 1.000 чланова катастрофом погођеног становништва. Покретачи заједнице могу исто тако бити запослени на дневној бази, на основу уговора, или на волонтерској бази, у складу са законом. Без обзира на то да ли су радници плаћени или имају статус волонтера, о томе треба разговарати с погођеним становништвом, организацијама које проводе пројекте и другим групама како би се избјегло стварање напетости и нарушавање дугорочне одрживости система у том мјесту.
6. **Мотивисање различитих група на ангажовање:** Важно је схватити да здравље није увијек најважнији мотив за промјену понашања. Потреба за приватношћу, сигурношћу, удобношћу, поштовање вјерских и културних обичаја, друштвеног статуса и угледа може бити снажнији покретач него обећање бољег здравља. Такве факторе треба узети у обзир приликом планирања промотивних активности и ефикасно се укључити у планирање и лоцирање објеката у сарадњи с пројектним тимом. Нагласак не треба бити искључиво на индивидуалним промјенама понашања, него и на покретању друштва и раду с групама.



Стандард 2. Промовисање хигијене: одређивање и употреба средстава за личну хигијену

Становништво погођено катастрофом има приступ и укључено је у препознавање и промовисање употребе хигијенских средстава како би се обезбиједила лична хигијена, здравље, достојанство и добробит.

Кључне активности (читати у вези са смјерницама)

- Консултовати све мушкарце, жене и дјецу свих узраста о томе која су им средства за личну хигијену приоритетно потребна (видјети смјернице 1, 3 и 4).
- Подузети правовремену дистрибуцију хигијенских средстава за хитне потребе заједнице (видјети смјернице 2–3).

- Провести мониторинг након дистрибуције и оцијенити корисност и задовољство корисника расподијелом хигијенских средстава (видјети смјернице 3 и 5).
- Испитати и оцијенити кориштење алтернативних начина за дистрибуцију хигијенских средстава, као што је нпр. расподјела новчаних бонова и/или непрехрамбених производа (енг. non-food items – NFIs) (видјети Стандард 1. Осигурање хране: новчани трансфери и трансфери бонова, на стр. 222).

Кључни индикатори (читати у вези са смјерницама)

- Жене, мушкарци и дјеца имају приступ средствима за личну хигијену, која ефикасно доприносе очувању здравља, достојанства и добробити (видјети смјернице 1, 7 и 9).
- Свим женама и дјевојкама које добијају менструацију, на основу консултовања погођеног становништва, обезбијеђени су материјали за менструалну хигијену (видјети смјернице 5 и 8).
- Све жене, мушкарци и дјеца имају приступ информацијама и обуци о сигурној употреби хигијенских средстава са којима нису упознати (видјети смјерницу 5).
- Погођеном становништву доступне су информације у колико ће се сати, на којој локацији, у ком облику и којој циљној групи вршити подјела непрехрамбених производа (NFIs) (видјети смјернице 3–5).
- Безбједност погођеног становништва и особља приоритетна је у организовању подјеле непрехрамбених производа (видјети Принципи заштите 1, смјернице 1–3, на стр. 35–36).

Смјернице

1. Основни хигијенски артикли: Основни минимални пакет хигијенских артикала састоји се од посуде за воду (канте), сапуна за личну хигијену, сапуна за прање веша и хигијенских потрепштина за менструацију.

Списак основних хигијенских артикала

10–20-литарска посуда за транспорт воде	Једна по домаћинству
10–20-литарска посуда за чување воде	Једна по домаћинству
250 г сапуна за купање	Један по особи мјесечно
200 г сапуна за прање веша	Један по особи мјесечно
Материјал прихватљив за менструалну хигијену, нпр. перива памучна тканина	Један по особи

2. **Координација:** Поразговарајте са организаторима у склоништу и са погођеним становништвом о томе да ли су им потребни додатни непрехрамбени артикли, као што су деке, које нису укључене у основне хигијенске артикле (видјети Стандард 1. Непрехрамбени артикли, на стр. 299).
3. **Правовремена подјела средстава за личну хигијену:** како би се обезбиједила правовремена подјела средстава за личну хигијену, можда неке кључне артикле (сапун, канистери, итд.) треба подијелити без сагласности погођеног становништва, а о наредним подјелама се треба с њима посавјетовати.
4. **Приоритетне потребе:** Људи могу одлучити да продају артикле из хуманитарне помоћи који не одговарају њиховим приоритетним потребама, тако да при планирању помоћи треба узети у обзир животне услове људи.
5. **Прикладност:** Треба обратити пажњу на то да подјела не укључи производе које људи неће користити због незнања или злоупотребе (нпр. артикли који се могу лако замијенити за храну). Гдје је то културолошки прикладно или уобичајено, сапун за прање може се замијенити детерџентом.
6. **Замјена:** Потребно је узети у обзир чињеницу да артикле треба замијенити уколико је то неопходно.
7. **Посебне потребе:** Нека лица с посебним потребама (нпр. лица с инконтиненцијом или тежим случајевима дијареје) захтијевају већу количину средстава за личну хигијену, нпр. сапуна. Лицима с инвалидитетом или особама које су везане за кревет вјеројатно ће бити потребни додатни артикли, попут ноћних посуда. Неки артикли ће вјеројатно захтијевати прилагођавање за санитарну употребу (нпр. столица с рупом или тоалетна столица).
8. **Менструална хигијена:** Обезбиједити дискретно прање или одлагање материјала за менструалну хигијену.
9. **Додатни прибор:** Због друштвених и културолошких обичаја, може се тражити приступ додатним хигијенским средствима. У зависности од доступности, ови артикли (по особи мјесечно) укључују следеће:
 - 75 мл/ 100 г пасте за зубе,
 - једну четкицу за зубе,
 - 250 мл шампона,
 - 250 мл лосиона за дојенчад и дјецу до двије године,



- један бријач,
- доње рубље за жене и дјевојке које имају менструални циклус,
- једну четку за косу и/или чешаљ,
- грицкалицу,
- пелене и дјечије туге (зависно од потреба домаћинства).

3. Водоснабдијевање

Вода је неопходна за живот, здравље и људско достојанство. У изузетним околностима некад нема довољно воде да би се задовољиле основне потребе. У тим случајевима, адекватно снабдијевање питком водом (довољно за опстанак) од пресудне је важности. У већини случајева, главни узрок здравствених проблема је недостатак хигијене, због недовољног снабдијевања водом или кориштења загађене воде.

Стандард 1. Водоснабдијевање: приступачност и количина воде

Сви људи имају сигуран и праведан приступ довољној количине воде за пиће, кухање, личну хигијену и домаћинство. Јавна мјеста за снабдијевање водом довољно су близу домаћинства, како би се омогућило потребно минимално снабдијевање водом.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати одговарајуће изворе воде узимајући у обзир количину и утицај животне средине на изворе (видјети смјерницу 1).
- Провести снабдијевање водом по приоритетима како би се задовољиле потребе жртава катастрофе (видјети смјернице 2 и 4).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Просјечна потрошња воде за пиће, кухање и личну хигијену у било којем домаћинству је најмање 15 литара по особи дневно (видјети смјернице 1–7).
- Максимална удаљеност сваког домаћинства од најближег мјеста за снабдијевање водом је 500 м (видјети смјернице 1, 2, 5 и 6).
- Вријеме чекања на извору је највише 30 минута (видјети смјерницу 6).

Смјернице

1. **Избор извора воде:** При одабиру извора воде треба узети у обзир сљедеће факторе: доступност, близину, одрживост довољне количине

воде, да ли је потребно третирање воде, те изводљивост, укључујући постојање друштвених, политичких и правних фактора који се односе на извор. Генерално, пожељно је да подземни извори и/или снабдијевање изворском водом гравитацијског тока захтијевају мање чишћење и не захтијевају пумпање. У почетној фази катастрофе обично је потребна комбинација различитих приступа и ресурса. Све изворе треба редовно надгледати, како би се спријечило прекомјерно искориштавање.

2. **Потребе:** Количина воде потребна за кориштење у домаћинству зависи од околности и може се разликовати зависно од климе, расположивости санитарних чворова, навика људи, од њихове вјерске и културолошке традиције, хране коју кућају, одјеће коју носе, итд. Генерално, потрошња воде повећава се уколико је извор воде ближи мјесту пребивалишта. Гдје је то могуће, 15 литара по особи по дану (l/p/d) може се прекорачити у складу с локалним стандардима, ако је стандард већи.

Количине воде потребне за преживљавање

Количине воде потребне за преживљавање (вода и храна)	2,5–3 литра дневно	Зависно од поднебља и физиологије појединца
Основне хигијенске навике	2–6 литара дневно	Зависно од скупа друштвених и културних норми
Основне потребе за кућање	3–6 литара дневно	Зависно од врсте хране и друштвених и културних норми
Заједничке основне потребе за водом	7,5–15 литара дневно	

За упутства о минималним количинама воде потребне за установе и друге кориснике, видјети Додатак 2: Минималне количине воде за установе и друге кориснике. За хитне потребне количине воде за стоку, видјети смјернице и стандарде који се односе на стоку (видјети референце и додатну литературу).

3. **Мјерење:** анкете извршене у домаћинствима, посматрање и групне расправе у заједници су ефикасније методе у прикупљању података о кориштењу воде и њеној потрошњи него мјерење количине воде која се црпи у водоводној мрежи или уз ручно кориштење пумпи.
4. **Количина/покривеност:** У случају катастрофе, и под минималним стандардима за количине и квалитет воде приоритетно је осигурати

равноправан приступ довољној количини воде, чак и ако је средњег квалитета. Жртве катастрофе су знатно више осјетљиве на болести, те зато приступ води и стандарди који се тичу количине воде треба да буду достигнути, чак и ако су већи од норми погођеног или локалног становништва. Посебну пажњу треба обратити на додатне потребне количине воде за лица у специфичним здравственим околностима, као што су HIV и AIDS, те како би се задовољиле потребе за храном и водом за стоку када су суше. Како би се спријечиле тензије, препоручује се да водоснабдијевање и санитарни услови у једнакој мјери задовоље потребе локалног и катастрофом погођеног становништва (видјети Додатак 2: Минималне количине воде за установе и друге намјене).

5. **Максималан број лица по извору воде:** Број лица по једном извору зависи од дотока и доступности воде на сваком извору. Оквирне смјернице су сљедеће:

250 људи на славину	На основу протока од 7,5 л/мин.
500 људи на ручну пумпу	На основу протока од 17 л/мин.
400 људи на отворени извор за једног корисника	На основу протока од 12,5 л/мин.

Смјернице предвиђају да је извор воде доступан отприлике осам сати дневно, да је водоснабдијевање константно током тог времена. Ако је доступност већа од наведене, људи могу конзумирати више од 15 литара воде дневно, колика је минимална потребна количина. Ове циљеве треба користити опрезно, јер њихово испуњење не мора нужно значити пружање потребне минималне количине воде или праведан приступ.



6. **Вријеме чекања:** Предуго чекање показатељ је недовољне доступности воде, због недовољног броја мјеста за водоснабдијевање или неадекватне доступне количине воде у извору. Могући штетни ефекти дужег чекања су смањење потрошње воде по становнику, повећана потрошња на незаштићеним површинским изворима и ситуација да људи који долазе по воду имају мање времена за друге послове важне за опстанак.
7. **Приступачност и једнакост:** Иако има довољно воде како би се задовољиле минималне потребе, потребне су додатне мјере да би се обезбиједио равноправан приступ за све групе људи. Снабдијевање водом мора бити доступно свима, без обзира на пол или етничку

припадност. То може бити нека ручна пумпа и spremник за воду модификован или прилагођен особама зараженим HIV-ом или AIDS-а, старијим лицима, лицима с инвалидитетом и дјеци. У случајевима кад је дистрибуција или испумпавање воде ограничено на одређене термине, то треба планирати у сарадњи с корисницима, укључујући и жене.

Стандард 2. Водоснабдијевање: квалитет воде

Вода је задовољавајућег квалитета, питка је и може се користити за кухање, личну и кућну хигијену без опасности по здравље.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Урадити брзи санитарни преглед и, тамо гдје вријеме и ситуација то допуштају, провести план о безбједности воде на извору (видјети смјернице 1–2).
- Провести све потребне кораке како би се смањила контаминација након испоруке воде (видјети смјернице 3–4 и Стандард 1. Промовисање хигијене, на стр. 99).
- При снабдијевању водом из славине, у периодима опасности од епидемије дијареје, треба третирати воду дезинфицијенсом, тако да вриједност хлора буде 0,5 mg/l и замућеност испод 5 NTU (јединице нефелометричне замућености). У случају посебних стомачних епидемија, обезбиједити да је вриједност хлора изнад 1 mg/l (видјети смјернице 5–8).
- У случају предложеног пречишћавања воде у домаћинствима обавезно провести одговарајућу промоцију, обуку и мониторинг (видјети смјернице 3 и 6).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- На мјесту испоруке и употребе воде нема фекалних колиформа на 100 мл воде (видјети смјернице 2, и 4–7).
- Све методе пречишћавања воде у домаћинству побољшавају микробиолошки квалитет воде и пропраћене су одговарајућом обуком, промовисањем и мониторингом (видјети смјернице 3–6).
- Не постоје негативне посљедице по здравље проузроковане краткорочним кориштењем воде која је контаминирана хемикалијама

(укључујући превише хемикалија које се користе за третман воде) или из радиолошких извора, и процјене не показују могућност таквих утицаја (видјети смјерницу 7).

- Сви корисници пију воду из заштићеног или пречишћеног извора, а не из других расположивих извора воде (видјети смјернице 3 и 6).
- Нема појаве болести или њихове повезаности с водом (видјети смјернице 1–9).

Смјернице

1. **Праћење санитарних услова и план о безбједности воде:** праћење санитарних услова представља процјену стања и пракси које могу представљати опасност за јавно здравље. То укључује и могућност онечишћења воде на извору, током транспорта и код куће, хигијенске навике, одводњавање и збрињавање чврстог отпада. Мапирање заједнице је посебно ефикасна метода утврђивања пријетњи јавном здрављу, као и учествовање заједнице у проналажењу начина за смањење ризика од истих. Треба имати на уму да, иако животињске фекалије нису тако штетне као људске, оне могу да садрже микроорганизме као што су *Cryptosporidium*, *Giardia*, *Salmonella*, *Campylobacter*, калицивируси и други најчешћи узрочници пролива код људи, те из тог разлога представљају значајну пријетњу здрављу. Свјетска здравствена организација препоручује кориштење свог сигурносног плана за водоснабдијевање (WSP), који има холистички приступ, и који покрива идентификацију опасности и процјену ризика, побољшање/ надоградњу плана, мониторинг и поступке контроле управљања, укључујући и развој пратећих програма (видјети референце и додатну литературу).
2. **Микробиолошки квалитет воде:** фекалне колиформне бактерије (више од 99% њих представљају бактерије *E. coli*) индикатори су нивоа онечишћења воде због људских и/или животињских фекалија и могуће присутности штетних патогена. Уколико се уочи присутност фекалних колиформа, вода мора бити третирана.
3. **Промовисање заштићених извора:** Сама заштићеност извора или прочишћавање воде неће бити ефикасни ако људи не увиђају здравствене предности кориштења овакве воде. Људи могу преферирати кориштење незаштићених извора, нпр. ријеке, језера и незаштићене бунаре, због укуса воде, близине извора и друштвене прикладности. У таквим случајевима, потребно је да љекари,



промотери хигијене и покретачи заједнице разумију разлоге таквих одлука и размотре промотивне поруке и разговоре.

4. **Контаминација након испоруке:** Вода која је сигурна у тренутку испоруке може још увијек представљати значајан здравствени ризик због реконтаминације за вријеме преузимања, складиштења или допремања. Мјере за смањење тих ризика укључују побољшане мјере преузимања и складиштења и дистрибуцију чистих и прикладних spremника за прикупљање и складиштење воде (видјети Стандард 3. Водоснабдијевање, на стр. 112). На локацијама на којима се вода употребљава треба редовно узимати узорке воде како би се провела контрола онечишћења.
5. **Дезинфекција воде:** Ако постоји значајан ризик контаминације воде на извору или након доставе, вода би требало да буде третирана дезинфицијенсом као што је хлор. Овај ризик ће одредити услови као што су густина насељености, начини одлагања фекалија, хигијенске навике и учесталост стомачних обољења (дијареја). У случају пријетње или епидемије дијареје, треба дезинфиковати све залихе питке воде, или прије дистрибуције, или код куће. За правилну дезинфекцију воде замућеност смије бити мања од 5 NTU, иако је могуће за краткорочне хитне случајеве воду с вишим степеном замућености адекватно дезинфиковати двоструком дозом хлора након филтрирања, док се замућеност не смањи (видјети Додатак 6: Шема одлука које се тичу чишћења и складиштења воде у домаћинству).
6. **Третирање воде у домаћинству:** Ако кориштење централног система за третман воде није могуће, могу се користити системи за пречишћавање воде из домаћинства, на мјесту кориштења. Различите врсте чишћења на лицу мјеста, за које се показало да смањују учесталост појаве дијареје и побољшавају микробиолошки квалитет воде складиштене у домаћинству, укључују кување, хлорисање, соларну дезинфекцију, мембранске филтрације, споре филтрације пијеском и дезинфекцију флокулацијом. Најприкладнији избор пречишћавања на лицу мјеста у било којем контексту зависи од постојећих услова који се тичу воде и санитарнија, квалитета воде, културолошке прихватљивости и исплативости опција. Успјешно третирање воде на лицу мјеста треба да подразумева употребу одговарајућих материјала и производа, као и одговарајућу обуку за кориснике. Увођење непроверених метода пречишћавања воде у случају незгоде треба избежавати. У подручјима ризика пожељно је прије пречишћавања на лицу мјеста размислити о готовим производима, што омогућује бржи одговор. Предност треба

дати употреби расположивих локалних производа, уколико се настави употреба у периоду након катастрофе. Ефикасно кориштење захтијева редовно праћење, подршку и мониторинг и требало би да буде предуслов за усвајање алтернативног приступа пречишћавању воде.

7. **Пречишћавање хлором, на лицу мјеста:** Двострука доза хлора може се користити за виши ниво замућености, уколико не постоји алтернативни извор воде. То се може радити само кратко и након едукације корисника о начинима за смањење замућености филтрирањем и претакањем прије третирања воде (видјети Додатак 6: Шема одлука о чишћењу и похрањивању воде из домаћинства).
8. **Хемијска и радиолошка контаминација:** уколико хидрогеолошки подаци или сазнања о индустријским или војним активностима упућују на то да залихе воде могу представљати хемијске или радиолошке здравствене ризике, хитно треба процијенити ризик провођењем хемијске анализе. Потребно је направити одлуку између краткорочних ризика и користи за јавно здравство. У наставку, одлуку о кориштењу контаминиране воде треба донијети на основу детаљне процјене и анализе посљедица по здравље.
9. **Укус:** Сам укус не представља здравствено питање (нпр. благо слана вода не представља ризик по здравље), али ако чиста вода нема добар окус, људи могу пити воду из извора који нису безбједни и тиме угрозити своје здравље. Да би се ово избјегло, треба провести активности за промовисање хигијене и тиме осигурати употребу само сигурних извора.
10. **Квалитет воде за здравствене центре:** сва вода за болнице, домове здравља и центре за исхрану треба да буде пречишћена хлором или резидуалним дезинфицијенсом. Уколико постоји било каква опасност од прекида водоснабдијевања, потребно је да институција обезбиједи залихе воде за континуирано снабдијевање и нормалан ниво употребе (видјети Додатак 2: Минимална количина воде за установе и друге намјене и Додатак 5: Минималне хигијенске и санитарне мјере за изолацијске центре за лијечење колере).



Стандард 3. Водоснабдијевање: објекти за воду

Људи имају на располагању одговарајуће објекте за прикупљање, похрањивање и кориштење довољне количине воде за пиће, кување и личну хигијену, како би се обезбиједило да је вода за пиће исправна све док се не потроши.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Погођеном становништву треба обезбиједити адекватне капацитете за прикупљање и похрањивање воде (видјети смјерницу 1 и Стандард 2. Промовисање хигијене, на стр. 101).
- Активно подстицати учествовање свих жртава катастрофе и рањивих особа у планирању водоснабдијевања и изградњи објеката за прање веша и купање (видјети смјерницу 2).
- Поставити посебне умиваонике и обезбиједити посебне просторије за прање веша и објекте гдје жене могу прати и сушити веш и санитарне крпе (видјети смјерницу 2 и Стандард 2. Промовисање хигијене, на стр. 101).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Свако домаћинство има барем два spremника за чисту воду капацитета 10–20 литара, један за чување воде и један за транспорт (видјети смјерницу 1 и Стандард 2. Промовисање хигијене, смјерница 1, на стр. 101).
- Канистери за прикупљање и складиштење воде имају уска грла, поклопце или су то неке друге врсте spremника за сигурно добављање, похрањивање и кориштење воде (видјети смјерницу 1).
- Постоји најмање један умиваоник на 100 људи и посебан објекат за прање и купање намијењен за жене. На располагању су довољне количине воде за купање и прање (видјети смјерницу 2).
- Вода намијењена за домаћинство у сваком тренутку је незагађена (видјети смјерницу 1).
- Људи су задовољни одговарајућом опремом коју имају за прикупљање воде, складиштење, купање, прање руку и прање веша (видјети смјерницу 2).
- Обезбијеђено је редовно одржавање инсталираних система и објеката и корисници су укључени у тај процес гдје год је то могуће (видјети смјерницу 3).

Смјернице

1. **Прикупљање и складиштење воде:** Људима су потребне посуде за прикупљање и похрањивање воде за пиће, кување, прање и купање. Посуде треба да буду чисте, хигијенске, лаке за ношење и да одговарају локалним потребама и навикама у погледу величине, облика и дизајна. Дјеци, лицима с инвалидитетом, старијим лицима и особама зараженим HIV-ом и AIDS-ом могу бити потребне мање посуде или посебно осмишљени канистери за воду. Капацитет канистера за похрањивање воде зависи од величине домаћинства и доступности воде, нпр. око четири литре по особи би било прикладно за ситуације у којима постоји континуирано дневно снабдијевање водом. Промовисање и надзор над сигурним прикупљањем, складиштењем и црпљењем воде прилика је за разговор о проблемима који се тичу онечишћења воде с угроженим лицима, а нарочито са женама и дјецом.
2. **Јавне просторије за туширање и купање:** Људима треба приватност и мјесто гдје се могу достојанствено окупати. Уколико то није могуће унутар домаћинства, потребно је обезбиједити засебне централне просторије за мушкарце и жене. Ако сапун није доступан, може се користити било која од најчешћих алтернатива, као што је пепео, чисти пијесак, сода или разне врсте биљака које су погодне за прање и чишћење. Прање одјеће је хигијенски посебно важно када је у питању дјечја одјећа. Посебно је потребно прање прибора за јело и суђа за кување. Број, мјесто, изглед, сигурност, прикладност и практичност објеката треба одредити у договору с корисницима, нарочито са женама, адолесцентима и лицима с инвалидитетом. Треба обезбиједити положај објеката у централном дијелу подручја, а његова доступност и добра освијетљеност, са добром прегледношћу подручја, могу допринијети већој безбједности корисника.
3. **Одржавање система за водоснабдијевање:** Важно је да су корисници информисани и опремљени свим потребним ресурсима за одржавање и очување система који су им обезбијеђени.



4. Одлагање фекалија

Сигурно одлагање људских фекалија представља прву баријеру за појаву болести повезаних с фекалијама, а помаже у смањењу директног или индиректног ширења болести. Сигурно одлагање фекалија је, дакле, важан приоритет и ситуације које се тога тичу у катастрофама треба рјешавати што брже и ефикасније, као што је то случај са сигурним снабдијевањем чистом водом. Пружање адекватних санитарних чворова један је од хитних задатака у одговору на катастрофе и то је кључна активност за обезбјеђење достојанства, сигурности, здравља и добробити људи.

Стандард 1. Одлагање фекалија: у животном окружењу нема људских фекалија

Животно окружење у цјелини, а посебно стамбени простори, подручја за производњу хране, јавни центри и изворишта питке воде нису контаминирани људским фекалијама.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Одмах започети одговарајуће мјере за одлагање фекалија (видјети смјерницу 1).
- Провести брзе консултације са жртвама катастрофе које се тичу сигурног одлагања фекалија и хигијенских навика (видјети Стандард 1. Промовисање хигијене, смјернице 1–6, на стр. 100–101).
- Провести заједничку кампању промовисања хигијене која се тиче сигурног одлагања фекалија и кориштења одговарајућих објеката (видјети Стандард 1. Промовисање хигијене, смјернице 1–6, на стр. 100–101).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Окружење у којем живи угрожено становништво је без људских фекалија (видјети смјернице 1–2).
- Све мјере сигурног одлагања фекалија, нпр. нужници и септичке јаме,

проводи се најмање 30 метара од извора подземних вода. Доњи дио нужника или септичке јаме налази се најмање 1,5 метара изнад нивоа подземних вода (видјети смјерницу 3).

- У случају поплава или високог нивоа подземних вода, треба предузети одговарајуће мјере како би се спријечила контаминација подземних вода фекалијама (видјети смјерницу 3).
- Дренажа или проливање система за одвод фекалија не контаминира површинске воде или плитке подземне воде (видјети смјерницу 3).
- Нужници се већином користе хигијенски, дјечје фекалије се одлажу одмах и на хигијенски начин (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Сигурно одлагање фекалија:** Сигурно одлагање фекалија има за циљ животну средину која није контаминирана разбацаним људским фекалијама. Одмах након катастрофе и увођењем плана за одлагање фекалија треба провести акцију првог чишћења, оградивање онечишћених зона и изградњу јавних толета. Сврха сигурног одлагања фекалија јесте контрола чистоће животне средине, без људских фекалија. Постепено приступање рјешавању санитарних проблема је најефикасније. Активности провођења сигурног одлагања фекалија обухватају све групе становништва погођеног катастрофом. Тамо гдје становништво традиционално не користи тоалете, биће потребно провести заједничку кампању за промовисање хигијене и подстицање на одлагање фекалија, како би се подстакла потражња за више тоалета. Код катастрофа у урбаним срединама, лако може доћи до оштећења постојећих канализационих система, па треба процијенити ситуацију и размислити о постављању мобилних тоалета или користити септичке јаме које се могу редовно празнити. Такође је потребно посветити пажњу питању пражњења, транспорта и коначног одлагања фекалија и поступања с истим.
2. **Чишћење подручја:** у почетној фази, тамо гдје има довољно мјеста на располагању, треба означити мјесто за обављање нужде и/или изградњу ровова за нужнике. Мјера ће бити успјешна само уколико се мјестом правилно руководи и уколико се правилно одржава, те ако је становништво погођено катастрофом схватило важност употребе ових објеката.
3. **Удаљеност система за одвођење фекалија од водних ресурса:** нужници ископани у земљи, ровови за септичке јаме и/или нужници



морају бити удаљени од извора воде најмање 30 метара, а дно јаме мора бити најмање 1,5 метара изнад подземних вода. Ова удаљеност требало би да буде већа у случају тла које се састоји од стијена и вапненца, а може бити мања у случају квалитетног тла. У неким кризним ситуацијама, онечишћење подземних вода не мора бити непосредна брига ако се та вода не користи за пиће. Умјесто тога, треба провести третман воде у домаћинству или размотрити неке друге опције (видјети Стандард 2. Водоснабдијевање, смјерница 6, на стр. 110). У случају поплаве или високих подземних вода, могу се градити надземни тоалети или септички контејнери за складиштење фекалија и тако спријечити загађење животне средине. Такође је важно да дренажа или проливање из септичких јама не загађују површинске и/или подземне воде.

4. **Одлагање дјечјих фекалија:** Посебну пажњу треба посветити одлагању дјечјих фекалија, јер су оне обично опасније од фекалија одраслих особа (инфекције повезане са фекалијама чешће су код дјете, јер она још нису развила адекватна антителија). Родитељи и они који се брину о дјети треба да буду информисани да сигурно одлагање фекалија дојенчади, процеси прања и кориштење пелена нису безначајни, као ни кориштење дјечјих туту или лопатице за ефикасно и сигурно одлагање фекалија.

Стандард 2. Одлагање фекалија: прикладни и адекватни тоалети

Људима су доступни прикладни и адекватни тоалети, примјерени и прихватљиви санитарни чворови, који су довољно близу мјеста становања, како би се омогућио брз, сигуран и безбједан приступ у било којем тренутку, и дању и ноћу.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Треба се посавјетовати и усагласити са свим корисницима (поготово са женама и лицима са ограниченом покретљивошћу) о локацији, облику и прикладности санитарних објеката (видјети смјернице 1–4 и принципе заштите 1–2, на стр. 35–38).
- Људима погођеним катастрофом обезбиједити алат, материјал за изградњу, одржавање и чишћење њихових тоалета (видјети смјернице 6–7).

- Осигурати адекватно снабдијевање водом за прање руку и тоалета текућом водом или механизмима за хигијенско затварање и обезбиједити адекватан материјал за аналну хигијену за употребу у нужницима (видјети смјернице 7–8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Тоалети су пројектовани и изграђени на одговарајући начин и задовољавају следеће захтјеве:
 - Могу их користити сви становници, укључујући дјецу, старија лица, труднице и лица с инвалидитетом (видјети смјерницу 1).
 - Тако су позиционирани да су у сваком тренутку доступни корисницима, поготово женама и дјевојкама, током дана и ноћи (видјети смјерницу 3 и Принцип заштите 1, смјернице 1–6, на стр. 35–36).
 - Омогућавају степен приватности у складу с нормама корисника (видјети смјерницу 3).
 - Довољно су једноставани за кориштење и чишћење и не представљају опасност за здравље и животну средину. Зависно од услова, нужници су прикладно обезбјеђени водом прање руку и/или за испирање (видјети смјернице 7–8).
 - Омогућују одлагање материјала за менструалну хигијену и пружају женама приватност неопходну за прање и сушење тих материјала (видјети смјерницу 9).
 - Размножавање комараца и муха сведено је на најмању могућу мјеру (видјети смјерницу 7).
 - Обезбијеђени су механизмима за затварање, транспорт и прикладно одлагање у случају да су нужници фиксирани или за дугорочно кориштење тако да постоји потреба за њиховим пражњењем (видјети смјерницу 11).
 - У случају високог водостаја или поплава, јаме или спремници са фекалијама су водонепропусни, како би се минимизирало онечишћење подземних вода и животне средине (видјети смјерницу 11).
- Максимално 20 људи користи један нужник (видјети смјернице 1–4 и Додатак 3: Минимални број нужника на јавним мјестима и у институцијама у ситуацијама катастрофе).
- На јавним мјестима, као што су тржнице, центри за распоdjелу помоћи, домови здравља и школе, постоје одвојени тоалети за жене и мушкарце, који се могу изнутра закључати (видјети смјерницу 2 и принципе заштите 1–2, на стр. 35–38).



- Тоалети су удаљени од мјеста становање максимално 50 метара (видјети смјерницу 5).
- Кориштење захода је одређено по домаћинствима и/или су одвојени по полу (видјети смјернице 2–5).
- Сви становници погођени катастрофом задовољни су процесом савјетовања и објектима за нужнике и користе их на одговарајући начин (видјети смјернице 1–10).
- Људи перу руке након кориштења захода, прије јела и припремања хране (видјети смјерницу 8).

Смјернице

1. **Прихватљиви садржаји:** Успјешни програми одлагања фекалија зависе од разумијевања различитих потреба људи и њиховог учествовања. Не могу сви заходи бити прихватљиви за све групе људи. Можда је потребно изградити посебне нужнике за дјецу, старија лица и лица с инвалидитетом, као што су нпр. нужници са сједалом или рукохватима или ноћне посуде, дјечје туте или комодне столице. Врсте санитарних објеката зависе од времену интервенције, склоности и културолошких обичаја корисника, постојеће инфраструктуре, доступности воде (за испирање и бртвљење), земљишта и доступности грађевинских материјала. Различите врсте одлагања фекалија за различите фазе одговора на катастрофе наведени су у табlici у наставку:

Могући алтернативни начини за сигурно одлагање фекалија

Начин сигурног уклањања фекалија		Напомене о употреби
1.	Обиљежени простор за потребе дефекације (нпр. простори одвојени параванима)	Прва фаза: прва два или три дана, када је потребно обезбиједити нужнике за велики број људи
2.	Нужници у рововима	Прва фаза: до два мјесеца
3.	Једноставни нужници у јамама	Само у почетној фази или дуготрајна употреба
4.	Вентилацијски побољшани нужници у јамама (VIP)	Зависно од окружења: средњорочна или дугорочна употреба
5.	Еколошка комунална уредба (Ecosan) за преусмјеравање отицања урина	Зависно од окружења: као одговор на високе подземне воде или поплаве, само у почетној фази, или средњорочна и дугорочна употреба
6.	Септичке јаме	Средњорочна и дугорочна употреба

2. **Јавни тоалети:** У тоалетима на јавним мјестима успостављено је систематско, правилно и редовно чишћење и одржавање. Када планирате број женских тоалета у поређењу с мушким, треба узети у разматрање податке о становништву из базе података и користити омјер 3:1. Уколико је могуће, потребно је инсталирати писоаре (видјети Додатак 3: Минимални број тоалета на јавним мјестима и у институцијама у случају катастрофе).
3. **Породични тоалети:** Породични тоалети су најбоља опција, тамо гдје је то могуће. Циљ је један тоалет на највише 20 особа. Гдје нема постојећих тоалета, могуће је започети с једним тоалетом на 50 особа и спустити број корисника на 20 у најкраћем могућем року. У неким случајевима, ограниченост простора онемогућава постизање тих бројева. У таквим случајевима, треба одлучно захтијевати додатни простор. Међутим, треба имати на уму да је примарни циљ да се обезбиједи и одржи окружење без људских фекалија.
4. **Заједнички садржаји:** Домаћинства треба посавјетовати о локацији и облику и о одговорности кад је у питању чишћење и одржавање заједничких тоалета. Генерално, чисти тоалети ће се вјеројатно чешће и користити. Треба предузети све потребне мјере како би се особама с хроничним болестима, попут особа заражених HIV-ом и AIDS-ом, омогућио једноставан приступ тоалету, јер они често пате од хроничне дијареје и смањене покретљивости.
5. **Сигурни садржаји:** Неадекватно лоцирање тоалета може жене и дјевојке изложити нападима, поготово током ноћи. Треба обезбиједити се да се жене и дјевојке осјећају сигурно када користе тоалет. Гдје је год могуће, заједнички тоалети треба да буду освијетљени, а за домаћинства треба обезбиједити лампе. Заједницу треба посавјетовати о томе како побољшати сигурност корисника (видјети принципе заштите 1–2, на стр. 35–38).
6. **Употреба локалног грађевинског материјала и алата:** препоручује се да се за изградњу тоалета користе материјали који су доступни на том подручју. То такођ омогућава учествовање становништва у кориштењу и одржавању санитарија. Такође, снабдијевање становништва грађевинским алатом омогућиће остварење овог циља.
7. **Вода и материјал за аналну хигијену:** За тоалете у којима се пушта вода и/или оне са механизмом за хигијенско затварање мора бити осигуран довод воде. Класични тоалет мора бити опремљен тоалетним папиром или другим материјалом за аналну хигијену. Кориснике би требало посавјетовати о културолошки најприкладнијим начинима одржавања аналне хигијене и о сигурном одлагању таквих материјала.



8. **Прање руку:** Корисницима треба обезбиједити могућност прања руку сапуном или другим средствима (као што је нпр. пепео) након кориштења тоалета или прања дјечје задњице, као и прије јела и припремања хране. Стога у близини тоалета увијек треба бити расположив извор воде.
9. **Менструација:** Жене и дјевојке које добијају менструацију, укључујући и ученице, треба да имају приступ одговарајућим материјалима за апсорпцију менструалне крви. Са женама и дјевојкама треба се посавјетовати о томе шта је културолошки најприкладније. У тоалетима треба омогућити одлагање материјала за менструалну хигијену на одговарајући начин и пружити приватност у просторијама за прање (видјети Стандард 2. Промовисање хигијене, смјернице 2 и 8, на стр. 103).
10. **Пражњење:** Зависно од прикладности и потреба, пражњења тоалета/ септичких јама и контејнера, укључујући крајња одредишта за збрињавање фекалија треба размотрити на самом почетку.
11. **Тоалети у ситуацијама природних непогода:** Код поплаве или непогода у урбаним срединама, одабир прикладних тоалета и локација за одлагање фекалија прилично је тежак. У таквим случајевима, препоручује се кориштење различитих механизма за одлагање људских фекалија, као што су уздигнути нужници, нужници са дренажом урина и канализациони спремници, као и кориштење привремених једнократних пластичних врећица прикладних за прикупљање и одлагање фекалија. Сви ови приступи морају бити подржани кроз активности за промовисање хигијене.

5. Контрола преносника заразних болести

Преносник преноси заразу. Болести које преноси преносник главни су узрок болести и смртности у многим случајевима при катастрофи. Комарци су преносници болести и одговорни су за пренос маларије, која је један од водећих узрока морбидитета и морталитета. Комарци преносе и друге болести, нпр. жуту грозницу, денга грозницу и хеморагијску грозницу. Мухе које не гризу или синантропске мухе, као што су кућна муха, мухе зујаре и мухе месаре, играју важну улогу у преносу дијареје. Мухе које гризу, стјенице и бухе узрокују болне убоде, а у неким случајевима преносе и болести, као што је мишји тифус, шуга и куга. Крпељи преносе повратну грозницу, док уши преносе тифус и повратну грозницу. Штакори и мишеви могу преносити болести, као што су лептоспироза и салмонела, а могу бити домаћини другим преносницима, нпр. бувама, које могу преносити Ласа грозницу, кугу и друге инфекције.

Заразне болести се могу контролисати на различите начине, укључујући одговарајући одабир локација и пружање склоништа, водоснабдијевање, одлагање фекалија, збрињавање чврстог отпада и одводњавање, пружање здравствених услуга (мобилизација заједнице и промовисање хигијене), употребу хемијске контроле, заштиту појединаца и породица и ефикасну заштиту продавница с намирницама. Заразне болести су обично комплексне природе, па се у таквим случајевима може захтијевати учешће специјалисте. Међутим, често постоји много тога што може бити учињено како би се спријечило ширење заразе уз једноставне и ефикасне мјере, након што је идентификован извор заразе и његова веза са становништвом.



Стандард 1. Контрола заразних болести: лична и породична заштита

Сви људи погођене катастрофом посједују одговарајуће знање и ресурсе како би се заштитили од болести и преносника болести, који вјероватно представљају значајан ризик за здравље и добробит човјека.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Подизати свијест код свих лица погођених катастрофом о томе које су у опасности од заразних болести, о могућим узроцима ових болести, начинима њиховог преношења и могућим методама превенције (видјети смјернице 1–5).
- Помоћи угроженом становништву у спречавању изложености од убода комараца уз употребу свих нешкодљивих средстава (као што су нпр. мреже против комараца, лосиони против убода комараца итд.) која су им доступна (видјети смјерницу 3).
- Обратити посебну пажњу на заштиту високоризичних група као што су труднице и дојиље, бебе, дјеца, старија лица, лица са смањеном покретљивошћу и болесне особе (видјети смјерницу 3).
- Уколико постоји опасност од тифуса, који преносе вашке, или повратне грознице, треба контролисати појаву вашки (видјети смјерницу 4).
- Треба обезбиједити редовно провјетравање и прање постељине и одјеће (видјети смјерницу 4).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва лица имају приступ склоништу у којем се дозвољава или не подстиче развијање заразе и на тај начин их штити, уз одговарајуће мјере за контролу преносника (видјети смјернице 3–5).
- Сва лица која су у опасности од заразних болести разумију начине њиховог преноса и знају како да се на одговарајући начин заштите (видјети смјернице 1–5).
- Сва лица која су добила мреже импрегниране инсектицидима за заштиту од комарца знају правилно да их користе (видјети смјерницу 3).
- Сва храна у домаћинствима заштићена је од онечишћења и преносника заразе, попут муха, инсеката и глодара (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Одређивање ризика од заразних болести:** Одлуке о контроли преносника заразних болести треба да се заснивају на процјени ризика од болести и клиничким доказима о ширењу заразних болести. Фактори који утичу на ризик укључују:
 - имунолошко стање становништва, укључујући претходну изложеност, прехранбени стрес и друге врсте стреса (нпр. избјеглице, интерно расељена лица; кретање људи са неендемских на ендемска подручја често су узрок епидемија;
 - тип патогена и преваленција, и код преносника и код људи;
 - врста, понашање и екологија преносника заразе;
 - број преносника (годишње доба, мјесто размножавања, итд.);
 - повећана изложеност преносницима: близина, врста смјештаја, врста склоништа и постојећа појединачна заштита и мјере избјегавања.
2. **Индикатори за програме контроле преносника:** Често кориштени индикатори за мјерење утјецаја активности за контролу преносника заразе јесу стопе појаве заразних болести (из епидемиолошких података, података у заједници и алтернативних показатеља, зависно од врсте интервенције) и број паразита (помоћу брзих дијагностичких сетова или микроскопије).
3. **Мјере за заштиту појединаца од маларије:** У случају значајног ризика од појаве маларије препоручује се систематско и правовремено увођење заштитних мјера, као што су кориштење материјала импрегнираних инсектицидима у шаторима, те завјесе и мреже против комараца. Импрегниране мреже против комараца имају додатну предност, јер дјелимично штите и од вашки, бува, крпеља, жохара и стјеница. Међу средствима за заштиту од комараца спадају одјећа с дугим рукавима, инсектициди у домаћинству, запаљива спирална трака против комараца, репеленти и аеросолни спрејеви и лосиони против комараца. Од виталног је значаја да корисници разумију важност заштите и да знају како правилно користити средства, како би заштитне мјере биле што ефикасније. Уколико постоји недостатак средстава, треба се усмјерити на најугроженија лица и групе, нпр. дјецу узраста до пет година, особе без имунолошког система и труднице.
4. **Индивидуалне мјере заштите за остале заразне болести:** Добра лична хигијена и редовно прање одјеће и постељине су најефикаснија заштита против вашки. Најезде се могу контролисати личним лијечењем (прах), масовним кампањама, прањем или уклањањем



вашки и протоколима лијечења како нова расељена лица долазе у насеље. Чистоћа у домаћинству и околини, заједно с правилним одлагањем отпада и прикладним чувањем хране (куване и некуване), одвратиће пацове, друге глодаре, као и инсекте (као што су жохари) од уласка у куће или склоништа.

5. **Болести које се преносе водом:** Људи морају бити информисани о здравственим ризицима и о томе да треба да избегавају контакт с водом на подручјима гдје се зна да постоји ризик од инфекције болестима, као што су шистосомиаза (паразитска заразна болест), гвинејски црв (паразитска заразна болест) или лептоспироза (која се преноси уколико се дође у контакт са урином сисара, нарочито пацова – видјети Додатак 4: Болести повезане с водом и фекалијама, и начини њиховог преношења). Организације ће можда морати радити са жртвама катастрофе у потрази за алтернативним изворима воде или осигурати адекватну обраду воде за све намјене.

Стандард 2. Контрола заразних болести: физичке и хемијске мјере заштите и мјере заштите животне средине

Окружење и мјесто у којем живе жртве катастрофе нису изложени извору болести или преносницима заразе и зараза се одржава на најнижем могућем нивоу, гдје год је то могуће.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Смјестити расељена лица на мјестима гдје је могућност излагања преносницима болести најмања, нарочито комарцима (видјети смјерницу 1).
- Чистити и/или модификовати мјеста размножавања и мировања, гдје је то могуће (видјети смјернице 2–4).
- Провести интензивну контролу муха у густо насељеним подручјима, гдје постоји опасност од епидемије или је присутна епидемија дијареје (видјети смјерницу 2).
- Успоставити механизме за упућивање заражених маларијом на рано дијагностиковање и лијечење (видјети смјерницу 5).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Густина популације комараца одржава се на ниском нивоу како би се спријечила опасност од прекомјерног преноса болести и инфекција (видјети смјерницу 4).

- Здравствени проблеми повезани са zarazом погађају мањи број људи (видјети смјернице 1–5).

Смјернице

1. **Избор локације** је важан због смањења изложености становништва погођеног катастрофом заразним болестима. То би требало да буде један од кључних фактора у избору могућих мјеста. На примјер, камп за контролу маларије требало би да буде удаљен 1–2 км од подручја размножавања преносника болести, као што су мочваре и језера, те би требало да буде доступан додатни извор питке воде (видјети Стандард 2. Пружање склоништа и смјештаја, смјернице 5–9, стр. 283).
2. **Хемијска и еколошка контрола преносника заразе:** Постоји неколико основних мјера за заштиту животне средине које се могу предузети како би се смањила могућност за размножавање преносника болести. То укључује правилно одлагање људских и животињских фекалија (видјети поглавље о уклањању фекалија, на стр. 114), правилно одлагање смећа у циљу контроле муха и глодара (видјети поглавље о управљању чврстим отпадом, на стр. 128), одводњу стајаће воде, чишћење дивље вегетације око отворених канала и бара због контроле комараца (видјети поглавље о одводњавању, на стр. 121). Такве приоритетне мјере за здравствену заштиту животне средине утицаће на густину насељености неких преносника болести.
 Можда неће бити могуће утицати на мјеста за размножавање, мјеста прехране и задржавања преносника болести у смјештају или његовој непосредној близини, чак и дугорочно, тако да могу бити потребне мјере хемијске контроле и мјере за заштиту појединаца.
 На примјер, прскањем заражених простора може се смањити број одраслих муха и спријечити епидемија дијареје или ће то смањити ширење болести ако се користи током епидемије.
3. **Планирање дјеловања:** програми контроле преносника можда не могу имати утицаја на епидемију ако су усмјерени на погрешног преносника заразе, ако се користе неефикасне методе или ако су усмјерене на правог преносника на погрешном мјесту, или у погрешно вријеме. Програм контроле треба да буде првенствено усмјерен на рјешавање следећих циљева: смањење густине насељености преносника заразе, смањење људског контакта са преносником заразе и редукција мјеста за размножавање преносника заразе.



Лоше проведени програми могу бити контрапродуктивни. Потребни су детаљно проучени и чести стручни савјети и треба их тражити и од националне и од међународне здравствене организације. Осим тога, на лицу мјеста треба тражити савјете о локалним узорцима болести, мјестима размножавања, варијацијама у броју преносника болести и појављивању болести у зависности од годишњих доба итд.

4. **Еколошка контрола комараца:** Еколошка контрола првенствено је намијењена за отклањање подручја репродукције комараца. Три главне врсте комараца одговорне за пренос болести су *Culex* (филаријаза), *Anopheles* (маларија и филаријаза) и *Aedes* (жути и денга грозница). *Culex* комарци се размножавају у устајалој води која садржи органске материје, као што је канализација, *Anopheles* се размножавају у релативно незагађеној површинској води, као што су локве, спори потоци и бунари, а *Aedes* у посудама за воду, као што су боце, канте, гуме, итд. Примјери еколошке контроле комараца укључују добру дренажу, правилно функционисање VIP-ова (вентилацијом побољшаних заходских јама), затварањем капка на заходским јамама са чувавцима и на посудама за воду и држањем бунара покривеним и/или третирањем ларвицидом (нпр. у подручјима гдје је денга грозница ендемска).
5. **Лијечење маларије:** Стратегије контроле маларије које имају за циљ да смање густину популације комараца треба провести истовремено с раном дијагнозом и третирањем ефективним средствима против маларије. Такве стратегије укључују елиминисање локација за размножавање, смањење дневне стопе преживљавања комараца и ограничавање броја угриза. Треба покренути и одржати кампање за подстицање ране дијагнозе и лијечења. Интегрисани приступ, који комбинује активну идентификацију случајева коју врше обучени теренски радници и третман ефективним средствима против маларије, повећава вјероватноћу да се смањи ширење маларије у односу на пасивно проналажење случајева оболијевања преко централизованих здравствених услуга (видјети Основне здравствене услуге – Стандард 2. Контрола заразних болести, смјерница 3, на стр. 352).

Стандард 3. Контрола заразних болести: безбједност хемијске контроле

Мјере за надзор хемикалија проводе се на начин који обезбјеђује адекватну заштиту особља, жртава катастрофе и локалне заједнице, те који спречава развој отпорности на хемијске твари које се користе.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Заштитити особље које рукује хемикалијама заштитном одјећом, омогућити им просторије за туширање и омогућити адекватну обуку те ограничити број сати које проводе рукујући хемикалијама (видјети смјерницу 1).
- Упознати становништво погођено катастрофом с потенцијалним ризицима од материја које се користе у хемијској контроли заразе те с распоредом њихове употребе. Заштитити становништво током и након примјене отрова и пестицида, у складу с међународно договореним процедурама (видјети смјерницу 1).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Приликом избора квалитета, начина складиштења и превоза хемикалија за контролу преносника узети у обзир међународне стандарде и норме. Нису забиљежене реакције или нуспојаве при мјерама контроле заразе (видјети смјерницу 1).
- Све хемикалије за контролу преносника су уредно регистроване (видјети смјерницу 1).



Смјерница

1. **Државни и међународни протоколи:** постоје јасни међународни протоколи и норме, које је објавила Свјетска здравствена организација, који се морају све вријеме поштовати. Протоколи се примјењују на избор и кориштење хемикалија за контролу преносника, укључујући и заштиту особља и едукацију. Мјере за контролу преносника треба првенствено усмјерити на два главна циља: ефикасност и безбједност. Ако државне норме везане за избор хемикалија не задовољавају међународне стандарде, што резултује врло малим или никаквим ефектима или угрожава здравље и безбједност, организација се мора посавјетовати и лобирати надлежне државне органе за поштовање међународних стандарда.

6. Управљање чврстим отпадом

Управљање чврстим отпадом је процес руковања и одлагања органског и опасног чврстог отпада који може представљати ризик за здравље људи и имати негативан утицај на животну средину, ако се њиме не рукује исправно. Такви ризици могу повећати размножавање муха и глодара који се хране чврстим отпадом (видјети поглавље о контроли преносника болести на стр. 121) и загађују изворе површинских и подземних вода због мијешања отпадних вода из домаћинства и медицинског и индустријског отпада. Неусмјерен и нагомилан чврсти отпад и честице које остају након природних катастрофа могу створити ружно и депресивно окружење, што може обесхрабрити људе у настојању за побољшањем других аспеката животне средине. Чврсти отпад често зачепи канализацију, што повећава ризик од поплава и доводи до здравствених проблема у окружењу повезаних с чврстим отпадом и загађењем површинских вода. Сакупљачи отпада и материјала који се могу рециклирати са смећа, за који могу зарадити нешто новца, такође могу бити изложени заразним болестима због контакта с медицинским и кућним отпадом.

Стандард 1. Управљање чврстим отпадом: прикупљање и одлагање

Погођено становништво живи у окружењу гдје нема пуно чврстог отпада, укључујући и медицински отпад, и има адекватна и ефикасна средства за одлагање отпада из домаћинства.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Укључити становништво погођено катастрофом у планирање и провођење програма за збрињавање чврстог отпада (видјети смјерницу 1).
- Организовати кампање за редовно чишћење и збрињавање чврстог отпада (видјети смјерницу 1).
- Размислити о пословним могућностима и додатним приходима од рециклирања отпада (видјети смјерницу 3).

- Успоставити систем у сарадњи са жртвама катастрофе, који ће обезбиједити збрињавање кућног отпада у контејнере за редовно прикупљање отпада, који се потом запали или закопа у рупе, као и систем одвојеног скупљања и збрињавања медицинског и другог опасног отпада (видјети смјерницу 3).
- Збринути отпад из насеља прије него што постане опасан по здравље или неугодан (видјети смјернице 2–6).
- Обезбиједити додатне капацитете за складиштење и прикупљање отпада код породица домаћина, за чим постоји потреба услед повећане количине отпада у случајевима катастрофе.
- Обезбиједити јасно означене и прикладно ограђене јаме, сандуке или подручја намијењена за отпад на јавним мјестима, као што су тржнице, рибарнице и клаонице (видјети смјернице 3–6).
- Успоставити систем за редовно прикупљање отпада (видјети смјернице 3–6).
- Обезбиједити коначно одлагање отпада на начин који спречава настанак здравствених и еколошких проблема везаних за локално и катастрофом погођено становништво (видјети смјернице 6–7).
- Обезбиједити одговарајућу заштитну одјећу и вакцине против тетануса и хепатитиса Б за особе које учествују у прикупљању и одлагању отпада, као и за особе које су учествовале у прикупљању отпадног материјала за рециклирање (видјети смјерницу 7).
- У случају да постоји приоритетна потреба примјереног и достојанственог одлагања мртвих тијела, треба координисати с надлежним организацијама и властима које се баве тиме (видјети смјерницу 8).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва домаћинства имају приступ кантама за отпатке које се празне барем два пута седмично, а од одлагалишта нису удаљена више од 100 метара (видјети смјерницу 3).
- Сав отпад произведен од стране становништва у урбаним подручјима уклања се свакодневно из непосредне животне средине, а на селима барем два пута седмично (видјети смјернице 1–3).
- На 10 домаћинстава постоји барем један 100-литарски спремник, ако отпад из домаћинства није закопан на лицу мјеста (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити правовремено и контролисано збрињавање чврстог

отпада, што заузврат осигурава минималан ризик од онечишћења животне средине чврстим отпадом (видјети смјернице 4–6).

- Сав медицински отпад (укључујући и опасни отпад, нпр. стакло, игле, завоје и лијекове) одвојен је и збринут у исправно планираним, изграђеним и контролисаним одлагалиштима или спаљен до пепела у дубоким јамама под надзором здравствене установе (видјети смјернице 4–7).

Смјернице

1. **Планирање и провођење:** Збрињавање отпада мора се планирати и проводити у блиској сарадњи и координацији са становништвом и овлашћеним организацијама и тијелима. Са тим треба започети прије него што чврсти отпад постане проблем и ризик по здравље погођеног становништва. У договору са становништвом и надлежним тијелима треба организовати кампање за редовно чишћење.
2. **Закопавање отпада:** Ако се отпад закопова на лицу мјеста, било у јамама у домаћинству или у заједничким јамама, свакодневно се мора затрпати танким слојем земље, како би се спријечила појава преносника заразних болести, као што су мухе и глодари, јер могу постати мјеста њиховог размножавања. Приликом уклањања дјечјих фекалија или пелена, њих треба одмах затрпати земљом. Одлагалишта морају бити ограђена како би се спријечиле несреће и приступ дјечи и животињама. Потребно је спријечити загађење подземних вода од процједних вода.
3. **Врсте и количине отпада:** Отпад у насељима варира по саставу и количини, према количини и врсти економске активности, храни која се конзумира и локалним праксама рециклирања и/или одлагања отпада. Треба процијенити у којој ће мјери чврсти отпад имати утицај на здравље људи и подузети одговарајуће активности ако је то потребно. Отпад из домаћинства треба бити прикупљен у контејнерима за одлагање у јаму за закопавање или спаљивање. Тамо гдје није могуће обезбиједити контејнере за одлагање за свако домаћинство, треба обезбиједити комуналне контејнере. Треба подстицати рециклирање чврстог отпада у заједници, под условом да то не представља значајну опасност по здравље. Треба избјежавати дистрибуцију роба које производе велику количину чврстог отпада од амбалаже или прераде на лицу мјеста.

4. **Медицински отпад:** Лоше управљање медицинским отпадом од стране становништва, здравствених радника и особа које рукују отпадом доводи до њихове изложености инфекцији, токсичности и повређивања. У случају катастрофе најопаснија је инфекција оштрим или отпадом који није оштар (завоји, крваве крпе и органске материје, као што је нпр. постељица, итд). Различите врсте отпада треба раздвојити. Неконтаминирани отпад (папир, пластична амбалажа, прехранбени отпад, итд.) може се одлагати као чврсти отпад. Заражени оштри отпад, а посебно кориштене игле и шприце, након примјене треба одложити у посебне пластичне кутије, одмах по њиховој употреби. Кутије и други чврсти отпад може се одложити на мјесто за спаљивање или се може користити нека друга сигурна метода (видјети Стандард 1. Здравствени системи, смјерница 11, на стр. 335).
5. **Отпад са тржница:** Већина отпада са тржница може се третирати као кућни отпад. Отпад из клаоница и рибарница треба третирати на посебан начин, а потребне су и посебне просторије за текући отпад и треба обезбиједити да се клање обавља у хигијенским условима и у складу с важећим прописима. Клаонички отпад често се може одложити у велику наткривену јаму поред клаонице или објекта за прераду рибе. Крв из клаонице или од прераде рибе може се похранити у јаму или наткривени канал (тако ће се редукovati приступ мухама). Потребно је обезбиједити снабдијевање водом за чишћење.
6. **Контролисано одлагање и/или одлагалиште отпада:** Велике количине отпада треба збринуту изван насеља, кроз контролисано одлагање или санитарне депоније. Ова метода збрињавања отпада зависи од расположивог простора и приступа механизацији. У идеалном случају, отпад за контролисано одлагање сваки дан треба затрпати земљом, како би се спријечило његово откопавање од стране лешинара и ширење заразе.
7. **Заштита особља:** Свим особама које су укључене у прикупљање, транспорт, одлагање и рециклирање отпада потребно је обезбиједити заштитну одјећу, укључујући и (барем) рукавице и, у идеалним случајевима, одијело, чизме и заштитне маске. Ако је потребно, треба обезбиједити вакцине против тетануса и хепатитиса Б. За прање руку и лица треба обезбиједити воду и сапун. Особе које долазе у контакт с медицинским отпадом морају се упознати с исправним методама складиштења, превоза и одлагања отпада, као и ризицима повезаним с неправилним управљањем отпадом.



8. **Поступање са лешевима:** Поступање са лешевима и/или закопавање лешева људи који су умрли у природним катастрофама, мора бити прикладно и проведено на достојанствен начин. Овај посао обично раде тимови за тражење мртвих, у сарадњи с надлежним државним тијелима и невладиним организацијама. Чак и укуп особа које су умрле од заразних болести треба организовати на одговарајући начин, уз консултације и договоре са надлежним здравственим органима (видјети Стандард 1. Здравствени системи, смјерница 12, на стр. 335). За више информација о одговарајућим мјерама за укуп лешева видјети материјале наведене у референцама и додатној литератури.

7. Дренажа

Површинске воде у насељима или у близини насеља могу потицати из домаћинства и тачака са водом, отпадних вода, тоалета који цуре и канализације, падавина или од раста поплавних вода. Главни здравствени ризици повезани с површинским водама су онечишћење питке воде и животне средине, штета на тоалетима и становима, размножавање преносника болести и утапање. Кишница и растуће поплавне воде могу погоршати ситуацију у насељу и додатно повећати ризик од загађења. Како би се смањили здравствени ризици, треба провести план за дренажу, који укључује отицање кишнице на основу детаљних планова и испуштање отпадних вода малих размјера. Ово поглавље бави се проблемима и активностима дренаже малих размјера. Дренажа великих размјера генерално је одређена планираним развојем инфраструктуре (видјети Стандард 2. Склоништа и смјештај, смјерница 5, на стр. 285).

Стандард 1. Дренажа: дренажни радови

Људи имају окружење у којем су на минимум сведени здравствени ризици и други ризици који долазе од водене ерозије и стајаће воде, укључујући и падавине, поплавне воде, кућне отпадне воде и отпадне воде из здравствених установа.



Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Обезбиједити адекватне системе за дренажу отпадних вода како би се заштитило снабдијевање града водом од устајалих отпадних вода, оборинских вода и како би дренажни систем остао чист (видјети смјернице 1–2 и 4–5).
- Договорити се са жртвама катастрофе на који се начин треба носити с потешкоћама које се тичу дренаже и обезбиједити довољно одговарајућег алата за одводњу малих размјера и одржавање, када то буде потребно (видјети смјерницу 4).
- Обезбиједити да су сва мјеста за снабдијевање водом и локације за прање руку опремљени ефикасном дренажом како би се заштитили од муља (видјети смјерницу 2).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Дренажни систем у снабдијевању града водом добро је испланиран, изграђен и одржаван. То укључује и дренажу мјеста за прање и купање, за прикупљање воде и просторија за прање руку (видјети смјернице 2 и 4).
- Дренажни систем не загађује површинске и/или подземне воде (видјети смјерницу 5).
- Склоништа, путеви, објекти за водоснабдијевање и санитарни објекти нису поплавлени или под утицајем водне ерозије (видјети смјернице 2–4).
- Дренажне воде не узрокују ерозију (видјети смјерницу 5).

Смјернице

1. **Избор локације и планирање:** Најефективнији начин за контролу проблема дренаже је избор локације и планирање насеља (видјети стандарде 1 и 2. Склоништа и смјештај, на стр. 276–282).
2. **Отпадне воде:** Отпад или отпадне воде из домаћинства класификују се као канализација када су помијешани с људским фекалијама. Уколико насеље нема постојећи канализациони систем, отпадне воде из домаћинства не би требало мијешати с људским фекалијама. Канализацију је теже и скупље чистити него отпадне воде из домаћинства. Ако је могуће, у близини градског водовода и простора за прање и купање треба предложити стварање малих вртова да би се искористиле такве отпадне воде. Посебну пажњу треба обратити на спречавање загађености извора воде отпадним водама од прања и купања.
3. **Одводња и одлагање фекалија:** Посебну пажњу треба посветити заштити санитарнија и канализације од поплава како би се избјегла оштећења и цурења.
4. **Промовисање:** при катастрофи, становништво треба да буде укључено у провођење активности које се тичу дренаже, јер они обично добро познају природни ток одводње воде и знају гдје треба поставити канале. Познато је да, уколико се људи разумију у здравствене и физичке ризике, а учествовали су у изградњи одводних система, већа је вјеројатноћа да ће такав систем дренаже и одржавати (видјети поглавље о контроли заразних болести, на стр. 121). У том случају, неопходна је техничка помоћ и алат.

5. **Одлагање на лицу мјеста:** Уколико је могуће, а услови у погледу тла то дозвољавају, дренажу воде са мјеста за прање и прање руку треба проводити на лицу мјеста, а не да иде преко отворених канала, које је тешко одржавати и често су зачепљени. Једноставне и јефтине технике као што су ровови и садња стабала банане могу се користити на лицу мјеста за дренажу отпадних вода. Тамо гдје је дренажа изван мјеста једина могућност, у ту сврху пожељније је користити канале него цијеви. Канали морају бити осмишљени тако да омогуће довољно брз проток отпадних вода у случају сувог времена и одводњу оборинских вода. Ако је нагиб већи од 5%, потребно је користити инжењерске технике како би се спријечила ерозија. Одводњу остатака из било којег процеса третирања воде треба пажљиво надзирати како је људи не би користили и како се не би загадили извори површинских или подземних вода.



Додатак 1.

Контролни упитник за почетну процјену потреба водоснабдијевања и дренаже, те промовисање хигијене

Овај упитник је првенствено намијењен за процјену потреба, идентификовање аутохтоних ресурса и описивање локалних услова. То не укључује питања како би се одредили вањски ресурси који су потребни осим оних који су непосредно и локално доступни.

1. Уопштено

- Колико људи је погођено катастрофом и гдје се налазе? Разврстати податке према полу, старости, врсти инвалидитета итд., колико год је то могуће.
- Која су вјероватна кретања људи? Који су безбједносни фактори за погођено становништво и за потенцијалне интервенције пружања помоћи?
- Које су тренутне, доминантне или могуће болести повезане с неадекватним водом и санитаријама? Колики је опсег и очекивања у развоју проблема?
- Са којим људима се треба посавјетовати и с њима успоставити контакт?
- Ко су рањиви појединци и зашто?
- Да ли сви имају једнак приступ постојећим објектима, чак и на јавним мјестима, у домовима здравља и школама?
- Који су посебни безбједносни ризици за жене, дјевојке и рањиве групе људи?
- Какве је навике које се тичу воде и дренаже становништво имало прије катастрофе?

- Које су формалне и неформалне структуре моћи (нпр. вође заједнице, старије популације, групе жена)?
- На који начин се доносе одлуке у домаћинствима и заједницама?

2. Промовисање хигијене

- Какве је навике које се тичу воде и дренаже становништво имало прије катастрофе?
- Које су праксе штетне по здравље, ко их практикује и зашто?
- Ко се брине о хигијени, ко му/јој то омогућава и шта их на то мотивише?
- Које су предности и недостаци предложених промјена у закону?
- Који су постојећи канали формалне и неформалне комуникације и њихов досег (здравствени радници у заједници, ко традиционално присуствује рођењу, традиционални исцјелитељи, удружења, задруге, цркве, џамије итд.)?
- Који је приступ масовним медијима доступан на том подручју (радио, телевизија, видео, новине, итд.)?
- Који локални медији и/или невладине организације дјелују на том подручју?
- Које групе становништва треба укључити у активности (мајке, дјецу, вође заједнице, раднике у јавној кухињи, итд.)?
- Који тип система би функционисао у том контексту (волонтери, удружења, одбори и слично) за хитну и средњорочну мобилизацију?
- Које су потребе особља и волонтера који су одговорни за промовисање хигијене?
- Који су непрехрамбени производи доступни и која врста помоћи је најтраженија и најпотребнија?
- Колико је хигијена ефикасна у здравственим установама (посебно важно у случају епидемије)?



3. Водоснабдијевање

- Који је тренутни извор водоснабдијевања и ко су тренутни корисници?
- Која количина воде је доступна по особи по дану?
- Каква је дневна/седмична расположивост воде?
- Да ли су количине воде доступне на извору довољне за краткорочне и дугорочне потребе свих група становништва?
- Да ли су мјеста за прикупљање воде довољно близу становања? Јесу ли безбједна?
- Је ли тренутно водоснабдијевање поуздано? Колико дуго ће трајати?
- Да ли људи имају довољно spremника за воду и да ли су одговарајуће величине и врсте?
- Да ли је извор воде загађен или је у опасности од евентуалне загађености (микробиолошке или хемијске/радиолошке)?
- Да ли је инсталиран систем за пречишћавање воде? Да ли је пречишћавање потребно? Да ли је пречишћавање могуће? Која врста третирања воде је потребна?
- Да ли је потребна дезинфекција, иако вода није загађена?
- Постоји ли у близини алтернативни извор воде?
- Која су традиционална вјеровања и обичаји везани за прикупљање, складиштење и употребу воде?
- Које су потенцијалне препреке у кориштењу расположивих водних ресурса?
- Да ли је могуће становништво раселити ако извори воде нису адекватни?
- Постоји ли могућност да се вода транспортује ако су извори воде неадекватни?
- Која су кључна хигијенска питања везана за водоснабдијевање?
- Јесу ли људима на располагању средства за хигијенско кориштење воде?
- У случају расељавања руралног становништва, шта је уобичајени извор воде за стоку?
- Хоће ли бити утицаја на животну средину услед могуће интервенције која укључује снабдијевање водом, пумпање и кориштење извора воде?
- Који су други корисници тренутно доступних водних ресурса? Постоји ли опасност од сукоба ако изворе буде користила нова група становништва?

4. Одлагање фекалија

- Које су тренутне навике обављања велике и мале нужде? Кад је ријеч о потребама обављања нужде на отвореном, постоји ли за то одређено подручје? Да ли је то подручје безбједно?
- Која су тренутна увјерења и навике које се односе на одлагање фекалија, укључујући типичне навике које су засноване на полу?
- Да ли су доступни било какви постојећи објекти? Ако јесу, да ли се користе, има ли их довољно, и да ли су ефикасни? Могу ли се проширити или преуредити?
- Да ли су тренутни начини чишћења пријетња водоснабдијевању (површинским или подземним водама), стамбеним подручјима и свеукупној животној средини?
- Перу ли људи руке након нужде и прије припремања хране и прије јела? Да ли је доступан сапун или неко друго средство за чишћење?
- Јесу ли људи упознати с изградњом и кориштењем тоалета?
- Који локални материјали су доступни за изградњу тоалета?
- Јесу ли људи спремни да користе монтажне тоалете, пољске тоалете, ископане јаме, итд.?
- Има ли довољно простора за пољске тоалете, тоалете у јамама, нужнике, итд.?
- Какав је нагиб терена?
- Који је ниво подземних вода?
- Да ли је ситуација у погледу тла погодна за одлагање фекалија на лицу мјеста?
- Да ли тренутни прописи о одлагању фекалија подстичу размножавање преносника заразних болести?
- Да ли су доступни материјал и вода за аналну хигијену? Како људи обично одлажу такав материјал?
- Како се жене носе с проблемима који се односе на менструацију? Јесу ли за жене доступни прикладни материјали или објекти?
- Постоје ли посебни услови или опрема која омогућава прање лицима с инвалидитетом или непокретним особама у здравственим установама?
- Која еколошка питања треба размотрити?



5. Заразне болести

- Који су ризици за развој заразних болести и колико су озбиљни?
- Постоје ли традиционална вјеровања и обичаји (нпр. увјерење да је маларија узрокована прљавом водом) који се тичу заразних болести? Јесу ли неки од ових вјеровања или обичаја корисни или штетни?
- Ако је ризик од развоја заразних болести висок, имају ли угрожене особе приступ индивидуалној заштити?
- Је ли могуће промијенити локално окружење (дренажом, чишћењем, уклањањем фекалија и отпада, итд.) како би се спријечило размножавање преносника заразе?
- Да ли је потребно контролисати заразу хемијским средствима? Који програми, прописи и ресурси су доступни за контролу преносника и кориштење хемикалија?
- Које информације и сигурносне мјере треба обезбиједити становништву?

6. Управљање чврстим отпадом

- Да ли гомилање отпада представља проблем?
- Како људи обично располажу таквим отпадом? Која врста и која количина чврстог отпада је произведена у том подручју?
- Да ли је могуће да се чврсти отпад збрињава на лицу мјеста или се може прикупљати и одлагати изван насеља?
- Која је уобичајена пракса одлагања чврстог отпада за погођено становништво (компостирање и/или јаме за отпад, систем прикупљања, канте итд.)?
- Да ли здравствене установе производе отпад? Како га уклањају? Ко је одговоран за уклањање отпада?
- Гдје су смјештене канте за одлагање менструалног отпада и да ли је његово одлагање дискретно и ефикасно?
- Који је утицај тренутног начина збрињавања отпада на животну средину?

7. Дренажа

- Постоји ли проблем дренаже, нпр. плављење станова или тоалета, мјеста размножавања преносника болести, загађена вода која контаминира стамбене просторе или питку воду?

- Да ли је тло склоно задржавању воде?
- Да ли су људима на располагању средства за заштиту домаћинстава и тоалета од локалних поплава?
- Да ли је дренажни систем добар на подручјима гдје се људи снабдијевају водом и која се користе за купање?



Додатак 2.

Минималне количине воде за институције и друге кориснике

Домови здравља и болнице	5 литара по пацијенту 40–60 литара по хоспитализованом болеснику дневно Можда ће бити потребне додатне количине за прање, испирање тоалета итд.
Центри за лијечење колере	60 литара по пацијенту дневно 15 литара дневно по његоватељу
Терапијски центри за исхрану	30 литара по хоспитализованом болеснику дневно 15 литара по његоватељу дневно
Прихватни и транзитни центри	15 литара по особи дневно, уколико борави дуже од једног дана 3 литра по особи дневно, уколико је боравак ограничен на један дан
Школе	3 литре по ученику дневно за пиће и прање руку. (Кориштење тоалета није укључено: видјети „јавни тоалети“ у наставку)
Џамије	2–5 литара по особи дневно за умивање и пиће
Јавни тоалети	1–2 литра по кориснику дневно за прање руку 2–8 литара по кубуку, по дану за чишћење тоалета
Испирање свих тоалета	20–40 литара по кориснику дневно код стандардних тоалета за испирање, прикључених на канализацију, 3–5 литара по кориснику дневно за испирање тоалета
Прање аналног подручја	1–2 литра по особи дневно
Животиње	20–30 литара код великих и средње великих животиња дневно 5 литара код малих животиња

Додатак 3.

Минимални број тоалета на јавним мјестима и у институцијама у ситуацији катастрофе

Институције	Краткорочно	Дугорочно
Тржнице	1 тоалет на 50 штандова	1 тоалет на 20 штандова
Болнице/ медицински центри	1 тоалет на 20 кревета или 50 пацијената	1 тоалет на 10 кревета или 20 пацијената
Центри за исхрану	1 тоалет на 50 одраслих особа 1 тоалет на 20 дјеце	1 тоалет на 20 одраслих особа 1 тоалет на 10 дјеце
Прихватни/транзитни центри	1 тоалет на 50 особа 3:1 жене спрам мушкараца	
Школе	1 тоалет на 30 дјевојчица 1 тоалет на 60 дјечака	1 тоалет на 30 дјевојчица 1 тоалет на 60 дјечака
Канцеларије		1 тоалет на 20 радника

Извор: Прилагодили Харвеу, Багхри и Реед (2002)



Додатак 4.

Болести повезане с водом и фекалијама и начини њиховог преноса

Zaraza putem vode ili zbog nedostatka higijene	Колера, шигелоза, дијареја, салмонела, итд. Тифус, паратифус, итд. Амобеијска дизентерија, гиардијаза Хепатитис А, полиомијелитис ротавирус, дијареја	Бактеријске заразе које преносе орално-фекалним начином Не-бактеријске заразе које се преносе орално-фекалним начином	Загађена вода Лоша канализација Слаба лична хигијена Контаминација усјева
Posljedice nedostatka higijene ili pomankanja ciste vode	Инфекције коже и очију Тифус и повратна грозница коју преносе вашке	Неадекватна вода Лоша лична хигијена	
Helminti povezani sa izmetom	Глиста, рударска глиста, бичаста глиста	Helminti koji se prenose rukama	Вршење нужде на отвореном Контаминирано тло
Govedja i svinjska trakavica	Тенијаза	Prijenos zaraze sa životinja na ljude	Напола кухано месо Контаминирано тло
Povezano sa vodom	Шистосомијаза, гвинејски црв, клонорхијаза, итд.	Dulji boravak u inficiranoj vodi	Контаминирана вода
Insektni prenosioci povezani sa vodom	Маларија, денга грозница, болест спавања, филаријаза, итд	Ubodi komaraca, muhe	Убоди у близини воде Размножавање у близини воде
Bolesti koje prenose insekti sa izmeta	Дијареја, дизентерија	Bolesti koje prenose muhe i zohari	Прљава животна средина

Прилагодили: из ИФРЦ (2008), Третман воде за кућанство и сигурна похрана према приручнику

Додатак 5.

Минималне хигијенске, санитарне и активности карантина – центри за лијечење колере (CTCs)

Основни принципи које све здравствене установе и центри за лијечење колере морају да слиједе јесу:

1. Изолација тешких случајева;
2. Ограничити излучевине (фекалије и повраћање);
3. Само један његовател по пацијенту;
4. Прати руке хлорисаном водом;
5. Све подне површине морају бити периве;
6. При изласку из центра извршити дезинфекцију стопала;
7. Очистити одјећу болесника прије напуштања центра (откухавањем или дезинфекцијом);
8. Обезбиједити редовно чишћење подова и свих одјела у центру;
9. Обезбиједити одвојене тоалете и просторе за туширање за пацијенте и његователје;
10. Припремити храну у центру. Ако се доноси извана, храна треба да буде пренесена из посуде на капији како би се спријечило да се узрочници колере – микроорганизми *Vibrio* пренесу на посуду и изван центра након употребе;
11. Треба пратити породицу и родбину болесника и увјерити се да нема више случајева болести. Дезинфиковати кућу и пружити информације о хигијени;
12. Ако људи долазе јавним превозом, извршити дезинфекцију возила;
13. На одговарајући начин задржавати и пречишћавати отицање падавина и отпадне воде у изолацијском кампу;
14. Третирати отпад унутар подручја изолацијског кампа.



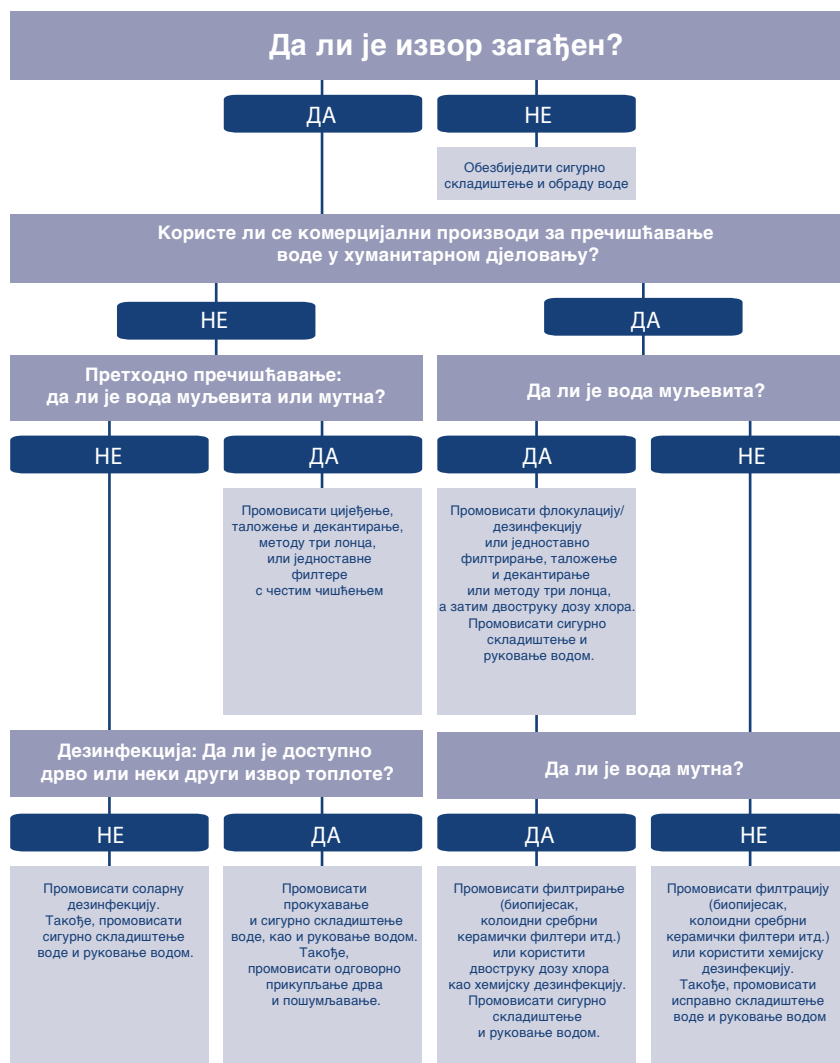
Отопине хлора за центре за лијечење колере

% хлора за различиту употребу	2% отопи́на	0,2% отопи́на	0,05% отопи́на
	Отпад, фекалије, лешев	Под, објекти/кревети, купке за стопала, одјећа	Руке, кожа

Напомена: Свакодневно треба припремати свјежу отопину јер свјетлост и топлота ослабе њено дјеловање.

Додатак 6.

Шема одлука за пречишћавање и чување воде у домаћинству



Референце и додатна литература

Извори

Међународни правни инструменти

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

Уопштено

Davis, J. and Lambert, R. (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London. Inter-Agency Network for Education in Emergencies

(INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

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

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

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

Санитарни прегледи

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

Родна питања

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

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



Промовисање хигијене

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

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

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

Водоснабдијевање

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Pariz. www.actioncontrelafaim.org/english/

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

Потребе воде за безбједност хране

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

Потребе воде за животиње

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

Квалитет воде

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Geneva. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

План за заштиту воде

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

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

Одлагање фекалија

Harvey, P. (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual.

WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

Контрола преносника болести

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

Lacarin, C.J. and Reed, R.A. (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK.

Thomson, M. (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

Чврсти отпад

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org

International Solid Waste Association: www.iswa.org

Поступање с лешевима

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

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

Медицински отпад

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



Дренажа

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

Додатна литература

Уопштено

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

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

Одлагање фекалија

Harvey, P.A., Baghri, S. and Reed, R.A. (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK.

Контрола преносника заразних болести

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Geneva.

Warrell, D. and Gilles, H. (eds) (2002), Essential Malariology. Fourth Edition. Arnold. London.

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

Поступање с лешевима

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Медицински отпад

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

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Лица с инвалидитетом и рањивост уопштено

Jones, H. and Reed, R. (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp>

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

Минимални стандарди за осигурање хране и исхрану



Како користити ОВО ПОГЛАВЉЕ

Поглавље је подијељено у четири дијела:

Процјена осигурања хране и исхране

Исхрана дојенчади и дјеце

Лијечење акутне потхрањености и недостатак микронутријената

Осигурање хране

Четврто поглавље односи се на сигурност снабдијевања храном и подијељено је у три дијела: осигурање хране – транспорт хране, осигурање хране – трансфери новца и бонова, и осигурање хране – начини преживљавања.

Принципе заштите и основне стандарде треба примјењивати у складу с овим поглављем.

Иако је намјена минималних стандарда да буду основа за дјеловање у ситуацији катастрофе, такође се могу користити у припреми реаговања на катастрофе и прелаз на провођење мјера за рјешавање посљедица катастрофа.

Свако поглавље садржи сљедеће:

Минималне стандарде: квалитативне су природе и одређују минимални ниво који треба постићи у дјеловању у ситуацији катастрофе у погледу снабдијевања храном и у исхрани.

Кључне активности: предложене активности и доприноси у достизању стандарда.

Кључне показатеље: „знакови“ који указују да ли су стандарди постигнути. Њима је могуће мјерити и упоређивати поступке и резултате кључних активности. Односе се на минималне стандарде, а не на кључне активности.

Смјернице: Укључују одређене тачке које треба узети у обзир при примјени минималних стандарда, кључних мјера и кључних показатеља у различитим ситуацијама. Треба обезбиједити смјернице за рјешавање

практичних проблема, дилема или савјете о приоритетним питањима. Оне такође могу укључивати и критична питања која се односе на стандарде, мјере, односно показатеље, а описују дилеме, контроверзе или недостатке у знању.

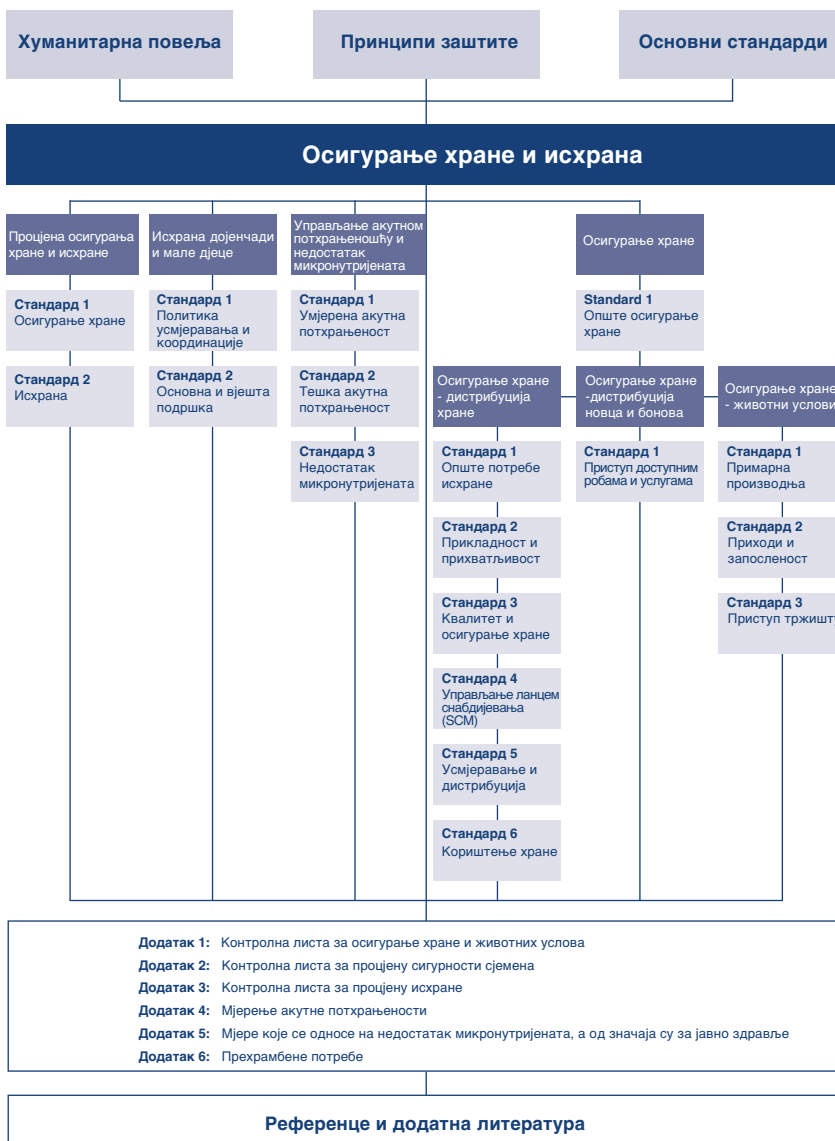
Уколико кључни индикатори и мјере не могу бити испуњени, потребно је оцијенити добијене негативне посљедице за жртве катастрофе и провести одговарајуће олакшавајуће мјере.

У додацима су наведени упитници и смјернице за мјерење акутне потхрањености и процјену важности недостатка микронутријената и утврђивање значаја јавног здравства у питањима недостатка микронутријената и нутритивним захтјевима. Списак додатних извора и материјала који садрже додатне информације о специфичним и општим питањима дио је овог поглавља.



Садржај

1. Увод	156
1. Осигурање хране и процјена исхране.	165
2. Храњење дојенчади и мале дјеце	174
3. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената.....	181
4. Осигурање хране	193
4.1. Осигурање хране – пренос хране.	197
4.2. Осигурање хране – трансфери готовине и ваучера.	221
4.3. Осигурање хране – средства за живот	227
Додатак 1: Списак питања за процјену осигурања хране и животних услова	238
Додатак 2: Списак питања за провјеру процјене сигурности сјемена...	240
Додатак 3: Списак питања за процјену исхране.....	242
Додатак 4: Мјерење акутне потхрањености.....	245
Додатак 5: Мјере које се односе на недостатак микронутријената, а од значаја су за јавно здравље	249
Додатак 6: Прехрамбене потребе.....	252
Извори и додатна литература.....	255



Увод

Повезаност са Хуманитарном повељом и међународним правом

Минимални стандарди за осигурање хране и исхрану су практичан израз заједничких увјерења и обавеза хуманитарних организација и заједничких принципа, права и дужности којима се управља хуманитарном интервенцијом, а који су постављени у Хуманитарној повељи. Ови принципи се заснивају на начелу хуманости, а огледају се у међународном праву, и укључују право на достојанствен живот, право на заштиту и сигурност и право на примање хуманитарне помоћи на основу потреба. Списак кључних закона и политика који се користе као информације за Хуманитарну повељу доступан је у Додатку 1 (видјети стр. 402), с коментарима који дају објашњења за хуманитарне раднике.

Иако су државе главни носиоци дужности у вези с горе наведеним правима, хуманитарне организације одговорне су за рад са жртвама катастрофе на начин који је у складу с тим правима. Из тих општих права произлази низ више посебних права, укључујући и право на учешће, информације и недискриминацију, која чине темељ основних стандарда, као и специфична права на воду, храну, склониште и здравље, која су основа минималних стандарда у овом приручнику.

Сви имају право на одговарајућу храну. То право признато је међународним правним инструментима и укључује право на живот без глади. Ако појединци или групе, из разлога који су ван њихове контроле, не могу уживати одговарајућу храну на основу расположивих средстава, државе су дужне да обезбиједе поштовање тих права. Право на храну подразумева слjedeће обавезе државе:

- поштовање права на приступ адекватној храни за државе значи да не треба подузимати мјере које спречавају такав приступ;
- заштита права значи да држава мора да подузме мјере како би се спријечило да компаније/организације или појединци другим појединцима ускраћују приступ одговарајућој храни;

- испуњавање права значи да држава мора проактивно учествовати у активностима усмјереним на омогућавање приступа ресурсима и средствима како би се обезбиједио опстанак, укључујући и осигурање хране.

У случају катастрофа, државе треба да обезбиједе храну свакоме коме је потребна или могу да затраже међународну помоћ ако њихови властити извори нису довољни. Такође би требало да се омогући сигуран и несметан приступ међународној помоћи.

Женевске конвенције и додатне процедуре укључују право на приступ храни у ситуацијама оружаног сукоба и окупације. Забрањено је изгладњивање цивила као начин вођења рата, затим одузимање, уништавање и продаја хране, пољопривредних усјева за производњу хране, стоке, постројења и извора питке воде и система за наводњавање, или онемогућавање њихове употребе. Када једна држава силом заузима другу, међународно хуманитарно право обавезује окупаторске снаге да становништу обезбиједе довољне количине хране и довољно залиха, ако су ресурси окупирани територије недовољни. Државе треба да учине све како би се обезбиједило да избјеглице и расељена лица имају приступ одговарајућој храни у сваком тренутку. Минимални стандарди у овом поглављу одражавају важност права на приступ храни и доприносе прогресивној реализацији тих права широм свијета.

Важност осигурања хране и исхране у хитним случајевима

Приступ храни и одржавање довољне ухрањености кључни су фактори у опстанку у случају катастрофе (видјети поглавље Улога Пројекта Sphere у хуманитарним активностима, на стр. 9). Угрожени људи су често већ хронично потхрањени када дође до катастрофе. Потхрањеност је озбиљан јавноздравствени проблем и један од главних директних или индиректних узрока смрти.

Узроци потхрањености су сложени. Концептуални оквир (видјети стр. 160) јесте аналитички алат који показује интеракцију појединих фактора потхрањености. Непосредни узроци неисхрањености су болест и/или недовољан унос хране због сиромаштва, недостатак хране за домаћинство,



неадекватна брига у домаћинству или заједници, лош квалитет воде, хигијене и санитарија, те неадекватан приступ здравственој заштити.

Катастрофе попут циклона, земљотреса, поплава, сукоба и суше директно утичу на узроке подложности потхрањености. Рањивост домаћинства или заједнице одређује њихову способност да се носе с посљедицама таквих шокова. Способност управљања повезаним ризицима у великој мјери зависи од карактеристика домаћинства или заједнице, нарочито од њихове имовине и начина суочавања с потешкоћама.

У овом поглављу су употријебљене следеће дефиниције:

- *Осигурање хране* је задовољено када цјелокупно становништво све вријеме има физички, социјални и економски приступ довољним количинама сигурне и здраве хране како би испунило своје прехранбене потребе и жељу за храном, што им омогућава активан и здрав живот. Ова дефиниција осигурања хране садржи следећа три елемента:

- „Приступачност“ означава квалитет, количину и редовно снабдијевање храном у подручју погођеном катастрофом. То укључује и локалну производњу хране (пољопривреда, сточарство, рибарство, дивља храна) и увезену храну (интервенција власти и организација може утицати на доступност). Локално тржиште које људима може омогућити храну један од главних фактора доступности.

- „Приступ“ значи могућност домаћинства да обезбиједи довољну количину хране, која ће моћи задовољити прехранбене потребе свих чланова. То је мјера могућности домаћинства да набави залихе хране, комбинујући производњу у домаћинству и залихе, куповину, трампу, поклоне, посуђивање хране, те трансфере новца и/или бонова.

- „Кориштење“ се односи на трошење хране у домаћинству, којој постоји приступ, укључујући складиштење, обраду, припрему и дистрибуцију унутар домаћинства. Она такође представља способност појединца да апсорбује и метаболише хранљиве материје, на шта могу утицати болести или потхрањеност.

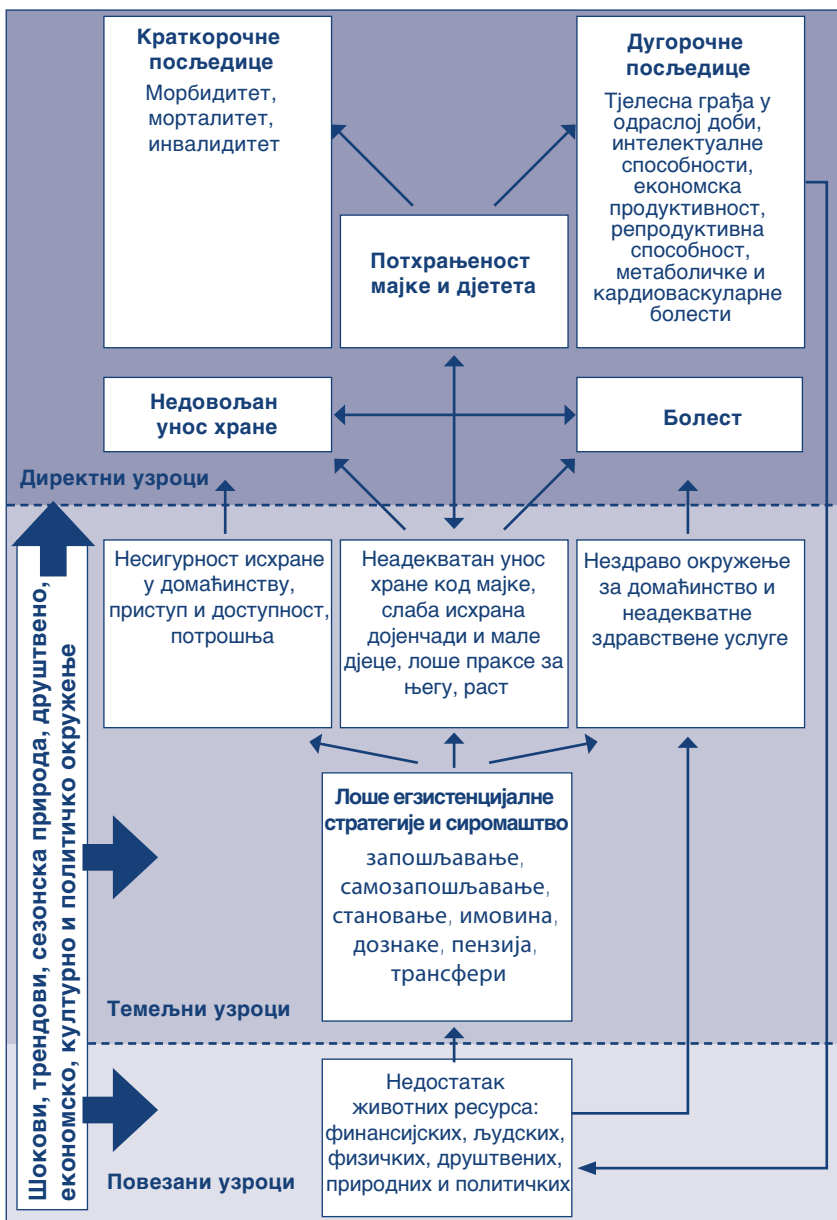
- *Животни услови* укључују способност, средства (укључујући природне, материјалне и друштвене ресурсе) и врсту дјелатности домаћинства која ће им омогућити просперитет. Стратегије преживљавања су практична средства или послови у којима људи користе своје

капацитете како би остварили приход и друге животне циљеве. Стратегије за борбу с проблемом су дефинисане као привремени одговори на несташицу хране. Опстанак домаћинства је загарантован када је оно у стању да се носи с трауматичним догађајима или опоравком од истих, а да притом задржи или побољша своје способности и продуктивне капацитете.

- *Исхрана* је широк појам који обухвата процесе исхране, пробављања хране и искористивост хране у тијелу за раст и развој, репродуктивност, физичку активност и одржавање доброг здравља. Појам „неадекватна ухрањеност“ практично укључује потхрањеност и претјерану ухрањеност/ претилост. Потхрањеност покрива широк распон стања, укључујући акутну потхрањеност, хроничну потхрањеност и недостатак микронутријената. Акутна потхрањеност односи се на губитак тјелесне масе (мршавост) и/или нутритивни едем, док се хронична потхрањеност односи на заостатак у развоју (ниски раст). Заостатак у развоју и губитак тјелесне масе су два облика поремећаја у расту. Појмови који се користе у овом поглављу су потхрањеност и акутна потхрањеност.



Концептуални оквир узрока потхрањености



Из контекста је јасно да изложеност ризицима зависи од учесталости и озбиљности природних катастрофа и катастрофа узрокованих људским фактором и њихових социјално-економских и географских димензија. Способност домаћинства да се носи с проблемом укључује финансијске, људске, физичке, друштвене, политичке и природне ресурсе, на нивоу производње, прихода и расхода домаћинства и могућности диверсификације извора прихода и потрошње како би се ублажиле посљедице ризика.

Рањивост код дојенчади и дјеце указује на то да је бављење њиховом исхраном приоритет. Спречавање потхрањености једнако је важно као и лијечење акутне потхрањености. Интервенције за осигурање хране краткорочно утичу на исхрану и здравље дјеце, али и на њихов дугорочни опстанак и добробит.

Жене обично имају већу улогу у планирању исхране и припреми хране у домаћинству. Након катастрофе, лако може доћи до промјена у стратегији преживљавања у домаћинству. Одређивање појединих улога у породици кључ је за побољшање осигурања хране на нивоу домаћинства. Разумијевање специфичних прехранбених потреба трудница и дојиља, дјеце, старијих лица и лица с инвалидитетом такође су важни у обликовању одговарајућих интервенција у подручју исхране.

Осигурање хране и одговор на пољу исхране може се побољшати кроз бољу припремљеност. Таква врста припремљености резултат је капацитета, односа и знања развијених од стране владиних агенција, хуманитарних организација, организација цивилног друштва, заједнице и појединаца како би се предвидјеле и како би се ефикасно одговорило на посљедице потенцијалних, непосредних или постојећих опасности. Припремљеност се заснива на анализи ризика и уско је повезана са системима раног упозорења. Припремљеност укључује планирање за непредвиђене ситуације, складиштење опреме и потрошног материјала, оснивање стручних служби за хитне интервенције, комуникацију, управљање и координацију информацијама, обуку особља и планирање, те обуку и вјежбе на нивоу заједнице.



Главна подручја интервенције у области осигурања хране и исхране у случају катастрофе, о којима се расправљало у овом поглављу, јесу дојенчад и

дјеца, лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, трансфер хране, трансфер новца и ваучера, те начини преживљавања.

Повезаност с другим поглављима

Многи стандарди из других поглавља релевантни су за ово поглавље. Напредак у постизању стандарда у једном подручју често утиче на напредак у другим подручјима. За ефикасан одговор потребни су блиска координација и сарадња с другим секторима. Такође их је важно ускладити с локалним надлежним органима, другим организацијама које су укључене у кризне ситуације и друштвеним организацијама, да би се обезбиједило да су потребе задовољене без дуплирања послова и с оптималним квалитетом осигурања хране и исхране.

Из концептуалног оквира рада видљиво је да постоје два главна узрока потхрањености (видјети стр. 160) – осиромашеност домаћинства и животне средине и неодговарајући здравствени услови. Дјеловањем у ситуацији катастрофе, чији је циљ спречавање и уклањање потхрањености, потребно је задовољити минималне стандарде наведене у овом поглављу и поглављима о програму WASH, склоништима и здрављу. Уједно је потребно да се задовоље основни стандарди и поштовање принципа заштите. Да би се обезбиједили осигурање хране и исхрана за све групе и на тај начин обезбиједио њихов опстанак и очување достојанства није довољно само постизање стандарда из овог поглавља овог приручника.

Тамо гдје је релевантно, указује се на посебне стандарде и смјернице у другим поглављима и друге комплементарне стандарде.

Везе са принципима заштите и основним стандардима

Како би се задовољили стандарди из овог приручника, све хуманитарне организације треба да слиједе принципе заштите, чак и ако оне немају јасан мандат или професионалне способности за пружање заштите. Принципи нису „апсолутни“, јер смо свјесни да одређене околности ограничавају капацитете организације да испуни критеријуме. Ипак, принципи одражавају универзална хуманитарна питања којима се увијек треба водити у свим активностима у свако доба.

Основни стандарди су кључни стандарди за поступке и особље, заједнички за све секторе. Шест је основних стандарда: координација и сарадња; процјена; припрема и дјеловање; ефикасност; транспарентност и учење; и учинак хуманитарних радника.

Они представљају заједничку референтну тачку приступима који су основа свих стандарда из овог приручника. Да би се постигли стандарди појединих поглавља, потребно је истовремено кориштење основних стандарда. Како би се обезбиједило адекватно и квалитетно дјеловање у ситуацији катастрофе, потребан је што већи ниво сарадње са жртвама катастрофе, укључујући групе и појединце који су посебно рањиви у таквим околностима.

Рањивост и капацитети жртва катастрофе

Ово поглавље треба читати у комбинацији с основним стандардима и као допуну основним стандардима.

Важно је разумјети да млади, старије особе, жене, лица с инвалидитетом или лица заражена HIV-ом нису сами по себи рањиви или у већој опасности. Њихова рањивост повећава се комбинацијом околности: на примјер, неко ко је старији од 70 година, живи сам и лошег је здравља вјероватно ће бити рањивији него неко сличне старости и са сличним здравственим стањем ко живи у великој породици с довољно прихода. Исто тако, трогодишња дјевојчица без старатеља угроженија је него она о којој се брину одговорни родитељи.

Док се проводе стандарди осигурања хране и исхране и кључне активности, анализа рањивости и капацитета помаже да се обезбиједи да напор дјеловања на катастрофу подржава оне који имају право на помоћ, на недискриминишући начин, и да је добијају они којима је најпотребнија. То захтијева темељито разумијевање локалног контекста и како одређена катастрофа утиче на поједине групе људи на различите начине с обзиром на њихове постојеће рањивости (нпр. врло сиромашне или дискриминисане), њихову изложеност разним пријетњама по сигурност (нпр. родно засновано насиље, укључујући сексуалну експлоатацију), појаву болести или учесталост болести (нпр. HIV-а или туберкулозе) и



могућности епидемије (нпр. оспице или колера). Катастрофа може учинити већ постојеће неједнакости горим. Међутим, подршка стратегијама за рјешавање проблема људи погођених катастрофом, њихова отпорност и опоравак од пресудног су значаја. Потребно је подржати њихово знање, вјештине и стратегије и омогућити им приступ друштвеној, правној, финансијској и психо-социјалној помоћи. Поред тога, на праведан начин требају се ријешити различите физичке, културне, економске и социјалне баријере са којима се могу суочити у приступу тим услугама.

Међу кључна подручја за осигурање поштовања права и капацитета свих рањивих људи спадају:

- оптимизација сарадње на начин који осигурава укљученост представника свих група, поготово мање видљивих (нпр. лица с поремећајима у комуникацији, потешкоћама у покретљивости, лица која живе у институцијама, стигматизованих младих људи, и других премало заступљених или незаступљених група);
- разврстаност података по полу и старости (0–80 и више година) током процјене важна је како би се осигурало да програми осигурања хране и исхране воде рачуна о разноликости становништва;
- осигурање доступности права на информације, на начин који укључује све чланове заједнице.

Минимални стандарди

1. Процјена осигурања хране и исхране

У акутној кризи и за хитну интервенцију, може бити довољна мултисекторска почетна брза процјена да се одлучи је ли хитна помоћ потребна или не. Почетне брзе процјене су осмишљене за добијање брзе и јасне визије о одређеном контексту у времену. Вјероватно ће бити потребно проводити даље, све детаљније процјене осигурања хране и исхране које захтијевају много времена и ресурса да се исправно изврше. Процјена је континуирани процес, а посебно код дуготрајних криза, те би требало да послужи да пружи информације за усмјеравање и доношење одлука у склопу управљања интервенцијом.

У идеалном случају, процјене осигурања хране и исхране требало би да се преклапају и иду руку под руку, те би требало да буду усмјерене на идентификовање препрека за адекватну исхрану и интервенције за побољшање доступности хране, приступ храни и оптимално кориштење хранљивих материја које се уносе храном. Спискови питања за провјеру процјене наведени су у Додатку 1: Списак питања за процјену осигурања хране и животних услова; Додатку 2: Списак питања за провјеру процјене сигурности сјемена; и Додатку 3: Контролни списак питања за процјену исхране.



Два стандарда процјене осигурања хране и исхране произлазе из Основног стандарда 3 (видјети стр. 63), а односе се на све случајеве планирања и заговарања интервенције на подручју осигурања хране и исхране.

Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране: осигурање хране

Уколико су људи изложени ризику од несташице хране, процјену треба извршити на основу провјерених метода, како би се разумјели врста и степен несигурности хране и како би се идентификовала лица која су највише погођена и дефинисало најприкладније рјешење.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Користити методологију која се придржава широко прихваћених принципа и описати је детаљно у извјештају о процјени (видјети смјерницу 1).
- Прикупити и анализирати податаке у почетној фази процјене (видјети смјерницу 2).
- Анализирати утицај несташице хране на ухрањеност становништва (видјети смјерницу 4).
- Израдити процјене које се заснивају на локалним ресурсима, укључујући формалне и неформалне институције, уколико је то могуће (видјети смјерницу 9).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Испитују се безбједност хране и услови живота појединца, домаћинства и заједнице за будуће интервенције (видјети смјернице 3–9).
- Резултати процјене су груписани у аналитичком извјештају, укључујући јасне препоруке за циљано дјеловање на најугроженије појединце и групе (видјети смјернице 1–10).
- Интервенција се заснива на директној потреби за храном, али и промовисању стратегија побољшања животних услова (видјети смјерницу 10).

Смјернице

1. **Методологија:** Опсег процјене и поступци узорковања веома су важни, чак и ако су неформални. Процјене осигурања хране морају имати јасне циљеве и укључивати међународно признате методе. Потврда кроз различите изворе информација (нпр. процјена усјева, сателитски снимци и процјена домаћинства) од кључне је важности

за досљедно закључивање (видјети Основни стандард 3, на стр. 63. и изворе и додатну литературу).

2. **Извори информација:** Понекад су доступне информације из секундарних извора о стању прије катастрофе. Како жене и мушкарци имају различите и комплементарне улоге у осигурању исхране у домаћинству, те информације треба класификовати према полу, колико је то могуће (видјети Основни стандард 3, на стр. 63, и Додатак 1: Списак питања за процјену осигурања хране и животних услова).
3. **Расположивост, приступачност, потрошња и кориштење хране:** (видјети дефиницију за доступност, приступачност и кориштење хране на стр. 158). Потрошња хране показује унос енергије и храњивих материја код појединаца и домаћинстава. Мјерење стварног садржаја енергије и храњивих материја током процјене није практично. Промјена у броју obroка прије и после катастрофе може бити једноставан, али смислен показатељ промјена у осигурању хране. Број obroка које поједе појединац или домаћинство и учесталост узимања хране у одређеном периоду одражавају разноликост у исхрани. То је добар приближни показатељ, посебно у корелацији са социјално-економским статусом домаћинства, укупним уносом енергије и квалитетом хране и исхране. Алати који се могу користити за процјену проблема и образаца потрошње хране јесу: календар временских услова који се понављају, процјена разноликости исхране у домаћинству, опсег изложености несташници хране или процјена потрошње хране.
4. **Осигурање хране и нутритивна вриједност:** Недостатак хране један је од три главна узрока потхрањености. Међутим, не смијемо претпоставити да је то и једини узрок потхрањености.
5. **Контекст:** Недостатак хране може бити резултат ширих макроекономских и структурних друштвено-политичких фактора, укључујући националну и међународну политику, процесе или институције који могу утицати на приступ жртава катастрофе адекватним храњивим обrocима и деградација локалне животне средине. Овај феномен се обично назива хроничним недостатком хране и дугорочно стање произлази из структурних слабости које се могу додатно погоршати због утицаја катастрофа. Локални и регионални информациони системи о осигурању хране, укључујући системе раног упозоравања на потхрањеност и глад и Интегрисану класификацију фаза осигурања хране, важни су механизми за анализу података.
6. **Анализа дјеловања:** Осигурање хране варира зависно од прихода људи, географског положаја, тржишних система, њиховог приступа



локалном тржишту, њиховог положаја у друштву (укључујући пол и старост), годишњег доба, врсте катастрофе и припадајућих одговора на њу. Процјена мора бити усмјерена на питање како су људи прије катастрофе обезбјеђивали храну и остваривали зараду и како то чине сада. У случају расељених лица треба узети у обзир осигурање хране локалног становништва. Процјена такође треба да обухвати анализу тржишта, банака, финансијских институција и других домаћих механизма у случају новчаних трансфера и ланци снабдијевања храном, укључујући све с тим повезане ризике (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35). На основу тога, биће могуће оцијенити изводивост новчаних трансфера или трансфера хране и успостављање безбједних и ефикасних механизма за додјелу помоћи.

7. **Анализа тржишта** треба да буде дио почетне и накнадне процјене. Анализа тржишта треба да укључи кретање цијена, доступност основних роба и услуга, утицај катастрофа на структуру тржишта и период у којем се може очекивати опоравак. Разумијевање тржишних капацитета у отварању радних мјеста, храни, неопходној роби и услугама, након катастрофе могу помоћи у правовременом планирању, економичности и дјеловању на одговарајући начин, који могу бити од користи у побољшању локалне привреде. Тржишни систем може надмашити краткорочне потребе након катастрофа и обезбиједити средства за живот кроз снабдијевање (сјеменима, алатом, итд.) и подстицај у потражњи радне снаге. Програми треба да буду засновани на подршци у куповини локалне робе, тамо гдје је то могуће (видјети Стандард 4. Осигурање хране: трансфери хране, смјернице 2–3, на стр. 210, Стандард 1. Животни услови, смјерница 7, на стр. 234, и Стандард 3. Осигурање хране и животних услова, смјерница 2, на стр. 236).
8. **Стратегије суочавања с проблемима:** При процјени и анализи треба узети у обзир различите аспекте суочавања с проблемима – ко их примјењује и када, колико добро функционишу и њихове штетне ефекте (уколико постоје). Препоручљиво је користити алате као што су индекс суочавања с проблемима. Док се стратегије разликују, постоје различите фазе суочавања с проблемима. Неке стратегије су нормалне, позитивне и њих је могуће подржати. Друге стратегије, које се понекад називају кризне стратегије, могу трајно угрозити сигурност снабдијевања храном (продаја земљишта, пресељење цијеле породице у катастрофи или крчење шума). Неке стратегије присиле које су усмјерене на жене и дјевојке могу значајно и негативно утицати на њихово здравствено и психичко стање и социјалну укљученост. Неке

стратегije за борбу с проблемима могу утицати на животну средину, нпр. претјерано искориштавање заједничких природних ресурса. На основу анализе, потребно је одредити праг животних услова како би се утврдило најадекватније комбиновано дјеловање, које ће пружити подршку и осигурање хране прије него што се исцрпе све безопасне могућности (видјети принципе заштите 1 и 2, на стр. 35–38).

9. **Партиципативне анализе осјетљивости:** пресудно је смислено учествовање различитих група жена и мушкараца и локалних надлежних организација и институција у свим фазама. Програми се морају заснивати на локалном знању и потребама и морају се прилагодити локалним условима. У подручјима која су изложена чешћим природним катастрофама или дуготрајаном сукобу, могуће је успоставити локалне системе и мреже за рано упозорење и хитне интервенције и планове који би требало да буду укључени у било коју врсту процјене. Битно је да су у планирање и имплементацију пројеката укључене жене (видјети принципе заштите 2–4, на стр. 38–43).
10. **Тренутне потребе и дугорочно планирање:** Интервенције којима је циљ задовољити непосредне потребе за храном могу укључивати трансфер хране, новца и ваучера. Они могу бити засебни или у комбинацији с другим интервенцијама које се тичу животних услова. Иако ће задовољавање непосредних потреба и очување продуктивне имовине бити приоритет на почетку кризе, дјеловање увијек мора бити планирано имајући у виду дужи рок и укључујући свијест о утицају климатских промјена на обнову деградиране животне средине.

Стандард 2. Процјена осигурања хране и исхране: исхрана

Тамо гдје је повећана опасност од потхрањености људи, процјена треба да се заснива на међународно прихваћеним методама како би се разумјела природа, степен и учесталост појаве потхрањености, идентификовало становништво које је највише погођено и у највећој опасности и осмислио најприкладнији одговор.



Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Прикупити информације о ситуацији прије катастрофе и обезбиједити почетне процјене за утврђивање врсте и озбиљности ситуације која се тиче хране и исхране (видјети смјернице 1–6).

- Дефинисати групе којима је најпотребнија помоћ у храни и главне факторе који могу утицати на ситуацију која се тиче хране и исхране (видјети смјернице 1–2).
- Одредити да ли су потребне квалитативне или квантитативне процјене како би се измјерио и разумио антропометријски статус становника, статус микронутријената, исхрана дојенчади и мале дјеце, пракса мајчинске његе и с тим повезане потенцијалне одреднице потхрањености (видјети смјернице 1–2).
- Узети у обзир мишљење локалне заједнице и других локалних интересних група о могућим одредницама потхрањености (видјети смјерницу 7).
- Укључити процјене националних и локалних капацитета за управљање и/или подршку интервенцији (видјети смјернице 1 и 8).
- Користити информације о процјени исхране како би се утврдило да ли је стање стабилно или се погоршава (видјети смјернице 7 и 8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- У случају антропометријских и неантропометријских процјена кориштена је методологија процјене и анализе, укључујући стандардизоване показатеље у складу с општеприхваћеним принципима (видјети смјернице 3–6).
- Резултати процјене презентовани су у аналитичком извјештају, укључујући јасне препоруке за дјеловање усмјерено на најугроженије појединце и групе (видјети смјернице 3–6).

Смјернице

1. **Информације о околностима:** Информације о узроцима потхрањености могу се прикупити из примарних и секундарних извора, међу којима су постојећи здравствени или прехранбени профили, извјештаји о истраживању, информације о раном упозорењу, евиденције здравствених центара, извјештаји о осигурању хране и групе у оквиру заједнице. Ако су подаци за поједина подручја процјене или одзива недоступни, потребно је користити и друге изворе, као што су истраживања здравља становништва (Demographic Health Surveys), анализа низа различитих показатеља (Multi Indicator Cluster Surveys), друга државна истраживања здравља и исхране, информациони систем о исхрани Свјетске здравствене организације (WHO Nutrition

Landscape Information System), информациони систем Свјетске здравствене организације о витаминима и минералима у исхрани (WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System), базу података Complex Emergency Database (CE-DAT), информациони систем о исхрани у кризним ситуацијама (Nutrition in Crisis Information System – NICS), националне системе за мониторинг исхране и стопе пријема и покривености у постојећим програмима за лијечење потхрањености. Уколико су представљени подаци доступни, боље је испитати трендове ухрањености током времена, као и превазилажење потхрањености у одређеном тренутку (видјети Додатак 3: Списак питања за процјену исхране). У контексту шире процјене, нарочито оне усмјерене на јавно здравље и осигурање хране, добро је обавити процјену исхране. Потребно је прикупити податке о постојећим иницијативама везаним за исхрану, оперативним способностима државе и локалним капацитетима да се реагује како би се утврдили недостаци и усмјерио одговор.

2. **Обухват анализе:** Након почетне процјене, треба провести детаљну процјену (видјети Основни стандард 3 на стр. 63) само ако су идентификоване информационе празнине и ако су потребне додатне информације за доношење одлука у контексту програма за мјерење исхода програма или за потребе заговарања. Детаљнија процјена исхране ослања се на низ могућих приступа процјени, укључујући антропометријска истраживања, процјене у исхрани дојенчади и дјете, истраживања микронутријената и анализу узрока. Такође се могу користити системи за контролу и праћење исхране.
3. **Методологија:** Свака процјена исхране треба да има јасне циљеве и да користи међународно прихваћене методе за препознавање нутритивно рањивих појединаца и треба да разјасни факторе који могу допринијети потхрањености. Процјену и анализе треба у свом извјештају документовати правовремено, логично и транспарентно. Приступ процјени мора бити непристрасан, репрезентативан и усаглашен на нивоу организација и власти, тако да се подаци могу међусобно надопуњавати, усклађивати и примјењивати. Интерорганизацијска процјена може се користити у процјени обухватних, технички сложених и широких географских подручја.
4. **Антропометријска истраживања** су репрезентативне међусекторске анкете, и заснована су на случајном узорку или исцрпном прегледу. Антропометријска истраживања нуде процјену распрострањености (хроничне и акутне) потхрањености. Прије свега, она показују однос



између тежине и висине у складу са стандардима Свјетске здравствене организације (видјети Додатак 4: Мјерење акутне потхрањености). Могу се навести и информације о односу између тежине и висине у складу са стандардима америчког Националног центра за здравствену статистику (енг. National Center for Health Statistics – NCHS), што омогућава поређење с претходним истраживањима. У антропометријском истраживању треба навести губитак тежине и велики губитак тежине, који се мјери обимом надлактице. Прехранбени едем треба процијенити и одвојено прибиљежити. Интервале поузданости за распрострањеност потхрањености треба пријавити и осигурати квалитетно истраживање. То се може учинити помоћу постојећих алата (нпр. методолошких приручника и алата као што је Стандардизовани мониторинг и процјена помоћи и транзиције (Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – SMART - Стандардизовано праћење процјене и промјене), софтвера ENA (Emergency Nutrition Assessment) или EpiInfo - Процјена нутритивних параметара у кризној ситуацији). Најшире прихваћена пракса је процјена нивоа потхрањености код дјеце узраста од 6 до 59 мјесеци, која се онда користи и за приближну процјену за цијелокупно становништво. Међутим, тамо гдје и друге групе могу бити у већој мјери погођене или суочене са ризиком који се тиче исхране, треба узети у обзир процјену (видјети Додатак 4: Мјерење акутне потхрањености).

5. **Неантропометријски индикатори:** Додатне информације у антропометрији су важне, али је потребан опрез у њиховој употреби. Осим тога, антропометријска истраживања треба проводити у ограниченој мјери, како се не би угрозио квалитет истраживања. Такви индикатори укључују распрострањеност вакцинисања (нарочито у случају малих богиња), суплементе витамина А, недостатак микронутријената и показатеље Свјетске здравствене организације о исхрани дојенчади и дјеце (енг. infant and young child feeding – IYCF). Мјерења могу такође укључити стопу смртности дојенчади и дјеце млађе од пет година, зависно од околности.
6. **Недостатак микронутријената:** Уколико је код становништва и прије катастрофе постојао недостатак витамина А, јода и цинка или ако су патили од анемије, ситуација се у тренутку катастрофе додатно погоршава. Услјед недостатка микронутријената може доћи до избијања епидемије пелагре, берибери болести, скорбута и других болести, што треба узети у обзир при планирању и анализи процјене. Ако у домовима здравља постоје особе с било којом од ових болести до којих је дошло због недостатка приступа одговарајућој

храни, то највјероватније указује на проблем који се тиче цјелокупног становништва. Процјена недостатка микронутријената може бити директна или индиректна. Процјена недостатака микронутријената може бити директна или индиректна. Индиректна процјена укључује процјену уноса нутријената на нивоу популације и екстраполацију ризика недостатка прегледом доступних података о приступу храни, доступности и искористивости (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, стр. 166) и процјене адекватности порција хране (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфери хране, стр. 194). Директна процјена, ако је могуће, укључује мјерење клиничког или супклиничког недостатка хранљивих материја код индивидуалних болесника или на узорку становништва, нпр. мјерење нивоа хемоглобина током истраживања, при чему се учесталост анемије може користити као просјечна мјера за недостатак жељеза.

7. **Тумачење нивоа потхрањености:** Да би се утврдило захтијева ли стопа потхрањености интервенцију, треба провести детаљну анализу стања у погледу величине популације и густине насељености, те степена обојелости и смртности (видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге, смјерница 3, на стр. 348). Такође је потребно узети у обзир здравствене показатеље, сезонске промјене, IYCF показатеље, стопу потхрањености прије катастрофе, стопу недостатка микронутријената (видјети Додатак 5: Мјере које се односе на недостатак микронутријената од значаја за јавно здравље), удио тешке акутне потхрањености у односу на глобалну акутну потхрањеност и друге факторе који утичу на главне узроке потхрањености. Комбинација комплементарних информационих система вјероватно је најефикаснији начин праћења трендова. Гдје год је то могуће, локалне институције и становништво су укључени у праћење активности, тумачење налаза и планирање могућих одговора. То може бити и одговарајуће моделирање и приступ одлучивању, узимајући у обзир низ варијабли, укључујући осигурање хране, животне услове, здравље и исхрану (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, смјерница 5, на стр. 168).
8. **Одлучивање:** Подаци о извршеној процјени требало би да чине основу одлучивања о интервенцији која се тиче управљања потхрањеношћу. При одлучивању о уопштеној дистрибуцији хране или другим превентивним здравственим мјерама у акутној фази катастрофе нема потребе да се чекају резултати детаљне процјене. Кад се проводи процјена, резултати би требало да усмјеравају активности. Одлучивање се мора заснивати на разумијевању потхрањености, како је то дефинисано у концептуалном оквиру, резултатима процјене исхране и постојећим капацитетима за дјеловање на посљедице катастрофе.



2. Исхрана дојенчади и мале дјеце

Недовољна исхрана дојенчади и дјеце повећава опасност од потхрањености, болести и смртности. Ризик је још већи у случају катастрофе, а најугроженија су мала дјеца. Оптималне праксе исхране које максимизују преживљавање и смањују смртност код дјеце млађе од 24 мјесеца су рано увођење искључивог дојења, искључиво дојење током шест мјесеци, наставак дојења до 24 мјесеца или и након тога, те увођење одговарајуће, адекватне и сигурне додатне хране на узрасту од шест мјесеци.

IYCF (Исхрана дојенчади и мале дјеце) односи се на интервенције за заштиту и подршку прехранбених потреба и дојене и недојене новорођенчади и мале дјеце. Приоритетне активности укључују заштиту и подршку дојењу, минимализујући ризик од вјештачке исхране, те пружање адекватне и сигурне замјенске исхране. Дојенчад и дјеца у посебно тешким околностима, нпр. у популацији у којој се увелико проширио HIV, сирочад, дјеца с малом порођајном тежином и тешко потхрањена дјеца захтијевају посебну пажњу. Заштита и подршка исхрани, физичком и менталном здрављу трудница и дојиља од кључног су значаја за добробит мајке и дјетета. Потребно је узети у обзир посебне потребе старатеља као што су дједови и баке, самохрани очеви или браћа и сестре. Међусекторским дјеловањем потребно је заштитити и осигурати одговарајуће и правовремено испуњење прехранбених потреба дојенчади и дјеце и њихових мајки. Исхрана дојенчади и дјеце обухваћена је већином стандарда у овом поглављу, као и у другим поглављима.

Стандард 1. Исхрана дојенчади и дјеце: израда смјерница и координација

Безбједна и одговарајућа исхрана дојенчади и дјеце осигурана је кроз провођење основних смјерница и добру координацију.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Поштовати сет оперативних смјерница о исхрани дојенчади при катастрофама (Оперативне смјернице о исхрани дојенчади у хитним случајевима – енг. infant feeding in emergencies – IFE), Међународни правилник о рекламирању замјена за мајчино млијеко и накнадне важеће одлуке Свјетске здравствене скупштине (енг. World Health Assembly – WHA), познате као Кодекс (видјети смјернице 1–2).
- Избјежавати скупљање или прихватање донација замјена за мајчино млијеко (енг. breastmilk substitutes – BMS), других млијечних производа, стаклених бочица и дуда (видјети смјерницу 2).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Успостављена је државна и/или организацијска политика у вези с исхраном дојенчади и дјеце, узимајући у обзир оперативне смјернице IFE (видјети смјерницу 1).
- Именовано је надлежно тијело за усклађивање активности на подручју IYCF (видјети смјерницу 1).
- Именовано је надлежно тијело које се бави донацијама BMS, млијечних производа, бочица и дуда (видјети смјерницу 2).
- Кршење Кодекса се прати и пријављује (видјети смјернице 1–2).

Смјернице

1. **Планирање смјерница, координација и комуникација:** Кључни документи са смјерницама на којима се заснивају кризни програми укључују оперативне смјернице, IFE и Кодекс. Додатне смјернице су наведене у дијелу Извори и додатна литература на крају овог поглавља. Резолуција Генералне скупштине Свјетске здравствене организације 63.23 (2010) наводи и позива чланице да обезбиједи усклађеност државних и међународних планова приправности и одговоре на катастрофе у складу са оперативним смјерницама IFE. Припремљеност на катастрофу укључује развој политика, смјерница



и обуку о IFE и одабир замјена за мајчино млијеко и комплементарних намирница које су у складу с Кодексом. За сваку катастрофу треба именовати тијело задужено за координацију активности у области IYCF. Праћење и извјештавање о кршењу кодекса важан је допринос одговорности у хуманитарном раду. Јасно, досљедна комуникација с становницима на погођеном подручју као и у медијским објавама утјече на ток хуманитарног рада.

2. **Поступање с млијеком и млијечним производима:** Млијеко и млијечни производи не смију бити укључени у расподелу (видјети Стандард 2. Осигурање хране: трансфери хране, смјерница 5, на стр. 205). Индикације за надзор и руковање вјештачком храном морају бити у складу с оперативним смјерницама IFE и Кодексом, у идеалном случају под вођством овлашћеног координационог тијела у области IFE. Прикупљање и примање донација у облику замјена за мајчино млијеко, млијечних производа, бочица и дуда је забрањено. Све донације такве врсте треба да буду под надзором надлежне организације и њих треба дефинисати и њима треба руководити координационо тијело у области IFE.

Стандард 2. Исхрана дојенчади и дјеце: основна и професионална помоћ

Мајке и они који брину о дојенчади и дјеци имају правовремени приступ и одговарајућу помоћ у исхрани која ризик своди на најмању могућу мјеру и оптимизује резултате у смислу исхране, здравља и опстанка.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Пружати обједињене међусекторске активности за заштиту и подршку, сигурну и адекватну исхрану дојенчади и дјеце (видјети смјерницу 1).
- Давати предност трудницама и дојиљама у приступу храни, новчаним трансферима и/или ваучерима и другим врстама помоћи (видјети смјерницу 1).
- Укључити стручно савјетовање везано за дојење у интервенцијама које су усмјерене на труднице и дојиље и дјецу до 24 мјесеца старости (видјети смјернице 2–7).
- Подржавати рано покретање дојења (од рођења) код мајки новорођенчади (видјети смјерницу 3).

- Пружити правовремену подршку, безбједну, прикладну и одговарајућу замјенску храну (видјети смјерницу 5).
- Олакшати мајкама и старатељима чија дјеца захтијевају вјештачку храну приступ довољној количини одговарајућег замјенског млијека (видјети смјерницу 6).
- Обратити посебну пажњу на подршку исхрани дојенчади и дјеце која су у нарочито тешким ситуацијама (сирочад, изразито потхрањена дјеца, дјеца с ниском порођајном тежином и дјеца заражена HIV-ом) (видјети смјернице 4–7).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Проведе се мјерни индикатори стандарда Свјетске здравствене организације за рани почетак дојења – стопа искључивог дојења дјеце испод шест мјесеци и стопе једногодишњег и двогодишњег дојења дјеце (видјети смјернице 2–3 и 5–6).
- Старатељи имају правовремен приступ одговарајућој, нутритивно прикладној и сигурној додатној храни за дјецу између шест и 24 мјесеца старости (видјети смјернице 5–6).
- Мајке дојиље имају приступ стручној подршци која се тиче дојења (видјети смјернице 1–3).
- Омогућен је приступ одговарајућим замјенама за мајчино млијеко које су у складу с Кодексом и сродна подршка за дојенчад којима је потребна вјештачка исхрана (видјети смјерницу 5).

Смјернице

1. За стварање сигурног и подстицајног окружења за храњење дојенчади и дјеце потребне су **једноставне и основне мјере интервенције**. Треба обратити пажњу и прегледати извјештаје који се тичу потешкоћа у дојењу, дохране и/или праксе вјештачке исхране дјеце до 24 мјесеца старости. Бебама које мајке не доје потребна је хитна помоћ. У пружању подршке и испуњавању хитних основних потреба првенство треба да имају мајке, старатељи, труднице и дојиље. Домаћинства са дјецом млађом од 24 мјесеца и мајке новорођенчади – дојиље треба да буду регистровани и потребно им је омогућити приступ програму осигурања хране како би им се обезбиједио приступ адекватној храни. Одређена склоништа за мајке и старатеље омогућавају приступ подршци између људи у истој ситуацији (peer-to-peer) и основној подршци IYCF. Подршка



код дојења треба бити укључена од самог почетка у основне услуге, као што су репродуктивно здравље, примарна здравствена заштита, психо-социјалне услуге и програми селективне исхране.

2. **Труднице и дојиље:** недовољан унос храњивих материја код трудница или дојиља може довести до ризика од компликација током трудноће, смртности мајки, дојенчади с ниском порођајном тежином и смањења ухрањености мајки, повезаних с ниским нивоима одређених храњивих материја у мајчином млијеку. Мала тежина мајке веома је повезана са ниском порођајном тежином дјетета и типична је за трудноће код адолесцената. Труднице и дојиље треба сваки дан да добијају суплементе како би се задовољиле прехранбене потребе које се тичу различитих микронутријената, који помажу у одржавању количине и квалитета млијека, без обзира на то узимају ли обогачене оброке. Ако жена већ прима суплементе жељеза и фолне киселине, то треба наставити. Жене такође треба да узимају витамин А, и то од шест до осам седмица прије порођаја. Надопуна исхране микронутријентима мора се одвијати у складу са међународним препорукама о дозирању и времену кориштења. Када је у питању трауматизована популација, може бити потребна помоћ у психо-социјалним услугама. Иако је подршка у исхрани мајки адолесценткиња важна, програми за превенцију трудноће код тинејџерки највише утичу на смањење броја новорођенчади са ниском тјелесном тежином.
3. **Рани почетак дојења** (у року од сат времена након рођења) пожељан је у заштити здравља мајке и дјетета. Дјеца с ниском порођајном тежином и њихове мајке имаће посебну корист од директног физичког контакта при рођењу и раног почетка искључиво дојења (видјети Стандард 2. Основне здравствене услуге: здравље дјете, смјерница 1, стр. 363).
4. **Дојење:** „Искључиво“ дојење значи да дијете добија само мајчино млијеко, без воде, друге течности или чврсте хране, осим потребних лијекова или додатака као што су микронутријенати. Тиме се обезбјеђује осигурање хране и течности код дојенчади током првих шест мјесеци и омогућава активна имунолошка заштита. Дојење такође штити старију дојенчад и дјецу, нарочито у ситуацијама недостатка питке воде и лоших санитарних и хигијенских услова, тако да је важно да наставе са дојењем 24 мјесеца или чак и дуже. Мајке, породице, заједнице и здравствени стручњаци увијек треба да буду свјесни позитивних ефеката дојења, јер кризне ситуације често могу нарушити то увјерење. Потребно је планирање и расподјела

средстава за пружање стручне подршке при дојењу у превладавању тешких ситуација, укључујући и популацију која је под стресом и изразито потхрањену дјецу млађу од шест мјесеци (видјети Стандард 2. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, на стр. 186), популацију која користи мјешовиту исхрану, те дојенчад и дјецу заражену HIV-ом (видјети смјерницу 7).

5. **Дохрана** је процес давања друге хране осим млијека на узрасту од шест мјесеци (или одговарајућа замјена за мајчино млијеко код беба које нису дојене). Током периода дохране (од шест до 24 мјесеца), дојење и даље значајно доприноси осигурању хране и течности. Дјеци која нису дојена треба помоћ како би се надомјестили прехранбени недостаци. Повезаност са програмима за осигурање хране неопходна је као подршка дохрани. Тамо гдје становништво зависи од хуманитарне помоћи, одговарајућа храна обogaћена микронутријентима треба да буде укључена у оброке. За различите ситуације су потребни јасни критеријуми за укључивање, кориштење и трајање додавања нутријената на бази липида током периода допунског храњења – дохране. Терапијске намирнице спремне за кориштење нису комплементарна храна – дохрана. При дистрибуцији дохране треба обезбиједити практичне смјернице за припрему и презентацију припреме. Кориштење микронутритивних суплемената, укључујући витамин А, треба да буде у складу с најновијим препорукама. Бебама с ниском порођајном тежином и дјеци од користи може бити додаток жељеза у исхрани. Уколико се становништво налази у подручју гдје је распрострањена маларија, додаток жељеза треба бити фокусиран на дјецу која су анемична и без жељеза, уз одговарајуће мјере контроле које се односе на маларију.
6. **Вјештачка храна:** Дјеци која нису дојена потребна је помоћ стручног особља које може процијенити алтернативне начине исхране. Тамо гдје мајка није у могућности да доји бебу, донаторско мајчино млијеко има важну улогу, поготово када је у питању исхрана дјете и беба с ниском порођајном тежином. Уколико је потребно вјештачко храњење, мајкама и онима који се брину о дјетету треба осигурати приступ довољним количинама одговарајућих замјена за мајчино млијеко, и то колико год је то потребно (за бебе млађе од шест мјесеци), као и с тим повезану подршку основним намирницама, услугама и материјалима (воду, гориво, складиштење, праћење раста, здравствену његу, вријеме). Код дојенчади млађе од шест мјесеци која се хране мјешовитом храном треба промовисати прелаз искључиво на дојење. Због потешкоћа у чишћењу, употреба бочице се не



препоручује. Програм за промовисање вјештачке хране мора пратити праксу храњења дојенчади и мале дјеце на основу стандардних показатеља, како би се спријечила опасност од прекида дојења. На нивоу појединаца и укупног становништва треба проводити мониторинг над морбидитетом, с посебним нагласком на дијареју. Код беба млађих од шест мјесеци које нису дојене треба узети у обзир ниску дозу додатног витамина А.

7. **Исхрана дојенчади и вирус HIV-а:** Повећање стопе преживљавања дјеце која нису заражена вирусом HIV-а треба да буде главна бригаа у одређивању најбоље опције за исхрану дојенчади мајки заражених HIV-ом. Мајке непознатог или негативног стања кад је у питању инфекција HIV-ом треба подстицати на дојење у складу с општим препорукама за дојенчад и дјецу (видјети смјернице 3–5). За мајке заражене вирусом HIV-а, комбиноване антиретровирусне терапије уз дојење знатно доприносе смањењу могућности преноса HIV-а након порођа. Побољшан приступ антиретровирусним лијековима требало би да буде један од приоритета (видјети Стандард 2. Основне здравствене услуге: сексуално и репродуктивно здравље, на стр. 369). Опасности по дојенчад повезане са замјенским храњењем у катастрофи су још веће. То значи да дојење дојенчади мајки заражених HIV-ом и дјеце заражене HIV-ом даје већу вјероватноћу преживљавања, чак и тамо гдје антиретровирусни лијекови још нису доступни. Хитна помоћ у облику умјетне хране потребна је за дојенчад која већ примају замјенску храну (видјети смјерницу 6).

3. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената

Акутна потхрањеност и недостатак микронутријената повезани су с повећаним ризиком од обољења и смртности код погођених особа. Стога је потребно, када су преваленција или ризик високи, осигурати приступ услугама на исправан начин и спријечити потхрањивање. Утицај тих услуга ће бити знатно мањи уколико се главни узроци потхрањености могу лијечити истовремено с провођењем других мјера као подршка здрављу, снабдијевању водом и санитарнијама, промовисању хигијене, те трансферима и осигурању хране. Умјерена акутна потхрањеност може се лијечити на више начина. У случају катастрофе, прихрањивање је често основни начин превенције и лијечења умјерене акутне потхрањености и превенције тешке акутне потхрањености. Оно може бити опште или циљано – усмјерено, зависно од нивоа акутне потхрањености, рањивости групе становништва и ризика од повећања стопе акутне потхрањености. Индикатори у Стандарду 1. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената односе се првенствено на циљано допунско храњење. Иако не постоје дефинисани индикатори ефекта допунског храњења уопштено, важан је мониторинг покривености, прихватљивости и оброка који се дају.



Тешка акутна потхрањеност може се рјешавати кроз терапијску бригу која може бити доступна кроз различите приступе. Контрола акутне потхрањености у заједници требало би да буде први избор, уколико то услови допуштају. Програми за лијечење тешке акутне потхрањености морају да укључе мобилизацију заједнице (укључујући ефикасну комуникацију, активно налажење случајева, упућивање и праћење), амбулантно лијечење тешке акутне потхрањености код болесника без здравствених компликација и праћење болесника с медицинским компликацијама или дјеце у болницама.

Недостатке микронутријената је у многим контекстима тешко идентификовати. Иако се клинички знакови тешких недостатака могу најлакше дијагностиковати, већа опасност по здравље и опстанак становништва могу бити супклинички недостаци. Тамо гдје је познато да су недостаци микронутријената били присутни код становништва, може се претпоставити да би то могло бити погоршано катастрофом. Ове недостатке треба рјешавати путем интервенције која се односи на све становништво и путем индивидуалних третмана.

Стандард 1. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената: умјерена акутна потхрањеност

Проблеми умјерене акутне потхрањености треба исправно ријешити.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Јасно дефинисати и договорити се о стратегијама, циљевима и критеријумима за припрему и завршетак интервенције (видјети смјерницу 1).
- Повећати приступ и покривеност укључивањем становништва од самог почетка (видјети смјерницу 2 и Основни стандард 2, на стр. 60).
- Прихватити и отпуштати болеснике на основу процјене стања према међународно прихваћеним антропометријским критеријумима (видјети смјернице 3–4, Додатак 4: Мјерење акутне потхрањености и Додатак 5: Мјере при недостатку микронутријената који су од значаја за јавно здравље).
- Повезати лијечење умјерене акутне потхрањености са лијечењем тешке акутне потхрањености и постојећим здравственим услугама гдје је то могуће (видјети смјернице 5–6).
- Обезбиједити суве или погодне додатне порције хране спремне за употребу, осим у случају када постоји јасан разлог за исхрану на лицу мјеста (видјети смјерницу 8).
- Истражити узроке одустајања и лошег дјеловања и дјеловати на њих (видјети смјернице 5–6).
- Бавити се исхраном дојенчади и дјеце, с посебним нагласком на заштити, подршци и промовисању дојења (видјети смјерницу 7).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Ови индикатори се, у основи, односе на дјецу узраста од шест до 59 мјесеци, чак и ако су у програм такође укључена и друга дјеца.
- Више од 90 процената циљне популације живи у подручју које обухвата мање од једног дана ходања у оба правца (укључујући ту и вријеме лијечења) од центра за дистрибуцију сувих оброка и нема више од сат времена хода до мјеста провођења програма за додатну исхрану (видјети смјерницу 2).
- У руралним подручјима, покривеност је већа од 50 посто, у урбаним срединама већа је од 70 посто, а у камповима већа и од 90 посто (видјети смјерницу 2).
- Међу пацијентима који су отпуштени из циљаног програма за додатну исхрану, мање је од 3% смртних случајева, више од 75% се опоравило, а стање се поновило у мање од 15% случајева (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Креирање програма** мора се заснивати на разумијевању сложености и динамике прехранбене ситуације. Додатни програм исхране може бити циљан или уопштен. Избор приступа зависи од нивоа акутне потхрањености и броја болесника, ризика од повећања стопе акутне потхрањености, капацитета за преглед и контролу пацијената на основу антропометријских критеријума, расположивих средстава и приступа жртвама катастрофе. Циљани програм исхране захтијева више времена и труда у прикупљању и праћењу појединаца који пате од акутне потхрањености, али захтијева мање извора хране, док општи приступ обично захтијева мању стручност особља и више извора хране. Уз ефикасну мобилизацију заједнице, могуће је повећати разумијевање становништва и ефикасност програма. Важне су везе са терапеутским збрињавањем, здравственим системима, мрежама за HIV, AIDS и туберкулозу, и програмима за осигурање исхране, укључујући трансфере хране, новца или бонова. Становништво погођено катастрофом треба да буде укључено у одлучивање о локацији за провођење програма. Потребно је узети у обзир рањиве људе који имају потешкоће у приступу тим мјестима. Од самог почетка потребно је узети у обзир излазне стратегије или планове за дугорочну подршку.



2. **Покривеност** се односи на појединце којима је потребан третман у односу на оне који су већ у њега укључени. На покривеност може утицати прихватљивост програма, градови и мјеста доступности програма, безбједносна ситуација, учесталост дистрибуције помоћи, вријеме чекања, квалитет услуге, обухват мобилизације, број кућних посјета и мишљења и критеријуми за укључивање. Градови провођења програма треба да буду близу циљаног становништва како би се смањио ризик и трошкови везани уз путовања на велике удаљености с малом дјецом и расељавање особа. Методологија за мјерење покривености зависи од поузданости и врсте прикупљених информација. У извјештају се мора навести метода. При избору одговарајуће методе, зависно од околности треба узети у обзир важеће смјернице. Процјена покривености треба се посматрати као алат за управљање, тако да је не би требало одгађати до фазе завршетка хитне помоћи.
3. **Критеријуми приступања:** за појединце који не задовољавају критеријуме антропометријског одређивања акутне потхрањености такође може бити корисна додатна исхрана, нпр. особе заражене HIV-ом или туберкулозом, људе који су били отпуштени са терапије, како би се спријечило понављање стања, особе с другим хроничним обољењима или лица с инвалидитетом. Системи праћења и извјештавања морају бити прилагођени уколико су укључени појединци који не испуњавају антропометријске критеријуме.
4. **Критеријуми за отпуштање** морају бити у складу с државним смјерницама или међународним смјерницама, уколико државне нису доступне, и морају бити наведени у извјештају о индикаторима успјешности (видјети смјерницу 5).
5. **Индикатори успјешности** односе се на особе које су отпуштене с лијечења или завршавају третман. Укупан број отпуштених особа се састоји од свих који су се опоравили, умрли, одустали или оних који се нису опоравили. Појединци који су упућени на додатне услуге (као што су здравствене услуге) а који нису завршили лијечење ће или наставити лијечење, или се вратити да наставе лијечење касније. Појединци упућени на друге локације нису завршили с терапијом и не би требало да буду укључени у индикаторе успјешности. Индикатори везани за резултате су следећи:

$$\text{Број опорављених особа} = \frac{(\text{Број опорављених})}{(\text{Укупан број отпуштених лица})} \times 100\%$$

$$\text{Број отпуштених умрлих лица} = \frac{(\text{Број смртних случајева})}{(\text{Укупан број отпуштених лица})} \times 100\%$$

$$\text{Подијељени отпусти (понављано стање)} = \frac{(\text{Укупан број отпуштених лица})}{(\text{Број особа којима се стање поновило})} \times 100\%$$

$$\text{Подијељени отпусти (без оздрављења)} = \frac{(\text{Број лица без оздрављења})}{(\text{Укупан број отпуштених лица})} \times 100\%$$

Лица примљена након отпуштања са терапије треба пријавити као засебну категорију, како би се избјегло приказивање боље стопе опоравка. Дјеца с акутном потхрањености, секундарном инвалидности, расцјепом непца или хируршким потешкоћама, итд. не би требало да буду искључена из програмског извјештаја. При извјештавању, главна група у програму су дјеца узраста између шест и 59 мјесеци.

Осим горе наведених показатеља, када се анализира ефекат, системи треба да прате учествовање становништва, прихватљивост програма (добре мјере и покривеност), количину и квалитет хране која се даје, покривеност, разлоге за пребацивање на друге програме (нарочито дјеце чији се нутритивни статус погоршава до тешке акутне потхрањености) и број примљених особа и особа у процесу лијечења. Такође је потребно узети у обзир вањске факторе, као што су узроци морбидитета, ниво потхрањености становништва, степен недостатка хране у домаћинствима и код становништва, доступност комплементарних мјера (укључујући програме опште дистрибуције хране или сличне програме) и капацитете постојећих система за пружање услуга. Треба редовно испитивати узроке понављања ситуација и неадекватан одговор на лијечење.



6. **Допринос здрављу и начини изводљивости:** Циљани програми допунске исхране јесу важна контакт-тачка за преглед и упућивање љекару због болести. Програми морају узети у обзир капацитет постојећих здравствених услуга, како би се осигурало ефикасно пружање анитхелминтика, суплемената витамина А, жељеза и фолне киселине у комбинацији с праћењем и при лијечењу маларије, цинк за лијечење дијареје и имунизацију (видјети Стандард 2. Основне

здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 352, те стандарде 1. и 2. Основне здравствене услуге: здравље дјеце, на стр. 360–362). У подручјима с високом преваленцијом HIV-а треба бити доступно тестирање на HIV и профилактичко лијечење, а посебну пажњу треба обратити на квалитет и количину додатних obroka.

7. **Мајке дојиље** акутно потхрањене дјеце старости испод шест мјесеци требало би да буду укључене у програм допунске исхране, без обзира на њихову ухрањеност. Умјерено потхрањене мајке могу успјешно дојити и потребна им је одговарајућа помоћ у исхрани, како би заштитиле свој нутритивни статус. Мајке би требало да добију додатне оброке, стручну подршку која се тиче искључивог дојења и савјетовање о сигурној, храњивој и адекватној комплементарној исхрани. Дјецу млађу од шест мјесеци која су изразито потхрањена требало би упутити на одговарајућу стручну помоћ која се тиче дојења и, по потреби, у болницу.
8. **Оброци:** Суви оброци или храна која се дистрибуише седмично и може се одмах користити, или сваке двије седмице, препоручљивија је од исхране на терену, с тим да при одређивању састава и количине треба узети у обзир осигурање хране у домаћинству и исправност дијељења хране са другима. Потребно је осигурати јасне информације о хигијени при припреми и складиштењу додатне хране, начину и времену потрошње хране (видјети Стандард 6. Осигурање хране: трансфер хране, смјерница 1, на стр. 219) и важности дојења до 24 мјесеца старости. Да би се задовољиле посебне потребе рањивих особа, нпр. особа са смањеном покретљивошћу, потребна су прилагођавања у програму.

Стандард 2. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената: тешка акутна потхрањеност

Потешкоће које се тичу тешке акутне потхрањености су рјешиве.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Јасно дефинисати и договорити критеријуме за припрему или повећање помоћи у постојећим услугама, смањење услуга или престанак помоћи (видјети смјерницу 1).

- Укључити мјере за амбулантне и хоспитализоване пацијенте, упућивање и мобилизацију становништва да се носи с тешком акутном потхрањеношћу (видјети смјерницу 2).
- Максимизирати приступ и покривеност кроз укљученост становништва од самог почетка (видјети смјернице 1–3 и Основни стандард 1, на стр. 57).
- Обезбиједити храну и медицинску бригу у складу с државним и међународно признатим смјерницама за лијечење тешке акутне потхрањености (видјети смјернице 4–8).
- Обезбиједити да критеријуми за отпуштање укључују антропометријске и неантропометријске индексе (видјети смјерницу 6).
- Испитати узроке понављања ситуације, недостатка одговора или више стопе смртности (видјети смјернице 6–7).
- Ријешити исхрану дојенчади и дјеце, с посебним нагласком на заштити, подршци и промовисању дојења (видјети смјернице 9–10).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- У основи, ови индикатори се односе на дјецу од шест до 59 мјесеци старости, чак и ако су у програм укључена и друга дјеца.
- Више од 90 процената циљне популације налази се у подручју мањем од једног дана ходања у оба смјера (укључујући вријеме лијечења) од центра програма.
- У руралном подручју покривеност је већа од 50 процената, у урбаним срединама већа је од 70 процената, а у камповима је већа од 90 процената (видјети смјерницу 3).
- Међу пацијентима који су отпуштени са терапије мање је од 10% смртних случајева, више од 75% се опоравило, а код мање од 15% стање се поновило (видјети смјерницу 6).



Смјернице

1. **Планирање програма:** Програми треба да буду испланирани као надоградња и подршка постојећим капацитетима здравственог система, уколико је то могуће. Додатна подршка је потребна како би се обезбиједило ефикасно лијечење тешке акутне потхрањености и треба се заснивати на постојећим капацитетима здравствених установа и заједнице, броју и географској распрострањености жртава катастрофа и безбједносној ситуацији. У програме од почетка треба

укључити излазну стратегију или план за дугорочну подршку, који ће трајати и након катастрофе. Критеријуми за затварање или транзицију програма треба да укључе постојеће капацитете и могућности интеграције у постојеће системе.

2. **Дијелови програма:** Програми за лијечење тешке акутне потхрањености треба да укључе амбулантну његу болесника с медицинским компликацијама и сву дјецу с акутном потхрањеношћу млађу од шест мјесеци, те децентрализовану амбулантну његу дјеце без медицинских компликација. Амбулантна њега може се провести директно или на основу препоруке. Осим тога, програми треба да буду повезани са службама које рјешавају непосредне и главне узроке потхрањености, као што су додатна исхрана, мреже за праћење HIV-а, AIDS-а и туберкулозе, основне здравствене услуге и програмима за осигурање хране, укључујући и трансфере хране, новца и бонова. Уз ефикасну мобилизацију заједнице може се постићи прихватљивост, расположивост и покривеност програмом. Мјеста амбулантног провођења програма треба да буду у близини циљне популације с циљем смањења ризика и трошкова повезаних са дужим путовањима с малом дјецом и расељеним лицима.
3. **Покривеност:** Као и код умјерене акутне потхрањености, покривеност може утицати на прихватљивост програма, мјесто и доступност програма, општу безбједносну ситуацију, учесталост дистрибуција, број кућних посјета, провјеру квалитета услуга, величину мобилизованости и критеријуме за оцјену и укључивање, те методологију за мјерење покривености зависно од поузданости и врсте прикупљених информација. У извјештају мора бити наведена методологија. При одлучивању о одговарајућој методи, зависно од околности треба узети у обзир важеће смјернице (видјети Стандард 1. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, смјерница 2, на стр. 184).
4. **Смјернице:** Потребно је узети у обзир смјернице државе, уколико су доступне. Ако смјернице нису доступне или не задовољавају међународне стандарде, треба усвојити међународне смјернице. Међународне смјернице наведене су у изворима и додатној литератури.
5. **Критеријуми за укључивање** морају бити у складу с државним и међународним смјерницама (видјети Додатак 4: Мјерење акутне потхрањености и референце и додатна литература). Критеријуми за укључивање дјеце млађе од шест мјесеци и групе чији је антропометријски статус тешко одредити треба да узму у обзир

клиничко стање и стање дојења. Особе које су у процесу тестирања на HIV или за које се сумња на контаминираност HIV-ом, особе које болују од туберкулозе и хронично болесне особе треба да имају једнак приступ заштити ако задовољавају критеријуме за укључивање. Особе заражене HIV-ом које не задовољавају критеријуме за укључивање често захтијевају помоћ у храни, али то није најбоља опција у контексту лијечења тешке акутне потхрањености у случају катастрофе. Тим појединцима и њиховим породицама потребна је подршка у облику услуга, укључујући кућну његу, његу у центрима за лијечење туберкулозе и превенцију програма усмјерених на пренос болести с мајке на дијете.

6. **Критеријуми за отпуштање и опоравак:** Отпуштени појединци не показују знакове компликација, али морају појачати апетит и настојати да задрже одговарајућу тежину без едема повезаних с потхрањеношћу (нпр. два узастопна вагања). Дојење је посебно важно за дјецу млађу од шест мјесеци и дјецу до 24 мјесеци старости. Дјецу која нису дојена треба пажљиво пратити. Како би се избјегли ризици који су повезани с прераним отпуштањем, потребно је узети у обзир критеријуме за отпуштање. Смјернице ограничавају просјечну смртоност током лијечења, с циљем избјегавања дуготрајног периода опоравка. Просјечна смртност зависиће од смјерница и стога их треба прилагодити државним смјерницама и смјерницама које се користе. Просјечну постигнуту тежину треба израчунати за сваког појединачно са едемом или без едема повезаних с потхрањеношћу. Код неких потхрањених особа са HIV-ом, AIDS-ом и туберкулозом може доћи до лоше реакције на лијечење. Потребно је размотрити опције – дугорочно лијечење или у комбинацији са здравственим услугама и другим друштвеним и другим услугама у заједници (видјети Основни стандард 2. Здравствене услуге: сексуално и репродуктивно здравље, стр. 369).

7. **Индикатори успјешности:** За лијечење тешке акутне потхрањености треба комбиновати исходе болничке и амбулантне његе без двоструког бројања (тј. уклањањем трансфера између ове двије компоненте). Тамо гдје то није могуће, тумачење стопе исхода треба на одговарајући начин прилагодити, на примјер, треба очекивати боље индикаторе када се проведе само амбулантна њега и треба тежити индикаторима како је наведено за комбиновану његу при имплементацији само болничке његе. Број отпуштених појединаца који су имали тешку акутну неисхрањеност састоји се од оних који су се опоравили, умрли, одустали, или се нису опоравили (видјети Стандард 1. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, смјерница 4,



стр. 184). Појединци који су упућени на друге услуге (нпр. медицинске услуге) нису завршили лијечење. Ако програми извјештавају само о амбулантном лијечењу, трансфери у болничку његу се морају пријавити приликом процјене резултата. Фактори као што су клиничка комплексност HIV-а ће утицати на стопе смртности за дио примљених случајева који су HIV позитивни. Иако индикатори успјешности нису прилагођени овим ситуацијама, њихово разматрање је неопходно за интерпретацију. Додатно, за задовољење индикатора, упис нових, број ђеце за третман и покривеност се третирају кроз праћење. Узроци ремисије и погоршања стања у клиници, као и неправилности и неуспјеси у раду се истражује и документују. Дефиниције се требају узети у обзир и пратити кроз смјернице.

8. **Здравствене установе:** Сви програми за лијечење тешког облика акутне потхрањености треба да укључују систематско лијечење према државним и међународним смјерницама и утврђеним системом упућивања на лијечење сродних болести, попут туберкулозе и HIV-а. У подручјима с високом преваленцијом HIV-а, у стратегијама за лијечење потхрањености треба размотрити мјере за спречавање ширења HIV-а и мјере за подршку преживљавању мајки и дјеце. Од велике су важности ефикасни системи упућивања на тестирање на туберкулозу и HIV и с њима повезану његу.
9. **Подршка при дојењу:** Дјеца која су примљена у болницу на лијечење обично су у најгорем стању. Мајкама је потребна стручна подршка при дојењу као дио прехранбеног третмана и опоравка, поготово код дјеце млађе од шест мјесеци. То захтијева вријеме и ресурсе – како би се одредило мјесто за дојење (кутак за дојење), који је намијењен за професионалну подршку и подршку међу мајкама. Дојиље озбиљно потхрањене дјеце млађе од шест мјесеци треба да добију додатне оброке, без обзира на њихову ухрањеност, осим ако не испуњавају антропометријске критеријуме за тешку акутну потхрањеност – у овом случају треба их узети на лијечење.
10. **Социјална и психо-социјална подршка:** Емоционална и физичка стимулација кроз игру важна је за дјецу с тешком акутном потхрањености у периоду рехабилитације. Старатељима такве дјеце често је потребна социјална и психо-социјална подршка, како би могли излијечити дјецу. То се може постићи кроз програме мобилизације који би требало да буду усмјерени према подстицању и интеракцији као методама лијечења и превенције будућих когнитивних и других поремећаја (видјети Принцип заштите 4, на стр. 43). Сви старатељи озбиљно потхрањене дјеце треба да буду у могућности да хране и воде бригу о својој дјечи током лијечења, уз пружање савјета, практичне демонстрације и информације о здрављу и исхрани.

Стандард 3. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената: недостатак микронутријената

Интервенције које се тичу микронутријената прате нутритивне интервенције јавног здравства и друге интервенције усмјерене на смањење уобичајених болести повезаних с хитним ситуацијама и рјешавају недостатак микронутријената.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Оспособити здравствено особље у препознавању и лијечењу недостатка микронутријената (видјети смјернице 1–2).
- Успоставити поступке за ефикасно дјеловање у случајевима разних врста недостатака микронутријената који могу угрозити становништво (видјети смјерницу 2).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Лијечење случајева недостатка микронутријената у складу с тренутно најбољом клиничком праксом (видјети смјернице 1–2).
- Мјере у подручју микронутријената прате јавноздравствене мјере за смањење појављивања уобичајених болести које су повезане са хитним интервенцијама, попут малих богиња (витамин А) и дијареје (цинк) (видјети смјернице 3–4).

Смјернице

1. **Дијагноза и лијечење клиничког недостатка микронутријената:** Дијагностиковање одређене врсте клиничког недостатка микронутријената је могуће путем једноставног прегледа. Клинички индикатори ове врсте недостатка могу бити укључени у здравствени или мониторинг прехранбених система и захтијевају темељиту обуку особља како би се обезбиједила тачност процјена. Дефиниције од случаја до случаја су проблематичне и у кризним ситуацијама често могу бити одређене само кроз допунско дјеловање код појединаца којима је пружена здравствена заштита кроз здравствене установе од стране здравственог особље. Лијечење недостатака микронутријената треба да укључује активно проналажење случајева и кориштење договорених дефиниција случаја и смјерница за лијечење. Откривање и лијечење случајева недостатака микронутријената мора се одвијати у оквиру здравственог система и програма исхране (видјети



Стандард 2. Процјена осигурања хране и исхране, смјерница 6, на стр. 172). Тамо гдје преваленција недостатка микронутријената премашује јавноздравствене прагове (видјети Додатак 5: Мјере у вези с недостатком микронутријената од значаја за јавно здравље), вјероватно је примјерено лијечење опште популације додацима у исхрани. Скорбут (витамин Ц), пелагра (ниацин), берибери (тиамин) и арибофлавиноза (рибофлавин) јесу најчешће епидемије због неадекватне заступљености микронутријената код становништва које зависи од помоћи у исхрани. На основу горе наведених чињеница, потребно је недостатке микронутријената рјешавати кроз активности које покривају цијелокупно становништво, као и лијечење појединаца.

2. **Дијагноза и лијечење супклиничких недостатака микронутријената:** супклинички недостатак микронутријената може имати негативне посљедице за здравље и не може се директно идентификовати, без биохемијских истраживања. Изузетак је анемија, за коју су доступна биохемијска испитивања која се могу релативно једноставно провести и на терену (видјети Стандард 2. Процјена осигурања хране и исхране, смјерница 6, на стр. 172, и Додатак 5: Мјере у вези с недостатком микронутријената од значаја за јавно здравље). За процјену да ли је потребно побољшати унос хране или кориштење додатака исхрани (суплемената) могу се користити индиректни индикатори (видјети Стандард 2. Процјена осигурања хране и исхране, смјерница 6, на стр. 172, и Додатак 5: Мјере у вези с недостатком микронутријената од значаја за јавно здравље).
3. **Превенција:** Стратегије за превенцију недостатка микронутријената укратко су описане у поглављу о осигурању хране – трансфер хране (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфер хране, на стр. 198). Превенција такође захтијева контролу болести као што је акутна инфекција дисајних путева, мале богиње и паразитске инфекције, на примјер, маларија и дијареја, који исцрпљују залихе микронутријената (видјети стандарде 1. и 2. Основне здравствене услуге: здравље дјеце, на стр. 360–362). Спремност за превентивно лијечење треба да укључује развој дефинисаног случаја и смјерница за поступање, те системе за активно откривање случајева.
4. **Употреба микронутријената у лијечењу општих болести:** додавање суплемената микронутријената требало би да буде укључено у превенцију и лијечењу неких болести. То укључује давање витамина А као суплемента за мале богиње и додавање цинка са оралном рехидрацијском соли за лијечење дијареје (видјети стандарде 1. и 2. Основне здравствене услуге: здравље дјеце, на стр. 360–362, и Стандард 2. Исхрана дојенчади и дјеце, на стр. 176).

4. Осигурање хране

Интервенције које се тичу осигурања хране треба да имају за циљ задовољавање краткорочних потреба, „да не узрокују штету“; да утичу на то да погођено становништво у мањој мјери усваја потенцијално штетне стратегије суочавања са проблемима и да допринесу успостављању дугорочног осигурања хране. Прецизна процјена испитује примјереност и изводивост опција могућих начина дјеловања (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166). Интервенције за осигурање хране у овом дијелу су груписане у стандардима за општу осигурање хране, трансфере хране, новца и бонова, те интервенције за обезбјеђење животних услова. Ако је потребна храна, треба узети у обзир одговарајући облик трансфера и треба пажљиво одабрати врсте хране за трансфер у натури или кроз бонове. Интервенције које се тичу животних услова укључују примарну производњу, доходак и запосленост, те приступ тржишту роба и услуга. Трансфери новца и бонова могу се користити за разне робе или услуге у осигурању хране, као и за остале секторе. Разумијевање капацитета тржишта и одговарајући модалитет за испоруку од пресудног су значаја за пројектовање интервенција осигурања хране.

Стандарди осигурања хране узимају у обзир ресурсе како би се задовољиле потребе цјелокупног становништва за храном и специфичних група угрожених лица с повећаним прехранбеним ризиком. Док се не задовоље ове потребе, било која интервенција усмјерена на лијечење лоше исхране имаће ограничен утицај, јер ће се они који се опораве од потхрањености вратити у контекст неадекватног уноса хране и њихов нутритивни статус ће се вјероватно опет погоршати.

Усмјеравање, испоруке и методе дистрибуције треба да смање ризик грешака укључивања и искључивања. То укључује ризик да храну, новац или другу помоћ отуђе војници. Важно је да се интервенције осигурања хране не преусмјеравају на начин да погоршају сукобе.



Стандард 1. Осигурање хране: опште осигурање хране

Људи имају право на хуманитарну помоћ у храни која обезбјеђује њихов опстанак и подржава њихово достојанство те, колико је то могуће, спречава смањење њихове имовине и гради отпорност.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Осмислити примарне интервенције како бисте задовољили непосредне потребе (видјети смјерницу 1).
- Размислити о предузимању мјера за подршку, заштиту и промоцију осигурања хране (видјети смјерницу 2).
- Базирати интервенције на основу детаљне анализе, њихових предности, с њима повезаних ризика и трошкова, те стратегија суочавања људи са проблемима (видјети смјерницу 3).
- Развити транзицијске и излазне стратегије за сва дјеловања на катастрофе, повећати свијест о њима и примијенити их на одговарајући начин (видјети смјерницу 4).
- Осигурати да корисници имају приступ одговарајућој подршци, укључујући пружање потребних знања, вјештина и услуга (видјети смјерницу 5).
- Заштитити и очувати животну средину од даљег пропадања у свим интервенцијама (видјети смјерницу 6).
- Вршити надзор како би се одредио ниво прихватања и приступа интервенцијама различитих група и појединаца, те обезбиједити покривеност цијелокупног становништва погођеног катастрофом без дискриминације (видјети смјерницу 7).
- Процијенити мјерење ефеката интервенција на локалну економију, социјалне мреже, животне услове и животну средину и обезбиједити да се налази ефективно дијеле и користе како би имали утицаја на будуће интервенције (видјети смјерницу 8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сви катастрофом погођени људи којима су потребне интервенције које се тичу осигурања хране добијају помоћ која задовољава њихове основне животне потребе, спречава смањење њихове имовине, даје им избор и промовише њихово достојанство.

- Домаћинства не користе негативне стратегије суочавања са проблемима (видјети смјерницу 3).
- Избор новца, бонова или њихове комбинације заснива се на потпуној процјени и анализи (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфер новца и бонова, на стр. 222).

Смјернице

1. **Давање приоритета интервенцијама које су спасавају животе:** Дистрибуција хране, новца или бонова или комбинација истих најчешћа је почетна реакција на акутну несигурност која се тиче хране. Остале врсте реакција такође треба узети у обзир, укључујући субвенције за храну, привремене отписе накнада, програме запошљавања, продуктивну подршку животним условима, трошење залиха, пружање сточне хране и подршку тржиштима. Када тржишта функционишу и доступна су и не постоје озбиљни ризици инфлације, приоритет може бити да се поново успоставе нормални аранжмани тржишта и ревитализација економских активности које обезбјеђују запошљавање (видјети дијелове о интервенцијама везаним за тржиште и осигурање хране у изворима и додатној литератури). Такве стратегије могу бити прикладније од дистрибуције хране, ако оне нуде предности у подршци условима живота, смањење будуће рањивости и поштовање достојанства. Организације треба да узму у обзир оно што други раде како би се обезбиједило да комбинована интервенција пружи улазе и услуге који су комплементарни.
2. **Подршка, заштита и промоција осигурања хране:** Ово укључује широк распон интервенција и заговарања. За вријеме почетне фазе катастрофе, задовољавање непосредних потреба и очување продуктивне имовине је приоритет, али интервенције треба да буду планиране с дугорочном перспективом и интегрисане са интервенцијама из других сектора. У кратком року може бити немогуће да се постигне осигурање хране стратегијама обичног човјека који се брине о својој егзистенцији. Међутим, треба подржати постојеће стратегије које доприносе осигурању хране и очувању достојанства. Интервенције које се тичу осигурања хране треба да спријече даље смањење средстава, да воде према опоравку имовине изгубљене у катастрофи и повећају отпорност на будуће опасности.
3. **Ризици повезани са стратегијама суочавања с проблемима:** Треба подржати стратегије суочавања с проблемима које доприносе осигурању хране и достојанства. Међутим, стратегије суочавања с



проблемима могу подразумевати трошкове или узроковати ризике који повећавају рањивост (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166). Ризици се морају препознати што је прије могуће и треба подузети ране мјере интервенције како би се избјегло да људи прибјегавају таквим стратегијама. На примјер, дистрибуцијом дрва и/или ефикасних шпорета може се избјећи прекомјерно кориштење природних ресурса и путовање у несигурна подручја, а новчаним донацијама може се избјећи продаја имовине и земљишта под стресом (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).

4. **Излазне и транзицијске стратегије** треба узети у обзир од самог почетка, а посебно у условима гдје интервенција може имати дугорочне посљедице, нпр. пружање бесплатних услуга које би се иначе плаћале, као што су ветеринарске услуге, може учинити да буде тешко наплатити такве услуге у будућности. Прије затварања програма или транзиције у нову фазу, требало би да постоје докази о побољшању или да други, боље постављени актери могу преузети одговорност. У случају трансфера хране, новца и/или бонова, то може значити повезивање с постојећом социјалном заштитом или мрежама система за дугорочну сигурност или заговарање код влада и донатора за успостављање система који се баве хроничном несигурношћу хране.
5. **Приступ знању, вјештинама и услугама:** Организацијске структуре требало би да буду осмишљене и планиране, заједно с корисницима, тако да су примјерене и да се, гдје је то могуће, адекватно одржавају након интервенције. Неки појединци имају врло специфичне потребе, нпр. дјеца која су остала без родитеља усљед AIDS-а, и могу пропустити пренос информација и вјештина који се одвија унутар породице, а исто се може обезбиједити кроз одговарајуће услуге.
6. **Утицај на животну средину:** Треба очувати базу природних ресурса за производњу и животне услове катастрофом погођеног становништва (и домаћег становништва). Утицај на животну средину треба узети у обзир приликом процјене и планирања било које интервенције. На примјер, људима који живе у камповима потребно је гориво за кување, што може убрзати локално крчење шума. Дистрибуција хране с дугим временом припреме захтијеваће више горива за кување и потенцијално утицати на животну средину (видјети Стандард 2. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 204). Интервенције могу помоћи у опоравку животне средине од деградације. На примјер, смањење залиха смањује притисак на пашњаке током суше и чини да на располагању буде више испаше за стоку која преживи. Гдје је

то могуће, интервенција би требало да изгради способност људи да управљају природним ресурсима, а посебно када се испоручују улазни материјали. Треба процијенити и ублажити ризик да интервенција узрокује или погорша тензије око природних ресурса и тако подстакне сукобе (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).

7. **Покривеност, приступ и прихватљивост:** Треба процијенити кориснике, њихове карактеристике и њихов број, уз разврставање с обзиром на пол и старост, прије одређивања нивоа учествовања појединих група (с посебним нагласком на рањивим особама). Учествовање дјелимично одређује једноставност приступа и прихватљивост активности за учеснике. Иако неке интервенције које се тичу осигурања хране циљају на економски активне људе, оне не би требало да праве неправедну дискриминацију, треба да буду доступне рањивим особама и заштите издржаване чланове породице, укључујући дјецу. Ограничења могу смањити учествовање, укључујући и смањену способност за рад, тежак посао код куће, трудноћу, храњење и бригу за дјецу, те болест и инвалидност. Превладавање ограничења укључује идентификовање активности у оквиру капацитета групе или успостављање одговарајућих структура за подршку. Треба успоставити механизме за усмјеравање на основу властитог избора након пуних консултација са свим популационим групама (видјети Принцип заштите 2, на стр. 38).
8. **Праћење и процјена:** Потребно је надзирати ширу ситуацију која се тиче осигурања хране у циљу процјене континуиране релевантности интервенције и како би се могло одредити када ће се укинути одређене активности, увести измјене или нови пројекти и како би се утврдила било каква потреба за заговарањем. Процјена треба да се заснива на утврђеним критеријумима Одбора за помоћ у развоју које је успоставио OECD, а који мјере следеће параметре: прикладност, повезаност, кохерентност, покривеност, ефективност, ефикасност и утицај.



4.1. Осигурање хране – трансфери хране

Циљ трансфера хране је да се обезбиједи да људи имају сигуран приступ храни одговарајућег квалитета и количине, те да имају средства за сигурну припрему и конзумирање. Уопштено, (бесплатна) дистрибуција хране се уводи када се процијени да је неопходна и усмјерена је на оне којима је храна највише потребна, а прекида се када су се корисници опоравили у смислу способности производње или приступа храни на друге начине. Корисницима може бити потребан прелаз на друге облике

помоћи, као што су условни трансфери или интервенција која се тиче животних услова. Додатна храна може бити потребна уз било које опште оброке за појединце изложене ризику (на примјер, дјеца узраста од шест до 59 мјесеци и труднице или дојиље). То може бити урађено циљаним или кровним приступом, зависно од контекста (видјети Стандард 1. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, на стр. 182). За општу дистрибуцију хране и додатну храну, гдје год је то могуће, треба давати оброке који се носе кући. Исхрана на лицу мјеста се организује само кад људи немају средства да кухају за себе (одмах након катастрофе или током кретања становништва), гдје би се примаоци оброка који се носе кући довели у опасност, или за хитну исхрану у школама (иако се оброци који се носе кући могу дистрибуисати преко школа). Управљање ланцем снабдијевања (енг. supply chain management – SCM) мора бити посебно снажно и одговорно, јер животи могу бити изложени ризику, а трансфери хране често представљају велики дио дјеловања у ситуацијама катастрофа. Испоруку и дистрибуцију треба пратити у свим фазама, укључујући ниво заједнице, а транспарентност кроз ефективну комуникацију може играти кључну улогу. Периодичне процјене треба да дистрибуишу налазе и о њима треба разговарати са заинтересованим странама, укључујући погођено становништво и локалне институције.

Стандард 1. Осигурање хране и трансфери хране: Општи захтјеви исхране

Обезбиједите да буду испуњене прехранбене потребе катастрофом погођеног становништва, укључујући и групе које су највише изложене ризику.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Користити нивое приступа одговарајућој количини и квалитету хране како би се утврдило да ли је ситуација стабилна или постоје изгледи да ће се погоршати (видјети смјернице 1, 4 и 5).
- Осмислити трансфере хране на основу стандардних почетних захтјева планирања за енергију, протеине, масти и микронутријенте, прилагођене потребама локалне ситуације (видјети кључне индикаторе, смјерницу 2 и Додатак 6: Прехранбене потребе).
- Обезбиједити да становништво има приступ одговарајућим хранљивим намирницама и да је подршка у храни безбједна, да се промовише и подржава (видјети смјернице 3–8).

- Обезбиједити да дјеца старости од шест до 24 мјесеца имају приступ нутритивно и енергетски богатој додатној храни и да труднице и дојиље имају приступ додатној прехранбеној подршци (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити да домаћинства са хронично болесним члановима, укључујући обољеле од HIV-а и чланове с одређеним потешкоћама или рањивостима имају приступ одговарајућој нутритивно богатој храни и одговарајућу прехранбену подршку (видјети смјернице 6–8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Постоји адекватан приступ низу намирница, укључујући основне (житарице или гомољасто поврће), махунарке (или животињске производе) и изворе масти, који заједно задовољавају прехранбене потребе (видјети смјернице 2, 3 и 5).
- Постоји адекватан приступ јодираној соли за већину (> 90 процената) домаћинстава (видјети смјернице 2–4 и Додатак 6: Прехранбене потребе).
- Постоји адекватан приступ додатним изворима ниацина (нпр. махунарке, ораси, сушена риба) ако је основна храна кукуруз или сирутка (видјети смјернице 2–3 и Додатак 5: Мјере недостатка микронутријената од значаја за јавно здравље, и 6: Прехранбене потребе).
- Постоји адекватан приступ додатним изворима тиамина (нпр. махунарке, ораси, јаја) ако је основна храна прерађена рижа (видјети смјернице 2–3).
- Постоји приступ адекватним изворима рибофлавина у ситуацијама у којима су људи зависни од врло ограничене исхране (видјети смјернице 2–3).
- Нема случајева скорбута, пелагре, бериберија или недостатка рибофлавина (видјети смјерницу 5 и Додатак 5: Мјере недостатка микронутријената од значаја за јавно здравље).
- Преваленција недостатка витамина, анемије и поремећаја јода није од значаја за јавно здравље (видјети смјерницу 5 и Додатак 5: Мјере недостатка микронутријената од значаја за јавно здравље).



Смјернице

1. **Тумачење приступа храни:** Приступ храни може се мјерити аналитичким алатима као што је оцјена потрошње хране или алати разноврсности исхране. Приступ који узимају у обзир низ варијабли, укључујући осигурање хране, приступ тржишту, животне услове, здравље и исхрану могу бити прикладни како би се утврдило да ли је ситуација стабилна или се погоршава и јесу ли потребне интервенције које се тичу хране (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166).
2. **Прехрамбене потребе и планирање obroка:** Сљедеће процјене за минималне потребе становништва треба користити за планирање општих obroка, с бројевима прилагођеним за сваки дио популације, како је описано у Додатку 6:

Прехрамбене потребе:

- 2.100 kcal/особа/дан
- 10% укупне енергије од протеина
- 17% укупне енергије осигуравају масти
- одговарајући унос микронутријената

Општи obroци могу се осмислити помоћу алата за планирање obroка (нпр. NutVal). Тамо гдје људи немају приступ било каквој храни, дистрибуисани obroци треба да испуне њихове укупне прехрамбене потребе. Договорене процјене морају бити успостављене за просјечне количине хране доступне погођеном становништву (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166). Obроке тада треба планирати да би се надокнадила разлика између нутритивних потреба и онога што људи могу сами направити. Дакле, ако је стандардни услов 2100 kcal/особа/дан и процјена утврди да људи у оквиру циљане популације могу, у просјеку, прибавити 500 kcal/особа/дан кроз властите напоре и ресурсе, пружена помоћ у храни требало би да износи $2100 - 500 = 1600$ kcal/особа/дан. Осим енергетског садржаја, кључно је узимање у обзир протеина, масти, витамина и минерала у планирању исхране. Ако је оброк предвиђен за пружање свих енергетских садржаја у исхрани, онда он мора да садржи довољне количине свих храњивих материја. Ако је предвиђено да оброк надокнади само дио утрошка енергије, тада се то може урадити помоћу једног од два приступа. Ако је садржај храњивих материја других намирница које су на располагању становништву непознат,

оброк би требало да буде осмишљен како би обезбиједио уравнотежен садржај храњивих материја који је пропорционалан енергетском садржају obroка. Ако је садржај храњивих материја других намирница доступних становништву познат, оброк може бити осмишљен тако да надопуни те намирнице попуњавајући недостатке у исхрани. Просјечни бројеви за планирање за опште оброке треба да узму у обзир додатне потребе трудница и дојиља. Адекватна и прихватљива храна за малу дјецу требало би да буде укључена у општи оброк, као нпр. нутритивно обогаћена кашаста храна (видјети Стандард 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 176). Треба обезбиједити једнакост тако да се слични оброци дају на сличан начин погођеном становништву и подгрупама становника. Особе које планирају би требало да буду свјесни да различите величине obroка у сусједним заједницама могу изазвати напетост. Унос прекоmjерне количине микронутријената може бити штетан и при планирању obroка то треба узети у обзир, а поготово ако се у оброк укључује неколико различитих нутритивно обогаћених прехранбених производа.

3. **Превенција акутне потхрањености и недостатка микронутријената:**

Ако су задовољени кључни индикатори који се тичу хране, тада треба спријечити погоршање стања исхране цјелокупног становништва и, такође, треба да буду успостављене одговарајуће јавноздравствене мјере како би се спријечила појава болести као што су мале богиње, маларија и паразитске инфекције (видјети стандарде 1. и 2. Основне здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 349–352). Осигурање одговарајућег храњивог садржаја obroка у помоћи у храни може бити изазовно у ситуацијама гдје постоје ограничене врсте хране које су на располагању. Могућности за побољшање нутритивног квалитета obroка су обогаћење основних намирница, укључивање обогаћене кашасте хране, укључивање локално купљених артикала да се пружи храњиве материје које недостају и/или употреба суплементарних производа, као што је храна заснована на липидима, нутритивно засићена и спремна за кориштење, или суплементи у облику таблета/прашкова са више микронутријената. Ови производи могу бити усмјерени на рањиве појединце као што су дјеца узраста од шест до 24 или од шест до 59 мјесеци, или труднице и дојиље. Изузетно, ако је храна богата храњивим материјама локално доступна, може се узети у обзир повећавање количине хране у општем obroку које би омогућило више размјене хране, али се мора водити рачуна о економичности и утицају на тржишта. Остале опције које се такође могу



узети у обзир за превенцију недостатака микронутријената укључују мјере осигурања хране за промоцију приступа хранљивим намирницама (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166. и стандарде 1. и 2. Осигурање хране: животни услови, на стр. 227–232). Треба узети у обзир губитке микронутријената који се могу појавити током транспорта, складиштења, прераде и кухања, те биорасположивост различитих хемијских облика витамина и минерала.

4. **Надзор над кориштењем obroka:** Кључни индикатори се баве приступом храни, али не квантификују искористивост хране или биорасположивост нутријената. Директно мјерење уноса хране би наметнуло нереалне захтјеве за прикупљање информација. Међутим, искористење се може посредно процијенити кориштењем података из различитих извора. Ти извори могу укључивати праћење доступности хране и кориштења на нивоу домаћинства, процјену цијене хране и доступности хране на локалним тржиштима, испитивање планова за дистрибуцију и евиденцију помоћи у храни, процјену било каквих набавки хране из природе и обављање процјене осигурања хране. Расподјела хране унутар домаћинства није увијек праведна и рањиве особе могу бити посебно погођене тиме, али обично није могуће измјерити ове аспекте. Одговарајући механизми расподеле (видјети Стандард 5. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 213), избор хране и разговор с погођеним становништвом могу допринијети бољој расподеле хране унутар домаћинства (видјети Основни стандард 1, на стр. 57).
5. **Старији људи** могу бити посебно погођени катастрофама. Фактори ризика који смањују приступ храни и могу повећати захтјеве за нутријентима укључују болест и инвалидност, изолацију, психо-социјални стрес, величину породице, хладноћу и сиромаштво. Старији људи требало би да буду у могућности да лако приступе изворима хране (укључујући и трансфере хране). Храна треба да буде лака за припрему и конзумацију и треба да испуњава додатне захтјеве старијих људи за протеинима и микронутријентима.
6. **Људи који живе с HIV-ом** се могу суочити с већим ризиком од потхрањености због низа фактора. Међу њима су и смањени унос хране због губитка апетита или потешкоћа у јелу, слаба апсорпција хранљивих материја због дијареје, паразита или оштећења цријевних ћелија, промјене у метаболизму и хроничне инфекције и болести. Захтјеви за енергијом људи који живе с HIV-ом расту према степену

инфекције. Људи који живе с HIV-ом морају бити добро ухрањени и морају уносити што је више могуће протеина и микронутријената како би одгодили почетак AIDS-а. Мљење и појачавање хране или пружање појачаних, мијешаних или специјалних прехранбених суплемената представљају могуће стратегије за побољшање приступа одговарајућој исхрани. У неким ситуацијама може бити прикладно повећати укупну величину било каквог оброка хране. Треба размотрити давање антиретровирусне терапије (ART) и улогу подршке коју исхрана може играти у толеранцији и придржавању овог третмана.

7. **Лица с инвалидитетом:** Лица с инвалидитетом могу бити изложена посебном ризику да у катастрофи буду одвојена од чланова уже породице и уобичајених старатеља. Они се такође могу суочити с дискриминацијом која утиче на приступ храни. Треба уложити напоре да се одреде и смање ти ризици путем осигуравања физичког приступа храни, развијања механизма за подршку исхрани (нпр. давање кашика и сламки, развој система за кућне посјете) и осигуравање приступа енергетски засићеној храни богатој нутријентима. Специфични прехранбени ризици укључују потешкоће у жвакању и гутању (што доводи до смањеног уноса хране и давлјења), неодговарајући положај или држање приликом јела, смањену покретљивост, која ограничава приступ храни и сунчевој свјетлости (што утиче на нивое витамина D), и констипацију (затвор), од које, на примјер, могу патити лица са церебралном парализом.
8. **Старатељи и они за које се они брину** могу се суочити с одређеним препрекама које се тичу исхране, нпр. они имају мање времена за приступ храни, јер су болесни или се брину за болесне, могу имати већу потребу за одржавањем хигијенских пракси које могу бити угрожене, могу имати мање средстава које би замијенили за храну због трошкова лијечења или сахрана и могу се суочити са друштвеном стигмом и смањеним приступом механизмима подршке у заједници. Важно је да старатељи добију подршку, а не да им се одмаже у бризи за рањиве појединце. Подршка која се нуди треба да се односи на исхрану, хигијену, здравље и психо-социјалну подршку и заштиту. Постојеће друштвене мреже могу се користити за пружање обуке изабраним члановима популације да преузму одговорност у том подручју (видјети Принцип заштите 4, на стр. 43).



Стандард 2. Осигурање хране и трансфери хране: прикладност и прихватљивост

Намирнице које се дају примјерене су и прихватљиве за кориснике, тако да их они могу ефективно и ефикасно користити на нивоу домаћинства.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Консултовати се са катастрофом погођеним особама о прихватљивости, познатости и прикладности прехранбених артикала у поступку процјене и планирања програма, те обезбиједити да се резултати користе као информације за одлуке о избору хране (видјети смјерницу 1).
- Процијенити способност људи за складиштење хране, њихов приступ води и гориву и вријеме кухања и захтјеве за намакањем при одабиру врсте хране (видјети смјерницу 2).
- Када се дистрибуише храна која није позната локалном становништву, дати инструкције о одговарајућој припреми за људе који ће припремати храну, и то по могућности на локалном језику (видјети смјерницу 1).
- Ако се дистрибуишу житарице цијелог зрна, треба осигурати да примаоци имају или средства за мљевање/обраду код куће, или приступ одговарајућим објектима за мљевање/обраду (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити да катастрофом погођени људи имају приступ културолошки важним артиклима, укључујући и зачине (видјети смјерницу 4).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Одлуке програма заснивају се на пуној сарадњи са свим циљаним корисницима у одабиру намирница (видјети смјернице 1 и 4).
- Осмишљавање програма узима у обзир приступ води, гориву за кухање и опреми за прераду хране (видјети смјернице 2 и 3).
- Не постоји општа расподела млијека у праху или текућег млијека или млијечних производа као засебних роба (видјети смјерницу 5).

Смјернице

1. **Познавање и прихватљивост:** Храњива вриједност је примарна ствар при одабиру намирница за расподелу, а роба мора бити позната примаоцима и у складу с вјерским и културним традицијама, укључујући одређену храну која је табу за труднице и дојиље. Рањиви људи би требало да учествују у консултацијама о избору хране. Ако се користи непозната храна, она би требало да има потенцијал да буде укусна локалном становништву. У извјештајима о процјени и захтјевима за донаторе, треба објаснити избор намирница (укључених и искључених). Када катастрофе спријече приступ објектима за кување, треба дистрибуисати храну која је већ спремна за кориштење (видјети такође Стандард 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 176). Без могућности кувања, могуће је да не постоји алтернатива пружању непознате хране и посебни „хитни оброци“ се тада такође могу узети у обзир.
2. **Складиштење хране и припрема:** Способност људи да складиште храну треба да буде једна од информација у избору робе. За потребе за водом видјети Стандард 1. Снабдијевање водом, на стр. 105. Треба процијенити кориштење горива прије него што се одабере начин осигурања хране, како би се осигурало да корисници могу довољно кувати храну да се избјегне опасност по здравље и спријечило уништавање животне средине и евентуални сигурносни ризици кроз претјерано прикупљање дрва за ложење (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35). Генерално, храна која се пружа не би требало да захтијева много времена за кување или велике количине воде. Мљевена зрна обично смањују вријеме кувања и количину горива. За опрему за кување видјети Стандард 6. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 219, и стандарде 3. и 4. Непрехранбени артикли, на стр. 304–305.
3. **Обрада хране:** Житарице цијелог зрна имају предност због дужег рока трајања и могу имати већу вриједност за примаоце. Житарице цијелог зрна могу се дистрибуисати тамо гдје је мљевање на нивоу домаћинства традиционално или тамо гдје је омогућен приступ локалним млиновима. Могу се обезбиједити објекти за комерцијално мљевање са слабом екстракцијом: то уклања бактерије, уља и ензими (који узрокују ужегlost) и увелико повећава рок трајања, иако, с друге стране, смањује садржај протеина. Мљевање је од посебног значаја за кукуруз: мљевени кукуруз има рок трајања од само шест до осам седмица, тако да би кукуруз требало мљети непосредно прије конзумације. Треба поштовати националне законе о увозу и дистрибуцији житарица



цијелог зрна. Трошкови мљевења за примаоце могу бити задовољени готовином или боновима, а мање преферирани приступ је давање додатних житарица, односно пружање опреме за мљевење.

4. **Културолошки важне ставке:** Проценом треба утврдити културолошки важне зачине и остале прехранбене производе који су битан дио свакодневних прехранбених навика (нпр. зачини, чај) и одредити приступ људи овим артиклима. Избор намирница треба да буде осмишљен у складу с наведеним, а поготово на мјестима гдје људи зависе од помоћи у храни током дужег периода.
5. **Млијеко:** Не би требало бити нециљане дистрибуције бесплатне или субвенционисане хране за дојенчад, млијека у праху, текућег млијека или млијечних производа као засебне робе (то укључује млијеко намијењено за мијешање с чајем) у општој дистрибуцији хране или програму допунске исхране с ношењем хране кући, пошто њихово непажљиво кориштење може узроковати озбиљне здравствене опасности. Било какве интервенције које укључују млијеко морају бити у складу с Оперативним смјерницама за IFE, Међународним правилником о стављању BMS на тржиште и каснијим релевантним резолуцијама WHA (видјети стандарде 1. и 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 175-176).

Стандард 3. Осигурање хране и трансфери хране: квалитет и осигурање хране

Храна која се дистрибуише прикладна је за исхрану људи и одговарајућег је квалитета.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Одабрати намирнице које су у складу с националним стандардима земље-примаоца и другим међународно прихваћеним стандардима (видјети смјернице 1–2).
- Дистрибуисати храну прије истека рока или доста прије датума истека рока трајања (видјети смјерницу 1).
- Консултовати се са примаоцима о квалитету дистрибуисане хране и одмах дјеловати у вези с проблемима који се јављају (видјети смјерницу 3).
- Одабрати одговарајуће паковање за храну, које је чврсто, погодно за руковање, складиштење и дистрибуцију, те не представља опасност

за животну средину (видјети смјерницу 4).

- Означити пакете хране на одговарајућем језику. За паковану храну, навести датум производње, поријекло, датум истека рока трајања за потенцијално опасне намирнице и појединости о садржају нутријената (видјети смјерницу 4).
- Транспортовати и складиштити храну у одговарајућим условима, користећи најбоље праксе у управљању складиштењем, са систематским провјерама квалитета хране (видјети смјерницу 5).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сви примаоци добијају храну која је „примјерена сврси“: због сигурности, храна не смије представљати опасност за здравље, а што се тиче квалитета, храна би требало да одговара спецификацијама квалитета те да буде храњива (видјети смјернице 1–2, 4).
- Мониторинг одговорности прати све приговоре корисника који су примљени и ријешени (видјети смјерницу 3).

Смјернице

1. **Квалитет хране:** Храна мора да буде у складу са стандардима за храну владе земље-примаоца и/или стандардима **Codex Alimentarius**, у погледу квалитета, паковања, означавања и „сврсисходности“. Храна увијек треба да буде „прикладна за исхрану људи“, али такође би требало да буде „примјерена сврси“. Када храна нема квалитет да се користи на одређени начин, она не одговара сврси, чак и ако је прикладна за исхрану људи (нпр. квалитет брашна може онемогућити печење на нивоу домаћинства, чак и ако је оно безбједно за конзумирање). Код испитивања квалитета, узорци треба да буду одабрани према плану узорковања и организације које их купују треба да их систематски провјеравају, како би се осигурао квалитет који је адекватан. Кад год је потребно, храна која је купљена локално или се увози мора бити пропраћена фитосанитарним сертификатима и осталим сертификатима инспекције. Треба провести испитивање случајног узорка на залихама. При фумигацији треба користити одговарајуће производе и слиједити строге процедуре. Кад су у питању велике количине или постоје сумње или спорови око квалитета, пошиљку би требало да прегледају независни инспектори квалитета. Информације о роковима и квалитету пошиљака хране могу се добити из сертификата добављача, инспекцијских извјештаја контроле квалитета, наљепница са пакета и извјештаја о складиштењу. Храна



која не одговара намјени треба пажљиво да се одложи (видјети Стандард 4. Осигурање хране: трансфери хране, смјерница 10, на стр. 210).

2. **Генетски модификована храна:** Треба разумјети и поштовати националне прописе који се односе на пријем и кориштење генетски модификоване хране. Таква правила треба узети у обзир када се планира трансфер хране из увоза.
3. **Механизам за приговоре и одговоре на приговоре:** Организације морају обезбиједити одговарајуће механизме за приговоре и одговоре на приговоре о квалитету и осигурању хране због одговорности према примаоцима (видјети Основни стандард 1, смјерница 2, на стр. 58).
4. **Паковање:** Ако је могуће, амбалажа треба да омогући директну дистрибуцију без поновног мјерења (нпр. кашиком) или поновног паковања: одговарајуће величине пакета могу помоћи да се обезбиједи да се испуњавају стандарди за оброке. Амбалажа за храну не смије да носи поруке које су политички или вјерски мотивисане или узрокују подјеле. Ризици по животну средину могу се свести на минимум избором амбалаже и бригом о празним пакетима (као што су вреће и конзерве). Паковање хране спремне за кориштење (као што су станиолски омоти) може захтијевати посебне контроле за сигурно одлагање.
5. **Мјеста за складиштење** морају бити сува и хигијенски коректна, на одговарајући начин заштићена од временских услова и незагађена хемијским или другим остацима. Она би такође требало да буду заштићена од штеточина као што су инсекти и глодари (видјети такође Стандард 4. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 208, и Стандард 1. Управљање чврстим отпадом, на стр. 128).

Стандард 4. Осигурање хране и трансфери хране 4: управљање ланцем снабдијевања (SCM)

Добро се управља робом и с њом повезаним трошковима помоћу објективних, транспарентних и високореактивних система.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Успоставити координисан и ефикасан систем SCM помоћу локалних капацитета гдје је то могуће (видјети смјернице 1–3).
- Осигурати транспарентан, поштен и отворен поступак за додјелу уговора (видјети смјернице 1–2 и 4).

- Изградити добре односе с добављачима и пружаоцима услуга и проводити етичке праксе (видјети смјернице 1–2, 4–5).
- Обучити и надгледати особље за праћење квалитета хране и сигурносне процедуре на свим нивоима система SCM (видјети смјерницу 5).
- Успоставити одговарајуће поступке одговорности, укључујући системе инвентара, извјештаја и финансија (видјети смјернице 6–8).
- Смањити губитке, укључујући и крађе, и обрачунати све губитке (видјети смјернице 9–11).
- Надгледати и управљати ланцем снабдијевања храном тако да се подуму све могуће мјере како би се избјегла илегална ненамјенска кориштења и прекиди дистрибуције и тако да све заинтересоване стране буду редовно обавјештаване о успјешности ланца снабдијевања (видјети смјернице 12–13).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Храна стиже до намјерованих тачака за дистрибуцију (видјети смјернице 1 и 7).
- Системи за праћење робе, обрачуни инвентара и системи извјештавања успостављени су од самог почетка интервенције (видјети смјернице 7–8, 11–13).
- Извјештаји о процјени SCM показују доказе о процјени и инвентар локалних капацитета за SCM, локалну доступност хране и локалну логистичку инфраструктуру (видјети смјернице 2–3).
- SCM извјештавање показује сљедеће:
 - доказе о транспарентним, поштеним и отвореним системима за додјелу уговора;
 - доказе о управљању резултатима добављача/давалаца услуга и извјештавању;
 - број и удио особља обученог за SCM;
 - потпуност и тачност документације;
 - губици су сведени на минимум, а одржавају се на мање од 2 процента и сва храна се обрачунава;
 - редовна анализа ланца снабдијевања и релевантне заинтересоване стране добијају информације из ланца хране и ланца снабдијевања.



Смјернице

1. **Управљање ланцем снабдијевања** је интегрисани приступ логистици, почевши од избора робе, а укључује налажење извора, набавку, обезбјеђење квалитета, паковање, утовар, превоз, складиштење, управљање залихама и осигурање. SCM укључује много различитих партнера, а важно је да су активности координисане (видјети Основни стандард 2, на стр. 60). Праксе за управљање и мониторинг треба да обезбиједе да се роба чува до тачака за дистрибуцију. Међутим, хуманитарне организације су такође одговорне и за то да храна стигне до циљаних корисника (видјети стандарде 5. и 6. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 213–219).
2. **Кориштење локалних услуга:** Треба направити процјену доступности и поузданости локалне способности прије тражења извора изван тог подручја. Ово треба подузети како би се осигурало да локални извори не узрокују или не погоршају непријатељства и направе више штете у заједници. Реномирани локални или регионални превозници и шпедитери имају драгоцјено знање о локалним прописима, поступцима и објектима, те могу помоћи да се обезбједи усклађеност са законима земље-домаћина и да се убрзају испоруке. У окружењу у којем су у току сукоби, провјера пружалаца услуга треба да буде нарочито строга.
3. **Локални извори у односу на увоз:** Треба процијенити локалну доступност робе и импликације за локалну производњу и тржишне системе за храну са локалним поријеклом или увезену храну, укључујући и одрживост животне средине (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166, и стандарде 1. и 3. Осигурање хране: животни услови, на стр. 227–235). Тржишта су стимулисана и добијају подршку локалном или регионалном куповином хране, а то може дати пољопривредницима подстицај за већу производњу и помоћи да се подстакне локална економија. Тамо гдје је у процес укључено неколико организација, кориштење локалних извора треба што је више могуће координисати. Остали извори роба у земљи могу укључивати позајмице или прерасподјеле из постојећих програма за храну (можда ће бити потребан споразум донатора) или националне резерве житарица, позајмице или замјене са комерцијалним добављачима.
4. **Непристрасност:** Праведне и транспарентне процедуре уговарања неопходне су како би се избјегле сумње на фаворизовање или корупцију. Резултате пружалаца услуга треба процијенити и ажурирати ужи избор.

5. **Вјештине и обука:** Искусни људи из SCM праксе и менаџери програма требало би да буду мобилисани за успостављање SCM система и обуку. Посебни типови релевантне експертизе су управљање уговорима, транспорт и управљање складиштем, управљање инвентаром и информацијама, праћење пошиљки и управљање увозом. Када се изводи обука, она би требало да укључује особље партнерских организација и пружалаца услуга и требало би да буде на локалном језику.
6. **Храна се не користи за плаћање:** Треба избјегавати кориштење хране за плаћање логистичких операција, као што су истовар у складиштима и на дистрибуционим тачкама. Ако новчане исплате нису могуће и користи се храна, треба направити усклађивање количина хране које су послане на дистрибуционе тачке, тако да почетно планиране количине ипак дођу до циљаних прималаца.
7. **Извјештавање (укључујући и кластер логистике и интерагенцијско извјештавање):** Већина донатора има посебне захтјеве за извјештавање и менаџери ланца снабдијевања треба да буду свјесни тих захтјева те да успоставе системе који их задовољавају. Свакодневне потребе управљања укључују правовремено извјештавање о било каквим кашњењима или одступањима у ланцу снабдијевања. Информације о ланцу снабдијевања и остали извјештаји SCM треба да се дијеле на транспарентан начин.
8. **Документација:** Довољна документација и обрасци (товарни листови, књиге складишта, обрасци за извјештавање, итд.) требало би да буду доступни на локалном језику на свим мјестима гдје се роба прима, похрањује и/или отпрема, како би се одржао документовани ток за ревизију трансакција.
9. **Складиштење:** Намјенска складишта за храну преферирају се у односу на објекте који се користе и за друге намјене, али добро управљање може смањити ризике који се јављају у овом другом случају. Приликом одабира складишта требало би утврдити да ту раније нису биле складиштене опасне материје и да не постоји опасност од контаминације. Фактори које треба размотрити укључују сигурност, капацитет, једноставност приступа, чврстину градње (кров, зидови, врата и под) и непостојање било какве опасности од поплава.
10. **Одлагање роба неприкладних за исхрану људи:** Оштећену робу треба да прегледају квалификовани инспектори (попут стручњака за осигурање хране и јавних здравствених лабораторија) и да потврде да ли је прикладна или неприкладна за исхрану људи. Одлагање



неприкладне хране мора бити извршено прије него што она постане опасност по здравље. Методе збрињавања неприкладних роба укључују продају за храну за животиње и закопавање/спаљивање, које одобре и којима присуствују надлежни органи. За одлагање у облику хране за животиње мора се добити потврда о прикладности за ту наміјену. У свим случајевима, неприкладна роба не смије поново ући у ланац снабдијевања као храна за људе или животињска храна и одлагање не смије нашкодити животној средини или загадити изворе воде.

11. **Пријетње по ланац снабдијевања:** У ситуацијама оружаног сукоба или опште несигурности, постоји опасност од крађе хране или од тога да зарађене стране одузму храну, а треба управљати и опасностима везаним за безбједност транспортних путева и складишта. Могућност ризика за крађу постоји у свим фазама ланца снабдијевања: морају се успоставити системи контроле и морају се надгледати све тачке за складиштење, предају и тачке дистрибуције како би се тај ризик свео на минимум. Системи унутрашње контроле треба да осигурају подјелу одговорности како би се смањио ризик од тајних договора. Залихе треба редовно контролисати како би се открило илегално ненамјенско кориштење хране. Треба предузети мјере не само како би се обезбиједила цјеловитост ланца снабдијевања, већ и за анализу и рјешавање ширих политичких и сигурносних импликација, попут могућности да преусмјерене залихе „долију уље на ватру“ у оружаном сукобу (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).
12. Треба редовно проводити **анализу ланца снабдијевања**, као и анализу релевантних информација о нивоима залиха, очекиваним доласцима и дистрибуцијама које се добијају од заинтересованих страна укључених у ланац снабдијевања. Праћење и прогнозирање нивоа залиха треба да нагласи очекиване недостатке и проблеме на вријеме, како би се нашло рјешење. Размјена информација међу партнерима може олакшати посуђивање како би се спријечиле паузе у ланцу. Паузе у ланцу могу бити неизбежне ако су ресурси неадекватни. У таквим случајевима, може бити потребно да се одреде приоритетне ставке у пакетима прехранбених производа приликом програмирања ресурса (тј. да се одабере шта треба купити) у складу са расположивим средствима. Треба се консултовати са заинтересованим странама и рјешења могу укључивати смањење obroка или смањење или искључивање врста хране којима корисници имају већи приступ (физички и економски).

13. **Пружање информација:** Треба обезбиједити релевантне информације одговарајућим заинтересованим странама умјесто свим заинтересованим странама како би се избјегли неспоразуми. Кориштење локалних медија, традиционалних метода ширења вијести и савремених технологија (текстуалне поруке преко мобилних телефона, e-mail) треба размотрити као начин информисања службеника и прималаца о испорукама и за повећање транспарентности.

Стандард 5. Осигурање хране и трансфери хране: усмјеравање и дистрибуција

Метода циљане дистрибуције хране је високореактивна, правовремена, транспарентна и сигурна, подржава достојанство и одговара локалним условима.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати и циљати примаоце хране на основу потреба, уз консултације с одговарајућим заинтересованим странама (видјети смјернице 1–2).
- Осмислити ефективне и непристрасне методе дистрибуције хране које подржавају достојанство, у договору с партнерским организацијама, локалним групама и примаоцима. Процес осмишљавања би требало да укључује активну партиципацију жена и представника лица с инвалидитетом, старијих лица и лица са смањеном покретљивошћу (видјети смјернице 1–4).
- Консултовати локалне заинтересоване стране о одговарајућим тачкама за дистрибуцију које ће обезбиједити једноставан приступ и сигурност прималаца (видјети смјернице 5–6).
- Унапријед обавијестити примаоце о плану дистрибуције и квалитету и количини obroка (видјети смјернице 7–8).
- Пратити и процијенити резултате циљане дистрибуције хране (видјети смјерницу 9).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Критеријуми усмјеравања морају се заснивати на темељној анализи рањивости (видјети смјерницу 1).
- Механизми усмјеравања су договорени са катастрофом погођеним становништвом (видјети смјернице 1–2).

- Постоје одговарајући алтернативни дистрибуциони модели за лица са смањеном покретљивошћу (видјети смјернице 3–4).
- Примаоци не би требало да ходају више од 10 километара до мјеста дистрибуције, односно не дуже од четири сата (видјети смјерницу 5).
- Током дистрибуције су присутне картице за оброке, панои и/или путокази, уз спецификовање obroka (видјети смјернице 7–8).
- Надзор и/или механизми одговорности корисника (видјети смјерницу 9) евидентирају:
 - преференције заинтересованих страна које се тичу метода дистрибуције,
 - информације о дистрибуцији за кориснике,
 - пријем хране од стране корисника: стварни у односу на планирани (правовременост, количина, квалитет).

Смјернице

1. **Усмјеравање:** Храна треба да буде усмјерена на људе за које је процијењено да им је најпотребнија: домаћинства којима није доступна храна и потхрањени људи (видјети Рањивост и капацитети катастрофом погођеног становништва, на стр. 160, и стандарде 1. и 2. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166–169). Усмјеравање се проводи током цијеле интервенције, а не само у почетној фази. Проналажење праве равнотеже између грешака искључивања (што може бити опасно по живот) и грешака укључивања (које су потенцијално деструктивне или расипне) врло је сложено. Осим тога, смањење грешака обично повећава трошкове. Код акутних хитних ситуација, грешке укључивања могу бити прихватљивије од грешака искључивања, а кровна дистрибуција може бити прикладна у катастрофама које изненадно наступају, у којима су сва домаћинства претрпјела сличне губитке, или гдје детаљна процјена усмјеравања није могућа због недостатка приступа. Избор агената укључених у усмјеравање треба да се заснива на њиховој непристрасности, способности и одговорности. Агенти који помажу у усмјеравању могу укључивати старјешине, локално изабране одборе за помоћ, организације цивилног друштва, локалне невладине организације, локалне владине институције или међународне невладине организације. Нарочито се подржава избор жена као агената за помоћ у усмјеравању. Приступи у усмјеравању морају бити јасни и прихваћени од стране прималаца и дијела популације који не добија помоћ како би се избјегло стварање напетости и наношење штете (видјети Основни стандард 1, смјерницу 3, на стр. 59, и Принцип заштите 2, на стр. 38).

2. **Регистрација:** Формална регистрација домаћинства која треба да добију храну треба да се проведе чим је то изводиво и треба да се ажурира по потреби. Подаци о корисницима су кључни да би се осмислиле ефективне дистрибуционе мреже (величина и демографски профил становништва утиче на организацију дистрибуције), израдили спискови корисника, листе обрачуна и картице obroka (ако се издају) те идентификовала лица с посебним потребама. У камповима је регистрација често изазов, а посебно тамо гдје расељена лица немају идентификационе документе (видјети Принцип заштите 4, смјернице 4–5, на стр. 44). Пописи локалних власти и пописи домаћинства направљени у заједници могу бити корисни, ако независна процјена покаже да су тачни и непристрасни. Жене из катастрофом погођеног становништва треба подстицати да помогну у процесу регистрације. Организације би требало да осигурају да рањиви појединци нису изостављени из списка за дистрибуцију, а посебно људи који су везани за кућу. Иако се обично региструју главе домаћинства, жене треба да имају право да буду регистроване по властитим именима и жене примјереније могу да користе трансфере на нивоу домаћинства. Уколико регистрација није могућа у почетним фазама катастрофа, она би требало да буде довршена чим се ситуација стабилизује. То је посебно важно када се захтијева трансфер хране у дугим периодима. Потребно је успоставити механизам за приговоре и реакције на приговоре у процесима регистрације (видјети Основни стандард 1, смјернице 2 и 6, на стр. 57–59).
3. **Метод дистрибуције за „суве“ оброке:** Већина метода дистрибуције развија се током времена. Општа дистрибуција хране обично се проводи у облику сувих obroka које корисници треба да скувају у својим домовима. Примаоци могу бити појединци или носиоци картица за оброк испред домаћинства, представници групе домаћинства, традиционалне вође или вође заједнице одабране за дистрибуцију. Услови на терену ће одредити најбоље примаоце који би требало да буду одабрани, а промјена стања може довести до промјене прималаца. Ризике који су саставни дио дистрибуције треба пажљиво процијенити преко представника или вођа. Избор прималаца треба да узме у обзир утицај на радна оптерећења и могуће ризике постојања насиља, укључујући и породично злостављање (видјети принципе заштите 1–2, на стр. 33–36). При одређивању учесталости дистрибуција треба узети у обзир тежину порција хране и средства корисника да их носе кући. Могу бити потребне специфичне активности како би се обезбиједило да старија лица и лица с инвалидитетом добију оно што



им по праву припада, а остали чланови заједнице у томе могу помоћи. Пружање седмичних или двоседмичних оброка може омогућити лакше преузимање од преузимања мјесечних оброка. Покушаји да се помоћ усмјери на рањиве људе не би требало да допринесу било каквој стигми коју они већ трпе, а то може бити посебно питање код популација са великим бројем људи који живе с HIV-ом и AIDS-ом (видјети Принцип заштите 4, смјернице 1 и 9–11, на стр. 41–43).

4. **Метода дистрибуције за „мокре“ оброке:** Изузетно, храна из опште дистрибуције може бити кувани оброк или храна спремна за јело током почетног периода приликом акутне хитне ситуације. Ови оброци могу бити прикладни када су, на примјер, људи у покрету; код екстремне несигурности, гдје би ношење хране кући изложило кориснике ризику од крађе или насиља; код високих нивоа злостављања или опорезивања, којима се искључују рањиви људи; приликом великих расељавања која доведу до тога да људи изгубе своју имовину (опрему за кување и/или гориво) или их учине преслабим да кућају за себе; или када локалне вође преусмјеравају оброке или постоје питања везана за животну средину (на примјер, заштита крхког животне средине кроз избегавање прикупљања дрва за ложење). Школски оброци и подстицаји у облику хране за образовно особље могу се користити као механизам дистрибуције у хитним ситуацијама (видјети Минималне стандарде за образовање INEE).
5. **Дистрибуцијске тачке и долазак до њих:** Треба успоставити дистрибуцијске тачке на сигурним локацијама које су и најповољније за примаоце, а не на основу логистичке погодности за организацију (видјети Принцип заштите 3, смјернице 6–9, на стр. 42). Треба узети у обзир и терен и близину других извора подршке (питка вода, тоалети, медицинске услуге, хлад, склоништа, сигурни простори за жене). При лоцирању тачака за дистрибуцију треба избежавати мјеста до којих људи морају проћи војне или оружане пунктове или преговарати за сигуран пролаз. При планирању учесталости дистрибуције и броја дистрибуцијских тачака треба узети у обзир вријеме које је потребно примаоцима да дођу до тачке за дистрибуцију и практичне проблеме и трошкове транспорта робе. Примаоци би требало да буду у могућности да путују до и од дистрибуцијске тачке унутар једног дана. Треба развити алтернативне начине дистрибуције за оне који не могу доћи и који могу да буду изоловани (нпр. лица с потешкоћама у кретању). Просјечна пјешачка брзина износи просјечно 5 км/сат, али је мања на лошем терену и на падинама, а вријеме варира и зависно од старости и степена мобилности. Приступ дистрибуцији је чест

извор тјескобе за маргинализоване и искључене популационе групе у ситуацијама катастрофе. Дистрибуција би требало да буде заказана како би се смањило ометање свакодневних активности и требало би је проводити у вријеме које омогућује путовање до дистрибуцијских тачака током дана, узимајући у обзир заштиту прималаца и да се избегне да корисници буду на путу током ноћи, јер то носи додатне ризике (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).

6. **Свођење безбједносних ризика на најмању мјеру:** Дистрибуција хране може створити безбједносне ризике, укључујући и ненамјенско кориштење и насиље. Током дистрибуције, може доћи до повећане напетости. Жене, дјеца и старија лица и лица с инвалидитетом нарочито су изложени ризику губитка права. Ризици се морају унапријед процијенити и треба предузети кораке како би се они смањили. То укључује мониторинг над дистрибуцијом који проводи обучено особље и чување тачака за дистрибуцију од стране самог погођеног становништва. Ако је потребно, може бити укључена локална полиција, али они би требало да буду сензибилисани на циљеве трансфера хране. Пажљиво планирање плана локације за тачке за дистрибуцију може олакшати контролу масе и смањити безбједносне ризике. Треба проводити посебне мјере за спречавање, мониторинг и реакције на родно насиље, укључујући сексуално искориштавање повезано с дистрибуцијом хране. То укључује одвајање мушкараца и жена, на примјер, помоћу физичких препрека или понудом одвојеног времена за дистрибуцију, информисање свих тимова за дистрибуцију хране о примјереном понашању и казнама за сексуално злостављање, укључујући и женске „чуваре“ који надгледају истовар, регистрацију, дистрибуцију и ситуацију након дистрибуције хране (видјети, такође, смјерницу 5 и Принцип заштите 2, на стр. 38).

7. **Ширење информација:** Примаоци би требало да буду информисани о:
- количини и врсти оброка који се дистрибуишу и разлозима за евентуална одступања од плана, а информације о оброцима треба да буду истакнуте на мјестима за дистрибуцију у форматима који су адекватни за људе који не знају читати или који имају потешкоће у комуникацији (нпр. написане на локалном језику и/или сликовним језиком и/или усмене информације), тако да људи знају своја права;
 - плану дистрибуције (дан, вријеме, мјесто, фреквенција) и било каквим промјенама;
 - нутритивном квалитету хране и, ако је потребно, посебним мјерама које су потребне примаоцима како би заштитили прехранбене вриједности хране;



- потребама сигурног руковања храном и о кориштењу хране;
- специфичним информацијама за оптимално кориштење хране за дјецу (видјети стандарде 1. и 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 175–176);
- одговарајућим начинима да примаоци добију више информација о програму и поступку подношења приговора (видјети Основни стандард 1, смјернице 4–6, на стр. 59).

8. **Промјене у програму:** О промјенама у корпи прехранбених производа или на нивоу obroka узрокованим недовољном доступношћу хране мора се разговарати с примаоцима преко одбора за дистрибуцију, вођа заједнице и организација које их представљају. Смјер активности треба заједнички развити прије дистрибуције. Одбор за дистрибуцију треба да информисе људе о промјенама, разложима за њих, а и о томе када ће бити настављена дистрибуција уобичајених obroka. Могу се узети у обзир следеће опције:

- смањити obroke свим примаоцима (једнаки дијелови доступних роба или редуковане корпе прехранбених производа);
- дати „пуни“ оброк рањивим појединцима и „редуковани“ оброк општој популацији;
- као посљедњи избор, може се одгодити дистрибуција.

Ако дистрибуција планираног obroka није могућа, није нужно исправити мањак у следећој дистрибуцији (тј. ретроактивна дистрибуција не мора нужно да буде прикладна).

9. **Мониторинг и процјену** треба проводити на свим нивоима ланца снабдијевања и на мјесту потрошње (видјети Основни стандард 5, на стр. 72). На тачкама дистрибуције треба провјерити јесу ли успостављени аранжмани за дистрибуцију прије почетка саме дистрибуције (нпр. за регистрацију, безбједност, информисање). Уз интервјуисање прималаца треба проводити насумична вагања obroka које преузимају домаћинства како би се мјерила тачност и правичност управљања дистрибуцијом. Насумичне посјете домаћинствима могу помоћи да се утврди прихватљивост и корисност obroka, а такође и да се идентификују људи који испуњавају критеријуме, али не примају храну. Такве посјете могу открити да ли се прима додатна храна, одакле долази, за шта се користи и од кога долази (на примјер, као резултат реквизиције, регрутације или искориштавања, сексуално или на други начин). Кроз мониторинг треба анализирати утицај трансфера хране на сигурност корисника. Такође треба процијенити шире

ефекте дистрибуције хране, као што су импликације пољопривредног циклуса, пољопривредне активности, тржишни услови и доступност пољопривредних улаза.

Стандард 6. Осигурање хране и трансфери хране: употреба хране

Храна се спрема, припрема и конзумира на сигуран и примјерен начин у домаћинствима и на нивоу заједнице.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Заштитити кориснике од неодговарајућег руковања храном или припремања хране (видјети смјерницу 1).
- Дистрибуисати релевантне информације о важности хигијене која се тиче хране примаоцима хране и промовисати добро разумијевање хигијенске праксе у руковању храном (видјети смјернице 1–2).
- Када се дистрибуише кувана храна, обучити особље о сигурном складиштењу и руковању храном, припреми хране и потенцијалним здравственим ризицима које узрокују неправилне праксе (видјети смјерницу 1).
- Консултовати се са корисницима (и савјетовати их гдје је то потребно) о складиштењу, припреми, кувању и конзумирању хране која је дистрибуисана, и импликацијама циљаног давања хране за рањиве људе и одговорите на питања која се јављају (видјети смјернице 1–2).
- Осигурати да домаћинства имају приступ одговарајућем посућу, гориву, води за пиће и хигијенском материјалу (видјети смјернице 1–4).
- Осигурати приступ његоватељима који могу припремити одговарајућу храну и бринути о исхрани за појединце који не могу припремати храну или се не могу сами хранити, гдје је то потребно (видјети смјерницу 5).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Нису забиљежени случајеви здравствених опасности због дистрибуисане хране.
- Подигните свијест корисника о доброј хигијени која се тиче хране (видјети смјернице 1–2).
- Све релевантно особље мора бити обучено за руковање храном и информисано о опасностима од неправилних пракси (видјети смјерницу 1).

- Пуни приступ домаћинства адекватним и сигурним материјалима и опреми за припрему (видјети смјернице 3–4).
- Пуно присуство његоватеља за све особе којима је потребна посебна помоћ (видјети смјерницу 5).

Смјернице

1. **Хигијена хране:** Катастрофе могу пореметити нормалне хигијенске праксе људи. Можда ће бити потребно промовисати хигијену која се тиче хране и активно подржавати мјере у складу с локалним условима и обрасцима болести, нпр. наглашавајући важност прања руку прије руковања храном, избјегавање контаминације воде и подузимање мјера контроле штеточина. Примаоци хране треба да буду информисани о томе како сигурно складиштити храну на нивоу домаћинства. Старатељи треба да добију информације о оптималној употреби ресурса домаћинства за исхрану дјеце и сигурним методама за припрему хране (видјети стандарде 1. и 2. Промовисање хигијене, на стр. 99–101). Тамо гдје су успостављене јавне кухиње да се осигура топли оброк становништву погођеном катастрофом, потребно је посебно велику пажњу посветити избору локације кухиње, узимајући у обзир услове доступности, безбједности и чистоће локације, доступност воде за кухање и пиће и простора за јело.
2. **Извори информација:** Потребни су механизми за размјену информација и прикупљање повратних информација од корисника, а посебно жена (видјети Основни стандард 1, смјернице 2 и 6, на стр. 58–59). Школе и сигурне просторе за учење треба размотрити као погодне локације за пружање инструкција које се тичу хране. Могу бити потребни приступачни формати или дијаграми за особе с различитим комуникацијским потребама (видјети Основни стандард 1, смјерница 4, на стр. 59).
3. **Гориво, вода за пиће и предмети за домаћинство:** Када је то потребно, треба дати одговарајуће гориво или успоставити програм садње или бербе дрвећа уз праћење безбједности жена и дјеце, главних сакупљача дрва (за пећи и горива, видјети Стандард 4. Непрехранбени артикли, на стр. 305; за приступ води, количину, квалитет и објекте, видјети стандарде 1–3. Водоснабдијевање, на стр. 105–112; за прибор за кухање и јело, те посуде за воду, видјети Стандард 3. Непрехранбени артикли, на стр. 304).

4. **Приступ објектима за прераду хране**, као што су млинови за мљевање житарица, омогућује људима да припреме храну по властитом избору, а такође и да уштеде вријеме за друге производне активности. Прерада хране на нивоу домаћинства, као што је мљевање, може смањити вријеме и количине воде и горива потребне за кување (видјети Стандард 2. Осигурање хране: трансфери хране, смјерница 2, на стр. 204).
5. **Специфичне потребе:** Појединци којима је потребна помоћ при храњењу могу бити мала дјеца, старија лица, лица с инвалидитетом и особе које живе с HIV-ом (видјети Стандард 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 176, и Стандард 1. Осигурање хране: трансфери хране, смјернице 5–7, на стр. 202). Програми којима се покушава остварити да се дође до свих којима је то потребно, затим додатна подршка и праћење могу бити потребни како би се подржали људи са смањеним способностима да обезбиједе храну за издржавање особе (нпр. родитеље с менталним болестима).

4.2. Осигурање хране – трансфери новца и бонова

Трансфери новца и бонова су двије врсте помоћи: новчани трансфери људима пружају новац, док трансфери бонова људима пружају купоне за куповину фиксне количине одређеног производа, као што је храна (бонови на основу робе), или фиксну новчану вриједност (бонови на основу вриједности). Иако се њихови циљеви и начин како су замишљени могу разликовати, трансфери новца и бонова дијеле тржишни приступ по ком корисници добијају куповну моћ.

Трансфери новца и бонова се користе како би се задовољиле основне прехранбене и непрехрамбене потребе или за куповину средстава која омогућују људима да наставе економске активности. Безусловна (нециљана или „универзална“) новчана подршка не поставља услове у вези с тим како треба користити новац, али ако су основне потребе идентификоване у процјени, очекује се да ће новац бити кориштен за покриће тих потреба. Ако је као потреба идентификована подршка животним условима или производним активностима, тада се очекује да ће се дистрибуисани новац користити за то. Безусловна новчана подршка може бити прикладна на почетку хитне ситуације. Условљена новчана подршка подразумемијева да прималац користи новац за одређене намјене



(нпр. обнову куће, обезбјеђење радне снаге, оснивање и/или поновно успостављање адекватних животних услова, и/или здравствене услуге). Бонови обезбјеђују приступ низу унапријед одређених роба (нпр. храна, стока, сјеме, алати) или услуга (нпр. млинови за мљевање, транспорт, приступ тржници или штанду, банковни кредити). Бонови могу имати или готовинску вриједност или робну вриједност, када се користе у унапријед одабраним продавницама, код одабраних трговаца или пружалаца услуга или на сајмовима. Програми бонова треба да користе стандарде за сектор који је у питању, на примјер, програми бонова за храну треба да поштују стандарде 1–3. и 6. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 198–219.

Избор одговарајућих трансфера (храна, новац или бонови) захтијева одређену анализу специфичну за контекст, укључујући трошковну ефикасност, секундарне ефекте на тржиште, флексибилност трансфера, усмјеравање и ризике несигурности и корупције.

Стандард 1. Осигурање хране, трансфер новца и бонова: приступ доступним робама и услугама

Новац и бонови сматрају се начинима којима се обезбјеђују основне животне потребе те заштита и поновно успостављање адекватних животних услова.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Консултовати се са корисницима, представницима заједнице и другим кључним заинтересованим странама и укључити их у процјену, осмишљавање, имплементацију, праћење и евалуацију (видјети смјернице 1, 3, 6–7 и основне стандарде 1–3, на стр. 57–63).
- Процијенити и анализирати да ли људи могу да купе оно што им је потребно на локалним тржиштима по цијенама које су исплативије у поређењу с алтернативним трансферима и анализирати ланац тржишта (видјети смјерницу 2).
- Одабрати новац или бонове или комбинацију истих на основу најпогоднијег механизма испоруке и могућих користи за катастрофом погођено становништво и локалну економију (видјети смјернице 1–3, 5–6).
- Провести мјере за смањење ризика од незаконитих радњи, несигурности, инфлације, штетног кориштења и негативних утицаја

на групе у неповољном положају. Посебну пажњу треба обратити на системе одабира (видјети смјернице 4 и 7).

- Вршити мониторинг у циљу процјене јесу ли готовина и/или бонови и даље најприкладнији за трансфер и да ли су потребна прилагођавања (видјети смјерницу 8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све циљане популације задовољавају неке или све своје основне потребе за храном и друге егзистенцијалне потребе (нпр. продуктивна имовина, здравље, образовање, превоз, смјештај, транспорт) куповином на локалним тржиштима (видјети смјернице 1–2, 8).
- Новац и/или бонови су преферирани облик трансфера за све циљане популације, а посебно код жена и других рањивих особа (видјети смјернице 3–8).
- Трансфер нема за последицу трошкове који нису у складу са друштвеним нормама (видјети смјернице 4–8).
- Трансфер не ствара несигурност (видјети смјернице 3–4, 8).
- Локална економија има подршку у опоравку од катастрофе (видјети смјернице 1–2, 8).

Смјернице

1. **Трансфери новца и бонова су алат:** Новац и бонови су механизми за постизање жељених циљева, а не интервенције саме по себи. У пажљивој упоредној процјени треба навести јесу ли новац и/или бонови одговарајући или не, и да ли се смију користити сами или у комбинацији с осталим видовима подршке, као што је помоћ у природи. Трансфери новца и бонова се могу користити у различитим фазама катастрофе. Одговор би требало да буде одређен не само на основу очекиване ефективности и ефикасности у испуњавању основних потреба корисника или поновном успостављању адекватних услова живота, већ и на основу очекиваног нижег нивоа са њим повезаних ризика. Новац и бонови могу понудити већи избор и флексибилност него помоћ у природи, а то може дати примаоцима осјећај већег достојанства. Новац и бонови такође могу да створе позитивне вишеструке ефекте у локалним економијама, које треба узети у обзир приликом процјене. Новац и бонови се могу користити на следећи начин:



- новчане донације – условљени или безусловни трансфер новца било у једној или више рата како би се задовољило више потреба;
- робни или вриједносни бонови – трансфер папирних или електронских бонова који могу бити размијењени за одређену робу или више роба према вриједности бона;
- новац за рад – трансфер новца као прихода зарађеног учествовањем у одређеним активностима (обично активности које захтијевају физички рад).

Планирање, имплементација и мониторинг треба да укључе локалне заинтересоване стране, као што су владе, локалне власти, структуре и представници заједнице, задруге, асоцијације, локалне групе и корисници. То ће помоћи да се осигура релевантност и одрживост. Излазну стратегију треба планирати с кључним заинтересованим странама, од њеног осмишљавања па надаље.

2. **Утицај на локалне економије и тржишне системе:** При процјени тржишта треба анализирати ситуацију прије и након катастрофе, као и конкурентност и интегрисаност тржишта да реагује на тренутне потребе. Анализа треба да покаже улогу различитих актера на тржишту, доступност и цијену робе (средства за егзистенцију, материјали за склониште, храна и друго, зависно од циљева), приступ који зависи од временских образаца који се понављају, физички, друштвени и економски приступ за различите групе рањивих људи. Новац и бонови могу бити прикладни када тржишта функционишу и када су доступна, те када су храна и друге основне ставке на располагању у потребним количинама и по разумним цијенама. Такви трансфери могу подстакнути локалну економију на бржи и одржив опоравак. Тржишне реакције могу промовисати локалну куповину и боље кориштење могућности постојећих тржишних актера. Новац и бонови који се користе када је контекст непримјерен могу нарушити тржишта и могу имати негативне ефекте, као што је инфлација. Праћење тржишта је важно да се разумије утицај новца и бонова на локалне економије и људе.
3. **Механизми за испоруку новца и бонова:** Новац и бонови се могу испоручити преко локалних банака, трговина, трговаца, компанија за локални трансфер новца, компанија за дознаке и пошта. Они се могу испоручити физички или путем технологије попут мобилног банкарства и мобилне телефонске мреже. Банке су обично ефективне и ефикасне, али могу бити мање доступне рањивим људима. Ако су банке доступне, можда путем мобилног банкарства,

оне могу бити сигурнији избор. Избор механизма испоруке захтијева процјену могућности и консултације с примаоцима. Питања која треба размотрити јесу трошкови за примаоце (банковне накнаде, вријеме путовања и трошкови, вријеме на тачкама за преузимање), трошкови за организацију (накнаде и трошкови успостављања пружалаца, вријеме потребно да особље успостави и управља системом, те транспорт, безбједност, образовање и обука прималаца), ефективност и ефикасност (поузданост, отпорност, одговорност, транспарентност, мониторинг, флексибилност, финансијска контрола, финансијска сигурност и приступ рањивих особа). Приступ који се може чинити скупим ипак може бити најприкладнији механизам трансфера.

4. **Разматрање ризика:** Заједнички проблеми ризика трансфера новца и бонова су бојазан да новац и бонови могу допринијети инфлацији цијена (остављајући катастрофом погођене људе, а и друге, са мањом куповном моћи), кориштење новца и бонова за антисоцијалне намјене (нпр. алкохол и/или дуванска зависност) и различит приступ жена и мушкараца новцу у поређењу с ресурсима у природи. Остала питања су то да транспорт новца може створити безбједносне ризике за особље за имплементацију и за погођено становништво (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35) и да привлачност новца може отежати одабир прималаца и може повећати ризик од корумпираног ненамјенског кориштења или одузимања од стране наоружаних група. Међутим, дистрибуције у природи такође носе ризике (видјети стандарде 4–5. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 208–213). Ризици који се тичу новца и бонова могу се свести на минимум добром осмишљеношћу програма, темељном анализом ризика и добрим управљањем. Одлучивање треба да се проводи кроз консултације на основу доказа: неосновани страхови не би требало да утичу на планирање програма.

5. **Одређивање вриједности трансфера новца или бонова:** Вриједност одређена за трансфер је специфична за контекст. Прорачуне треба направити у координацији с другим организацијама и на основу приоритета и потреба катастрофом погођеног становништва, цијена кључних роба за које се очекује да ће се куповати на локалним тржиштима, друге помоћи која је била и/или ће бити пружена, додатних повезаних трошкова (нпр. помоћ за путовање за особе с ограниченом покретљивошћу), методе, величине и учесталости плаћања и времена плаћања у односу на сезону, те циљева програма и трансфера (нпр. покривање потребе за храном на основу корпе прехранбених производа, односно пружање запошљавања на



основу дневног рада). Флуктуације цијена могу смањити успјешност трансфера новца и бонова. Флексибилност буџета је битна како би се прилагодила вриједност трансфера или додала компонента роба, на основу праћења тржишта.

6. **Избор типа трансфера новца или бонова:** Одговарајућа врста трансфера зависи од циљева програма и локалног контекста. Може бити прикладна комбинација приступа, укључујући и помоћ у натури и сезонске варијације. Организације путем информативних консултација треба да сазнају шта катастрофом погођено становништво сматра најприкладнијим обликом/облицима трансфера (видјети Стандард 2. Осигурање хране: животни услови, на стр. 232).
7. **Програми за усмјеравање трансфера новца и бонова:** Изазови могу бити значајни и за робе и услуге у натури, али због атрактивности новца и бонова, потребна је посебна пажња како би се смањиле грешке искључења и укључења. До корисника је могуће доћи било директним одабиром (за катастрофом погођена домаћинства или становништво) или индиректним одабиром (нпр. локални трговци или пружаоци услуга). Несигурни услови могу захтијевати индиректно усмјеравање (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35). Пол утиче на одлуку о члану домаћинства регистрованом да прима новац или бонове, као и трансфере у натури (видјети Стандард 5. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 213). Координација са заинтересованим странама, укључујући социјалну помоћ државе и програме социјалне заштите који пружају новчане трансфере, кључна је за усмјеравање (као и за трансфере у натури).
8. **Мониторинг над трансферима новца и бонова:** Потребни су основни подаци, уз мониторинг прије, за вријеме и након програма трансфера, узимајући у обзир директне и индиректне ефекте новца и бонова на тржиште. На промјене контекста и ситуације на тржишту треба реаговати промјенама у интервенцији. Мониторинг би требало да укључује цијене кључних роба, умножавање позитивних ефеката на економију и промјене цијена. Кључна питања су сљедећа: Шта људи купују готовином и боновима који се дијеле? Могу ли људи сигурно примати и трошити новац? Да ли се новац и бонови користе ненамјенски? Да ли жене утичу на то како се троше новац или бонови? (Видјети Основни стандард 5, на стр. 72.)

4.3. Осигурање хране – средства за егзистенцију

Отпорност људи и њихову рањивост због несигурности хране у великој мјери одређују ресурси (или средства) која су им на располагању и како су она погођена катастрофом. Та средства су финансијски капитал (као што су готовина, кредит, штедња) и такође укључују физички (куће, машине), природни (земља, вода), људски (рад, вјештине), друштвени (мрежа, норме) и политички (утицај, политика) капитал.

Кључ за оне који производе храну јесте да ли они имају приступ земљи која може подржавати производњу и да ли имају средства да наставе са узгојем. Кључ за оне којима су потребни приходи како би добили храну јесте да ли они имају приступ запошљавању, тржишту и услугама. За људе погођене катастрофама приоритет треба да буде очување, обнављање и развој ресурса потребних за осигурање хране и будућу егзистенцију. Дуготрајна политичка нестабилност, несигурност и опасност од сукоба може озбиљно ограничити активности за обезбјеђење животних услова и приступ тржиштима. Домаћинства ће можда морати напустити своје парцеле и могу изгубити имовину, било да је напусте, да је уништена или да је одузму зарађене стране. Три стандарда се односе на примарну производњу, генерисање прихода и запосленост те приступ тржиштима, укључујући робе и услуге.

Стандард 1. Осигурање хране, животни услови: примарна производња

Примарни механизми производње су заштићени и подржани.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Интервенције подршке примарној производњи треба заснивати на процјени средстава за егзистенцију, анализи контекста и показаном разумијевању одрживости производних система, укључујући приступ и доступност потребних средстава, услуга и потражње на тржишту (видјети смјерницу 1).
- Увести нове технологије само тамо гдје произвођачи хране и домаћи потрошачи разумију и прихватају њихове импликације за локалне системе производње, културолошке праксе и животну средину (видјети смјерницу 2).



- Пружити средства за производњу или новац за куповину низа средстава како би се произвођачима пружила флексибилност у осмишљавању стратегија и управљању производњом и смањено ризик (видјети смјерницу 3).
- Испоручити средства на вријеме, осигурати да су локално прихватљива и у складу с одговарајућим нормама квалитета (видјети смјернице 4–5).
- Увести средства и услуге с пажњом, да се не повећа опасност или ризик, нпр. повећањем конкуренције за дефицитарне природне ресурсе или оштећењем постојећих друштвених мрежа (видјети смјерницу 6).
- Гдје је то могуће и адекватно, едуковати произвођаче хране о бољим праксама управљања (видјети смјернице 1–2, 5–6).
- Кад год је то могуће, куповати средства и услуге на локалном нивоу, осим ако би то неповољно утицало на локалне произвођаче, тржишта или потрошаче (видјети смјерницу 7).
- Проводити редовно праћење у циљу процјене да ли корисници користе средства за производњу на одговарајући начин (видјети смјерницу 8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва домаћинства с процијењеним потребама имају приступ потребним средствима да се заштити и поново покрене примарна производња до нивоа прије катастрофе, када је то оправдано, те у складу с пољопривредним календаром (видјети смјернице 1–6).
- Сва циљана домаћинства добила су новац или бонове, гдје се сматрало (или процијенило) да је то оперативно изведиво и по тржишној вриједности потребних средстава, и тако се домаћинствима пружио избор за опције обезбјеђења егзистенције (видјети смјернице 3, 5 и 7).

Смјернице

1. **Одрживост примарне производње:** Да би биле одрживе, стратегије производње хране морају имати разумну прилику да се адекватно развију и успију (видјети стандарде и смјернице за хитне ситуације за стоку (Livestock Emergency Guidelines and Standards – LEGS) у дијелу Референце и додатна литература). На ово може утицати широк распон фактора, укључујући сљедеће:
 - приступ довољним природним ресурсима (пољопривредно земљиште, пашњаци, сточна храна, вода, ријеке, језера, приобалне воде, итд.).

Еколошка равнотежа не смије бити угрожена, нпр. прекомјерним искориштавањем рубних земљишта, преко рибарења или онечишћења воде, посебно у периурбаним подручјима;

- нивое вјештина и способности, који могу бити ограничени код људи озбиљно погођених болешћу или ако је образовање и оспособљавање забрањено неким групама;

- доступност радне снаге у односу на постојеће обрасце производње и вријеме кључних активности пољопривреде и аквакултуре;

- доступност и приступ средствима потребним за пољопривреду и производњу у аквакултури.

Ниво производње прије катастрофе може бити лош и покушај да се врати на њега могао би бити у супротности са принципом „нечињења штете“ (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).

2. **Технолошки развој:** „Нове“ технологије могу укључити побољшане сорте усјева, стоке или рибе, нове алате, гнојива или иновативне праксе управљања. Колико је то могуће, производњу хране треба градити на постојећим обрасцима производње хране или их ојачати и/или повезати с националним развојним плановима. Нове технологије треба увести након катастрофе само ако су претходно тестиране у локалном подручју и познато је да су прилагођене и прихватљиве корисницима. Када се уведу, нове технологије требало би да буду попраћене одговарајућим консултацијама у заједници, пружањем информација, обуком и другом релевантном подршком. Гдје год је могуће, ово треба учинити у координацији с приватним и јавним пружаоцима услуга и добављачима средстава како би се обезбиједила стална подршка и доступност технологије у будућности и, што је од велике важности, економска исплативост.

3. **Побољшање избора:** Интервенције које нуде произвођачима већи избор укључују готовину или кредит као замјену (или као надопуну) за производна средства и сјеме и стоку, уз кориштење бонова који омогућавају пољопривредницима прилику за избор сорте сјемена или стоке по властитом избору. Подршка производњи треба да процијени потенцијалне импликације за исхрану, укључујући приступ храни богатој нутријентима кроз властиту производњу или путем новца обезбијеђеног том производњом. Снабдијевање сточном храном током суше може донијети више користи за директну људску исхрану сточарима него давање трансфера хране људима. Трансфер новца домаћинствима у циљу пружања приступа средствима за производњу треба се заснивати на доступности робе на локалном нивоу, приступу



тржиштима и доступности сигурних и приступачних механизма преноса.

4. **Правовременост и прихватљивост:** Примјери средстава за производњу су сјемена, алати, гнојиво, стока, опрема за риболов, опрема за лов, кредити и кредитне линије, тржишне информације и средства за транспорт. Алтернатива за средства у природи је да се обезбиједи новац или бонови који ће омогућити људима куповину средства за производњу по властитом избору. Пружање средства за пољопривреду и ветеринарских услуга се мора временски подударати с одговарајућим пољопривредним и сточарским сезонама. На примјер, снабдијевање сјеменима и алатом мора претходити периоду садње, хитно смањење залиха стоке за вријеме суше треба обавити прије него што дође до повећане смртности стоке, а порибљавање треба започети када је опоравак осигуран, нпр. након киша.
5. **Сјеме:** Приоритет треба дати сјемену за усјеве и сортама које су већ у локалној употреби, тако да пољопривредници могу користити своје властите критеријуме за успостављање квалитета. Усјеви у понуди треба да буду они од највишег приоритета за надолазећу сезону. Специфичне врсте треба да буду одобрене од стране пољопривредника и локалних ратарских стручњака. Сјемена морају у најмању руку бити прилагођена локалној пољопривредној екологији и условима управљања пољопривредника, морају бити отпорна на болести и изабрана с обзиром на будуће сценарије климатских промјена, попут поплава или суша и пораста нивоа мора. Сјеме које је поријеклом из земаља изван регије треба бити адекватно тестирано на квалитет и треба провјерити његову прикладност локалним условима. Пољопривредници треба да добију приступ низу усјева и сорти код било каквих интервенција повезаних са сјеменом тако да они сами могу одредити стратегије о томе шта је најбоље за њихов систем узгоја. Хибридна сјемена могу бити прикладна тамо гдје су пољопривредници упознати с њима и имају искуство са њиховим узгојем. То се може утврдити само кроз консултације са становништвом. Када се сјемена дају бесплатно и пољопривредници узгајају кукуруз, пољопривредници могу преферирати хибридно сјеме умјесто домаћих сорти, јер је оно иначе скупо. Треба поштовати и политике локалних власти у вези са хибридним сјеменима прије дистрибуције. Генетски модификовано (GMO) сјеме не смије се дистрибуисати, осим ако га одобре локалне власти. У таквим случајевима, пољопривредници би такође требало да буду свјесни да помоћ садржи GMO сјеме.

6. **Утицај на услове живота на селу:** Могуће је да примарна производња хране неће бити одржива ако постоји мањак виталних природних ресурса (и може се десити да не буде одржива на дужи рок ако је била у опадању прије катастрофе) или ако постоји немогућност приступа за одређене групе становника (нпр. људи који не посједују земљу). Промоција производње која захтијева већи (или промијењени) приступ локално расположивим природним ресурсима може појачати напетост унутар локалног становништва, што заузврат може ограничити приступ води и друге основне потребе. Када се пружају средства, било у натури или новцу, треба водити рачуна о томе да се тако не повећају сигурносни ризици за примаоце или створе сукоби (видјети Стандард 2. Осигурање хране: животни услови, на стр. 232, и Стандард 1. Осигурање хране: трансфери новца и бонова, на стр. 222). Такође, бесплатно пружање средстава може пореметити традиционалне механизме социјалне подршке и прерасподјеле, а да притом остави приватни сектор без посла и угрози будућност приступа средствима.
7. **Локална куповина улазних средстава за производњу:** Тамо гдје је то могуће, средства за производњу и услуге за производњу хране, као што су ветеринарске услуге и сјеме, треба набавити путем постојећих локалних легалних и провјерљивих система снабдијевања. За подршку локалном приватном сектору треба користити механизме као што су новац или бонови и повезивање примарних произвођача директно с добављачима. У пројектовању таквих система треба омогућити локалну куповину, а треба узети у обзир доступност одговарајућих средстава за производњу и могућност добављача да повећају снабдијевање, с обзиром на ризик од инфлације (нпр. подизање цијене за предмете за које влада несташица) и квалитет средстава. Директно давање увезених средстава за производњу треба проводити само када локалне алтернативе нису изводљиве.
8. **Надзор над кориштењем:** Могу се процијенити индикатори процеса и резултата производње хране, прераде и дистрибуције, нпр. површина која је засађена, количина сјемена по хектару, приноси и број потомства стоке. Важно је да се утврди како произвођачи користе средства за производњу (тј. да се потврди да се сјеме заиста сади и да се алати, гнојива, мреже и риболовна опрема користе за шта су намијењени) или како се новац троши на средства за производњу. Квалитет средстава треба бити надгледан у смислу њихових резултата, њихове прихватљивости и преференција произвођача. За процјењивање је важно размотрити како пројекат утиче на храну која је на располагању домаћинствима, нпр. на залихе хране домаћинства,



количину и квалитет хране која се конзумира или количину хране којом се тргује или која се даје. Тамо гдје пројекат има за циљ да се повећа производња одређене врсте хране, као што су животињски или рибљи производи или протеинима богате махунарке, треба истражити кориштење тих производа у домаћинствима.

Стандард 2. Осигурање хране и животних услова: приходи и запошљавање

Тамо гдје су осигурање прихода и запосленост могуће стратегије за обезбјеђење услова за живот, жене и мушкарци имају једнак приступ одговарајућим могућностима за зараду.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Заснивати одлуке о активностима за осигурање прихода на процјени тржишта и на адекватној партиципативној анализи способности домаћинстава да се укључе у активности (видјети смјернице 1–2).
- Заснивати врсте накнада (готовина, бонови, храна или комбинација истих) на доброј анализи локалних капацитета, непосредних потреба, тржишних система и преференција катастрофом погођеног становништва (видјети смјерницу 3).
- Заснивати ниво накнада на потребама, циљевима за обнову услова за живот и локалним цијенама рада (видјети смјерницу 4).
- Проводити поступке да се обезбиједи да је успостављено заштићено и сигурно радно окружење (видјети смјерницу 5).
- Подузимати мјере да се избјегне ненамјенско кориштење и/или несигурност када су у питању велике суме новца (видјети смјерницу 6).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сви који су у могућности стварају приходе кроз своје активности и доприносе испуњавању својих основних и других егзистенцијалних потреба.
- Интервенције које пружају могућности запошљавања једнако су доступне женама и мушкарцима, не утичу негативно на домаће тржиште и немају негативан утјецај на нормалне активности које се тичу животних услова (видјети смјерницу 7).
- Људи су свјесни и разумију да накнада доприноси осигурању хране за све чланове домаћинства подједнако (видјети смјерницу 8).

Смјернице

1. **Прикладност иницијатива:** Анализа тржишта је основ за оправдање и дефинисање активности. Треба користити постојеће алате за разумијевање тржишта и економских система (видјети више о тржишту у дијелу Референце и додатна литература). Требало би максимално користити локалне људске ресурсе у изради пројекта и утврђивању одговарајућих активности. О алтернативама за одређене групе (као што су труднице, лица с инвалидитетом или старија лица) треба расправљати унутар циљане групе. Тамо гдје постоји велики број расељених лица (избјеглица или интерно расељених лица), требало би размотрити могућност да се обезбиједе радна мјеста којима одговарају вјештине расељених лица и домаћина. При избору локација за такве активности треба узети у обзир опасност од напада, безбједносне ризике (као што су минирана подручја) и еколошки неодговарајућа подручја (нпр. земљиште које је контаминирано или загађено, склоно слијегању или поплавама, или претјерано стрмо) (видјети принципе заштите 1–3, на стр. 35–40).
2. **Трансфери прихода домаћинствима с ограниченим капацитетима за учествовање:** Иако ће многа домаћинства моћи искористити запошљавање и активности за производњу прихода, ефекти катастрофе неким домаћинствима могу онемогућити да искористе те могућности, или период до примања одговарајућих прихода може бити предуг. У таквим случајевима, за таква домаћинства треба узети у обзир мјере посебне помоћи (Safety net), попут безусловних трансфера готовине и/или хране, с планом за повезивање с постојећим системима социјалне заштите или за заговарање нове засебне помоћи за њих тамо гдје је то потребно.
3. **Врста накнаде:** Накнада може бити у новцу или у храни или комбинована и она треба да омогући домаћинствима са несигурном опскрбом да задовоље своје потребе. Умјесто плаћања за рад у заједници, накнада може бити у облику подстицаја да се помогне људима да предузму задатке од директне користи за њих. Треба узети у обзир потребе људи за куповином и утицај давања или новца или хране за остале основне потребе (као што су школа, приступ здравственим услугама и друштвене обавезе). О врсти и нивоу накнада треба одлучити од случаја до случаја, узимајући у обзир факторе наведене изнад, доступност новца и хране и могући утицај на локална тржишта рада.



4. **Плаћање:** Нема универзално прихваћених смјерница за постављање нивоа накнада, али тамо гдје је накнада у натури и служи као трансфер прихода, мора се узети у обзир вриједност препродаје (нпр. хране) на локалним тржиштима. Нето добит у приходу за појединце кроз учествовање у програмским активностима треба да буде већа него да су проводили своје вријеме на другим активностима. То се односи на храну и новац за радне активности и такође на кредит, покретање посла, итд. Прилике за зараду би требало да унаприједи понуду извора прихода, а не да замијене постојеће изворе. Накнада не би требало да има негативан утицај на локална тржишта рада, нпр. да узрокује инфлацију, преусмјеравање радне снаге из других активности или подривање основних јавних услуга.
5. **Ризици у радном окружењу:** Треба избјегавати радно окружење високог ризика путем практичних поступака за смањење ризика или лијечење повреда, нпр. информативни састанци, заштитна одјећа и комплети за прву помоћ, тамо гдје је то потребно. То би требало да укључује и смањење ризика од излагања HIV-у. Вјежбе за повећање безбједности у транзиту укључују сигурне приступне путеве за рад, обезбјеђење стаза које су добро освијетљене, дистрибуцију лампи, кориштење система раног упозорења (који могу користити звона, звиждаљке, радио и друге уређаје) и безбједносне стандарде, као што су путовања у групама или избјегавање путовања по мраку. Посебну пажњу треба обратити на жене, дјевојке и друга лица изложена опасности од сексуалног злостављања. Треба обезбиједити да све заинтересоване стране буду свјесне поступака у хитним ситуацијама и да могу приступити системима раног упозоравања (видјети принципе заштите 1 и 3, на стр. 35–40).
6. **Опасност од несигурности и ненамјенског кориштења средстава:** Предаја ресурса у облику хране или новца за рад (нпр. кредита или плаћања за обављени рад) доводи до безбједносних проблема за особље програма и примаоце (видјети Стандард 5. Осигурање хране: трансфери хране, смјерница 6, на стр. 213, и Стандард 1. Осигурање хране: трансфер новца и бонова, смјерница 4, на стр. 222).
7. **Одговорност за услове живота:** Учествовање у могућностима стицања дохотка не би требало да угрози дјецу или друге облике одговорности, јер то може повећати ризик од потхрањености

и друге здравствене ризике. Може бити потребно да програми узму у обзир запошљавање пружалаца услуга њега или средства за пружање њега. Може бити неприкладно да се уведе већи обим посла у животе људи, а посебно жена. Програми не би требало да негативно утичу на приступ другим могућностима, попут другог запошљања или образовања, или да преусмјеравају ресурсе домаћинства из производних активности које већ постоје. Учествовање у стварању прихода треба да поштује националне законе који прописују минималну старост за пријем у радни однос, а она обично није нижа од старости за завршавање обавезног школовања.

8. **Кориштење накнада:** Фер накнаде значе да приходи који се остварују доносе значајан дио средстава потребних за осигурање хране. Мора се разумјети управљање новцем у домаћинству или управљање трансферима хране (укључујући и дистрибуцију унутар домаћинства и дистрибуцију крајњим корисницима), јер начин на који су дистрибуисани може погоршати или смањити постојеће напетости и другачије утицати на осигурање хране чланова домаћинства. Интервенције које стварају доходак и запосленост често имају више циљева који се тичу осигурања хране, укључујући и ресурсе на нивоу друштва који утичу на осигурање хране. На примјер, поправак путева може побољшати приступ тржиштима и приступ здравственој њези, док поправак или градња система за воду, жетву и наводњавање може побољшати продуктивност.

Стандард 3. Осигурање хране и животних услова: приступ тржиштима

Штити се и промовише сигуран приступ катастрофом погођеног становништва тржишту роба и услуга у улогама произвођача, потрошача и трговаца.



Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Заштитити и појачати приступ тржиштима рада повољним за произвођаче, потрошаче и трговце (видјети смјерницу 1).
- Заснивати интервенције које се тичу осигурања хране и услова живота на доказима поткријеpljenim сазнањима да ли локална тржишта функционишу или су поремећена, као и на њиховом потенцијалу за јачање (видјети смјерницу 2).

- Заснивати заговарање побољшања и политике промјена на анализи тржишта проведеној прије сваке интервенције (видјети смјерницу 3).
- Предузети кораке за промоцију и подршку приступа тржишту за рањиве људе (видјети смјерницу 4).
- Контролисати штетне ефекте интервенције на локална тржишта, укључујући и куповину хране и дистрибуцију (видјети смјерницу 5).
- Смањити негативне посљедице екстремних сезонских или других абнормалних кретања цијена на тржишту (видјети смјерницу 6).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Интервенције су осмишљене као подршка опоравку тржишта, било директном интервенцијом или промоцијом локалних трговаца путем програма новца и/или бонова.
- Све групе одабраног становништва имају сигуран и потпун приступ тржишту роба, услуга и система током трајања програма.

Смјернице

1. **Понуда и потражња на тржишту:** Економски приступ тржиштима је под утицајем куповне моћи, тржишних цијена и доступности. Доступност зависи од услова трговине између основних потреба (храна, основна улазна средства за пољопривреду, попут сјемена и алата, здравствена њега и слично) те извора прихода (новац, усјеви, стока, плате итд.). Смањење средстава настаје када погоршање трговине присиљава људе да (често по ниским цијенама) продају имовину како би купили основне животне потребе (по надуваним цијенама). Приступ тржиштима такође може да буде под утицајем политичког и сигурносног окружења и културних или вјерских фактора, који ограничавају приступ одређеним групама, као што су нпр. мањине.
2. **Анализа тржишта:** Треба водити рачуна о томе да се становништву омогући приступ тржиштима која функционишу, укључујући и рањиве групе. Рад у кризним ситуацијама заснован на готовини, боновима или храни треба и мора бити засновано на претходној анализи тржишта о доступности намирница. Локални откуп вишкова ће подржати локалне произвођаче, али неповољни утицаји такође треба да буду идентификовани. Увоз ће вјероватно смањити локалне цијене (видјети Стандард 1. Процјена осигурања хране и исхране, смјерница 7, на стр. 166).

3. **Заговарање:** Тржишта дјелују у ширим националним и глобалним економијама, које утичу на услове локалних тржишта. На примјер, владине политике, укључујући политике цијене и трговине, утичу на приступ и доступност. Иако су активности на овом нивоу изван досега дјеловања у ситуацијама катастрофа, те факторе треба анализирати јер може доћи до прилике за заједнички приступ организација или да се заговарају побољшања код владе и других организација (видјети Принцип заштите 3, на стр. 40).
4. **Рањиве особе:** Треба провести анализу рањивости како би се идентификовали људи који имају ограничен приступ тржиштима и приликама за обезбјеђење средстава за егзистенцију. Особе с инвалидитетом, људи који живе с HIV-ом, старије особе и жене с одговорностима њега за некога, морају добити подршку у приступу тржиштима.
5. **Утицај интервенција:** Локална куповина хране, сјемена и других роба може узроковати локалну инфлацију на штету потрошача, али у корист домаћих произвођача. С друге стране, увезена храна може смањити цијене и дјеловати као обесхрабрење за локалну производњу хране, што потенцијално повећава несигурност хране. Новчана помоћ може имати позитивне вишеструке ефекте у локалним економијама, али може такође узроковати локалну инфлацију за кључне робе. Они који су одговорни за набавку треба да прате те ефекте и узму их у обзир. Дистрибуција хране такође може да утиче на куповну моћ корисника, пошто је то облик трансфера прихода. Неке робе се лакше могу продати за добру цијену од других, нпр. уље у односу на кашасту храну. „Куповна моћ“ повезана с подијељеном храном или корпом намирница утицаће на то да ли ће се та храна јести или ће је домаћинство које је корисник исте продати. Разумијевање продаје и куповине унутар домаћинства важно је за одређивање ширег утицаја програма за дистрибуцију хране.
6. **Ненормално високе сезонске промјене цијена** могу негативно утицати на сиромашне пољопривредне произвођаче, који морају продати своје производе када су цијене најниже (обично непосредно након жетве) или власнике стоке који су присиљени да је продају за вријеме суше. С друге стране, потрошачи који имају мало расположивог дохотка не могу приуштити да инвестирају у залихе у храни и умјесто тога зависе од малих али честих куповина. Дакле, они су присиљени да купе нешто чак и када су цијене високе (нпр. током суше). Примјери интервенција које ове ефекте могу свести на минимум укључују побољшане системе транспорта и складиштења, диверсификацију производње хране и трансфере новца или хране у критичним временима.



Додатак 1.

Контролни списак питања за процјену осигурања хране и животних услова

Процјене осигурања хране често широко категоризују погођено становништво у групације по животним условима, према њиховим изворима и стратегијама за прибављање прихода или хране. Ово такође може укључивати анализу становништва према богатству група или слојева. Важно је упоредити тренутну ситуацију с историјом осигурања хране прије катастрофе. Такозвана „просјечна нормална година“ се може узети за нулто стање. Треба узети у обзир специфичне улоге и рањивости жена и мушкараца, као и импликације за осигурање хране у домаћинству. Сљедећи контролни списак питања покрива широка подручја која се обично разматрају у процјени осигурања хране.

1. Осигурање хране за групе по животним условима

- Постоје ли групе међу становништвом које дијеле исте стратегије осигурања услова за живот? Како се оне могу категорисати у складу с њиховим главним изворима хране или прихода?

2. Осигурање хране прије катастрофе (нулто стање)

- Како су групе различите по животним условима прибављале храну или приходе прије катастрофе? Шта су били њихови извори хране и прихода за просјечну годину у недавној прошлости?
- Како су ти различити извори хране и прихода варирали између сезона у нормалној години? (Може бити корисно да се креира сезонски календар.)
- Ако се осврнете на протеклих пет или десет година, колико је осигурање хране варирао из године у годину? (Може бити корисно да се креира дијаграм кроз вријеме или историја добрих и лоших година.)
- Каква имовина, штедња или друге резерве су у власништву група различитих по животним условима (нпр. залихе хране, новчане уштеде, стока, улагања, кредити, невраћен дуг, итд.)?
- Шта укључују издаци домаћинства током периода од једне седмице или мјесец дана, и колики удио се троши на сваку ставку?

- Ко је одговоран за управљање готовином у домаћинству и на шта се троши готовина?
- Колико је приступачно најближе тржиште за набављање основних добара? (Узмите у обзир удаљеност, сигурност, једноставност, мобилност, доступност информација о тржишту, транспорт, итд.)
- Каква је доступност и цијена основних добара, укључујући храну?
- Какви су били просјечни услови размјене између основних извора прихода и хране, нпр. плате према храни, стоке према храни итд. прије катастрофе?

3. Осигурање хране током катастрофе

- Како је катастрофа утицала на различите изворе хране и прихода за сваку од идентификованих група по животним условима?
- Како је катастрофа утицала на уобичајене обрасце осигурања хране који се тичу временских услова који се сезонски понављају за различите групе?
- Како је катастрофа утицала на приступ тржиштима, тржишну доступност и цијене основних роба?
- Које су различите стратегије суочавања с проблемима за групе различите по животним условима и колики је удио људи који су учествовали у њима?
- Како се то промијенило у поређењу са ситуацијом прије катастрофе?
- На коју групу или популацију је катастрофа највише утицала?
- Који су краткорочни и средњорочни ефекти стратегије суочавања с проблемима на финансијску и другу имовину људи?
- Који су ефекти стратегије суочавања са проблемима на здравље, опште благостање и достојанство за све групе зависно од животних услова и све рањиве људе? Постоје ли ризици повезани са стратегијама суочавања с проблемима?



Додатак 2.

Контролни списак питања за процјену сигурности сјемена

У наставку су примјери питања за процјену сигурности сјемена.

1. Прије катастрофе (нулто стање)

- Који су најважнији усјеви пољопривредника? За шта их они користе – за потрошњу, приходе или обоје? Да ли се ови усјеви узгајају сваке сезоне? Који мање важни усјеви могу постати важни у вријеме катастрофе?
- Како пољопривредници обично добијају сјеме или други садни материјал за те усјеве? (Узети у обзир све канале.)
- Који су параметри сјетве за сваки важнији усјев? Која је просјечна засађена површина? Које су стопе сијања? Које су стопе мултипликације (омјери сјемена или зрна добијених на засијано сјеме)?
- Постоје ли важне или пожељне врсте посебних усјева?
- Која су производна упутства од есенцијалног значаја за поједине врсте усјева или сорти?
- Ко је у домаћинству одговоран за доношење одлука, управљање усјевима и располагање производима усјева у различитим фазама производње и постпроизводње?

2. Након катастрофе

- Је ли интервенција везана за узгој изводљива са становишта корисника?
- Јесу ли пољопривредници увјерени да је ситуација сада стабилна и довољно сигурна да могу успјешно култивисати, жети и продати или конзумирати усјеве?
- Да ли они имају довољно приступа пољима и другим средствима за производњу (стајско гнојиво, додаци, животиње за вучу)?
- Јесу ли се spremни да се поново ангажују у пољопривреди?

3. Процјена понуде и потражње сјемена: домаће залихе

- Јесу ли на располагању адекватне количине домаћег произведеног сјемена за сјетву? (То укључује и сјеме из властите жетве пољопривредника и сјеме које је потенцијално доступно путем друштвених мрежа, нпр. од комшија.)
- Је ли то усјев који пољопривредници и даље желе да сију? Је ли прилагођен локалним условима? Постоји ли још увијек потреба за њим?
- Јесу ли врсте које су доступне путем властите производње пољопривредника и даље погодне за сијање идуће сезоне? Да ли квалитет сјемена задовољава уобичајене стандарде пољопривредника?

4. Процјена понуде и потражње сјемена: локална тржишта

- Да ли тржишта, генерално, функционишу без обзира на катастрофу (пијачни дан се одржава, пољопривредници се могу слободно кретати, продавати и куповати)?
- Јесу ли садашње количине расположивог сјемена или зрна упоредиве с онима у нормалним условима у исто вријеме током претходних сезона?
- Јесу ли усјеви и сорте које пољопривредници могу пронаћи на тржишту погодни за узгој?
- Да ли се тренутне тржишне цијене сјемена или зрна могу упоредити с цијенама у исто вријеме у претходним сезонама? Ако постоји разлика у цијени, је ли вјероватно да ће то бити проблем за пољопривреднике?

5. Процјена снабдијевања и потражње сјемена: сјеме у формалном сектору

- Јесу ли усјеви и сорте које се нуде из формалног сектора прилагођени појединим угроженим подручјима? Постоје ли докази да се свиђају пољопривредницима?
- Могу ли количине сјемена доступне из формалног сектора испунити све потребе за помоћи? Ако не, колики би удио потреба пољопривредника могао да буде покривен?



Додатак 3.

Контролни списак питања за процјену исхране

У наставку су примјери питања за процјене које се тичу основних узрока потхрањености, нивоа прехранбених ризика и могућности за интервенцију. Питања се заснивају на концептуалном оквиру узрока потхрањености (видјети стр. 160). Информације ће вјероватно бити на располагању из разних извора, а прикупљање ће захтијевати различите алате за процјену, укључујући и интервјуе са кључним информаторима, посматрање и преглед секундарних података (видјети такође основне стандарде 1, 3–4, на стр. 57–68).

Ситуација прије катастрофе

Које информације већ постоје о природи, обиму и узроку потхрањености код погођеног становништва (видјети Стандард 2. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 169)?

Тренутни ризик од потхрањености

1. Ризик појаве потхрањености односи се на смањени приступ храни – видјети Додатак 1: Контролни спискови питања за процјену осигурања хране и животних услова.
2. Ризик појаве потхрањености у вези са храњењем дојенчади и мале дјеце и праксом њега:
 - Има ли промјене у раду и социјалним обрасцима (нпр. због миграције, расељавања или оружаног сукоба) која значи да су се улоге и одговорности у домаћинству промијениле?
 - Има ли промјена у нормалном саставу домаћинства? Постоји ли велики број дјеце одвојене од родитеља?
 - Је ли поремећено нормално окружење за његу (нпр. расељавањем), што утиче на приступ секундарним старатељима, приступ храни за дјецу, приступ води, итд.?
 - Да ли нека дјеца нису дојена? Постоје ли дјеца која се хране вјештачком храном?

- Има ли било каквих доказа или сумњи о опадању праксе исхране дјеце у хитним ситуацијама, а посебно тренду опадања започињања дојења или стопе искључивог дојења, било каквог повећања стопе давања вјештачке хране и/или повећања удјела дјеце која нису дојена?
 - Је ли доступна допунска храна и средства за хигијенску припрему која су у складу с узрастом, нутриционистички адекватна и сигурна?
 - Постоји ли неки доказ или сумња о општој дистрибуцији замјена за мајчино млијеко, као што су храна за дојенчад, остали млијечни производи, боце и дуде, било као донација или кроз куповину?
 - Да ли су у пасторалним срединама стада била дуго далеко од мале дјеце? Је ли се приступ млијеку промијенио у односу на нормални?
 - Јесу ли HIV и AIDS утицали на праксе њега на нивоу домаћинства?
3. Ризик појаве потхрањености који се односи на лоше јавно здравље (видјети поглавље Здравље, на стр. 330):
- Има ли каквих извјештаја о избијању болести које могу утицати на нутритивни статус, попут малих богиња или акутне дијареје? Да ли постоји ризик да ће доћи до ових епидемија? (Видјети стандарде 1–3. Основне здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 349–354.)
 - Каква је процијењена покривеност вакцинацијом против малих богиња код погођеног становништва? (Видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге: здравље дјеце, на стр. 360.)
 - Да ли се витамин А рутински даје након вакцинације против малих богиња? Каква је процијењена покривеност суплементима витамина А?
 - Има ли икаквих процјена стопе смртности (била то груба или прецизна процјена)? Какве су те процјене и која се метода користила? (Видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге, на стр. 346.)
 - Има ли, или ће бити, значајног пада температуре околине који ће вјероватно утицати на учесталост акутних респираторних инфекција или на енергетске потребе погођеног становништва?
 - Постоји ли висока преваленција HIV-а?
 - Јесу ли људи већ рањиви на потхрањеност због сиромаштва или болести?
 - Има ли претрпаности, односно ризика од туберкулозе или високе преваленције туберкулозе?
 - Постоји ли висока учесталост маларије?
 - Да ли су људи били у води или имали мокру одјећу или били изложени другим тешким условима дужи временски период?



4. Које су постојеће формалне и неформалне локалне структуре кроз које се могу усмјерити потенцијалне интервенције?
- Који је капацитет министарства здравља, вјерских организација, група за подршку у заједници, група за подршку дојењу или невладиних организација с дугорочним или краткорочним присуством на том подручју?
 - Какве прехранбене интервенције и подршке у заједници су већ успостављене и организоване у оквиру локалних заједница, појединаца, НВО-а, владиних организација, агенција УН, вјерских организација, итд.? Које су политике исхране (прошле, текуће и завршене), планиране дугорочне интервенције и програми за исхрану који се проводе или планирају као реакција на тренутну ситуацију?

Додатак 4.

Мјерење акутне потхрањености

У великим хитним ситуацијама које се тичу исхране, може бити потребно укључити дјецу млађу од 6 мјесеци, труднице и дојиље, старију дјецу, адолесценте, одрасле или старије особе у процјене које се тичу исхране односно прехранбене програме. Истраживања старосних група, осим дјеце старости од шест до 59 мјесеци, треба проводити само ако је:

- предузета детаљна контекстуална анализа ситуације, укључујући анализу узрока потхрањености; само ако резултати анализе сугеришу да нутритивни статус мале дјеце не одражава нутритивни статус опште популације, тада треба размотрити истраживање исхране за другу старосну групу;
- доступна је техничка експертиза како би се осигурао висок квалитет прикупљања података, одговарајућа анализа и исправан приказ и тумачење резултата;
- узети су у обзир ресурси и/или опортунитетни трошкови укључивања и осталих старосних група у истраживање;
- формулисани су јасни и добро документовани циљеви истраживања.

Дојенчад млађа од шест мјесеци

Док је у току истраживање за ову старосну групу, основ доказа за процјену и управљање је тренутно ограничен. Већина смјерница препоручује исте антропометријске дефиниције за случајеве акутне потхрањености дојенчади, као и за старију дјецу узраста од шест до 59 мјесеци (осим за обим средине надлактице (енг. mid upper arm circumference – MUAC), који се тренутно не препоручује за дјецу млађу од шест мјесеци). Услови пријема се фокусирају на тренутну величину, а не процјену раста. Пребацавање са референци раста NCHS на стандарде раста Свјетске здравствене организације (WHO) из 2006. године доводи до више случајева новорођенчади млађе од шест мјесеци која губе на тежини. Импликације ове промјене треба посматрати и рјешавати. Потенцијалне посљедице су да се више дојенчади укључује у програме исхране или старатељи показују интерес за адекватност искључивог дојења. Важно је процијенити и узети у обзир сљедеће:



- дужински раст дојенчади, тј. је ли стопа раста добра упркос величини тијела која је мала (нека дојенчад могу надокнађивати ниску порођајну тежину);

- праксу храњења дјетета, тј. да ли се дијете искључиво доји;

- клинички статус, тј. има ли дијете било какве медицинске компликације или болести које се могу лијечити или које дојенче излажу ризику;

- мајчинске факторе, нпр. има ли мајка подршку породице и да ли је депресивна.

Пријем у болничку његу за терапијске програме исхране треба да буде приоритет за дојенчад изложеном великом ризику.

Дјеца узраста 6–59 мјесеци

Табела у наставку приказује најчешће кориштене индикаторе различитих степенова потхрањености међу дјецом узраста 6–59 мјесеци. Индекс тежине по висини (енг. weight for height – WFH) треба израчунати помоћу криве раста за дјецу Свјетске здравствене организације из 2006. године. Оцјена WFH 3 (према стандардима Свјетске здравствене организације) јесте преферирани индикатор за извјештавање о истраживању антропометријских резултата. MUAC је независни критеријум за акутну потхрањеност и један је од најбољих предиктора смртности. Преваленција ниског MUAC такође се анализира у истраживањима за предвиђање количине случајева за дохрану и програма терапијске његе. Прелазне тачке које су најчешће кориштене су <11,5 cm за тешку акутну потхрањеност и 11,5–<12,5cm за умјерену акутну потхрањеност. Такође се често користи, с већом прелазном тачком, као дио процеса прегледа у двије фазе. Ово не би требало користити само у антропометријским истраживањима, већ се може користити као једини критеријум за пријем за програме исхране.

	Глобална акутна потхрањеност	Умјерена акутна потхрањеност	Тешка акутна потхрањеност
Дјеца 6,0–59,9 мјесеци	WFH <-2 Z оцјена и/или, MUAC <12,5 cm и/или прехрамбени едем	WFH - 3 - <-2 Z оцјена и/или MUAC, 11,5-<12,5 cm	WFH <-3 Z оцјена и/или MUAC <11,5 cm и/или прехрамбени едем

Дјеца узраста 5–19 година

Примјена стандарда раста СЗО из 2007. године препоручује се како би се утврдио статус исхрањености дјеце узраста 5–19 година. Ове криве референтних података раста су реконструкција NCHS/WHO референце из 1977. и уско су усклађене са стандардима Свјетске здравствене организације о развоју дјеце за дјецу узраста 6–59 мјесеци и препоручених прелазних тачака за одрасле. Кориштење MUAC код старије дјеце и адолесцената, а посебно у контексту HIV-а, може се узети у обзир. Пошто је ово техничко подручје у развоју, важно је да се користе најновије смјернице и техничка ажурирања.

Одрасли (20–59,9 година)

Нема договорене дефиниције акутне потхрањености код одраслих, али докази показују да би прелазне тачке код тешке акутне потхрањености могле бити мање од индекса тјелесне масе (енг. body mass index – BMI) од 16, а и мање од 18,5 за благу и умјерену акутну потхрањеност. Истраживања потхрањености одраслих требало би да имају за циљ да прикупе податке о тежини, висини, висини код сједења и мјерења MUAC. Ови подаци се могу користити за израчунавање BMI. BMI треба прилагодити за Cormic-ов индекс (однос висине код сједења и стајања) само да би се направила поређења између група становника. Таква прилагођавања могу битно промијенити очигледну преваленцију потхрањености код одраслих, а могу имати и важне програмске посљедице. Мјерења MUAC увијек треба проводити. Ако су потребни непосредни резултати или су ресурси озбиљно ограничени, истраживање се може заснивати само на мјерењима MUAC. Будући да је тумачење антропометријских резултата компликовано због недостатка валидних функционалних података о исходима и мјерила за утврђивање значења резултата, такви резултати се морају тумачити заједно с детаљним контекстуалним информацијама. Смјернице за процјену могу се наћи у дијелу Референце и додатна литература. При прегледима појединаца за пријем на прехранбену његу и отпуштање са њега, критеријум би требало да укључује комбинацију антропометријских индикатора, клиничке знакове (посебно слабост, недавни губитак тежине) и друштвене факторе (приступ храни, присутност његоватеља, склоништа, итд.). Треба имати на уму да едем код одраслих може бити узрокован различитим разлозима осим потхрањености, а љекари треба да процијене едем код одраслих и искључе друге узроке. Поједине организације треба да одлуче о индикатору за одређивање квалификованости за његу, узимајући у обзир познате недостатке BMI и недостатак информација



о MUAC, те програмске импликације њиховог кориштења. Пошто је ово техничко подручје у развоју, важно је да се користе најновије смјернице и техничка ажурирања. MUAC се може користити као средство прегледа за труднице, нпр. као критеријум за улазак у програм исхране. С обзиром на њихове додатне прехранбене потребе, труднице могу бити изложене већем ризику у односу на друге популационе групе. MUAC се не мијења значајно током трудноће. За MUAC <20,7 cm (тешки ризик) и <23 cm (умјерен ризик) показало се да носе ризик од успоравања раста фетуса. Предложене прелазне тачке за ризик варирају од земље до земље и крећу се од 21 cm до 23 cm. Мање од 21 cm је предложено као прикладна прелазна тачка за селекцију жена у опасности током хитних ситуација.

Старија лица

Тренутно не постоји договорена дефиниција потхрањености код старијих лица, а ове групе могу бити у опасности од потхрањености у хитним ситуацијама. Свјетска здравствена организација сугерише да BMI прагови за одрасле могу бити прикладни и за особе старости 60–69 година и више. Међутим, тачност мјерења је проблематична због закривљености леђа (погнутости) и компресије пршљенова. Обим или полуобим руке се може користити умјесто висине, али фактор множења за израчун висине варира зависно од групе становника. Потребна је визуелна процјена. MUAC може бити користан алат за мјерење потхрањености код старијих људи, али истраживања о прикладним прелазним тачкама су тренутно још увијек у току.

Лица с инвалидитетом

Тренутно нема смјерница за мјерење потхрањености код лица с физичким инвалидитетом и зато су она често искључена из антропометријских мјерења. Потребна је визуелна процјена. MUAC мјерења могу бити погрешна у случајевима гдје се надлактица мишића може додатно изградити за помоћ мобилности. Постоје алтернативе стандардним мјерама висине, укључујући и дужину, обим и полуобим руке или дужину поткољенице. Потребно је консултовати најновија истраживања како би се утврдио најпримјеренији начин мјерења за лица са инвалидитетом за која стандардна мјерења тежине, висине и мјерење MUAC нису прикладни.

Додатак 5.

Мјерење значаја недостатака микронутријената за јавно здравље

Тамо гдје се открију клинички недостаци микронутријената, исте би требало хитно лијечити на индивидуалној основи. Појединачни случајеви клиничког недостатка микронутријената су обично индикатор основног проблема недостатка микронутријената на нивоу цјелокупног становништва. Мјерење и класификација недостатака микронутријената на нивоу цјелокупног становништва важни су за планирање и надзор над интервенцијама.

Биохемијски тестови имају предност да пружају објективне мјере статуса микронутријената. Међутим, прикупљање биолошких узорака за испитивање често представља изазове код логистике, обуке особља, хладног ланца, а понекад и прихватљивости. Биохемијска мјерења такође нису увијек тако јасно корисна, односно осјетљива су и специфична, што се може и претпоставити. Такође, могу постојати варијације зависно од доба дана кад је узорак узет, годишњег доба, као и од акутне потхрањености. Добра контрола квалитета је важна и треба је увијек узети у обзир при избору лабораторија за испитивање узорака.

При оцјени стања микронутријената треба имати на уму могућност прекомјерног уноса, као и недостатак. То је од посебне важности када се више високообогаћених производа или додатака користи за испоруку микронутријената угроженом становништву.

Табела у наставку приказује класификацију важности одабраних недостатака микронутријената за јавно здравље кориштењем различитих индикатора.



Индикатор недостатка микронутријената	Препоручена старосна група за истраживање преваленције	Дефиниција проблема за јавно здравље	
		Озбиљност	Преваленција (%)
Недостатак витамина А			
Ноћно сљепо (XN)	24–71 мјесец	Благо	> 0 - <1
		Умјерено	≥ 1 - <5
		Тешко	≥ 5
Митотове мрље (X1B)	6–71 мјесец	Није спецификовано	> 0,5
Ксероза рожнице/ чиреви/ кератомалација (X2, X3A, X3B)	6–71 мјесец	Није спецификовано	> 0,01
Ожиљци рожнице (XS)	6–71 мјесец	Није спецификовано	> 0,05
Серум ретинола (<0,7 μmol/l)	6–71 мјесец	Благ	≥ 2 <10
		Умјерен	≥ 10 <20
		Тежак	≥ 20
Недостатак јода			
Ћушавост (видљива + опипљива)	Дјеца школског узраста	Блага	5,0–19,9
		Умјерена	20,0–29,9
		Тешка	≥ 30,0
Средња концентрација мокраћног јода (mg/l)	Дјеца школског узраста	Претјеран унос	> 300 1
		Довољан унос	100–1991
		Благ недостатак	50–99
		Умјерен недостатак	20–491
		Озбиљан недостатак	< 201
Недостатак жељеза			
Анемија (Жене које нису трудне хемоглобин <12,0 g/dl, дјеца 6–59 мјесеци <11,0 g/dl)	Жене, дјеца 6–59 мјесеци	Низак	5–20
		Средњи	20–40
		Висок	≥ 40

Берибери ¹			
Клинички знакови	Цјелокупно становништво	Благ	≥ 1 случај и <1%
		Умјерен	1–4
		Озбиљан	≥ 5
Прехрамбени унос (<0,33 mg/ 1000 kcal)	Цјелокупно становништво	Благ	≥ 5
		Умјерен	5–19
		Озбиљан	20–49
Смртност дојенчади	Дојенчад 2–5 мјесеци	Благ	Нема повећања стопе
		Умјерен	Благо процентуално повећање
		Озбиљан	Значајно процентуално повећање
Пелагра ¹			
Клинички знакови (дерматитис) у истраживаној старосној групи	Цјелокупно становништво или жене> 15 година	Блага	≥ 1 случај и <1%
		Умјерена	1–4
		Тешка	≥ 5
Дијететски унос еквивалената ниацина <5 mg/дан	Цјелокупно становништво или жене > 15 година	Блага	5–19
		Умјерена	20–49
		Тешка	≥ 50
Скорбут ¹			
Клинички знакови	Цјелокупно становништво	Благ	≥ 1 случај и <1%
		Умјерен	1–4
		Тежак	≥ 5

¹ За информације о биохемијским тестовима и здравственим праговима видјети најновију литературу или затражити савјете специјалиста.



Додатак 6.

Прехрамбене потребе

Сљедећи подаци могу се користити за сврхе планирања у почетној фази катастрофе. Минимални захтјеви за нутријенте наведени у сљедећој табели требало би да буду кориштени за процјену адекватности општих obroka намијењених становништву. Захтјеви се израчунавају на основу претпостављеног демографског профила, претпоставки о температури околине и нивоу активности људи. Такође су узете у обзир додатне потребе трудница и дојиља. Захтјеви нису намијењени за процјењивање адекватности додатних или терапијских obroka за његу или за процјену obroka усмјерених на поједине групе људи, као што су особе обољеле од туберкулозе или особе које живе с HIV-ом.

Постоје двије важне тачке за разматрање прије задовољавања потреба наведених испод. Прво, те минималне потребе за просјечну групу становника укључују потребе свих старосних група дате групе и оба пола. Оне се, дакле, не односе на било коју популациону групу одређену по старости или полу и не смију се користити као потребе за појединце. Друго, прехранбени захтјеви заснивају се на профилу групе становника.

Нутријент	Минималне потребе становништва ¹
Енергија	2.100 kcal
Протеини	53 g (10% укупне енергије)
Масти	40 g (17% укупне енергије)
Витамин А	550 µg RAE*
Витамин D	6,1 µg
Витамин Е	8,0 mg alpha-TE*
Витамин К	48,2 µg
Витамин В1 (тиамин)	1,1 mg
Витамин В2 (рибофлавин)	1,1 mg
Витамин В3 (ниацин)	13,8 mg NE
Витамин В6 (пиодиксин)	1,2 mg
Витамин В12 (кобаламин)	2,2 µg

Фолна киселина	363 µg DFE*
Пантотенат	4,6 mg
Витамин С	41,6 mg
Жељезо	32 mg
Јод	138 µg
Цинк	12,4 mg
Бакар	1,1 mg
Селен	27,6 µg
Калцијум	989 mg
Магнезијум	201 mg

***Alpha-TE – еквиваленти алфа-токоферола**

RAE – еквиваленти активности ретинола

DFE – еквивалент прехранбеног фолата

1 Изражено као унос референтних нутријената (RNI) за све нутријенте осим за енергију и бакар.

Референца: RNI од FAO/WHO (2004), потребе витамина и минерала у људској исхрани. Друго издање је кориштено за све прорачуне потреба витамина и минерала, осим бакра, пошто потребе овог минерала нису биле укључене у FAO/WHO (2004). Потребе за бакар узете су из: WHO (1996), Елементи у траговима у људској исхрани и здрављу.

Сљедећа табела даје индикатор просјечне структуре глобалне популације рашчлањен према старости. Међутим, важно је имати на уму да је ово специфично за контекст и може се значајно разликовати. На примјер, у неким руралним срединама, миграција средње генерације је резултовала непропорционално високим бројем старијих људи који воде рачуна о дјечи.

Група	% становништва
0–6 мјесеци	1,32
7–11 мјесеци	0,95
1–3 године	6,58
4–6 година	6,41
7–9 година	6,37
10–18 година жене	9,01



10–18 година мушкарци	9,52
19–50 година жене	17,42
51–65 година жене	4,72
19–65 година мушкарци	27,90
Више од 65 година жене	2,62
Више од 65 година мушкарци	2,18
Труднице	2,40
Дојиље	2,60

Референца: УН (2003), Свјетско становништво: Ревизија 2002, Становништво интерполирано према полу, годинама старости и календарским годинама, од 1950. до 2050. године.

Енергетске потребе становништва треба прилагодити за сљедеће факторе:

- демографска структура становништва, а посебно постотак оних испод пет година старости, а и постотак жена;
- средња тјелесна тежина одраслих и стварна, уобичајена или пожељна тјелесна тежина;
- ниво активности за одржавање продуктивног живота, тј. потребе ће се повећати ако ниво активности прелази трајање дневног свјетла (тј. $1,6 \times$ коефицијент базалног метаболизма);
- просјечна температура околине и склоништа и одјевни капацитети, тј. потребе ће се повећати ако је средња температура околине нижа од 20°C ;
- прехранбено и здравствено стање становништва, тј. потребе ће се повећати ако је становништво лоше ухрањено и има додатне захтјеве за надокнађивање раста. Преваленције HIV-а и AIDS-а могу утицати на потребе просјечне популације (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфери хране, на стр. 198). Да ли је потребно прилагодити опште оброке како би се задовољиле ове потребе зависиће од контекстуалне анализе и актуелних међународних препорука.

Ако није могуће добити ову врсту информација из процјене, подаци у горњој табели требај да буду кориштени као минималне потребе.

Референце и додатна литература

Извори

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Додатна литература

Референце за процјену

Почетна процјена

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

Процјена осигурања хране

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

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

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

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Процјена сигурности сјемена

Longley, C. et al. (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L. (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

Процјена животних услова

Jaspers, S. and Shoham, J. (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

Тржишта

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A. (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Конзумација хране

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

Партиципативне методологије

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.



Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

Информацијски системи за исхрану и осигурање хране

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1. Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J., Watson, F. and Dolan, C., The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

Антропометријска процјена

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S., Duffield, A. and Myatt, M. (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H. and Jaspars, S. (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

Процјена микронутријената

Gorstein, J. et al. (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A. and Prudhon, C. (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva.

Процјена IYCF

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

Исхрана дојенчади и дјеце

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

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.enonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.enonline.net/ife

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.enonline.net/ife

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

Интервенције за осигурање хране

Опште

Barrett, C. and Maxwell, D. (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D. et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.



Усмјеравање и дистрибуција хране

Jaspars, S. and Young, H. (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

Управљање ланцима снабдијевања и квалитет и осигурање хране

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: <http://foodquality.wfp.org>

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

Интервенције са готовином и боновима

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L. (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P. and Jaspars, S. (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P. (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Интервенције са сјеменима

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L. and Remington, T., with Haugen J.M. (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

Општи приручници за хитне ситуације у вези с храном

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C. (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Рањиви људи

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A. (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.



Лијечење акутне потхрањености

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C., Mason, F. and Shoham, J. (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C. and Shoham, J. (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

Недостаци микронутријената

Seal, A. and Prudhon, C. (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

Минимални стандарди за склоништа, смјештај и непрехрамбене производе



Како користити ово поглавље

Ово поглавље је подијељено у два главна дијела:

Склоништа и смјештај

Непрехрамбени артикли: одјећа, постељина и предмети за домаћинство

Оба дијела пружају опште стандарде за употребу у било којем од неколико сценарија интервенција за расељено и нерасељено становништво, укључујући привремено или прелазно склониште за индивидуална домаћинства која бораве на изворним локацијама, или повратак у поправљене станове, привремени смјештај с породицама домаћинима, и/или привремена насеља у заједницама која се састоје од планираних или самостално формираних кампова или оних које је становништво само населило, колективних центара, транзитних или повратних центара. Принципи заштите и основни стандарди се користе конзистентно с овим поглављем. Иако су првенствено намијењени да пруже информације за хуманитарне интервенције код катастрофа, минимални стандарди се могу, такође, узети у обзир током припремљености за катастрофе и у прелазу на активности за опоравак и обнову.

Сваки дио садржи следеће:

Минимални стандарди: Они су квалитативне природе и одређују минималне нивое које треба остварити у хуманитарним интервенцијама у вези с пружањем склоништа.

Кључне активности: Ово су предложене активности и улазне информације како би се задовољили стандарди.

Кључни индикатори: То су „сигнали“ који показују да ли је стандард постигнут. Они пружају начин мјерења и упоређивања процеса и резултата кључних активности и односе се на минимални стандард, а не на кључну активност.

Смјернице: Оне укључује специфичне тачке за разматрање приликом примјене основног стандарда, кључних активности и кључних индикатора

у различитим ситуацијама. Оне пружају смјернице о рјешавању практичних тешкоћа, те мјерила или савјете о приоритетним питањима. Оне, такође, могу укључивати критична питања која се односе на стандарде, поступке или индикаторе, те описивати дилеме, контроверзе или недостатке у тренутном знању.

Уколико потребни кључни индикатори и активности не могу бити испуњени, треба процијенити настале штетне посљедице за погођено становништво и треба подузети одговарајуће радње за њихово ублажавање. Контролни списак питања за процјену потреба укључен је у Додатак 1, а смјернице се налазе у додацима 2–6. Одабрана листа референци и додатне литературе, која упућује на изворе информација о специфичним и општим питањима која се односе на ово поглавље, такође се може наћи у наставку.



Садржај

Увод.....	268
Склоништа и смјештај.....	276
Непрехрамбени производи: одјећа, постељина и предмети за домаћинство	298
Додатак 1: Контролни списак питања за процјену склоништа, смјештаја и непрехрамбених производа	309
Референце и додатна литература.....	315



УВОД

Везе са Хуманитарном повељом и међународним правом

Минимални стандарди за осигурање хране и исхране су практични израз заједничких увјерења и обавеза хуманитарних организација и заједничких принципа, права и дужности којима се управља хуманитарним дјеловањем, а који су представљени у Хуманитарној повељи. Ови принципи се заснивају на принципу хуманости, огледају се у међународном праву, и укључују право на достојанствен живот, право на заштиту и сигурност и право на примање хуманитарне помоћи на основу потреба. Списак важних правних докумената и политика на којима се заснива Хуманитарна повеља доступан је у Додатку 1 (видјети стр. 356), с коментарима који пружају објашњења хуманитарним радницима. У хуманитарном дјеловању, склониште, смјештај и с њима повезани непрехрамбени артикли су познати појмови који спадају у обим права на адекватно становање, које је садржано у људским правима.

Свако има право на одговарајуће становање. То право се признаје у кључним међународним правним инструментима (видјети Референце и додатна литература: Међународни правни инструменти). То укључује право да се живи у безбједним околностима, у миру и достојанству, са сигурношћу уживања становања, као и заштитом од присилног исељења, те право на реституцију. Ови инструменти дефинишу адекватно становање тако да обезбјеђује:

- довољно простора и заштиту од хладноће, влаге, топлоте, кише, вјетра и других пријетњи здрављу, укључујући и структурне опасности и преноснике болести;
- доступност услуга, објеката, материјала и инфраструктуре;
- приуштивост, могућност насељавања, доступност, локацијску и културну адекватност;
- одрживи приступ природним и заједничким ресурсима, питкој води, енергији за кување, гријању и расвјети, санитарним условима и објектима за прање веша, средствима за чување хране, одвозу смећа, дренажи локације, и хитним службама;

- одговарајућу локацију насеља и смјештаја како би се обезбиједио сигуран приступ здравственим услугама, школама, центрима за бригу о дјеци и другим социјалним објектима и приликама за боље животне услове;
- да грађевински материјал и политике које се односе на стамбену градњу на одговарајући начин омогућују изражавање културног идентитета и разноврсности становања.

Минимални стандарди у овом поглављу нису потпуни израз права на адекватно становање као што је оно дефинисано релевантним међународним правним инструментима. Умјесто тога, минимални стандарди одражавају садржај језгре права на адекватно становање и доприносе прогресивној реализацији овог права.

Важност склоништа, смјештаја и непрехрамбених артикала у катастрофама

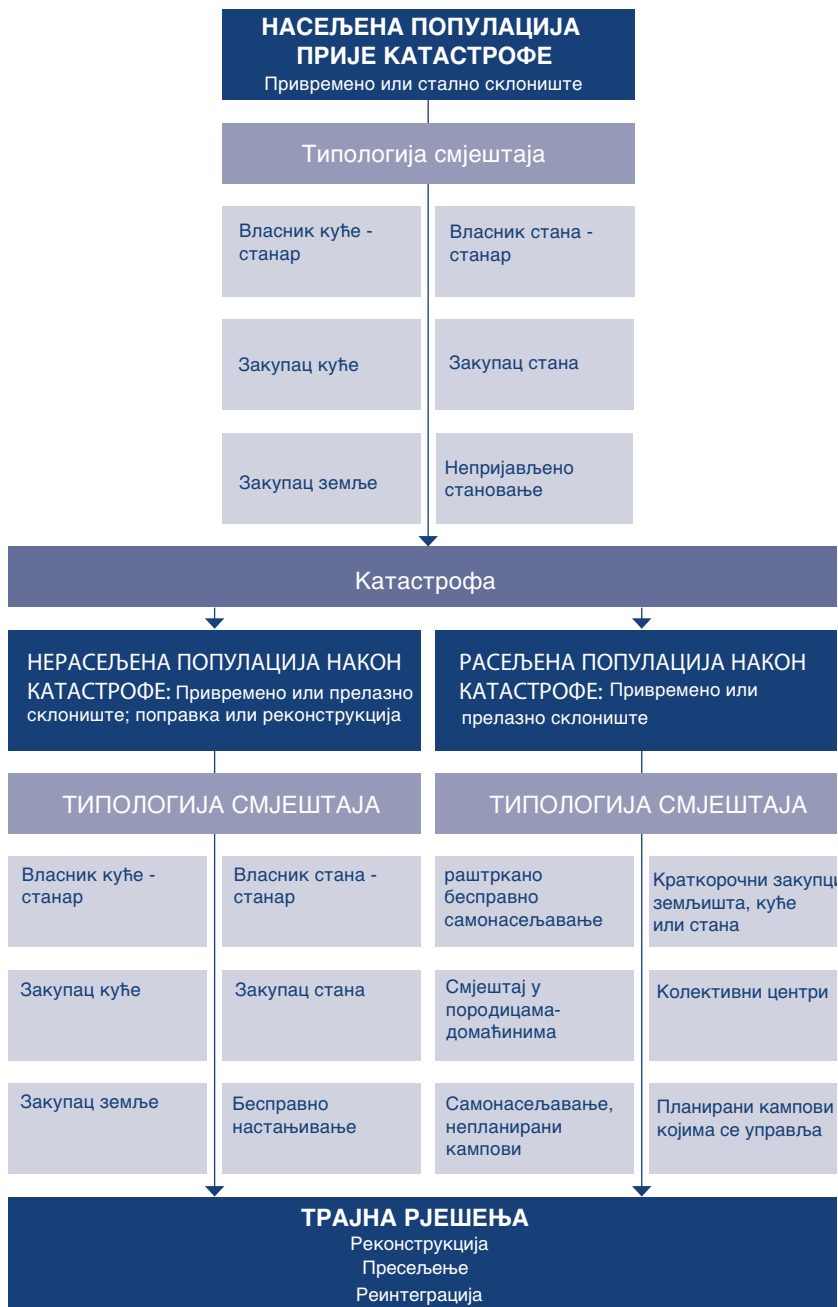
Склониште је критична детерминанта за преживљавање у почетним фазама катастрофе. Поред преживљавања, склониште треба да обезбиједи сигурност, личну безбједност и заштиту од временских услова, и да промовише отпорност на болести. Оно је такође важно за људско достојанство, за одржавање породице и живот у заједници и омогућује погођеним групама становника да се опораве од утицаја катастрофе. Склониште и с њим повезан смјештај и интервенције у облику непрехрамбених артикала треба да подрже постојеће стратегије суочавања са проблемом и промовишу самосталност оних који су погођени катастрофом. Локалне капацитете и ресурсе треба максимално користити, ако то не резултује негативним ефектима за погођено становништво или локалну економију. Свака интервенција би требало да узме у обзир познате ризике од катастрофа и да смањи дугорочни негативни утицај на животну средину, а максимално повећа могућност да погођено становништво одржи или успостави боље животне услове.



Топлотна удобност, заштита од временских утицаја и лична сигурност и достојанство се постижу задовољавањем комбинације потреба појединаца и локације наткривеног простора у којем су тренутно настањени. Исто тако, задовољавање тих потреба захтијева одговарајућу комбинацију

средстава за припрему, кување и конзумирање хране, одјећу и постељину, адекватан наткривени простор или склониште, средства за гријање или расхлађивање, према потреби, те приступ основним услугама. Потребе за склоништем, смјештајем и непрехранбеним артиклима становништва погођеног катастрофом одређују се према врсти и обиму катастрофе и мјери у којој је становништво расељено. У интервенцији треба користити информације о способности и жељи расељених лица за повратак на мјесто изворног становања и за почетком процеса опоравка: тамо гдје нису у стању или се не желе вратити, биће им потребно привремено или прелазно рјешење за склониште и смјештај (видјети наредни дијаграм). Локални контекст катастрофе ће дати информације за интервенције, укључујући и информације да ли је погођено подручје сеоско или градско, какви су локални временски и еколошки услови, каква је политичка и безбједносна ситуација, те каква је способност погођеног становништва да допринесе испуњењу својих потреба за склоништем.

Опције и сценарији интервенција које се тичу склоништа и смјештаја



У екстремним временским условима, гдје склониште може бити пресудно за опстанак, или као резултат премјештања, може се десити да погођено становништво не буде у могућности да изгради одговарајуће склониште, па ће бити потребна рјешења која се могу брзо поставити, као што су шатори и слично, или привремени смјештај обезбијеђен у постојећим јавним зградама. Расељено становништво може организовати склониште код породица-домаћина, могу се смјестити се као појединачна домаћинства или у групама домаћинстава у оквиру постојећих насеља, или може бити потребан привремени смјештај у планираним камповима под управом, или у колективним центрима.

Ако је могуће, погођено становништво би требало да добије подршку да поправи или прилагоди постојеће станове или изгради нове структуре. Помоћ може укључивати пружање одговарајућих грађевинских материјала, алата и прибора, новца или бонова, техничких смјерница и обука или комбинацију истих. Потребно је обезбиједити подршку или техничку помоћ погођеном становништву које нема способност или знање да предузме грађевинске активности. Такође треба узети у обзир права и потребе оних који су секундарно погођени катастрофом, попут сусједног становништва које је домаћин расељеним лицима током катастрофе. Тамо гдје се јавне зграде, а посебно школе, користе као привремени смјештај у заједницама, треба подузети планирано и сигурно пресељење становништва које је ту склоњено што је прије могуће како би се омогућило да се нормалне активности наставе.

У свакој интервенцији би требало користити информације о корацима које је погођено становништво предузело како би се пружило привремено или стално склониште уз кориштење њихових капацитета и ресурса. Интервенције које се тичу склоништа треба да омогуће погођеном становништву да постепено надогради и/или оствари транзицију из стамбених рјешења за хитне ситуације у стална. Такође, може бити потребно да се омогући поправак оштећених јавних зграда или пружање привремених објеката који треба да служе као школе, здравствени центри и други објекти у локалној заједници. Склоништа за стоку и друге изворе егзистенције могу бити кључни додатак пружању стамбеног склоништа за неко погођено становништво. У дјеловању би требало користити информације о ризицима и рањивостима постојећих склоништа и смјештаја у вези са локацијом, планирањем, пројектовањем и градњом, укључујући и оне који су погоршани катастрофом или због утицаја климатских промјена.

Разматрање утицаја животне средине на изградњу рјешења за смјештај и склоништа је такође од велике важности за свођење дугорочног утицаја катастрофе на минимум.

Боље интервенције у ситуацијама катастрофа у виду склоништа, смјештаја и непрехрамбених артикала постижу се кроз бољу припремљеност. Таква припремљеност је резултат капацитета, односа и знања које развијају владе, хуманитарне организације, организације цивилног друштва, заједнице и појединци како би предвидјели и ефективно реаговали на утицај вјероватних, непосредних или текућих опасности. Припремљеност се заснива на анализи ризика и системима раног упозорења.

Везе са другим поглављима

Многи од стандарда у осталим поглављима релевантни су за ово поглавље. Напредак у остваривању стандарда у једном подручју често утиче, па чак и одређује напредак у другим подручјима. Како би интервенција била ефективна, потребна је блиска координација и сарадња с другим секторима. На примјер, у подручјима гдје се пружа помоћ у виду склоништа неопходно је комплементарно обезбјеђење водоснабдијевања и санитарних објеката, како би се осигурало здравље и достојанство погођеног становништва. Исто тако, пружање адекватног склоништа доприноси здрављу и благостању расељеног становништва, а основни прибор за кување и јело, те гориво за кување потребни су како би омогућили кориштење помоћи у храни и задовољавање прехранбених потреба. Такође, потребна је координација с локалним властима и другим организацијама које су укључене у интервенцију, како би се обезбиједило да су испуњене потребе, а да се напори не дуплирају и да се оптимизује квалитет интервенција које се тичу склоништа, смјештаја и непрехрамбених артикала.

Везе са принципима заштите и основним стандардима

Како би се задовољили стандарди у овом приручнику, све хуманитарне организације треба да се воде принципима заштите, чак и ако оне немају одређен мандат за заштиту или специјализоване капацитете за заштиту. Принципи нису „апсолутни“: прихвата се да околности могу ограничити обим у којем су организације у могућности да их испуне. Ипак, принципи одражавају универзална хуманитарна питања која би



требало да воде активности у свако вријеме. Основни стандарди су битни процесни стандарди и стандарди особља које дијеле сви сектори. Шест основних стандарда покрива хуманитарне интервенције фокусиране на људе, координацију и сарадњу, процјену, осмишљавање и дјеловање; ефективност, транспарентност и учење и перформансе хуманитарних радника. Они пружају јединствену референтну тачку за приступе који подржавају све друге стандарде у Приручнику. Зато, свако техничко поглавље захтијева попутно кориштење основних стандарда како би се помогло у остваривању његових стандарда. Конкретно, како би се осигурали прикладност и квалитет за било какво дјеловање, треба осигурати учествовање катастрофом погођених људи, укључујући и групе и појединце који су најчешће изложени ризику у катастрофама.

Рањивост и капацитети катастрофом погођеног становништва

Овај дио је осмишљен тако да се чита у комбинацији са основним стандардима и да их употпуњује. Важно је разумјети да то што је неко млад или стар, жена, или лице с инвалидитетом или HIV-ом не чини, само по себи, ту особу рањивом и не повећава ризик којем је изложена. У ствари, ту постоји узајамно дјеловање више фактора: на примјер, за неког ко има више од 70 година, живи сам и у лошем је здравственом стању је вјероватније да ће бити рањив него неко сличне старости и здравственог стања ко живи у оквиру шире породице и са довољно прихода. Слично томе, трогодишња дјевојчица је много угроженија ако је без надзора одраслих, него ако се за њу брину одговорни родитељи.

Док се проводе стандарди и активности у вези са склоништима, смјештајем и непрехрамбеним артиклима, анализа рањивости и капацитета помаже да се обезбиједи да напори у оквиру интервенција на катастрофу подржавају оне који имају право на помоћ на недискриминишући начин и да је добијају они којима је најпотребнија. То захтијева темељно разумијевање локалног контекста и како одређена катастрофа утиче на поједине групе људи на различите начине с обзиром на њихове постојеће рањивости (нпр. на врло сиромашне или дискриминисане), њихову изложеност разним пријетњама (нпр. родно насиље, укључујући сексуалну експлоатацију), појаву болести или учесталост болести (нпр. HIV-а или туберкулозе) и могућност епидемије (нпр. мале богиње или колера). Катастрофе могу довести до тога да постојеће неједнакости буду још израженије. Међутим, кључна

је подршка за стратегије суочавања људи са проблемима, отпорност и капацитете за опоравак. Треба подржати њихово знање, вјештине и стратегије, и заговарати њихов приступ друштвеној, правној, финансијској и психо-социјалној подршци. Такође, треба на одговарајући начин ријешити разне физичке, културне, економске и социјалне баријере са којима се људи могу суочити у приступу овим услугама.

Испод су истакнута нека од кључних подручја која ће обезбиједити да се узимају у обзир права и капацитети свих рањивих људи.

- Оптимизовати учествовање људи, осигуравајући да су све репрезентативне групе укључене, а посебно они који су мање видљиви (нпр. појединци који имају комуникацијске потешкоће и потешкоће мобилности, они који живе у институцијама, стигматизоване младе особе и друге групе које су слабо заступљене).
- Разврстати податке по полу и старости (0–80 и више година) током процјене, јер то је важан елемент у осигурању да сектор или подручје адекватно узимају у обзир разноврсност становништва.
- Обезбиједити да је о праву на информације комуницирано на начин који укључује и који је доступан свим члановима заједнице.



Минимални стандарди

1. Склоништа и смјештај

Нерасељеном, катастрофом погођеном становништву треба помоћи на мјесту изворног мјеста становања, привременим или прелазним склоништем за домаћинства, или средствима за поправак или изградњу одговарајућих склоништа. Индивидуална склоништа за домаћинства за такво становништво могу бити привремена или стална, зависно од фактора који укључују и обим пружене помоћи, права на кориштење земљишта или власништво, доступност основних услуга и могућности за надоградњу и проширење склоништа. Расељена лица која нису у могућности да се врате у своје домове често желе да остану с другим члановима породице или особама с којима дијеле историјске, вјерске или друге везе и треба им помоћи да то учине. Када такво раштркано насељавање није могуће, може се пружити привремени смјештај у у локалној заједници или самостално насељеним камповима, уз привремена или прелазна склоништа за домаћинства, или у прикладним великим јавним зградама које се користе као колективни центри.

Стандард 1. Склоништа и смјештај: стратешко планирање

Стратегије за склоништа и смјештај доприносе сигурности, заштити, здрављу и благостању расељеног и нерасељеног, катастрофом погођеног становништва и промовишу и опоравак и обнову гдје је то могуће.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Процијенити и анализирати потребе за склоништем и смјештајем за погођено становништво у договору с релевантним властима и самим становништвом (видјети смјерницу 1).
- Развити план интервенције за склоништа и смјештај (укључујући и рани опоравак ако је могуће) у сарадњи с релевантним властима,

организацијама које учествују у интервенцији и погођеним становништвом (видјети смјерницу 1).

- Одредити приоритете и подржати повратак погођених домаћинстава у њихове примарне домове или мјеста становања гдје год је то могуће (видјети смјерницу 2).
- Помоћи онима који не могу или се не желе вратити у своје примарне домове у томе да их приме друга домаћинства или да буду смјештени у привременим насељима у заједницама (видјети смјернице 3–4).
- Обезбиједити да приступ непрехрамбеним артиклима, рјешењима за склониште (као што су шатори или комплети за склониште), грађевинском материјалу, новцу, техничкој помоћи или информацијама, или комбинацији истих према потреби (видјети смјернице 5–6).
- Обезбиједити да се станови или насеља налазе на сигурној удаљености од било које стварне или потенцијалне пријетње, те да су ризици од постојећих опасности сведени на минимум (видјети смјерницу 7).
- Обезбиједити да остаци од катастрофе буду уклоњени са кључних локација, укључујући локације оштећених или уништених домова, привремених насеља у заједницама, установа од јавног значаја и приступних путева (видјети смјерницу 8).
- Планирати сигуран приступ води и санитарним услугама, здравственим установама, школама и мјестима за рекреацију и молитву, а и земљишту, тржиштима или услугама које се користе за наставак или развој активности за подршку условима за живот (видјети смјернице 9–10).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Рјешења за склоништа и смјештај за задовољавање основних потреба свих катастрофом погођених дијелова популације договарају се са њима самима и органима власти у координацији са свим организацијама које учествују у интервенцији (видјети смјерницу 1).
- Сва рјешења за привремено склониште и смјештај су сигурна и адекватна и таква ће и остати док се не постигну трајнија рјешења (видјети смјернице 2–10).



Смјернице

1. **Процјена, консултације и координација:** Почетна процјена потреба је важна да се идентификују потребе за склоништем и смјештајем

за погођено становништво, ризици након катастрофе, рањивост и капацитети, могућности за рјешавање опоравка од самог настанка катастрофе и потребе за детаљнијом процјеном, укључујући утицај на животну средину. У такву процјену би требало да буде укључено становништво погођено катастрофом (посебно рањиве особе с посебним потребама), заједно с релевантним тијелима. Планове припремљености за непредвиђене ситуације треба употријебити као смјернице за дјеловање у координацији с релевантним властима, хуманитарним и другим организацијама и погођеним становништвом, кроз кориштење договорених механизма координације. Доступност ресурса, локални контекст (укључујући и образац временских услова који се сезонски понављају), сигурност и приступ постојећим или новим локацијама и земљишту треба да послуже као информације за планирање интервенције (видјети основне стандарде 1–5, на стр. 57–72, стандарде 1–5. Непрехранбени артикли, на стр. 299–307, и Додатак 1: Контролни списак питања за процјену склоништа, смјештаја и непрехранбених артикала).

2. **Повратак:** Прилика за повратак на своје земљиште и у своје домове главни је циљ за већи дио катастрофом погођеног становништва. Поправак станова или развијање рјешења за склоништа, што одређује само становништво, подржавају стратегије суочавања са проблемом у тој заједници, да задрже успостављене обрасце смјештаја и омогуће кориштење постојеће инфраструктуре (видјети Основни стандард 1, на стр. 57). Повратак може бити одгођен или спријечен и тако захтијева период привременог смјештаја на другом мјесту. Питања која утичу на повратак укључују наставак катастрофе, као што су поплаве, клизишта или земљотреси који су у току, и сигурносни разлози, као што су окупираност имовине или земљишта и потреба за реституцијом, наставак насилних сукоба, етничке или вјерске напетости, страх од прогона и нагазних мина и неексплодираних убојитих средстава. Реконструкција школа је такође важна како би се омогућио повратак расељених лица. Домаћинства чији су носиоци жене, удовице или сирочад због катастрофе, или лица с инвалидитетом, могу бити спријечени приликом повратка због неадекватних или дискриминишућих закона који се тичу земљишта и некретнина или убичајених процедура. Расељено становништво које можда нема способност да подузме активности реконструкције такође може бити обесхрабрено или спријечено у повратку.
3. **Прихватање у породицама и заједницама:** Расељена лица која нису у могућности да се врате у своје домове често желе да остану с другим

члановима породице или особама с којима дијеле историјске, вјерске или друге везе (видјети Основни стандард 1, на стр. 57). Помоћ за такво прихватање може укључивати подршку за проширење или прилагођавање постојећег склоништа породице домаћина и објеката за смјештај расељеног домаћинства, или пружање додатних одвојених склоништа у сусједству породице домаћина. Треба процијенити раст густине популације и захтјев за друштвеним објектима, инфраструктуром и природним ресурсима.

4. **Привремена насеља у заједници:** привремени планирани кампови. Иако они не би требало да постану принцип дјеловања, могу се користити за смјештај погођеног становништва које није у могућности или се не жели вратити на мјесто изворног становања, а и за оне за које породице домаћини нису могућа опција. Таква рјешења смјештаја могу бити потребна у подручјима гдје безбједносне пријетње повећавају ризик за изоловане групе људи или тамо гдје је ограничен приступ основним услугама и ресурсима, као што су вода, храна и грађевински материјал локалног поријекла. Постојеће зграде које се користе као колективни центри могу пружити брзу привремену заштиту од временских услова. Зградама које се користе у те сврхе могу бити потребна прилагођавања или надоградња, на примјер, подјела унутрашњих дијелова или рампе за лица с потешкоћама у кретању. У многим земљама, употреба унапријед идентификованих зграда за колективне центре је уобичајен начин дјеловања у познатим врстама катастрофа, уз са тим повезане одговорности управљања и услуга. Иако се школске зграде често користе за смјештај катастрофом погођеног становништва, потребно је идентификовати алтернативне структуре да се омогући наставак школовања. Код планирања привремених насеља у заједницама треба размотрити импликације за личну безбједност, приватност и достојанство становника и приступ основним објектима. Потребно је осигурати да привремена насеља у заједницама не постану и сама мете напада, и да не представљају безбједносни ризик за околно становништво или резултују неодрживим захтјевима за животну средину у непосредној близини.
5. **Врсте помоћи у склоништима:** Како би се задовољиле потребе угроженог становништва за склоништем, могу бити потребне комбинације различитих врста помоћи. Основна помоћ може укључивати личне артикле, као што су одјећа и постељина, односно опште артикле за домаћинство, као што су пећи и гориво. Артикли за подршку за склоништа укључују шаторе, пластичну фолију и комплете алата, грађевински материјал и привремена или транзицијска



склоништа, уз кориштење материјала који се може поново користити као дио сталних склоништа. Такође може бити потребан квалификовани или неквалификовани рад, било добровољан или уговорен, као и техничке инструкције за одговарајуће технике градње. Треба узети у обзир употребу новца или бонова за промоцију кориштења локалних ланаца снабдијевања и ресурса, зависно од функционисања локалне економије. Новац се, такође, може користити за изнајмљивање смјештаја. Информације или савјети који се дистрибуишу путем јавних кампања или локалних центара о томе како остварити приступ подршци, материјалима или другим облицима подршке за склониште могу надопунити помоћ у робама.

6. **Транзицијска склоништа:** Ова склоништа су више приступ него фаза дјеловања, и пружање транзицијског склоништа је реакција на чињеницу да након катастрофе склониште често гради само погођено становништво и да тај процес треба подржати (видјети Основни стандард 1, на стр. 57). Рјешења за склоништа након катастрофа која се могу дјелимично или у цијелости поново употријебити као трајније грађевине, или премјестити са привремене на трајну локацију, могу промовисати транзицију погођеног становништва у трајније склониште. За нерасељено становништво које је на локацији својих ранијих домова, транзицијско склониште може пружити основни смјештај, који ће се касније надоградити, проширити или замијенити током времена како им ресурси дозволе. За расељено становништво, транзицијска склоништа могу пружити одговарајућа склоништа која се могу раставити и поново користити, када погођено становништво буде у могућности да се врати на локацију својих домова или буде пресељено на нову локацију. Транзицијска склоништа такође могу бити доступна погођеном становништву које су прихватила друга домаћинства која им могу пружити додатна склоништа у ближој околини. Све такве структуре треба да се могу уклонити и поново употријебити када погођено становништво буде у могућности да се врати на своју изворну локацију или другдје.
7. **Процјене ризика, рањивост и опасности:** Предузмите и редовно пратите процјене ризика и рањивости (видјети Основни стандард 3, на стр. 63). Стварне или потенцијалне безбједносне пријетње и посебни ризици и рањивост због старости, пола, инвалидитета, социјалног или економског статуса, зависности погођеног становништва од природних ресурса животне средине и односа између погођеног становништва и заједница домаћина треба да буду укључени у такве процјене (видјети Принцип заштите 3, на стр. 40). Ризике који потичу од

природних опасности, као што су земљотреси, вулканске активности, клизишта, поплаве или јаки вјетрови, треба да буду узети у обзир за планирање рјешења склоништа и смјештаја. Локације смјештаја не би требало да буду изложене болестима или контаминацији или да имају значајне ризике појаве преносника болести. Потенцијално опасни материјали и предмети могу бити похрањени или изложени будућим природним катастрофама као што су земљотреси, поплаве и тајфуни. Мине и неексплодирана убојита средства могу бити присутни због пријашњих или садашњих сукоба. Стабилност грађевинских објеката у насељеним подручјима погођеним катастрофом треба да процијене технички стручњаци. За колективне центре треба процијенити могућност постојећих грађевинских објеката за било какво додатно оптерећење и повећан ризик од урушавања структурних дијелова као што су подови, унутрашњи преградни зидови, кровови, итд.

8. **Уклањање рушевина:** Уклањање рушевина након природних катастрофа или сукоба је приоритет како би се омогућило пружање склоништа и успостављање одговарајућих рјешења за смјештај. Планирање управљања одлагањем остатака треба започети одмах након катастрофе како би се обезбиједило да се остаци могу рециклирати или идентификовати за раздвајање, прикупљање и/или пречишћавање (видјети Стандард 5. Склоништа и смјештај, на стр. 295). Кључна питања укључују присутност лешева који захтијевају идентификацију и одговарајуће управљање, приступ личним стварима, структурно опасне локације и опасне материјале и власништво над материјалима који се могу сачувати за поновну употребу или продају. Одстрањивање отпадака може пружити могућности за зараду за радне програме и/или захтијевати употребу велике опреме и експертизу. Треба узети у обзир употребу, управљање, власништво и утицај одлагалишта на животну средину.

9. **Школе, здравствене установе и комунална инфраструктура:** Треба обезбиједити приступ основним услугама, укључујући школе, здравствене установе, сигурна игралишта и заједничке просторије за састанке. Треба користити постојећу или поправљену инфраструктуру за одговарајуће услуге, уз додатне привремене услуге или објекте према потреби. Тамо гдје за поправак или изградњу јавних зграда треба развити нове планове насеља или треба проћи друге регулаторне процесе, могу бити потребне привремене конструкције за краткорочне објекте. Свака таква привремена или трајна грађевина, као услуга, мора испуњавати договорене стандарде (видјети Стандард 1. WASH, на стр. 96; Стандард 1. Здравствени системи, на стр. 330; и Минималне



стандарде INEE за образовање: припремљеност, интервенција и опоравак).

10. **Подршка за животне услове:** Код смјештаја катастрофом погођеног становништва треба узети у обзир информације о њиховим економским активностима прије катастрофе и могућностима у контексту након катастрофе (видјети стандарде 1–2. Процјена осигурања хране и исхране, на стр. 166–169, те Основни стандард 1, на стр. 57). Треба узети у обзир доступност земљишта и приступ истом за обрађивање и испашу, као и приступ тржишту и локалним услугама за поједине економске активности.

Стандард 2. Склоништа и смјештај: планирање смјештаја

Планирање повратничких, прихватних или привремених насеља у заједници омогућује сигурно и безбједно кориштење смјештаја и основних услуга за погођено становништво.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати и користити постојеће процесе планирања гдје је то могуће, уз кориштење информација о договореним најбољим праксама и свдећи на најмању мјеру ризик и рањивост таквог смјештаја (видјети смјерницу 1).
- Водити рачуна о власништву над стамбеним објектима, земљиштем и имовином и/или правом на употребу у зградама или на локацијама (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити сигуран приступ свим локацијама склоништа и смјештаја и основним услугама (видјети смјернице 3–4).
- Користити постојеће обрасце насељавања и топографске карактеристике како би се негативан утицај на животну средину свео на најмању могућу мјеру (видјети смјерницу 5).
- Према потреби, укључити погођено становништво у планирање привремених насеља у заједницама кроз породичне групе, групе у сусједству или селу (видјети смјерницу 6).
- Обезбиједити довољну површину и одговарајућу подијељеност на пожарне зоне у привременим планираним и самоуправљаним камповима (видјети смјернице 7–8).
- Смањити ризике појаве преносника болести (видјети смјерницу 9).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све групе становништва којима се пружа помоћ у облику склоништа консултоване су кроз договорене поступке планирања и са њима се договара о мјесту њиховог склоништа или покривеном простору и приступу основним услугама (видјети смјерницу 1).
- Сви планови смјештаја показују да су идентификовани и ублажени ризици и рањивост у кориштењу склоништа, покривених простора и основних услуга (видјети смјернице 2–9).

Смјернице

1. **Процеси планирања:** Треба користити локалне праксе планирања и за њих треба користити информације о врсти катастрофе или кризе, утврђеним опасностима и утицају на погођено становништво. Треба користити одговарајуће мјере како би се смањили ризици и рањивост смјештаја. Треба поштовати постојеће прописе за планирање, гдје то траже релевантне власти и када то не омета хуманитарни императив за задовољавање потреба за хитно склониште и смјештај. Треба идентификовати дугорочне посљедице планираних одлука, а посебно у погледу мјеста за привремени јавни смјештај.
2. **Власништво, права и кориштење стамбених објеката, земљишта и имовине:** И за нерасељено и за расељено становништво треба утврдити власништво над релевантним земљиштем, стамбеним и другим зградама и носиоце формалних права или обичајних права кориштења. Таква питања су често контроверзна, а посебно тамо гдје нису одржаване евиденције или гдје је конфликт можда утицао на посјед. Вишеструко кориштење станова или зграда с мјешовитим кориштењем укључиваће заједничко или дијељено власништво или станарско право. Треба захтијевати идентификацију земљишних или имовинских права рањивих људи и треба подржати такве људе, а посебно жене, удовице или сирочад усљед катастрофе, лица с инвалидитетом, станаре, носиоце права на социјална станарска права и неформалне насељенике. Потребно је разјаснити формална, неформална и подразумијевана права власништва или наслеђства, а посебно након катастрофе у којој је носилац права или власништва можда преминуо или је расељен. Пружање групног закупа или нечег сличног за више домаћинстава у којима формална права нису постојала прије катастрофе може помоћи у постепеном успостављању таквих права. Пружање помоћи око склоништа се такође може перципирати или користити као легализација полаганих права на земљиште, што



може инхибирати или спријечити хуманитарну интервенцију. При кориштењу земљишта за привремена јавна насеља треба узети у обзир постојећа права кориштења земљишта и природних ресурса животне средине домаћина или сусједних заједница (видјети Стандард 5. Склоништа и смјештај, на стр. 295).

3. **Основне услуге и објекти:** Катастрофом погођеним људима који се враћају на мјесто својих пријашњих домова, које су прихватиле породице-домаћини или су смјештени у привременим насељима у заједницама потребан је безбједан, сигуран и правичан приступ основним услугама. Зависно од ситуације, ово укључује воду, санитариие, гориво за кување или јавне кухиње, здравствену његу, одлагање чврстог отпада, школе, социјалне установе, мјеста за молитву, мјеста за састанке, рекреацијске површине, укључујући просторе погодне за дјецу и просторе за смјештај стоке (обезбјеђење одговарајућег раздвајања стоке од стамбених простора). Треба обезбиједити довољно простора за културолошки адекватне сахране и с тим повезане ритуале. Треба максимизирати кориштење постојећих или поправљених објеката ако то не утиче негативно на сусједне заједнице или заједнице-домаћине. Треба пружити и додатне садржаје или приступне тачке за задовољавање потреба погођеног становништва, а посебно рањивих особа. Социјалне структуре и родне улоге у оквиру погођеног становништва и потребе рањивих људи треба да се одразе у пружању услуга, на примјер, осигурању да су услуге на разумној удаљености за ходање за лица с потешкоћама у кретању и осигурање сигурних зона за дојење у привременим јавним насељима. Треба обезбиједити одговарајући приступ садржајима за старија лица, лица с физичким инвалидитетом и оне којима је потребан чест приступ. Треба, по потреби, обезбиједити административне канцеларије, складишта и смјештај особља и подручја карантина у привременим јавним насељима (видјети Стандард 1. WASH, на стр. 96, и Стандард 1. Здравствени системи, на стр. 330).
4. **Приступ:** Треба процијенити приступ насељу, стање локалне инфраструктуре путева и близину путних чворишта за дистрибуцију хуманитарне помоћи, узимајући у обзир сезонска ограничења, опасности и безбједносне ризике. За привремена насеља у заједници, сама локација и било какво примарно складиште и тачке за дистрибуцију хране треба да буду доступни за камионе у свим временским условима. Остали садржаји требало би да буду доступни за лака возила. Цесте и путеви унутар насеља треба да пруже безбједан приступ у свим временским условима за појединачне станове и

комуналне објекте, укључујући школе и здравствене установе. Према потреби, треба обезбиједити расвјету. Унутар привремених јавних насеља или колективних центара, код приступних путева и путева за евакуацију, треба избјегавати креирање изолованих или преграђених подручја која би могла представљати опасност за личну безбједност корисника. Степенице или промјене нивоа близу излаза у колективним центрима треба избјегавати, а треба обезбиједити рукохвате за степеништа и рампе. За станаре с потешкоћама у кретању, потребно је обезбиједити простор у приземљу зграде, у близини излаза или уз приступне путеве, без промјена у нивоу. Станари зграда које се користе као колективни центри треба да буду на договореној разумној удаљености од најмање два излаза, који пружају алтернативне путеве за евакуацију, и ти излази морају бити јасно видљиви.

5. **Одабир локације и дренажа:** При одабиру мјеста и планирању привремених насеља у заједницама треба процијенити дренажу површинских вода и ризике стварања језераца или поплава. Нагиб локације не смије бити већи од 5 степени, осим ако се подуму опсежне мјере санитације и контроле ерозије, или мањи од 1 степен ако се не пружи адекватна санитација. Дренажни канали могу и даље бити потребни како би се смањиле поплаве и стварање језераца. Најнижа тачка на локацији треба да буде најмање три метра изнад процијењеног максималног нивоа подземне воде. Услови тла треба да буду погодни за ископавање јама за тоалете и треба се информисати о положајима тоалета и других објеката (видјети стандарде 1–2. Одлагање фекалија, на стр. 114–116, и Стандард 1. Дренажа, на стр. 128).
6. **Планирање локације и привремена насеља у заједницама:** За просторни распоред у колективним центрима и парцелама за домаћинства у привременим планираним камповима требало би користити информације о постојећим друштвеним праксама и кориштењу заједничких ресурса, укључујући воду и санитарије, јавним кухињама, дистрибуцији хране, итд. Планирање смјештаја треба да буде у складу са постојећим друштвеним мрежама, да допринесе сигурности и омогући погођеном становништву самосталност у одлучивању и дјеловању. План парцела у привременим планираним камповима требало би да одржи приватност и достојанство одвојених домаћинстава, обезбјеђујући да се склониште за свако домаћинство отвара према заједничком простору или заклоњеном простору који користи то домаћинство, умјесто да буде насупрот улаза у друго склониште. Треба обезбиједити заштићена, интегрисана дневна



заједничка подручја за расељена лица која укључују значајан број одраслих појединаца или дјеце без пратње. За распршена насеља такође треба примјењивати принцип планирања сусједства, нпр. групе домаћинстава треба вратити у дефинисано географско подручје или идентификовати породице-домаћине у непосредној близини (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).

7. **Површина привремених планираних или самостално успостављених насељених кампова:** За камп-насеља најмања корисна површина коју треба обезбиједити је 45 m² за сваку особу, укључујући парцеле за домаћинства. Површина мора имати потребан простор за путеве и пјешачке пролазе, вањске површине у домаћинству за кухање или заједничке просторије за кухање, образовне установе и рекреацијска подручја, санитарије, пожарне зоне, администрацију, складишта воде, подручја за дистрибуцију, тржнице, складишта и ограничене баште за индивидуална домаћинства. Тамо гдје комуналне услуге могу пружати постојећи или додатни објекти изван планираног подручја насеља, минимална корисна површина требало би да буде 30 m² за сваку особу. Планирање подручја такође треба да узме у обзир промјене у популацији. Ако се најмања површина не може обезбиједити, посљедице веће густине насељености требало би да буду ублажене, на примјер, кроз осигурање одговарајућег раздвајања и приватности између појединих домаћинстава, простора за потребне објекте, итд.
8. **Безбједност од пожара:** Процијените ризике од пожара како бисте пружили информације за планирање локације привремених насеља у заједницама и груписања индивидуалних склоништа за домаћинства. Локације треба да садрже 30 m пожарне зоне између сваких 300 m изграђеног подручја, а најмање 2 m (али по могућности два пута у односу на укупну висину било које структуре) између појединих зграда или склоништа како би се спријечило да структуре које се сруше дођу у додир са сусједним зградама. При планирању локације и сигурног раздвајања склоништа за домаћинства треба узети у обзир генерално пожељне праксе за кухање и кориштење пећи или радијатора (видјети Стандард 4. Непрехрамбени артикли, на стр. 305).
9. **Ризици појаве преносника болести:** Ниска подручја, остаци услед катастрофе, напуштене зграде и ископине, попут оних које настају употребом локалне земље за градњу, могу постати простор за размножавање штеточина које могу довести у опасност здравље оближњег становништва. За привремена насеља у заједницама,

одабир локације и ублажавање ризика појаве преносника кључни су за смањење утицаја болести које носе преносници на погођено становништво (видјети стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).

Стандард 3. Склоништа и смјештај: наткривени животни простор

Људи имају довољно наткривеног животног простора који пружа топлотну удобност, свјеж ваздух и заштиту од временских услова, обезбјеђује приватност, сигурност и заштиту здравља те омогућава основне активности у домаћинству и животним условима.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Обезбиједити да свако погођено домаћинство има одговарајући наткривени стамбени простор (видјети смјернице 1–2).
- Омогућити безбједно раздвајање и приватност између људи различитог пола, између различитих старосних група и између различитих породица, према потреби, у одређеном домаћинству (видјети смјерницу 3).
- Омогућити обављање основних активности за домаћинство и животне услове у склопу наткривеног животног простора или у сусједном подручју (видјети смјерницу 4).
- Промовисати кориштење рјешења склоништа и материјале који су познати катастрофом погођеном становништву и, гдје је то могуће, културолошки и друштвено прихватљиви и еколошки одрживи (видјети смјернице 5–6).
- Процијенити специфичне временске услове за сва годишња доба како би се обезбиједила оптимална топлотну удобност, вентилација и заштита (видјети смјернице 7–10).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сви погођени појединци имају иницијалну минималну наткривену површину од 3,5 m² по особи (видјети смјернице 1–2).
- Сва рјешења за склоништа и материјали задовољавају договорене техничке стандарде и стандарде извођења и културолошки су прихватљиви (видјети смјернице 3–10).



Смјернице

1. **Временски услови и контекст:** У хладним климатским подручјима, активности домаћинства се обично одвијају унутар наткривеног подручја и погођено становништво проводи значајно вријеме унутра да би се осигурала одговарајућа топлотна удобност. У урбаним срединама, активности домаћинства се обично обављају унутар наткривеног подручја, пошто је обично мање вањског простора у близини који се може користити. Наткривена површина већа од 3,5 m² по особи ће често бити потребна за испуњавање ових потреба. Висина од пода до плафона је кључни фактор, а већа висина се преферира у врућим и влажним временским условима да се побољша циркулација ваздуха, док је нижа висина пожељна у хладној клими како би се смањило унутрашњи волумен који захтијева загријавање. Унутрашња висина од пода до плафона мора бити најмање два метра на највишој тачки. У топлијим поднебљима се сусједни наткривени вањски простор може користити за припрему хране и кухање. Рјешења за склоништа морају бити погодна за различите временске екстреме, од хладних ноћи и зиме до врућих дана и лjeta. Тамо гдје се не могу пружити материјали за потпуно склониште, треба, као приоритет, обезбиједити материјал за наткривање како би се пружило минимално наткривено подручје. Настали наткривени простор можда неће пружити потребну заштиту од климе, нити сигурност, приватност и достојанство, стога треба подузети кораке како би се задовољиле те потребе у најкраћем могућем року (видјети смјерницу 2).
2. **Трајање:** Непосредно након катастрофе, посебно у екстремним временским условима у којима материјали за склониште нису доступни, наткривени простор мањи од 3,5 m² по особи може бити одговарајући да спаси животе и пружи адекватно краткорочно склониште. У таквим случајевима, наткривени простор би требало да досегне 3,5 m² по особи што је прије могуће како би се смањило негативан утицај на здравље и благостање смјештеног становништва. Ако се не може постићи 3,5 m² по особи, или је то више од типичних простора које користи погођено или сусједно становништво, треба узети у обзир утицај на достојанство, здравље и приватност због смањеног наткривеног подручја. Свака одлука да се пружи мање од 3,5 m² по особи треба да се нагласи, уз активности за ублажавање штетних ефеката на погођено становништво. Може бити потребно да привремена или прелазна рјешења обезбиједи адекватно склониште током дужег трајања, кроз различите сезонске временске услове и, потенцијално, током неколико година. Планови интервенције договорени с локалним властима или другима треба да

обезбиједе да привремена и прелазна склоништа не постану трајно стамбено рјешење.

3. **Културолошке праксе, заштићеност и приватност:** Постојеће локалне праксе у кориштењу наткривеног стамбеног простора, на примјер, распоред за спавање и смјештај чланова проширене породице, морају се узети у обзир информације за потребни наткривени простор. У консултације треба укључити припаднике рањивих група и оне који се брину за такве појединце. Треба дати могућност да распоред простора унутар склоништа одређује домаћинство. У колективном смјештају, груписање сродних породица, добро планирани приступни путеви кроз наткривени простор и материјали за преграде за лични простор и простор домаћинства могу помоћи у пружању адекватне личне приватности и заштићености. Психо-социјалне предности осигурања адекватног простора и приватности, уз умањивање претрпаности треба довести до максимума у појединачним склоништима за домаћинства и привременом колективном смјештају (видјети Принцип заштите 1, на стр. 35).
4. **Активности домаћинства и животни услови:** Наткривена површина треба да обезбиједи простор за сљедеће активности: спавање, прање и облачење, његу за дојенчад, дјецу и болесне, немоћне особе, складиштење хране, воде, имовине домаћинства и других кључних средстава, кухање и јело у затвореном простору када је то потребно, а и окупљање чланова домаћинства. Планирање наткривеног простора, а посебно положај отвора и преграда, треба да омогући максимално кориштење унутрашњег простора и сусједног вањског простора.
5. **Рјешења за склоништа, материјали и изградња:** Треба обезбиједити дефинисана рјешења за склоништа као што су породични шатори, комплети за склоништа, пакети материјала или монтажни објекти, тамо гдје локалне опције за склониште након катастрофа нису доступне, нису одговарајуће или се не могу на одржив начин подржати путем локалног природног окружења. Тамо гдје се даје ојачана пластична фолија која служи као помоћ за склониште у хитним ситуацијама, ту помоћ требало би допунити ужадима, алатом, прибором и пратећим материјалима као што су дрвене мотке или локално набављени елементи за оквир. Сви такви материјали или дефинисана рјешења за склониште треба да испуне договорене националне и међународне прописе и стандарде и да буду прихватљиви за погођено становништво. Кад се пружа само дио материјала за основно склониште (нпр. пластична фолија), процијените и ублажите било какав потенцијални негативни утицај на локалну економију или животну средину због



тражења извора других материјала који су потребни (нпр. дрвени стубови за оквир). Техничка и финансијска способност погођеног становништва за одржавање и поправак склоништа такође се треба узети у обзир приликом спецификације материјала и технологија (видјети Стандард 5. Непрехранбени артикли, на стр. 307). Треба предузети активности редовног мониторинга како би се обезбиједило да реализација рјешења склоништа остане адекватна током времена.

6. **Партиципативно осмишљавање:** Сви чланови сваког погођеног домаћинства треба да буду у највећој могућој мјери укључени у одређивање врсте склоништа коју треба обезбиједити. Треба приоритизирати мишљења оних група или појединаца који обично проводе више времена унутар обухваћеног стамбеног простора и приступ лица с посебним потребама. Овдје би требало користити информације о процјени постојећих типичних стамбених објеката. Обавијестите домаћинства о недостацима, као и о предностима непознатих „модерних“ облика градње и материјала који се могу видјети као побољшање социјалног статуса таквих домаћинстава (видјети Основни стандард 1, на стр. 55).
7. **У топлим, влажним временским условима:** Склоништа би требало да буду усмјерена и пројектована како би се побољшала вентилација и смањило улаз директне сунчеве свјетлости. Кров би требало да има разуман нагиб за одвод кишнице с великим олуцима, осим на мјестима изложеним јаким вјетровима. Конструкција склоништа треба да буде лагана, пошто је потребан низак топлотни капацитет. Око склоништа треба да буде обезбијеђена адекватна дренажа површинске воде, заједно с употребом подигнутих подова како би се смањила опасност од уласка воде у наткривени простор.
8. **У врућим, сувим временским условима:** Конструкција би требало да буде тежа како би се обезбиједио висок топлотни капацитет, и ријешиле промјене температура током ноћи и дана како би се унутрашњост наизмјенично хладила и загријавала, или може да буде лагана, уз адекватну изолацију. У подручјима са сеизмичким ризицима треба се побринути за структурно пројектовање тешке конструкције. Ако су на располагању само пластична фолија или шатори, двослојни кров треба да обезбиједи вентилацију између слојева како би се смањило пораст температуре. Отвори врата и прозора смјештени далеко од смјера превладавајућег вјетра смањиће загријавање врућим вјетровима и топлотно зрачење из околног тла. Треба обезбиједити подне облоге које се без размака спајају са вањском фасадом како би се смањило продирање прашине и преносника болести.

9. **У хладним поднебљима:** За склоништа која се користе током дана потребна је тешка конструкција с високим топлотним капацитетом. Лагана конструкција с малим топлотним капацитетом и значајном изолацијом адекватнија је за склоништа која се користе само ноћу. Треба смањити проток ваздуха, а посебно око отвора врата и прозора, како би се обезбиједила лична удобност, а такође треба пружити и прикладну вентилацију за гријалице или пећи за кухање. Пећи или други облици гријалица су битни и морају бити у складу са склоништем. Процијените и ублажите потенцијалне ризике од ширења пожара због кориштења пећи и гријалица (видјети Стандард 4. Непрехрамбени артикли, на стр. 305). Треба обезбиједити дренажу површинске воде око склоништа и треба користити подигнуте подове како би се смањила опасност да вода због кише и топлјења снијега улази у наткривени простор. Губитак температуре кроз под треба свести на минимум обезбеђујући да је под изолован и кориштењем изолованих подлога за спавање, мадраца и подигнутих кревета (видјети Стандард 2. Непрехрамбени артикли, на стр. 302).
10. **Вентилација и контрола преносника болести:** Адекватна вентилација треба да буде обезбијеђена у оквиру склоништа и јавних објеката као што су школе и здравствене установе, ради одржавања здравог унутрашњег окружења, смањења ефеката дима из затворених кућних пећи и смањења респираторних инфекција и проблема с очима, а и да се ограничи ризик преноса болести попут туберкулозе, која се шири капљично. Локалне праксе изградње, обрасци употребе склоништа за расељена лица и избор материјала треба користити као информације за мјере контроле преносника болести (видјети Основне здравствене услуге – Стандард 1. Контрола инфективних болести, на стр. 349, и стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).

Стандард 4. Склоништа и смјештај: изградња

Гдје је то адекватно, користе се сигурне локалне грађевинске праксе, материјали, стручност и капацитети, уз максимално учествовање погођеног становништва и локалних могућности за унапређење животних услова.



Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Укључити погођено становништво, локалне грађевинске стручњаке и релевантне власти у договор о одговарајућим сигурним грађевинским

праксама, материјалима и експертизи за повећање локалних прилика за осигурање услова за живот (видјети смјернице 1–3).

- Обезбиједити приступ додатној подршци и ресурсима за катастрофом погођене људе који немају капацитете, способност или могућност да предузму грађевинске радове (видјети смјернице 1–3).
- Смањити структуралне ризике и рањивост кроз одговарајуће грађевинске спецификације и спецификације материјала (видјети смјернице 4–5).
- Задовољити договорене стандарде за материјале и квалитет рада (видјети смјернице 5–6).
- Управљати пружањем материјала, радне снаге, техничке помоћи и регулаторних одобрења путем одговарајућих пракси за тендере, документацију, набавку и администрацију изградње (видјети смјерницу 7).
- Омогућити одржавање и унапређење појединих склоништа за домаћинства кориштењем локално доступних алата и ресурса (видјети смјерницу 8).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва изградња је у складу с договореним безбједним грађевинским праксама и стандардима (видјети смјернице 2–7).
- Погођено становништво је укључено уграђевинске радове и локалне прилике за животне услове су максимално унапријеђене (видјети смјернице 1–2, 8).

Смјернице

1. **Учествовање погођеног становништва:** При учествовању погођеног становништва у активностима везаним за склоништа и смјештај треба користити информације из постојећих пракси кроз које се планирају изградња и одржавање стамбених објеката и насеља. Програми обуке за стицање вјештина и обука помоћних радника могу максимално повећати могућности за учествовање у фази изградње, а посебно за особе којима недостају потребне грађевинске вјештине или искуство. Жене свих старосних категорија треба охрабривати да учествују у активностима око изградње склоништа и обуке. Доприноси оних који имају мање могућности да раде физичке послове или послове који захтијевају специјалистичку техничку стручност могу укључивати

мониторинг локације и контролу инвентара, пружање његе за дјецу, привремени смјештај или припрему хране за оне који се баве грађевинским радовима, те административну подршку. Треба узети у обзир остале захтјеве за временским и радним ресурсима погођеног становништва. Пружање помоћи радних тимова волонтера у заједници или унајмљених радника може надопунити укљученост појединих домаћинстава. Таква помоћ је неопходна као подршка домаћинствима чији су носиоци жене, пошто жене могу бити посебно изложене ризику од сексуалног искориштавања у тражењу подршке за изградњу свог склоништа (видјети Основни стандард 1, на стр. 57; Принцип заштите 2, на стр. 38; и Стандард 5. Непрехрамбени артикли, на стр. 307). Лицима с потешкоћама у кретању, старијим људима и другима који нису у могућностима самостално да предузму грађевинске радове може бити потребна помоћ.

2. **Техничка стручност и искуство:** Одговарајућа стручност за технички пројекат, изградњу и управљање треба да надопуне вјештине и разумијевање погођеног становништва и пружи искуство постојећих техничких и регулаторних поступака (видјети Основни стандард 6, на стр. 75). На мјестима изложеним сезонским или цикличним катастрофама, учествовање стручњака који имају претходна искуства за одговарајућа локална рјешења или око договорених најбољих пракси може се користити за пројектовање и изградњу.
3. **Налажење материјала и радне снаге:** Брзо пружање рјешења за склоништа или материјала и алата, било појединачно или у облику унапријед припремљених комплета, може омогућити погођеном становништву да само подигне или изгради склоништа. Тамо гдје је то могуће, локалне животне услове треба подржати кроз локалну набавку грађевинског материјала, специјалистичке грађевинске вјештине и неквалификовану радну снагу, узимајући у обзир брзу процјену и анализу тржишта. Ако ће локална набавка материјала вјероватно имати значајан негативан утицај на локалну економију или животну средину, може бити потребно слједеће: кориштење вишеструких извора, алтернативни материјали или производни процеси, материјали чији су извори на регионалном или на међународном нивоу, или посебно пројектована склоништа (видјети Стандард 5. Склоништа и смјештај, на стр. 295). Треба промовисати поновну употребу материјала спашених из оштећених зграда, након што су идентификована права на такав материјал.



4. **Спречавање катастрофа и смањење ризика:** Отпорност градње треба да буде у складу с познатим временским условима и природним непогодама и треба узети у обзир прилагођавање за рјешавање локалног утицаја климатских промјена. Промјене у грађевинским стандардима или грађевинској пракси као резултат катастрофе треба примијенити у договору с катастрофом погођеним становништвом и релевантним властима.
5. **Сигурно осмишљавање и изградња јавних зграда:** Привремене и сталне јавне зграде, као што су школе и здравствене установе, треба да буду изграђене или поправљене тако да буду отпорне на катастрофе и како би се осигурала безбједност и приступачност за све. Такви објекти треба да буду у складу с грађевинским стандардима специфичним за сектор и процедурама за издавање одобрења, укључујући захтјеве приступачности за особе с потешкоћама у кретању и визуелним или комуникацијским потешкоћама. Поправак или изградња таквих грађевина треба да се проводи у договору с релевантним властима у складу са договореном инфраструктуром услуга и стратегијом одржавања (видјети Минималне стандарде INEE у образовању: припремљеност, интервенција, опоравак).
6. **Грађевински стандарди:** стандарди и смјернице о изградњи треба да буду договорени с релевантним властима како би се обезбједило да се задовоље кључни захтјеви безбједности и извођења. Тамо гдје се локални или национални грађевински прописи уобичајено не поштују и не проводе, треба да буде договорена постепена усклађеност, што одражава локалну културу становања, временске услове, ресурсе, капацитете изградње и одржавања, доступност и финансијска могућност.
7. **Управљање набавком и изградњом:** Треба развити план изградње како би се могле планирати активности. Распоред би требало да укључује кључне фазе, као што су очекивани датуми завршетка, пресељење расељеног становништва у одређено склониште и смјештај и почетак временских образаца који се сезонски понављају. Требало би успоставити ефикасан и одговарајући ланац снабдијевања, као и систем управљања материјалом, радном снагом и мониторинг. То би требало да укључи проналазак добављача, набавку, транспорт, руковање и управљање, од тачке поријекла до одговарајућих локација, према потребама (видјети Стандард 4. Осигурање хране: дистрибуција/трансфер хране, на стр. 208).

8. **Надоградња и одржавање:** Пошто почетне интервенције које се тичу склоништа обично дају само минимални ниво затвореног простора и материјалне помоћи, погођено становништво ће морати да тражи алтернативне начине повећања обима или квалитета затвореног простора који се пружа. Облик конструкције и материјали који се користе треба да омогуће појединим домаћинствима одржавање и постепено адаптирање или надоградњу склоништа како би задовољили своје дугорочне потребе користећи локално доступне алате и материјале (видјети Стандард 5. Непрехранбени артикли, на стр. 307).

Стандард 5. Склоништа и смјештај: утицај на животну средину

Рјешења за склоништа и смјештај и налажење извора материјала и грађевинске технике које се користе свде на минимум негативан утицај на локално природно окружење.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Процијенити и анализирати неповољан утицај катастрофе на локалну природну средину, као и околишне ризике и рањивости (видјети смјерницу 1).
- Узети у обзир обим доступних локалних природних ресурса при планирању привременог или трајног насељавања погођеног становништва (видјети смјернице 1–3).
- Управљати локалним природним ресурсима како би се задовољиле текуће и будуће потребе катастрофом погођеног становништва (видјети смјернице 1–3).
- Свести на минимум негативан утицај на локалне ресурсе животне средине, до којег може доћи због производње и снабдијевања грађевинским материјалом и процеса градње (видјети смјернице 3–4).
- Сачувати дрвеће и другу вегетацију, гдје је то могуће, како бисте повећали задржавање воде, смањили ерозију тла и пружили хлад (видјети смјерницу 5).
- Када привремена насеља у заједници више нису потребна, вратити њихове локације у првобитно стање, осим ако није другачије договорено (видјети смјерницу 6).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Планирање свих насеља за повратак, насеља домаћина или привремених насеља у заједници показује да је штетни утицај на животну средину сведен на минимум и/или ублажен (видјети смјернице 1–6).
- Грађевински процеси и набавка материјала за сва рјешења за склоништа показују да је штетни утицај на локалну животну средину сведен на минимум и/или ублажен (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Процјена утицаја на животну средину:** Треба процијенити утицај катастрофе на животну средину како би се узеле у обзир интервенције и активности ублажавања које су потребне. Многе природне катастрофе, на примјер, клизишта, често су директан резултат лошег управљања природним ресурсима. Алтернативно, оне могу настати због постојећих ризика за животну средину или рањивости, као што су сезонске поплаве у ниским подручјима или недостатак природних ресурса који се могу сигурно експлоатисати. Разумијевање тих ризика је важно за планирање насеља и обезбјеђење да се познате рањивости, укључујући и утицај климатских промјена, имају у виду приликом дјеловања.
2. **Одрживост и управљање ресурсима животне средине:** Тамо гдје су ресурси животне средине ограничени, а потребни су за подршку знатно повећаном броју становника, треба се ублажити неодржива потражња природних ресурса. Тамо гдје су природни ресурси доступни, привременим насељима у заједницама треба управљати како би се смањиле штете. Треба обезбиједити управљање и одрживе испоруке горива и опције за испашу стоке, пољопривредну производњу и друге активности унапређења животних услова који зависе од природних ресурса. Мањи број великих насеља под управом може бити еколошки одрживији од већег броја мањих, распршених насеља која нису тако лака за управљање и надзор. Такође, треба узети у обзир утицај потреба за природним ресурсима код становништва које је домаћин онима који су погођени катастрофом или насељени близу погођених подручја.
3. **Ублажавање дугорочног утицаја на животну средину:** Управљање природним ресурсима треба узети у обзир на свим нивоима планирања. Тамо гдје потреба да се обезбиједи склониште за погођено

становништво има значајан негативан утицај на животну средину кроз осиромашење природних ресурса, дугорочне ефекте треба свести на минимум кроз комплементарно управљање животном средином и активности рехабилитације. Препоручује се савјетовање с одговарајућим организацијама за заштиту животне средине.

4. **Добављање грађевинских материјала:** Треба процијенити утицај на животну средину због кориштења природних ресурса, као што су вода, дрво за грађу, пијесак, земља и трава, као гориво за печење цигли и цријепа. Треба идентификовати уобичајене кориснике, брзину експлоатисања и регенерације и власништво или контролу над тим средствима. Алтернативни или допунски извори снабдијевања могу подржати локалну економију и смањити дугорочни штетни утјецај на локално природно окружење. Потребно је промовисати кориштење више извора и поновну употребу спашених материјала, алтернативних материјала и производних процеса (као што је кориштење стабилованих земљаних блокова). Ово би требало комбиновати с праксом ублажавања, као што је комплементарна поновна садња.
5. **Ерозија:** Рјешења за склоништа и смјештај треба планирати тако да се задржи дрвеће и друга вегетација како би се стабиловало тло и тако да се до максимума повећају могућности за хлад и заштиту од временских услова. Треба користити природне контуре за елементе као што су цесте, путеви и дренажне мреже како би се смањили ерозија и поплаве. Тамо гдје се то не може постићи, потенцијалну ерозију тла треба спријечити кроз пружање ископаних дренажних канала, дренажне водове са цијевима испод путева или постављене насипе земље како би се смањио проток воде (видјети Стандард 1. Дренажа, на стр. 133).
6. **Предаја:** Природна обнова животне средине треба да буде побољшана у и око привремених насеља у заједницама путем одговарајућих мјера за рехабилитацију животне средине. Евентуалним укидањем таквих насеља треба управљати како би се осигурало задовољавајуће уклањање свих материјала или отпада који се не може поново употребијети, или који би могао имати негативан утјецај на животну средину.



2. Непрехрамбени артикли: одјећа, постељина и предмети за домаћинство

Одјећа, деке и постељина задовољавају већину личних људских потреба за склониште од временских услова и за одржавање здравља, приватности и достојанства. Приступ основним добрима и робама треба да омогући становништву да припреми и конзумира храну, пружи температурну удобност, задовољи потребе личне хигијене и потребе за изградњом, одржавањем и поправком склоништа (видјети Стандард 2. Промовисање хигијене, на стр. 101, и Стандард 1. Снабдијевање водом, на стр. 105). Сви чланови погођене популације, било да се могу вратити на мјесто својих изворних домова или су их примиле друге породице као домаћини или су смјештене у привременим насељима у заједницама, имаће индивидуалне потребе и потребе у оквиру домаћинства за непрехрамбеним артиклима и исте се морају процијенити и задовољити према потреби. Становништву које је секундарно погођено катастрофом, а посебно породицама-домаћинима, може такође бити потребна помоћ у непрехрамбеним артиклима како би задовољили додатни терет тога што су домаћини или утицаја катастрофе на локалну економију и приступ тим артиклима. Иако је дистрибуција непрехрамбених артикала заједничка активност код интервенције, треба узети у обзир пружање готовине или бонова за приступ таквим непрехрамбеним артиклима, тамо гдје локална тржишта и даље функционишу (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфер новца и бонова, на стр. 222). Предмети за индивидуалну употребу или употребу у домаћинству обично не захтијевају додатне информације или инструкције о томе како их треба користити. Међутим, предмете за подршку за поправак или изградњу склоништа, на примјер, грађевински материјал, прибор и алат, обично треба да прате додатне техничке смјернице за безбједно и ефективно кориштење таквих

предмета. Слично томе, ставке за задовољавање личне хигијене треба да буду поткријеpljene одговарајућим активностима промовисања хигијене (видјети стандарде 1–2. Промовисање хигијене, на стр. 99–101).

Стандард 1. Непрехранбени артикли: артикли за индивидуалну подршку, артикли за домаћинство и склониште

Погођено становништво има довољно артикала за појединце и општих артикала за подршку домаћинству и за склониште како би се обезбиједило здравље, достојанство, сигурност и благостање.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Процијенити засебне потребе погођеног становништва за непрехранбеним артиклима (видјети смјернице 1–2 и Стандард 3. Снабдијевање водом, на стр. 112).
- Утврдити који непрехранбени артикли могу бити локално добављени или их погођено становништво може само набавити уз пружање помоћи у готовини или боновима (видјети смјерницу 3).
- Размислити о примјерности свих непрехранбених артикала у одређеном пакету (видјети смјерницу 4).
- Планирати редовну, транспарентну и праведну дистрибуцију свих непрехранбених артикала (видјети смјерницу 5).
- Обезбиједити инструкције, техничке смјернице или промоцију за кориштење артикала за подршку за склоништа гдје је то потребно (видјети смјерницу 6).
- Планирати надопуну непрехранбених артикала за расељено становништво током дужег временског периода (видјети смјерницу 7).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Задовољене су процијењене потребе катастрофом погођеног становништва за непрехранбеним артиклима (видјети смјернице 1–7).



Смјернице

1. **Процјена потреба:** Треба процијенити појединачне потребе за личним предметима, као што су одјећа и предмети за личну хигијену, општи предмети за домаћинство, као што су предмети за складиштење хране и предмети за припрему хране, те предмети за потребе склоништа, као што су пластичне фолије, ужад, алат или основни грађевински материјал. Треба направити разлику између индивидуалних и заједничких потреба, а посебно за кухање и гориво. Треба идентификовати непрехрамбене артикле који се могу задовољити помоћу познатих производа набављених из локалних извора. Потребу за кутијама, врећицама или сличним предметима за складиштење и транспорт, за личну употребу и за домаћинства, за расељено становништво и оне који су у пролазу, треба узети у обзир за укључивање у помоћ у непрехрамбеним артиклима. Пружање непрехрамбених артикала треба да буде дио плана свеукупног дјеловања у ситуацијама катастрофе (видјети основне стандарде 1–3 на стр. 57–63, и Стандард 1. Склониште и смјештај, на стр. 276).
2. **Јавни објекти:** Непрехрамбене артикле треба дијелити како би се подржала лична хигијена, здравље, припрема и кухање хране, итд., онако како је то примјерено за школе и друге јавне објекте. Требало би да буде обезбијеђен приступ материјалима за рекреацију и материјалима за учење. Требало би да буду успостављене везе између сектора здравства и образовања како би се обезбиједило да поруке јавног здравства и поруке о хигијени прате одговарајуће кориштење непрехрамбених артикала (видјети стандарде 1. и 2. Промовисање хигијене, на стр. 99–101, и Минималне стандарде INEE у образовању: припремљеност, интервенција, опоравак).
3. **Набавка непрехрамбених артикала:** Катастрофе утичу на локалну економију и ланце снабдијевања и често захтијевају вањски извор непрехрамбених артикала и директну дистрибуцију за појединце, домаћинства и заједнице. Брзом анализом тржишта као дијелом процјене почетних потреба може се одредити да ли познати непрехрамбени артикли могу бити нађени код локалних извора или на околним, непогођеним подручјима. Тамо гдје локална економија и даље ради, или се може подржати кроз одређену помоћ у снабдијевању или управљањем ланцем снабдијевања, пружање готовине и/или бонова може омогућити погођеном становништву да управља властитим потребама за артиклима за помоћ (видјети Стандард 1. Осигурање хране: готовина и бонови, на стр. 222). Свака таква помоћ се треба

планирати како би се обезбиједило да рањиви људи нису у неповољном положају и да су потребе за помоћи задовољене.

4. **Пакети помоћи:** Непрехранбени артикли се често пакују и раније распореде у складиштима на основу стандардних спецификација и садржаја. При одређивању количине и спецификација непрехранбених артикала у пакету за домаћинства треба узети у обзир број људи у типичном домаћинству, њихову старост, пол и присуство лица с посебним потребама, као и културолошку прихватљивост артикала.
5. **Дистрибуција:** Ефикасне и праведне методе дистрибуције треба планирати у договору с погођеним становништвом. Становништво треба да буде информисано о таквом дистрибуисању и било каквом процесу регистрације или процјене који су потребни за учествовање. Треба извршити формалну регистрацију или додјелу картица (жетона, токена...). Треба обезбиједити да рањиве особе или домаћинства нису изостављени са списка за расподелу помоћи и да могу приступити информацијама и самој дистрибуцији. Процедура за приговоре би требало да буде успостављена за рјешавање било каквих проблема који настају током регистрације или дистрибуције. Треба се консултовати са релевантним локалним властима о локацијама за дистрибуцију које су најприкладније за сигуран приступ и преузимање непрехранбених артикала, као и за сигуран повратак прималаца. Пјешачка удаљеност, терен и практичне импликације трошкова транспорта већих артикала, као што су артикли за склоништа, треба да буду узети у обзир. Треба провести надзор над дистрибуцијом и кориштењем пружених непрехранбених артикала како би се оцијенила прикладност и примјереност и процеса дистрибуције и самих непрехранбених артикала (видјети Стандард 5. Осигурање хране: трансфер хране, на стр. 213).
6. **Промоција, инструкције и техничка упутства:** Артикли за појединце и општи артикли за домаћинства требало би да буду познати катастрофом погођеном становништву како би их оно користило без додатних упутстава. Међутим, по потреби треба обезбиједити техничка упутства и инструкције као допуноу уз пружање артикала за склоништа, попут грађевинског материјала, алата и прибора (видјети Стандард 5. Непрехранбени артикли, на стр. 307). Једноставни дијаграми за илустрацију како се предмети могу користити за поправак или изградњу сигурног и адекватног склоништа могу се налазити на амбалажи. Катастрофом погођено становништво и локални стручњаци за изградњу требало би да буду укључени у активности



подизања свијести које се проводе на локацији (на примјер, поправак или монтажа показних склоништа), како би људи боље разумјели потребне технике изградње. Онима који су укључени у изградњу треба нагласити било какве недостатке у склоништима прије катастрофа или у пројектовању смјештаја, који су можда допринијели оштећењу или уништењу домова, као и локалне примјере добре праксе који су одољели катастрофи.

7. **Надопуњавање:** При планирању дистрибуције помоћи треба узети у обзир стопу потрошње, резултујуће трајање кориштења и способност погођеног становништва да надопуни такве артикле.

Стандард 2. Непрехрамбени артикли: одјећа и постељина

Становништво погођено катастрофом има довољно одјеће, дека и постељине како би обезбиједило своју личну удобност, достојанство, здравље и добробит.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Препознати специфичне потребе за одјећом код жена, дјевојака, мушкараца и дјечака свих узраста, укључујући дојенчад и рањиве и маргинализоване појединце и обезбиједити приступ потребним ставкама у коректним величинама и погодним за културу, годишње доба и поднебље (видјети смјернице 1–5).
- Идентификовати потребе за декама и постељином код погођеног становништва и по потреби обезбиједити приступ декама и постељини, како би се осигурала довољна топлотна удобност и омогућило одговарајуће спавање (видјети смјернице 2–5).
- Процијенити потребу за мрежама за кревете третираним инсектицидом и обезбиједити их према потреби (видјети стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све жене, дјевојке, мушкарци и дјечаци имају најмање два комплета одјеће одговарајуће величине који су прикладни за културу, годишње доба и поднебље (видјети смјернице 1–5).
- Сви погођени људи имају комбинацију деке, постељине, подлоге за спавање или матраца и мрежа за кревет третираних инсектицидом, тамо гдје је то потребно, како би се обезбиједила довољна топлотна

удобност и омогућило одговарајуће спавање (видјети смјернице 2–5 и стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).

Смјернице

1. **Промјена одјеће:** Сви погођени људи требало би да имају приступ довољној количини одјеће тако да је могу промијенити како би се обезбиједила њихова топлотна удобност, достојанство, здравље и благостање. То ће захтијевати најмање два комплета основних артикала, а посебно доњег веша, како би се омогућило прање.
2. **Прикладност:** Одјећа (укључујући, по потреби, и обућу) треба да буде у складу с временским условима и културолошким праксама и величине која одговара потреби. Дојенчад и дјеца до двије године старости треба да имају и деку, поред одговарајуће одјеће. Постељина треба да одражава културолошке праксе и треба је бити довољно како би се омогућило да се организује одвојено спавање уколико је то потребно.
3. **Топлотне карактеристике:** Треба узети у обзир изолационе карактеристике одјеће и постељине, као и ефекте влажних временских услова на топлотне перформансе таквих предмета. Треба узети у обзир комбинацију одјеће и постељине како би се обезбиједило да су испуњене потребе за топлотном удобности. Кориштење изолационих подлога за спавање или мадраца против губитка топлоте кроз тло може бити ефективније од осигурања додатне деке.
4. **Трајност:** Одјећа и постељина морају бити довољно издржљиве за типично трошење и дуготрајну употребу.
5. **Специфичне потребе:** Појединци изложени највећем ризику треба да имају додатну одјећу и постељину како би се задовољиле њихове потребе. То укључује особе с проблемима инконтиненције, особе с хроничним болестима, труднице и дојиље, старија лица и лица са смањеном покретљивошћу. Дјеца, лица с ограниченом покретљивошћу и старије особе склонији су губитку топлоте те им стога могу бити потребне додатна одјећа, деке, итд. за одржавање одговарајућег нивоа топлотне удобности. С обзиром на недостатак мобилности, старијим особама и болесним, немоћним особама биће потребна посебна пажња, као што је осигурање душека и подигнутих кревета.



Стандард 3. Непрехрамбени артикли: прибор за кухање и јело

Становништво погођено катастрофом има приступ културолошки адекватним артиклима за припрему и чување хране и за кухање, јело и пиће.

Кључна активност (читати заједно са смјерницама)

- Утврдити потребе погођеног становништва за артиклима за припрему и чување хране и за кухање, јело и пиће, те омогућити приступ културолошки адекватним артиклима према потреби (видјети смјернице 1–2).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Свако домаћинство или група од четири до пет особа има на располагању два породична лонца за кухање с ручкама и поклопцем, посуду за припремање хране или послуживање, кухињски нож и двије кашике за послуживање (видјети смјернице 1–2).
- Сви катастрофом погођени људи имају приступ тањирима, кашикама или другом прибору за јело и шољу или посуду за пиће (видјети смјернице 1–2).

Смјернице

1. **Прикладност:** Избор артикала за кухање, предмета и прибора за јело требало би да буде културолошки прикладан и треба омогућити сигурну праксу коју треба поштовати. Приликом одређивања ових артикала треба консултовати жене или оне који обично надгледају припрему хране. Количине артикала за кухање треба да буду засноване на информацијама из културолошких пракси, као што су оне које захтијевају одвојене распореде за кухање за различите породичне групе унутар домаћинства или раздвајање појединих намирница током припреме. Врста и величина прибора за кухање и јело треба да буду погодни за старије особе, лица с инвалидитетом и дјecu.
2. **Материјали:** Сви пластични предмети (канте, здјеле, канистери, спремници за воду и слично) треба да буду израђени од пластике одговарајућег квалитета. Сви метални производи (прибор за јело, здјеле, тањери и шоље, итд.) треба да буду од нерђајућег челика или емајлирани.

Стандард 4. Непрехранбени артикли: пећи, гориво и расвјета

Катастрофом погођено становништво има приступ сигурним, штедљивим пећима и приступачном снабдијевању горивом или домаћој енергији, односно могућности кухања у заједницама. Свако домаћинство има приступ одговарајућим средствима која обезбјеђују одрживу вјештачку расвјету како би се обезбиједила сигурност.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати и задовољити потребе домаћинства за кухањем и гријањем простора, обезбјеђујући приступ сигурним, штедљивим пећима, приступачном снабдијевању горивом или домаћој енергији или могућност кухања у заједницама (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити да се пећи могу сигурно користити и да су противпожарни ризици сведени на минимум (видјети смјернице 2–3).
- Идентификовати еколошки и економски одрживе изворе горива или домаће енергије и одредити приоритете (видјети смјерницу 4).
- Обезбиједити да постоји извор горива, да оно буде заштићено и да се складишти на безбједан начин (видјети смјерницу 5).
- Препознати и задовољити потребе домаћинства за одрживим начинима вјештачке расвјете и обезбиједити приступ шибицама или прикладним алтернативним начинима за паљење горива или свијећа, итд. (видјети смјерницу 6).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Погођено становништво користи штедљиве пећи и има потребно снабдијевање горивом или домаћом енергијом (видјети смјернице 1–3).
- Нема инцидената са штетом по људе у рутинској употреби пећи и извора и складиштења горива (видјети смјернице 4–5).
- Катастрофом погођено становништво има приступ сигурним и одрживим средствима за вјештачку расвјету и приступ шибицама или прикладним алтернативним начинима за паљење горива или свијећа, итд. (видјети смјерницу 6).



Смјернице

1. **Пећи:** Спецификација пећи је прилагођена постојећим локалним праксама. Треба промовисати енергетски ефикасне праксе за кухање, укључујући и кориштење штедљивих пећи, припрему дрва за ложење, управљање ватром, припрему хране, заједничко кухање, итд. Код смјештаја у заједницама, заједничка или централизована могућност кухања преферира се у односу на давање појединих пећи за домаћинства, како би се смањили ризици од пожара и загађења затворених простора димом (видјети Стандард 2. Осигурање хране: трансфер хране, на стр. 204).
2. **Вентилација:** Одвод за дим треба поставити на пећи у затвореним просторима како би се издувни гасови или дим вентилирали према вани на безбједан начин. Треба користити отворе заштићене од временских утицаја како би се обезбиједила прикладна вентилација и смањιο ризик од респираторних проблема.
3. **Сигурност од пожара:** Треба обезбиједити сигурно одвајање између пећи и елемената склоништа. Унутрашње пећи треба ставити на незапаљиве базе са незапаљивим рукавцем око димњака, на мјесту гдје он пролази кроз структуру склоништа према вани. Пећи би требало да буду смјештене даље од улаза да се омогући безбједан приступ приликом употребе.
4. **Одрживи извори горива:** Треба управљати изворима горива, а посебно у условима гдје се заједница која је домаћин или сусједне заједнице такође ослањају на њих. Ресурсе треба надопунити како би се осигурала одрживост снабдијевања, нпр. успостављање плантаже дрва за ложење како би се смањила или елиминисала експлоатација дрва за ложење из постојећих шума. Тамо гдје је то прихватљиво погођеном становништву, требало би подржати кориштење нетрадиционалних извора горива, на примјер, кориштење брикета произведених од пиљевине и других органских материја.
5. **Прикупљање и складиштење горива:** Катастрофом погођено становништво, а посебно жене и дјевојке, треба консултовати о положају и средствима за прикупљање горива за кухање и гријање ради рјешавања питања личне сигурности. Треба рјешавати захтјеве за прикупљање горива за посебно рањиве људе, као што су женске главе домаћинстава, оне који брину за хронично болесне особе или особе с тешкоћама у кретању или приступу. Потребно је промовисати употребу горива која захтијева мање рада, укључујући и штедљиве пећи и приступачне изворе горива. Гориво треба да буде похрањено

на безбједној удаљености од саме пећи, а текуће гориво, као што је керозин, треба чувати изван дохвата дјеце и дојенчади.

6. **Вјештачка расвјета:** Фењери или свијеће могу пружити уобичајену и лако расположиву расвјету, али треба процијенити ризик од пожара због њиховог кориштења. Треба осигурати друге врсте вјештачке расвјете које доприносе личној безбједности у насељима и око насеља тамо гдје опште освјетљење није доступно. Треба узети у обзир кориштење енергетски ефективне вјештачке расвјете, као што су свијетлеће диоде (LED), те соларни панели за генерисање локализоване електричне енергије.

Стандард 5. Непрехрамбени артикли: алати и прибор

Када је погођено становништво одговорно за изградњу или одржавање својих склоништа или за уклањање остатака, оно има приступ потребним алатима, прибору и допунској обуци.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати и задовољити потребе за алатом и материјалом за причвршћивање код становништва одговорног за сигурну изградњу дијела или свих његових склоништа или објеката у заједници, као и за вршење основног одржавања или уклањања остатака (видјети смјернице 1–2).
- Обезбиједити да одговарајући механизми за употребу, одржавање и чување алата и прибора буду договорени и прихваћени тамо гдје су предвиђени за јавно и заједничко кориштење (видјети смјернице 1–2).
- Тамо гдје је то потребно, обезбиједити обуку или инструкције о кориштењу алата и изградњи, одржавању и уклањању остатака (видјети смјерницу 3).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва домаћинства или групе у заједници имају приступ алатима и опреми за безбједно вршење послова изградње, одржавања или уклањања остатака тамо гдје је то потребно (видјети смјернице 1–2).
- Сва домаћинства или друштвене групе имају приступ обуци и подизању нивоа свијести о сигурној употреби алата и материјала за поправак који се обезбјеђују погођеном становништву (видјети смјерницу 3).



Смјернице

1. **Типични комплет алата:** Алати и материјали за поправак који се дистрибуишу треба да буду познати и одговарајући за контекст. Треба размотрити материјале за поправак, као што су ексери различитих величина, поцинчане жице и конопци, те предмети за помоћ у постављању и мјерењу. Треба обезбиједити заједничке алате ако се такви алати користе на јавним зградама и потребни су само у ограниченом временском периоду, или тамо гдје су такви ресурси ограничени. Свака таква заједничка употреба, одржавање и чување треба да се договори прије дистрибуције.
2. **Животни услови:** Тамо гдје је то могуће, треба обезбиједити алате који су одговарајући за активности за подршку животним условима. Кориштење алата треба надзирати како би се избјегли негативни утицаји на животну средину (као што је неовлаштена или неодржива експлоатација природних ресурса, итд.), као и било какво заједничко кориштење таквих алата.
3. **Обука и техничка помоћ:** Треба обезбиједити обуку или подизање свијести о безбједној употреби и једноставном одржавању алата и у планираним активностима. Помоћ чланова шире породице, сусједа или унајмљивање радника за послове изградње или одржавања треба обезбиједити домаћинствима на чијем су челу жене, као и осталим идентификованим рањивим људима (видјети Стандард 4. Склоништа и смјештај, смјерница 1, на стр. 291).

Додатак 1.

Контролни списак питања за процјену склоништа, смјештаја и непрехрамбених артикала

Овај списак питања служи као водич и контролна листа како би се обезбиједило да се добију одговарајуће информације које се користе за интервенције у виду пружања склоништа и смјештаја након катастрофе. Списак питања није обавезан и треба га на одговарајући начин користити и прилагодити. Претпоставка је да се засебно добијају информације о основним узроцима катастрофе, безбједносној ситуацији, основној демографији и расељеном становништву и домаћем становништву, те кључним лицима са којима се треба консултовати и са којима треба контактирати (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).

1. Склоништа и смјештај

Процјена и координација

- Јесу ли релевантне власти и организације успоставиле договорени механизам координације?
- Који су основни подаци доступни о погођеном становништву, које су познате опасности, ризици и рањивости о смјештају и склоништу?
- Постоји ли план за непредвиђене ситуације који се може искористити као основа за интервенцију?
- Које су информације почетне процјене већ доступне?
- Је ли планирана интерагенцијска или међусекторска процјена и да ли она укључује склоништа, смјештај и непрехрамбене артикле?



Демографија

- Од колико људи се састоји типично домаћинство?
- Колико људи, с обзиром на пол и старост, у оквиру катастрофом погођеног становништва чине појединци који не представљају типична домаћинства (као што су дјеца без пратње) или поједине мањинске групе с величинама домаћинства које нису типичне?
- Колико погођених домаћинстава нема одговарајуће склониште и гдје су та домаћинства?
- Колико је људи, с обзиром на пол и старост, који нису чланови појединих домаћинстава, и који су без икаквог или с неадекватним склоништем и гдје се они налазе?
- Колико погођених домаћинства без адекватног склоништа није расељено и може им се помоћи на мјесту њиховог ранијег становања?
- Колико је погођених домаћинства без адекватног склоништа расељено и биће им потребна помоћ са смјештајем у породицама-домаћинима или у оквиру привремених насеља у заједницама?
- Колико људи, с обзиром на пол и старост, нема приступ јавним објектима као што су школе, здравствене установе и друштвени центри?

Ризици

- Какав је непосредни ризик по живот због недостатка адекватног склоништа и колико људи је у опасности?
- Који су могући даљи ризици по живот, здравље и безбједност погођеног становништва као резултат тренутних посљедица катастрофа или других познатих опасности при обезбјеђењу склоништа?
- Који су посебни ризици за рањиве људе, укључујући жене, дјецу, малољетнике без пратње, лица с инвалидитетом или хроничним болестима, с обзиром на недостатак адекватног склоништа и зашто?
- Какав је утицај присуства расељеног становништва на домаће становништво?
- Који су потенцијални ризици конфликта или дискриминације унутар група или између група у оквиру погођеног становништва?

Ресурси и ограничења

- Који су материјални, финансијски и људски ресурси погођеног становништва који могу помоћи у задовољењу неких или свих њених хитних потреба за склоништем?
- Које су препреке у вези са доступности земљишта, власништва и кориштења за задовољавање хитних потреба за склоништем, укључујући и привремена насеља у заједницама тамо гдје је то потребно?
- Који су проблеми с којима се суочава потенцијално становништво-домаћини при смјештају расељених лица унутар својих посједа или на сусједном земљишту?
- Које су могућности и ограничења кориштења постојећих, доступних и непогођених зграда или објеката за привремени смјештај расељеног становништва?
- Каква је топографска и локална еколошка прикладност за кориштење доступног слободног земљишта за смјештај привремених насеља?
- Који су захтјеви и ограничења локалних прописа у разради рјешења за склоништа?

Материјали, осмишљавање и конструкција

- Која је почетна рјешења за склоништа и материјале до сада осигурало погођено становништво или други актери?
- Који постојећи материјали се могу спасити из оштећених локација за употребу у обнови склоништа?
- Које су типичне грађевинске праксе погођеног становништва и који се различити материјали користе за структурни оквир и кров и вањске зидове?
- Која су алтернативна рјешења конструкције или материјала потенцијално доступна и позната или прихватљива за погођено становништво?
- Које карактеристике су потребне како би се обезбиједио сигуран и неометан приступ и кориштење рјешења склоништа за све чланове погођеног становништва, а посебно за оне с потешкоћама у кретању?
- Како потенцијална рјешења за склоништа која су идентификована минимизују будуће ризике и рањивости?
- Како се склоништа обично граде и ко их гради?



- Како се обично набављају грађевински материјали и од кога?
- Како жене, млади, лица с инвалидитетом и старија лица могу бити обучени или како им се може помоћи да учествују у изградњи властитих склоништа и која су ограничења?
- Хоће ли додатна помоћ, кроз пружање добровољног или плаћеног рада, или техничка помоћ бити потребни за подршку појединцима или домаћинствима којима недостаје способност или могућност градње?

Активности домаћинства и животни услови

- Које се активности домаћинства и активности подршке за услове живота обично одвијају у склоништу или у околини склоништа за погођено становништво и како резултујући простор и његов изглед рефлектују ове активности?
- Које правне и еколошки одрживе могућности подршке за услове живота могу бити обезбијеђене кроз снабдијевање материјалом и израду рјешења за склоништа и смјештај?

Основне услуге и објекти које користи заједница

- Која је тренутна доступност воде за пиће и личну хигијену и какве су могућности и ограничења у задовољавању очекиваних потреба које се тичу санитарних услова?
- Каква је тренутна ситуација у вези са друштвеним објектима (здравствене амбуланте, школе, мјеста за молитву и слично) и која су ограничења и могућности приступа код тих објеката?
- Ако се јавни објекти, а посебно школе, користе као склоништа за расељено становништво, какав је процес и временски оквир за враћање истих њиховој изворној намјени?

Заједнице-домаћини и утицај на животну средину

- Која су питања која изазивају забринутост код заједнице-домаћина?
- Који су организациони и физички проблеми планирања смјештања расељеног становништва у заједници-домаћину или у привременим насељима?
- Који су локални еколошки проблеми који се односе на локалне изворе грађевинског материјала?
- Који су локални еколошки проблеми који се односе на потребе

расељеног становништва за горивом, санитарним условима, одлагањем отпада, испашом за животиње, ако је то потребно, и сл.?

2. Непрехрамбени артикли

Потребе за непрехрамбеним артиклима

- Који су критични непрехрамбени артикли који су потребни погођеном становништву?
- Може ли се било који од потребних непрехрамбених артикала набавити на локалном нивоу?
- Је ли могућа употреба новца или бонова?
- Хоће ли бити потребна техничка помоћ да надопуни пружање склоништа и артикала за подршку?

Одјећа и постељина

- Који тип одјеће, дека и постељине обично користе жене, мушкарци, дјеца и дојенчад, труднице и дојиље и старији људи, и које су специфичне друштвене и културолошке околности?
- Колико жена и мушкараца свих старосних група, дјеце и дојенчади има неадекватну одјећу или недовољно одјеће, дека или постељине за заштиту од штетног дјеловања временских услова и за одржавање здравља, достојанства и благостања?
- Које су потенцијалне опасности по живот, здравље и личну безбједност погођеног становништва због потребе за адекватном одјећом, декама или постељином?
- Које су мјере за контролу преносника болести, а посебно снабдијевање мрежама против комараца, потребне како би се осигурало здравље и добробит становништва?

Кухање и јело, пећи и гориво

- Који прибор за кухање и јело је користило типично домаћинство прије катастрофе?
- Колико домаћинстава нема приступ довољној количини прибора за кухање и јело?
- Како је погођено становништво обично кухало и гријало своје станове прије катастрофе и гдје се кухање обављало?



- Која горива су се обично користила за кухање и гријање прије катастрофе и гдје су набављана?
- Колико домаћинстава нема приступ пећи за кухање и гријање, и зашто?
- Колико домаћинстава нема приступ одговарајућим залихама горива за кухање и гријање?
- Које су могућности и ограничења, а посебно проблеми животне средине, због налажења довољно извора залиха горива за катастрофом погођено становништво и сусједно становништво?
- Какав је утицај адекватног снабдијевања горивом на катастрофом погођено становништво, а посебно жене свих старосних група?
- Која културолошка питања у вези са кухањем и јелом треба узети у обзир?

Алати и опрема

- Који су основни алати за поправак, изградњу или одржавање склоништа којима домаћинства имају приступ?
- За које се активности за подршку животним условима такође могу користити основни алати за изградњу, одржавање и уклањање остатака?
- Каква је обука или које су активности подизања свијести потребне како би се омогућило безбједно кориштење алата?

Референце и додатна литература

Међународни правни инструменти

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Уопштено

Corseilis, T. and Vitale, A. (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J. and Lambert, R. (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.



ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Привремена насеља у заједницама

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Животна средина

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

Kelly, C. (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html.

Готовина, бонови и процјена тржишта

Albu, M. (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P. and Jaspars, S. (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Инвалидитет

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Родна питања

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

Психо-социјална подршка

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Школе и јавне зграде

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Непрехрамбени артикли и артикли за хитне ситуације

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheetting: a guide to the specification and use of plastic sheetting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.



Минимални стандарди у здравству



Како користити ОВО ПОГЛАВЉЕ

Ово поглавље је подијељено у два главна дијела:

Здравствени системи

Основне здравствене услуге

Приступ здравствених система у пројектовању, имплементацији, мониторингу и евалуацији здравствених услуга усвојен је као оквир за организовање здравствених услуга током дјеловања у ситуацијама катастрофа. Ово је најбољи приступ како би се обезбиједило да се идентификују приоритетне здравствене потребе и да се оне задовоље на ефективан и ефикасан начин. Принципи као што су подржавање националних и локалних здравствених система, координација и стандардизација алата и приступа наглашавају се у цијелом поглављу.

Принципи заштите и основни стандарди морају се користити конзистентно с овим поглављем.

Иако су првенствено намијењени као информације за хуманитарне интервенције у ситуацијама катастрофа, минимални стандарди се, такође, могу узети у обзир током припреме за катастрофе.

Сваки дио садржи сљедеће:

Минимални стандарди: Они су квалитативне природе и одређују ниво који треба постићи у хуманитарним интервенцијама.

Кључне активности: Ово су предложене активности и препоруке како би се задовољили стандарди.

Кључни индикатори: Ово су „сигнали“ који показују да ли је стандард постигнут. Они пружају начин мјерења и успостављају однос између процеса и резултата кључних активности и односе се на минимални стандард, а не на кључну активност.

Смјернице: Оне укључују специфичне тачке за разматрање приликом

примјене минималних стандарда, кључних активности и кључних индикатора у различитим ситуацијама. То су смјернице за рјешавање практичних потешкоћа, мјерила или савјети о приоритетним питањима. Оне, такође, могу укључивати критична питања која се односе на стандарде, поступке или индикаторе, те описивати дилеме, контроверзе или недостатке у сазнањима.

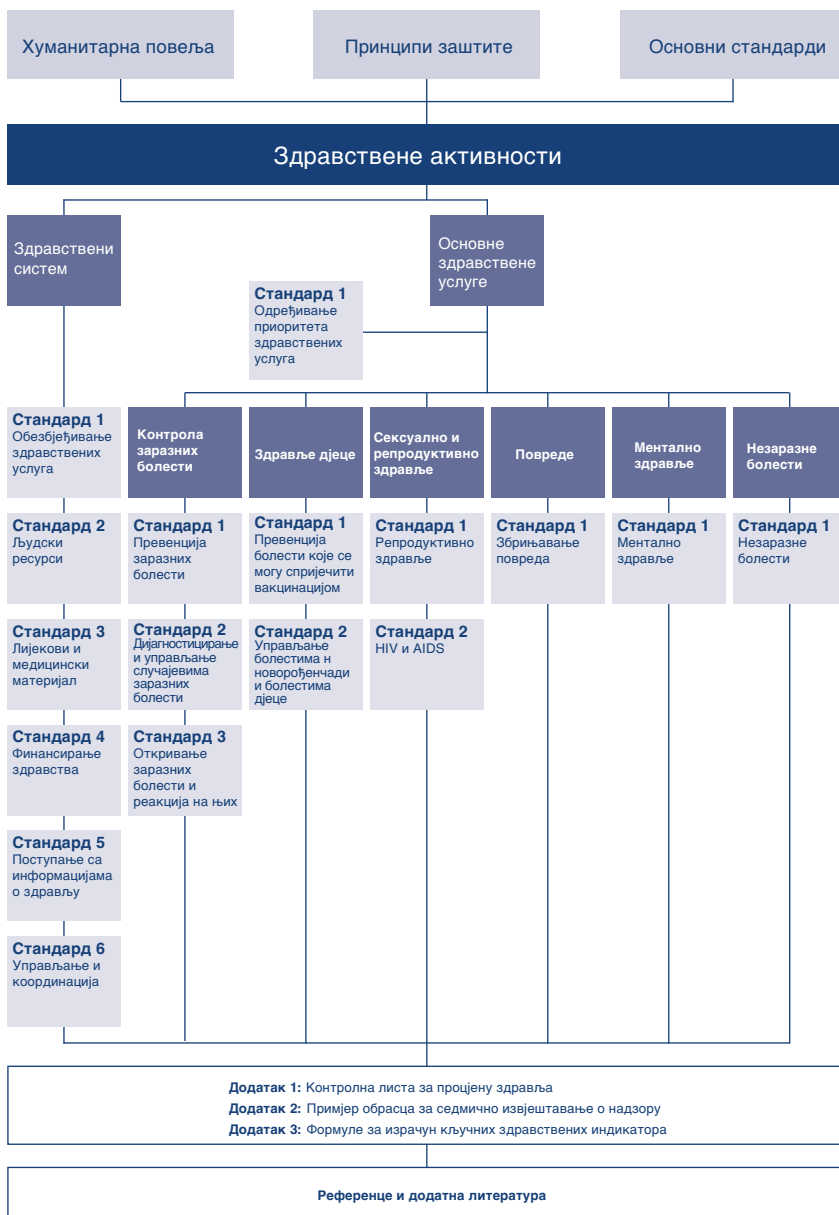
Ако се потребни кључни индикатори и активности не могу испунити, треба процијенити настале штетне посљедице за погођено становништво и треба предузети одговарајуће радње ублажавања.

Додаци укључују контролне спискове питања за процјену здравствених услуга, примјере образаца за извјештавање о надзору и формуле за израчунавање кључних здравствених индикатора. Такође се дају и референце и додатна литература.



Садржај

Увод.....	324
1. Здравствени системи.....	330
2. Основне здравствене услуге	346
2.1. Основне здравствене услуге – контрола заразних болести.....	349
2.2. Основне здравствене услуге – здравље дјете.....	360
2.3. Основне здравствене услуге – сексуално и репродуктивно здравље.....	364
2.4. Основне здравствене услуге – повреде.....	371
2.5. Основне здравствене услуге – ментално здравље.....	374
2.6. Основне здравствене услуге – незаразне болести.....	377
Додатак 1: Контролни списак питања за процјену здравља	380
Додатак 2: Примјер седмичних образаца за извјештавање о надзору....	382
Додатак 3: Формуле за израчун кључних индикатора здравља	390
Референце и додатна литература	393



УВОД

Везе са Хуманитарном повељом и међународним правом

Минимални стандарди у здравству јесу практичан израз заједничких увјерења и обавеза хуманитарних организација и заједничких принципа, права и дужности којима се управља хуманитарном интервенцијом, а који су постављени у Хуманитарној повељи. Ови принципи заснивају се на начелу хуманости, а огледају се у међународном праву, и укључују право на достојанствен живот, право на заштиту и сигурност и право на примање хуманитарне помоћи на основу потреба. Списак кључних законских докумената и политика на којима се заснива Хуманитарна повеља доступан је у Додатку 1 (видјети стр. 402), с коментарима који дају објашњења за хуманитарне раднике.

Иако су државе главни носиоци дужности у односу на права наведена изнад, хуманитарне организације имају одговорност за рад с катастрофом погођеним становништвом на начин који је у складу с тим правима. Из ових општих права проистиче низ специфичних права. То су права на учествовање, информисање и недискриминацију, која чине основу основних стандарда, као и специфична права на воду, санитарне услове, храну, склониште и здравље, која подржавају те и минималне стандарде у овом приручнику.

Свако има право на здравље, које се признаје у више интернационалних правних инструмената. Право на здравље се може обезбиједити само ако је становништво заштићено, ако су стручњаци задужени за здравствени систем добро обучени и посвећени универзалним принципима етике и професионалним стандардима, ако је систем у којем раде осмишљен тако да задовољи минималне стандарде када су у питању потребе и ако је држава вољна и способна да успостави и обезбиједи ове услове сигурности и стабилности. У вријеме оружаних сукоба, цивилне болнице и медицински објекти ни у ком случају не смију бити предмет напада, а здравствено и медицинско особље има право на заштиту. Забрањено је вршење дјела или активности које угрожавају неутралност здравствених објеката, као што је ношење оружја.

Минимални стандарди у овом поглављу нису пуни израз права на здравље. Међутим, Sphere стандарди одражавају суштину права на здравље, и то посебно током хитних ситуација, те доприносе прогресивној реализацији тог права на глобалном нивоу.

Важност здравствених активности у катастрофама

Приступ здравственој заштити је критична детерминанта за опстанак у почетним фазама катастрофа. Катастрофе готово увијек имају значајан утицај на јавно здравље и благостање погођеног становништва. Ефекти на јавно здравље се могу описати као директни (нпр. смрт од насиља и повреда) или индиректни (на примјер, повећане стопе инфективних болести и/или потхрањености). Ти индиректни ефекти на здравље су обично повезани с факторима као што су неадекватна количина и квалитет воде, кварови на санитарним чворовима, прекид или смањење приступа здравственим услугама и погоршање квалитета хране. Недостатак сигурности, ограничење кретања, расељавање становништва и погоршани услови живота (претрпаност и неодговарајуће склониште) такође могу представљати пријетњу јавном здрављу. Климатске промјене потенцијално повећавају рањивост и ризик.

Примарни циљеви хуманитарног дјеловања на хуманитарне кризе су да се спријечи и смањи велики морталитет и морбидитет. Главни задатак је да се задрже груба стопа морталитета (енг. crude mortality rate – CMR) и стопа морталитета испод пет година старости (енг. under-5 mortality rate – U5MR) на нултом стању од прије катастрофе, или да се оне смање на мање од двоструке основне стопе документоване за становништво прије катастрофе (видјети табелу са подацима о нултом стању морталитета по регијама на стр. 387). Различите врсте катастрофа повезане су с различитим обимима и обрасцима морталитета и морбидитета (видјети табелу о утицају на јавно здравље за одабране катастрофе), тако да ће здравствене потребе за погођено становништво варирати зависно од врсте и обима катастрофе.

Допринос здравственог сектора јесте пружање основних здравствених услуга, укључујући и превентивне и промотивне интервенције, које доприносе смањењу здравствених ризика. Основне здравствене услуге су приоритетне здравствене интервенције које доприносе сагледавању



главних узрока претјераног морталитета и морбидитета. Имплементација основних здравствених услуга мора подржавати активности за јачање здравственог система. Начин на који су здравствене интервенције планиране, организоване и како се пружају током интервенција у ситуацијама катастрофа може или појачавати или подривати постојеће здравствене системе и њихов будући опоравак и развој.

Потребна је анализа постојећег здравственог система како би се утврдио ниво перформанси система и идентификовале главне препреке за пружање здравствених услуга и приступ истима. У раним фазама катастрофе, подаци могу бити непотпуни и може бити потребно да се важне одлуке о јавном здрављу донесу без свих расположивих релевантних података. Мултисекторску процјену треба провести што је прије могуће (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).

Боља интервенција се постиже кроз бољу припремљеност. Припремљеност се заснива на анализи ризика и добро је повезана са системима раног упозоравања. Припремљеност укључује планирање за непредвиђене ситуације, креирање залиха опреме и потрошног материјала, успостављање и/или одржавање хитних служби и аранжмана на чекању, комуникацију, управљање информацијама и координацијским аранжманима, обуку особља, планирање на нивоу заједнице, обуке и вјежбе. Провођење грађевинских прописа може драстично смањити број смртних случајева и озбиљне повреде повезане са земљотресима и/или обезбиједити да здравствене установе функционишу и након катастрофе.

Утицај одабраних катастрофа на јавно здравље

Напомена: Обрасци морбидитета и mortalитета знатно варирају зависно од контекста, чак и за одређене врсте катастрофа.

Ефекат	Комплексна хитна ситуација	Земљотреси	Јаки вјетрови (без поплава)	Поплаве	Бујице/цунамији
Смртне посљедице	Многе	Многе	Неколико	Неколико	Многе
Тешке повреде	Варира	Многе	Умјерене	Неколико	Неколико
Повећан ризик од инфективних болести	Висок	Варира*	Низак	Варира *	Варира *
Недостаца хране	Често	Ријетко	Ријетко	Варира	Често
Расељење великих дијелова становништва	Често	Ријетко (могу се јавити у тешко оштећеним градским подручјима)	Ријетко (могу се јавити у тешко оштећеним градским подручјима)	Често	Варира

* Зависи од расељења након катастрофа и животних услова популације: Преузето од Pan American Health Organization, 2000.

Везе са другим поглављима

Због утицаја различитих детерминанти на здравље и здравствени статус, многи од стандарда у осталим поглављима релевантни су за ово поглавље. Напредак у постизању стандарда у једном сектору често утиче на напредак у другим секторима. Како би интервенција била ефективна, потребна је блиска координација и сарадња с другим секторима. Координација с локалним властима, другим организацијама у интервенцији и организацијама у заједници такође је потребна како би се обезбиједило да су потребе испуњене, да се напори не дуплирају, да се оптимизује кориштење ресурса и да је квалитет здравствених услуга адекватан.



Везе са принципима заштите и основним стандардима

Како би се задовољили стандарди у овом приручнику, све хуманитарне организације треба да се воде принципима заштите, чак и ако оне немају одређен мандат за заштиту или специјалистички капацитет у заштити. Принципи нису „апсолутни“; тј. околности могу ограничити обим у којем организације могу да их испуне. Ипак, принципи одражавају универзална хуманитарна питања која би требало да воде интервенцију у свако доба.

Основни стандарди су процес за особље које користе сви сектори. Шест основних стандарда покрива хуманитарне интервенције фокусиране на људе, координацију и сарадњу, процјену, осмишљавање и дјеловање, ефективност, транспарентност и учење, и рад хуманитарних радника. Они пружају јединствену референтну тачку за приступе који подржавају све друге стандарде у Приручнику. Свако техничко поглавље, дакле, захтијева пропратно кориштење основних стандарда као помоћ у остваривању његових стандарда. Конкретно, како би се осигурали примјереност и квалитет било које интервенције, учествовање катастрофом погођених људи треба да буде подигнуто на максималан ниво, што укључује и групе и појединце који су у катастрофама најчешће изложени ризицима.

Рањивост и капацитети катастрофом погођеног становништва

Овај дио је осмишљен како би се читао у комбинацији са основним стандардима и јачао исте.

Важно је разумјети да то што је неко млад или стар, жена или појединац с инвалидитетом или HIV-ом не чини, само по себи, ту особу рањивом и не повећава ризик којем је изложена. Ту постоји узајамно дјеловање фактора: на примјер, за неког ко има више од 70 година, живи сам и у лошем је здравственом стању вјероватније је да ће бити рањив него неко сличне старости и здравственог стања ко живи унутар шире породице и са довољно прихода. Слично томе, трогодишња дјевојчица је знатно више угрожена ако је без надзора одраслих него ако се за њу брину одговорни родитељи.

Док се проводе стандарди и кључне активности стандарда здравствених активности, анализа рањивости и капацитета помаже да се обезбиједи да дјеловање у ситуацијама катастрофа подржава оне који имају право на помоћ на недискриминишући начин и да је добијају они којима је најпотребнија.

То захтијева темељно разумијевање локалног контекста и тога како одређена катастрофа утиче на поједине групе људи на различите начине с обзиром на њихове постојеће рањивости (нпр. врло сиромашне или дискриминисане), њихову изложеност разним пријетњама по сигурност (нпр. родно насиље, укључујући сексуалну експлоатацију), појаву болести или учесталост болести (нпр. HIV-а или туберкулозе) и могућности епидемије (нпр. малих богиња или колере). Катастрофе могу довести до тога да постојеће неједнакости постану још израженије. Међутим, кључна је подршка за стратегије суочавања људи са тешкоћама, отпорност и капацитете за опоравак. Треба подржати њихово знање, вјештине и стратегије суочавања и заговарати њихов приступ друштвеној, правној, финансијској и психо-социјалној помоћи. Такође, треба на коректан начин ријешити разне физичке, културне, економске и социјалне баријере са којима се људи могу суочити у приступу овим услугама.

Испод су истакнута нека од кључних подручја која ће осигурати да се узму у обзир права и капацитети свих рањивих људи:

- Оптимизовати учествовање људи, обезбјеђујући да су све репрезентативне групе укључене, а посебно они који су мање видљиви
- (нпр. појединци који имају потешкоће у комуникацији или мобилности, они који живе у институцијама, стигматизоване младе особе и друге групе које су слабо заступљене).
- Разврстати податке по полу и старости (0–80 и више година) током процјене, јер је то важан елемент у осигурању да здравствени сектор адекватно узима у обзир разноврсност становништва.
- Увјерити се да су људи о праву на информације обавијештени на начин који укључује и који је доступан свим члановима заједнице.



Минимални стандарди

1. Здравствени системи

Свјетска здравствена организација – СЗО (енг. World Health Organization – WHO) дефинише здравствене системе као „све организације, институције и средства који су посвећени креирању здравствених активности“. То укључује цијели низ актера који се баве пружањем, финансирањем и управљањем здравственим услугама, настојањима да се утиче на детерминанте здравља, као и пружањем директних здравствених услуга на свим нивоима.

Стандарди здравственог система Sphere организовани су према Оквиру здравственог система Свјетске здравствене организације, који се састоји од шест структурних блокова: вођство, људски ресурси, лијекови и медицинска помагала, финансирање здравства, управљање здравственим информацијама и пружање услуга. Постоји много интеракција између сваке од тих функција и активности које утичу на једну могу утицати и на друге. Ови структурни блокови здравственог система јесу функције које су потребне за пружање основних здравствених услуга. Здравствене интервенције током дјеловања у ситуацијама катастрофа требало би да буду осмишљене и да се проводе на начин који доприноси јачању здравственог система.

Стандард 1. Здравствени системи: пружање здравствених услуга

Људи имају једнак приступ ефективним, сигурним и квалитетним здравственим услугама које су стандардизоване и слиједе прихваћене протоколе и смјернице.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Пружити здравствене услуге на одговарајућем нивоу здравственог система. Нивои укључују домаћинства и заједницу, клинике или амбуланте, домове здравља и болнице (видјети смјерницу 1).

- Прилагодити или успоставити стандардизоване протоколе за управљање случајевима најчешћих болести, водећи рачуна о националним стандардима и смјерницама (видјети смјерницу 2).
- Успоставити или ојачати стандардизовани систем за даље упућивање, те обезбиједити да га користе све организације (видјети смјерницу 1).
- Успоставити или ојачати стандардизовани систем тријаже у свим здравственим установама како би се обезбиједило да хитни случајеви добију хитно лијечење.
- Покренути здравствено образовање и промоцију на нивоу заједнице и здравствене установе (видјети смјерницу 3).
- Успоставити и пратити сигурно и рационално кориштење снабдијевања крвљу и производима крви (видјети смјерницу 5).
- Обезбиједити да су лабораторијске услуге доступне и да се користе када је то потребно (видјети смјерницу 6).
- Избјегавати успостављање алтернативних или паралелних здравствених услуга, укључујући мобилне клинике и пољске болнице (видјети смјернице 7–8).
- Осмислити здравствене услуге на начин који обезбјеђује право пацијента на приватност, повјерљивост и информисани пристанак (видјети смјерницу 9).
- Провести одговарајуће поступке за управљање отпадом, мјере безбједности и методе контроле инфекција у здравственим установама (видјети смјернице 10–11 и Стандард 1. Управљање чврстим отпадом, на стр. 128).
- Одлагати лешеве на начин који је достојанствен, културолошки прикладан и који је заснован на доброј пракси јавног здравства (видјети смјерницу 12 и Стандард 1. Управљање чврстим отпадом, смјерницу 8, на стр. 131).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Постоји довољан број здравствених установа како би се задовољиле основне здравствене потребе свег катастрофом погођеног становништва:
 - једна амбуланта/ 10.000 становника (основне здравствене јединице су примарне здравствене установе у којима се нуде опште здравствене услуге);
 - један дом здравља/ 50.000 људи;
 - једна болница/ 250.000 људи;



- > 10 стационарних кревета и кревета за породиље/ 10.000 људи (видјети смјерницу 1).

- Стопе кориштења у здравственим установама су 2–4 нова прегледа/ особи/ годишње међу катастрофом погођеним становништвом и > 1 нових прегледа/ особи/ годишње у руралном и расељеном становништву (видјети смјерницу 4 и Додатак 3: Формуле за израчун кључних здравствених индикатора).

Смјернице

1. **Ниво заштите:** Здравствени објекти се категоризују према нивоу њега, према њиховој величини и услугама које пружају. Број и положај здравствених објеката који су потребни може варирати од контекста до контекста. Здравствени системи такође морају развити процес за континуирану његу. То се најбоље постиже успостављањем ефективног система упућивања (тријаже), а посебно код интервенција за спасавање живота. Систем упућивања би требало да функционише 24 сата дневно, седам дана у седмици.
2. **Национални стандарди и смјернице:** Генерално, организације морају дјеловати у складу са здравственим стандардима и смјерницама земље у којој се проводи интервенција, укључујући и протоколе лијечења и листе основних лијекова. Када су они застарјели или не одражавају праксе засноване на доказима, треба користити интернационалне стандарде као референце и водећа агенција за здравствени сектор треба да подржи Министарство здравља како би оно исте ажурирало.
3. **Промоција здравља:** Активан програм промоције здравља у заједници треба покренути у сарадњи с локалним здравственим властима и представницима заједнице, обезбјеђујући тако уравнотежену заступљеност жена и мушкараца. Програм треба да обезбиди податке о главним здравственим проблемима, здравственим ризицима, доступности и локацији здравствених услуга и понашањима која штите и промовишу добро здравље, те да рјешава и обесхрабрује штетне праксе. За поруке и материјале у вези са јавним здрављем треба користити одговарајући језик и медије, они морају бити културно осјетљиви и лако разумљиви. Школе и простори за дјецу важна су мјеста за ширење информација и начин да се допре до дјеце и родитеља (видјети Минималне стандарде INEE за образовање, Стандард 3. Приступ и окружење за учење).

4. **Стопа кориштења здравствених услуга:** Нема минималног прага за кориштење здравствених услуга, јер ће се то разликовати од контекста до контекста. У стабилним руралним и расељеним групама становника, стопе кориштења треба да буду најмање један нови преглед по особи годишње. У катастрофом погођеном становништву, могу се очекивати у просјеку 2–4 нове консултације по особи годишње. Ако је стопа нижа од очекиване, то може указивати на неадекватан приступ здравственим услугама. Ако је стопа виша, то може указивати на претјерано кориштење због одређеног здравственог проблема или потцијењеног броја циљаних становника. У анализи стопа кориштења идеално би било размотрити и кориштење по полу, старости, етничком поријеклу и инвалидитету (видјети Додатак 3: Формула за израчун кључних здравствених индикатора).
5. **Безбједна трансфузија крви:** Напори треба да буду усклађени с националном трансфузијском службом (енг. blood transfusion service – BTS), ако иста постоји. Прикупљање крви требало би да буде само у добровољном облику од давалаца крви који се не плаћају. Требало би успоставити добру лабораторијску праксу, укључујући и преглед за трансфузијом преносиве инфекције, крвну групу, тестирање компатибилности, производњу компоненти крви и складиштење и транспорт производа од крви. Непотребне трансфузије се могу смањити кроз ефективну клиничку употребу крви, укључујући и кориштење алтернатива трансфузији (кристалоиди и колоиди), гдје год је то могуће. Одговарајуће клиничко особље треба да буде обучено како би се обезбиједило давање сигурне крви и њена ефективна клиничка употреба.
6. **Лабораторијске услуге:** Најчешће заразне болести се могу дијагностиковати клинички (нпр. дијареја, акутне респираторне инфекције) или уз помоћ брзих дијагностичких тестова или микроскопом (нпр. маларија). Лабораторијско испитивање је најкорисније за утврђивање узрока избијања зараза на које се сумња, тестирања култура и њихове осјетљивости на антибиотике како би се помогло у одлукама о управљању случајевима (нпр. дизентерија) и избору вакцина тамо гдје може бити индигована масовна имунизација (нпр. менингококни менингитис). Лабораторијска испитивања су битна и за дијагнозу и лијечење одређених незаразних болести, као што је дијабетес.
7. **Мобилне клинике:** Током неких катастрофа, можда ће бити потребно имати мобилне клинике како би се задовољиле потребе изолованих



или мобилних група становништва које имају ограничен приступ здравственој заштити. Мобилне клинике су се такође показале као кључне за повећање приступа лијечењу у епидемијама гдје се очекује велики број случајева, као што је ситуација код избијања епидемије маларије. Мобилне клинике треба увести тек након консултација с кључним агенцијама у сектору здравства и локалним властима (видјети Стандард 6. Здравствени системи, на стр. 343).

8. **Пољске болнице:** Повремено, пољске болнице могу бити једини начин да се обезбиједи здравствена заштита када су постојеће болнице тешко оштећене или уништене. Међутим, обично је ефективније обезбиједити средства за постојеће болнице, тако да оне могу почети поново радити или се носити с додатним оптерећењем. Може бити прикладно распоредити пољску болницу за непосредну његу трауматских повреда (првих 48 сати), секундарну његу трауматских повреда и рутинске хируршке и акушерске хитне ситуације (од трећег до 15. дана), или као привремени објект који ће замијенити оштећену локалну болницу док не буде обновљена. Пошто су пољске болнице врло видљиве, често постоји знатан политички притисак влада донатора да се оне оснују. Међутим, важно је донијети одлуку о постављању пољске болнице искључиво на основу потребе и добробити коју она пружа.
9. **Права пацијената:** Здравствене установе и службе треба да буду осмишљене на начин који обезбјеђује приватност и повјерљивост. Од болесника (или старатеља, ако болесници нису способни за то) треба тражити информисани пристанак прије медицинских или хируршких захвата. Здравствено особље треба да разумије да пацијенти имају право да знају шта сваки поступак укључује, као и очекиване користи, потенцијалне ризике, трошкове и трајање.
10. **Контрола инфекција у здравству и сигурност пацијената:** Програме за ефективну интервенцију за вријеме катастрофе, континуирану превенцију и контролу инфекција (енг. infection prevention and control – IPC) треба водити на националном и на периферним нивоима, те на разним нивоима здравствених објеката. Такав програм IPC за здравствене установе треба да садржи сљедеће:
 - дефинисане политике IPC (нпр. рутинске и додатне мјере контроле инфекције за рјешавање потенцијалних пријетњи);
 - квалификовано, намјенско техничко особље (тим за IPC) за покретање програма контроле инфекција, с дефинисаним обимом, функцијама и одговорностима;

- надзорни систем раног упозорења за откривање заразних епидемија;
- дефинисан буџет за активности (нпр. обука особља) и потрошни материјал за дјеловање у хитним ситуацијама;
- појачане стандардне мјере опреза и додатне посебне мјере дефинисане за епидемијске болести;
- административне контроле (нпр. политике изолације), те инжењерске контроле и контроле окружења (нпр. побољшање вентилације окружења);
- личну заштитну опрему која се користи;
- праксе IPC се надзиру и препоруке се редовно ревидирају.

11. **Медицински отпад:** Опасни отпад који настаје у здравственим установама може се раздвојити на заразни без оштрих предмета, оштре предмете, и незаразни заједнички отпад. Лоше управљање медицинским отпадом потенцијално излаже здравствено особље, чистаче, раднике који рукују отпадом, пацијенте и друге у заједници инфекцијама као што су HIV и хепатитис В и С. Исправно раздвајање на мјесту настанка отпада и коначни поступци одлагања за специфичне категорије морају се провести како би се смањио ризик од инфекција. Особље одређено за обраду медицинског отпада треба да буде оспособљено и треба да носи заштитну опрему (рукавице и чизме су минимални захтјеви). Обраду отпада треба проводити према врсти отпада: на примјер, инфективни отпад који не укључује оштре предмете, а и оштре предмете, треба одлагати у заштићене јаме или спаљивати.
12. **Поступање с посмртним остацима:** Када катастрофе резултују високом стопом смртности, биће потребно управљање одлагањем великог броја лешева. Покоп великог броја посмртних остатака у масовним гробницама често се заснива на нетачном увјерењу да они представљају опасност за здравље ако не буду одмах покопани или спаљени. Људски остаци у само неколико посебних случајева (нпр. смрт узрокована колером или хеморагијском грозницом) представљају ризик за здравље и захтијевају посебне мјере опреза. Тијела не треба одлагати нецеремонијално у масовне гробнице. Људи би требало да имају прилику да идентификују чланове своје породице и обаве културно одговарајући погреб. Масовни покоп може бити препрека за добијање потврде о смрти потребне за захтјеве за остваривање законских права. Кад су они који се покопавају жртве насиља, треба узети у обзир питања форензичке обраде (видјети Стандард 2. Склоништа и смјештај, смјерница 3, на стр. 282).



Стандард 2. Здравствени системи: људски ресурси

Здравствене услуге пружају оспособљени и компетентни здравствени радници који имају одговарајућу комбинацију знања и вјештина како би се задовољиле здравствене потребе становништва.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Прегледати број запослених и капацитете као кључне компоненте процјене нултог стања здравства.
- Ријешити неравнотеже у броју запослених, њиховим способностима и полним и/или етничким омјерима гдје је то могуће (видјети смјерницу 1).
- Подржати локалне здравствене раднике и интегрисати их у потпуности у здравствене услуге, узимајући у обзир њихове компетенције (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити адекватне помоћне раднике у свакој здравственој установи.
- Обучити клиничко особље у кориштењу клиничких протокола и смјерница (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити надзор особља на редовној основи како би се осигурала њихова усклађеност са стандардима и смјерницама, укључујући и пружање повратних информација.
- Стандардизовати програме обуке и одредити приоритете у складу с недостацима у кључним здравственим потребама и компетенцијама.
- Обезбиједити поштену и поуздану плату за све здравствене раднике, договорену међу свим организацијама и у сарадњи с националним здравственим властима.
- Обезбиједити сигурно радно окружење, укључујући и основну хигијену и заштиту за све здравствене раднике.

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Постоје најмање 22 квалификована здравствена радника (љекари, медицинске сестре и бабице)/ 10. 000 становника (видјети смјерницу 1):
 - барем један лекар/ 50.000 становника,
 - барем једна квалификована медицинска сестра/ 10.000 становника,
 - најмање једна бабица/ 10.000 становника.

- Постоји барем један породични љекар (енг. Community Health Worker – CHW)/ 1000 становника и један надзорник/ 10 радника који обављају кућне посјете, и један виши надзорник.
- Здравствено особље у клиници не би требало да примају више од 50 пацијената дневно. Ако се овај праг редовно премашује, треба запослити додатно клиничко особље (видјети смјерницу 1 и Додатак 3: Формула за израчун кључних здравствених индикатора).

Смјернице

1. **Број особља:** Здравствени радници укључују широк спектар радника, укључујући љекаре, медицинске сестре, бабице, друго здравствено особље, стажисте, техничаре, фармацеуте, породичне љекаре, итд., као и особље управе. Не постоји консензус о оптималном броју здравствених радника и он се може разликовати од контекста до контекста. Међутим, постоји корелација између доступности здравствених радника и покривености здравствених интервенција. На примјер, присутност само једног женског здравственог радника или једног представника маргинализоване етничке групе у особљу може значајно повећати приступ жена или људи из мањинских група здравственим услугама. Неравнотежа у особљу мора се рјешавати кроз прераспоређивање и/или запошљавање здравствених радника на подручјима гдје постоје критични недостаци у односу на здравствене потребе (видјети Основни стандард 6, на стр. 75).
2. **Обука и надзор над особљем:** Здравствени радници треба да имају одговарајућу обуку, вјештине и подршку кроз надзор за њихов ниво одговорности. Организације имају обавезу да обучавају и надгледају особље како би се обезбиједило да њихова знања буду ажурирана. Обука и надзор ће бити висок приоритет поготово тамо гдје особље није имало континуирано образовање или гдје су уведени нови протоколи. Колико је то могуће, програми оспособљавања треба да буду стандардизовани и приоритети треба да буду одређени према кључним здравственим потребама и недостацима компетенција идентификованих путем надзора. Треба водити евиденцију о томе ко је кога обукао у чему, када и гдје. Те евиденције треба подијелити с одјелом људских ресурса локалних здравствених власти (видјети Основни стандард 6, на стр. 75).



Стандард 3. Здравствени системи: лијекови и медицинска роба

Људи имају приступ досљедном снабдијевању основним лијековима и потрошним материјалом.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Прегледати постојеће листе основних лијекова у земљи погођеној катастрофом у раној фази интервенције како би се утврдила њихова прикладност (видјети смјерницу 1).
- Успоставити и подржавати листу стандардизованих основних лијекова и медицинске опреме која садржи ставке које одговарају здравственим потребама и нивоу стручности здравствених радника (видјети смјернице 1–2).
- Успоставити или прилагодити ефективан систем за управљање лијековима (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити да буду доступни неопходни лијекови за лијечење уобичајених обољења.
- Прихватити медицинске донације само ако слиједе међународно признате смјернице. Не треба користити донације које не поштују ове смјернице и треба их одложити на сигуран начин.

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Ниједна здравствена институција није остала без одабраних основних лијекова дуже од седам дана и прате се залихе медицинског потрошног материјала (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Листа основних лијекова:** Већина земаља има успостављену листу основних лијекова. Када је то потребно, овај документ треба прегледати, у договору са здравственим властима у раној фази интервенције, како би се утврдила његова прикладност. Повремено, могу бити потребне промјене на листи основних лијекова, нпр. ако постоје докази о отпорности на препоручене антимикробне лијекове. Ако не постоји ажурирана листа, треба пратити смјернице Свјетске здравствене организације, нпр. Модел листе за основне лијекове СЗО. Кориштење стандардних запакованих комплета треба ограничити на ране фазе катастрофе.

2. **Медицинска опрема:** Треба бити пажљив при дефинисању листе потребне опреме доступне на различитим нивоима у здравству. То би, такође, требало да буде повезано с потребним компетенцијама особља.
3. **Управљање лијековима:** Здравствене агенције треба да успоставе ефективан систем управљања лијековима. Циљ таквог система је да осигура ефективно, економично и рационално кориштење квалитетних лијекова те складиштење и правилно одлагање лијекова којима је истекао рок. Овај систем би требало да буде заснован на четири кључна елемента циклуса за управљање лијековима: селекција, набавка, дистрибуција и кориштење.
4. Потрошни медицински материјал: Ово укључује листу основних или кључних лијекова који су одабрани за редовну процјену функционисања система управљања лијековима. Ставке које ће бити одабране као лијекови који се прате треба да буду релевантне за приоритете јавног здравља и треба да буду доступне здравственим установама у сваком тренутку. Примјери укључују амоксицилин и парацетамол.

Стандард 4. Здравствени системи: финансирање здравства

Људи имају бесплатан приступ основним здравственим услугама за све вријеме трајања катастрофе.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Идентификовати и мобилисати финансијска средства за пружање бесплатних здравствених услуга на тачки пружања тих услуга погођеном становништву за вријеме катастрофе (видјети смјерницу 1).
- Када се кроз владин систем од корисника наплаћују накнаде, треба подузети потребне мјере за њихово укидање или привремено обустављање за вријеме трајања интервенције (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити да финансијска и техничка подршка здравственом систему покрива све финансијске недостатке креиране укидањем и/или суспензијом накнада које плаћају корисници и да се систем носи с повећаним захтјевима за здравствене услуге (видјети смјерницу 1).



Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Примарне здравствене услуге се бесплатно пружају катастрофом погођеном становништву у свим државним објектима и објектима невладиних организација за вријеме трајања интервенције.

Смјернице

1. Финансирање здравства: Трошкови пружања основних здравствених услуга варирају зависно од контекста. Контекст обухвата постојећи здравствени систем, становништво погођено катастрофом и специфичне здравствене потребе које одређује катастрофа. Према Комисији за макроекономију и здравље СЗО, минимални пакет основних здравствених услуга захтијева издатке од најмање 40 US\$ по особи годишње у земљама с ниским дохотком (податак из 2008). Пружање здравствених услуга у условима катастрофа ће вјероватно изазвати веће трошкове него у стабилним условима.
2. Накнаде које плаћају корисници односе се на директна плаћања корисника на мјесту пружања услуга. Накнаде које плаћају корисници отежавају приступ здравственој њези и за резултат имају то да сиромашни и рањиве особе не траже одговарајућу здравствену заштиту увијек када је то потребно. Основни хуманитарни принцип јесте да услуге и робе које пружају хуманитарне организације треба да буду бесплатне за примаоце. У контексту у ком то није могуће, може се сматрати да давање готовине и/или бонова погођеном становништву омогућује приступ здравственим услугама (видјети Стандард 1. Осигурање хране: трансфер новца и бонова, на стр. 222). Уклањање накнада које плаћају корисници морају пратити друге мјере за подршку за здравствени систем како би он компензовао изгубљене приходе и повећано кориштење (нпр. плаћање подстицаја за здравствено особље, осигурање додатних медицинских роба и др.). Доступност и квалитет услуга морају бити под надзором након уклањања накнада које плаћају корисници.

Стандард 5. Здравствени системи: управљање здравственим информацијама

Осмишљавање и осигурање здравствених услуга проводе се на основу прикупљања, анализе, интерпретације и кориштења релевантних података о јавном здрављу.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Одлучити о кориштењу постојећег здравственог информацијског система (енг. health information system – HIS), његовој адаптацији или кориштењу алтернативних HIS-ова (видјети смјерницу 1).
- Када је то потребно, провести процјене и истраживања како би се прикупиле информације које нису доступне из HIS-а, а кључне су за одлучивање о приоритетним здравственим услугама (видјети смјерницу 2).
- Развити и/или користити стандардизоване дефиниције случаја за све болести и здравствена стања за која се подноси извјештај и обезбиједити да их користе све организације.
- Осмислити системе за надзор и рано упозорење (енг. early warning – EWARN) за детекцију епидемија као саставни дио HIS-а и надограђивати постојеће HIS-ове кад год је то могуће (видјети Стандард 3. Основне здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 354, и Додатак 2: Примјер седмичних образаца за извјештавање о надзору).
- Препознати и пријавити приоритетне болести и здравствена стања кроз HIS.
- Сви учесници треба да се договоре и користе заједничке податке, као што је број становника (видјети смјерницу 3).
- Здравствене установе и агенције треба редовно да достављају податке о надзору и остале податке о HIS-у водећој агенцији. Фреквенција тих извјештаја ће се разликовати зависно од контекста и типа података, нпр. подносиће се дневно, седмично, мјесечно.
- Конзистентно користити допунске податке из других релевантних извора, као што су истраживања, како би се интерпретирали подаци добијени мониторингом и користили за усмјеравање доношења одлука (видјети смјерницу 2).
- Предузети одговарајуће мјере за заштиту података како би се гарантовала права и безбједност појединаца и/или становништва (видјети смјерницу 4).



Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све здравствене установе и агенције водећој агенцији редовно подносе извјештај HIS у року од 48 сати од истека извјештајног периода.
- Све здравствене установе и агенције пријављују случајеве епидемија болести у року од 24 сата од појаве болести (видјети Стандард 3. Основне здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 354).
- Водећа агенција даје редовне извјештаје са информацијама о генералном здрављу, укључујући анализу и интерпретацију епидемиолошких података, као и извјештај о покривености здравственим услугама и кориштењу здравствених услуга.

Смјернице

1. Здравствени информациони систем: Систем надзора треба градити на постојећем HIS-у кад год је то могуће. У неким катастрофама може бити потребан нови или паралелни HIS. То се одређује према процјени резултата и адекватности постојећег HIS-а и информационим потребама за тренутну кризу. Током интервенције, здравствени подаци треба да укључују, али не и да се ограничавају на сљедеће:
 - смрти забиљежене у здравственим установама, укључујући смртне случајеве дјете узроста испод пет година;
 - пропорционални морталитет;
 - морталитет са специфичним узроком;
 - стопе појаве за најчешће морбидитете;
 - пропорционални морбидитет;
 - стопу искориштености здравствене установе;
 - број консултација по особљу у клиници дневно.
2. **Извори података:** При интерпретацији и кориштењу података о здравственим објектима треба узети у обзир извор информација и његова ограничења. Кориштење допунских података код доношења одлука од кључне је важности у свеобухватном HIS-у, на примјер, процјена преваленције болести или информација о понашању код тражења здравствених услуга. Остали извори података који могу побољшати анализу укључују истраживања заснована на популацији, лабораторијске извјештаје и квалитет мјерења услуга. Истраживања и процјене морају пратити међународно признат критеријум квалитета и користити стандардизоване алате и протоколе и, гдје је то могуће, треба их анализирати са партнерима.

3. **Детаљно разврставање података:** Подаци треба, колико је то могуће, да буду разврстани по полу, старости, рањивости или одређеним појединцима, дијеловима становништва који су погођени и домаћем становништву и контексту (нпр. ситуација са кампом наспрам ситуације без кампа) како би служили да се усмјери доношење одлука. Детаљно разврставање може бити тешко током раних фаза хитне ситуације. Међутим, подаци о морталитету и морбидитету треба да буду раздвојени барем за дјецу млађу од пет година. Како то вријеме и услови омогуће, треба тежити ка детаљнијем разврставању како би се откриле потенцијалне неједнакости и рањивих особа (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).
4. **Повјерљивост:** Треба подузети одговарајуће мјере опреза како би се заштитила сигурност појединаца, као и података. Особље не би без дозволе пацијента смјело да дијели информације о пацијентима с онима који нису директно укључени у његу пацијента. Посебну пажњу треба посветити особама с интелектуалним, менталним потешкоћама или сензорним оштећењима, што може компромитовати њихову способност да дају информисани пристанак. Подаци који се односе на повреде узроковане мучењем или другим кршењима људских права, укључујући сексуално злостављање, морају се пажљиво третирати. Може се размотрити да се те информације пренесу одговарајућим актерима или институцијама, ако појединац да свој пристанак (видјети Стандард 1. Здравствени системи, на стр. 330, и Принцип заштите 1, смјернице 7–12, на стр. 37).

Видјети Додатак 2 за примјер образаца за надзор морталитета, EWARN и морбидитета. Видјети Додатак 3 за формуле за израчун кључних здравствених индикатора.

Стандард 6. Здравствени системи: вођство и координација

Људи имају приступ здравственим услугама које су под координацијом више организација и сектора како би се постигао максималан ефекат.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Кад год је то могуће, обезбиједити да представници Министарства здравља воде или да су, у најмању руку, блиско укључени у координацију у здравственом сектору.



- Када министарство здравља нема потребне капацитете или није спремно да води интервенцију, мора се идентификовати алтернативна агенција с потребним капацитетом да преузме вођство у координацији у сектору здравства (видјети смјернице 1–2).
- Одржавати редовне координацијске састанке о здравству за локалне и спољне партнере на централном, унутардржавном и теренском нивоу унутар здравственог сектора, те између здравственог сектора и других сектора и одговарајућих група за мултидисциплинарске теме (видјети смјерницу 3 и Основни стандард 2, на стр. 60).
- Разјаснити и документовати конкретне одговорности и капацитете сваке здравствене агенције како би се обезбиједила оптимална покривеност становништва (видјети смјерницу 1).
- Успоставити радне групе у оквиру механизма за координацију кад год то одређена ситуација захтијева (нпр. припремљеност за избијање болести и дјеловање на њих, репродуктивно здравље).
- Редовно креирати и дистрибуисати ажуриране информације и билтене у здравственом сектору.

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Водећа агенција развила је стратешки документ за интервенцију у сектору здравства како би одредила приоритете интервенција и дефинисала улогу водеће агенције и агенција партнера на почетку хитне интервенције (видјети смјерницу 2).

Смјернице

1. **Водећа агенција за здравство:** Министарство здравља требало би да буде водећа агенција за здравство и да буде одговорно за вођење интервенције у сектору здравства. У неким ситуацијама, министарству здравља може недостајати капацитет или воља да преузме улогу вође на ефективан и непристрасан начин. У тој ситуацији, СЗО, као водећа агенција за глобални здравствени кластер, углавном преузима ту одговорност. Повремено, када и министарство здравља и СЗО немају одговарајући капацитет, може бити потребно да друга агенција координише активности. Водећа здравствена агенција требало би да обезбиједи да агенције које учествују у интервенцији координишу активности с локалним властима у здравству и да подржавају капацитете локалних здравствених система (видјети Основни стандард 2, на стр. 60).

2. **Стратегија здравственог сектора:** Важна одговорност водеће здравствене агенције је да развије свеобухватну стратегију за хитне интервенције унутар здравственог сектора. У идеалном случају би требало направити документ у којем се наводе приоритети и циљеви у здравственом сектору и стратегије за њихово постизање. Овај документ би требало да буде развијен након консултација с релевантним агенцијама и представницима заједнице, како би се осигурао што већи процес укључивања свих актера.
3. **Координацијски састанци** треба да буду усмјерени на интервенцију и да обезбиједи форум у којем се дијеле информације, идентификују и надзиру приоритети, развијају и прилагођавају заједничке здравствене стратегије, додјељују специфични задаци и у којем се договара о стандардизованим протоколима и интервенцијама. Они би требало да се користе како би се обезбиједило да сви здравствени партнери користе заједничке одреднице и друге релевантне бројеве, алате, смјернице и стандарде, кад год је то могуће. Састанци би требало да се одржавају чешће на почетку катастрофе.



2. Основне здравствене услуге

Основне здравствене услуге су превентивне здравствене услуге и здравствене услуге лијечења које су прикладне за рјешавање здравствених потреба становништва погођеног катастрофом. Оне укључују интервенције које су најефективније у превенцији и смањењу вишка морбидитета и mortalитета од заразних и незаразних болести, посљедица сукоба и догађаја са великим бројем жртава. Током катастрофа, стопа смртности може бити врло висока и идентификација главних узрока морбидитета и mortalитета је важна за израду одговарајућих основних здравствених услуга. Овај дио поглавља о здрављу даје основне стандарде здравствених услуга категоризованих у шест дијелова: контрола заразних болести, здравље дјете, сексуално и репродуктивно здравље, повреде, ментално здравље, и незаразне болести.

Стандард 1. Основне здравствене услуге: одређивање приоритетних здравствених услуга

Људи имају приступ здравственим услугама које су приоритетне за рјешавање главних узрока превеликог mortalитета и морбидитета.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Прикупљати и анализирати податке о здравственим проблемима и ризицима, у сврху усмјеравања на главне узроке превеликог mortalитета и морбидитета, у координацији с локалним здравственим властима (видјети Основни стандард 3, на стр. 63).
- Идентификовати рањиве људе (нпр. жене, дјеца, старија лица, лица с инвалидитетом, итд.), који могу бити посебно изложени ризику (видјети Принцип заштите 2, на стр. 38).
- Одредити приоритетне здравствене услуге које су прикладне,

изводљиве и ефективне за смањење превеликог морбидитета и mortalитета и проводити их у координацији с локалним здравственим властима (видјети смјерницу 1).

- Идентификовати препреке које ометају приступ приоритетним здравственим услугама и утврдити практичне начине за њихово рјешавање (видјети смјерницу 2).
- Имплементирати приоритетне здравствене услуге у координацији са свим осталим секторима и/или кластерима и мултидисциплинарним темама (видјети Основни стандард 2, на стр. 60).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Груба стопа mortalитета (CMR) одржава се на мање од двоструке основне стопе документоване за дато становништво прије катастрофе или се смањује испод исте (видјети смјерницу 3).
- Стопа смртности дјете млађе од пет година (U5MR) одржава се на мање од двоструке основне стопе документоване за дато становништво прије катастрофе или се смањује испод исте (видјети смјерницу 3).

Смјернице

1. **Приоритетне здравствене услуге** су основне здравствене услуге које су ефективне у рјешавању главних узрока превеликог mortalитета и морбидитета. Оне се разликују зависно од контекста, укључујући и врсту катастрофе и њен утицај. Колико је то могуће, приоритетне здравствене услуге треба заснивати на принципу праксе утемељене на доказима и оне треба да доносе доказану корист за јавно здравље. Након што mortalитет падне близу основног нивоа, током неког времена треба увести свеобухватнији обим здравствених услуга (видјети Основни стандард 4, на стр. 68).
2. **Приступ здравственим услугама** треба заснивати на принципима једнакости и непристрасности, обезбјеђујући тако једнак приступ према потреби и без дискриминисања. У пракси, треба организовати локацију и капацитет особља које пружа здравствене услуге како би се обезбиједили оптималан приступ и покривеност. Посебне потребе рањивих људи треба рјешавати при пројектовању здравствених услуга. Препреке приступу могу бити физичке, финансијске, бихевиоралне и/или културне, као и комуникацијске. За приступ приоритетним здравственим услугама важно је препознавање и превладавање



таквих препрека (видјети Основни стандард 3, на стр. 63, и Принцип заштите 2, на стр. 38).

3. **Општи морталитет и морталитет дјеце млађе од пет година:** CMR је најкориснији индикатор здравља за надзор и процјену озбиљности хитне ситуације. CMR који је удвостручен или виши од основног CMR указује на значајну хитну ситуацију у јавном здрављу, што захтијева тренутно дјеловање. Када је основна стопа непозната или сумњиве валидности, агенција треба да има за циљ одржавање CMR који је барем испод 1,0/10.000/дан.

U5MR је осјетљивији индикатор од CMR. Када је основна стопа непозната или сумњиве валидности, агенција треба да има за циљ одржавање U5MR барем испод 2,0/10.000/дан (видјети Додатак 3: Формула за израчун кључних здравствених индикатора).

Референтни подаци нултог стања морталитета по регијама

Регија	CMR (смрти/10.000/ дан)	CMR Праг хитне ситуације	U5MR (смрти/10.000/ дан)	U5MR Праг хитне ситуације
Супсахарска Африка	0,41	0,8	1,07	2,1
Блиски исток и Сјеверна Африка	0,16	0,3	0,27	0,5
Јужна Азија	0,22	0,4	0,46	0,9
Источна Азија и Пацифик	0,19	0,4	0,15	0,3
Латинска Америка и Кариби	0,16	0,3	0,15	0,3
Централна и Источна Европа / ЗНД* и балтичке државе	0,33	0,7	0,14	0,3
Индустријски развијене земље	0,25	0,5	0,03	0,1
Земље у развоју	0,22	0,4	0,44	0,9
Најнеразвијеније земље	0,33	0,7	0,82	1,7
Свијет	0,25	0,5	0,40	0,8

* Заједница независних држава

Извор: UNICEF, Стање дјеце у свијету 2009. (подаци из 2007)

2.1. Основне здравствене услуге – контрола заразних болести

Морбидитет и морталитет због заразних болести имају тенденцију повећања у катастрофама. У многим окружењима која су погођена сукобима, између 60 и 90 процената смртних случајева су узроковала четири главна узрока заразе: акутна респираторна инфекција, дијареја, мале богиње и маларија, на мјестима гдје је маларија ендемична. Акутна потхрањеност погоршава ове болести, а посебно код дјеце испод пет година старости. Епидемије заразних болести су далеко рјеђе повезане с природним катастрофама које настају нагло. Кад дође до избијања заразе, она је углавном повезана с факторима ризика као што су расељавање становништва, пренатрпаност, неодговарајући смјештај, мањак воде и несигурна вода, и неадекватни санитарни услови.

Стандард 1. Основне здравствене услуге – контрола заразних болести: превенција заразних болести

Људи имају приступ информацијама и услугама које су осмишљене како би се спријечиле заразне болести које најзначајније доприносе превеликом морбидитету и морталитету.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Развити и провести опште мјере превенције у сарадњи с релевантним секторима (видјети смјерницу 1).
- Провести одговарајуће методе контроле преносника болести за маларију, денга грозницу и друге болести које преносе преносници болести, зависно од локалне епидемиологије (видјети смјернице 2–3).
- Провести специфичне мјере за спречавање болести, нпр. масовну вакцинацију против малих богиња ако то буде индиковано (видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге – здравље дјеце, на стр. 360).

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Појава главних заразних болести релевантних за контекст је стабилна (не расте).



Смјернице

1. **Опште мјере превенције:** Ово укључује добро планирање локација, осигурање чисте воде и одговарајућих санитарних услова, приступ хигијенским објектима, вакцинацију против одређених болести, довољну количину хране и сигурно снабдијевање храном, контролу преносника болести и заштиту од њих, здравствену едукацију заједнице и друштвену мобилизацију. Већина тих интервенција треба да буде развијена у сарадњи с другим секторима, укључујући следеће:
 - склониште – одговарајући број склоништа и довољно простора између њих; адекватно вентилирана склоништа изолована од инсеката и смјештена далеко од стајаће воде, а довољно близу воде и санитарних објеката (видјети стандарде 1–3. Склоништа и смјештај, на стр. 276–287, и Стандард 2. Непрехранбени артикли, на стр. 302);
 - вода, санитарни услови, хигијена – довољне количине питке воде и одговарајућих санитарних објеката и промоција хигијене (видјети стандарде 1. и 2. Промовисање хигијене, на стр. 99–101; стандарде 1–3. Водоснабдијевање, на стр. 105–112; и стандарде 1. и 2. Одлагање фекалија, на стр. 114–116);
 - еколошки прихватљиви санитарни услови, сигурно управљање отпадом и контрола преносника (видјети смјернице 2–3, Стандард 4. Склоништа и смјештај, на стр. 291; стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127; Стандард 1. Управљање чврстим отпадом, на стр. 128; и Стандард 1. Дренажа, на стр. 133);
 - осигурање хране, исхрана и помоћ у храни – приступ довољној количини хране и лијечење потхрањености (видјети стандарде 1–2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 175–176; стандарде 1–3. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, на стр. 182–191; и Стандард 1. Осигурање хране, на стр. 194);
 - здравствена едукација и социјална мобилизација – развијање порука како би се обезбиједила ефективна имплементација наведених превентивних мјера.
2. **Превенција маларије:** Проведите поступке превенције маларије у складу с ризиком од инфекције, фазом хитне ситуације и мобилношћу становништва, типом склоништа и понашањем локалног преносника болести у подручју гдје је маларија ендемична. Мјере за контролу преносника болести, као што су унутрашње прскање резидуала (енг. indoor residual spraying – IRS) дјелотворним инсектицидом и дистрибуција дуготрајних мрежа третираних инсектицидом (енг.

long-lasting insecticide-treated nets – LLIN), треба да буду вођене ентомолошким процјенама и експертизом. Да би био ефикасан као мјера за контролу у заједници, IRS захтијева покривање најмање 80 процената домова. LLIN обезбјеђују дуготрајну личну заштиту и представљају уобичајен избор. Расподјела нетретираних мрежа се не препоручује (видјети Стандард 2. Непрехранбени артикли, на стр. 302, и стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).

Избор дистрибуције LLIN као приоритета за групе изложене ризику зависи од фазе катастрофе и степена преноса маларије. У раној фази катастрофе, у подручјима гдје је присутан висок до умјерен пренос маларије, приоритет треба да буду болнички пацијенти, тешко потхрањени људи и чланови њихових домаћинстава, труднице и дјеца до двије године старости. Сљедећи приоритет су лица укључена у програме допунског храњења, дјеца испод пет година старости и домаћинства са трудницама и дјецом до двије године старости. На крају, све становништво изложено ризику треба да добије LLIN. У раној фази катастрофе, у подручјима са ниским нивоом преноса, LLIN би требало користити у клиничким условима (на примјер, у резиденцијалним центрима за терапијско храњење и болницама).

3. **Превенција денга грознице:** Контрола преносника болести (ларви и одраслих инсеката) главна је метода превенције денга грознице. Контрола преносника денга грознице треба да се проводи у складу са подацима о броју случајева код људи и густини преносника болести. Треба циљати на најпродуктивније локације размножавања, које се разликују од мјеста до мјеста. У урбаним подручјима, *Aedes* комарци размножавају се у посудама за складиштење воде и другим мјестима гдје стоји вода (пластичне чаше, отпадне гуме, разбијене флаше, вазе за цвијеће и слично). Периодично пражњење и уклањање контејнера је најнеефективнији начин за смањење броја локација размножавања. Вода ускладиштена у кућама требало би да буде стално покривена, а спремнике треба темељно чистити једном седмично.

Катастрофом погођено становништво треба да добије одговарајуће спремнике за складиштење воде с поклопцем. Третман спремника одобреним ларвицидима је, такође, ефикасан начин уклањања ларви. Прскање инсектицидима је ефикасно у смањењу броја одраслих комараца. Такође, треба подстицати мјере личне заштите (видјети Стандард 2. Непрехранбени артикли, на стр. 302, и стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).



Стандард 2. Основне здравствене услуге – контрола заразних болести : дијагностиковање заразних болести и управљање случајевима болести

Људи имају приступ ефективном дијагностицирању и лијечењу за оне заразне болести које најзначајније доприносе превеликом морбидитету и морталитету који се могу спријечити.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Осмислити едукативне поруке о јавном здрављу које ће подстакнути људе да брзо траже здравствену помоћ за грозницу, кашаљ, дијареју, итд.
- Обезбиједити здравствену заштиту у свим здравственим установама првог нивоа на основу стандардних протокола управљања случајевима, односно интегрисаног управљања дјечјим болестима (енг. Integrated Management of Childhood Illnesses – IMCI) и интегрисаног управљања болестима одраслих (енг. Integrated Management of Adult Illness – IMAI), гдје се та управљања проводе, те упућивање на даљу његу за лијечење тешких болести (видјети смјерницу 1).
- Провести тријажу, дијагностику и протоколе за управљање случајевима за рано лијечење стања као што су упала плућа, маларија, дијареја, мале богиње, менингитис, потхрањеност и денга грозница и обучите особље о протоколима лијечења (видјети смјернице 2–3 и Стандард 2. Основне здравствене услуге: здравље дјеце, на стр. 362).
- Увести програме за контролу туберкулозе тек након што су испуњени признати критеријуми (видјети смјерницу 4).

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Стандардизовани протоколи управљања случајевима за дијагностицирање и лијечење уобичајених заразних болести су лако доступни и досљедно се користе (видјети смјернице 1–3 и Стандард 1. Здравствени системи, на стр. 330).

Смјернице

1. **Интегрисано управљање дјечјим болестима и интегрисано управљање болестима одраслих:** Морталитет узрокован заразним болестима може се смањити раном и тачном дијагнозом и

одговарајућим лијечењем. Кориштење IMCI и IMAI тамо гдје се исти проводе, или других националних дијагностичких алгоритама, важно је за тријажу и класификовање болести према врсти и тежини, а и за помоћ у примјени одговарајућих третмана. Знакови опасности су индикације за упућивање у болничке објекте. Стандардни протоколи управљања случајевима омогућују постављање исправне дијагнозе и рационално кориштење лијекова (видјети такође Стандард 2. Основне здравствене услуге: здравље дјете, на стр. 362).

2. **Упала плућа:** Кључ за смањење mortalитета од упале плућа је брза употреба оралних антибиотика, као што је амоксицилин, у складу с националним протоколима. Тешка упала плућа захтијева болничко лијечење и парентералну терапију.
3. **Маларија:** Приступ брзом и ефективном лијечењу јесте кључ за успјешну контролу маларије. У подручјима за која је маларија ендемична треба успоставити протокол за рану дијагнозу грознице (мање од 24 сата) и лијечење врло ефективним лијековима који се први примјењују (тзв. прва линија одбране). Комбиноване терапије на бази артемисинина (АСТ) представљају стандард за лијечење фалципарум маларије. Избор лијека треба одредити у договору с водећом здравственом агенцијом и националним програмом контроле маларије. Размислите о квалитету лијека када вршите избор добављача. По могућности, маларију треба дијагностицирати лабораторијским тестом (брзи дијагностички тест, микроскопија) прије започињања лијечења. Међутим, лијечење клиничке маларије не би требало да буде одгођено ако лабораторијска дијагностика није доступна.
4. **Контрола туберкулозе (ТВ):** Лоше provedени програми контроле туберкулозе потенцијално могу учинити више зла него добра, продужењем инфективности и доприношењем ширењу бактерија отпорних на више лијекова. Иако брига о појединачним пацијентима с туберкулозом може бити могућа у вријеме катастрофа, свеобухватни програм контроле туберкулозе треба примијенити само ако су испуњени признати критеријуми. Ти критеријуми укључују обавезу и ресурсе агенције, те обезбијеђену стабилност становништва током најмање 12–15 мјесеци и могућност испоруке доброг и квалитетног програма. Када се проводе, програми контроле туберкулозе треба да буду интегрисани с националним програмом земље у којој се проводе и да поштују стратегију директно посматране терапије кратког трајања. У акутној фази, у хитним ситуацијама, потенцијални прекид



лијечења за све хроничне болести, укључујући и туберкулозу и престанак праћења пацијената, вјероватно ће бити значајан проблем. Мора се успоставити чврста сарадња између здравствених радника и успостављених услуга националних програма за туберкулозу. То ће помоћи да људи који су већ били на терапији прије катастрофе наставе са лијечењем (видјети Стандард 1. Основне здравствене услуге: незаразне болести, на стр. 378).

Стандард 3. Основне здравствене услуге – контрола заразних болести : откривање избијања епидемија и дјеловање

За епидемије се припрема, оне се откривају, истражују и контролишу на правовремен и ефективан начин.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

Откривање

- Успоставити EWARN систем надзора (рано упозорење) и систем дјеловања на основу свеобухватне процјене ризика појаве заразних болести, као дио ширег здравственог информационог система (видјети смјерницу 1 и Стандард 5. Здравствени системи, на стр. 341).
- Обучити особље за здравствену његу и здравствене раднике у заједници да откривају и пријављују потенцијална избијања епидемија.
- Становништву пружити једноставне информације о симптомима болести које изазивају епидемије и коме се могу обратити за помоћ.

Припремљеност

- Припремити план истраге избијања епидемије и план дјеловања (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити да су доступни протоколи за истраге и контролу уобичајених епидемија, укључујући релевантне протоколе лијечења и да се дистрибуишу релевантном особљу.
- Обезбиједити резервне залихе основних материјала који су доступни за приоритетне болести или се могу брзо набавити из претходно дефинисаних извора (видјети смјерницу 3).
- Унапријед одредити локације за изолацију и лијечење инфективних пацијената, као што су нпр. центри за третман колере.

- Идентификовати лабораторију која може пружити потврду избијања епидемије, било на локалном, регионалном, националном нивоу или у некој другој земљи (видјети смјерницу 4).
- Обезбиједити да су материјали за узорковање и начини за превоз доступни на лицу мјеста за инфективне агенсе који највјероватније узрокују изненадно избијање епидемије (видјети смјерницу 5).

Контрола

- Описати избијање епидемије (вријеме, мјесто и особе), шта је довело до идентификације појединаца изложених високом ризику и прилагодите мјере контроле (видјети смјернице 6–8).
- Провести одговарајуће мјере контроле које су специфичне за болести и контекст (видјети смјерницу 9).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Писани план истраживања избијања епидемије и план дјеловања су на располагању или су развијени на почетку интервенције.
- Здравствене агенције извјештавају о избијањима епидемија на која сумњају сљедећем одговарајућем нивоу унутар здравственог система у року од 24 сата од откривања.
- Водећа здравствена агенција ће покренути истрагу о пријављеним случајевима болести које изазивају епидемије у року од 48 сата од обавјештења.
- Стопа смртности (CFR) одржава се испод прихватљивих нивоа:
 - колера – 1% или ниже;
 - шигелоза дизентерија – 1% или ниже;
 - тифус – 1% или ниже;
 - менингококни менингитис – варира, 5–15%;
 - маларија – варира, циљ је <5% болесника тешко обољелих од маларије;
 - мале богиње – различито, 2–21% пријављених у окружењу погођеном сукобом, циљ је <5% (видјети смјерницу 10).



Смјернице

1. Систем раног упозоравања за откривање избијања епидемије:

Кључни елементи таквог система ће бити и следећи:

- мрежа партнера у имплементацији;
- имплементација на нивоу свих здравствених установа и на нивоу заједнице, ако је то могуће;
- свеобухватна процјена ризика свих потенцијалних болести које изазивају епидемије;
- идентификација, на основу процјене ризика, малог броја приоритетних стања (10–12) за седмични надзор и одређени број болести за моментално издавање „упозорења“ (видјети Додатак 2: Примјер формулара седмичних извјештаја о надзору);
- јасне дефиниције случаја за сваку болест или стање на стандардном обрасцу за надзор;
- критични прагови за упозорење дефинисани за сваку приоритетну болест или стање за покретање истраге;
- комуникација, како би се обезбиједила брза обавјештења о формалним или неформалним упозорењима (гласине, медији, итд.) одговарајућим здравственим властима;
- систем за евиденцију и реаговање на непосредна упозорења;
- достављање података, унос у стандардну базу података и анализа на седмичној основи;
- повратне информације из седмичних надзора и непосредне информације о упозорењима за све партнере;
- редовни надзор, како би се осигурао квалитет података, као и правовременост и потпуност извјештавања;
- стандардни протоколи и обрасци за истраге;
- стандардне процедуре за размјене информација и почетак дјеловања на избијање епидемије.

2. Истрага избијања епидемије и план контроле: Ово мора бити припремљено уз пуно учествовање свих заинтересованих страна. Треба ријешити следећа питања:

- критеријуме према којима треба сазвати тим за контролу избијања епидемије;

- састав тима за контролу избијања епидемије;
 - специфичне улоге и одговорности организација и позиције у тиму;
 - договоре за савјетовање и размјене информација на локалном и националном нивоу;
 - ресурсе и садржаје доступни за истрагу и дјеловање на избијање болести;
 - списак потребних основних лијекова, помагала и дијагностике.
3. **Резервне залихе:** Резерве на лицу мјеста треба да садрже материјал за кориштење у реакцији на вјероватно избијање епидемије. У неким околностима могу бити потребни запаковани комплети за дијареју или колеру. Може бити непрактично на лицу мјеста држати неке резерве, као што су менингококне вакцине. За те артикле треба унапријед одредити процедуре за брзу набавку, превоз и складиштење, тако да се могу брзо набавити.
 4. **Референтне лабораторије:** Лабораторијска испитивања су корисна за потврду дијагнозе током сумње на епидемију за коју може бити индикована масовна вакцинација (нпр. менингококни менингитис) или када култура и тестирање осјетљивости на антибиотик могу утицати на одлуке о управљању случајевима (нпр. шигелоза). Треба одредити референтну лабораторију која може помоћи са софистициранијим тестирањима, било на регионалном или на међународном нивоу, нпр. код серолошке дијагностике, малих богиња, жуте грознице, денга грознице и вирусне хеморагијске грознице.
 5. **Превоз медијума и брзи тестови:** Материјали за узорковање (нпр. ректални штапићи с ватом) и транспорт медијума (нпр. Cary-Blair медијуми за колеру, шигелу, *E. coli* и салмонелу) и материјали за транспорт у „хладном ланцу“ треба да буду доступни на лицу мјеста или лако доступни. Осим тога, треба да буде доступно неколико брзих тестова који могу бити корисни у прегледу за заразне болести на терену, укључујући и маларију и менингитис.
 6. **Истрага избијања епидемије:** Десет кључних корака у истрази избијања епидемије јесу следећи:
 1. утврдити постојање избијања епидемије;
 2. потврдити дијагнозу;
 3. дефинисати случај;
 4. избројати случајеве;



5. извршити описну епидемиологију (вријеме, особе, мјесто);
6. утврдити ко је у опасности;
7. развити хипотезе, објашњавајући изложеност и болести;
8. процијенити хипотезе;
9. информисати о спознајама;
10. провести мјере контроле.

Ови кораци се не морају проводити у строгом редослиједу, а мјере контроле треба провести што је прије могуће.

7. **Потврда о постојању избијања епидемије:** Није увијек једноставно утврдити је ли епидемија присутна, а јасне дефиниције прагова избијања болести не постоје за све болести. Ипак, прагови постоје за следеће болести:

- болести за које један случај може указати на избијање епидемије: колера, мале богиње, жута грозница, хеморагијска вирусна грозница;

- болести за које треба посумњати на избијање епидемије када број случајева или смрти због болести буде већи од броја који се очекује за локацију или удвостручи у односу на претходни седмични просјек; шигелоза – у регијама гдје није ендемична и у избјегличким камповима, један случај шигелозе треба да изазове забринутост због могућег избијања епидемије;

- маларија – дефиниције зависе од ситуације; повећање броја случајева изнад онога што се очекује за одређено доба године у дефинисаној популацији у одређеном подручју може указивати на избијање епидемије. Ако нема историјских података, сигнали упозорења укључују значајно повећање случајева грозница за које се испоставило да су маларија у протекле двије седмице и све већи тренд стопе смртности током протеклих седмица;

- менингококни менингитис – у појасу менингитиса – за популацију изнад 30.000, 15 случајева/ 100.000 особа/седмично. Међутим, код високог ризика избијања епидемија (тј. без избијања епидемија током више од три године и гдје је покривеност вакцинацијом <80%), тај праг се смањује на 10 случајева/ 100.000 особа/ седмично. У популацији мањој од 30.000, избијање епидемије потврђује пет случајева у једној седмици или удвостручење броја случајева у периоду од три седмице. У кампу, два потврђена случаја у једној седмици указују на избијање епидемије;

- денга грозница – повећање случајева грозница у посљедње двије седмице који показују повећан ниво IgG (на основу упарених тестирања узастопних сера-узорака) фебрилних пацијената који су болесни 3–5 дана и који имају смањен број тромбоцита (<20.000).
8. **Реакција на избијање епидемије:** Кључне компоненте реакције на избијање епидемије јесу координација, управљање случајевима, надзор и епидемиологија, лабораторијске и посебне превентивне мјере, као што су побољшање водоснабдијевања и санитарних услова, зависно од болести и ризика преноса, друштвена мобилизација, односи с медијима и управљање информацијама, логистика и безбједност.
9. **Мјере контроле:** Мјере контроле морају бити посебно развијене како би се зауставио пренос узрочника избијања епидемије. Постојеће знање о узрочнику често може послужити за осмишљавање одговарајућих мјера контроле у одређеним ситуацијама. Уопштено, активности реакције укључују контролу извора и/или превенцију изложености (нпр. кроз побољшане изворе воде како би се спријечила колера), прекид преноса и/или превенцију инфекције (на примјер, масовна вакцинација како би се спријечила појава малих богиња или употреба LLIN како би се спријечила маларија) и модификовање имунитета (на примјер, брза дијагностика и лијечење или путем хемопрофилактике) (видјети Стандард 5. Здравствени системи, на стр. 341, стандарде 1. и 2. Снабдијевање водом, на стр. 105–108, стандарде 1. и 2. Промовисање хигијене, на стр. 99–101, и стандарде 1–3. Контрола преносника болести, на стр. 122–127).
10. **Стопа смртности (CFR):** Прихватљиви CFR за заразне болести разликује се у зависности од општег контекста, доступности здравствених услуга и квалитета и брзине управљања случајевима. Генерално, циљ је смањити CFR што је више могуће. Ако CFR прелази минималне очекиване нивое, треба одмах извршити евалуацију мјера контроле и предузети корективне мјере како би се обезбиједило да се CFR одржава на прихватљивом нивоу.



2.2. Основне здравствене услуге – здравље дјеце

Током хитних ситуација, дјеца су посебно осјетљива на повећане стопе морбидитета и морталитета. Рјешавање њихових специфичних здравствених потребе захтијева интервенције фокусиране на дјецу. Здравствене интервенције за дјецу морају укључивати оне које се баве главним узроцима превеликог морбидитета и морталитета, укључујући акутне респираторне инфекције, дијареју, мале богиње, потхрањеност и неонаталне узроке.

Стандард 1. Основне здравствене услуге – здравље дјеце: превенција болести које се могу спријечити вакцинама

Када се ситуација стабилизује, дјеца узраста од шест мјесеци до 15 година имају имунитет против малих богиња и приступ услугама рутинског проширеног програма за имунизацију (EPI).

Кључне активности (читати заједно са смјерницама):

- Направити процјену обима вакцинације против малих богиња код дјеце од девет мјесеци до 15 година на почетку интервенције, како би се утврдила опасност од избијања епидемије (видјети смјерницу 1).
- Када је покривеност вакцинацијом против малих богиња <90 посто или непозната, провести кампању масовне вакцинације против малих богиња за дјецу узраста од шест мјесеци до 15 година, укључујући и давање витамина А дјеци узраста 6–59 мјесеци (видјети смјернице 1–2).
- Обезбиједити да сва дојенчад вакцинисана на узрасту 6–9 мјесеци приме другу дозу вакцине против малих богиња након девет мјесеци (видјети смјерницу 3).
- Успоставити стални систем за мобилно или расељено становништво како би се осигурало да барем 95% придошлица у камп или заједницу на узрасту од шест мјесеци до 15 година буде вакцинисано против малих богиња.
- Чим то услови допусте, поново успоставити EPI како би се дјеца рутински вакцинисала против малих богиња и других болести које се могу спријечити вакцинацијом, а укључене су у национални план (видјети смјерницу 4).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- По завршетку кампање вакцинације против малих богиња:
 - најмање 95 процената дјеце узраста од шест мјесеци до 15 година вакцинисано је против малих богиња,
 - најмање 95 процената дјеце узраста 6–59 мјесеци добило је одговарајућу дозу витамина А.
- Барем 90 процената дјеце на узрасту од 12 мјесеци добило је три дозе DPT-а (дифтерија, пертусис и тетанус) након поновног успостављања рутинских EPI услуга, што је посредни индикатор за потпуно имунизовану дјецу.

Смјернице

1. **Покривеност вакцинацијом против малих богиња:** Одредите покривеност вакцинацијом против малих богиња у погођеној популацији кроз преглед података о покривености вакцинацијом. На основу тог прегледа, утврдите је ли обухват рутинске вакцинације против малих богиња > 90% током претходних пет година и/или, ако је кампања вакцинације против малих богиња проведена у претходних 12 мјесеци, је ли досегла > 90% дјеце узраста од девет мјесеци до пет година. Ако је покривеност вакцинацијом против малих богиња <90%, непозната или постоје сумње у вези са процјеном покривености, кампања мора бити проведена на основу претпоставке да је покривеност недовољна да би се спријечило избијање епидемије.
2. **Распон година за вакцинацију против малих богиња:** Нека старија дјеца можда нису била укључена у претходне кампање вакцинације против малих богиња и нису имала мале богиње. Та дјеца остају у опасности од малих богиња, а могу бити и као извор заразе за дојенчад и малу дјецу, која су изложена већем ризику од умирања од те болести. То је разлог зашто се вакцинација препоручује до узраста од 15 година. У окружењу са сиромашним ресурсима, можда неће бити могуће вакцинисати сву дјецу узраста од шест мјесеци до 15 година. У тим ситуацијама, приоритет треба дати дјечи узраста 6–59 мјесеци. Сва дјеца у циљној старосној групи треба да буду вакцинисана против малих богиња, без обзира на њихов претходни статус имунизације.
3. **Поновите вакцинацију против малих богиња за дјецу узраста 6–9 мјесеци:** Сва дјеца узраста 6–9 мјесеци која су примила вакцину против малих богиња требало би да добију додатну дозу вакцине против малих богиња након девет мјесеци старости, с периодом од најмање мјесец дана између двије дозе.



4. Поновно успостављање националног програма EPI (проширени програм имунизације): У исто вријеме док се припрема кампања масовне вакцинације против малих богиња, требало би да почну планови за поновно успостављање програма EPI у сарадњи с националним властима. Брзо поновно успостављање вакцинације EPI не само да директно штити дјецу од болести као што су мале богиње, дифтерија и пертусис, већ има додатну вриједност јер смањује ризик од респираторних инфекција.

Стандард 2. Основне здравствене услуге – здравље дјеце: управљање болестима новорођенчади и дјечјим болестима

Дјеца имају приступ приоритетним здравственим услугама које су осмишљене да рјешавају главне узроке морбидитета и mortalитета новорођенчади и дјеце.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Поруке здравствене едукације треба да подстакну погођена становништво да тражи рану његу за било коју болест (грозница, кашаљ, дијареја итд.) код новорођенчади. У осмишљавању порука здравствене едукације, треба узети у обзир дјецу која немају одрасле особе које се брину за њих (видјети Стандард 1. Здравствени системи, смјерница 3, на стр. 338).
- Гдје је то могуће, обезбиједити неопходну његу за новорођенчад према Интегрисаном управљању трудноћом и смјерницама за пород (IMPAC) (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити здравствену заштиту дјеци у здравственим установама првог нивоа користећи национални протокол, односно смјернице IMCI (Интегрисано управљање дјечијим болестима) тамо гдје се исте проводе и болничко лијечење за озбиљно болесну дјецу (видјети смјерницу 2).
- Успоставити стандардизовани систем процјене за хитне случајеве и тријажу у свим здравственим установама које пружају његу болесној дјеци како би се обезбиједило да дјеца са знаковима хитности добију хитно лијечење (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити да дјеци која користе здравствене услуге буде утврђен статус ухрањености и да буду упућена на прехранбене услуге (видјети стандарде 1–3. Лијечење акутне потхрањености и недостатка микронутријената, на стр. 182–191).

- Успоставити одговарајући протокол за лијечење случајева дифтерије и пертусиса у ситуацијама у којима је ризик од избијања тих болести висок (видјети смјерницу 6).
- Ставити на располагање потребне лијекове за лијечење најчешћих дјечјих болести у одговарајућим дозама и облицима.

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Сва дјеца до пет година старости која имају маларију добила су ефективан третман против маларије у року од 24 сата од почетка симптома (видјети Стандард 2. Основне здравствене услуге: контрола заразних болести, на стр. 352).
- Сва дјеца до пет година старости која имају дијареју примила су оралне соли за рехидрацију (ORS) и суплемент цинка (видјети смјерницу 3).
- Сва дјеца до пет година старости која се пријављују с упалом плућа добила су одговарајуће антибиотике (видјети смјерницу 5).

Смјернице

1. **Њега новорођенчади:** Сва новорођенчад би, у идеалном случају, требало да добију стручну помоћ при рођењу (по могућности у здравственој установи). Новорођенчад треба утоплити, одмах и искључиво дојити. Сву новорођенчад треба процијенити како би се видјело имају ли било какве проблеме, а посебно потешкоће са храњењем. Прегледом болесне новорођенчади треба утврдити да ли имају сепсу и локалне инфекције.
2. **Интегрисано управљање дјечјим болестима (IMCI):** IMCI је интегрисани приступ здрављу дјеце који се фокусира на његу дјеце млађе од пет година на нивоу примарне здравствене заштите. Тамо гдје је IMCI развијен у земљи и постоје адаптиране клиничке смјернице, ове смјернице треба, по могућности, да буду укључене у стандардизоване протоколе, а здравствени стручњаци треба да буду обучени на одговарајући начин.
3. **Тријажа:** IMCI и смјернице за упућивање на његу могу се побољшати када се користе у комбинацији с брзом тријажом и лијечењем. Тријажа је разврставање пацијената у приоритетне групе према њиховим медицинским потребама, расположивим ресурсима и њиховим шансама за преживљавање. Клиничко особље укључено у његу болесне дјеце треба да буде обучено за кориштење смјерница хитне тријаже, процјене и лијечења (ETAT) за провођење брзе процјене.



4. **Управљање дијарејом:** Дјеца с дијарејом морају бити лијечена ORS-ом (оралним уносом соли) ниског осмолалитета и морају примати суплементе цинка. ORS ниског осмолалитета скраћује трајање дијареје и смањује потребу за интравенском течности.
5. **Третман упале плућа:** Треба процијенити да ли дјеца која кашљу имају брзо и/или отежано дисање и увученост прса. Дјеца са брзим и/или отежаним дисањем треба да приме одговарајући орални антибиотик, а ону с увученим прсима треба упутити у болницу.
6. **Епидемија пертусиса (хрипавца) или дифтерије:** Епидемије пертусиса су уобичајене у ситуацијама расељавања становништва. Кампања вакцинације као реакција на епидемије пертусиса обично се избјегава због забринутости око нуспојава међу старијим примаоцима DPT (дифтерија, тетанус и пертусиса) вакцине са цијелим ћелијама. Међутим, избегање епидемије се може користити за рјешавање недостатака рутинске имунизације. Поступање у оваквим случајевима укључује антибиотску терапију и рани профилактички третман чланова домаћинства у којима се налази дијете или трудница. Епидемије дифтерије су рјеђе, али су код пренатрпаности увијек пријетња у популацији с ниским имунитетом на дифтерију. Као реакција на избегање епидемије дифтерије у камповима проводи се масовна кампања вакцинације с три одвојене дозе вакцина. Поступање укључује давање антитоксина и антибиотика.

2.3. Основне здравствене услуге – сексуално и репродуктивно здравље

Сви појединци, укључујући и оне који живе у катастрофом погођеним подручјима, имају право на репродуктивно здравље (енг. reproductive health – RH). Да би остварили то право, чланови погођене популације морају имати приступ свеобухватним информацијама о репродуктивном здрављу и услугама како би могли донијети слободне и на информацијама засноване одлуке. Квалитет услуга репродуктивног здравља мора се заснивати на потребама погођеног становништва. Услуге које се тичу репродуктивног здравља морају поштовати вјерска увјерења, етичке вриједности и културу заједнице, те бити у складу с универзално признатим међународним стандардима људских права.

Стандард 1. Основне здравствене услуге – сексуално и репродуктивно здравље: репродуктивно здравље

Људи имају приступ приоритетним здравственим услугама за репродуктивно здравље у оквиру Минималног основног пакета услуга (енг. Minimum Initial Service Package – MISP) приликом почетка хитне ситуације те приступ свим услугама за репродуктивно здравље када се ситуација стабилизује.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Препознати водећу агенцију за репродуктивно здравље у здравственом сектору или кластеру како би се олакшала координација и имплементација MISP и обезбиједило да службеник за репродуктивно здравље (предложен од стране водеће агенције за репродуктивно здравље) буде постављен и да функционише унутар здравственог сектора или кластера (видјети смјерницу 1).
- Провести мјере за смањење ризика од сексуалног насиља, у координацији с другим релевантним секторима или кластерима (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити услуге за клиничку обраду случајева сексуалног насиља, укључујући приступ подршци за ментално здравље, психо-социјалној подршци и правној помоћи (видјети смјерницу 3 и Принцип заштите 2, смјерницу 7, на стр. 39).
- Успоставити минимални скуп услуга за превенцију HIV-а, те лијечење, његу и подршку како би се смањио пренос HIV-а (видјети Основне здравствене услуге – Стандард 2. Сексуално и репродуктивно здравље, на стр. 369).
- Обезбиједити да су хитне услуге за случајеве порођа и њега новорођенчади расположиве и доступне, укључујући следеће:
 - у домовима здравља – квалификоване бабице и материјали за нормалне порође и основно управљање хитним породима и компликацијама код новорођенчади; основна хитна њега код порођа (енг. basic emergency obstetric care – BEmOC) и њега за новорођенче;
 - код болница којима се упућују случајеви – вјешто медицинско особље и материјали за свеобухватно управљање компликацијама током порођа и компликацијама код новорођенчади; свеобухватна хитна њега код порођа (енг. comprehensive emergency obstetric care – CEmOC) и њега за новорођенче;



- комуникациони и транспортни систем за управљање хитним случајевима код породе и код новорођенчади успостављен је и функционише 24 сата на дан, седам дана у седмици, од центра у заједници до здравствених центара и између центара и болнице којој се упућују случајеви (видјети смјерницу 4).

- Обезбиједити чисте комплете за пород за жене у поодмаклој трудноћи и бабице за чисте кућне породе, када је приступ стручним здравственим услугама и здравственим установама немогућ (видјети смјерницу 4).
- Информисати становништво о предностима и доступности клиничких услуга за оне који су преживјели сексуално насиље и о систему за хитно упућивање код компликација у трудноћи и на порођају (видјети смјернице 3–4).
- Обезбиједити да су уобичајене контрацепцијске методе доступне и да задовољавају потражњу (видјети смјерницу 2).
- Планирати да се имплементирају свеобухватне услуге у области репродуктивног здравља као интегрисане у примарну здравствену заштиту, у најкраћем могућем року (видјети смјерницу 1).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- На основу националних протокола или протокола Свјетске здравствене организације. Све здравствене установе имају обучено особље, довољне залихе и опрему за клиничко управљање случајевима особа које су преживјеле силовање.
- Све труднице добијају чисте комплете за пород у трећем тромјесечју трудноће.
- Постоје најмање четири здравствене установе с ВЕтОС и његом за новорођенчад/ 500.000 становника.
- Постоји барем једна здравствена установа са СЕтОС и његом за новорођенчад/ 500.000 становника.
- Удио породе путем царског реза није мањи од 5% или већи од 15% (видјети смјерницу 4).

Смјернице

1. **Минимални почетни пакет услуга (MISP):** MISP дефинише услуге које су најважније за спречавање морбидитета везаног за репродуктивно здравље и морталитета међу женама, мушкарцима и адолесцентима

у ситуацијама катастрофа. Он садржи координисани комплет приоритетних услуга у области репродуктивног здравља које се морају проводити истовремено како би се спријечиле и уклониле посљедице сексуалног насиља, смањио пренос HIV-а, превелик морбидитет и морталитет мајки и новорођенчади и како би се започело планирање за свеобухватне услуге у области репродуктивног здравља чим се ситуација стабилизује.

Планирање за интеграцију квалитетних свеобухватних активности у области репродуктивног здравља у примарној здравственој заштити на почетку хитне ситуације неопходно је како би се обезбиједио континуитет њега. Свеобухватна њега у области репродуктивног здравља укључује надоградњу постојећих услуга, додавање услуга које недостају и побољшање квалитета услуга.

2. **Материјали за репродуктивно здравље:** Потрошни материјал за MISIP мора се дистрибуисати и ускладиштити како би се избјегло кашњење у испоруци ових производа важних за становништво. Међуагенцијски здравствени комплет за хитне ситуације обухвата ограничену количину лијекова за профилаксу пацијента након излагања, магнезијум-сулфат и инструменте и лијекове за његу коју пружају бабице, али не и све потрошне материјале потребне за MISIP. Међуагенцијски комплети за репродуктивно здравље, које је развила Интерагенцијска радна група за репродуктивно здравље у катастрофи, садрже лијекове и потрошни материјал за период од три мјесеца.
3. **Сексуално насиље:** Сви актери у дјеловању у ситуацијама катастрофа морају бити свјесни опасности од сексуалног насиља, укључујући сексуално искориштавање и злостављање од стране хуманитарних радника и морају радити на томе да се то насиље спријечи и да се реагује на њега. Укупни подаци о пријављеним инцидентима морају бити састављени на сигуран и етички начин и морају бити подијељени са другима како би се пружиле информације за напоре превенције и дјеловања. Треба пратити учесталост сексуалног насиља. Морају бити успостављене мјере за помоћ преживјелима у свим здравственим установама примарног нивоа и исте морају укључивати стручно особље које ће пружити клиничко управљање које обједињује хитну контрацепцију, профилаксу након излагања вирусу како би се спријечио HIV, лијечење вјероватних полно преносивих инфекција (енг. sexually transmitted infections – STI), његу рана, превенцију тетануса и превенцију хепатитиса В. Употреба хитне контрацепције је лични избор који могу одабрати само жене. Женама треба понудити



објективно савјетовање како би се постигле одлуке засноване на информацијама. Они који су преживјели сексуално насиље треба да добију подршку да траже клиничку његу и треба да буду упућени на клиничку његу и добију приступ подршци за ментално здравље и психо-социјалној подршци.

На захтјев преживјеле особе, особље за заштиту треба да пружи заштиту и правну подршку. Сви прегледи и лијечење треба да буду урађени само уз пристанак преживјеле особе. Повјерљивост је битна у свим фазама (видјети Стандард 5. Здравствени системи, смјерница 4, на стр. 341, и Принцип заштите 1, смјернице 7–12, на стр. 37).

4. **Хитна њега при порођу и њега новорођенчади:** Око 4% катастрофом погођеног становништва јесу труднице. Око 15% свих трудница доживјеће непредвидљиве порођајне компликације током трудноће или у тренутку порођаја, што ће захтијевати хитну порођајну његу, а 5–15% свих порођаја ће захтијевати операцију, као што је царски рез. Како би се спријечио превелик морталитет и морбидитет мајки и новорођенчади услед компликација, у свим основним здравственим установама треба да буду доступне вјеште бабице код свих порођаја, као и ВЕмОС и неонатално оживљавање.

ВЕмОС функције укључују парентералне антибиотике, парентералне утеротоничне лијекове (окситоцин), парентералне антиконвулзиве (магнезијум-сулфат), ручно уклањање задржаних производа зачећа употребом одговарајућих технологија, ручно уклањање постељице, вагинални пород уз помоћ (пород уз вакуум или форцепс) и реанимацију мајке и новорођенчета. СЕмОС функције укључују све интервенције у ВЕмОС-у, као и операције у општој анестезији (царски рез, лапаротомија) и рационалне и безбједне трансфузије крви.

Систем упућивања треба да обезбиједи да се жене или новорођенчад упућују на његу и имају средства за путовање до и од примарне здравствене установе с ВЕмОС-ом и његом новорођенчади, те болнице с СЕмОС-ом и услугама њега новорођенчади.

Стандард 2. Основне здравствене услуге – сексуално и репродуктивно здравље: HIV и AIDS

Људи имају приступ минималном скупу превенције HIV-а, лијечења, његе и услугама подршке током катастрофа.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Утврдити стандардне мјере опреза и безбједне поступке одлагања отпада у свим ситуацијама у здравству (видјети смјерницу 2 и Стандард 1. Здравствени системи, смјернице 10–11, на стр. 334–335).
- Успоставити и пратити сигурно снабдијевање крвљу и рационално кориштење трансфузије крви (видјети смјерницу 2 и Стандард 1. Здравствени системи, смјерница 5, на стр. 332).
- Обезбиједити приступ квалитетним бесплатним мушким и женским кондомима, укључујући и информације о правилном кориштењу кондома.
- Обезбиједити да здравствене установе осигуравају лијечење свих пацијената који показују симптоме полно преносивих инфекција.
- Побринут се да се услуге профилаксе (енг. post-exposure prophylaxis – PEP) пружају појединцима у року од 72 сата од инцидента потенцијалне изложености HIV-у (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити информације у приступачним форматима и едукацију о превенцији HIV-а општој јавности и високоризичним групама (нпр. проституткама).
- Обезбиједити заштиту од преноса HIV-а са мајке на дијете (енг. prevention of mother-to-child transmission – PMTCT) омогућавањем приступа контрацептивима, те чистог и сигурног порода дјетета (укључујући хитну његу за породе) и пружањем антиретровирусних (ARV) лијекова (видјети смјерницу 4).
- Обезбиједити лијечење, његу и подршку за бебе које су родиле мајке за које се зна да су HIV позитивне, укључујући усмјеравање и савјетовање о исхрани дојенчади (видјети Стандард 2. Исхрана дојенчади и мале дјеце, на стр. 176).
- Обезбиједити да особе које живе с HIV-ом (PLHIV) примају здравствену заштиту, укључујући котримоксазол профилаксу везану уз HIV-инфекције.
- Обезбиједити да људи који су претходно примали антиретровирусну терапију (ART) наставе са примањем третмана (видјети смјерницу 4).



- Успоставити везе између програма за HIV и програма за туберкулозу тамо гдје исти постоје.
- Обезбиједити да људи с већим ризиком изложености HIV-у имају приступ интервенцијама превенције HIV-а за сексуални пренос HIV-а и приступ чистим шприцама и иглама за познате интравенске кориснике дрога, тамо гдје већ постоје ове услуге.
- Покренути планове да се прошири палета услуга контроле HIV-а у фази након катастрофе (видјети смјерницу 1).

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Људи с највећим ризиком изложености HIV-у потенцијални су кандидати програма превенције од HIV-а.
- Труднице за које се зна да су HIV позитивне добиле су ARV лијекове за РМТСТ.
- 100% крви за трансфузију подвргава се прегледима за трансфузијом преносиве инфекције, укључујући HIV.
- Појединци који су потенцијално изложени HIV-у (професионална изложеност у здравственом окружењу и непрофесионална изложеност) примају PEP (профилакса пост-изложености) у року од 72 сата од инцидента.
- Све примарне здравствене установе имају антимикробну терапију како би обезбиједиле лијечење пацијената који показују симптоме STI.

Смјернице

1. **Контрола HIV-а:** Минимални скуп превенције, лијечења, његе и подршке за HIV, описан у кључним активностима овог стандарда, састоји се од радњи које здравствени сектор мора да подузме како би спријечио пренос HIV-а и како би пружио његу и подршку људима који живе с HIV-ом. Оне би требало да буду имплементиране у раним фазама било каквог дјеловања у ситуацијама катастрофа.
2. **Превенција преноса HIV-а у здравственом окружењу:** Превенција преноса HIV-а у здравственом окружењу (нпр. болнице, амбуланте, кампање вакцинације) јесте приоритет у раним фазама интервенције. Основни поступци обезбјеђују примјену стандардних мјера опреза, успостављање сигурне и рационалне праксе за трансфузију крви и правилно одлагање медицинског отпада (видјети Стандард 1. Здравствени системи, смјернице 5, 10–11, на стр. 334–335).

3. **Профилактика након излагања (PEP):** PEP за спречавање заразе HIV-ом укључује савјетовање, процјену ризика изложености HIV-у, информисани пристанак, процјену извора и давање ARV лијекова. Међутим, PEP не би требало дати особама за које се зна да су HIV позитивне; а савјетовање и тестирање не би смјели бити обавезни нити би давање PEP требало бити одгођено док се чекају резултати теста.
4. **Антиретровирусни лијекови:** Давање ARV за PMTCT, PEP и дугорочна ART у ситуацијама катастрофе су изводљиви. Наставак ART за оне који су већ користили терапију прије катастрофе мора се сматрати приоритетом током дјеловања у ситуацији катастрофе. Труднице које су већ примале ART треба да наставе узимање ARV без прекида. Труднице за које се зна да су HIV позитивне требало би да добију ARV за PMTCT према националном протоколу, гдје је то могуће.

Напомена

Caritas Internationalis и његови чланови не промовишу кориштење или дистрибуисање било ког облика вјештачке контроле рађања.

2.4. Основне здравствене услуге – повреде

Повреде су обично главни узрок превеликог морталитета и морбидитета након природних катастрофа које настају нагло, као што су нпр. земљотреси. Многе природне катастрофе које настају нагло јесу догађаји с великим бројем жртава, што значи да више људи постану пацијенти него што су локално расположиви ресурси у стању да збрину помоћу уобичајених поступака. Повреде због физичког насиља су такође повезане са сложеним хитним ситуацијама. Током оружаног сукоба, на примјер, већина смртних случајева везаних за трауме јавља се у несигурним подручјима далеко од здравствених установа и стога се обично не могу спријечити медицинском његом. Потребне су интервенције које имају за циљ да спријече смрти проузроковане овим ситуацијама код цивилног становништва (видјети Принцип заштите 2, смјернице 1–5, на стр. 38–39).



Стандард 1. Основне здравствене услуге – повреде: збрињавање повреда

Људи имају приступ ефективној њези за повреде током катастрофа како би се спријечио морбидитет, морталитет и инвалидитет који се могу избјећи.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Обезбиједити да локални здравствени радници и они који координишу интервенцијом у здравственом сектору буду упознати с управљањем ситуацијама са масовним жртвама (видјети смјерницу 1).
- Успоставити стандардизовани систем тријаже код ситуација с масовним жртвама с јасним смјерницама за процјену, одређивање приоритета, основну реанимацију и упућивање (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити да здравствени радници разумију основне принципе и вјештине за пружање прве помоћи и основне реанимације (видјети смјерницу 2).
- Обезбиједити да локални здравствени радници буду упознати с основним принципима обраде рана (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити вакцину за тетанус која садржи токсоид за особе са прљавим ранама и оне који су укључени у операције спашавања или чишћења (видјети смјерницу 4).
- Успоставити стандардизоване протоколе за упућивање повријеђених пацијената на напредну његу, укључујући операције и постоперативни третман (видјети смјерницу 5).
- Обезбиједити да финалне услуге трауматологије и хируршке услуге, као и рехабилитацију након трауме и операција пружају само организације с одговарајућом експертизом и ресурсима (видјети смјерницу 5).
- Обезбиједити да стандардна помагала и помагала за кретање (нпр. инвалидска колица, штаке) буду доступна повријеђеним пацијентима и лицима с инвалидитетом што је прије могуће те да се та помагала могу поправити на локалном нивоу (видјети смјерницу 6).

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Све здравствене установе имају обучено особље и системе за рад са повећаним бројем жртава.

Смјернице

1. **Тријажа:** Тријажа је процес категоризације пацијената према тежини њихових повреда или болести, а и процес одређивања приоритета за лијечење у складу с расположивим ресурсима и шансама за преживљавање пацијената. Код догађаја са великим бројем жртава, они с тешким, по живот опасним повредама могу добити нижи ниво приоритета од оних с повредама које је лакше преживјети. Не постоји стандардизовани систем тријаже и неколико таквих система су у употреби широм свијета. Најчешћа класификација користи систем кода са четири боје: црвена за високи приоритет, жута за средњи приоритет, зелена се користи за амбулантне пацијенте и црна за преминуле.
2. **Прва помоћ и основна медицинска њега:** Критични поступци укључују обнављање и одржавање дисања, што може захтијевати чишћење и заштиту дисајних путева, уз контролу крварења и давање интравенских текућина када је то потребно. Ти поступци могу помоћи да се стабилизују особе изложене повредама које су пријетња по живот, prije трансфера у центар за упућивање, и могу значајно повећати њихове шансе за преживљавање, чак и код тешких повреда. Остали неоперативни поступци су једнако важни, а ти су, на примјер, чишћење и обрада рана и давање антибиотика и профилаксе за тетанус.
3. **Збрињавање рана:** Код већине катастрофа, многи пацијенти ће доћи на његу више од шест сати након повреде. Одгођено приступање њези увелико повећава ризик од ране инфекције и слаби спречавање превеликог морталитета. Дакле, кључно је да су локални здравствени радници упознати с одговарајућим принципима и протоколима за спречавање инфекција рана и збрињавање инфицираних рана, што укључује и одгођено примарно затварање и чишћење рана и хируршко одстрањивање страног материјала и мртвог ткива.
4. **Тетанус:** Ризик од тетануса може бити релативно висок код природних катастрофа које настају нагло и у којима обично настаје велики број повреда и трауматских случајева. Иако се масовна имунизација за тетанус не препоручује, вакцина која садржи тетанус тохрид (DT или TD – вакцине за дифтерију и тетанус, или DPT, зависно од старости и историје вакцинације) препоручује се за оне са прљавим ранама и за оне који су укључени у операције спашавања и чишћења које их доводе у опасност. Појединци с прљавим ранама који раније нису били вакцинисани против тетануса треба да приме дозу имуноглобулина тетануса (TIG), ако је иста доступна.



5. **Трауматолошка и хируршка нега:** Оперативна трауматолошка нега и ратна хирургија спашавају животе и спречавају дугорочну инвалидност и захтијевају посебну обуку и ресурсе које има мало организација. Неодговарајућа или неадекватна операција може учинити више зла него да се не ради ништа. Штавише, хирургија без било какве непосредне рехабилитације може довести до потпуног неуспјеха обнављања функционалних способности пацијента. Зато само организације и стручњаци с релевантном експертизом могу успостављати ове услуге, које спашавају животе и спречавају инвалидност.
6. **Постоперативна рехабилитација за трауматолошке повреде:** Рана рехабилитација може увелико повећати могућност преживљавања и побољшати квалитет живота оних који су преживјели повреде. Пацијентима којима су потребна помагала (као што су протезе и уређаји за мобилност) такође ће бити потребна физичка рехабилитација. Гдје је то могуће, партнерство с програмима рехабилитације у заједници може оптимизовати постоперативну негу и рехабилитацију за преживјеле са повредама.

2.5. Основне здравствене услуге – ментално здравље

Ментално здравље и психо-социјални проблеми јављају се у свим хуманитарним окружењима. Ужаси, губици, несигурност и бројни други фактори стреса повезани са сукобима и другим катастрофама излажу људе повећаном ризику од различитих друштвених, бихевиоралних, психолошких и психијатријских проблема. Ментално здравље и психо-социјална подршка укључују мултисекторску подршку (видјети дијаграм „Пирамида интервенција“ у наставку). Оваква подршка захтијева координисану имплементацију која укључује радне групе више сектора и више кластера. Стандард менталног здравља наведен у наставку фокусира се на активности здравствених актера. Читаоци треба да погледају Основни стандард 1, на стр. 57, и Принцип заштите 3, на стр. 40.

Стандард 1. Основне здравствене услуге: ментално здравље

Људи имају приступ здравственим услугама за спречавање проблема који се тичу менталног здравља и са тим повезаног отежаног функционисања.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Обезбиједити да се развију локалне интервенције на основу идентификованих потреба и ресурса.
- Омогућити члановима заједнице, укључујући маргинализоване особе, да ојачају самопомоћ у заједници и социјалну подршку (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити да радници у заједници, укључујући волонтере и особље здравствених установа, нуде психолошку прву помоћ људима с акутним проблемима након излагања екстремном стресу (видјети смјерницу 2).
- Побринуту се да постоји барем један члан особља у свакој здравственој установи који ради са различитим озбиљним менталним проблемима код одраслих и дјеце (видјети смјерницу 3).
- Обезбиједити сигурност и основне потребе и права особа с проблемима који се тичу менталног здравља у институцијама (видјети смјерницу 4).
- Смањити штету која се јавља у вези с алкохолом и дрогама.
- У склопу раног опоравка, иницирати планове за развој одрживог система менталног здравља заједнице (видјети смјерницу 5).

Кључни индикатор (читати заједно са смјерницама)

- Све здравствене установе имају обучено особље и системе за управљање проблемима менталног здравља.

Смјернице

1. **Подршка самопомоћи у заједници и друштвена подршка:** Самопомоћ у заједници и друштвена подршка чине кључни елемент цјелокупног менталног здравља и психо-социјалну мултисекторску подршку (видјети дијаграм у наставку) (видјети Основни стандард 1, на стр. 57, и Принцип заштите 4, смјернице 9–13, на стр. 45, и Принцип заштите 3, смјерница 15, на стр. 43). Здравствене организације често



запошљавају или ангажују раднике у заједници и волонтере који могу омогућити члановима заједнице, укључујући и маргинализоване особе, повећање самопомоћи и социјалне подршке.

Пирамида интервенције



Извор: Међуагенцијски управни одбор Референтне групе за ментално здравље и психо-социјалну подршку, 2010.

- 2. Психолошка прва помоћ:** Акутна анксиозност након излагања екстремним стресовима (нпр. трауматским догађајима) најбоље се рјешава уз праћење принципа психолошке прве помоћи, која се често погрешно доживљава као клиничка интервенција. У ствари, то је хумана, подржавајућа реакција усмјерена на друго људско биће које пати и којем је можда потребна помоћ. То укључује основну, ненаметљиву прагматичну његу с нагласком на слушање, али без инсистирања на разговору, а укључује и процјену потреба и проблема, и омогућавање да се испуне основне потребе, подстичући друштвену подршку од важних особа и заштиту од даљег насиља. Психолошки разговор (тј. разговор о проблему уз подстицање особе да кратко, али систематски преприча перцепције, мисли и емоционалне реакције које је искусила током недавног стресног догађаја) у најбољем случају је неефективно и не би га требало примјењивати. Исто тако, треба избјежавати бензодиазепине у управљању акутним стресом, јер они могу ометати природни опоравак.

3. **Основна њега менталног здравља:** Проблеми менталног здравља код људи могу бити изазвани хитним ситуацијама, те могу бити већ постојећи или обоје. Људи с тешким менталним проблемима треба да имају приступ мрежи социјалне подршке у заједници, као и клиничкој његи путем доступних здравствених услуга (нпр. у општим болницама, амбулантама примарне здравствене заштите и слично). Организовање основне клиничке његи менталног здравља обично укључује било организовање брзе обуке и надзор над општим здравственим особљем или укључивање стручњака за ментално здравље у клинике. Треба да буду доступни основни психотропици и антиепилептици. Појединци који су примали терапију за ментално здравље прије катастрофе треба да имају приступ континуираном лијечењу.
4. **Људи у институцијама:** Душевне болнице и домове за особе с тешким психичким проблемима треба редовно посјеђивати, а посебно на почетку катастрофе, јер је ризик од тешког запуштања или злостављања људи у установама изузетно висок. Безбједност, основне физичке потребе (вода, храна, склониште, санитарни услови и медицинска њега), надзор над поштовањем људских права и основна психијатријска и психо-социјална њега морају се пружати током цијеле кризе.
5. **Рани опоравак:** Пошто хуманитарне кризе повећавају стопу широког спектра психичких поремећаја, треба иницирати планове за развој система за ментално здравље како би се повећала ефективна покривеност здравственим услугама које се тичу менталног здравља широм захваћених подручја (видјети Основни стандард 4, на стр. 68).

2.6. Основне здравствене услуге – незаразне болести

Старење становништва и продужавање очекиваног трајања живота помјерили су профиле болести са заразних на незаразне болести (енг. non-communicable diseases – NCD) у многим земљама, укључујући земље с ниским и средњим примацима. Као резултат тога, расте важност NCD као главног здравственог проблема који се тиче јавног здравља у ситуацијама катастрофа. Раст појављивања здравствених проблема због погоршања постојећих хроничних здравствених стања постало је заједничка карактеристика многих катастрофа.



Стандард 1. Основне здравствене услуге: незаразне болести

Људи имају приступ основним терапијама за смањење морбидитета и морталитета због акутних компликација или погоршања њихових хроничних здравствених стања.

Кључне активности (читати заједно са смјерницама)

- Процијенити и документовати присуство NCD и подијелити те податке с организацијама које учествују у интервенцији (видјети смјерницу 1).
- Обезбиједити идентификацију особа с NCD које су примале терапију прије хитне ситуације и обезбиједити да наставе с том терапијом. Избјежавати нагло прекидање лијечења.
- Обезбиједити да особе с акутним компликацијама и погоршаним NCD које представљају пријетњу за њихов живот (нпр. срчане болести, тешка хипертензија) и појединци који осјећају болове (нпр. бол због узнатредовалога рака) примају одговарајућу терапију.
- У ситуацијама гдје су третмани за NCD недоступни, утврдити јасне стандардне оперативне поступке за упућивање.
- Обезбиједити да основна дијагностичка опрема, основни лабораторијски тестови и лијекови за рутинско текуће управљање NCD буду доступни путем система примарне здравствене заштите. Ови лијекови морају бити наведени на листи основних лијекова.
- Обезбиједити да помагала (нпр. помагала за ходање) буду на располагању за особе с тешкоћама у кретању или комуникацији.

Кључни индикатори (читати заједно са смјерницама)

- Све примарне здравствене установе имају јасне стандардне оперативне поступке за упућивање пацијената с NCD у објекте за секундарну и терцијарну његу.
- Све примарне здравствене установе имају одговарајуће лијекове за наставак лијечења за особе с NCD које су примале терапију прије хитне ситуације.

Смјернице

1. **Незаразне болести** укључују болести срца, мождани удар, хипертензију, хронично затајење бубрега, бронхијалну астму, хронично

затајење бубрега које чини особу зависном од дијализе, дијабетес који захтијева инсулинску терапију, и епилепсију. Појединци с хроничним медицинским стањима су током хитних ситуација посебно осјетљиви на погоршање свог стања или компликације као што су секундарне инфекције, те су у опасности када се прекида лијечење. Клиничка стабилизација и одржавање терапије треба да буду окосница дјеловања здравственог сектора у хуманитарном окружењу.

Људима с NCD треба дуготрајно лијечење и праћење. Рутинско текуће управљање NCD требало би да буде доступно путем система примарне здравствене заштите, помоћу лијекова с листе основних лијекова. Уопштено, не препоручује се увођење нових терапијских режима или програма за управљање хроничним здравственим условима током пружања помоћи, а поготово ако је за режим или програм мало вјероватно да ће се наставити након фазе хитне ситуације.



Додатак 1.

Контролна листа за процјену здравља

Припрема

- Прибавити доступне информације о катастрофом погођеном становништву.
- Прибавити доступне карте и фотографије из ваздуха.
- Прибавити демографске и здравствене податке.

Безбједност и приступ

- Утврдити постојање текућих природних катастрофа или катастрофа које су изазвали људи.
- Утврдити укупну безбједносну ситуацију, укључујући и присуство оружаних снага.
- Утврдити приступ који хуманитарне организације имају катастрофом погођеном становништву.

Демографија и друштвена структура

- Одредити укупну величину катастрофом погођене популације те анализу становништва по старости и полу.
- Идентификовати групе с повећаним ризиком, нпр. жене, дјецу, старија лица и лица с инвалидитетом.
- Одредити просјечну величину домаћинства и процијенити број домаћинстава која воде жене или дјеца.
- Одредити постојећу друштвену структуру, укључујући и положаје власти и/или утицаја.

Информације о здравственом историјату

- Идентификовати здравствене проблеме који су у подручју погођеном катастрофом постојали прије катастрофе.
- Идентификовати здравствене проблеме које су избјеглице већ имале у земљи поријекла (подручју поријекла за интерно расељена лица).
- Идентификовати постојеће ризике за здравље, нпр. потенцијалне заразне болести.
- Идентификовати претходне изворе здравствене заштите.

- Анализирати перформансе функција здравственог система.

Стопе морталитета

- Израчунати грубу стопу морталитета.
- Израчунати стопу морталитета по старости (нпр. морталитет дјеце млађе од пет година).
- Израчунати стопу морталитета по специфичном узроку.
- Израчунати пропорционалну стопу морталитета.

Стопе морбидитета

- Одредити инциденцију главних болести које су од значаја за јавно здравље.
- Одредити стопе инциденције главних болести специфичних за одређени пол или старост, гдје је то могуће.

Доступни извори

- Одредити капацитет министарства здравља земље погођене катастрофом.
- Одредити статус националних здравствених установа, укључујући и укупан број по врсти њега коју пружају, стању и приступачности установе. Одредити број здравственог особља које је на располагању и његове вјештине.
- Одредити доступне здравствене буџете и механизам финансирања.
- Одредити капацитет и функционално стање постојећих јавноздравствених програма, нпр. проширеног програма имунизације.
- Одредити расположивост стандардизованих протокола, основних лијекова, помагала и логистичких система.
- Одредити статус постојећих система упућивања болесника.
- Одредити ниво утицаја животне средине у здравственим установама.
- Одредити статус постојећег здравственог информационог система.

Подаци из осталих релевантних сектора

- Нутритивни статус
- Храна и осигурање хране
- Услови животне средине
- Склониште – квалитет склоништа
- Образовање – образовање о здрављу и хигијени



Додатак 2.

Примјер формулара седмичног извјештаја о надзору

Образац за праћење морталитета 1*

Локација:.....

Датум од понедељка:..... до недјеље:.....

Укупан број становника на почетку ове седмице:.....

Рођени ове седмице:..... Умрли ове седмице:.....

Доласци ове седмице (ако је примјењиво):

Одласци ове седмице:

Укупан број становника на крају седмице:

Укупан број становника млађих од 5 година:

	0–4 год.		5 и више год.		Укупно
	Мушкарци	Жене	Мушкарци	Жене	
Непосредни узрок					
Акутна инфекција нижих респираторних органа					
Колера (сумња)					
Дијареја –крвава					
Дијареја –водена					
Повреда која није настала случајно					
Маларија					
Морталитет мајки – директни					
Мале богиње					
Менингитис (сумња)					

Новорођенчад (0–28 дана)					
Остало					
Непознато					
Укупно по старости и полу					
Основни узрок					
AIDS (сумња)					
Потхрањеност					
Морталитет мајки – индиректни					
Незаразне болести (спецификовати)					
Остало					
Укупно по старости и полу					

* Овај образац се користи када постоји много смртних случајева и због тога детаљније информације о појединачним случајевима смрти не могу бити прикупљене због ограничења времена.

- Остали узроци морталитета се могу додати у складу с контекстом и епидемиолошким подацима.
- Старост може бити даље разврстана (0–11 мјесеци, 1–4 год., 5–14 год., 15–49 год., 50–59. год., 60–69 год., 70–79 год., 80 и више год.), како буде изводљиво.
- У образац не треба укључити искључиво податке о смртним случајевима из здравствених установа, већ треба укључити и извјештаје са терена и извјештаје вјерских вођа, радника на терену, женских група и болничке извјештаје.
- Кад год је то могуће, дефиниције случаја треба ставити на полеђину обрасца.



Образац за праћење морталитета 2*

Локација:

Датум од понедељка: до недјеље:

Укупан број становника на почетку ове седмице:

Рођени ове седмице: Умрли ове седмице:

Доласци ове седмице (ако је примјењиво):

Одласци ове седмице:

Укупан број становника на крају седмице:

Укупан број становника млађих од пет година:

Број	Пол (м., ж.)	Старост (дана = д, мјесеци= м, година = г)	Директан узрок смрти											Основни узроци							
			Акутна инфекција доњих респ. органа	Колера (сумња)	Дијареја – крвава	Дијареја – воденаста	Поведа која није случајна	Маларија	Морталитет мајки – директни	Оспице	Менингитис (сумња)	Новорођенчад (0-28 дана)	Незаразне болести (спецификовати)	Остало (спецификовати)	Непознато	AIDS (сумња)	Потхрањеност	Морталитет мајки – индиректни	Остало (спецификовати)	Датум (д./м./г.)	Локација на лицу мјеста
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

* Овај образац се користи када постоји довољно времена за биљежење података о појединачним смртним случајевима, дозвољавајући анализу по годинама старости, податке о локацијама и проценту кориштења установа.

- Извјештавање (дневно, седмично) зависи од броја смртних случајева.
- Други узроци смртности могу бити додати у овом случају.
- Смртни случајеви не би требало да се биљеже искључиво подацима медицинских установа, већ се укључују и подаци од стране религијских вођа, радника у заједници, женских група, болница и шире.
- Кад год је могуће, дефиниције случајева треба биљежити на полеђини обрасца.

Примјер седмичног обрасца за извјештавање EWARN*

* Овај образац се користи у акутној фази хитне ситуације када је ризик од болести које изазивају епидемије висок.

Датум од понедељка **до недеље:**.....

Мјесто/село/насеље/камп:

Провинција:..... **Округ:**..... **Подокруг:**.....

Назив локације:.....

• Болничка њега • Амбулантна њега • Здравствени центар • Мобилна клиника

Агенција (агенције) која пружа подршку:.....

Службеник који подноси извјештај и контакт број:.....

Укупан број становника:

Укупан број дјеце млађе од пет година:

А. УКУПНИ ПОДАЦИ ЗА СЕДМИЦУ

Нови случајеви:	МОРБИДИТЕТ		МОРТАЛИТЕТ		УКУПНО
	<5 година	5 година и старији	<5 година	5 година и старији	
УКУПНО ПРИМЉЕНИХ					
УКУПНО УМРЛИХ					
Акутна респираторна инфекција					
Акутна воденаста дијареја					
Акутна крвава дијареја					
Маларија – сумња / потврђено					
Мале богиње					
Менингитис – сумња					



Синдром акутне хеморагијске грознице					
Синдром акутне жутице					
Акутна опуштена парализа (енг. Acute flaccid paralysis – AFP)					
Тетанус					
Остале грознице са температуром > 38,5 °C					
Повреде/ране					
Остало					
Укупно					

- Могуће је дати више од једне дијагнозе, али треба забиљежити најважнију. Сваки се случај треба бројати само једном. Укључите само оне случајеве који су виђени (или смрти које су се догодиле) током седмице надзора.
- Напишите „0“ (нула) ако није било случајева или смрти током седмице за један од синдрома који је наведен у обрасцу.
- Смртни случај би требало да буде пријављен само у дијелу морталитета, а не у дијелу морбидитета.
- Дефиниција случаја за свако стање под надзором мора бити написана на полеђини овог обрасца.
- Узроци морбидитета се могу додати или одузети у складу с епидемиологијом и проценом ризика од болести.
- Сврха EWARN надзора јесте рано откривање болести које изазивају епидемије.
- Подаци о стањима као што је нпр. потхрањеност треба да се добију кроз истраживања (преваленција), а не надзор (инциденција).

Б. УПОЗОРЕЊЕ О ИЗБИЈАЊУ ЕПИДЕМИЈЕ

Ако у било које вријеме сумњате на било које од сљедећих болести, молимо вас да пошаљете SMS или позовете на број или да пошаљете поруку на е-mail адресу с максималним информацијама о времену, мјесту и броју случајева и смртних случајева: колера, шигелоза, мале богиње, дјечја парализа, тифус, тетанус, хепатитис А или Е, денга грозница, менингитис, дифтерија, пертусис, хеморагијска грозница (овај списак болести зависи од епидемиологије болести у земљи).

Примјер обрасца рутинског извјештавања о праћењу морбидитета*

* Надзор морбидитета може бити проширен у односу на EWARN након акутне фазе како би се укључиле и друге болести и праћење других индикатора према потреби.

Локација:.....

Датум од понедељка: до недеље:.....

Укупан број становника на почетку ове седмице:.....

Рођени ове седмице:..... Умрли ове седмице:

Доласци ове седмице (ако је примјењиво):

Одласци ове седмице:

Укупан број становника на крају седмице:.....

Укупан број становника млађих од пет година:.....

Морбидитет	До 5 година (нови случајеви)			5 година и више (нови случајеви)			Поновљени случајеви	Укупно
Дијагноза *	Мушкарци	Жене	Укупно	Мушкарци	Жене	Укупно	Нови случајеви	Укупно
Акутна респираторна инфекција **								
Акутна воденаста дијареја								
Акутна крвава дијареја								



Маларија – сумња/ потврђено								
Мале богиње								
Менингитис – сумња								
Синдром акутне хеморагијске грознице								
Синдром акутне жутице								
Акутна опуштена парализа (AFP)								
Тетанус								
Остале грознице са температуром > 38,5 °C								
AIDS – сумња ***								
Очне болести								
Потхрањеност ****								
Повреде – случајне								
Повреде које нису случајне								
Полно преносиве болести								
Генитални улкус								
Мушки исцједак уретре								
Вагинални исцједак								
Бол у доњем стомаку								

Кожне болести								
Незаразне болести (нпр. дијабетес)								
Глисте								
Остало								
Непознато								
Укупно								

* Могуће је постављање више од једне дијагнозе; узроци морбидитета се могу додати или одузети у складу с контекстом и епидемиолошким подацима.

**Акутне респираторне инфекције: у неким земљама, ова категорија се може подијелити на инфекције горњег и доњег тракта.

***Преваленција HIV-а и AIDS-а се најбоље процјењује путем истраживања.

**** Преваленција потхрањености се најбоље процјењује кроз брза истраживања (MUAC или преглед тежине/висине) пошто надзор открива само оне који долазе да траже помоћ.

Подаци по старости могу бити додатно разврстани, ако је могуће.

УПОЗОРЕЊЕ О ИЗБИЈАЊУ ЕПИДЕМИЈЕ

Ако у било које вријеме сумњате на било које од сљедећих болести, молимо вас да пошаљете SMS или позовете број или пошаљете поруку на е-mail адресу с максималним информацијама о времену, мјесту и броју случајева и смртних случајева: колера, шигелоза, мале богиње, дјечја парализа, тифус, тетанус, хепатитис А или Е, денга грозница, менингитис, дифтерија, пертусис, хеморагијска грозница (овај списак болести зависи од епидемиологије болести у земљи).

Посјете здравственој установи	До 5 година			5 и више година			Укупно	
	Мушкарци	Жене	Укупно	Мушкарци	Жене	Укупно	Мушкарци	Жене
Укупно посјета								

- Стопа кориштења: Број посјета здравственој установи по особи годишње = укупан број посјета у једној седмици/ укупан број становника x 52 седмице.
- Подаци по старости се могу даље разврстати (0–11 мјесеци, 1–4 год., 5–14 год., 15–49 год., 50–59 год., 60 и више год.) ако је то могуће.
- Број консултација по клиничару: Укупан број посјета (нових и поновљених)/ ФТЕ клиничара у здравственој установи/ број дана рада здравствене установе седмично.



Додатак 3.

Формуле за израчун кључних здравствених индикатора

Општа стопа смртности (CMR)

Дефиниција: Стопа морталитета у цијелој популацији, укључујући и жене и мушкарце и све старосне групе.

Формула:

Укупан број смртних случајева
током временског периода

_____ x 10.000 особа = смрти /10.000 особа/ дан

Популација изложена ризику
средином периода x број дана у
периоду

Стопа смртности дјеце млађе од пет година (U5MR)

Дефиниција: Стопа морталитета дјеце млађе од пет година старости у популацији.

Формула:

Укупан број смртних случајева дјеце
млађе од пет година током периода

_____ x 10.000 особа = смрти/10.000
дјеце млађе од пет година/ дан

Укупан број дјеце млађе од пет
година x број дана у периоду

Стопа инциденције

Дефиниција: Број нових случајева болести који се јављају током одређеног временског периода у популацији изложеној ризику развоја болести.

Формула:

$$\frac{\text{Број нових случајева специфичне болести у временском периоду}}{\text{Популација изложена ризику развоја болести} \times \text{број мјесеци у временском периоду}} \times 1.000 \text{ особа} = \frac{\text{Нови случајеви одређене болести}}{1.000 \text{ особа/мјесечно}}$$

Стопа смртности за појединачне болести (CFR)

Дефиниција: Број људи који умру од болести подијељен с бројем људи који имају болест.

Формула:

$$\frac{\text{Број умрлих од болести током периода}}{\text{Људи који имају болест током периода}} \times 100 = \text{x\%}$$

Стопа искориштености здравствених установа

Дефиниција: Број амбулантних посјета по особи годишње. Кад год је то могуће, требало би да буде направљена разлика између нових и старих посјета, а нове посјете треба користити за израчунавање ове стопе. Међутим, често је тешко разликовати нове и старе посјете, па се често користе у комбинацији као укупни број посјета током катастрофе.

Формула:

$$\frac{\text{Укупан број посјета у једној седмици}}{\text{Укупан број становника}} \times 52 \text{ седмице} = \text{Посјете / особа/ година}$$



Број консултација по клиничару по дану

Дефиниција: Просјечан број укупних консултација (нових и поновљених случајева) које љекар клиничар обави у дану.

Формула:

$$\frac{\text{Укупан број консултација у једној седмици}}{\text{Број FTE * клиничара у здравственој установи}} \div \frac{\text{Број дана ч током којих је здравствена установа отворена седмично}}$$

FTE (full-time equivalent) – еквивалент пуног радног времена се односи на еквивалентан број клиничара који раде у здравственој установи. На примјер, ако постоји шест клиничара који раде на амбулантном одјелу, али двојица од њих раде на пола радног времена, онда је број FTE клиничара = 4 члана особља с пуним радним временом + 2 члана особља са пола радног времена = 5 FTE клиничара.

Референце и додатна литература

Извори

Међународни правни инструменти

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>

Здравствени системи

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

Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva. WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.



WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (2008), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. <http://helid.desastres.net/>

Контрола заразних болести

Heymann, David L. (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

Здравље дјеце

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Сексуално и репродуктивно здравље

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-

agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module.

<http://misp.rhrc.org/>

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalusia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Повреде

Hayward-Karlsson, J. et al. (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

Ментално здравље

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/



WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Незаразне болести

Spiegel et al. (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, tom 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

Додатна литература

Међународни правни инструменти

Mann, J. et al. (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A. (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

Здравствени системи

Beaglehole, R., Bonita, R. and Kjellstrom, T. (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Мйдецинс санс Фронтјирес (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E. (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P. (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.
WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Основне здравствене услуги

Checchi, F. and Roberts, L. (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva.

www.unhcr.org/cgi-bin/textis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Контрола заразних болести

Cook, G.C., Manson, P. and Zumla, A.I. (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, M.A. et al. (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

Здравље дјече

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives.

Geneva.<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>



Сексуално и репродуктивно здравље

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees.

Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations.

www.unhcr.org/cgi-bin/textis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Повреде

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Ментално здравље

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

Незаразне болести

Fauci, A.S. et al. (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C. et al. (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, L.M., McPhee, S.J., Papadakis, M.A. (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.



Прилози



Прилог 1

Кључни документи на којима се заснива Хуманитарна повеља

Хуманитарна повеља поставља заједничка увјерења и заједничке принципе који се односе на хуманитарно дјеловање и одговорности у ситуацијама катастрофа или сукоба, уз напомену да се исто рефлектује и у међународном праву. Сљедећи списак кључних докумената садржи најважније међународне правне инструменте који се односе на међународна људска права, међународно хуманитарно право (IHL), права избјеглица и хуманитарно дјеловање. То није покушај да се постави регионални закон и кретања у том пољу. Списак такође укључује и низ других смјерница, принципа, стандарда и оквира који се користе као информације за Хуманитарну повељу. Пошто је било неопходно да овај списак буде врло селективан, даљи ресурси и интернетски линкови до тих докумената су доступни на веб-страници Пројекта Sphere (www.sphereproject.org). Због ограниченог простора, напомене су дате само за документе за које је закључено да захтијевају увод или посебна објашњења, јер су новији или имају одређене одјелке који се односе на катастрофе или сукобе.

Документи су наведени тематски, по насловима:

1. **Људска права, заштита и рањивост;**
2. **Оружани сукоб и хуманитарна помоћ;**
3. **Избјеглице и интерно расељена лица (IDP);**
4. **Катастрофе и хуманитарна помоћ.**

Да би био јасан статус сваког документа, они су разврстани по поднасловима као што су:

1. **Уговори и обичајно право (ако је примјењиво);**
2. **Смјернице УН и друге формално усвојене међувладине смјернице и принципи;**
3. **Оквири хуманитарне политике, смјернице и принципи.**

1. Људска права, заштита и рањивост

Сљедећи документи се првенствено односе на људска права која су призната у универзалним споразумима и декларацијама. Низ кључних докумената који се односе на старост (дјецу и старије особе), пол и инвалидитет такође је укључен, јер су то неке од најчешћих основа за рањивост у катастрофама или сукобима.

1.1. Споразуми и обичајно право о људским правима, заштити и рањивости

Споразум о закону о људским правима вриједи за државе које су стране у том релевантном споразуму, али обичајно право (нпр. забрана мучења) односи се на све државе. Закон о људским правима се примјењује у свим временима, уз два могућа изузетка:

- нека ограничена грађанска и политичка права могу бити суспендована за вријеме проглашених националних ванредних ситуација, у складу с чланом 4. Међународне повеље о грађанским и политичким правима („одступање“);
- током одређених оружаних сукоба, IHL се прво примјењује ако постоји било каква недоследност са законом о људским правима.

1.1.1. Универзална људска права

Општа декларација о људским правима из 1948. (UDHR), усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 217 А (III) од 10. децембра 1948.

www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

UDHR је проглашена од стране Генералне скупштине УН 1948. године, и тиме су, по први пут, универзално заштићена основна људска права. То није споразум, али се генерално сматра да су та права постала дио међународног обичајног права. Прва реченица у преамбули уводи концепт

„урођеног достојанства“ људских бића као основе за људска права, а у првом члану наводи се: „Сва људска бића рађају се слободна и једнака у достојанству и правима“.

Међународна повеља о грађанским и политичким правима из 1966. (ICCPR), усвојена од стране Генералне скупштине УН Резолуцијом 2200А (XXI) од 16. децембра 1966. године, а ступила на снагу 23. марта 1976, Уједињене нације, Серија споразума, том 999, стр. 171, и параграф 1057, стр. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

Други факултативни протокол за ICCPR из 1989. године (с циљем укидања смртне казне), усвојен Резолуцијом Генералне скупштине УН 44/128 15. децембра 1989. године, а ступио на снагу 11. јула 1991. године, Уједињене нације, Серија споразума, параграф 1642, стр. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

Државе потписнице ICCPR морају да поштују и обезбиједе права за све појединце унутар своје територије, или у њиховој надлежности, уз признавање права „народа“ на самоопредјељење и једнаких права мушкараца и жена. Нека права (означена звјездицом) никада не смију бити суспендована, ча ни у најтежим националним кризама.

Права: право на живот;* нису дозвољени мучење или друго окупно, нељудско или понижавајуће поступање;* ропство;* произвољно хапшење или притвор; гарантује се хуманост и достојанство у притвору; нема затварања због кршења уговора;* гарантује се слобода кретања и становања; могуће је само законито протјеривање странаца из земље; једнакост пред законом, поштено суђење и претпоставка невиности у казним поступцима; нема ретроспекције у казним дјелима;* једнакост пред законом;* приватни живот; слобода мисли, вјере и савјести;* слободно мишљење, изражавање и мирно окупљање; слобода удруживања; право на брак и породични живот; заштита дјеце; право на гласање и учествовање у јавним пословима; право мањина да уживају своју културу, религију и језик.*

Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима из 1966. године (ICESCR), усвојен од стране Генералне скупштине УН, Резолуција 2200А (XXI), од 16. децембра 1966. године, са ступањем на снагу 3. јануара 1976, Уједињене нације, Серија споразума, том 993, стр. 3. www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

Државе потписнице сагласне су да уложе максимум својих расположивих средстава у „прогресивно постизање“ права из повеље, која једнако уживају и мушкарци и жене.

Права: на рад; примање праведне накнаде; придруживање синдикатима; социјалну сигурност/осигурање; на породични живот, укључујући и заштиту

мајке након порођаја и заштиту дјете од искориштавања; на адекватан животни стандард, укључујући храну, одјећу и становање; на физичко и ментално здравље; на образовање; те на учествовање у културном животу и уживање у предностима научног и културног напретка.

Међународна конвенција о укидању свих облика расне дискриминације из 1969. године (ICERD), усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 2106 (XX), од 21. децембра 1965. године, са ступањем на снагу 4. јануара 1969. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 660, стр. 195. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

Конвенција о уклањању свих облика дискриминације жена из 1979. године (CEDAW), усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 34/180, од 18. децембра 1979. године, са ступањем на снагу 3. септембра 1981. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 1249, стр. 13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

Конвенција о правима дјетета из 1989. године (CRC), усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 44/25, од 20. новембра 1989. године, са ступањем на снагу 2. септембра 1990. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 1577, стр. 3. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Опционални протокол о укључивању дјете у оружани сукоб из 2000. године, који је усвојила Генерална скупштина УН Резолуцијом A/RES/54/263, од 25. маја 2000. године, са ступањем на снагу 12. фебруара 2002. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2173, стр. 222. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

Опционални протокол о продаји дјете, дјечјој проституцији и дјечјој порнографији из 2000. године, који је усвојила Генерална скупштина УН Резолуцијом A/RES/54/263, од 25. маја 2000. године, са ступањем на снагу 18. јануара 2002. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2171, стр. 227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

Конвенцији о правима дјетета (CRC) приступиле су готово све државе. Она потврђује основна људска права дјете и идентификује када је потребна посебна заштита (нпр. када су дјеца одвојена од својих породица). Протоколи захтијевају позитивну акцију о специфичним питањима заштите дјете за државе које су њихове потписнице.

Конвенција о правима лица с инвалидитетом из 2006. године (CRPD), коју је усвојила Генерална скупштина УН Резолуцијом A/RES/61/106, од 13. децембра 2006. године, са ступањем на снагу 3. маја 2008. године, Колекција споразума Уједињених нација, поглавље IV, 15. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

CRPD подржава права лица с инвалидитетом у свим другим споразумима о људским правима, а и специфично се бави подизањем свијести у погледу лица с инвалидитетом, недискриминације и доступности услуга и садржаја. Ту се и посебно спомињу „ризичне ситуације и хитне хуманитарне ситуације“ (члан 11).

1.1.2. Геноцид, мучење и друга криминална злоупотреба права

Конвенција о спречавању и кажњавању злочина геноцида из 1948. године, коју је усвојила Генерална скупштина УН Резолуцијом 260 (III), од 9. децембра 1948. године, са ступањем на снагу 12. јануара 1951. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 78, стр. 277. www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

Конвенција против мучења и других окрутних, нељудских или понижавајућих поступака или кажњавања из 1984. године, која је усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 39/46, од 10. децембра 1984. године, са ступањем на снагу 26. јуна 1987. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 1465, стр. 85. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Ова конвенција има врло велики број држава потписница. Забрана мучења такође је данас уопштено призната као дио међународног обичајног права. Ниједна врста ванредног стања или рата не може се користити да се оправда мучење.

Државе не смију силом вратити никога на подручје на којем та особа има оправдане разлоге за сумњу да ће он или она бити изложени опасности од мучења.

Римски статут Међународног кривичног суда, који је усвојен на Дипломатској конференцији у Риму 17. јула 1998. године, са ступањем на снагу 1. јула 2002. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2187, стр. 3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/58570openDocument

Члан 9. Статута (Елементи кривичних дјела), који је усвојио Међународни кривични суд (ICC), из 2002. године, детаљно описује ратне злочине, злочине против човјечности и геноцид, на тај начин утврђујући велики дио обичајног међународног кривичног права. ICC може истраживати и процесуирати случајеве које му пошаље Савјет безбједности УН (чак и ако држава оптуженог није потписница споразума), као и злочине које наводно почине држављани држава потписница споразума, или који су почињени на њиховој територији.

1.2. Принципи УН и други формално усвојени међудржавни принципи и смјернице о људским правима, заштити и рањивости

Мадридски међународни план акције о старењу, из 2002. године, Свјетска скупштина УН о старењу, Мадрид, 2002, потврђен резолуцијом Генералне скупштине УН 37/51, од 3. децембра 1982. године.

www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

Принципи Уједињених нација за старије особе, из 1991. године, Резолуција Генералне скупштине УН 46/91, од 16. децембра 1991. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3. Оквири хуманитане политике, смјернице и принципи о људским правима, заштити и рањивости

Заштита лица погођених природним катастрофама: Оперативне смјернице о људским правима и природним катастрофама IASC из 2006. године, Међуагенцијски стални одбор, www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx

Међународно право и стандарди који се примјењују у ситуацијама природних катастрофа (Правни приручник IDLO) из 2009. године, Организација за развој међународног права (IDLO). www.idlo.int/DOCnews/352doc.Pdf

Међуагенцијски принципи који су смјернице за дјецу без пратње одраслих и дјецу одвојену од родитеља из 2002. године, која је развио ICRC, Канцеларија високог комесара УН за избјеглице (UNHCR), Дјечји фонд УН (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK и Међународни одбор за спашавање, 2009. www.icrc.org

Приручник о родним питањима у хуманитарној акцији из 2006. године, Међуагенцијски стални одбор. www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=contentsubside-tf_gender-genderh

Смјернице о менталном здрављу и психо-социјалној подршци у хитним ситуацијама IASC из 2007. године, Стални међуагенцијски одбор, www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-subside-tf_mhps-default

Минимални стандарди за образовање у хитним ситуацијама, хроничним кризама и раној реконструкцији INEE из 2007. године, уз ажурирање из 2010. године, Међуагенцијска мрежа за образовање у хитним ситуацијама (INEE) (службено признат као Sphere стандард од 2008. године).

www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

2. Оружани сукоб, међународно хуманитарно право и хуманитарна помоћ

2.1. Споразуми и обичајно право за оружани сукоб, међународно хуманитарно право и хуманитарну помоћ

Међународно хуманитарно право (енг. International humanitarian law – IHL) одређује прагове када сукоб постаје „оружани сукоб“ и на тај начин чини да овај посебан правни режим буде примјењив. Међународни одбор Црвеног крста (ICRC) службени је репозиторијум споразума о IHL, те пружа опсежне информације и ресурсе на својој веб-страници (www.icrc.org), укључујући и службени коментар о Женевским конвенцијама и протоколима, те правила Студије обичајног међународног хуманитарног права.

2.1.1. Основни споразуми међународног хуманитарног права

Четири Женевске конвенције из 1949. године

Допунски протокол уз Женевске конвенције, Заштита жртава међународних оружаних сукоба из 1977. године (Протокол I)

Допунски протокол уз Женевске конвенције, Заштита жртава немеђународних оружаних сукоба из 1977. године (Протокол II)

www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

Четири Женевске конвенције, чије су потписнице све државе, а које су такође генерално прихваћене као дио обичајног права, тичу се заштите и третмана рањеника и болесника у копненом ратовању (I) и ратовању на мору (II), третмана ратних заробљеника (III) и заштите цивила током оружаног сукоба (IV). Оне се односе првенствено на међународне оружане сукобе, осим члана 3, који је заједнички за конвенције што се тиче сукоба који нису међународни, као и неке друге елементе прихваћене као обичајно право у сукобима који нису међународни. Два протокола из 1977. године ажурирали су конвенције у то вријеме, а посебно кад је у питању дефиниција бораца и одређивање сукоба који нису међународни. Велики број држава није приступио тим протоколима.

2.1.2. Уговори о ограниченом или забрањеном оружју и културним добрима

Осим „женевског закона“ који је описан изнад, ту је и главни дио закона

који се често описује као „хашки закон“ о оружаном сукобу. То укључује Конвенцију о заштити културних добара и низ конвенција о врстама оружја које су ограничене или забрањене, укључујући плинове и остало хемијско и биолошко оружје, конвенционално оружје које је неселективно или узрокује непотребну патњу, као и противпјешадијске мине и касетну муницију. www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3. Обичајно међународно хуманитарно право

Обичајно међународно хуманитарно право односи се на закон код оружаних сукоба који је прихваћен од стране држава, кроз њихове изјаве, политике и праксе, а што представља уобичајена правила која се односе на све државе, без обзира на њихово приступање споразумима међународног хуманитарног права. Не постоји договорени списак обичајних правила, али најрелевантнија интерпретација је наведена у следећој студији:

Студија о обичајном међународном хуманитарном праву (CIHL), ICRC, Henckaerts, J.-M. and Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

Студија покрива готово цијели обим закона за оружане сукобе. Она наводи 161 посебно правило и да ли свако вриједи у међународном оружаном сукобу и/или оружаном сукобу који није међународни. Иако неки правни коментатори критикују њену методологију, ова студија је настала кроз широк процес савјетовања и ригорозно истраживање током више од десет година, а њен ауторитет као интерпретације обичајних правила се широко признаје.

2.2. УН-ови и други формално усвојени међудржавни принципи и смјернице о оружаном сукобу, међународном хуманитарном праву и хуманитарној помоћи

„Aide Memoire“ Савјета безбједности УН о заштити из 2002. године, уз ажурирање из 2003. године (S/PRST/2003/27). www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

То није резолуција која је обавезујућа за државе, већ је усмјеравајући документ за Савјет безбједности УН који се односи на очување мира и хитне ситуације сукоба, а који је резултат консултација с низом агенција УН и IASC.

Резолуције Савјета безбједности УН о сексуалном насиљу и женама у оружаним сукобима, поготово резолуције бр. 1820 (2008), 1888 (2009) и 1889 (2009).

Све одлуке Савјета безбједности УН по годинама и броју: www.un.org/documents/scres.htm.

2.3. Оквири хуманитарне политике, смјернице и принципи о оружаном сукобу, међународном хуманитарном праву и хуманитарној помоћи

Професионални стандарди за рад на заштити који проводе хуманитарни актери и актери који се баве људским правима у оружаном сукобима и другим ситуацијама насиља, 2009, ICRC. www.icrc.org

3. Избјеглице и интерно расељена лица (енг. internally displaced persons – IDP)

UNHCR је агенција за избјеглице УН и има посебан правни мандат за заштиту избјеглица према Конвенцији о правима избјеглица и Протоколу. Он је такође добио мандат од Генералне скупштине УН да сарађује с државама у заштити расељених лица. UNHCR има богате изворе на својој интернетској страници.

3.1. Споразуми о избјеглицама и расељеним лицима

Осим међународног споразума, ово поглавље укључује два споразума Афричке уније (бивша Организација афричког јединства, или OAU), јер оба документа представљају историјске преседане.

Конвенција о статусу избјеглица из 1951. године (с измјенама и допунама), коју је усвојила Конференција опуномоћеника Уједињених нација о статусу избјеглица и особа без држављанства, Женева, 2–25. јул 1951. године, са ступањем на снагу 22. априла 1954. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 189, стр. 3.

Протокол о статусу избјеглица из 1967. године, који је назначила Генерална скупштина УН, у резолуцији 2198 (XXI) 2, од 16. децембра 1966. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 606, стр. 267. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

Први међународни споразум о избјеглицама чија конвенција дефинише избјеглицу као особу која се „налази изван земље чији је држављанин због основаног страха од прогањања због своје расе, вјере, националности, припадности одређеној друштвеној групи или политичког мишљења, а не

може, или се због тог страха не жели ставити под заштиту те земље, или се вратити тамо јер постоји страх од прогањања...“

Конвенција ОАУ која регулише поједине аспекте проблема избјеглица у Африци из 1969. године, а усвојила ју је Скупштина шефова држава и влада на својој шестој редовној сједници, у Адис Абеби, 10. септембра 1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html.

Она прихвата и проширује дефиницију Конвенције из 1951. године како би укључила људе који су били присиљени да напусте своју земљу, не само као резултат прогона, већ и због вањске агресије, окупације, стране доминације или догађаја који озбиљно ремете јавни ред. Она такође препознаје недржавне групе као починиоце прогањања и не захтијева да избјеглице доказују директну везу између себе и будуће опасности.

Конвенција Афричке уније за заштиту и помоћ расељеним лицима у Африци (Кампала конвенција) из 2009. године, која је усвојена на посебном састанку Афричке уније, који је одржан у Кампали, Уганда, 22. октобра 2009. године, а још увијек није била на снази у октобру 2010. године. www.unhcr.org/4ae9bede9.html

Ово је прва мултилатерална конвенција о расељеним лицима. Првобитно ју је потписало 17 држава Афричке уније у октобру 2009. године, али је потребно 15 формалних приступа/ратификација да ступи на снагу.

3.2. УН-ови и други формално усвојени међудржавни принципи и смјернице о избјеглицама и расељеним лицима

Смјерница о интерној расељености из 1998. године, коју су у септембру 2005. признали шефови држава и влада окупљени на Свјетском састанку у Њујорку у оквиру Резолуције Генералне скупштине УН 60/L. 1 (132, UN Doc. A/60/L. 1) као „важан међународни оквир за заштиту расељених лица“: www.idpguidingprinciples.org/

Ови принципи се заснивају на међународном хуманитарном праву и људским правима и аналогним правима избјеглица, а сврха им је да служе као међународни стандард смјерница за владе, међународне организације и све остале релевантне актере у пружању помоћи и заштите расељеним лицима.

4. Катастрофе и хуманитарна помоћ

4.1. Споразуми о катастрофама и хуманитарној помоћи

Конвенција о безбједности особља Уједињених нација и придруженог особља из 1994. године, усвојена Резолуцијом Генералне скупштине УН 49/59, од 9. децембра 1994. године, са ступањем на снагу 15. јануара 1999. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2051, стр. 363. www.un.org/law/cod/safety.htm

Факултативни протокол уз Конвенцију о безбједности особља Уједињених нација и придруженог особља из 2005. године, који је усвојила Генерална скупштина УН Резолуцијом A/60/42, од 8. децембра 2005. године, са ступањем на снагу 19. августа 2010. године

www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions.

У конвенцији је заштита ограничена на очување мира од стране УН, осим ако је УН прогласио „изузетан ризик“, што је непрактичан услов. Протокол исправља овај велики пропуст у конвенцији и шири правну заштиту на све операције УН, од хитне хуманитарне помоћи до изградње мира и достављања хуманитарне, политичке и развојне помоћи.

Конвенција о помоћи у храни из 1999. године је засебни правни инструмент у оквиру Конвенције о трговини житарицама из 1995. године, коју проводи Одбор за помоћ у храни путем Секретаријата Међународног вијећа за житарице (IGC).

Тампере конвенција о пружању телекомуникацијских ресурса за ублажавање катастрофе и операције помоћи из 1998. године, коју је одобрила Међудржавна конференција о хитним телекомуникацијама 1998. године, са ступањем на снагу 8. јануара 2005. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2296, стр. 5.

www.unhcr.org/refworld/publisher/ICET98;41dec59d4,0.html

Оквирна конвенција УН о промјени климе из 1992. године (UNFCCC), која је усвојена на Конференцији Уједињених нација о животној средини и развоју у Рио де Жанеиру, од 4. до 14. јуна 1992. године, а коју је Генерална скупштина УН прихватила у Резолуцији 47/195, од 22. децембра 1992. године, са ступањем на снагу 21. марта 1994, Уједињене нације, Серија споразума, том 1771, стр. 3. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

Кјото протокол уз UNFCCC из 1997. године усвојен је на трећем засједању Конференције потписница Оквирне конвенције, Кјото, Јапан, 11. децембра 1997. године, са ступањем на снагу 16. фебруара 2005. године, Уједињене нације, Серија споразума, том 2303, стр. 148. http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1687.php

UNFCCC и Кјото протокол баве се хитном потребом за имплементацијом прилагођавања климатским промјенама и стратегијом смањења ризика и изградње локалних капацитета и отпорности, а посебно у земљама које су склоне природним катастрофама. Они наглашавају стратегије смањења катастрофа и управљања ризицима, а посебно с обзиром на климатске промјене.

4.2. УН-ови и други формално усвојени међувладини принципи и смјернице о катастрофама и хуманитарној помоћи

Јачање координације хитне хуманитарне помоћи Уједињених нација, с Прилогом, водећим начелима, Резолуција Генералне скупштине 46/182, од 19. децембра 1991. године. www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

Ово је довело до стварања УН-овог одјела за хуманитарне послове, који је постао УН-ова канцеларија за координацију хуманитарних послова (ОСНА) у 1998. години.

Хјого оквир за акцију 2005–2015: Изградња отпорности народа и заједница на катастрофе, усвојен на Свјетској конференцији о смањењу катастрофа 2005. године. www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm.

Овим су постављене стратегије за државе и хуманитарне агенције за укључивање смањења ризика од катастрофа у имплементацију хитне интервенције, програме за опоравак и припремљеност, и интегрисање у одрживи развој и изградњу капацитета за отпорност.

Смјернице за домаћу помоћ и регулацију међународне помоћи због катастрофа и почетну помоћ за опоравак (IDRL смјернице) 2007. године, које су усвојене на Тридесетој међународној конференцији Црвеног крста и Црвеног полумјесеца (што укључује државе потписнице Женевске конвенције). www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

4.3. Оквири хуманитарне политике, смјернице и принципи за помоћ у катастрофама и хуманитарну помоћ

Кодекс понашања за Међународни покрет Црвеног крста и црвеног полумјесеца и невладине организације (НВО) у помоћи код катастрофа (видјети Прилог 2: Кодекс понашања, на стр. 368).

Основни принципи Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца из 1965. године, која су усвојена на Двадесетој међународној конференцији Црвеног крста. www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

Стандарди НАР за хуманитарну одговорност из 2007. године, Партнерство за хуманитарну одговорност (међународно самостално регулаторно тијело за хуманитарни сектор, укључујући и сертификацију), www.hapinternational.org

Начела и добре праксе хуманитарног донаторства из 2003. године које су одобрили Штокхолмска конференција земаља донатора, агенције УН, невладине организације и Међународни покрет Црвеног крста и Црвеног полумјесеца, те су их потписале Европска комисија и 16 држава. www.goodhumanitarianandonorship.org

Начела партнерства: Изјава о обавези из 2007. године, одобрена на састанку Глобалне хуманитарне платформе у јулу 2007. године (механизам дијалога између УН и хуманитарних организација које нису дио УН).

www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

Прилог 2

Кодекс понашања

**за Међународни покрет Црвеног крста
и Црвеног полумјесеца и невладине
организације (НВО) у пружању помоћи
код природних катастрофа**

Припремљен заједнички од стране Међународне
федерације друштава Црвеног крста и Црвеног полумјесеца
и Међународног комитета Црвеног крста²

² Под покровитељством: Caritas Internationalis,* Catholic Relief Services,* International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies,* International Save the Children Alliance,* Lutheran World Federation,* Oxfam,* World Council of Churches,* International Committee of the Red Cross (* – чланови Управног одбора за хуманитарне реакције).

Сврха

Овај кодекс понашања има намјеру да управља нашим стандардима понашања. Ту се не ради о оперативним детаљима, као што су како треба израчунати оброке или поставити избјеглички камп. Он настоји да очува високе стандарде независности, ефективности и утицаја којима тежи дјеловање невладиних организација и Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумјесеца у ситуацијама катастрофа. То је добровољни кодекс, који се проводи вољом организације која је прихватила да поштује стандарде утврђене у Кодексу.

У случају оружаног сукоба, овај кодекс понашања ће се тумачити и примјењивати у складу с међународним хуманитарним правом.

Кодекс понашања је представљен први. Прате га три прилога, описујући радно окружење којем се тежи, а које су креирали влада домаћин, донатори и међувладине организације, како би се олакшала ефективна достава хуманитарне помоћи.

Дефиниције

НВО (енг. NGO): Термин НВО (невладине организације) овдје се односи на организације, и националне и међународне, које су одвојене од влада земаља у којима су основане.

НВХА (енг. NGHA): За потребе овог текста, израз „невладине хуманитарне агенције“ (НВХА/NGHA) осмишљен је како би обухватио компоненте Међународног покрета Црвеног крста и црвеног полумјесеца – Међународног одбора Црвеног крста, Међународне федерације друштава Црвеног крста и Црвеног полумјесеца и њихове чланове – национална друштва, и невладине организације, као што је горе дефинисано. Овај кодекс се односи посебно на оне НВХА које су укључене у дјеловање у ситуацијама катастрофа.

МВО (енг. IGO): МВО (међувладине/међудржавне организације) јесте термин који се односи на организације које су основале двије или више влада држава. Он укључује све агенције Уједињених нација и регионалне организације.

Катастрофе: Катастрофа је опасан догађај који резултује губицом живота, великом људском патњом и несрећом, и великом материјалном штетом.

Кодекс понашања

Принципи понашања за Међународни покрет Црвеног крста и Црвеног полумјесеца и невладине организације у програмима хуманитарног дјеловања у ситуацијама катастрофа

1. Хуманитарни императив је на првом мјесту

Право на примање хуманитарне помоћи, те право да се иста понуди, јесте основни хуманитарни принцип који треба да уживају сви грађани свих земаља. Као чланови међународне заједнице, ми препознајемо нашу обавезу пружања хуманитарне помоћи гдје год је то потребно. Отуда и потреба за несметаним приступом угроженом становништву, која је од основне важности у остваривању те одговорности. Главни мотив наше интервенције јесте да се ублажи људска патња међу онима који су барем у стању да издрже стрес узрокован катастрофом. Када дајемо хуманитарну помоћ, то није страначки или политички чин и не треба га посматрати као такав.

2. Помоћ се даје без обзира на расу, вјеру или националност примаоца и без неповољног разликовања било које врсте. Приоритети помоћи се израчунавају искључиво на основу потреба.

Кад год је то могуће, ми ћемо заснивати пружање помоћи на темељној процјени потреба жртава катастрофе и локалних капацитета који већ постоје да задовоље те потребе. У оквиру наших програма, узећемо у обзир пропорционалност. Људска патња мора бити ублажена кад год се идентификује, а живот је драгоцјен у једном дијелу земље као и у другом. Дакле, пружање наше помоћи ће одражавати степен патње који се настоји ублажити. У имплементацији овог приступа, ми препознајемо кључну улогу жена у заједницама које су често изложене катастрофама, те ћемо обезбиједити да та улога добије подршку, а не да буде смањена нашим програмима помоћи. Имплементација такве универзалне, непристрасне и независне политике може бити ефективна само ако ми и наши партнери имамо приступ потребним ресурсима за пружање такве праведне помоћи и имамо једнак приступ свим жртвама катастрофе.

3. Помоћ се неће користити за промоцију одређеног политичког или вјерског става

Хуманитарна помоћ ће се давати према потреби појединаца, породица и заједнице. Не поричући право NGHA да заговарају одређена политичка или вјерска мишљења, ми потврђујемо да помоћ неће зависити од тога да ли се прималац придржава тих мишљења. Нећемо везати обећања, испоруке или дистрибуције помоћи за прихватање одређеног политичког или вјерског увјерења.

4. Настојаћемо да не дјелујемо као инструменти државне спољне политике

NGHA су агенције које дјелују независно од влада. Ми зато формулишемо своје властите политике и стратегије имплементације и не желимо да проводимо политику било које владе, осим у мјери у којој се иста подудара с нашим властитим независним политикама. Ми никада нећемо свјесно или због непажње допустити да ми или наши запосленици, будемо искориштени за прикупљање података политички, војно или економски осјетљиве природе за владе или друга тијела, гдје се такви подаци могу искористити за сврхе које нису строго хуманитарне, нити ћемо дјеловати као инструменти спољне политике донатора. Ми ћемо користити помоћ коју примамо да реагујемо на потребе и та помоћ не би требало да буде вођена потребом донатора да се ријеши робних вишкова, а ни политичким интересом било којег донатора. Цијенимо и промовишемо добровољни донаторски рад и финансирање од стране заинтересованих појединаца како би подржали наш рад и препознали независност дјеловања која се промовише таквом добровољном мотивацијом. Како бисмо заштитили своју независност, настојаћемо да избјегнемо зависност од једног извора финансирања.

5. Поштоваћемо културу и обичаје

Настојаћемо да поштујемо културе, структуре и обичаје заједница и земаља у којима радимо.

6. Покушаћемо да изградимо интервенцију у ситуацијама катастрофа на локалним капацитетима

Сви људи и заједнице, чак и у катастрофи, посједују капацитете, као и рањивости. Гдје је то могуће, ми ћемо ојачати те капацитете запошљавањем локалног особља, набавком локалних материјала и трговањем с локалним

компанијама. Гдје је то могуће, дјеловаћемо преко локалних NGHA као партнери у планирању и провођењу, те ћемо сарађивати са структурама локалне самоуправе гдје је то прикладно. Даћемо висок приоритет правилној координацији наших хитних интервенција. То могу најбоље учинити они који су најдиректније укључени у операције помоћи у земљама које су у питању, што треба да укључује представнике надлежних тијела УН.

7. Наћи ћемо начин да укључимо кориснике програма у управљање помоћи

Помоћ као дјеловање у ситуацијама катастрофа никада не би требало да буде наметнута корисницима. Ефективна помоћ и трајна рехабилитација се могу најбоље постићи тамо гдје су предвиђени корисници укључени у пројектовање, управљање и имплементацију програма помоћи. Настојаћемо да остваримо пуно учествовање заједнице у нашим хуманитарним и рехабилитацијским програмима.

8. Помоћ за подршку мора настојати да смањи будуће рањивости на катастрофе, као и да задовољи основне потребе

Све активности помоћи утичу на изгледе за дугорочни развој, било у позитивном или негативном смислу. Уважавајући то, настојаћемо да проводимо програме помоћи који ће активно смањити рањивост корисника на будуће катастрофе и помоћи у стварању одрживог начина живота. Ми ћемо у осмишљавању програма и управљању њима помоћи да се обрати посебна пажња на питања која се тичу животне средине. Такође ћемо настојати да сведемо на најмању могућу мјеру негативни утицај хуманитарне помоћи, тражећи да се избјегне дугорочна зависност корисника од вањске помоћи.

9. Сматрамо се одговорним према онима којима желимо помоћи, као и према онима чије смо ресурсе прихватили

Ми често дјелујемо као институционална веза у партнерству између оних који желе помоћи и оних којима је потребна помоћ у катастрофама. Из тог разлога, себе сматрамо одговорнима према објема странама. Све што радимо с донаторима и корисницима одражава став отворености и транспарентности. Препознајемо потребу да подносимо извјештаје о нашим активностима, како из финансијске перспективе тако и из перспективе ефективности. Свјесни смо обавезе да обезбидимо

одговарајући надзор дистрибуције помоћи и обавимо редовне процјене утицаја помоћи за катастрофе. Такође ћемо настојати да на отворен начин поднесемо извјештаје о утицају нашег рада, а и факторима који ограничавају или повећавају тај ефекат. Наши програми ће се заснивати на високим стандардима професионалности и стручности како би се смањило трошење вриједних ресурса.

10. У својим активностима пружања информација, публициитета и оглашавања, посматраћемо жртве катастрофе као достојанствене људе, а не безнадне објекте

Никада не би требало изгубити поштовање за жртве катастрофе као равноправне партнере у интервенцији. У својим информацијама за јавност, приказат ћемо објективну слику ситуације катастрофе, истичући капацитете и тежње жртава, а не само њихове рањивости и страхове. Иако ћемо сарађивати с медијима како би се побољшао одазив јавности, нећемо допустити да спољни или унутрашњи захтјеви за публицитетом имају предност над принципом максимизирања укупне помоћи. Ми ћемо избјећи такмичење за медијску покривеност с другим агенцијама које реагују на катастрофе у ситуацијама када таква покривеност може бити на штету услуге пружене корисницима или безбједности наших радника или корисника.

Радно окружење

Пошто смо се унилатерално договорили да тежимо да се придржавамо Кодекса наведеног изнад, у наставку дајемо неке индикативне смјернице које описују радно окружење које бисмо жељели да креирају донатори, владе домаћина и међувладине организације, а углавном агенције Уједињених нација, како би се олакшало ефективно учествовање NGHA у интервенцијама у случајевима катастрофа.

Ове смјернице презентоване су у сврху усмјеравања. Оне нису правно обавезујуће, нити очекујемо да владе и међувладине организације искажу своје прихватање ових смјерница кроз потписивање било којег документа, иако то може бити циљ у будућности. Оне су приказане у духу отворености и сарадње, тако да наши партнери постану свјесни идеалног односа који бисмо жељели имати с њима.

Прилог I: Препоруке владама држава погођених катастрофама

1. Владе би требало да препознају и поштују независне, хуманитарне и непристрасне активности NGHA

NGHA су независна тијела. Владе домаћини би требало да поштују ову независност и непристрасност.

2. Владе домаћини треба да омогуће брз приступ жртвама катастрофа за NGHA

Ако ће NGHA дјеловати у потпуности у складу са својим хуманитарним принципима, оне би требало да добију брз и непристрасан приступ жртвама катастрофе, у сврху достављања хуманитарне помоћи. Дужност владе домаћина, у склопу остваривања суверених одговорности, јесте да не блокира такву помоћ и да прихвати непристрасно и аполитично дјеловање NGHA. Владе домаћини би требало да олакшају брзи улазак особља које пружа помоћ, посебно одричући се захтјева за транзитне, улазне и излазне визе, односно да омогући да се исте брзо издају. За вријеме трајања фазе пружања хитне помоћи, владе би требало да дају дозволе прелета и права слијетања за авионе који транспортују материјал и особље међународне помоћи.

3. Владе би требало да олакшају правовремен проток роба за помоћ и проток информација током катастрофа

Робе и опрема за помоћ се доносе у земљу искључиво у сврху смањења људске патње, а не за комерцијалну корист или добит. Такве робе би нормално требало да добију слободан и неограничен пролаз и не би требало да буду предмет захтјева за конзуларне потврде о поријеклу или фактуре, увозне и/или извозне дозволе или друга ограничења, или за опорезивање увоза, накнаде за слијетање или лучке накнаде.

Влада домаћин мора олакшати привремени увоз потребне опреме за пружање помоћи, укључујући возила, лаке авионе и телекомуникациону опрему кроз привремено одрицање лиценци или рестрикције регистрација за употребу. Такође, владе не би требало да ограниче поновни извоз опреме за пружање помоћи на крају операције помоћи.

Да би се олакшала комуникација у катастрофи, владе домаћини требало би да одреде одређене радио-фреквенције које организације које пружају

помоћ могу користити у унутрашњој и међународној комуникацији у сврху комуникације у катастрофи, те би требало да обезбиједе да такве фреквенције буду познате заједници за пружање помоћи прије катастрофе. Оне би требало да одобре особљу за пружање помоћи да користи сва средства комуникације потребна за његове операције помоћи.

4. Владе би требало да настоје да пруже координисане информације о катастрофи и услуге планирања

Свеукупно планирање и напори координације помоћи су, у коначном, одговорност владе домаћина. Планирање и координација могу бити увелико побољшани ако NGHA добијају информације о хуманитарним потребама и владиним системима за планирање и имплементацију напора помоћи, као и информације о могућим безбједносним ризицима који се могу појавити. Владе се позивају да невладиним хуманитарним агенцијама дају такве информације.

Да би се олакшала ефективна координација и ефективно кориштење напора пружања помоћи, владе домаћини се позивају да прије катастрофе одреде једну контакт-тачку за NGHA које долазе како би се могле повезати с националним властима.

5. Помоћ код катастрофе у случају оружаног сукоба

У случају оружаног сукоба, активности хуманитарне помоћи се воде одговарајућим одредбама међународног хуманитарног права.

Прилог II: Препоруке за владе донаторе

1. Владе донатори требало би да препознају и поштују независне, хуманитарне и непристрасне активности NGHA.

NGHA су независна тијела чију независност и непристрасност донатори треба да поштују. Донатори не би требало да користе NGHA за промоцију било каквог политичког или идеолошког циља.

2. Владе донатори треба да обезбиједе средства уз гаранцију оперативне независности

NGHA прихватају финансирање и материјалну помоћ од донатора у истом духу као што и они исте пружају жртвама катастрофе, тј. уз хуманост

и независност дјеловања. Имплементација помоћи је, у коначном, одговорност NGHА, те ће се проводити у складу с политикама одговарајуће NGHА.

3. Владе донатори треба да користе своје услуге како би помогле невладиним хуманитарним агенцијама у добијању приступа жртвама катастрофе

Владе донатори требало би да препознају важност прихватања нивоа одговорности за сигурност и слободу приступа особља NGHА локацијама катастрофе. Оне би требало да буду спремне да користе дипломатију с владама домаћинима о таквим питањима, ако је то потребно.

Прилог III: Препоруке за међувладине организације

1. Међувладине организације треба да признају домаће и стране NGHА као вриједне партнере

Невладине хуманитарне агенције спремне су за рад с УН и другим међувладиним агенцијама да се постигне боља интервенција у случајевима катастрофа. Они то чине у духу партнерства који поштује интегритет и независност свих партнера. Међувладине агенције морају поштовати независност и непристрасност NGHА. Невладине хуманитарне агенције треба да се консултују с агенцијама УН у припреми планова пружања помоћи.

2. Међувладине организације треба да пруже помоћ владама домаћинима у осигурању свеукупног оквира координације за међународне и локалне катастрофе

Невладине хуманитарне агенције обично немају мандат да обезбиједи свеукупни оквир за координацију за катастрофе које захтијевају међународну интервенцију. Та одговорност пада на владу домаћина и релевантна тијела Уједињених нација. Они се позивају да ову услугу пруже на вријеме и на ефективан начин како би служиле погођеној држави и националној и међународној заједници за дјеловање у ситуацији катастрофе. У сваком случају, NGHА треба да учине све напоре како би обезбиједиле ефективну координацију својих услуга.

У случају оружаног сукоба, хуманитарне интервенције се воде одговарајућим одредбама међународног хуманитарног права.

3. Међувладине организације треба да прошире безбједносну заштиту предвиђену за организације УН и на NGHА

Тамо гдје се безбједносне услуге пружају за међувладине организације, ове услуге треба да се прошире и на њихове оперативне партнере невладине хуманитарне агенције, гдје се то затражи.

4. Међувладине организације треба да дају невладиним хуманитарним агенцијама исти приступ релевантним информацијама које се дају организацијама УН

Међувладине организације се позивају да дијеле све информације потребне за имплементацију ефективне интервенције са својим оперативним партнерима – невладиним хуманитарним организацијама.

Прилог 3

Скраћенице и акроними

ACT	Комбинована терапија на бази артемизинина
ALNAP	Мрежа за активно учење за одговорност и перформансе у хуманитарном дјеловању
ART	Антиретровирусна терапија
ARV	Антиретровирусни
BCPR	Биро за превенцију кризе и опоравак (UNDP)
BEmOC	Основна хитна порођајна нега
BMI	Индекс тјелесне масе
BMS	Замјена за мајчино млијеко
BTS	Службе за трансфузију крви
CDC	Центри за контролу и превенцију болести
CE-DAT	Базе података за комплексне хитне ситуације
CEDAW	Конвенција о уклањању свих облика дискриминације жена
CEmOC	Свеобухватна хитна порођајна нега
CFR	Стопа смртности
CHW	Здравствени радник у заједници
CIHL	Обичајно међународно хуманитарно право
cm	Центиметар
CMR	Груба стопа морталитета
CRC	Конвенција о правима дјетета
CRPD	Конвенција о правима лица с инвалидитетом
CRS	Catholic Relief Services
CTC	Центар за лијечење колере
DAC	Одбор за развојну помоћ

DPT	Дифтерија, пертусис и тетанус
ECB	Изградња капацитета за хитне ситуације (пројекат)
ENA	Процјена исхране у хитним ситуацијама
EPI	Проширени програм за имунизацију
ETAT	Хитна тријажа, процјена и лијечење
EWARN	Рано упозорење
FANTA	Техничка помоћ за храну и исхрану
FAO	Организација Уједињених нација за храну и пољопривреду
FTE	Еквивалент пуног радног времена
GMO	Генетски модификовани организам
HAP	Партнерство за хуманитарну одговорност
HIS	Здравствени информациони систем
IACS	Стални међуагенцијски одбор
ICC	Међународни криминални суд
ICCPR	Међународна повеља о грађанским и политичким правима
ICERD	Међународна конвенција о укидању свих облика расне дискриминације
ICESCR	Међународна повеља о економским, социјалним и културним правима
ICRC	Међународни комитет Црвеног крста
ICVA	Међународно вијеће волонтерских агенција
IDLO	Организација за међународно развојно право
IDP	Интерно расељена лица
IFE	Исхрана дјеце у хитним ситуацијама
IFPRI	Међународни истраживачки институт за политику хране
IFRC	Међународна федерација друштава Црвеног крста и Црвеног полумјесеца
IGC	Међународно вијеће за житарице
IHL	Међународно хуманитарно право
IMAI	Интегрисано управљање болестима одраслих
IMCI	Интегрисано управљање дјечјим болестима
IMPAC	Интегрисано управљање трудноћом и порођајем

INEE	Међуагенцијска мрежа за образовање у хитним ситуацијама
IPC	Превенција и контрола инфекција
IRC	Међународни одбор за спашавање
IRS	Резидуал прскања у затвореном простору
ISPO	Међународно друштво за протетику и ортопедска помагала
IYCF	Исхрана дојенчади и мале дјеце
km	Километар
LBW	Ниска порођајна тежина
LEDS	Свијетлеће диоде
LEGS	Смјернице и стандарди за стоку у хитним ситуацијама
LLIN	Мрежа третирана дуготрајним инсектицидом
MISP	Минимални пакет почетних услуга
MOH	Министарство здравља
MSF	Доктори без граница
MUAC	Обим средине надлактице
NCD	Незаразне болести
NCHS	Национални центар за здравствену статистику
NFI	Непрехрамбени артикл
NGO (НВО)	Невладина организација
NICS	Информациони систем за исхрану приликом катастрофе
NRC	Норвешко вијеће за избјеглице
NTU	Јединица нефелометријске замућености
OAU	Организација афричког јединства (сада Афричка унија)
OCHA	Канцеларија Уједињених нација за координацију хуманитарних послова
OECD	Организација за економску сарадњу и развој
OHCHR	Канцеларија високог комесара Уједињених нација за људска права
ORS	Соли за оралну рехидрацију
ПАНО	Панамеричка здравствена организација
PEP	Профилакса након излагања
PLHIV	Људи који живе с HIV-ом

PLWHA	Људи које живе с HIV-ом и AIDS-ом
PMTCT	Превенција преноса мајка–дијете (HIV)
PoUWT	Пречишћавање воде на мјесту кориштења
Q & A	Квалитет и одговорност
RH	Репродуктивно здравље
RNI	Референтни унос нутријената
SCM	Управљање ланцем снабдијевања
SEEP	Промоција и образовање за мала предузећа (мрежа)
SKAT	Швајцарски центар за одговарајуће технологије
SMART	Стандардизовани надзор и процјена помоћи и транзиције
STI	Полно преносиве инфекције
TB	Туберкулоза
TIG	Тетанус имуноглобулин
U5MR	Стопа морталитета дјете млађе од пет година
UDHR	Општа декларација о људским правима
UN (УН)	Уједињене нације
UNAIDS	Заједнички програм Уједињених нација за HIV/AIDS
UN-DDR	Програм Уједињених нација за разоружање, демобилизацију и реинтеграцију
UNDP	Развојни програм Уједињених нација
UNFCCC	Оквирна конвенција Уједињених нација о промјени климе
UNFPA	Фонд популације Уједињених нација
UN-Habitat	Програм Уједињених нација за људска насеља
UNHCR	Канцеларија високог комесара Уједињених нација за избјеглице (Агенција за избјеглице УН)
UNICEF	Фонд Уједињених нација за дјецу
UNISDR	Међународна стратегија Уједињених нација за смањење катастрофа
USAID	Агенција Сједињених Америчких Држава за међународни развој
VCA	Анализа рањивости и капацитета
VIP	Вентилацијски побољшани нужници у јамама

WASH	Водоснабдијевање, санитарни услови и промоција хигијене
WEDC	Центар за воду, инжењеринг и развој
WFH	Тежина по висини
WFP	Свјетски програм хране
WHA	Свјетска здравствена скупштина
WHO	Свјетска здравствена организација
WSP	План сигурности воде

Индекс



AIDS V, 13, 16, 67, 71, 82, 92, 107, 108, 113, 119, 147, 183, 188, 189, 196, 203, 216, 243, 254, 261, 369, 383, 384, 388, 389, 398, 428. See HIV и AIDS

CMR 325, 347, 348, 390, 425

DPT 361, 364, 373, 426

DPT-a (дифтерија, пертусис и тетанус) 361

EPI. See Проширени програм за имунизацију

HIV V, 12, 13, 16, 17, 67, 71, 82, 92, 93, 94, 107, 108, 113, 119, 147, 163, 174, 177, 179, 180, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 199, 202, 216, 221, 234, 237, 243, 247, 252, 254, 259, 260, 261, 274, 328, 329, 335, 365, 367, 369, 370, 371, 389, 395, 398, 427, 428

HIV и AIDS V, 13, 16, 107, 243, 369

IDP. See интерно расељена лица

IMAI. See интегрисано управљање болестима одраслих

IMCI. See Integrated Management of Childhood Illness

Integrated Management of Childhood Illness 394

PoUWT 428

WASH 86, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 147, 148, 162, 256, 281, 284, 429

A

агенције за помоћ.
See хуманитарне организације

алати 46, 200, 222, 230, 231, 307, 308, 314

Алати 167, 308, 314

амбулантно лијечење 181

Акутна потхрањеност.
See потхрањености

Б

берибери 172, 192

биолошко оружје 409

болест 124, 144, 157, 197, 202, 356, 362, 391

болести 45, 67, 78, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 98, 107, 109, 114, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 136, 139, 140, 145, 149, 150, 158, 163, 172, 174, 185, 186, 189, 190, 191, 192, 201, 202, 220, 230, 243, 246, 268, 269, 274, 281, 282, 286, 287, 290, 291, 302, 303, 313, 322, 325, 327, 329, 331, 333, 335, 341, 342, 344, 346, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 373, 377, 378, 380, 381, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 391, 394, 396, 397, 399, 425, 427

Болести које се преносе водом 124

болница 332, 365, 384

Брига о здрављу 45

В

вакцинација 357, 359, 361

Витамин С 253

Витамин D 252

витамин А 178, 179, 191, 243

власништва 9, 283, 311

власништво 33, 44, 59, 74, 276,
281, 283, 297

Водоснабдијевање IV, 86, 88, 95,
105, 108, 110, 112, 116, 138,
148, 220, 350, 429

Г

Генетски модификована храна 208
глодари 130, 208

гориво 37, 179, 196, 216, 220, 273,
279, 284, 297, 300, 305, 307,
313

грађевински материјали 312

Д

денга 121, 126, 144, 349, 351, 352,
357, 359, 387, 389

Дијагноза 191, 192, 387

дијареја 110, 144, 192, 333, 349,
352, 362, 385, 387

дифтерија 361, 362, 387, 389

дјевојчице 16, 64

дјеца 12, 15, 16, 42, 59, 66, 77, 99,
102, 122, 154, 162, 174, 177,
183, 185, 187, 196, 198, 199,
201, 217, 221, 242, 250, 303,
310, 313, 346, 351, 360, 361,
362, 363, 364, 380, 405

дјечаци 16, 302

дојенчад 103, 161, 177, 178, 179,
180, 206, 243, 246, 289, 302,
313, 360, 361

дојење 174, 176, 178, 179, 180, 190,
284

државна власт 62

дрога 16, 77, 370

друштвене мреже 203

Е

едем 159, 172, 246, 247

ерозија 67, 135, 297

Ж

жене 16, 17, 37, 42, 60, 64, 66, 70,
71, 75, 93, 99, 100, 101, 102,
104, 108, 112, 113, 117, 119,
136, 139, 143, 163, 167, 168,
169, 215, 216, 226, 232, 234,
237, 251, 253, 254, 278, 283,
293, 302, 304, 306, 308, 310,
312, 313, 314, 346, 366, 367,
368, 380, 390, 404

Женевска конвенција 23

животне намирнице. See храна

животне потребе 38, 194, 222, 236

З

загађење 15, 116, 130

запошљавање 77, 195, 232, 233,
235, 337

заразне болести 91, 123, 333, 349,
352, 357, 359, 380

заштитна одјећа 234

здравствене услуге 45, 78, 126,
173, 178, 180, 184, 186, 188,
192, 201, 222, 243, 291, 320,
322, 325, 330, 331, 336, 339,
340, 341, 342, 346, 347, 349,

352, 353, 354, 360, 362, 363,
364, 365, 369, 371, 372, 374,
375, 377, 378, 397
здравствене установе 130, 140,
145, 191, 281, 285, 291, 294,
310, 326, 331, 334, 342, 366,
368, 369, 370, 372, 375, 378,
389
Здравствени информациони
систем 342, 426
Здравствени објекти 332
здравствени радници 66, 137, 336,
372, 373
земљиште 47, 229, 233, 278, 283
земљотреси 278, 281, 371

И

играонице 59
избјеглице 16, 91, 123, 157, 380,
407, 410, 411, 427, 428
извори воде 138
имунитет 23, 360
инсекти 208
интегрисано управљање болестима
одраслих 23, 123, 380, 402,
410
интерно расељена лица 23, 123,
380, 402, 410
Исхрана IV, 152, 159, 174, 175, 176,
180, 192, 198, 201, 205, 206,
218, 221, 259, 350, 369, 426,
427

Ј

јавно здравство 111

К

камп 101, 125, 286, 360, 385, 416
канализација 126, 134, 144
канцеларије 284
катастрофа II, 4, 10, 11, 12, 13, 15,
16, 18, 20, 22, 31, 55, 56, 57,
58, 61, 67, 68, 69, 71, 78, 79,
80, 86, 91, 92, 100, 115, 128,
152, 157, 161, 163, 167, 168,
187, 198, 215, 237, 239, 264,
269, 273, 274, 279, 280, 281,
289, 294, 302, 310, 320, 325,
326, 327, 329, 330, 333, 340,
346, 353, 367, 369, 370, 371,
372, 373, 377, 380, 402, 407,
413, 414, 415, 416, 417, 418,
419, 420, 421, 423, 428
квалитет и одговорност 9, 14
Кишница 133
Климатске промјене 325
клиничар 392
колера 164, 274, 355, 358, 359, 387,
389
контрола комараца 126
координација 7, 52, 61, 62, 92, 162,
163, 175, 273, 277, 309, 320,
327, 343, 359, 365, 422
кризе III, 169, 283, 325, 377, 425
културолошке праксе 227, 303
купање 102, 112, 113, 134, 141
кућни отпад 131
кухање 90, 105, 106, 108, 204, 220,
286, 288, 289, 291, 300, 304,
306, 313, 314
Кухање 313

Л

Лабораторијска испитивања 333, 357

лабораторијске услуге 331

лица с инвалидитетом 17, 18, 37, 42, 66, 77, 92, 93, 117, 118, 161, 163, 184, 213, 215, 217, 221, 233, 278, 283, 304, 310, 312, 346, 380, 405, 406, 425

лична хигијена 101, 123, 144, 300

локалне власти 5, 58, 61, 62, 66, 224, 231

Љ

Људи који живе с HIV-ом 17, 202, 427

људска права 60, 402, 403, 404, 405, 427

М

мала дјеца 154, 174, 221. See дјеца
маларија 126, 140, 179, 192, 201, 333, 349, 350, 352, 353, 355, 358, 359

Мапирање заједнице 109

медицински отпад 128, 130

менингитис 333, 352, 355, 357, 358, 387, 389

Менструација 120

ментално здравље 18, 45, 78, 322, 346, 365, 368, 374, 375, 376, 377, 405

Минимални почетни пакет услуга 366

Минимални стандарди 1, 4, 5, 13, 15, 86, 90, 91, 95, 156, 157,

165, 264, 268, 269, 276, 320, 324, 325, 330, 407

млијеко 175, 176, 177, 178, 179, 206, 243, 425

Млијеко 176, 206

мобилизација заједнице 121

мобилне клинике 331, 333

Н

надзор 12, 113, 127, 176, 194, 249, 296, 301, 336, 337, 341, 343, 348, 356, 359, 377, 386, 389, 420, 428

најбоље праксе 207

накнада II, 195, 232, 233, 234, 235, 339, 340

насеље 124, 134, 385

насиље 15, 33, 34, 42, 43, 45, 47, 62, 66, 163, 217, 274, 329, 366, 367, 368

недостаци микронутријената 182, 249

незаразне болести 322, 346, 354, 377, 378

непрехрамбени производи 137

ниацин 192, 252

О

оброци 36, 186, 198, 200, 201, 205, 216

обука 211, 225, 272, 292, 314, 335
одводњавање 109, 121

одговорност II, III, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 25, 31, 32, 33, 40, 55, 59, 70, 74, 76, 78, 196, 203, 225,

324, 344, 345, 414, 422, 423, 425, 426, 428	23, 57, 58, 91, 96, 118, 269, 272, 296
одјећа 113, 123, 145, 234, 264, 266, 279, 298, 300, 302, 303	подаци 65, 111, 170, 171, 226, 247, 252, 254, 309, 326, 341, 342, 343, 348, 367, 384, 418
одлагање 91, 100, 103, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 125, 128, 129, 130, 131, 134, 139, 140, 208, 212, 284, 339, 370	подземне воде 115, 116, 118, 134, 285
одлучивање 183, 341	пол 22, 23, 65, 66, 107, 168, 197, 301, 310, 381, 403
организација цивилног друштва 161	помоћ 4, 6, 11, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 52, 55, 56, 60, 62, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 94, 134, 157, 163, 165, 170, 176, 177, 178, 179, 180, 186, 189, 193, 194, 197, 200, 214, 216, 220, 221, 223, 225, 226, 231, 234, 248, 272, 273, 274, 279, 280, 283, 289, 293, 298, 300, 308, 310, 312, 313, 328, 329, 333, 350, 352, 353, 354, 363, 367, 368, 373, 375, 376, 389, 402, 408, 411, 412, 413, 414, 417, 418, 419, 421, 422, 423, 425, 426
Осигурање хране IV, 102, 152, 154, 158, 161, 167, 168, 173, 176, 186, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 202, 204, 205, 206, 208, 210, 213, 219, 221, 222, 225, 226, 227, 231, 232, 234, 235, 238, 239, 254, 294, 298, 300, 301, 306, 340, 350	помоћ у храни 170, 189, 194, 200, 350, 412
Оспице 384	поплава 115, 117, 128, 134, 141, 158, 211, 230, 285, 327
П	поплаве 15, 67, 116, 118, 120, 278, 281, 285, 296, 297
падавине 133	породица 42, 121, 129, 272, 287, 289, 405, 418
пелагра 192	Посебне потребе 103, 347
пертусис 361, 362, 387, 389, 426	потхрањеност 15, 158, 159, 167, 173, 181, 182, 186, 190, 243, 246, 247, 349, 352, 360, 386
пећи 220, 279, 286, 291, 305, 306, 307, 313, 314	потхрањености 152, 153, 154, 157, 158, 160, 161, 162, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 179,
питка вода 216	
планирање 5, 57, 75, 77, 92, 96, 100, 101, 128, 134, 161, 169, 173, 178, 200, 201, 217, 225, 249, 276, 278, 281, 282, 283, 286, 296, 326, 350, 367, 422	
План сигурности воде 429	
повреда 17, 32, 40, 77, 78, 234, 325, 334, 372, 373	
површинске воде 115, 290, 291	
погођени катастрофом 7, 20, 22,	

181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 198, 201, 202, 235, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 262, 325, 350, 362, 389	приступ храни 157, 165, 197, 202, 203, 229, 242, 247
Почетна процјена 256, 277	провјетравање 122
почетне процјене 88, 169, 171, 309	програм 57, 63, 68, 69, 74, 95, 100, 183, 186, 187, 220, 248, 332, 334, 353, 379, 426, 428, 429
права II, 6, 7, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 47, 55, 59, 60, 66, 68, 70, 71, 76, 90, 91, 94, 156, 157, 164, 217, 268, 269, 272, 275, 276, 283, 284, 293, 324, 325, 329, 335, 341, 343, 364, 375, 377, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 421, 422, 423, 427	промовисање хигијене 86, 88, 95, 99, 100, 101, 111, 115, 120, 121, 136, 137
правила понашања 76	Промовисање хигијене 86, 88, 95, 96, 98, 99, 101, 108, 112, 114, 120, 137, 148, 220, 298, 299, 300, 350, 359
прање руку 112, 117, 131, 133, 134, 135, 142	Процјена 35, 63, 65, 67, 68, 74, 80, 81, 96, 152, 165, 166, 168, 169, 173, 184, 192, 193, 196, 197, 200, 202, 210, 214, 236, 241, 242, 256, 257, 258, 277, 282, 296, 300, 309, 426
Прва помоћ 373	Процјена осигурања хране 152, 166, 169, 173, 192, 193, 196, 200, 202, 210, 214, 236, 242, 256, 282
Превенција маларије 350	процјена ризика 356
прибор за јело 304	процјене потреба 87
приватност 113, 117, 120, 279, 285, 287, 288, 289, 331, 334	Процјене ризика 280
Привремена насеља 279, 316	Проширени програм за имунизацију 426
Принцип заштите 7, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 66, 68, 69, 70, 102, 117, 168, 190, 196, 197, 203, 205, 212, 214, 215, 216, 217, 225, 226, 229, 237, 280, 286, 289, 293, 343, 346, 348, 365, 368, 371, 374, 375	психо-социјална подршка 18, 190, 374
Принципи заштите IV, 1, 6, 7, 29, 35, 86, 264, 320	Р
припрема 163, 205, 219, 300, 354, 362	радник 425
приступ здравственим услугама 233, 269, 333, 340, 343, 346, 375	рањиви људи 103, 347
	расељено становништво 280, 283, 299, 300, 312, 360
	реконструкција 247
	репродуктивно здравље 176, 178, 180, 189, 344, 346, 364, 365, 366, 367, 369, 395, 398

рибофлавин 192, 252
родитељи 163, 274, 328

С

санитарни услови IV, 4, 7, 86, 88,
91, 95, 107, 349, 350, 377, 429
сапун 103, 113, 131, 139
сахрана 203
сексуално злостављање 217, 343
сексуално искориштавање 77, 94,
217, 367
сигурност 20, 21, 23, 31, 33, 35, 40,
41, 63, 90, 96, 97, 113, 119,
152, 156, 163, 168, 196, 211,
213, 218, 225, 239, 268, 269,
278, 287, 288, 299, 305, 324,
329, 334, 343, 375, 404, 423
Систем раног упозоравања 356
сјемена 154, 165, 229, 230, 231,
236, 237, 240, 241, 257
склониште 25, 90, 156, 224, 264,
268, 269, 270, 272, 277, 280,
283, 285, 288, 289, 294, 296,
298, 299, 310, 324, 325, 350,
377
Скорбут 192
слобода кретања 38, 404
случај 114, 251, 357, 358, 386
смјештај IV, 1, 4, 7, 133, 134, 223,
264, 266, 268, 269, 270, 272,
273, 276, 277, 279, 280, 281,
282, 283, 284, 287, 289, 291,
292, 293, 294, 295, 297, 300,
308, 309, 311, 312, 335, 349,
350
смртност 67, 174, 189
снабдијевање водом 7, 105, 113,
117, 131, 133, 138

средства за живот 154, 168
стандарди II, III, IV, V, 1, 4, 5, 6, 7,
8, 9, 10, 13, 14, 15, 22, 24,
33, 38, 47, 52, 53, 55, 56, 57,
86, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 107,
152, 156, 157, 162, 163, 165,
208, 264, 268, 269, 273, 274,
276, 294, 320, 324, 325, 328,
329, 330, 332, 407, 410, 427,
442
становништво погођено
катастрофом 32, 87, 115,
127, 128, 278, 340
старија лица 66, 93, 117, 118, 122,
215, 217, 221, 233, 284, 303,
312, 346, 380
стока V, 222, 230, 236, 238, 272
стратегије 6, 12, 16, 55, 56, 57, 61,
64, 68, 71, 94, 99, 126, 164,
168, 169, 183, 193, 194, 195,
196, 203, 228, 230, 232, 238,
239, 269, 275, 278, 329, 345,
413, 418
сукоб 10, 24, 402, 405, 408
суочавање 18, 68, 70, 168
суша 230

Т

тетанус 361, 372, 373, 387, 389, 426
тиамин 192, 252
тоалет 119, 143
тоалети 116, 117, 119, 142, 216
Топлотна удобност 269
трансфери готовине 154
трансфери хране 168, 173, 176,
196, 197, 198, 202, 204, 205,
206, 208, 210, 213, 219, 221,
222, 225, 226, 234, 254

тржишта 168, 193, 195, 201, 222,
224, 226, 228, 232, 233, 234,
235, 236, 241, 293, 298, 300,
316

Тријажа 363, 373

труднице 117, 122, 123, 176, 177,
198, 199, 201, 205, 233, 245,
248, 303, 313, 351, 366, 368

Туберкулоза 428

У

угрожене особе 43, 140

упала плућа 352, 353

управљање V, VI, 5, 15, 41, 58, 70,
77, 78, 95, 96, 131, 161, 170,
184, 208, 210, 211, 235, 239,
240, 245, 281, 293, 294, 296,
297, 306, 326, 330, 331, 335,
338, 339, 341, 350, 352, 359,
362, 363, 365, 366, 367, 375,
378, 379, 419, 426

управљање отпадом 331, 350

Управљање чврстим отпадом 86,
88, 128, 140, 208, 331, 350

усмјеравање 71, 165, 197, 213, 214,
222, 225, 226, 341, 369

утицај на животну средину 56, 128,
269, 278, 282, 295, 296, 297,
312

Ф

фекалне 109

фекално-оралне болести.

See болести

Х

храна 106, 122, 145, 158, 179, 186,
193, 197, 198, 199, 201, 204,
205, 207, 208, 209, 210, 211,
212, 214, 216, 218, 219, 221,
222, 224, 229, 232, 236, 237,
243, 279, 377

храна за дојенчад 243

храњење 177, 179, 181, 197, 351

хронична потхрањеност 159

хроничне болести 354

Хуманитарна повеља II, III, IV, 1, 5,
6, 20, 90, 268, 324, 402, 442

Хуманитарна помоћ 71, 418

хуманитарне организације IV, 5, 7,
10, 11, 20, 21, 28, 32, 33, 36,
39, 40, 41, 42, 43, 44, 55, 56,
62, 63, 65, 66, 90, 92, 93, 156,
162, 210, 273, 324, 328, 340,
380

Ш

школа 198, 233, 278

Посјетите веб-страницу Пројекта Sphere

www.sphereproject.org

За наруџбу Приручника Sphere посјетите

www.practicalactionpublishing.org/sphere

