

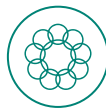
Príručka Sphere

Humanitárna charta
a minimálne štandardy
humanitárnej pomoci



Vydanie z roku 2018

Copyright



Príručka Sphere

Humanitárna charta a minimálne
štandardy humanitárnej pomoci

ČO JE SPHERE?

HUMANITÁRNA CHARTA

ZÁSADY OCHRANY

ZÁKLADNÁ HUMANITÁRNA NORMA

ZÁSOBOVANIE VODOU, SANITÁCIA
A PODPORA HYGIENY

POTRAVINOVÁ BEZPEČNOSŤ A VÝŽIVA

PRÍSTREŠIE A OSÍDLENIE

ZDRAVIE



Sphere Association
3 Rue de Varembe
1202 Geneva, Švajčiarsko
E-mail: info@spherestandards.org
Webová lokalita: www.spherestandards.org

Prvé vydanie 2000
Druhé vydanie 2004
Tretie vydanie 2011
Štvrté vydanie 2018
Opakovaná tlač s opravami 2019

Copyright © Sphere Association, 2018
Copyright pre Základnú humanitárnu normu o kvalite a zodpovednosti © CHS Alliance, Sphere Association and Groupe URD, 2018

Všetky práva vyhradené. Na tento materiál sa vzťahujú autorské práva, ale môže sa bezplatne reprodukovať na vzdelávacie účely, a to vrátane štoliacich, výskumných a programových činností za predpokladu, že sa uvedie vlastník autorských práv. Nie je určený na ďalší predaj. Na kopírovanie za iných okolností, uverejnenie na internete, použitie v iných publikáciách alebo preklad či úpravu je nutné vopred požiadať o písomné povolenie odoslaním e-mailu na adresu info@spherestandards.org.

Katalógový záznam tejto publikácie je v Britskej knižnici a Kongresovej knižnici USA.

ISBN 978-1-908177-001 PBK
ISBN 978-1-908176-998 PDF

Citácia: Sphere Association. *Príručka Sphere: Humanitárna charta a minimálne štandardy humanitárnej pomoci*, štvrté vydanie, Ženeva, Švajčiarsko, 2018.
www.spherestandards.org/sphere

Projekt Sphere iniciovala v roku 1997 skupina mimovládnych organizácií a Hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca s cieľom vypracovať univerzálne minimálne štandardy v kľúčových oblastiach humanitárnej pomoci: príručku Sphere. Cieľom príručky je zlepšiť kvalitu humanitárnej pomoci v oblastiach zasiahnutých katastrofou a konfliktom a posilniť zodpovednosť humanitárnej činnosti voči ľuďom zasiahnutým krízou. Humanitárna charta a minimálne štandardy humanitárnej pomoci sú výsledkom kolektívnych skúseností mnohých ľudí a agentúr. Nemali by sa preto vnímať ako vyjadrenie názorov jednej konkrétnej agentúry. V roku 2016 sa projekt Sphere zaregistroval ako Sphere Association.

Príručku pre združenie Sphere Association na celom svete distribuuje spoločnosť Practical Action Publishing a jej zástupcovia a splnomocnenci. Practical Action Publishing (spoločnosť v Spojenom kráľovstve, reg. č. 1159018) je vydavateľstvo, ktorého úplným vlastníkom je spoločnosť Practical Action a obchodnú činnosť vykonáva iba na podporu charitatívnych cieľov svojej materskej spoločnosti.

Practical Action Publishing, The Robbins Building, 25 Albert Street, Rugby, CV21 2SD, Spojené kráľovstvo
Tel. +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502
Webová stránka: <https://practicalactionpublishing.com/>

Návrh: Non-linear Design Studio, Miláno, Taliansko
Tlač: Shortrun Press, Spojené kráľovstvo.
Sadzba: vPrompt eServices, India

Obsah

Predslov.....	v
Podakovanie	vii
Čo je Sphere?.....	1
Humanitárna charta.....	27
Zásady ochrany.....	33
Základná humanitárna norma	49
Zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny	89
Potravinová bezpečnosť a výživa.....	161
Prístrešie a osídlenie	243
Zdravie	299
Prílohy.....	385
Príloha 1: Právny základ projektu Sphere.....	374
Príloha 2: Pravidlá správania	403
Príloha 3: Skratky a akronymy	411
Register	413

Predslov

Príručka Sphere oslavuje štvrtým vydaním svoje 20. výročie. Je výsledkom intenzívnej celoročnej mobilizácie humanitárnych aktérov z celého sveta a odzrkadľuje dve desaťročia skúseností s používaním štandardov pri práci v prvej línii s tvorbou stratégií a presadzovaním zásad kvality a zodpovednosti.

Príručka ako prehľadný rámec založený na právach stavia na právnych a etických základoch humanitarizmu a cez pragmatické smernice, všeobecne platné osvedčené postupy a nazhromaždené dôkazy podporuje prácu humanitárnych pracovníkov v každom prostredí.

Projekt Sphere má v tomto odvetví a v neustále sa meniacom humanitárnom kontexte nezastupiteľné miesto. Toto vydanie vychádza predovšetkým z medzinárodných záväzkov prijatých na prvom Svetovom humanitárnom summite v roku 2016, z Agendy pre udržateľný rozvoj na rok 2030 a ďalších globálnych iniciatív.

Hoci sa rámec uplatňovaných pravidiel stále mení, vieme, že bezprostredné potreby na prežitie ľudí počas konfliktov a katastrof sa do veľkej miery nemenia bez ohľadu na to, kde ku kríze dôjde. Projekt Sphere napomáha a prispieva k celosvetovým a miestnym procesom tvorby postupov tým, že pripomína základnú nutnosť poskytovať ľuďom pomoc založenú na zodpovednosti, ktorá zaručí ich dôstojné prežitie, zotavenie a obnovu života.

Sila a globálny vplyv projektu Sphere spočívajú v tom, že patrí všetkým. Tento pocit vlastníctva sa raz za niekoľko rokov obnovuje prostredníctvom prehodnocovania a revidovania štandardov samotnými používateľmi. Je to okamih, keď spoločne opakovane vyjadrujeme naše záväzky a zhodneme sa na vylepšených opatreniach, ktoré zabezpečia, aby pracovníci v teréne mali k dispozícii tie najkvalitnejšie informácie bez ohľadu na to, kde pracujú. Preto je príručka Sphere kľúčovým odkazom a pripomienkou rozhodujúceho významu ľudskej dôstojnosti a práva ľudí plne sa podieľať na rozhodnutiach, ktoré sa ich týkajú.

Sphere je jedným zo základov humanitárnej práce. Je odrazovým mostíkom pre nových humanitárnych aktérov a stabilnou príručkou pre skúsených pracovníkov, kde nájdu usmernenia o prioritách a zdroje podrobnejších technických informácií. Naši partneri v rámci jednotlivých štandardov sa starajú o ešte širšiu podporu v špecifických sektoroch nad rámec pôsobnosti príručky Sphere, aby pomohli ľuďom zotaviť sa a mať sa lepšie.

Toto vydanie obsahuje podnety od tisícov ľudí pracujúcich vo viac ako 450 organizáciách v minimálne 65 krajinách po celom svete. Jeho globálny záber sa zakladá na skúsenostiach z rozmanitých kontextov, mimoriadnych výziev a rôznych typov aktérov. Štandardy by nemohli vzniknúť bez nepoľavujúceho úsilia mnohých ľudí ako ste vy. Náš sektor vám ďakuje za prínos pri aktuálnej revízii a celkovo za posledné dve desaťročia.

Tešíme sa na pokračovanie tejto dôležitej práce a na spoločné vzdelávanie pri používaní príručky.



Martin McCann
predseda rady Sphere



Christine Knudsen
výkonná riaditeľka

Pod'akovanie

Toto vydanie príručky Sphere je výsledkom najpestrejšieho a najrozsiahlejšieho konzultačného procesu v histórii projektu Sphere. Prišlo nám takmer 4 500 online pripomienok od 190 organizácií a viac ako 1 400 ľudí sa osobne zúčastnilo na 60 podujatiach organizovaných partnermi v 40 krajinách. Organizácia Sphere s vďakou oceňuje rozsah a hĺbku príspevkov od vnútroštátnych, miestnych a medzinárodných mimovládnych organizácií, vnútroštátnych orgánov a ministerstiev, spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca, univerzít, organizácií OSN a konkrétnych pracovníkov.

Kapitola Prístrešie a osídlenie je venovaná pamiatke **Grahama Saundersa**, autora tejto kapitoly vo vydaniach z rokov 2004 a 2011 a poradcu na začiatku tvorby vydania z roku 2018.

Graham bol skutočný humanista a propagátor opatrení v oblasti prístrešia. Jeho vízia, vedenie a nekonečná energia mali rozhodujúci vplyv na zvyšovanie povedomia o otázkach humanitárneho prístrešia a formovali toto odvetvie pre budúce generácie pracovníkov. Neúnavne sa snažil zlepšovať naše postupy a profesionalizovať sektor. Bude nám veľmi chýbať ako priekopník, profesionál a priateľ.

Redakčný proces koordinovala kancelária Sphere. Jednotlivé kapitoly vypracovali hlavní autori s medzisektorovou podporou odborníkov na danú tému a expertov na zdroje z humanitárneho sektora. Väčšinu autorov a odborníkov na tému nominovali ich domáce organizácie, pričom svoj čas a úsilie venovali ako hmotný príspevok nášmu sektoru.

Vznikli autorské a referenčné skupiny zamerané na podporu autorov a odborníkov na tému. Sphere si cení významný prínos všetkých týchto jednotlivcov v priebehu rokov 2017 a 2018. Kompletný zoznam všetkých členov pracovných a referenčných skupín nájdete na webovej stránke Sphere spherestandards.org. Nižšie sú uvedení hlavní autori a odborníci.

Základné kapitoly

- **Humanitárna charta a príloha 1:** Dr. Mary Picard
- **Zásady ochrany:** Simon Russell (Global Protection Cluster) a Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Základná humanitárna norma:** Takeshi Komino (CWSA Japan) a Sawako Matsuo (JANIC)

Technické kapitoly

- **Voda, sanitácia a podpora hygieny:** Kit Dyer (NCA) a Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Potravinová bezpečnosť:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Výživa:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Prístrešie a osídlenie:** Seki Hirano (CRS) a Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Zdravie:** Dr. Durgavasini Devanath (IFRC), Dr. Julie Hall (IFRC), Dr. Judith Harvie (International Medical Corps), Dr. Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr. Eba Pasha (nezávislá)

Zraniteľnosti, možnosti a pracovné nastavenia

- **Deti a ochrana dieťaťa:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Starší ľudia:** Irene van Horssen a Phil Hand (HelpAge)
- **Pohlavie:** Mireia Cano (GenCap)
- **Rodovo podmienené násilie:** Jeanne Ward (nezávislá)
- **Ľudia so zdravotným postihnutím:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Ľudia s HIV a zasiahnutí HIV:** Alice Fay (UNHCR)
- **Psychické zdravie a psychosociálna podpora:** Dr. Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Dlhotrvajúce krízy:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Mestské prostredie:** Dr. Pamela Sitko (WVI)
- **Civilno-vojenská koordinácia:** Jennifer Jalovec a Mark Herrick (WVI)
- **Životné prostredie:** Amanda George a Thomas Palo (Swedish Red Cross)
- **Znižovanie rizika katastrof:** Glenn Dolcemascolo a Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Hotovostná pomoc a trhy:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Riadenie dodávateľského reťazca a logistika:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie:** Joanna Olsen (CRS)

Rada projektu Sphere (máj 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Kanada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * Medzinárodná federácia spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaye) * Oxfam International - Intermón (Maria Chaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * Armáda spásy (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Poďakovanie patrí aj členom rady, ktorí iniciovali a viedli revíziu a medzitým z rady odišli: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Darcovia

Okrem príspevkov organizácií uvedených vyššie, ktoré sú členmi rady, poskytli finančné prostriedky na redakciu príručky aj:

Danish International Development Agency (DANIDA) * Ministerstvo zahraničných vecí Nemecka * Irish Aid * Austrálska vláda – Ministerstvo zahraničných vecí a obchodu (DFAT) * Generálne riaditeľstvo Európskej komisie pre civilnú ochranu a operácie humanitárnej pomoci (ECHO) prostredníctvom Medzinárodnej federácie spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca (IFRC) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (OFDA) * Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) prostredníctvom Church of Sweden * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * Vysoký komisár Organizácie Spojených národov pre utečencov (UNHCR) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM).

Redakčný tím príručky

Christine Knudsen, výkonná riaditeľka (Sphere)
 Aninia Nadig, riaditeľka pre presadzovanie štandardov a budovanie sietí (Sphere)
 Editori: Kate Murphy a Aimee Ansari (Translators without Borders)
 Redakční koordinátori: Lynnette Larsen a Miro Modrusan

S podporou pracovníkov projektu Sphere:

Tristan Hale, riaditeľ pre vzdelávanie a školenia
 Wassila Mansouri, pracovníčka pre budovanie sietí a terénnu prácu
 Juan Michel, riaditeľ pre komunikáciu do septembra 2017
 Barbara Sartore, riaditeľka pre komunikáciu od októbra 2017
 Loredana Serban, pracovníčka pre administratívu a financie
 Kristen Pantano a Caroline Tinka, stážistky

Online konzultácie: Markus Forsberg (PHAP)

Návrh príručky: Non-linear (www.non-linear.com)

Redigovanie, grafický návrh a produkcia: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.com)

Kimberly Clarke a Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

Koordinátorka prekladu a osvetý: Daria Pistriak (Sphere)

Preklad a korektúra: CPSL Language Services

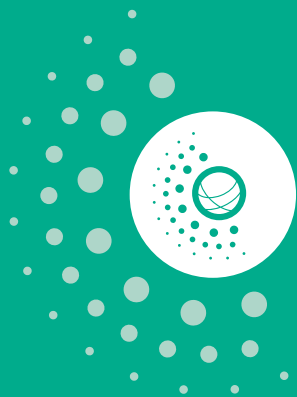
Jazyková redaktorka: Alexandra Dubová

Veľké poďakovanie za ďalšiu podporu v redakčnom procese príručky: James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr. Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas a Marilise Turnbull.

Miestne organizácie spolupracujúce na projekte Sphere, ktoré organizovali osobné konzultácie týkajúce sa redakcie:

ADRA Argentina (regionálne konzultácie s ADRA South America)
Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afganistan)
Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)
Amity Foundation (člen pracovnej skupiny The Benevolence Standards Working Group, miestna organizácia pre Čínu)
BIFERD (Demokratická republika Kongo)
Community World Service Asia (Thajsko a Pakistan)
Daniel Arteaga Galarza* poradca National Risk Management System (Ekvádor) pre projekt Sphere
Dr. Oliver Hoffmann* z miestnej organizácie Sphere pre Nemecko
Grupo Esfera Bolivia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* z podklastra pre ochranu detí (Niger)
Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)
Institut Bioforce (Francúzsko)
InterAction (USA)
Inter-Agency Accountability Working Group (Etiópija)
Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation (Kórejská republika)
Sphere Community Bangladesh (SCB)
Sphere India
Ukraine NGO Forum
UNDP Chile

*Miestne organizácie



Čo je Sphere?

Príručka

Čo je Sphere?

ZÁSADY + ZÁKLADY



Zásobovanie
vodou, sanitácia
a podpora hygieny



Potravinová
bezpečnosť
a výživa



Prístrešie
a osídlenie



Zdravie

ŠTANDARDY

PRÍLOHA 1 Právny základ Sphere

PRÍLOHA 2 Zásady správania

PRÍLOHA 3 Skratky

Obsah

Čo je Sphere?.....	4
1. Príručka	4
Štyri základné a štyri technické kapitoly	5
Minimálne štandardy podporujú jednotný prístup.....	6
Štruktúra štandardov.....	6
Práca s kľúčovými ukazovateľmi	7
Prepojenie s inými štandardmi	7
2. Používanie štandardov v kontexte.....	8
Štandardy platia počas celého cyklu programu	9
Hodnotenie a analýza	9
Vývoj stratégie a návrh programu.....	9
Implementácia	10
Monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie.....	10
Pochopenie zraniteľností a možností.....	10
Rozčlenenie údajov.....	12
Deti	12
Starší ľudia.....	13
Rod.....	14
Rodovo podmienené násilie.....	14
Osoby so zdravotným postihnutím	14
Ľudia s HIV a zasiahnutí HIV	15
Osoby z komunity LGBTQI	15
Psychické zdravie a psychosociálna podpora.....	15
Pochopenie operačného prostredia	16
Podpora štátnych a miestnych aktérov.....	17
Dlhotrvajúce krízy.....	17
Mestské prostredie.....	17
Spoločné osídlenia	18
Prostredia s domácimi alebo medzinárodnými vojenskými silami	18
Vplyv humanitárnej pomoci na životné prostredie	19
Príloha: Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.....	20
Citácie a ďalšie zdroje.....	26



Čo je Sphere?

Projekt Sphere, v súčasnosti známy len ako Sphere, v roku 1997 vytvorila skupina humanitárnych mimovládnych organizácií a hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca. Jeho cieľom bolo zlepšiť kvalitu humanitárnej pomoci a zodpovednosť za svoju činnosť. Filozofia Sphere vychádza z dvoch základných presvedčení:

- ľudia zasiahnutí katastrofou alebo konfliktom majú právo na dôstojný život, a teda právo na pomoc; a
- mali by sa podniknúť všetky kroky na zmiernenie ľudského utrpenia v dôsledku katastrofy alebo konfliktu.

Humanitárna charta a Minimálne štandardy pretavujú tieto základné presvedčenia do praxe. Zásady ochrany sú základom všetkých humanitárnych činností a Základná humanitárna norma obsahuje záväzky na podporu zodpovednosti vo všetkých sektoroch. Spoločne tvoria Príručku Sphere, ktorá sa stala jedným z najpopulárnejších humanitárnych zdrojov na svete.

1. Príručka

Hlavnými používateľmi Príručky Sphere sú odborníci zapojení do plánovania, riadenia alebo implementácie humanitárnej pomoci. To zahŕňa zamestnancov a dobrovoľníkov miestnych, štátnych a medzinárodných humanitárnych organizácií reagujúcich na krízu, ako aj priamo zasiahnutých ľudí. Príručka sa používa aj na presadzovanie humanitárnych záujmov s cieľom zlepšiť kvalitu a zodpovednosť pri pomoci a ochrane v súlade s humanitárnymi zásadami. Vlády, darcovia a vojenský alebo súkromný sektor ju čoraz viac využívajú na usmerňovanie vlastných aktivít a na to, aby konštruktívne spolupracovali s humanitárnymi organizáciami, ktoré uplatňujú štandardy.

Príručku prvýkrát testovali v roku 1998 a jej revidované vydania vyšli v rokoch 2000, 2004, 2011 a teraz v roku 2018. Každý revízný proces sa opiera o celosektorové konzultácie s jednotlivcami, mimovládnymi organizáciami (MVO), vládami a agentúrami OSN. Výsledné štandardy a usmernenia vychádzajú z dôkazov a odrážajú 20 rokov testovania v teréne odborníkmi z celého sveta.


Štvrté vydanie pripomína 20. výročie Príručky Sphere a odráža zmeny v humanitárnom sektore za toto obdobie. Zahŕňa nové usmernenia pri práci v mestskom prostredí, riešenia pre Minimálne štandardy v dlhotrvajúcich krízach a poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov ako spôsob, ako dodržať štandardy. Všetky technické kapitoly sú aktualizované tak, aby odrážali súčasnú prax, a harmonizovaná Základná humanitárna norma nahrádza predchádzajúce Základné normy.


Štyri základné a štyri technické kapitoly

Príručka odráža záväzok Sphere k zásadovej a na právach založenej humanitárnej pomoci. Vychádza zo základného rešpektovania práva ľudí plne sa zapojiť do rozhodovania o obnove.

Štyri základné kapitoly načrtávajú etický, právny a praktický základ humanitárnej pomoci. Zahŕňajú všetky technické sektory a programy. Opisujú záväzky a postupy na zabezpečenie primeranej kvality humanitárnej pomoci a nabádajú respondentov, aby sa zodpovedali tým, ktorých sa ich konanie týka. Tieto kapitoly pomáhajú používateľovi efektívnejšie uplatňovať Minimálne štandardy v každom kontexte. Ak sa rozhodnete prečítať si len technické kapitoly bez toho, aby ste si prečítali aj základné kapitoly, riskujete, že vám uniknú podstatné prvky štandardov. Základné kapitoly sú:

Čo je Sphere? (táto kapitola): Načrtáva štruktúru Príručky, jej použitie a základné princípy. Dôležité je, že ilustruje, ako používať Príručku v praxi.

Humanitárna charta: Základný kameň Príručky Sphere, ktorý vyjadruje spoločné presvedčenie humanitárnych aktérov, že všetci ľudia zasiahnutí krízou majú právo na ochranu a pomoc. Toto právo zabezpečuje základné podmienky na dôstojný život. Charta predstavuje etický a právny podklad pre Zásady ochrany, Základnú humanitárnu normu a Minimálne štandardy. Vychádza z Pravidiel správania z roku 1994 pre Medzinárodné organizácie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie (MVO) pri odstraňovaní následkov katastrof. Pravidlá správania sú neoddeliteľnou súčasťou Príručky Sphere.  *Pozri Prílohu 2.*

Zoznam kľúčových dokumentov tvoriacich právny základ Humanitárnej charty.  *Pozri Prílohu 1.*

Zásady ochrany: Praktický preklad právnych princípov a práv načrtnutých v Humanitárnej charte v štyroch princípoch, ktoré sú základom každej humanitárnej pomoci.

Základná humanitárna norma: Deväť záväzkov, ktoré opisujú základné procesy a organizačné povinnosti ohľadne kvality a povinností pri dosahovaní Minimálnych štandardov.

Štyri technické kapitoly zahŕňajú Minimálne štandardy v kľúčových sektoroch reakcie:

- Zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny (WASH)
- Potravinová bezpečnosť a výživa
- Prístrešie a osídlenie
- Zdravie

V praxi humanitárne potreby nezapadajú presne do konkrétnych sektorov. Efektívna humanitárna pomoc musí riešiť potreby ľudí holisticky a sektory by sa mali navzájom koordinovať a spolupracovať. V kontexte dlhotrvajúcej krízy sa to môže rozšíriť aj



Pravidlá správania: 10 základných princípov

1. Humanitárny imperatív je na prvom mieste.
2. Pomoc sa poskytuje bez ohľadu na rasu, vierovyznanie alebo národnosť príjemcov a bez nepriaznivého rozlišovania. Priority pomoci sa vypočítavajú len na základe potreby.
3. Pomoc sa nepoužije na podporu konkrétneho politického ani náboženského názoru.
4. Budeme sa snažiť nepôsobiť ako nástroje zahraničnej politiky vlády.
5. Budeme rešpektovať kultúru a zvyky.
6. Pokúsime sa reagovať na katastrofy na základe miestnych možností.
7. Je potrebné nájsť spôsoby, ako zapojiť príjemcov programu do riadenia pomoci.
8. Pomoc sa musí snažiť o zníženie budúcich zraniteľností voči katastrofám, ako aj o uspokojovanie základných potrieb.
9. Zodpovedáme sa ľuďom, ktorým máme pomáhať, aj ľuďom, od ktorých prijímame zdroje.
10. V našich informačných, propagačných a reklamných aktivitách budeme uznávať obeť katastrof ako dôstojné ľudské bytosti, nie objekty beznádeje.

Pravidlá správania: Zásady správania pre Medzinárodné hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie v programoch reakcie na katastrofy, pre úplné znenie ☺ pozri Prílohu 2

nad rámec humanitárnej reakcie s potrebou úzkej spolupráce s rozvojovými aktérmi. Príručka obsahuje krížové odkazy na pomoc pri vytváraní takýchto prepojení. Čitatelia by sa kvôli podpore holistickej reakcie mali oboznámiť so všetkými kapitolami.

Minimálne štandardy podporujú jednotný prístup

Štandardy vychádzajú z dostupných dôkazov a humanitárnych skúseností. Sú to osvedčené postupy založené na širokom konsenze. Keďže odrážajú nescudziteľné ľudské práva, majú univerzálnu platnosť.

Na efektívne uplatnenie noriem treba pochopiť, monitorovať a analyzovať kontext, v ktorom sa reakcia odohráva.

Štruktúra štandardov

Štandardy majú spoločnú štruktúru, aby pomohli čitateľovi pochopiť univerzálny odkaz, po ktorom nasleduje séria kľúčových opatrení, kľúčových ukazovateľov a usmernenia na ich dosiahnutie.

- **Štandardy** sú odvodené od princípu práva na dôstojný život. Majú všeobecný a kvalitatívny charakter a uvádzajú minimum, ktoré sa má dosiahnuť v každej kríze. Ekvivalenty v Základnej humanitárnej norme (ZHN) sú „záväzky“ a „kritériá kvality“.
- **Kľúčové opatrenia** načrtávajú praktické kroky na dosiahnutie Minimálneho štandardu. Sú to len návrhy a nemusia sa dať použiť vo všetkých kontextoch. Odborník by mal vybrať to, čo je pre danú situáciu najrelevantnejšie.

- **Kľúčové ukazovatele** slúžia ako signály pri meraní dosahovania štandardu. Je to spôsob, ako zachytiť výsledky procesov a programov v porovnaní so štandardom a počas trvania humanitárnej reakcie. Minimálne kvantitatívne požiadavky sú najnižšia prijateľná úroveň dosiahnutia ukazovateľov a sú zahrnuté len vtedy, ak existuje sektorový konsenzus.
- **Usmernenia** sú dodatočné informácie na podporu kľúčových činností s krížovými odkazmi na Zásady ochrany, Základnú humanitárnu normu a ďalšie štandardy v Príručke. Uvádzajú sa aj krížové odkazy na iné normy Partnerstva pre humanitárne štandardy.

Práca s kľúčovými ukazovateľmi

Kľúčové ukazovatele Sphere predstavujú spôsob merania dosahovania štandardu; nemali by sa zamiňať so samotným štandardom. Štandard je univerzálny, ale kľúčové ukazovatele a kľúčové opatrenia by sa mali posudzovať vo svetle kontextu a fázy humanitárnej reakcie. Existujú tri typy ukazovateľov Sphere:



- **Procesné ukazovatele** overujú, či sa dosiahla minimálna požiadavka. Napríklad: na analýzu potravinovej bezpečnosti, živobytia a stratégie zvládania situácie sa používajú štandardizované protokoly. ⊕ *Pozri Štandard hodnotenia potravinovej bezpečnosti a výživy 1.1: Hodnotenie potravinovej bezpečnosti.*
- **Ukazovatele pokroku** prestávajú mernú jednotku na monitorovanie dosiahnutia štandardu. Mali by sa použiť na stanovenie východiskovej úrovne, nastavenie cieľov s partnermi a zainteresovanými stranami a na monitorovanie zmien smerom k tomuto cieľu. Napríklad: percento domácností, u ktorých sa zistilo, že vždy bezpečne skladujú vodu v čistých a zakrytých nádobách. ⊕ *Pozri Štandard zásobovania vodou 2.2: Kvalita vody. Zatiaľ čo optimálny cieľ je 100 %, odborníci by mali spojiť ukazovateľ s realitou v praxi, monitorovať zlepšenie oproti východiskovej úrovni a postupný pokrok smerom k dohodnutému cieľu.*
- **Cieľové ukazovatele** sú špecifické kvantifikovateľné ciele, ktoré predstavujú merateľné minimum, pod ktorým štandard nie je naplnený. Cieľové ukazovatele by sa mali dosiahnuť čo najskôr, pretože ich nesplnenie ohrozí celkový program. Napríklad: percento detí vo veku od 6 mesiacov do 15 rokov, ktoré sú zaočkované proti osýpkam: cieľ je 95 %. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandard zdravia detí 2.2.1: Detské choroby, ktorým možno predchádzať očkovaním.*

Prepojenie s inými štandardmi

Príručka Sphere nepokrýva všetky aspekty humanitárnej pomoci, ktoré podporujú právo na dôstojný život. Partnerské organizácie v niekoľkých sektoroch vyvinuli doplnkové štandardy založené na filozofii a záväzkoch štandardov Sphere. Sú k dispozícii prostredníctvom Sphere, Partnerstva humanitárnych štandardov a na webových stránkach partnerských organizácií.

- Núdzové usmernenia a štandardy pre hospodárske zvieratá (LEGS): Projekt LEGS
- Minimálne štandardy na ochranu detí v humanitárnej činnosti (CPMS): Aliancia na ochranu detí pri humanitárnej činnosti
- Minimálne štandardy pre vzdelávanie: Pripravenosť, reakcia, obnova: Medziagentúrna sieť na vzdelávanie v núdzových situáciách (INEE)
- Minimálne štandardy hospodárskej obnovy (MERS): Sieť vzdelávania a podpory malých podnikov (SEEP)
- Minimálny štandard pre analýzu trhu (MISMA): Partnerstvo pre vzdelávanie o peniazoch (CaLP)
- Štandardy humanitárnej inklúzie pre starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím: Konzorcium pre vek a postihnutie

2. Používanie štandardov v kontexte

Humanitárna pomoc sa realizuje v rôznych kontextoch. Viacero faktorov ovplyvňuje spôsob, ako uplatňovať Minimálne štandardy v operačnom prostredí s cieľom podporiť právo na dôstojný život. Medzi tieto faktory patria:

- prostredie, v ktorom sa poskytuje humanitárna pomoc;
- rozdiely medzi populáciami a rozmanitosť medzi jednotlivcami;
- pracovné a logistické skutočnosti, ktoré ovplyvňujú spôsob a druh humanitárnej pomoci; a
- presné východiská a ukazovatele v rôznych kontextoch, vrátane definovania kľúčových pojmov a stanovenia cieľov.

Podobu reakcie ovplyvní aj kultúra, jazyk, schopnosti respondentov, bezpečnosť, prístup, podmienky okolitého prostredia a zdroje. Je tiež dôležité predvídať všetky potenciálne negatívne dopady humanitárnej reakcie a konať tak, aby ste ich obmedzili. ⊕ *Pozri Zásady ochrany 1 a 2 a záväzok Základnej humanitárnej normy 3.*

Príručka Sphere je dobrovoľný kódex kvality a zodpovednosti navrhnutý tak, aby podporoval čo najširšie používanie a preberanie zodpovednosti za normy. Nejde o návod „ako na to“, ale o opis toho, čo je potrebné zaviesť ako minimum, aby ľudia prežili a dôstojne sa zotavili z krízy.

Splnenie štandardov Sphere neznamená implementáciu všetkých kľúčových opatrení ani splnenie všetkých kľúčových ukazovateľov všetkých štandardov. Miera, do akej môže organizácia spĺňať štandardy, bude závisieť od množstva faktorov, z ktorých niektoré sú mimo jej kontroly. Prístup k zasiahnutému obyvateľstvu alebo politická či ekonomická neistota môžu v niektorých kontextoch znemožniť dosiahnutie niektorých štandardov.

Ak minimálne požiadavky presahujú životné podmienky hostiteľskej komunity, zvážte, ako znížiť potenciálne napätie, napríklad ponúkaním komunitných služieb. V niektorých situáciách môžu vnútroštátne orgány stanoviť minimálne požiadavky, ktoré sú vyššie ako Minimálne štandardy Sphere.

Štandardy Sphere sú vyjadrením základných práv súvisiacich s dôstojným životom a sú nemenné. Možno bude potrebné upraviť ukazovatele a minimálne požiadavky, aby dávali zmysel v danom kontexte. Keď sa štandardy nenapĺňajú, je potrebné zvážiť každý návrh na zníženie minimálnych požiadaviek. Dohodnite sa na všetkých zmenách spoločne a verejne nahláste deficit skutočného pokroku oproti minimám. Okrem toho musia humanitárne organizácie posúdiť negatívny vplyv nesplnenia normy na obyvateľstvo a prijať opatrenia na minimalizáciu škôd. Využite túto medzeru v humanitárnej reakcii na propagáciu a snažte sa dosiahnuť ukazovatele čo najskôr.

Štandardy platia počas celého cyklu programu

Štandardy Sphere by sa mali používať počas celého cyklu programu, od hodnotenia a analýzy cez tvorbu stratégie, plánovanie a návrh programu, implementáciu a monitorovanie až po hodnotenie a učenie.



Hodnotenie a analýza

Minimálne štandardy Sphere predstavujú základ hodnotenia a analýzy potrieb v každom sektore, pričom kontrolné zoznamy hodnotenia sú v každej kapitole. Na začiatku krízy pomáhajú štandardy Sphere identifikovať okamžité potreby a uprednostniť činnosti, ktoré budú riešiť tieto potreby. Údaje pre plánovanie a minimálne úrovne pomoci sú načrtnuté globálne, aby pomohli formulovať minimálne výsledky celej reakcie. Štandardy teda slúžia aj na zlepšenie koordinácie medzi organizáciami a sektormi.

Vývoj stratégie a návrh programu

Základná humanitárna norma a Minimálne štandardy pomáhajú pri plánovaní humanitárnych reakcií s cieľom poskytnúť správnu humanitárnu pomoc v správnom čase tým, ktorí ju najviac potrebujú. Na dosiahnutie tohto cieľa vo všetkých sektoroch je nevyhnutné plné zapojenie zasiahnutého obyvateľstva a koordinácia s vnútroštátnymi a miestnymi orgánmi.


Kľúčové aktivity a ukazovatele slúžia ako rámec na identifikáciu priorít, určenie údajov pre plánovanie a koordináciu medzi sektormi. Pomáha to zabezpečiť, aby sa reakcie jednotlivých sektorov navzájom posilňovali a podporovali schopnosť obyvateľstva uspokojovať svoje potreby. Kľúčové opatrenia a ukazovatele načrtávajú kvalitu pomoci, ktorá by sa mala dosiahnuť. Sú tiež základom pre analýzu reakcie, ktorá identifikuje najvhodnejší spôsob, ako splniť identifikované potreby a minimalizovať potenciálne škodlivé vedľajšie účinky.

Plánovanie programu zvyčajne zahŕňa analýzu viacerých možností humanitárnej reakcie, ako je zabezpečenie tovaru v naturáliách, peňažná podpora, priame poskytovanie služieb, technická pomoc alebo ich kombinácia. Špecifická kombinácia zvolených možností reakcie sa zvyčajne postupne vyvíja. Minimálne štandardy sa zameriavajú na to, čo sa musí urobiť, a nie na to, ako by sa mala pomoc poskytovať.

Na uspokojovanie humanitárnych potrieb sa čoraz viac využíva peňažná podpora ako forma trhového plánovania. Úvahy o využívaní pomoci založenej na hotovosti sú zahrnuté v celej Príručke vo všetkých kapitolách. Hotovostnú pomoc možno

využiť na uspokojenie potrieb viacerých sektorov, ako aj potrieb špecifických predaný sektor. Môže sa tiež použiť na riešenie diskriminačných praktík, ktoré obmedzujú prístup žien k majetku a ich rozhodovanie o jeho správe. Viacúčelové granty môžu byť efektívnym spôsobom pomoci a spĺňania štandardov v rôznych sektoroch. Všetka peňažná podpora by mala vychádzať z viacsektorovej analýzy potrieb, dynamiky v kontexte, funkčnosti trhu a hodnotenia uskutočniteľnosti.

Nie všetky sektory sú prispôbené trhovému plánovaniu. Týka sa to najmä poskytovateľov priamych služieb alebo technickej pomoci. Poskytovatelia zdravotníckych služieb a stravy sa môžu rozhodnúť podporovať prístup k existujúcim poskytovateľom zdravotníckych služieb a miestnym zásahom verejného zdravotníctva, ktoré nefungujú ako trhy.

Na určenie spôsobu, ako čo najlepšie poskytnúť pomoc, budú potrebné konzultácie s obyvateľstvom, analýza trhov, znalosť spôsobov poskytovania služieb a pochopenie dodávateľského reťazca a logistických kapacít. Ak sa situácia zmení, analýza reakcie by sa mala časom prehodnotiť.  *Pozri Prílohu: Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Implementácia

Ak nie je možné splniť štandardy Sphere pri všetkých alebo niektorých skupinách zasiahutej populácie, zistíte príčiny a vysvetlite medzery, ako aj to, čo je potrebné zmeniť. Posúďte negatívne dôsledky vrátane rizík ochrany a verejného zdravia. Zdokumentujte problémy a aktívne spolupracujte s ostatnými sektormi a zasiahnutým obyvateľstvom na identifikácii vhodných spôsobov, ako minimalizovať potenciálne škody.

Monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie

Monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie (MEAL) podporuje včasné a na dôkazoch založené rozhodovanie v oblasti riadenia. Umožňuje humanitárnym programom prispôbiť sa meniacim sa kontextom. Všetky Minimálne štandardy majú ukazovatele, ktoré je možné monitorovať, aby sa overilo ich dosahovanie, či sa dosahujú spravodlivo vo všetkých segmentoch populácie alebo koľko toho ešte treba urobiť. Hodnotenie podporuje učenie zamerané na zlepšenie postupu a budúcej praxe a podporuje zodpovednosť. Systémy MEAL tiež prispievajú k širšiemu úsiliu v oblasti vzdelávania o účinnej humanitárnej činnosti.

Pochopenie zraniteľnosti a možnosti

V celej Prírúčke sa pojem „ľudia“ používa v širšom zmysle, aby odrážal presvedčenie spoločnosti Sphere, že všetci jednotlivci majú právo na dôstojný život, a teda právo na pomoc. „Ľudia“ by sa mali chápať ako pojem, ktorý zahŕňa ženy, mužov, chlapcov a dievčatá bez ohľadu na vek, postihnutie, národnosť, rasu, etnickú príslušnosť, zdravotný stav, politickú príslušnosť, sexuálnu orientáciu, rodovú identitu alebo inú charakteristiku, ktorou sa ľudia sebaidentifikujú.



Pochopenie kontextu pri uplatňovaní štandardov (Obrázok 1)



Nie všetci ľudia majú rovnakú kontrolu nad mocou a zdrojmi. Jednotlivci a skupiny v rámci populácie majú rôzne schopnosti, potreby a zraniteľné miesta, ktoré sa postupne menia. Individuálne faktory ako vek, pohlavie, zdravotné postihnutie a právny alebo zdravotný stav môžu obmedziť prístup k pomoci. Tieto a ďalšie faktory môžu byť tiež príčinou úmyselnej diskriminácie. Systematický dialóg so ženami, mužmi, dievčatami a chlapcami všetkých vekových skupín a prostredí – oddelene aj v zmiešaných skupinách – je základom dobrého plánovania. Byť mladý alebo starý, žena alebo dievča, osoba so zdravotným postihnutím alebo príslušník menšinového etnika samo osebe nerobí človeka všeobecne zraniteľným. Je to skôr súhra faktorov v danom kontexte, ktorá môže posilniť schopnosti, vybudovať si odolnosť alebo oslabiť prístup k pomoci u každého jednotlivca alebo skupiny.

V mnohých kontextoch môžu byť zraniteľné aj celé komunity a skupiny, pretože žijú v odľahlých, neistých alebo neprístupných oblastiach, či preto, že sú geograficky rozptýlené s obmedzeným prístupom k pomoci a ochrane. Skupiny môžu mať horší prístup k službám a môžu byť diskriminované z dôvodu národnosti, etnickej príslušnosti, jazyka alebo náboženskej či politickej príslušnosti, čo si vyžaduje osobitnú pozornosť, aby odrážala zásadu nestrannosti.

Keď sa do navrhovania programu zapoja rôzne skupiny, humanitárna pomoc je komplexnejšia, inkluzívnejšia a môže mať udržateľnejšie výsledky. Začlenenie a účasť zasiahnutého obyvateľstva je základom dôstojného života.

Rozčlenenie údajov

V mnohých situáciách je ťažké nájsť alebo určiť údaje na úrovni celej populácie. Rozčlenené údaje však poukážu na odlišné potreby a vplyv opatrení na rôzne skupiny. Rozčlenené údaje môžu pomôcť identifikovať najohrozenejších ľudí, naznačiť, či majú prístup k humanitárnej pomoci a môžu ju využívať, a kde je potrebné urobiť viac, aby sa k nej dostali. Údaje rozčleňte v maximálnej možnej miere a do kategórií vhodných pre daný kontext, aby ste pochopili rozdiely na základe pohlavia alebo rodu, postihnutia, geografickej, etnickej a náboženskej príslušnosti, kasty alebo iných faktorov, ktoré môžu obmedziť prístup k nestrannej pomoci.

Pri všeobecných údajoch o veku použite rovnaké skupiny ako v národných systémoch zberu údajov. Ak národné vekové skupiny neexistujú, použite tabuľku nižšie. Pri zacielení na špecifické skupiny, ako sú dojčatá, deti, mládež, ženy alebo starší ľudia, môže byť potrebné detailnejšie členenie.

Deti

Deti tvoria významnú časť každej krízou zasiahnutej populácie, ale často ich menej vidno. Schopnosti a potreby detí sa líšia v závislosti od biologického veku a štádia vývoja. Na ochranu pred ujmom a zabezpečenie spravodlivého prístupu k základným službám sa musia prijať osobitné opatrenia.

Počas kríz čelia deti špecifickým život ohrozujúcim rizikám, vrátane podvýživy, odlúčenia od rodiny, obchodovania, regrutovania do ozbrojených skupín, a fyzického

Pohlavie	Stav zdravotného postihnutia	Vek									
		0 – 5	6 – 12	13 – 17	18 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80+
Ženy	Bez zdravotného postihnutia										
	So zdravotným postihnutím										
Muži	Bez zdravotného postihnutia										
	So zdravotným postihnutím										



alebo sexuálneho násillia a zneužívania, pričom všetky tieto situácie si vyžadujú okamžitý zásah.

Riziká pri ochrane sa často spájajú s mnohými faktormi. Napríklad u dospievajúcich a mladých chlapcov je väčšia pravdepodobnosť, že ich ozbrojené sily a skupiny naverbujú ako vojakov alebo že sa budú podieľať na najhorších formách detskej práce. U dospievajúcich dievčat je väčšia pravdepodobnosť, že ich naverbujú ako sexuálne otrokyne alebo sa s nimi bude obchodovať. U detí so zdravotným postihnutím je väčšia pravdepodobnosť, že budú opustené alebo zanedbávané. Dievčatá so zdravotným postihnutím si vyžadujú osobitnú pozornosť, pretože čelia väčšiemu riziku sexuálneho násillia, vykorisťovania a podvývživu.

Aktívne sa zaujímajte o názory dievčat a chlapcov zo všetkých vekových skupín a prostredí, aby mohli ovplyvniť spôsob poskytovania, monitorovania a hodnotenia pomoci. Dohovor o právach dieťaťa uvádza, že „dieťa“ znamená každú osobu mladšiu ako 18 rokov. Analyzujte, ako zasiahnutá populácia definuje deti, aby ste zabezpečili, že žiadne dieťa ani mladý človek nebude vylúčený z pomoci.

Starší ľudia

Starší ľudia tvoria rýchlo rastúci podiel populácie vo väčšine krajín, no často sa pri humanitárnej pomoci zanedbávajú.

V mnohých kultúrach byť považovaný za starého súvisí skôr s okolnosťami (napríklad byť starým rodičom) alebo fyzickými znakmi (napríklad biele vlasy), než s vekom. Zatiaľ čo mnohé zdroje definujú starobu ako 60 rokov a viac, v kontexte humanitárnych kríz môže byť vhodnejší vek 50 rokov.

Starší ľudia prinášajú vedomosti a skúsenosti o stratégiách zvládania záťaže a pôsobia ako opatrovatelia, manažéri zdrojov, koordinátori a nositelia príjmov. Starší ľudia často stelesňujú tradície a históriu a fungujú ako kultúrne referenčné body. Izolácia, fyzická slabosť, narušenie podporných štruktúr rodiny a komunity, chronické choroby, ťažkosti s fungovaním a klesajúce mentálne schopnosti môžu zvýšiť zraniteľnosť starších ľudí v humanitárnom kontexte.

Zabezpečte, aby sa starších ľudí pýtali a zapájali ich do každej fázy humanitárnej pomoci. Zvážte veku primerané a dostupné služby, prostredia a informácie a na monitorovanie a správu programu používajte údaje rozčlenené podľa veku.

Rod

„Rod“ sa vzťahuje na sociálne vytvorené rozdiely medzi ženami a mužmi počas ich životného cyklu. Tieto sa môžu meniť v čase a v rámci jednotlivých kultúr a súvislostí. Rod často určuje rôzne roly, povinnosti, moc a prístup žien, dievčat, chlapcov a mužov k zdrojom. Pochopenie týchto rozdielov a toho, ako sa menia počas krízy, je rozhodujúce pri efektívnom humanitárnom plánovaní a napĺňaní ľudských práv. Krízy môžu byť príležitosťou na riešenie rodových nerovností a posilnenie postavenia žien, dievčat, chlapcov a mužov.

Rod nie je to isté ako pohlavie, ktoré sa týka biologických vlastností osoby.

„Rod“ neznamená „iba ženy“. Zatiaľ čo ženy a dievčatá najčastejšie čelia obmedzeniam v rámci rodových rolí, na mužov a chlapcov tiež vplývajú prísne očakávania mužskosti. Plánovanie rodovej rovnosti si vyžaduje ich zahrnutie do budovania spravodlivejších vzťahov a rovnakú účasť žien, dievčat, mužov a chlapcov.

Rodovo podmienené násilie

„Rodovo podmienené násilie“ opisuje násilie založené na rodových rozdieloch medzi mužmi a ženami. Zdôrazňuje, že nerovnosť medzi mužmi a ženami je základom väčšiny foriem násillia páchaného na ženách a dievčatách na celom svete. Krízy môžu zintenzívniť mnohé formy rodovo podmieneného násillia vrátane násillia zo strany intímnych partnerov, detských manželstiev, sexuálneho násillia a obchodovania s ľuďmi.

Organizácie zodpovedajú za prijatie potrebných krokov na zabránenie sexuálnemu vykorisťovaniu a zneužívaniu ľudí zasiahnutých krízou, a to aj pri ich vlastných aktivitách. Ak sa zistí, že obvinenia z nesprávneho konania sú pravdivé, je dôležité, aby príslušné orgány vyvodili voči páchatel'ovi zodpovednosť a aby sa prípady riešili transparentným spôsobom.

Osoby so zdravotným postihnutím

Asi 15 percent svetovej populácie žije s nejakou formou postihnutia. Ľudia so zdravotným postihnutím zahŕňajú osoby, ktoré majú dlhodobé telesné, mentálne, intelektuálne alebo zmyslové postihnutie, čo v interakcii s rôznymi prekážkami môže brániť ich plnému a efektívnemu zapojeniu do spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými.

V humanitárnom kontexte sa ľudia so zdravotným postihnutím častejšie stretávajú s prekážkami vo fyzickom prostredí, doprave, informáciách a komunikácii, a humanitárnych zariadeniach alebo službách. Plánovanie reakcie a pripravenosti by malo zohľadňovať možnosti a potreby všetkých ľudí so zdravotným postihnutím a vynakladať vedomé úsilie na odstránenie fyzických, komunikačných a postojových

prekážok v ich prístupe a účasti. Riziká pre ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím môžu byť spojené s rodovou nerovnosťou a diskrimináciou.

⊕ *Pozri citované zdroje: Otázky Washingtonskej skupiny, pokiaľ ide o rozčlenenie údajov podľa stavu postihnutia a ďalšie informácie v* ⊕ *Štandardoch humanitárnej inklúzie pre starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím.*

Ludia s HIV a zasiahnutí HIV

Na pochopenie zraniteľnosti a rizík a informovanie o efektívnej reakcii je dôležité poznať prevalenciu HIV v špecifickom kontexte. Vysídlenie môže viesť k zvýšenej zraniteľnosti voči HIV a krízy pravdepodobne spôsobia narušenie prevencie, testovania, starostlivosti, liečby a podporných služieb. Na ochranu vysoko rizikovej populácie pred násilím a diskrimináciou sú často potrebné osobitné opatrenia. K tomu sa môže pridať rodová nerovnosť a diskriminácia na základe zdravotného postihnutia, rodovej identity a sexuálnej orientácie. Tieto faktory môžu potom odradiť ľudí žijúcich s HIV vyhľadať služby v kríze, ak sú dostupné. Násilie, diskriminácia a negatívne stratégie zvládania, ako je výmenný sex, zvyšujú zraniteľnosť voči prenosu HIV najmä u žien, dievčat a komunít LGBTQI. Medzi najohrozenejších patria muži, ktorí majú sex s mužmi, ľudia, ktorí injekčne užívajú drogy, sexuálni pracovníci, transrodoví ľudia, osoby so zdravotným postihnutím a ľudia vo väzniciach a iných uzavretých zariadeniach. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandard sexuálneho a reprodukčného zdravia 2.3.3: HIV.*

Faktory ako postupné zníženie mobility a lepší prístup k službám pre populáciu zasiahnutú krízou môžu znížiť riziko HIV. Rozptýľte všetky mylné predstavy o prítomnosti ľudí žijúcich s HIV a zvýšenej prevalencii HIV, aby ste sa vyhli diskriminačným praktikám. Ľudia s HIV majú právo žiť dôstojne, bez diskriminácie a nemali by byť diskriminovaní pri prístupe k službám.

Osoby z komunity LGBTQI

Ľudia, ktorí sa identifikujú ako lesby, gejovia, bisexuáli, transrodoví, kvír alebo intersexuáli (LGBTQI), sú často vystavení zvýšenému riziku diskriminácie, stigmatizácie a sexuálneho a fyzického násillia. Môžu čeliť prekážkam v prístupe k zdravotnej starostlivosti, bývaniu, vzdelávaniu, zamestnaniu, informáciám a humanitárnym zariadeniam. Napríklad LGBTQI ľudia často čelia diskriminácii v asistenčných programoch, ktoré sú založené na „konvenčných“ rodinných jednotkách, ako je napríklad núdzové ubytovanie alebo distribúcia jedla. Takéto bariéry ovplyvňujú zdravie a prežitie a môžu mať dlhodobé dôsledky na integráciu. Zahrňte špecifické, bezpečné a inkluzívne ochranné reakcie do pripravenosti a plánovania. V každej fáze humanitárnej pomoci zabezpečte zmysluplné konzultácie s LGBTQI jednotlivcami a organizáciami.

Psychické zdravie a psychosociálna podpora

Ľudia na stres z humanitárnej krízy reagujú rôzne. Niektorých s väčšou pravdepodobnosťou prepadne tieseň, najmä ak ich násilne vysídli, oddelili od rodinných príslušníkov, ak prežili násilie alebo už mali duševné poruchy. Poskytovanie základných služieb a bezpečnosti sociálne a kultúrne vhodným spôsobom je



nevyhnutné na predchádzanie utrpeniu medzi zasiahnutým obyvateľstvom a pri riešení diskriminácie.

Posilnenie komunitnej psychosociálnej podpory a svojpomocí vytvára ochranné prostredie, ktoré umožňuje zasiahnutým ľuďom pomáhať si navzájom pri sociálnej a emocionálnej regenerácii. Sústredené individuálne, rodinné alebo skupinové intervencie – vrátane klinických – sú dôležité, ale nemusia ich nevyhnutne poskytovať odborníci v oblasti duševného zdravia. Môžu ich poskytovať aj vyškolení a kontrolovaní laici. ⊕ *Pozri štandard Základnej zdravotnej starostlivosti 2.5: Zdravotná starostlivosť o psychické zdravie.*

Zasiahnuté skupiny obyvateľstva majú často duchovnú alebo náboženskú identitu a môžu byť prepojené s náboženskou komunitou. Je to často základnou súčasťou ich stratégie zvládania situácie a ovplyvňuje to vhodnú reakciu v širokej škále oblastí. Pribúdajú dôkazy o tom, že zasiahnutým obyvateľom prospieva, ak humanitárni pracovníci berú do úvahy ich náboženskú identitu. Existujúce náboženské komunity majú veľký potenciál prispieť k akejkoľvek humanitárnej reakcii. Prístup zameraný na ľudí si vyžaduje, aby si humanitárni pracovníci uvedomovali náboženskú identitu zasiahnutých populácií. Existuje čoraz väčší počet nástrojov, ktoré to pomôžu dosiahnuť.

Pochopenie operačného prostredia

Humanitárna pomoc prebieha v úplne odlišných kontextoch, od mestských po vidiecke, od konfliktov až po katastrofy s rýchlym nástupom a často je ich kombináciou v priebehu času. Účinnosť reakcie pri uspokojovaní potrieb zasiahnutého obyvateľstva bude závisieť od geografických, bezpečnostných, sociálnych, ekonomických, politických a environmentálnych faktorov. Hoci sú Minimálne štandardy vytvorené tak, aby sa zamerali na okamžitú pomoc pri záchrane života, dajú sa použiť pri humanitárnej pomoci, ktorá trvá niekoľko dní, týždňov, mesiacov alebo dokonca rokov. Humanitárna pomoc by sa mala postupne meniť a prispôbovať a mala by sa vyhnúť vytváraniu závislosti od pomoci. Nepretržitá analýza kontextu a situácie bude signalizovať, kedy by sa programy mali prispôbiť meniacemu sa prostrediu, ako sú nové bezpečnostné problémy alebo sezónne obmedzenia, napríklad záplavy.

Aby humanitárna pomoc nepodnecovala dynamiku konfliktov, je nevyhnutné priebežne vyhodnocovať, ako reakcia ovplyvňuje miestnu dynamiku, napríklad obstarávanie tovaru a služieb alebo prenájom dopravy. ⊕ *Pozri Zásady ochrany 2.* Keď sa krízy predlžujú, základné systémové nedostatky môžu zintenzívniť potreby a zraniteľné miesta, čo si vyžaduje dodatočnú ochranu a úsilie o budovanie odolnosti. Niektoré z nich sa budú lepšie riešiť prostredníctvom rozvojových aktérov alebo v spolupráci s nimi.

Na jasné rozdelenie práce a povinností a na identifikáciu medzier v pokrytí a kvalite sú potrebné koordinačné mechanizmy, ako je systém zoskupovania. Je dôležité zabrániť duplicitě úsilia a plytvaniu zdrojmi. Zdieľanie informácií a znalostí medzi zainteresovanými stranami spolu so spoločným plánovaním a integrovanými aktivitami môže tiež zabezpečiť, aby organizácie lepšie riadili riziká a lepšie reagovali.

Podpora štátnych a miestnych aktérov

Príručka zohľadňuje primárnu úlohu a povinnosti hostiteľského štátu. Všetkých aktérov zapojených do humanitárnej pomoci usmerňuje z pohľadu úlohy, ktorú môžu zohrať humanitárne organizácie pri podpore uvedených povinností. V konflikte bude mať rozhodujúci účinok ochota štátnych alebo neštátnych aktérov uľahčiť prístup k obyvateľstvu.

Úlohu štátu pri vedení alebo koordinácii humanitárnej reakcie budú ovplyvňovať mnohé faktory, vrátane:

- existencie vládneho orgánu špecificky povereného koordináciou alebo realizáciou humanitárnej pomoci (často označovaný ako národný orgán alebo organizácia na zvládanie katastrof);
- postavenia a právomoci príslušných ministerstiev pri stanovovaní noriem, akými sú normy výživy a normy pre základné lieky a zdravotnícky personál; a
- nedostatku fungujúcich štátnych inštitúcií, napríklad v sporných oblastiach. V mimoriadnych prípadoch môže byť potrebné, aby si humanitárni aktéri vytvorili vlastné koordinačné mechanizmy.

Dlhotrvajúce krízy

Keď je zrejmé, že humanitárna pomoc bude trvať dlhšie ako niekoľko mesiacov alebo rokov, zväzťe rôzne spôsoby napĺňania potrieb a podpory dôstojného života. Pri uspokojovaní potrieb preverte možnosti spolupráce s existujúcimi poskytovateľmi služieb, miestnymi orgánmi, miestnymi komunitami, sieťami sociálnej ochrany alebo rozvojovými aktérmi. Pri posudzovaní treba brať do úvahy kontext, obavy o ochranu a vplyv na práva zasiahnutého obyvateľstva. Do analýzy, posudzovania, rozhodovania, monitorovania a hodnotenia zapojte jednotlivcov všetkých pohlaví a všetkých vekových kategórií, ľudí s postihnutím a z rôzneho prostredia, vrátane samostatne definovaných komunit. Čo najskôr zavádzajte dlhodobé a trvalé riešenia. Ak majú humanitárni aktéri príležitosť prijať dlhodobé riešenia, mali by mať prednosť pred dočasnými opatreniami.

Uvedomte si, že zasiahnutí ľudia sú často prví, ktorí reagujú na svoje potreby a chránia sa. Kritickú pomoc poskytujú štátne a miestne orgány, organizácie občianskej spoločnosti, náboženské organizácie a iné. Zohľadnite už existujúce asistenčné siete a identifikujte spôsoby, ako ich podporiť, a nie podkopávať alebo duplikovať.

Mestské prostredie

Keďže sa čoraz viac svetovej populácie sťahuje do miest a veľkomiest, humanitárni pracovníci musia byť pripravení a reagovať v mestských kontextoch. Mestské oblasti sa zvyčajne líšia od iných kontextov z hľadiska:

- **hustoty:** vyššia hustota ľudí, domov, infraštruktúry, zákonov a kultúr na relatívne malom území;
- **rozmanitosti:** sociálne, etnické, politické, jazykové, náboženské a ekonomicky rôznorodé skupiny žijú v tesnej blízkosti; a
- **dynamiky:** mestské prostredie je premenlivé, s vysokou mobilitou a rýchlo sa meniacimi mocenskými vzťahmi.



Samospráva bude často kľúčovým štátnym orgánom s prepojením na iných štátnych aktérov a rezorty, ako sú rezortné ministerstvá. Mal by sa dôkladne posúdiť prístup k základným službám, potravinovej bezpečnosti a živobytiu, vrátane prípadnej diskriminácie. Ľudia vo veľkomestách a mestách používajú hotovosť na platenie nájomného, nákup potravín a prístup k zdravotnej starostlivosti. Minimálne štandardy pre dôstojný život platia bez ohľadu na spôsob poskytovania pomoci.

Minimálne štandardy Sphere sa dajú použiť pri podpore viacerých vstupných bodov na poskytovanie pomoci v mestských oblastiach, a to aj prostredníctvom sídelných, susedských alebo oblastných prístupov. Užitočnými vstupnými bodmi môžu byť už etablované skupiny so spoločnými záujmami, ako sú školy, kluby, ženské skupiny a taxikári. Spolupráca s miestnymi aktérmi (ako je súkromný sektor, miestna samospráva, vedúce osobnosti v jednotlivých štvrtiach a komunitné skupiny) môže byť dôležitá pri reštartovaní, podpore a posilnení existujúcich služieb namiesto ich nahradenia. Nezabúdajte na to, ako môže humanitárna pomoc podporiť mestské investičné plánovanie a vytvárať hodnotu počas krízy a z dlhodobého hľadiska.

Ako v každom prostredí, analýza kontextu v mestskom prostredí by mala obsahovať existujúce zdroje a príležitosti, ako je obchod, hotovosť, technológie, verejné priestory, ľudí so špecializovanými zručnosťami a sociálnu a kultúrnu rozmanitosť spolu s rizikami a aspektmi ochrany. Analýza by mala informovať o možnostiach reakcie a konečnom výbere spôsobu realizácie, ako je rozhodnutie poskytnúť pomoc v naturáliách alebo v hotovosti (a najlepší spôsob, ako to urobiť). Ekonomika veľkomiest a miest založená na hotovosti vytvára príležitosť na partnerstvá s aktérmi na trhoch a technológiách, čo môže uľahčiť využívanie pomoci založenej na hotovosti.

Spoločné osídlenia

Plánované spoločné osídlenia a tábory, ako aj kolektívne centrá a spontánne osídlenia, sú domovom miliónov násilne vysídlených ľudí. Štandardy Sphere možno použiť na zabezpečenie kvalitnej pomoci v komunitných prostrediach. Môžu tiež pomôcť multisektorovým programom identifikovať priority pri riešení problémov verejného zdravia a v prístupe k základným službám v spontánných osídleniach.

V spoločných osídleniach môže špecializovaná funkcia riadenia táborov prispieť k väčšej zodpovednosti a koordinovanému poskytovaniu služieb. Spoločné osídlenia však predstavujú aj špecifické riziká ochrany. Napríklad ak sa ľuďom odoprie právo na slobodu pohybu a nemôžu opustiť osídlenie, nemusia mať prístup na trhy alebo si nebudú môcť zabezpečiť živobytie. Osobitná pozornosť by sa mala venovať aj hostiteľským komunitám, pretože skutočné alebo vnímané rozdiely v zaobchádzaní môžu viesť k eskalácii napätia alebo konfliktu. V takýchto prípadoch môže obhajovanie alternatívy k táborom a riešenie potrieb hostiteľskej komunity tiež pomôcť zabezpečiť, aby mohlo zasiahnuté obyvateľstvo žiť dôstojne.

Prostredia s domácimi alebo medzinárodnými vojenskými silami

Ak humanitárne organizácie reagujú v rovnakej oblasti ako domáce alebo medzinárodné vojenské sily, je dôležité, aby si navzájom uvedomovali mandáty, modus

operandi, kapacity a limity. V prostredí katastrof a konfliktov môžu humanitárne organizácie úzko spolupracovať s rôznymi armádami vrátane hostiteľských vládnych síl, nešťátnych ozbrojených skupín a medzinárodných mierových síl. Humanitárni aktéri by si mali uvedomiť, že hostiteľské vlády sú povinné poskytovať pomoc a ochranu ľuďom zasiahnutým krízou na ich území. Často sú tým poverené domáce vojenské sily.

Humanitárno-vojenský dialóg a koordinácia na všetkých úrovniach a vo všetkých fázach interakcie sa vždy musí riadiť humanitárnymi zásadami. Tri základné prvky efektívnej občiansko-vojenskej koordinácie sú zdieľanie informácií, plánovanie a rozdelenie úloh. Hoci môže dôjsť k zdieľaniu informácií medzi humanitárnymi a vojenskými aktérmi, vždy to bude závisieť od kontextu operačných činností. Humanitárne agentúry nesmú zdieľať informácie, ktoré poskytujú jednej strane konfliktu taktickú výhodu alebo ohrozujú civilistov.

Humanitárne organizácie môžu niekedy využiť osobitné schopnosti armád na podporu humanitárnych operácií. Vojenská podpora humanitárnym organizáciám by sa mala obmedziť na podporu infraštruktúry a nepriamu pomoc; priama pomoc je poslednou možnosťou.

Spolupráca s armádami má skutočný alebo domnelý vplyv na neutralitu a pracovnú nezávislosť humanitárnej organizácie, preto ju treba vopred dôkladne zvážiť. Usmernenia dohodnuté na medzinárodnej úrovni by mali byť podkladom pre všetky dohody o humanitárnej a vojenskej koordinácii. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, záväzok č. 6 a Citované zdroje.*

Vplyv humanitárnej pomoci na životné prostredie

Prostredie, v ktorom ľudia žijú a pracujú, je nevyhnutné pre ich zdravie, vhodné životné podmienky a zotavenie z krízy. Aj pochopenie toho, ako zasiahnutí ľudia pri obnove závisia od životného prostredia, môže prispieť k návrhu programu a viesť k udržateľnejším humanitárnym reakciám pri zvládaní budúcich otrasov a znižovaní rizika v budúcnosti.

Humanitárne operácie ovplyvňujú životné prostredie priamo aj nepriamo. Účinná humanitárna reakcia by preto mala starostlivo posúdiť environmentálne riziko spolu so širšími hodnoteniami a situačnými analýzami. Programy by mali minimalizovať vplyv na životné prostredie a mali by zvážiť, ako môže obstarávanie, doprava, výber materiálov alebo využívanie pôdy a prírodných zdrojov ďalej chrániť alebo zhoršovať životné prostredie. ⊕ *Pozri štandard Prístrešia a osídlenia 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Krajiny a regióny, ktoré čelia chudobe, ako aj nestabilnej inštitucionálnej vybavenosti a ekológii, sú vystavené vyššiemu riziku prírodných katastrof a nestability, čo vytvára začarovaný kruh sociálnej a environmentálnej degradácie. To má vplyv na zdravie, vzdelanie, živobytie a ďalšie dimenzie bezpečnosti, dôstojnosti a vhodných životných podmienok. Udržateľnosť životného prostredia je dôležitou súčasťou kvalitnej humanitárnej pomoci. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, záväzky č. 3, 9 a štandard Prístrešie a osídlenie 7: Udržateľnosť životného prostredia.*



Príloha

Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov

Táto príloha dopĺňa úvod príručky Sphere a obsahuje ďalšie informácie a usmernenia o využívaní trhov pri dosahovaní minimálnych štandardov a pomoci ľuďom pri napĺňaní ich potrieb v období po kríze. Stavia na základných kapitolách a odkazujú na ňu technické kapitoly. Ako taká je neoddeliteľnou súčasťou príručky Sphere. Aby humanitárni aktéri mohli efektívne reagovať, mali by pochopiť, aké sú potreby, a spôsob, ako tieto potreby prakticky uspokojiť. Súčasťou tejto analýzy je pochopenie fungovania trhov a aké tovary a služby sú dostupné na miestnej, národnej, regionálnej a medzinárodnej úrovni. Získané poznatky umožnia humanitárnym programom podporovať – alebo aspoň nenarúšať – trhy počas humanitárnej reakcie.

Analýza trhu ako súčasť analýzy humanitárnej reakcie

Po posúdení potrieb a možností s cieľom identifikovať priority by sa mali analyzovať rôzne spôsoby, ako na tieto potreby reagovať a uspokojiť ich. Analýza humanitárnej reakcie by mala zabezpečiť, aby sa pri určovaní spôsobu poskytovania pomoci systematicky zohľadňovali prevádzkové, programové a kontextové riziká a príležitosti. Toto sa niekedy nazýva „voľba modality“.

Identifikácia najvhodnejšieho spôsobu pomoci na uspokojenie potrieb si vyžaduje:

- rozčlenené informácie o prioritách a o tom, ako chcú ľudia dostávať pomoc naprieč sektormi a v priebehu času; a
- znalosti o už existujúcich hospodársky zraniteľných miestach, ako aj tých, ktoré vznikli v dôsledku krízy.

Ako súčasť analýzy humanitárnej reakcie pomáha analýza trhu identifikovať najefektívnejší spôsob na splnenie prioritných potrieb: pomoc v naturáliách, poskytovanie služieb, pomoc v hotovosti alebo ich kombinácia v danom kontexte. Analýza trhu pomôže identifikovať obmedzenia na trhoch vrátane problémov s ponukou a dopytom alebo zásad, noriem, pravidiel či infraštruktúry, ktoré obmedzujú fungovanie trhu.

Bez ohľadu na zvolenú možnosť reakcie by mala brať ohľad na trh a mala by sa snažiť chrániť živobytie, miestne pracovné miesta a podniky. Sphere je založená na základnom rešpekte voči ľuďom zasiahnutým krízou a na podpore ich rozhodnutí pri vlastnej obnove. Analýza trhu zohľadňuje interakciu ľudí na miestnymi trhoch, aby získali tovar, služby a príjem, a podporuje prístup zameraný na ľudí.

Plánovanie a trhy

Pomáhať prostredníctvom trhov sa dá mnohými spôsobmi na miestnej, štátnej alebo regionálnej úrovni. Trhovo orientované plánovanie možno použiť priamo na

poskytovanie pomoci alebo je možné podporiť trhy, aby lepšie slúžili zasiahnutému obyvateľstvu.

- Miestne a regionálne obstarávanie komodít a nepotravinových položiek podporuje ponuku na trhoch.
- Peňažná podpora, ktorá pomáha ľuďom nakupovať miestne dostupné tovary alebo služby, zase podporuje dopyt na trhoch.
- Podpora infraštruktúry, ako je zlepšenie cestnej dostupnosti trhov alebo reformy, ako sú zákony brániace fixácii cien, podporujú trh, aby mohol lepšie slúžiť zasiahnutému obyvateľstvu.

Pohlavie, etnická príslušnosť alebo zdravotné postihnutie často priamo ovplyvňujú fyzický, finančný a sociálny prístup na trhy. Na základe čoho majú muži, ženy, mládež a starší ľudia rozdielny prístup na trhy? Majú obchodníci zo špecifického etnika prístup k úverom? Tieto a ďalšie faktory ovplyvňujú mieru, do akej sa jednotlivci môžu aktívne zúčastňovať na trhoch.

Pri vývoji trhov orientovaných programov by sa mali zväziť etické a environmentálne hľadiská. Dbajte na to, aby sa trhy, ktoré nadmerne využívajú prírodné zdroje, ekosystémy a životné prostredie, nerozvíjali spôsobom, ktorý ľudí vystavuje ďalšiemu riziku.

Tovar, služby a trhy: Pri reakcii na prioritné humanitárne potreby zohľadnite tovar aj služby. Väčšina štandardov Sphere zahŕňa poskytovanie nejakého druhu komodity alebo prístupu k tovarom. Sociálne sektory ako zdravotníctvo a školstvo sa však vyznačujú poskytovaním alebo zlepšovaním prístupu k službám a poskytovaním služieb prostredníctvom trhov nemusí byť k dispozícii. Pri spolupráci s poskytovateľmi služieb alebo subdodávateľmi tretích strán podniknite kroky na dôsledné sledovanie kvality služieb a produktov. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.4: Financovanie zdravotníctva.*

V niektorých prípadoch sú vhodné trhov orientované programy, ktoré nepriamo podporujú prístup k službám. Peňažná podpora môže podporiť dopravu do zdravotníckych zariadení alebo prístup k vzdelaniu (nákup rovnošiat a pomôcok). Sledovanie výdavkov domácností vytvára prehľad o nákladoch na prístup k službám vrátane tých, ktoré by mali byť bezplatné. Monitorovanie výdavkov domácností by malo byť vždy podporené monitorovaním výsledkov hotovostnej pomoci.

Sektory založené na službách môžu tiež zväziť trhové plánovanie pri tovaroch, ako sú moskytiéry ošetrené insekticídmi, zásoby doplnkového krmiva a liečivá, ak spĺňajú kritériá kvality. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.*

Vo väčšine kontextov bude potrebná kombinácia trhových intervencií. Trhov orientované programy budú pravdepodobne musieť byť podporené inými činnosťami, ako sú aktivity zabezpečujúce technickú pomoc. Táto kombinácia sa bude v priebehu programu tiež vyvíjať a môže sa meniť z naturálií na hotovosť alebo poukážky či naopak. Spolu s monitorovaním programu je dôležitý aj monitoring trhu na potvrdenie alebo úpravu formy pomoci.



Vždy je potrebná spolupráca medzi dodávateľským reťazcom, logistikou a plánovacím oddelením. Ďalšie pokyny k nástrojom, ktoré podporujú túto voľbu a analýzu.

⊕ *Pozri citované zdroje.*

Kontrolné zoznamy

Kontrolný zoznam pri hotovostnej pomoci

Túto časť tvorí zoznam otázok, ktoré je potrebné zohľadniť pri poskytovaní pomoci prostredníctvom trhov. Sleduje cyklus riadenia programu a zahŕňa ďalšie dôležité prvky, ktoré je potrebné zvážiť pri zavádzaní tohto prístupu, aby boli naplnené minimálne štandardy. Každý kontext bude iný a možnosti dodávacích mechanizmov sa budú líšiť v závislosti od infraštruktúry, ochrany údajov, nákladovej efektívnosti a finančného začlenenia.

Návrh programu

- Základné cieľové kritériá založte na cieľoch programu a zohľadnite hľadiská špecifické pre hotovostnú pomoc.
- Na základe jasného hodnotenia rizika a zváženia obáv z hľadiska ochrany zvážte, komu v domácnosti by sa mala poskytnúť pomoc v hotovosti.
- Identifikujte bezpečné, dostupné a efektívne mechanizmy na poskytovanie pomoci na základe kontextu, cieľov a veľkosti programu, ako aj finančnej gramotnosti a preferencií príjemcov.
- Prevádzanú sumu vypočítajte na základe potrieb, ktoré je potrebné pokryť, a nákladov na ich naplnenie.
- Nastavte frekvenciu a trvanie prevodov na základe potrieb, sezónnosti, možností poskytovateľa finančných služieb a rizík ochrany.
- Ak je to možné, pozrite sa na to z pohľadu viacerých sektorov.
- Definujte kľúčové problémy a súvisiace ukazovatele na monitorovanie úrovni procesov, činností, výstupov a výsledkov.

Implementácia

- Do výberových konaní na poskytovateľov finančných služieb zapracujte hľadiská špecifické pre daný kontext a všetky ďalšie relevantné dimenzie, a stanovte jasné kritériá výberu.
- Zvážte použitie existujúcich dodacích mechanizmov, ktoré sú už zavedené pri sociálnej ochrane.
- Nastavte systémy registrácie a identifikácie príjemcov, ktoré sú vhodné pre realizačný mechanizmus a z hľadiska ochrany osobných údajov.
- Zabezpečte, aby registrácia a identifikácia pokrývali údaje požadované poskytovateľom finančných služieb.
- Uplatňujte a dokumentujte opatrenia na ochranu osobných údajov.
- V maximálnej možnej miere vytvorte mechanizmy pre digitálne údaje v spolupráci s rôznymi organizáciami („prepojené systémy“).

- Jasne definujte postupy, úlohy a zodpovednosť za proces doručovania hotovosti, ako aj mechanizmy riadenia rizík.
- Zabezpečte, aby bol proces poskytovania pomoci v hotovosti dostupný a efektívny.
- Dbajte na to, aby mali všetky zasiahnuté skupiny prístup k zvolenému mechanizmu doručovania počas celej dĺžky trvania projektu.
- Zabezpečte, aby mali príjemcovia informácie o cieľoch programu a trvaní pomoci v hotovosti, aby sa mohli informovane rozhodovať o výdavkoch.
- Zabezpečte, aby mali poskytovatelia finančných služieb zodpovednosť voči príjmom prostredníctvom zmluvného riadenia a monitorovania. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, záväzky č. 4 a 5.*

Monitorovanie, hodnotenie a učenie

- Monitorujte procesy, činnosti, výstupy a riziká súvisiace s asistenčnými službami v hotovosti, a to aj prostredníctvom monitorovania po distribúcii.
- Sledujte, či hotovosť alebo poukážky dostala správna osoba, bezpečne, včas a v správnej výške.
- Dôsledne monitorujte trhy a ich dodávateľské reťazce aj nad rámec sledovania cien.
- Monitorujte výdavky domácností a porovnávajte ich s údajmi z monitorovania trhu, aby ste posúdili, či je možné potreby skutočne uspokojiť pomocou hotovostnej pomoci a či došlo k poklesu negatívnych stratégií zvládania.
- Monitorujte potenciálne riziká hotovostnej pomoci vrátane rizík z hľadiska ochrany a možného negatívneho vplyvu na prírodné zdroje.
- Vyhodnoťte výsledky súvisiace s hotovostnou pomocou.
- Pravidelne vyhodnocujte, či je výber peňažnej pomoci účinný pri napĺňaní meniacich sa potrieb, prispôbte tomu program a podporte neustále vzdelávanie pre budúce programy.

Kontrolný zoznam pri riadení dodávateľského reťazca a logistike

V tejto časti uvádzame zoznam otázok, ktoré je potrebné zohľadniť pri riadení dodávateľského reťazca a logistike. Sleduje sa cyklus riadenia programu a sú zahrnuté ďalšie dôležité prvky, ktoré je potrebné zvážiť.

Riadenie dodávateľského reťazca (SCM) začína výberom komodity alebo služby. Je zahrnutá identifikácia zdroja toho, čo je potrebné, obstarávanie, riadenie kvality, riadenie rizík (vrátane poistenia), balenie, expedícia, preprava, skladovanie, správa zásob, dodanie a distribúcia. SCM zahŕňa mnoho rôznych partnerov a ich aktivity je dôležité koordinovať. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, záväzok č. 6.*

Vyžaduje sa špecifická odbornosť v SCM. Medzi konkrétne typy relevantných odborných znalostí patrí riadenie zmlúv, riadenie dopravy a skladu, riadenie zásob, analýza prepojenia a riadenia informácií, sledovanie zásielok a riadenie dovozu. Riadiace a monitorovacie postupy by mali zabezpečiť ochranu komodít až do distribučných



miest. Humanitárne organizácie však zodpovedajú aj za to, aby sa produkty a služby (vrátane asistenčných služieb v hotovosti) dostali k ľuďom, ktorí potrebujú pomoc.

Miestne a regionálne nákupy stimulujú miestne trhy, čo môže dať farmárom a výrobcom podnet k väčšej produkcii, a môže tak dôjsť k podpore miestneho hospodárstva. Ak sú však dodávky už relatívne obmedzené, miestne alebo regionálne nákupy by mohli spôsobiť problémy na iných trhoch alebo narušiť existujúce obchodné siete. Naopak, dovoz môže vytlačiť miestnych alebo regionálnych výrobcov a tiež narušiť existujúce obchodné siete.

Navrhovanie programu

- Pred dovezením potrebného tovaru a služieb z inej oblasti posúďte ich miestnu dostupnosť.
- Zvážte spoluprácu s renomovanými miestnymi alebo regionálnymi prepravcami, ktorí majú potrebné vedomosti o miestnych predpisoch, postupoch a zariadeniach, môžu pomôcť zabezpečiť súlad so zákonmi hostiteľskej krajiny a urýchliť dodávky.
- V konfliktnom prostredí poskytovateľov služieb obzvlášť prísne preverujte.
- Dôsledne dbajte na to, aby lokálne obstarávanie zdrojov nespôsobilo ani nezhoršovalo konfliktné situácie.
- Zvážte, či je využívanie prírodných zdrojov trvalo udržateľné a či nemôže viesť k ďalšiemu konfliktu o zdroje.
- Zaveďte transparentný, spravodlivý a otvorený postup pri zadávaní zákaziek s ohľadom na miestne, štátne a medzinárodné možnosti.
- Ak sa zapojilo niekoľko organizácií, v čo najväčšom rozsahu koordinujte miestne zásobovanie.

Implementácia

- Budujte dobré vzťahy s dodávateľmi, miestnymi obchodníkmi a poskytovateľmi služieb.
- Požadujte primeranú kvalitu tovarov a služieb prostredníctvom zmlúv, ako aj etických a environmentálne udržateľných postupov.
- Vyškolte a dohliadajte na zamestnancov na všetkých úrovniach dodávateľského reťazca, aby sa zachovala kvalita produktov a dodržiavali sa bezpečnostné postupy (pre príjemcov a zamestnancov), ako aj etické a environmentálne udržateľné postupy.
- Zapojte zamestnancov partnerských organizácií a poskytovateľov služieb do školení a školenia robte v miestnom jazyku.
- Nastavte postupy zodpovednosti vrátane plánovania dodávok, prepravy, skladovania, riadenia zásob, vykazovania a finančných systémov.
- Vyhýbajte sa plateniu potravinami za logistické operácie, ako je vykladanie v skladoch. Takéto náklady by sa mali zahrnúť do základného rozpočtu.
- Odporúčajú sa oddelené sklady na potraviny a nepotravinárske položky. Pri výbere skladu dbajte na to, aby sa priestory nepoužívali na skladovanie nebezpečného tovaru a nehrozilo nebezpečenstvo kontaminácie. Medzi faktory, ktoré treba zvážiť, patria: bezpečnosť, kapacita, ľahký prístup, pevnosť konštrukcie a absencia hrozby záplav.

- Posudzujte a riadte riziká ohľadne bezpečnosti prepravných ciest a skladov.
- V konfliktných situáciách zavedte kontrolné systémy a dohliadajte na všetky fázy dodávateľského reťazca, aby sa minimalizovalo riziko rabovania alebo zabavenia bojujúcimi stranami.
- Analyzujte a zaoberajte sa širšími politickými a bezpečnostnými dôsledkami, ako je napríklad možnosť, že presmerovanie zásob podnieti ozbrojený konflikt. ⊕ *Pozri Zásady ochrany 2.*
- Minimalizujte a nahlasujte stratu tovaru na všetkých úrovniach dodávateľského reťazca.
- Nechajte poškodené alebo nevhodné komodity skontrolovať kvalifikovanými inšpektormi (ako sú odborníci na bezpečnosť potravín a laboratória verejného zdravia) a potvrdiť ich na likvidáciu.
- Poškodené komodity rýchlo zlikvidujte skôr, ako ohrozia zdravie alebo bezpečnosť. Spôsoby likvidácie komodít zahŕňajú predaj (napríklad potraviny na kŕmenie zvierat) a zakopanie alebo spálenie, ktoré je povolené a malo by byť potvrdené príslušnými orgánmi. V žiadnom prípade sa nevhodné komodity nesmú znovu dostať do dodávateľského reťazca, poškodzovať životné prostredie ani kontaminovať vodné zdroje. ⊕ *Pozri WASH Nakladanie s tuhým odpadom štandardy 5.1 až 5.3.*
- Medzi každodenné potreby v rámci riadenia patrí rýchle a transparentné hlásenie meškania alebo zmien v dodávateľskom reťazci. Sprístupnite dostatočnú dokumentáciu a formuláre v miestnom jazyku na všetkých miestach, kde sa tovar prijíma, skladuje a/alebo odosiela. Tým sa udržiava zdokumentovaný auditný záznam transakcií.

Monitorovanie, hodnotenie a učenie

- Monitorujte a spravujte tok komodít, aby ste sa vyhli presmerovaniu a prerušeniu distribúcie, ako aj narušeniu trhu.
- Pravidelne informujte zainteresované strany o výkone v oblasti dodávateľského reťazca.
- Medzi zainteresovanými stranami dodávateľského reťazca zdieľajte relevantné informácie o úrovniach zásob, očakávaných príchodoch a distribúcii. Pomocou sledovania stavu zásob včas upozorníte na predpokladané nedostatky a problémy. Zdieľanie informácií medzi partnermi môže uľahčiť pôžičky, ktoré zabráni prerušeniu toku. Ak nebudú k dispozícii dostatočné zdroje, bude potrebné uprednostniť komodity. Pri zvažovaní riešení sa poradte so zainteresovanými stranami.
- Dbajte na to, aby mechanizmy zodpovednosti a komunikácie odrážali špecifiká dodávacích procesov.
- Dbajte na to, aby sa od začiatku zásahu zaviedli systémy sledovania komodít a riadenia informácií.
- Pravidelne vyhodnocujte, či je pomoc účinná pri napĺňaní meniacich sa potrieb, prispôbte tomu plán a podporte priebežné vzdelávanie pri budúcich programoch.



Citované a ďalšie zdroje

Pochopenie zraniteľnosti a možností

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme [Štandardy humanitárnej inklúzie pre starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím. Konzorcium pre vek a postihnutie v rámci programu ADCAP]. HelpAge, 2018.

www.helpage.org

Plánovanie založené na viere

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Prístup citlivý k vierovyznaniu pri humanitárnej reakcii: usmernenie pre plánovanie v oblasti psychického zdravia a psychosociálnej podpory]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Analýza trhu a trhov orientované plánovanie

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy (MERS): Základný štandard 2 a štandardy hodnotenia a analýzy]. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálny štandard pre analýzu trhu (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Peňažná podpora

CBA Programme Quality Toolbox [Súbor nástrojov kvality programu CBA]. CaLP. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Riadenie dodávateľského reťazca a logistika

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA) [Sledovanie nákladu: Aplikácia na sledovanie pomocných položiek (RITA)]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page [HumanitarianResponse.info: Stránka s odkazmi na logistiku]. UNOCHA.

<https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG) [Príručka prevádzkovej logistiky (LOG)]. Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013 [Trhové systémy a scenáre Oxfam pre CTP – model RAG 2013]. Logistics Cluster.

www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V [Súbor nástrojov pre logistiku v C&V]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Humanitárna charta

Humanitárna charta

Humanitárna charta predstavuje etické a právne pozadie pre Zásady ochrany, Základnú humanitárnu normu a Minimálne štandardy, ktoré sú obsahom Príručky. Sčasti je to vyhlásenie o uznaných zákonných právach a povinnostiach, sčasti vyhlásenie o spoločnom presvedčení.

Z hľadiska zákonných práv a povinností Humanitárna charta sumarizuje základné právne zásady, ktoré majú najväčší vplyv na životné podmienky ľudí zasiahnutých katastrofou alebo konfliktom. Pokiaľ ide o spoločné presvedčenie, snaží sa zachytiť konsenzus medzi humanitárnymi agentúrami o zásadách, ktorými by sa mala riadiť humanitárna reakcia na katastrofu alebo konflikt vrátane úloh a povinností jednotlivých aktérov.

Humanitárna charta tvorí základ pre záväzky humanitárnych agentúr, ktoré podporujú Sphere, a je výzvou pre všetkých, ktorí sa zapájajú do humanitárnej činnosti, aby prijali rovnaké zásady.

Naše presvedčenie

1. Humanitárna charta vyjadruje spoločné presvedčenie humanitárnych agentúr, že všetci ľudia zasiahnutí katastrofou alebo konfliktom majú právo na ochranu a pomoc s cieľom zabezpečiť im základné podmienky na dôstojný život. Veríme, že zásady opísané v Humanitárnej charte sú univerzálne sa vzťahujú na všetkých ľudí zasiahnutých katastrofou alebo konfliktom bez ohľadu na to, kde sa nachádzajú, a platia pre všetkých, ktorí sa im usilujú poskytnúť pomoc alebo zaručiť bezpečnosť. Tieto zásady sa odzrkadľujú v medzinárodnom práve, ale platnosť odvodzujú od základného morálneho princípu **ľudskosti**, podľa ktorého sa ľudské bytosti rodia slobodné a rovné v dôstojnosti a v právach. Na základe tohto princípu potvrdzujeme nadradenosť **humanitárneho imperatívu**, ktorý uvádza, že je potrebné prijať opatrenia na prevenciu alebo zmierňovanie ľudského utrpenia spôsobeného katastrofou či konfliktom, a nič nie je nadradené tomuto princípu.

Ako lokálne, štátne a medzinárodné humanitárne agentúry sa pri úsilí o pomoc a ochranu zasiahnutých ľudí zaväzujeme presadzovať a dodržiavať princípy tejto Charty a naplňovať Minimálne štandardy. Vyzývame všetkých, ktorí sa angažujú v humanitárnych činnostiach, vrátane aktérov zo štátneho a súkromného sektora, aby sa postavili za nižšie uvedené spoločné princípy, práva a povinnosti ako vyjadrenie spoločného humanitárneho presvedčenia.

Naša úloha

2. Sme si vedomí toho, že naplňovanie základných potrieb ľudí zasiahnutých katastrofou alebo konfliktom prebieha v prvom rade prostredníctvom ich vlastného úsilia a podpory komunity a miestnych inštitúcií. Uznávame prvoradú úlohu a povinnosť dotknutého štátu pri poskytovaní včasnej pomoci zasiahnutým ľuďom, pri zabezpečení ochrany a bezpečnosti ľudí a pri pomoci pri ich zotavovaní. Veríme, že

z hľadiska účinnej prevencie a reakcie je mimoriadne dôležitá kombinácia oficiálnej a dobrovoľnej činnosti a v tomto smere majú pri podpore štátnych orgánov zohrávať zásadnú úlohu národné spoločnosti hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca spolu s ďalšími aktérmi občianskej spoločnosti. Ak sú možnosti daného štátu nedostatočné, potvrdzujeme úlohu širšej medzinárodnej komunity, vrátane vládnych donorov a regionálnych organizácií, v podpore štátov pri napĺňaní ich povinností. Uznávame a podporujeme osobitné úlohy, ktoré zohrávajú poverené agentúry Spojených národov a Medzinárodný výbor Červeného kríža.

3. Ako humanitárne agentúry svoju úlohu interpretujeme vo vzťahu k potrebám a možnostiam zasiahnutého obyvateľstva a povinnostiam ich vlád alebo kontrolných orgánov. Pri poskytovaní pomoci naša úloha odráža skutočnosť, že orgány s primárnou povinnosťou nie sú vždy úplne schopné zastať si úlohu samostatne, prípadne sa ju zdráhajú plniť. V čo najväčšej miere a napĺňajúc humanitárny imperatív a iné princípy vymedzené v tejto Charte budeme podporovať snahy príslušných orgánov chrániť zasiahnutých ľudí a pomáhať im. Všetkých štátnych aj neštátnych aktérov vyzývame, aby rešpektovali nezaujatú, nezávislú a nestrannú rolu humanitárnych agentúr a aby im uľahčovali prácu odstraňovaním zbytočných zákonných a praktických prekážok, zaručením bezpečnosti a umožnením včasného a trvalého prístupu k zasiahnutému obyvateľstvu.



Spoločné princípy, práva a povinnosti

4. Ako humanitárne agentúry ponúkame svoje služby na základe princípu ľudskosti a humanitárneho imperatívu, keď uznávame práva všetkých osôb zasiahnutých katastrofou alebo konfliktom – žien a mužov, chlapcov a dievčat. Patria k nim aj práva na ochranu a pomoc, ktoré sa odrážajú v ustanoveniach medzinárodného humanitárneho práva, medzinárodného práva ľudských práv a medzinárodného utečeneckého práva. Na účely tejto Charty ide o nasledujúce práva:

- **právo na dôstojný život,**
- **právo na humanitárnu pomoc, a**
- **právo na ochranu a bezpečnosť.**

Hoci tieto práva nie sú v medzinárodnom práve formulované v takomto znení, obsahujú celý rad zavedených zákonných práv a dávajú humanitárnemu imperatívu hlbšiu podstatu.

5. **Právo na dôstojný život** sa odráža v ustanoveniach medzinárodného práva, a to konkrétne v ustanoveniach v oblasti ľudských práv týkajúcich sa práva na život, na primeraný životný štandard, zákazu mučenia a neludského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestu. Právo na život znamená povinnosť zachovávať život, a to pri každom jeho ohrození. Implicitne sa tým vyjadruje povinnosť nezadržiavať ani nezmarit život zachraňujúcu pomoc. Dôstojnosť v sebe nesie viac než vhodné fyzické životné podmienky. Vyžaduje si rešpekt voči človeku celkovo, vrátane hodnôt a presvedčenia jednotlivcov a zasiahnutých komunít, a dodržiavanie ich ľudských práv vrátane slobody, slobody myslenia a praktizovania náboženstva.

6. **Právo na humanitárnu pomoc** je nevyhnutná súčasť práva na dôstojný život. Zahŕňa právo na primeraný životný štandard vrátane primeraných potravín, vody, oblečenia, prístrešia a požiadaviek na zdravie, ktoré sú vyslovene garantované v medzinárodnom práve. Základná humanitárna norma a Minimálne štandardy odrážajú tieto práva a sú ich praktickým vyjadrením, najmä vo vzťahu k poskytovaniu pomoci ľuďom zasiahnutým katastrofou alebo konfliktom. Ak štátni alebo neštátni aktéri takúto pomoc neposkytujú, sme presvedčení, že musia jej poskytnutie umožniť iným. Každá takáto pomoc sa musí poskytovať v súlade s princípom **nestrannosti**, ktorým sa vyžaduje, aby sa pomoc poskytla výhradne na základe potreby a úmerne k nej. Tým sa zohľadňuje širší princíp **nediskriminácie**: nikto nesmie byť diskriminovaný na základe postavenia vrátane veku, rodu, rasy, farby pokožky, etnického pôvodu, sexuálnej orientácie, jazyka, vierovyznania, zdravotného postihnutia, zdravotného stavu, politického či iného presvedčenia a národného či spoločenského pôvodu.

7. **Právo na ochranu a bezpečnosť** vychádza z ustanovení medzinárodného práva, z rezolúcií Spojených národov a iných medzivládnych organizácií a zo zvrchovanej povinnosti štátov chrániť všetkých, ktorí podliehajú ich jurisdikcii. Bezpečnosť a ochrana predstavujú osobitný humanitárny aspekt, vrátane ochrany utečencov a vnútorne vysídlených ľudí. Zákon tiež uznáva, že niektoré osoby môžu byť osobitne zraniteľné voči zneužívaniu a nepriaznivej diskriminácii z dôvodu svojho statusu, napríklad veku, rodu, rasy, a môžu si z hľadiska ochrany a pomoci vyžadovať osobitné opatrenia. Domnievame sa, že v rozsahu, v akom štát nie je schopný za daných okolností chrániť ľudí, musí požiadať o medzinárodnú pomoc.

Právo súvisiace s ochranou civilistov a vysídlených ľudí si vyžaduje osobitnú pozornosť:

i. Počas **ozbrojeného konfliktu**, ako je definovaný v medzinárodnom humanitárnom práve, existuje osobitné právne ustanovenie na ochranu a pomoc ľuďom nezapojeným do konfliktu. Ženevskými dohovormi z roku 1949 a dodatočnými protokolmi z roku 1977 sa osobitne ukladajú povinnosti jednotlivým stranám pri medzinárodných aj vnútroštátnych ozbrojených konfliktoch. Zdôrazňujeme všeobecnú ochranu civilného obyvateľstva, a to pred útokmi a represáliami, a najmä význam:

- princípu **rozlišovania** civilistov a bojovníkov a tiež civilných objektov a vojenských cieľov,
- princípu **primeranosti** pri využívaní sily a **obozretnosti** pri útoku,
- povinnosti zdržať sa použitia zbraní, ktoré svojou povahou nedávajú možnosť rozlišovať, spôsobujú zbytočné zranenia či zbytočné utrpenie, a
- povinnosti umožniť poskytovanie nestrannej pomoci.

Veľká časť utrpenia civilistov, ktorému by sa v ozbrojených konfliktoch dalo vyhnúť, vyplýva z nedodržania týchto základných princípov.

- ii. **Právo požiadať o azyl alebo útočisko** si zachováva dôležitosť pri ochrane tých, ktorí čelia prenasledovaniu alebo násiliu. Ľudia zasiahnutí katastrofou alebo konfliktom musia často pri hľadaní bezpečia a napĺňaní existenčných potrieb utekať zo svojich domovov. Ustanovenia Dohovoru o právnom postavení utečencov z roku 1951 (v platnom znení) a iné medzinárodné a regionálne zmluvy obsahujú základné záruky pre ľudí, ktorí nemôžu využiť ochranu štátu, ktorého sú štátni príslušníci alebo rezidenti, a teda sú nútení hľadať bezpečie v inej krajine. Hlavným princípom je princíp **nenavracania**, podľa ktorého nikto nesmie byť navrátený späť do krajiny, kde by bol v ohrození života, slobody alebo fyzickej bezpečnosti, alebo kde by bol pravdepodobne vystavený mučeniu alebo inému krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu či trestu. V širšom chápaní sa rovnaký princíp uplatňuje na vnútorne vysídlených ľudí, ako to odráža medzinárodné právo ľudských práv a podrobnejšie aj Usmerňujúce zásady o vnútornom vysídľovaní z roku 1998 a súvisiace regionálne a štátne zákony.

Náš záväzok



8. Svoje služby ponúkame vo viere, že zasiahnuté obyvateľstvo je v centre humanitárnej činnosti, pričom zároveň berieme na vedomie, že z hľadiska poskytovania pomoci spôsobmi, ktoré najlepšie napĺňajú jeho potreby, vrátane potrieb zraniteľných a sociálne vylúčených ľudí, je zásadná jeho aktívna účasť. Budeme sa usilovať podporovať miestne snahy o predchádzanie katastrofám a dôsledkom konfliktov, pripravenosť a reakciu na ne, aj o posilnenie možností miestnych aktérov na všetkých úrovniach.

9. Uvedomujeme si, že snaha o poskytovanie humanitárnej pomoci môže mať niekedy neplánované nepriaznivé následky. V spolupráci so zasiahnutými komunitami a orgánmi máme za cieľ minimalizovať všetky negatívne účinky humanitárnej činnosti na miestnu komunitu alebo na životné prostredie. S ohľadom na ozbrojený konflikt sme si vedomí toho, že spôsob poskytovania humanitárnej pomoci môže zvýšiť zraniteľnosť civilného obyvateľstva voči útoku alebo môže privodiť nežádúcu výhodu jednej alebo viacerým stranám konfliktu. Zaväzujeme sa minimalizovať takéto negatívne účinky, pokiaľ je to v súlade s princípmi uvedenými vyššie.

10. Budeme konať v súlade so zásadami humanitárnej činnosti, ako sú vymedzené v tejto Charte, a s osobitnými smernicami Pravidiel správania pre Medzinárodné hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie pri odstraňovaní následkov katastrof (1994).

11. Základná humanitárna norma a Minimálne štandardy tvoria praktickú podstatu spoločných princípov v tejto Charte, pričom vychádzajú z toho, ako agentúry vnímajú základné minimálne požiadavky na dôstojný život, a z ich skúseností s poskytovaním humanitárnej pomoci. Hoci dosiahnutie noriem závisí od celej škály faktorov, z ktorých mnohé sa môžu vymykať našej kontrole, zaväzujeme sa k dôslednému úsiliu o ich dosahovanie, a zároveň očakávame, že za to budeme aj zodpovední.

Vyzývame všetky strany vrátane dotknutých vlád a vlád poskytujúcich pomoc, medzinárodných organizácií, súkromných a nešťátnych aktérov, aby prijali Základnú humanitárnu normu a Minimálne štandardy ako uznávané normy.

12. Dodržiavaním Základnej humanitárnej normy a Minimálnych štandardov sa zaväzujeme k maximálnemu úsiliu s cieľom zabezpečiť, aby mali ľudia zasiahnutí katastrofami alebo konfliktom prístup k napĺňaniu minimálnych požiadaviek na dôstojný život a bezpečnosť, vrátane primeraného zabezpečenia vody, sanitácie, potravín, výživy, prístrešia a zdravotnej starostlivosti. Preto sa budeme naďalej usilovať o to, aby štáty a iné strany napĺňali svoje morálne a právne záväzky voči zasiahnutému obyvateľstvu. Z našej strany sa zaväzujeme zvýšiť efektivitu, primeranosť a zodpovednosť našich humanitárnych reakcií prostredníctvom vhodného hodnotenia a monitorovania meniaceho sa lokálneho kontextu, prostredníctvom transparentnosti informácií a rozhodovania, a prostredníctvom efektívnejšej koordinácie ostatných relevantných aktérov na všetkých úrovniach a efektívnejšej spolupráce, ako to detailne stanovuje Základná humanitárna norma a Minimálne štandardy. Osobitne sa zaväzujeme k práci so zasiahnutým obyvateľstvom na báze partnerstva, kde budeme zdôrazňovať jeho aktívnu účasť na humanitárnej reakcii. Berieme na vedomie, že naša základná zodpovednosť smeruje voči tým, ktorým sa usilujeme pomáhať.



Zásady ochrany



Humanitárna charta



Zásady ochrany

ZÁSADA Č. 1

Posilňovať bezpečnosť, dôstojnosť a práva ľudí, a zabrániť, aby boli vystavení ďalšej ujme

ZÁSADA Č. 2

Zabezpečiť prístup ľudí k nestrannej pomoci v súlade s ich potrebami a bez diskriminácie

ZÁSADA Č. 3

Pomáhať ľuďom pri zotavovaní z fyzických a psychologických následkov hrozby násilím alebo samotného násillia, nátlaku alebo zámernej deprivácie

ZÁSADA Č. 4

Pomôcť ľuďom pri domáhaní sa práv

PRÍLOHA Zhrnutie profesionálnych štandardov pri práci v oblasti ochrany

Obsah

Zásady ochrany	36
Zásada č. 1.....	38
Zásada č. 2.....	40
Zásada č. 3.....	41
Zásada č. 4.....	43
Príloha: Zhrnutie profesionálnych štandardov pri práci v oblasti ochrany	45
Citované a ďalšie zdroje	47



Zásady ochrany

Pri každej humanitárnej činnosti a na všetkých humanitárnych aktéroch sa vzťahujú štyri zásady ochrany.

1. Posilniť bezpečnosť, dôstojnosť a práva ľudí a zabrániť tomu, aby boli vystavení ujme.
2. Zabezpečiť prístup ľudí k pomoci v súlade s ich potrebami a bez diskriminácie.
3. Pomôcť ľuďom pri zotavovaní z fyzických a psychologických dôsledkov hrozby násilím alebo samotného násillia, nátlaku alebo zámernej deprivácie.
4. Pomôcť ľuďom pri domáhaní sa práv.

Zásadami ochrany sa podporujú práva vymedzené v Humanitárnej charte: právo na dôstojný život, právo na humanitárnu pomoc a právo na ochranu a bezpečnosť. Zásady vyjadrujú úlohu, ktorú môžu všetci humanitárni aktéri zohrávať v rámci pomoci pri ochrane ľudí. Úlohy a povinnosti humanitárnych aktéroch sú však voči úlohám a povinnostiam štátu druhoradé. Štát či iné orgány nesú právnu zodpovednosť za vhodné podmienky na život ľudí na ich území alebo na území, ktoré kontrolujú, rovnako aj za bezpečnosť civilistov v ozbrojených konfliktoch. Nakoniec práve tieto orgány majú povinnosť zaručiť bezpečnosť a ochranu ľudí prostredníctvom opatrení alebo zdržania sa zásahu do práv. Úlohou humanitárnych aktéroch môže byť podpora a presviečanie štátnych orgánov, aby si plnili povinnosti, a ak štátne orgány zlyhajú, pomáhať ľuďom pri riešení následkov.

Táto kapitola obsahuje usmernenia, ako môžu humanitárne organizácie prispieť k ochrane tak, že pomôžu ľuďom ostať v bezpečí, získať prístup k pomoci, zotaviť sa z násillia a dožadovať sa svojich práv.

Ochrana súvisí s bezpečnosťou, dôstojnosťou a právami osôb zasiahnutých katastrofou alebo ozbrojeným konfliktom. Medziagentúrny stály výbor (IASC) definuje ochranu ako: „... všetky činnosti zamerané na dosiahnutie plného dodržiavania práv jednotlivcov v súlade s ustanoveniami a duchom príslušných právnych predpisov (t. j. medzinárodného práva ľudských práv, medzinárodného humanitárneho práva, medzinárodného utečeneckého práva).“

V širšom zmysle sú chránené všetky snahy humanitárnych a ľudskoprávných aktéroch zamerané na to, aby sa práva zasiahnutých osôb a záväzky nositeľov povinností chápali, dodržiavali, chránili a naplňovali bez diskriminácie podľa medzinárodného práva.

Ochrana spočíva v prijatí opatrení na ochranu ľudí pred násilím, nátlakom a zámernou depriváciou. V danom humanitárnom kontexte často existuje prioritný súbor problémov v oblasti ochrany, ktoré sa týkajú celých komunit, a ak sa majú účinne riešiť, je nevyhnutné prijať spoločné opatrenia. Ak sa má humanitárna pomoc orientovať na ochranu, je mimoriadne dôležité porozumieť kľúčovým rizikám zasiahnutých osôb a riešiť ich, a to vrátane vážnych škôd vyplývajúcich z nedodržiavania medzinárodného humanitárneho práva, medzinárodného utečeneckého práva a medzinárodného práva ľudských práv.

Prenos zásad do praxe

Každý, kto uplatňuje minimálne štandardy Sphere, by sa mal riadiť zásadami ochrany, a to aj vtedy, ak nedisponuje príslušným mandátom na ochranu či špeciálnymi kapacitami v oblasti ochrany. To zahŕňa pochopenie kontextu a prijatie opatrení na zabránenie, obmedzenie alebo ukončenie porušovania práv a ohrozenia bezpečnosti ľudí. Podstatné je informovanie a podpora schopnosti ľudí prijímať informované rozhodnutia o vlastnej situácii a zotavení.

Špecializovaní aktéri v oblasti ochrany by mali dodržiavať tieto zásady a navyše dodržiavať osobitné doplnkové štandardy. Špecializovaní aktéri v oblasti ochrany sa zameriavajú na osobitné oblasti záujmu ako je napr.:

- ochrana detí,
- rodovo podmienené násilie,
- bývanie, pôda a vlastnícke práva,
- boj proti mŕtvici,
- právny štát a spravodlivosť,
- právne poradenstvo,
- advokáti a obrancovia ľudských práv,
- vnútorne vysídlené obyvateľstvo, a
- práva utečencov.

⊕ *Pozri Citované zdroje a Prílohu: Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany, ktoré sa zaoberajú vyhľadávaním rodinných príslušníkov, obnovou dokladov, ochranou údajov a ďalšími oblasťami.*



Činnosti v oblasti ochrany

Činnosti súvisiace s ochranou môžu byť: preventívne, responzívne, nápravné a zamerané na formovanie prostredia. Dodržiavanie zásad ochrany si vyžaduje kombináciu týchto činností.

- **Preventívne:** Prevencia vzniku ohrozenia bezpečnosti, dôstojnosti alebo práv, znižovanie miery vystavenia týmto hrozbám alebo zmierňovanie zraniteľnosti voči nim.
- **Responzívne:** Ukončenie trvajúceho porušovania alebo zneužívania práv okamžitou reakciou na incidenty násilia, nátlaku a deprivácie.
- **Nápravné:** Zabezpečenie nápravy pri prebiehajúcich alebo minulých zneužívaniach práv poskytovaním zdravotnej starostlivosti (vrátane psychosociálnej podpory), právnej pomoci alebo inej podpory pri opätovnom nadobúdaní dôstojnosti.
- **Činnosti zamerané na formovanie prostredia:** Prispievanie k politickému, sociálnemu, kultúrnemu, inštitucionálnemu a právnomu prostrediu, ktorým sa podporuje plné dodržiavanie práv zasiahnutého obyvateľstva. Sem patrí aj motivácia k dodržiavaniu práv v súlade s medzinárodným právom.

Presadzovanie záujmov – či už verejných alebo súkromných – je spoločné pre všetky štyri typy činností. Ak hrozby voči zasiahnutému obyvateľstvu pramenia z úmyselných rozhodnutí, činností alebo postupov, humanitárne alebo ľudskoprávne organizácie by mali podporovať zmenu tých rozhodnutí, činností a postupov, ktoré ohrozujú práva dotknutého obyvateľstva. Môže to zahŕňať ovplyvňovanie alebo zmenu správania osoby alebo organizácie, ktorá predstavuje hrozbu, alebo aj úsilie o zmenu diskriminačných postupov či právnych rámcov. Rovnako to môže zahŕňať podporu snahy ľudí o to, aby zostali v bezpečí, a znižovanie miery vystavenia riziku.

Zásada ochrany č. 1:

Posilňovať bezpečnosť, dôstojnosť a práva ľudí, a zabrániť, aby boli vystavení ďalšej ujme

Humanitárni aktéri prijímajú opatrenia na zníženie celkového rizika a zraniteľnosti ľudí, vrátane rizík potenciálne negatívnych účinkov humanitárnych programov a zraniteľnosti voči nim.

Táto zásada zahŕňa:

- pochopenie rizika ochrany v kontexte,
- pomoc pri znižovaní rizík, ktorým ľudia môžu čeliť pri dôstojnom napĺňaní svojich potrieb,
- pomoc v prostredí, ktoré už ľudí nevystavuje ďalšiemu fyzickému nebezpečenstvu, násiliu alebo zneužívaniu, a
- podporovanie schopnosti ľudí chrániť sa.

Ústredný význam tejto zásady spočíva vo vyhýbaní sa negatívnym účinkom spôsobeným humanitárnym plánovaním. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – záväzok č. 3.*

Pokyny

Analýza kontextu: Oboznámte sa s kontextom a predvídajte následky humanitárnej činnosti, ktoré môžu mať vplyv na bezpečnosť, dôstojnosť a práva zasiahnutého obyvateľstva. Pri pravidelnej analýze rizika s ohľadom na postupnú zmenu situácie spolupracujte s partnermi a skupinami zasiahnutých žien, mužov, chlapcov a dievčat.

Nasledujúci zoznam nie je úplný, ale môže tvoriť základ takejto analýzy:

- Aké sú hrozby, riziká a zraniteľnosti v oblasti ochrany vo vzťahu k celému obyvateľstvu? Akými schopnosťami disponuje obyvateľstvo, aby minimalizovali riziká?
- Čelia niektoré skupiny osobitnému riziku? Z akého dôvodu? Zvážte napríklad etnický pôvod, kastu, triedu, rod, pohlavie, vek, zdravotné postihnutie alebo sexuálnu orientáciu.
- Existujú prekážky, ktoré bránia ľuďom v prístupe k pomoci alebo účasti na rozhodnutiach? Môžu spočívať v bezpečnosti, sociálnych alebo fyzických prekážkach, alebo spôsobe poskytovania informácií.

- Čo robia miestne komunity, aby sa ochránili? Ako môžu humanitárne organizácie podporiť tieto snahy a neoslabiť ich? Existujú riziká pre ľudí, ktorí sa chránia sami?
- Využívajú ľudia negatívne mechanizmy zvládania situácie, akými sú výmenný sex, predčasné manželstvo, detská práca alebo riskantná migrácia? Čo možno urobiť na zmiernenie základnej zraniteľnosti?
- Majú humanitárne činnosti nezamýšľané negatívne dôsledky, ako napr. vystavenie ľudí riziku na distribučných miestach alebo vytvorenie rozdielov v rámci komunity alebo voči hostiteľským komunitám? Ako možno toto riziko znížiť?
- Existujú represívne zákony, ktoré predstavujú riziko z hľadiska ochrany, ako napr. povinné testovanie na HIV alebo kriminalizácia vzťahov rovnakého pohlavia či iné?

Vytvorte a udržiavajte s komunitami – vrátane tých, ktorým hrozí riziko – mechanizmy na vyvodenie zodpovednosti a vymieňajte si s nimi informácie s cieľom identifikovať a riešiť otázky súvisiace s ochranou.

Vyhňte sa tomu, aby ste sa stali spoluvinníkom pri porušovaní práv osôb prostredníctvom činností, ktoré legitimizujú postupy a praktiky, ktoré sú príčinou problému. Ako príklad možno uviesť činnosti, ktoré umožňujú nútené presídlenie obyvateľstva z politických alebo vojenských dôvodov, alebo ktoré nepriamo prispievajú k eskalácii konfliktu neopatrným výberom partnerov alebo obchodných dodávateľov. Súčasťou tejto analýzy môžu byť náročné riešenia a rozhodnutia, ktoré by sa v prípade zmeny okolností mali explicitne zvážiť a prehodnotiť.



Humanitárna pomoc: Spôsob, akým sa pomoc poskytuje, a prostredie jej poskytovania môžu zvýšiť zraniteľnosť ľudí voči ujme, násiliu alebo donúteniu.

- Pomáhajte v čo možno najbezpečnejšom prostredí a aktívne hľadajte možnosti minimalizácie hrozieb a zraniteľností. Napríklad vzdelávajte a ošetríte na miestach, kam sa všetci ľudia dostanú bezpečne. [⊕ Pozri Príručku INEE.](#)
- Pri poskytovaní a riadení pomoci podniknite všetky primerané kroky na ochranu ľudí pred fyzickým a sexuálnym útokom. Napríklad pomoc formou cenných komodít alebo peňažnej podpory môže viesť k rabovaniu a vystaviť tak prijímateľov pomoci riziku ujmy.
- Pomáhajte ľuďom hľadať bezpečné možnosti napĺňania základných potrieb spôsobom, ktorým sa obmedzí vystavenie riziku. Napríklad zabezpečte alternatívne palivá, čím sa zmierni potreba zbierania palivového dreva v nebezpečných prostrediach.
- Naplánujte činnosti, ktoré ochránia dievčatá a chlapcov, a nevytvoria dodatočné riziká, napr. verbovanie detí, únos alebo odlúčenie od rodiny. [⊕ Pozri Príručku CPMS.](#)
- S vládnymi orgánmi a špecializovanými organizáciami koordinujte odstraňovanie pozemných mín a nevybuchutej munície z oblastí, kde sa poskytuje pomoc. [⊕ Pozri Medzinárodné štandardy pre boj proti mŕtvici.](#)
- Zohľadnite akýkoľvek neželaný dopad na životné prostredie, ktorý by mohol mať vplyv na bezpečnosť, dôstojnosť a práva ľudí.
- Konzultujte svoje postupy s rozličnými skupinami v rámci komunity, vrátane ohrozených skupín a organizácií, ktoré majú ich dôveru, aby ste vedeli určiť

najlepší spôsob poskytovania pomoci. Napríklad pracujte s osobami so zdravotným postihnutím, aby ste určili spôsob poskytnutia pomoci. Poskytovanie pomoci by nemalo vytvárať dodatočné riziká pre ich blaho ani blaho osôb, ktorú pomoc prijímajú v ich mene.

Mechanizmy ochrany komunity: Snažte sa pochopiť, akými prostriedkami sa ľudia usilujú chrániť seba, svoje rodiny a komunity. Podporujte komunitné iniciatívy smerujúce k svojpomoci. Humanitárne zásahy by nemali oslabiť schopnosť ľudí ochrániť seba a ostatných.

Citlivé informácie: Dbajte na to, aby ľudia neboli vystavení riziku v dôsledku toho, akým spôsobom humanitárni aktéri zaznamenávajú a zdieľajú informácie. Vytvorte postupy zhromažďovania a postupovania citlivých informácií ďalej. Mali by v nich byť vymedzené okolnosti, za ktorých možno informácie postúpiť, a mali by dodržiavať zásadu informovaného súhlasu. Ak tak neurobíte, môžete ohroziť bezpečnosť zasiahnutých osôb a zamestnancov.

Zásada ochrany č. 2: Zabezpečiť prístup ľudí k nestrannej pomoci v súlade s ich potrebami a bez diskriminácie

Humanitárni aktéri identifikujú prekážky brániace prístupu k pomoci a podniknú kroky, aby sa pomoc poskytovala primerane k potrebám a bez diskriminácie.

Táto zásada zahŕňa:

- spochybnenie opatrení, ktoré zámerne odopierajú ľuďom základné potreby, a to s pomocou humanitárnych zásad a príslušného práva. ⊕ *Pozri Humanitárnu chartu,*
- zabezpečenie toho, aby ľudia dostávali podporu na základe potreby a aby neboli nediskriminovaní z iných dôvodov, a
- zabezpečenie prístupu k pomoci pre všetky skupiny zasiahnutého obyvateľstva.

Kľúčovou myšlienkou tejto zásady je to, že komunity by mali mať prístup k humanitárnej pomoci, akú potrebujú. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – záväzok č. 2.*

Pokyny

Nestrannosť: Uprednostňujte pomoc výlučne na základe potreby a poskytujte pomoc úmerne k potrebám. Toto je zásada nestrannosti potvrdená v Pravidlách správania Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiacu a mimovládnych organizácií v oblasti zmierňovania následkov katastrof. ⊕ *Pozri Prílohu 2 a Humanitárnu chartu.* Humanitárne organizácie by sa nemali zameriavať výhradne na jednu skupinu (napríklad vysídlené osoby v priestoroch tábora alebo osobitné menšiny), pokiaľ by takéto zameranie bolo na úkor inej skupiny zasiahnutého obyvateľstva, ktorá je v núdzi.

Právo na humanitárnu pomoc: Presadzujte právo osôb zasiahnutých krízou na humanitárnu pomoc. Ak nie sú napĺňané základné potreby ľudí a príslušné orgány nie sú schopné im poskytnúť pomoc, nemali by odopierať prístup nestranným humanitárnym organizáciám do postihnutých oblastí. Takéto odopieranie môže porušovať medzinárodné právo, najmä v situáciách ozbrojeného konfliktu. Osoby zasiahnuté krízou nepotrebujú osobitný právny status, aby dosiahli na humanitárnu pomoc a ochranu.

Štátne orgány by nemali popierať existenciu humanitárnych potrieb ani využívať byrokratické prekážky, ktoré obmedzujú pohyb humanitárnych pracovníkov.

Prekážky brániace prístupu: Monitorujte prístup osôb k humanitárnej pomoci s cieľom identifikovať a pochopiť všetky prekážky, ktorým môžu čeliť. Ak je to možné, podniknite kroky na ich odstránenie.

- Zohľadnite prekážky, ktoré osobám obmedzujú slobodu pohybu alebo bránia ich fyzickému prístupu k humanitárnej pomoci. Patria sem blokády, nášlapné míny a kontrolné stanovištia. V ozbrojenom konflikte môžu jednotlivé strany zriadiť kontrolné stanovištia. Tieto by nemali diskriminovať kategórie zasiahnutých ľudí ani by nemali bezdôvodne brániť prístupu osôb k humanitárnej pomoci.
- Zaoberajte sa prekážkami, ktoré môžu obmedzovať prístup niektorých skupín a jednotlivcov, čo vedie k nespravodlivej pomoci. Prekážky môžu viesť k diskriminácii žien a detí, starších ľudí, osôb so zdravotným postihnutím alebo menšín. Rovnako môžu brániť ľuďom v prístupe k pomoci na základe etnických, náboženských či politických dôvodov, na základe sexuálnej orientácie, rodovej identity, jazyka alebo iných dôvodov.
- V dostupných formátoch a jazykoch informujte ľudí o ich právach a mechanizmoch spätnej väzby. Podporujte terénnu prácu so „skrytými“ ohrozenými skupinami, ako sú osoby so zdravotným postihnutím, deti žijúce na ulici alebo obyvatelia horšie prístupných regiónov s cieľom uľahčiť im bezpečný prístup k pomoci.



Zásada ochrany č. 3: Pomáhať ľuďom pri zotavovaní z fyzických a psychologických následkov hrozby násilím alebo samotného násillia, nátlaku alebo zámernej deprivácie

Humanitárni aktéri okamžite a nepretržite pomáhajú tým, ktorí utrpeli ujmu v dôsledku násillia, vrátane odkázania na dodatočné služby v prípade potreby.

Táto zásada zahŕňa:

- odkázanie preživších na príslušné podporné služby,
- podniknutie všetkých primeraných krokov na to, aby zasiahnuté obyvateľstvo nebolo vystavené ďalšiemu násilliu, nátlaku či deprivácii, a
- podpora vlastného úsillia ľudí o opätovné nadobudnutie dôstojnosti a práv v rámci ich komunít a o zachovanie bezpečia.

Kľúčovou myšlienkou tejto zásady je to, aby komunity a osoby zasiahnuté krízou dostali koordinovanú doplnkovú pomoc. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – záväzok č. 6.*

Pokyny

Odkazovanie: Oboznámte sa s existujúcimi systémami odkazovania a pomáhajte osobám zasiahnutým násilím pri bezpečnom prístupe k vhodným službám. Niektorí ľudia, ktorých práva boli porušené, nemusia vyhľadať pomoc. Podniknite kroky na pochopenie prekážok, ktoré bránia ľuďom vo vyhľadaní pomoci, a podľa nich prispôbte systém odkazovania.

Podporujte osoby, ktoré prežili fyzické alebo rodovo podmienené násilie, v prístupe k službám ako je zdravotná starostlivosť, pomoc polície, podpora psychického zdravia a psychosociálna podpora a k ďalším službám. Tieto služby by mali citlivo reagovať na pohlavie, vek, zdravotné postihnutie, sexuálnu orientáciu a iné relevantné faktory.

⊕ *Pozri Usmernenia k integrácii intervencií v oblasti rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti.*

Vytvorte a používajte bezpečné a efektívne mechanizmy odkazovania na služby ochrany detí, ktoré poskytujú služby deťom, čo prežili násilie, vykorisťovanie, zneužívanie alebo zanedbávanie.

Činnosť komunity: Podporujte činnosť komunity a aktivity smerujúce k svojpomoci, ktoré prispievajú k obnoveniu pocitu kontroly nad vlastným životom a k zlepšeniu ochrany.

Podporujte rodinné, komunitné aj individuálne mechanizmy ochrany a poskytujte podporu v oblasti duševného zdravia a psychosociálnej podpory. Môže sem patriť vytváranie príležitostí, aby ľudia mohli diskutovať o svojej situácii, pomenovať konkrétne hrozby v oblasti ochrany, ktoré sa majú riešiť, a rozvíjať a podnikať kroky na ich riešenie.

Pomáhajte miestnym skupinám, ako sú mládežnícke, ženské či náboženské skupiny, so zavádzaním nenásilných prostriedkov na vlastnú ochranu a podporujte zraniteľné osoby.

Vždy, keď je to možné, ponechávajte rodiny spolu, a to vrátane netradičných rodín, a umožnite osobám z jednej komunity alebo podpornej siete, aby žili na rovnakom mieste.

Podporujte pozitívne spoločné mechanizmy zvládania situácie, ako sú kultúrne prispôbené pohreby, náboženské obrady a praktiky, a nepoškodzujúce kultúrne a sociálne zvyklosti.

Pretrvávajúce porušovania ľudských práv, monitorovanie a podávanie správ:

Oboznámte sa s mechanizmami na podávanie správ o porušovaní ľudských práv a dodržujte postupy zavedené v záujme bezpečného sprostredkovania citlivých informácií. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1 a Prílohu: Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany.*

Pretrvávajúce porušovanie ľudských práv je potrebné posudzovať a riešiť aj s partnermi a špecializovanými agentúrami. Prvoradú zodpovednosť za ochranu obyvateľstva nesie vláda a ďalšie relevantné štátne orgány. Spolupracujte so špecializovanými agentúrami na určení subjektov, ktoré majú právnu zodpovednosť alebo právomoc poskytovať ochranu a pripomínajte im ich povinnosti.

Bezpečnostné a donucovacie orgány, polícia, vojenské a mierové sily zohrávajú dôležitú úlohu pri zabezpečovaní fyzickej bezpečnosti ľudí. Ak je to vhodné a bezpečné, upozornite políciu alebo orgány na presadzovanie práva či vojenských aktérov na porušovanie ľudských práv.

Počas ozbrojeného konfliktu zväzťe monitorovanie inštitúcií, ktoré poskytujú základné služby a sú osobitne chránené podľa medzinárodného humanitárneho práva ako sú školy a nemocnice, a zväzťe nahlasovanie útokov na tieto inštitúcie. Osobitne sa usilujte znížiť riziká alebo hrozby únosov či núteného narukovania, ku ktorým môže na takýchto miestach dochádzať.

Spravovanie citlivých informácií: Humanitárne organizácie by mali mať jasné predpisy a postupy usmerňujúce zamestnancov, akým spôsobom majú reagovať, ak sa dozvedia o zneužívaní alebo sa stanú jeho svedkami, a o spôsobe odkázania na odborníkov alebo špecializované agentúry. V týchto predpisoch by mala byť vysvetlená dôvernosť informácií.

Dôkazy, ako sú svedecké výpovede, profily obyvateľstva a fotografie umožňujúce identifikáciu osôb môžu byť vysoko citlivé a môžu ľudí vystaviť riziku. Citlivé informácie o konkrétnych prípadoch zneužívania alebo porušenia práv by mali zhromažďovať špecializované agentúry s potrebnými zručnosťami, systémami, kapacitami a zavedenými protokolmi. ⊕ *Pozri Prílohu: Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany.*



Zásada ochrany č. 4: Pomôcť ľuďom pri domáhaní sa práv

Prostredníctvom informácií a dokumentácie pomáhajú humanitárni aktéri zasiahnutým komunitám s uplatnením ich práv a podporujú snahu o posilnenie dodržiavania práv.

Táto zásada zahŕňa:

- podporovanie ľudí pri uplatnení práv a v prístupe k náprave zo strany vlády alebo z iných zdrojov,
- pomáhanie osobám pri zabezpečovaní dokumentácie, ktorú potrebujú na preukázanie svojich nárokov, a
- obhajovanie úplného dodržiavania ľudských práv a medzinárodného práva, prispievanie k silnejšiemu prostrediu ochrany.

Ústrednou myšlienkou tejto zásady je, že osoby zasiahnuté krízou by mali poznať svoje práva a nároky. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – záväzok č. 4.*

Pokyny

Prístupné informácie: Poskytnite ľuďom vzdelanie a informácie, ktoré im umožnia pochopiť a hájiť svoje práva. Informujte ľudí o ich právach, napríklad vo vzťahu k možnostiam návratu a presídlenia. Pracujte so špecializovanými organizáciami, ktoré poskytujú právnu pomoc s cieľom informovať ľudí o ich právach podľa zákonov a nariadení danej krajiny.

Poskytujte informácie v jazykoch, ktorým dotknuté osoby rozumejú. Využívajte viaceré formáty komunikácie (napr. písomný, obrazový alebo zvukový), aby boli poskytnuté informácie čo najdostupnejšie. U rôznych skupín si overte, či rozumejú obsahu poskytnutých informácií, a zvažte možné rozdiely na základe veku, pohlavia, úrovne vzdelanosti či materinského jazyka.

Doklady: Práva patria ľuďom všeobecne bez ohľadu na to, či vlastnia konkrétny doklad alebo nie. Avšak bez niektorých typov dokladov, napr. bez rodného, sobášneho alebo úmrtného listu, pasu, dokladu o vlastníctve pôdy či osvedčenia o vzdelaní, môžu ľudia čeliť prekážkam pri uplatňovaní svojich práv. Odkážte ich na orgány, ktoré môžu tieto doklady vydať alebo nahradiť.

Právne dokumenty uznávané príslušnými orgánmi si netreba mýliť s dokumentmi, ktoré vydajú humanitárne organizácie, ako sú napr. prídelové lístky alebo registračné dokumenty. Doklady vydané štátnymi orgánmi by nemali určovať, kto má nárok na pomoc od humanitárnych organizácií.

Prístup k právnej podpore a systémom spravodlivosti: Ľudia majú v prípade porušenia svojich práv nárok na právne a iné prostriedky nápravy od vlády a príslušných orgánov. Môže to zahŕňať odškodnenie za stratu alebo vrátenie majetku. Rovnako majú právo očakávať, že páchatelia porušení budú postavení pred súd.

Pomáhajte tým, ktorí sa rozhodnú využiť právne prostriedky nápravy pri bezpečnom prístupe k mechanizmom spravodlivosti. Efektívne odkázanie si vyžaduje vedomosť o tom, ktoré subjekty môžu poskytovať právnu podporu.

Vyhňte sa podpore prístupu k spravodlivosti v situáciách, keď by súdny proces mohol obetiam spôsobiť ďalšiu ujmu. Napríklad poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a siete zabezpečujúce odkázanie v prípadoch rodovo podmieneného násillia by mali poznať vnútroštátny systém zdravotného práva a príslušné zákony týkajúce sa sexuálneho násillia. Informujte osoby, ktoré takéto násillie prežili, o všetkých zákonoch o povinnom nahlasovaní, ktoré by mohli obmedziť dôvernosť pacientkami uvedených informácií. Môže to ovplyvniť rozhodnutie obetí ohľadom ďalšieho využívania starostlivosti alebo nahlásenia porušenia, ich rozhodnutie sa však musí rešpektovať.

⊕ *Pozri Zdravie: Štandard v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia 2.3.2*

Počas kríz môžu zasiahnuté komunity využívať alternatívne alebo neformálne mechanizmy riešenia sporov, napríklad mediáciu na úrovni komunity. Pokiaľ takéto mechanizmy existujú, informujte o nich ľudí a vysvetlite im, ako ich môžu využiť.

Prístup k pôde a vlastníctvo môžu byť významným dôvodom sporov. Zaangažujte orgány a komunity do spoločnej práce pri riešení problémov týkajúcich sa prístupu k pozemkom alebo ich vlastníctva.

Príloha

Zhrnutie profesionálnych štandardov pri práci v oblasti ochrany

V ozbrojenom konflikte alebo iných situáciách násilia je veľmi dôležitá ochrana civilistov, ktorí môžu byť vystavení ujme a utrpeniu. Efektívna reakcia v oblasti ochrany si vyžaduje odbornú spôsobilosť a dodržiavanie spoločne dohodnutých minimálnych profesionálnych štandardov, ktoré sa vzťahujú na všetkých aktérov v oblasti ochrany.

Profesionálne štandardy pre prácu v oblasti ochrany boli prijaté, aby tvorili spoločný základ pre prácu v oblasti ochrany pre humanitárnych a ľudskoprávných aktérov, a maximalizovali efektívnosť ich práce pre zasiahnuté obyvateľstvo. Dopĺňajú Zásady ochrany.

Štandardy odrážajú názor, že v centre opatrení prijatých v ich mene musia byť ľudia. Ľudia musia zohrávať podstatnú rolu pri analyzovaní, vypracovaní a monitorovaní ochranných reakcií na hrozby a riziká, ktorým čelia. Okrem zvýšenia fyzickej bezpečnosti ľudí by snahy v oblasti ochrany mali podporovať dodržiavanie práv, dôstojnosti a integrity tých, ktorým hrozí riziko násilia alebo zneužívania, alebo sú takémuto násiliu vystavení.

Rozsah činností humanitárnych aktérov sa výrazne líši, avšak pre všetkých aktérov je zásadné, aby začlenili otázky ochrany do svojich postupov v súlade so zásadami ochrany. Profesionálne štandardy sú primárne určené odborníkom v oblasti ochrany a organizáciám, ktoré vykonávajú špecializovanú prácu v oblasti ochrany v ozbrojenom konflikte a v iných situáciách násilia.

Profesionálne štandardy poskytujú organizáciám pevný základ, podľa ktorého môžu prehodnotiť a vypracovať interné predpisy, usmernenia a školiace materiály. Predstavujú tiež praktický zdroj pre odborníkov, ktorí navrhujú a vykonávajú stratégie ochrany v teréne. Tiež môžu slúžiť ako zdroj inšpirácie. Sú užitočným zdrojom, ktorý iným aktérom a zainteresovaným stranám pomôže pochopiť, ako špecializovaní aktéri v oblasti ochrany pracujú na zvýšení ochrany jednotlivcov a komunit bezpečným spôsobom.

Cieľom týchto štandardov nie je oregulovať prácu v oblasti ochrany ani obmedzovať rozmanitosť, ale skôr dopĺňať iné profesionálne zásady a motivovať aktérov pôsobiacich v oblasti ochrany, aby ich začlenili do svojich vlastných postupov, pokynov a odbornej prípravy.

Profesionálne štandardy z roku 2018 sa delia na:

1. Hlavné zásady práce v oblasti ochrany
2. Riadenie stratégií v oblasti ochrany
3. Náčrt architektúry v oblasti ochrany
4. Využívanie právneho základu ochrany
5. Podporu komplementarity



6. Správu údajov a informácií na účely výsledkov ochrany
7. Zabezpečenie odborných kapacít

Štandardy obsahujú pohľad na dôsledky využívania informačných a komunikačných technológií (IKT) a na rastúci súbor právnych predpisov o ochrane údajov, ako aj osobitné pokyny k správe informácií v oblasti ochrany.

Na dosiahnutie výsledkov v oblasti ochrany je často potrebný dialóg a interakcia medzi humanitárnymi aktérmi, aktérmi v oblasti ľudských práv a mierovými operáciami Spojených národov a ďalších vojenských a policajných síl s medzinárodným mandátom. Profesionálne štandardy obsahujú usmernenie k dodržiavaniu zásadového prístupu v týchto interakciách.

Profesionálne štandardy tiež riešia vnútroštátne, regionálne a medzinárodne snahy o boj proti „násilnému extrémizmu“ prostredníctvom protiteroristickej legislatívy, pričom štandardy objasňujú, ako môže takýto typ legislatívy ovplyvniť činnosti aktérov v oblasti ochrany.

Stiahnite si Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany z elektronického kníhkupectva Medzinárodného výboru červeného kríža (MVČK):
<https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>.

Citované a ďalšie zdroje

Všeobecná ochrana: kontext a nástroje

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. [Minimálne štandardy agentúry na začlenenie ochrany do humanitárnej pomoci – verzia testovaná v teréne]. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <https://drc.ngo>

Policy on Protection in Humanitarian Action. [Postupy v oblasti ochrany pri humanitárnej činnosti]. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. [Profesionálne štandardy pre prácu v oblasti ochrany vykonávanú humanitárnymi a ľudskoprávnymi aktérmi v ozbrojených konfliktoch a iných situáciách násillia]. ICRC, 2018. <https://shop.icrc.org>

Rodovo podmienené násillie

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: [Usmernenia pri integrácii zásahov voči rodovo podmienenému násilliu do humanitárnej činnosti]: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. [Znižovanie rizika, posilňovanie odolnosti a pomoc pri zotavení]. IASC, 2015. gbvguidelines.org



Práva v oblasti bývania, vlastníctva pôdy a majetku

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. [Zásady v oblasti bývania a reštitúcie majetku utečencov a vysídlených osôb]. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Vnútorne vysídlené osoby

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. [Príručka o ochrane vnútorne vysídlených ľudí]. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Psychické zdravie a psychosociálna podpora

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Usmernenia IASC o psychickej a psychosociálnej podpore v mimoriadnych situáciách]. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Boj proti mŕnam

International Mine Action Standards, [Medzinárodné štandardy pre boj proti mŕnam]. www.mineactionstandards.org

Starší ľudia a osoby so zdravotným postihnutím

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. [Štandardy humanitárneho začlenenia starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium ako súčasť programu ADCAP. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Deti a ochrana diet'at'a

INEE Minimum Standards for Education: [Minimálne štandardy INEE pre vzdelávanie:] Preparedness, Response, Recovery. [Pripravenosť, reakcia, zotavenie]. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: [Minimálne štandardy na ochranu detí pri humanitárnej činnosti]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Aliancia pre ochranu detí v humanitárnej činnosti], 2012. <http://cpwg.net>

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na adrese:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Ďalšie zdroje

Všeobecná ochrana: kontext a nástroje

Aide Memoire: [Stručný prehľad:] For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. [na posúdenie otázok týkajúcich sa ochrany civilného obyvateľstva]. OCHA, 2016

https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. [Zlepšenie ochrany civilného obyvateľstva pri ozbrojených konfliktoch a iných situáciách násilia]. ICRC, 2017.

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

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. [Miestne komunity: prvý a posledný poskytovateľ ochrany]. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Gioffi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: [Posilnenie ochrany počas vojny]: A Search for Professional Standards. [Hľadanie profesionálnych štandardov].* ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. [Vypestovanie stromu poskytujúceho prístrešie – ochrana práv prostredníctvom humanitárnej činnosti – programy a postupy získané v teréne]. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. [Operačné usmernenia o ochrane osôb v situáciách prírodných katastrof]. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: [Ochranné opatrenia]: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. [Začlenenie ochrany civilného obyvateľstva do humanitárnej pomoci].* HPG Report 26. ODI, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). [Ochrana zasiahnutého obyvateľstva a povinnosti voči nemu v humanitárnom programovom cykle (predbežné usmernenie EDG)]. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-_aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. [Odborná príprava pri začleňovaní hľadiska ochrany a usmernenia pre jednotlivé sektory]. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: [Bezpečnosť s dôstojnosťou:] A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. [Príručka o začleňovaní komunitnej ochrany do humanitárnych programov]. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf



Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. [Vyhlásenie o ústrednom postavení ochrany pri humanitárnej činnosti]. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. [Ochrana – Príručka ALNAP pre humanitárne agentúry].* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

Stratégie a možnosti vlastnej ochrany

Local Perspectives on Protection: [Miestne pohľady na oblasť ochrany:] Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. [Odporúčania pre komunitný prístup k ochrane pri humanitárnej činnosti]. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24 [Tematický programový dokument č. 8 – Humanitárna ochrana: zlepšovanie výsledkov ochrany s cieľom znižovať riziká pre ľudí v humanitárnych krízach, strana 24]. GR ECHO, EK, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Hotovostné intervencie

Guide for Protection in Cash-based Interventions. [Príručka o ochrane pri hotovostných intervenciách]. UNHCR and partners, 2015.

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Osoby so zdravotným postihnutím

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: [Začlenenie detí so zdravotným postihnutím do humanitárnej činnosti:] Child protection [ochrana dieťaťa]. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: [Príručka k tomu, čo treba vedieť:] Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. [Práca s ľuďmi so zdravotným postihnutím pri nútenom vysídlení]. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Rodovo podmienené násilie

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: [Budovanie kapacít pre začlenenie zdravotného postihnutia do plánovania v oblasti rodovo podmieneného násillia v humanitárnom prostredí:] A Toolkit for GBV Practitioners. [súbor nástrojov pre odborníkov v oblasti rodovo podmieneného násillia]. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. [Etické a bezpečnostné odporúčania pri výskume, dokumentovaní a monitorovaní sexuálneho násillia v krízových situáciách]. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: [Rodovo podmienené násillie voči deťom a mládeži so zdravotným postihnutím:] A Toolkit for Child Protection Actors. [Súbor nástrojov pre aktérov v oblasti ochrany detí]. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

Bývanie, pôda a vlastnícke práva

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. [Kontrolný zoznam v oblasti bývania, pozemkových a vlastníckych práv a širších pozemkových otázok počas celej časovej osi vysídlenia od núdzovej situácie po obnovu]. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. [Príručka o bývaní a reštitúcie majetku utečencov a vysídlených osôb]. Implementing the "Pinheiro Principles" [Implementácia „Pinheirových zásad“]. Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html

Land and Natural Disasters: [Pôda a prírodné katastrofy:] Guidance for Practitioners. [pokyny pre odborníkov]. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. <https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>



Vnútorne vysídlené osoby

Addressing Internal Displacement: [Riešenie vnútorného vysídlenia:] A Framework for National Responsibility. [rámec vnútroštátnej zodpovednosti]. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. <https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/>

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? [Chrániť alebo zanedbávať?] Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons. [Smerom k efektívnejšiemu prístupu Spojených národov k ochrane vnútorne vysídlených osôb].* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. <https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. [Rámec trvalých riešení pre vnútorne vysídlené osoby]. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: [Implementácia spoločnej reakcie na situácie vnútorného vysídlenia]. Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. [Usmernenie pre humanitárnych koordinátorov OSN a/alebo miestnych koordinátorov a národné tímy]. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. [Hlavné zásady OSN v súvislosti s vnútorným vysídlením]. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

Psychické zdravie a psychosociálna podpora

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. [Komunitná ochrana, psychické zdravie a psychosociálna podpora]. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: [Psychické zdravie a psychosociálna podpora v situáciách humanitárnej krízy:] What Should Protection Programme Managers Know? [čo by mali vedieť manažéri programu v oblasti ochrany]. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Starší ľudia

Humanitarian Action and Older Persons: [Humanitárna činnosť a starší ľudia:] An essential brief for humanitarian actors. [zásadný prehľad pre humanitárnych aktérov]. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

Deti a ochrana dieťaťa

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. [Príručka pre odborníkov a tvorcov politik o spravodlivosti vo veciach detských obetí a svedkov trestných činov]. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. [Integrované štandardy pre odzbrojenie, demobilizáciu a reintegráciu]. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. [Medziagentúrne hlavné zásady pre deti bez sprievodu a odlúčené deti]. CRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: [INŠPIRÁCIA:] Seven Strategies for Ending Violence against Children. [sedem stratégií na ukončenie násillia voči deťom]. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. [Parížske zásady a záväzky na ochranu detí pred nezákonným náborom alebo využívaním ozbrojenými silami či skupinami]. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. [Ako reagovať na najhoršie formy detskej práce v krízových situáciách]. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. [Konsolidované usmernenia o prevencii, diagnostike, liečbe HIV a starostlivosti o kľúčové skupiny obyvateľstva]. Update [Aktualizácia]. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: [Zavádzanie komplexných programov ohľadne HIV a pohlavne prenosných chorôb u transrodových ľudí:] Practical guidance for collaborative interventions. [praktické usmernenie pri zásahoch založených na spolupráci]. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgender.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: [Zavádzanie komplexných programov ohľadne HIV a vírusu hepatitídy typu C u ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy:] Practical guidance for collaborative interventions. [praktické usmernenie pri zásahoch založených na spolupráci]. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: [Zavádzanie komplexných programov ohľadne HIV a pohlavne prenosných chorôb u ľudí poskytujúcich sexuálne služby:] Practical approaches from collaborative interventions. [praktické prístupy pri zásahoch založených na spolupráci]. WHO, 2013.

www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: [Zavádzanie komplexných programov ohľadne HIV a pohlavne prenosných chorôb u mužov, ktorí majú sex s mužmi:] Practical guidance for collaborative interventions. [praktické usmernenie pri zásahoch založených na spolupráci]. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. [Spoločné vyhlásenie Spojených národov o ukončení diskriminácie v prostredí zdravotnej starostlivosti]. WHO, 2017.

www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

Osoby LGBTQI a rôzna sexuálna orientácia, rodová identita, a vyjadrenie a pohlavné znaky

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. [Spoločné vyhlásenie OSN o ukončení násillia a diskriminácie lesbických, homosexuálnych, bisexuálnych, transrodových a intersexuálnych (LGBTI) osôb]. OHCHR, 2015.

www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: [Zlé ulice:] Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. [identifikácia a reakcia na riziko rodovo podmieneného násillia u utečencov žijúcich v mestách – utečencov z rodov LGBTI]. Women's Refugee Commission, 2016.

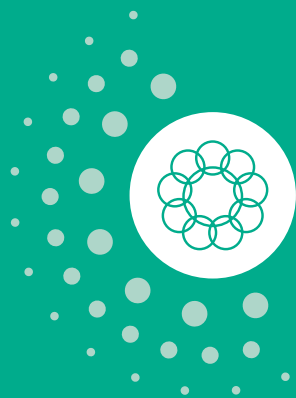
<https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284>



Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. [Balík materiálov odbornej prípravy o ochrane osôb LGBTI pri nútenom presídlení]. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

The Yogyakarta Principles: [Jogjakartské zásady:] Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. [Zásady uplatňovania medzinárodného práva v oblasti ľudských práv vo vzťahu k sexuálnej orientácii a rodovej identite]. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. [Práca s lesbickými, gejskými, bisexuálnymi, transrodovými a intersexuálnymi osobami pri vynútenom presídlení]. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf



Základná humanitárna norma

Humanitárnu chartou a Zásadami ochrany sa priamo podporuje Základná humanitárna norma. Tieto tri kapitoly spoločne tvoria zásady a základ štandardov Sphere.



PRÍLOHA: Rozhodujúce otázky o monitorovaní kľúčových opatrení a požiadaviek na organizáciu (online)

Obsah

Jedna základná norma s deviatimi záväzkami	52
Záväzok č. 1	54
Záväzok č. 2	56
Záväzok č. 3	59
Záväzok č. 4	63
Záväzok č. 5	67
Záväzok č. 6	71
Záväzok č. 7	74
Záväzok č. 8	77
Záväzok č. 9	81
Príloha: Rozhodujúce otázky o monitorovaní kľúčových opatrení a požiadaviek na organizáciu (online)	
Citované a ďalšie zdroje	85



Jedna základná norma s deviatimi záväzkami

Do humanitárnej pomoci sa zvyčajne zapája mnoho organizácií a jednotlivcov. Preto sú z hľadiska efektívnej reakcie užitočné niektoré spoločné prvky a pracovné metódy. Bez spoločného prístupu môžu byť výsledky nesúrodé a nepredvídateľné.

Základná humanitárna norma o kvalite a zodpovednosti (ZHN) stanovuje deväť záväzkov, ktoré môžu organizácie a jednotlivci zapojení do humanitárnej pomoci využívať na zlepšenie kvality a efektívnosti poskytovanej pomoci. Stanovuje tiež väčšiu zodpovednosť voči komunitám a osobám zasiahnutým krízou, voči zamestnancom, darcom, vládam a ďalším zainteresovaným stranám. Ak totiž budú vedieť o tom, k čomu sa humanitárne organizácie zaviazali, umožní im to vyvodzovať voči nim zodpovednosť. Ide o dobrovoľný rámec pre jednotlivcov a organizácie.

Norma sa uplatňuje na úrovniach humanitárnej reakcie a plánovania a vo všetkých fázach pomoci. Týchto deväť záväzkov však nemusí zodpovedať konkrétnej fáze plánovacieho cyklu. Niektoré sú dôležitejšie v istej fáze cyklu, kým ostatné, napríklad komunikácia so zasiahnutými osobami, sa majú uplatňovať vo všetkých fázach.

Základná humanitárna norma spolu s Humanitárnou chartou a Zásadami ochrany spolu tvoria pevný základ Príručky Sphere a podporujú všetky technické normy. V príručke sú križové odkazy prepájajúce technické kapitoly s týmito základmi.

Detailnejšie informácie o Základnej humanitárnej norme vrátane zdrojov, ktoré používateľom umožnia jej uplatnenie v praxi, nájdete na stránke <https://corehumanitarianstandard.org/>.

Jedinečná štruktúra

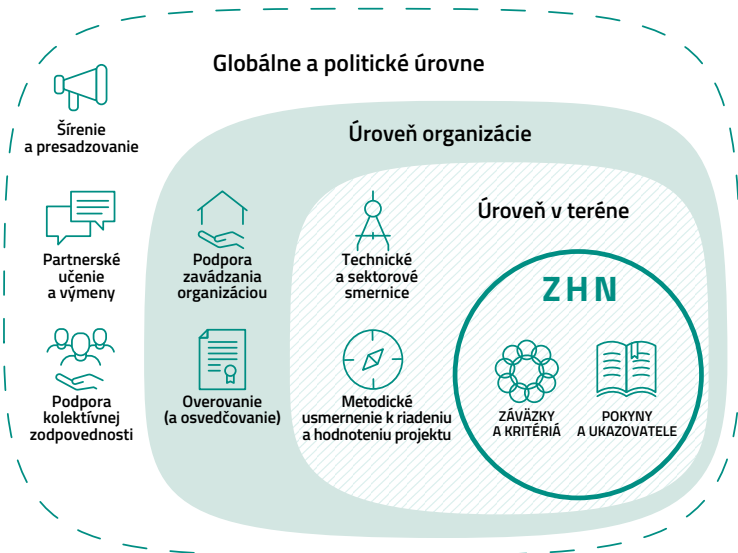
Základná humanitárna norma je výsledok kolektívneho úsilia humanitárneho sektora o harmonizáciu základných noriem organizácií Sphere, Humanitarian Accountability Partnership – HAP (Partnerstva pre humanitárnu zodpovednosť), People In Aid a skupiny URD Groupe v jednom rámci. V mene sektora ju teraz spravuje Sphere, Aliancia ZHN a skupina URD Groupe, ktoré spoločne vlastnia autorské práva.

Každý z deviatich záväzkov sa zameriava na osobitný aspekt pomoci. Ak sa berú spoločne, predstavujú pevný pohľad na efektívnu a zodpovednú humanitárnu činnosť.

Štruktúra Základnej humanitárnej normy sa mierne líši od štruktúry iných štandardov Sphere.

- **Záväzok** vyjadruje to, čo môžu komunity a ľudia zasiahnutí krízou očakávať od organizácií a jednotlivcov poskytujúcich humanitárnu pomoc.
- **Kritérium kvality** opisuje splnenie záväzku a spôsob, akým by mali humanitárne organizácie a zamestnanci pracovať, aby ho naplnili.
- **Ukazovatele výkonu** merajú pokrok pri naplňaní záväzku, podporujú vzdelávanie a zlepšovanie a umožňujú porovnanie v čase a mieste.
- **Kľúčové opatrenia a povinnosti organizácie** opisujú, čo by mali zamestnanci splniť, a sú to tiež predpisy, postupy a systémy, ktoré majú organizácie zaviesť, aby zabezpečili poskytovanie vysoko kvalitnej a zodpovednej humanitárnej pomoci.
- **Usmernenia** formou príkladov a dodatočných informácií podporujú kľúčové opatrenia a povinnosti organizácie.
- **Rozhodujúce otázky** podporujú činnosti v oblasti plánovania, hodnotenia a kontroly. ⊕ *Pozri Prílohu 1 (dostupná online).*
- **Citované zdroje** obsahujú dodatočné informácie ku konkrétnym témam.

Nasledujúci diagram zobrazuje, ako sa Základná humanitárna norma používa na rozličných úrovniach. Sphere, Groupe URD a Aliancia ZHN navrhujú doplňujúce nástroje, ktoré možno nájsť na stránke <https://corehumanitarianstandard.org/>



Využitie základnej humanitárnej normy (obrázok č. 2)

Závazok č. 1

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou dostávajú pomoc primeranú ich potrebám.

Kritérium kvality

Humanitárna pomoc je primeraná a náležitá.

Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou sú si vedomí, že pomoc zohľadňuje ich osobitné potreby, kultúru aj preferencie.
2. Poskytnutá pomoc a ochrana zodpovedajú posúdeným rizikám, zraniteľnostiam a potrebám.
3. Pomoc zohľadňuje možnosti, zručnosti a vedomosti ľudí, ktorí potrebujú pomoc a ochranu.

Kľúčové kroky

1.1 Systematicky, objektívne a trvalo analyzujte kontext a zainteresované strany.

- Posudzujte úlohu a možnosti miestnej vlády a ďalších politických a nepolitických aktérov, rovnako aj to, aký dopad má na nich kríza.
- Posudzujte existujúce miestne možnosti (materiálne, ľudské, trhové) a ich schopnosť napĺňať potreby v oblasti pomoci a ochrany. Nezabúdajte, že časom sa budú meniť.
- Informácie overujte a križovo kontrolujte, nezabúdajte, že údaje z hodnotení nebudú na začiatku dokonalé, no nemali by brániť opatreniam na záchranu životov.
- Posudzujte bezpečnosť a ochranu zasiahnutého, vysídleného a hostiteľského obyvateľstva s cieľom identifikovať hrozby násilia a formy donucovania alebo odopierania obživy či základných ľudských práv.
- Posudzujte rodovo, (podmienenu, sociálnu) a mocenskú dynamiku a sociálnu marginalizáciu s cieľom definovať efektívnejšiu a udržateľnú pomoc.
- Koordinujte aktivity s inými stranami, aby komunity nemuseli absolvovať opakované hodnotenia. Spoločné hodnotenia a zistenia by sa mali sprístupniť zainteresovaným orgánom, vládam a zasiahnutému obyvateľstvu.

1.2 Na základe nestranného hodnotenia potrieb a rizík, pochopenia zraniteľností a možností jednotlivých skupín navrhujte a zavádzajte vhodné programy.

- Z hľadiska ochrany a pomoci posúďte potreby žien, mužov, detí a dospelievajúcich, ľudí na ťažko dostupných miestach a rizikových skupín, ako sú ľudia so zdravotným postihnutím, starší ľudia, sociálne izolovaní jednotlivci, domácnosti vedené ženou, etnické či jazykové menšiny a stigmatizované skupiny (napr. ľudia s HIV).

1.3 Prispôsobte programy meniacim sa potrebám, kapacitám a kontextu.

- Monitorujte politickú situáciu a na jej základe upravte analýzu zainteresovaných strán aj bezpečnosti.
- Pravidelne monitorujte epidemiologické a ďalšie údaje s cieľom rozhodovať sa na základe aktuálnej situácie a uprednostniť život zachraňujúce zásahy.
- Dbajte na dostatočnú flexibilitu, aby ste mohli vždy upraviť humanitárne zásahy v reakcii na meniace sa potreby. Overte si, či poskytovatelia pomoci súhlasia so zmenami programu potrebným smerom.

Povinnosti organizácie**1.4 Predpisy zaväzujú k nestrannej pomoci vychádzajúcej z potrieb a možností komunití a ľudí zasiahnutých krízou.**

- Organizácie sa starajú o predpisy, procesy a systémy, ktorými sa podporuje záväzok voči humanitárnym normám a inkluzívnosti.
- Všetci zamestnanci rozumejú svojim povinnostiam a tomu, že voči nim môže byť vyvedená zodpovednosť.
- Organizácie tieto predpisy transparentne sprístupňujú ďalším zainteresovaným stranám.

1.5 Predpisy vymedzujú záväzky zohľadňujúce rôznorodosť komunití vrátane znevýhodnených alebo marginalizovaných ľudí, aj záväzok zhromažďovať rozčlenené údaje.

- Jasne sa vymedzia požadované úrovne rozčleňovania dát v záujme hodnotenia a podávania správ.

1.6 Zavedú sa postupy na primeranú priebežnú analýzu kontextu.

- Humanitárni pracovníci majú podporu vedenia pri osvojovaní vedomostí, zručností, správania a postojov potrebných na riadenie a hodnotenie.

Pokyny

Hodnotenie a analýza majú charakter procesu, nejde o jednorazovú záležitosť. Pokiaľ to čas dovoľuje, mala by prebehnúť hĺbková analýza. Možnosti a potreby zasiahnutých ľudí a komunití by sa nemali zisťovať na základe domnienok, ale je potrebné ich identifikovať hodnoteniami, ktorými sa zasiahnutí ľudia a komunity zapoja do trvalej diskusie pri hľadaní primeranej pomoci.

Zvážte zabezpečenie základného odborného výcviku o psychologickú prvej pomoci pre zamestnancov, ktorí sa angažujú v hodnoteniach. Môže im to pomôcť pri manažovaní osôb, u ktorých sa počas hodnotenia objaví úzkosť.

Osobitne hodnotte skupiny, ktoré pri poskytovaní ochrany čelia možnému riziku. Príkladom môžu byť osobitné hodnotenia za účasti žien, mužov, chlapcov a dievčat s cieľom porozumieť, ako sú vystavení násiliu, diskriminácii alebo iným rizikám.



Nestranné hodnotenie: Nestrannosť neznamená, že so všetkými je zaobchádzané rovnako. Poskytovanie pomoci na základe práv si vyžaduje pochopenie rozdielnych kapacít, odlišných možností, potrieb a zraniteľností. Ľudí môže ohrozovať diskriminácia na základe jednotlivých faktorov, ako sú vek, pohlavie, zdravotné postihnutie, zdravotný stav, sexuálna orientácia alebo rodová identita, alebo ak sa starajú o iných zraniteľných ľudí.

Zraniteľnosť: K zraniteľnosti ľudí prispievajú aj sociálne a kontextové faktory. Patrí sem diskriminácia a marginalizácia, sociálna izolácia, zhoršovanie prostredia, variabilita klímy, chudoba, chýbajúce majetkové práva k pôde, zlá správa vecí verejných, etnický pôvod, trieda, kasta a náboženská alebo politická príslušnosť.

Existujúce možnosti: Ľudia, komunity, organizácie a orgány zasiahnuté krízou už disponujú vhodnými zručnosťami, vedomosťami a možnosťami na zvládanie, reakciu na a zotavenie z kríz. V záujme dodržania práva na dôstojný život aktívne zapájajte zasiahnutých ľudí do rozhodovania, ktoré ich ovplyvňuje. Možno sa bude treba cielené snažiť o posilnenie účasti typicky slabozastúpených skupín, ako sú ženy, deti, starší ľudia, osoby so zdravotným postihnutím a jazykové alebo etnické menšiny.

Rozčleňovanie údajov: Je dôležité z hľadiska pochopenia dopadu činností alebo udalostí na jednotlivé skupiny. Vhodné postupy podporujú rozčlenenie údajov minimálne na základe pohlavia, veku a zdravotného postihnutia. Dodatočné faktory by mali vychádzať z kontextu.

Analýza rozčlenených údajov je potrebné kvôli uplatňovaniu noriem v danom kontexte a tiež z dôvodu monitorovania. Správne využívanie rozčlenených údajov môže poukázať na to, koho situácia najviac zasiahla, kto dokáže získať prístup k pomoci, a kde treba na zahrnutie ohrozeného obyvateľstva urobiť viac. ⊕ *Pozri Čo je Sphere?*

Neustála analýza a efektívne využívanie údajov: Personálne systémy by mali mať dostatok flexibility, aby bolo možné rýchlo zamestnať a nasadiť hodnotiace tímy. Programu vymedzte rozpočet a zdroje na základe potrieb. Financovanie by malo podporovať neustále analýzy potrieb v oblasti pomoci a ochrany a tiež prispôbienie a úpravu programov vrátane opatrení na uľahčenie prístupu (ako sú mechanizmy terénnej práce, dostupnosť zariadení a komunikácia).

Závazok č. 2

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou majú prístup k potrebnej humanitárnej pomoci vo vhodnom čase.

Kritérium kvality

Humanitárna pomoc je efektívna a včasná.

Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou vrátane najzraniteľnejších skupín sa domnievajú, že načasovanie poskytnutej pomoci a ochrany je primerané.

2. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou sa domnievajú, že pomoc napĺňa ich potreby.
3. Monitorovacie a hodnotiace správy ukazujú, že humanitárna pomoc napĺňa svoje ciele z hľadiska včasnosti, kvality aj kvantity.

Kľúčové kroky

2.1 Programy navrhujte tak, aby riešili obmedzenia a aby bola zamýšľaná pomoc pre komunity reálna a bezpečná.

- Pokiaľ nie je možné zhodnotiť a naplniť potreby špecifickej oblasti alebo skupiny obyvateľstva vrátane ťažko dostupných miest, jasne stanovte obmedzenia a pomenujte ich.
- Vopred uprednostnite podporu miestnych kapacít v rámci pomoci tam, kde pohotovostné plánovanie poukazuje na zraniteľné oblasti alebo obyvateľstvo alebo ak k nemu môže byť v budúcnosti náročný prístup.

2.2 Poskytujte humanitárnu pomoc načas, rozhodujte sa a konajte bez zbytočného odkladu.

- Zohľadňujte podmienky na život, kultúrne zvyklosti, ročné obdobie, poľnohospodársky kalendár a ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú poskytovanie adekvátnych služieb v správnom čase.
- Do harmonogramov programov zahrňte časový rámec systémov poskytovania pomoci a monitorovania, predvídajte a upozorňujte na prípadné oneskorenie.
- Zohľadnite, že v prvých fázach akútnej krízy budú rozhodnutia vychádzať z neúplných poznatkov a upravujte rozhodnutia podľa dostupných informácií.
- Koordinujte s ostatnými tvorbu spoločných stratégií riešenia kolektívnych problémov, ktoré znemožňujú včasnú pomoc.

2.3 Všetky nenaplnené potreby ohlásť organizáciám s príslušnými technickými znalosťami a mandátom, alebo požadujte ich naplnenie.

- Patria sem nenaplnené informačné potreby, ale aj potreby v oblasti ochrany a pomoci.

2.4 Pri plánovaní a hodnotení programov používajte relevantné technické štandardy a osvedčené postupy využívané v humanitárnom sektore.

- Ak existujú, riadte sa štátnymi technickými normami, no prispôbte ich humanitárnemu kontextu.
- Koordinujte s ostatnými zainteresovanými stranami presadzovanie používania globálne schválených štandardov, ktoré doplnia štátne normy (vrátane Sphere a podobných štandardov v príbuzných sektoroch).



2.5 Monitorujte činnosti, výstupy a výsledky humanitárnej pomoci s cieľom upraviť podľa nich humanitárne programy a riešiť prípadné nedostatočné výsledky.

- Zadefinujte ukazovatele výkonu, ktoré sú časovo vymedzené a prispôbené kontextu. Pravidelne ich vyhodnocujte v záujme merania pokroku pri napĺňaní potrieb v oblasti pomoci a ochrany.
- Okrem činností a výsledkov (napr. počet vybudovaných zariadení) sem začleňte aj porovnanie pokroku s cieľmi a ukazovateľmi výkonu. Monitorujte výsledky projektu a očakávané výsledky, ako je využívanie zariadení alebo zmeny v praxi.
- Pravidelne vyhodnocujte systémy tak, aby sa zhromažďovali len užitočné informácie spolu s aktualizovanými informáciami o kontexte (napr. fungovanie miestneho trhu, zmena v oblasti bezpečnosti).

Povinnosti organizácie

2.6 Záväzky programu sú v súlade s organizačnými možnosťami.

- Predpisy odrážajú význam používania odsúhlasených humanitárnych noriem o technickej kvalite a rozvíjania odborných zručností vo vybraných oblastiach intervencie.
- Uvedte podmienky, za ktorých môže organizácia poskytovať služby mimo svojej odbornej oblasti dovedy, kým ich nezačnú poskytovať ostatné organizácie.

2.7 Záväzky zabezpečujú:

- a. **systematické, objektívne a nepretržité monitorovanie a hodnotenie humanitárnych činností a ich dopadov,**
- b. **používanie dôkazov získaných monitorovaním a hodnotením na zmenu a zlepšenie humanitárnych programov, a**
- c. **včasnú rozhodovanie a zodpovedajúce pridelovanie zdrojov.**

Pokyny

Riešenia prekážok a realistické plánovanie: Ak organizácia nemá prístup k obyvateľstvu alebo nedokáže naplniť identifikované potreby, je jej povinnosťou podať o tom správu príslušným aktérom (vrátane vládnych a mimovládnych aktérov). ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 3.*

V prípade potreby využite na pohotovostné plánovanie pred krízou predpovede a systémy včasného varovania, aby ste komunitám, orgánom a agentúram dali priestor na rýchlu reakciu. Zasiahnutým ľuďom to zároveň umožní ochrániť majetok ešte predtým, než budú v ohrození života a živobytia.

Vybudujte rozhodovacie procesy tak, aby boli dostatočne flexibilné a reagovali na nové informácie vychádzajúce z priebežného hodnotenia. V rámci organizácie delegujte rozhodnutia a zdroje čo možno najbližšie k miestu implementácie.

Dokumentujte rozhodnutia a rozhodovacie procesy, aby ste preukázali transparentnosť. Procesy zakladajte na konzultácii, zmysluplnej účasti a koordinácii s ostatnými.

⊕ *Pozri Záväzok č. 6.*

Monitorovanie činností, výstupov a výsledkov: Monitorovaním sa získavajú informácie o zmenách projektu, overuje sa ním uplatňovanie výberových kritérií a potvrdzuje sa, či sa pomoc dostáva k ľuďom, ktorí ju najviac potrebujú. Dokumentujte všetky zmeny programu vyplývajúce z monitorovania a vytvorte monitorovacie systémy postavené na zasiahnutých ľuďoch a kľúčových zainteresovaných stranách a ich zapájaní.

⊕ *Pozri Záväzok č. 7.*

Využívajte spoločné monitorovacie ukazovatele pre celú humanitárnu reakciu, ak sú k dispozícii.

Rozhodovanie v rámci organizácie: V rámci organizácie sa musia jasne vymedziť jednotlivé povinnosti aj rozhodovacie procesy vrátane toho, kto má čo na starosti, s kým je potrebné konzultovať a aké informácie sú potrebné pri rozhodovaní.

Postupy, procesy a systémy v rámci organizácie: Organizácie by mali na základe systematického a dôkladného monitorovania a hodnotenia zdokumentovať dopad humanitárnej činnosti na zlepšovanie výsledkov. Ukážte, ako sa údaje z monitorovania a hodnotenia využívajú na prispôbenie programov, predpisov a stratégií, posilnenie pripravenosti a na včasné zlepšenie výkonu. ⊕ *Pozri Záväzok č. 7.* Môže to zahŕňať pohotovostný fond určený na pomoc alebo schopnosť rýchlo prijať alebo v prípade potreby rozmiestniť kvalifikovaných zamestnancov.

Záväzok č. 3

Výsledkom humanitárnej činnosti je to, že komunity a ľudia zasiahnutí krízou nie sú negatívne zasiahnutí, sú lepšie pripravení, odolnejší a menej ohrození.

Kritérium kvality

Humanitárna pomoc posilňuje miestne možnosti a zabraňuje negatívnym účinkom.

Ukazovatele výkonu

1. V dôsledku humanitárnej činnosti sa komunity a ľudia zasiahnutí krízou sami považujú za schopných zvládnuť budúce otrasy a napätie.
2. Miestne orgány, čelní predstavitelia a organizácie zodpovedné za reakciu na krízu sa domnievajú, že majú viac kapacity.
3. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou vrátane zraniteľných a marginalizovaných jednotlivcov nezaznamenávajú negatívne účinky humanitárnej činnosti.



Kľúčové kroky

3.1 Dbajte na to, aby humanitárne programy stavali na miestnych možnostiach a pracovali na zvyšovaní odolnosti komunít a ľudí zasiahnutých krízou.

- Naplánujte služby (napr. riadiace štruktúry v období sucha a štruktúry, ktoré zvyšujú odolnosť voči povodňam, hurikánom alebo zemetraseniam), ktoré pomôžu znížiť dopad týchto rizík.
- Podporujte svojpomocné iniciatívy a opatrenia zamerané na pripravenosť komunity.

3.2 Na riadenie činností využívajte výsledky existujúcich hodnotení nebezpečenstva a rizika vo vzťahu ku komunite a plány pripravenosti.

- Oboznámte sa s potrebami a možnosťami rozličných skupín vystavených rôznym úrovňam rizika a riešite ich.

3.3 Pomáhajte rozvíjať miestne vedenie a kapacity organizácií, ktoré budú môcť zohrávať rolu prvých respondentov v prípade budúcich kríz, a súčasne podniknite kroky na zaručenie primeraného zastúpenia marginalizovaných a znevýhodnených skupín.

- V čo najväčšej miere spolupracujte s komunálnymi orgánmi a miestnou vládou.
- Presadzujte rovnocenné a partnerské zaobchádzanie s miestnymi aktérmi pri navrhovaní a riadení humanitárnej pomoci.
- Podporujte iniciatívy miestnych skupín a organizácií, ktoré môžu slúžiť ako platformy pre vzdelávanie a rozvíjanie schopností účinnej prvej pomoci v budúcich krízach.
- Zamestnávajte miestnych a domácich zamestnancov s ohľadom na rozmanitosť obyvateľstva namiesto cudzincov, ak je to možné.

3.4 Naplánujte stratégiu zmeny a ukončenia pomoci už v skorých fázach humanitárneho programu, ktorá by zaručila dlhodobé pozitívne účinky a znížila riziko závislosti.

- Podporte posilnenie existujúcich štátnych alebo komunitných systémov namiesto vytvárania paralelných programov, ktoré nebudú trvať dlhšie ako poskytovanie humanitárnej pomoci.

3.5 Navrhujte a zavádzajte programy, ktoré podporujú skorú obnovu a miestne hospodárstvo.

- Podniknite kroky na obnovenie sociálnych služieb, vzdelávania, trhov, dopravy a príležitostí na živobytie, ktoré uspokojia potreby zraniteľných skupín.
- Pri analyzovaní otázky, ktorá forma pomoci (hotovosť, poukážky alebo materiálna pomoc) prinesie najlepší výsledok, náležite zväžte trhové podmienky.
- Ak je to možné, nakupujte miestne tovary a služby.
- V čo najväčšej miere zmierňujte negatívny dosah na trhy.

- 3.6** Včas a systematicky identifikujte potenciálne alebo skutočné neplánované negatívne dopady a reagujte na situáciu v oblastiach, ako sú:
- bezpečnosť ľudí, ochrana, dôstojnosť a práva,
 - sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie zo strany zamestnancov,
 - kultúra, rod, sociálne a politické vzťahy,
 - živobytie,
 - miestne hospodárstvo, a
 - životné prostredie.

Povinnosti organizácie

- 3.7** Postupy, stratégie a usmernenia vznikli s cieľom:
- predchádzať negatívnym dopadom programov, ako sú napríklad vykorisťovanie, zneužívanie alebo diskriminácia komunít či ľudí zasiahnutých krízou zo strany zamestnancov, a
 - posilňovať miestne kapacity.
- 3.8** Sú zavedené systémy na ochranu všetkých osobných informácií od komunít a ľudí zasiahnutých krízou, ktoré by ich mohli vystaviť riziku.
- Vypracujte jasné a komplexné predpisy v oblasti ochrany osobných údajov vrátane elektronických registračných a distribučných systémov.
 - Ľudí, ktorým pomáhate, informujte o ich právach vo vzťahu k ochrane osobných údajov, o spôsoboch, akými môžu pristupovať k osobným údajom zhromaždeným danou organizáciou a o spôsobe vyjadrenia znepokojenia ohľadom ich zneužitia.



Pokyny

Odolnosť komunity a miestne vedenie: Komunity, miestne organizácie a štátne orgány konajú počas krízy ako prvé a majú rozsiahle vedomosti o situácii aj osobitných potrebách. Títo aktéri by mali byť rovnocennými partnermi a mali by mať autonómiu pri tvorbe a riadení pomoci. Od medzinárodných a miestnych agentúr si to však vyžaduje snahu prispôsobiť svoje pracovné metódy a zapájať sa do otvoreného dialógu a konštruktívnej kritiky. Namiesto vytvárania nových paralelných systémov by sa mali vždy, keď to je možné, využívať miestne finančné štruktúry/služby.

Stratégia zmeny a ukončenia pomoci: V spolupráci so štátnymi orgánmi a zasiahnutým obyvateľstvom čo najskôr navrhnete služby, ktoré budú fungovať aj po skončení mimoriadneho programu (napríklad zavedte opatrenia na pokrytie nákladov, využijajte lokálne dostupné materiály alebo posilňujte možnosti miestneho manažmentu).

Negatívne dopady a zásada „nikomu neškodiť“: Vysoká hodnota zdrojov určených na pomoc a silná pozícia humanitárnych pracovníkov môže viesť k vykorisťovaniu a zneužívaniu, súpereniu, konfliktu a neoprávnenému používaniu alebo spreneveru pomoci. Humanitárna pomoc môže ohroziť živobytie a trhové systémy, viesť ku

konfliktom o zdroje a prehliť nerovné mocenské vzťahy medzi jednotlivými skupinami. Predvídajte potenciálne negatívne účinky, monitorujte ich a prijmite opatrenia, aby ste im v rámci možností predchádzali.

Berte ohľad na kultúrne zvyklosti, ktoré môžu mať na niektoré skupiny negatívny dopad. K príkladom patrí: predpojaté zameranie na dievčatá, chlapcov alebo osobitné kasty, odlišné vzdelávacie príležitosti pre dievčatá, odmietanie očkovania a ďalšie formy diskriminácie alebo uprednostňovania.

Bezpečné a citlivé mechanizmy spätnej väzby a sťažností môžu obmedziť zneužívanie. Zamestnanci by mali vítať a vyhľadávať podnety a sťažnosti. Zamestnanci by mali byť vyškolení v spôsobe, akým sa zachováva dôvernosť a podávajú citlivé informácie, akými je napríklad oznamovanie vykorisťovania alebo zneužívania.

Sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie zo strany zamestnancov: Všetci zamestnanci spoločne zodpovedajú za predchádzanie vykorisťovaniu a zneužívaniu. Zamestnanci sú povinní nahlasovať každé zneužívanie, ktorého sú svedkami alebo na ktoré majú podozrenie, a to v rámci vlastnej organizácie aj mimo nej. Pripomíname, že deti (a zvlášť dievčatá) sú často veľmi zraniteľné a prijaté postupy by ich mali explicitne chrániť deti pred vykorisťovaním a zneužívaním. ⊕ *Pozri Závazok č. 5.*

Obavy o životné prostredie: Humanitárna pomoc môže zhoršiť stav životného prostredia (napríklad eróziu pôdy, vyčerpanie alebo znečistenie podzemných vôd, nadmerný rybolov, tvorbu odpadu a odlesňovanie). Zhoršovanie stavu životného prostredia môže prehliť krízu alebo zvýšiť mieru zraniteľnosti a znížiť tým odolnosť ľudí voči otrasom.

Medzi opatrenia na obmedzenie zhoršovania životného prostredia patrí zalesňovanie, zachytávanie dažďovej vody, efektívne využívanie zdrojov a predpisy a postupy na etické obstarávanie. Veľké stavebné práce by sa mali vykonávať len po vyhodnotení vplyvu na životné prostredie. ⊕ *Pozri Závazok č. 9.*

Predpisy organizácie na predchádzanie negatívnym dopadom a posilnenie miestnych možností: Organizáciám sa odporúča, aby mali jasne zdokumentované predpisy a systém riadenia rizika. Mimovládne organizácie, ktorým sa nedarí systematicky riešiť neetické správanie či korupciu vlastnými protikorupčnými predpismi a postupmi ani kolektívnymi opatreniami s ďalšími mimovládnymi organizáciami, zvyšujú riziko korupcie u ostatných aktérov.

Predpisy a postupy by mali zohľadňovať záväzok chrániť zraniteľných ľudí a načrtnúť spôsoby prevencie a vyšetrovania zneužitia moci. Starostlivý nábor, skríning aj náborové postupy by mohli pomôcť s obmedzením rizika profesionálneho pochybenia zamestnancov a pravidiel správania by mali jasne stanoviť praktiky, ktoré sú zakázané. Zamestnanci by mali formálne súhlasiť s dodržiavaním týchto pravidiel a mali by si jasne uvedomovať sankcie, ktorým budú čeliť, ak ich nedodržia. ⊕ *Pozri Závazok č. 8.*

Ochrana osobných informácií: Ku všetkým osobným informáciám jednotlivcov aj komunít sa musí pristupovať ako k dôverným. Osobitne to platí v prípade nakladania

s údajmi týkajúcimi sa ochrany, ohláseného násillia, sťažností na zneužívanie alebo vykorisťovanie a rodovo podmieneného násillia. Systémy, ktorými sa zabezpečuje dôvernosť, sú z hľadiska predchádzania ujme zásadné. ⊕ *Pozri Zásady ochrany a Záväzky č. 5 a 7.*

Nárast využívania elektronických registračných a distribučných systémov pri poskytovaní humanitárnej pomoci zdôrazňuje potrebu jasných a komplexných predpisov v oblasti ochrany údajov. Veľmi dôležité sú dohody, ktorými sa tretie strany, ako sú banky a obchodné organizácie, zaväzujú k ochrane informácií. Zásadné sú aj presné usmernenia ohľadom zberu, uchovávanía, používania a likvidácie údajov, ktoré by mali byť zosúladené s medzinárodnými normami a miestnymi zákonmi o ochrane osobných údajov. Potrebné je zavedenie systémov na zmiernenie rizika straty údajov. Ak sa údaje už viac nevyžadujú, mali by sa zničiť!

Záväzok č. 4

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou poznajú svoje práva a nároky, majú prístup k informáciám a zapájajú sa do rozhodnutí, ktoré ich ovplyvňujú.

Kritérium kvality

Humanitárna pomoc sa zakladá na komunikácii, účasti a spätnej väzbe.

Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou poznajú svoje práva a vedia, na čo majú nárok.
2. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou sa domnievajú, že majú včasný prístup k jasným a podstatným informáciám, a to vrátane záležitostí, ktoré ich môžu ešte viac vystaviť riziku.
3. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou sú spokojní s možnosťami ovplyvňovania pomoci.
4. Všetci zamestnanci sú odborne pripravení a poznajú usmernenia ohľadom práv zasiahnutého obyvateľstva.



Kľúčové kroky

4.1 **Poskytnite komunitám a osobám zasiahnutým krízou informácie o organizácii, o zásadách, ktoré dodržiava, o jej očakávaníach v súvislosti so správaním svojich zamestnancov, o programoch, ktoré zavádza, a o výsledkoch, ktoré nimi plánuje dosiahnuť.**

- Považujte samotné informácie za kľúčový prvok ochrany. Bez správnych informácií o pomoci a nárokoch sa ľudia môžu stať obeťami vykorisťovania a zneužívania. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1.*

- Jasne komunikujte o tom, aké správanie môžu ľudia očakávať od humanitárnych pracovníkov, a o spôsobe, akým sa môžu v prípade nespokojnosti sťažovať.

4.2 **Komunikujte zrozumiteľným jazykom, formátmi a médiami, ktoré rešpektujú a zohľadňujú kultúru rozličných členov komunity, najmä zraniteľných a marginalizovaných skupín.**

- Využívajte existujúce komunikačné systémy a poraďte sa s ľuďmi o preferovanej forme komunikácie. Zvážte, akú mieru súkromia zaručujú jednotlivé formáty a média použité pri komunikácii.
- Zabezpečte efektívne a bezpečné využívanie nových a starých komunikačných technológií.

4.3 **Zabezpečte inkluzívne zastúpenie, ktoré zahŕňa účasť a zapojenie komunit a ľudí zasiahnutých krízou vo všetkých fázach práce.**

- Venujte pozornosť skupinám alebo jednotlivcom, ktorí v minulosti nemali prístup k moci a boli vylúčení z rozhodovacích procesov. Systematicky zvažujte etické spôsoby ich zapojenia s cieľom rešpektovať ich dôstojnosť a predchádzať ďalšiemu stigmatizovaniu.
- V jednotlivých fázach pomoci zohľadnite rovnováhu medzi priamym zapojením komunity a nepriamym zastúpením, teda zastúpením prostredníctvom volených zástupcov.

4.4 **Motivujte a sprostredkujte komunitám a ľuďom zasiahnutým krízou možnosť vyjadriť spätnú väzbu o svojej spokojnosti s kvalitou a efektívnosťou prijatej pomoci, pričom osobitnú pozornosť venujte rodu, veku a rozmanitosti osôb vyjadrujúcich spätnú väzbu.**

- Vyškoolte zamestnancov, aby si získali a udržali dôveru ľudí, aby vedeli, ako reagovať na pozitívnu aj negatívnu spätnú väzbu, aby pozorovali reakcie rôznych členov komunity na spôsob poskytovania služby.
- Začleňte zhromažďovanie spätnej väzby do širšieho prístupu naprieč organizáciou alebo sektormi s cieľom preskúmať, analyzovať a konať na základe spätnej väzby.
- Zdieľajte reakciu na spätnú väzbu s komunitou.

Povinnosti organizácie

4.5 **Sú zavedené predpisy na sprístupňovanie informácií, ktoré podporujú kultúru otvorenej komunikácie.**

- Stanovte a zdokumentujte procesy na sprístupňovanie informácií.
- Usilujte sa o otvorené sprístupňovanie informácií o úspechoch a zlyhaniach organizácie celému spektru zainteresovaných strán s cieľom podporovať kultúru otvorenosti a zodpovednosti v celom systéme.

4.6 SÚ zavedené predpisy o zapájaní komunít a ľudí zasiahnutých krízou, pričom odrážajú priority a riziká identifikované počas všetkých fáz práce.

- Vyzdvihnite spôsob odbornej prípravy a motivácie zamestnancov uľahčovať komunite zapájanie a rozhodovanie, načúvajte rozličným komunitám zasiahnutých ľudí a manažujte negatívnu spätnú väzbu.
- Navrhujte postupy a stratégie, ktoré pomôžu vytvárať priestor a čas na dialógy, rozhodovanie a svojpomoc v rámci komunity.

4.7 Komunikácia navonok, vrátane komunikácie na získanie financií je primeraná, etická, rešpektujúca a komunity a ľudí zasiahnutých krízou prezentuje ako dôstojné ľudské bytosti.

- Informácie sprístupňujte na základe hodnotenia rizika. Zohľadnite možnú ujmu obyvateľstva, napríklad pri informovaní o distribúcii hotovosti alebo demografii konkrétnych osídlení, čo by mohlo ľudí vystaviť riziku napadnutia.
- Pri využívaní príbehov a snímok zasiahnutých ľudí postupujte opatrne, keďže sa to môže pokladať za zásah do súkromia a za porušenie zachovania dôvery, ak ste si na to nevyžiadali ich súhlas. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1 o informovanom súhlase.*

Pokyny

Sprístupňovanie informácií komunitám: Sprístupňovanie presných, včasných, zrozumiteľných a prístupných informácií posilňuje dôveru, prehľbuje mieru zapojenia a zvyšuje vplyv projektu. Je tiež kľúčom k transparentnosti. Sprístupňovanie finančných informácií komunitám môže zvýšiť efektívnosť nákladov a pomôcť komunitám pri identifikovaní a odhaľovaní plytvania alebo podvodu.

Ak organizácia primerane nesprístupňuje informácie ľuďom, ktorým sa snaží pomáhať, môže dôjsť k nedorozumeniu, omeškaniu, nevhodným projektom, ktoré plynú zdrojmi, a k negatívnemu vnímaniu danej organizácie. To môže mať za následok hnev, frustráciu a neistotu.

Efektívna, bezpečná, prístupná a inkluzívna komunikácia: Rozličné skupiny majú rozličné komunikačné a informačné potreby a zdroje. Možno budú potrebovať čas na vzájomné rozhovory v bezpečí a súkromí, aby dokázali spracovať informácie a ich implikácie.

Informovaný súhlas: Upozorňujeme, že niektorí ľudia môžu vyjadriť súhlas bez toho, aby plne rozumeli jeho dôsledkom. Nie je to ideálne, ale na začiatku možno bude potrebné predpokladať určitú mieru súhlasu a účasti na základe vyslovenej vôle zapojiť sa do projektu, pozorovania, poznatkov či na základe právnych alebo iných dokumentov (ako sú zmluvy s komunitou). ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1.*

Účasť a zapojenie: V rámci pomoci sa včas poradte so zasiahnutými ľuďmi a miestnymi inštitúciami, aby ste stáli na existujúcich poznatkoch a budovali pozitívne a úctivé vzťahy. Včasná konzultácia môže znamenať lepšie využitie času ako



neskoršia náprava nevhodných rozhodnutí. V skorých štádiách akútnej pomoci sa konzultácie možno bude môcť zúčastniť len obmedzený počet zasiahnutých ľudí. Postupne sa pri zapájaní do rozhodovania naskytne viac príležitostí pre viac ľudí a viac skupín.

Upozorňujeme, že v niektorých konfliktoch sa podpora skupinových diskusií a rozhodovania môže vnímať ako forma politického hnutia a mohla by miestnym obyvateľom spôsobiť ujmu. Zohľadnite rozmanité metódy na väčšie zapojenie komunity prostredníctvom systému spätnej väzby vrátane hodnotiacich kariet komunity.

Spätná väzba: Formálnu spätnú väzbu možno získať vo forme konkrétneho hodnotenia (s využitím skupinových diskusií alebo rozhovorov), monitorovania po poskytnutí pomoci alebo formou dotazníkov. Rovnako treba využívať neformálnu spätnú väzbu získanú počas každodennej spolupráce na ďalšie priebežné budovanie dôvery a zlepšenie programov. Pýtajte sa na spätnú väzbu o tom, či ženy, muži, dievčatá a chlapci cítia rešpekt a či sú spokojní so svojim vplyvom na rozhodovanie. Ľudia môžu byť spokojní s poskytnutou pomocou, ale nespokojní so svojim vplyvom na rozhodovanie.

Ľudia môžu mať obavy z negatívnych dôsledkov kritickej spätnej väzby. Rovnako môžu existovať kultúrne dôvody, ktoré bránia kritike humanitárneho zásahu. Zvážte rôzne metódy neformálnej aj formálnej spätnej väzby vrátane spôsobov jej dôverného vyjadrenia.

S ostatnými agentúrami vytvorte mechanizmy spätnej väzby a zabezpečte ich dostupnosť všetkým zúčastneným. Mali by sa vnímať ako úplne nezávislé od mechanizmov sťažností, ktorými sa riešia vážne porušenia praxe alebo správania, **+** pozri *Závazok č. 5*, hoci v praxi sa zvyčajne typy spätnej väzby a prijatých sťažností prekrývajú. Potvrďte prijatie spätnej väzby, podniknite opatrenia a ak je to vhodné, upravte program. Integrujte mechanizmy spätnej väzby do monitorovacích a hodnotiacich systémov organizácií.

Podpora kultúry otvorenej komunikácie: Organizácie by mali verejne (na svojom webovom sídle alebo v propagačných materiáloch, ktoré sú dostupné zasiahnutým obyvateľom) priznať všetky osobitné záujmy, ako je politická alebo náboženská príslušnosť. Zainteresovaným stranám to umožňuje lepšie pochopiť povahu organizácie a jej pravdepodobnú príslušnosť a postupy.

Závazok organizácie k zapojeniu a načúvaniu komunitám: Pravidlá v oblasti rodovej rovnosti a rozmanitosti môžu pomôcť s podporou hodnôt a záväzkov organizácie a môžu slúžiť ako konkrétne príklady očakávaného správania. Stratégu a vývoj programu by mala formovať aj spätná väzba od zasiahnutých ľudí.

Obmedzovanie informácií, dôvernosc a mlčanlivosť: Nie všetky informácie sa môžu alebo by sa mali sprístupniť všetkým zainteresovaným stranám. Zvážte to, ako môže zhromažďovanie informácií, na základe ktorých sa dajú identifikovať skupiny (demografia) alebo jednotlivci, podnieť alebo zvýšiť zraniteľnosť ľudí alebo vytvárať nové hrozby pri ich ochrane. **+** Pozri *Zásady ochrany*.

Etický prístup k externej komunikácii: Materiály určené na získavanie financií a fotografie vyňaté z kontextu môžu byť zavádzajúce a môžu zvýšiť riziko spojené s ochranou. Všetci zamestnanci by mali mať prístup k predpisom a usmerneniam o externej komunikácii, čo môže zabrániť chybám.

Informácie pripojené k obrázkom alebo uvedené v príbehoch nesmú umožniť vystopovanie ľudí (osobitne detí) do ich domovov či komunít. Pri fotografovaní by sa malo vyhnúť geografické označovanie snímok.

Záväzok č. 5

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou majú prístup k bezpečným a ústretovým mechanizmom na riešenie sťažností.

Kritérium kvality

Sťažnosti sú vítané a riešia sa.

Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou vrátane zraniteľných a marginalizovaných skupín vedia o tom, že mechanizmy na vybavovanie sťažností sú tu preto, aby ich používali.
2. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou považujú mechanizmy odpovedí na sťažnosti za prístupné, efektívne, dôverné a bezpečné.
3. Sťažnosti sa prešetrujú, riešia a výsledky sa k sťažovateľovi dostanú v uvedenom časovom rámci.



Kľúčové kroky

5.1 S komunitami a ľuďmi zasiahnutými krízou konzultujte návrh, zavádzanie a monitorovanie postupov pri vybavovaní sťažností.

- Rozčleňte údaje podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia, keďže tieto kritériá môžu ovplyvniť názory ľudí na prístup a prekážky k mechanizmom vybavovania sťažností.
- Dohodnite sa, ako podávať sťažnosti, čo by mohlo brániť ľuďom a zamestnancom v ich podaní a akou formou si želajú dostať odpoveď na sťažnosť. Zvážte spôsob zaznamenávania sťažností, ich sledovania a spôsob, akým sa poučenie z nich zapracuje do budúceho plánovania.
- Preskúmajte prepojenie mechanizmov vybavovania sťažností s ďalšími orgánmi, partnermi aj externými dodávateľmi.
- Zaškolte zamestnancov do mechanizmu vybavovania sťažností.

5.2 **Vítajte a prijímajte sťažnosti, vysvetľujte, ako získať prístup k tomuto mechanizmu a rozsah problémov, ktoré sa ním dajú riešiť.**

- Zväzťte informačnú kampaň, ktorá by pomohla zvýšiť povedomie o systéme a postupoch. Počas nej ľudia môžu klásť ďalšie otázky a zaujímať sa o jeho fungovanie.

5.3 **Manažujte sťažnosti včas, spravodlivo a primerane, tým sa do popredia dostane bezpečnosť sťažovateľa a ľudí zasiahnutých v jednotlivých fázach.**

- Každú sťažnosť riešte osobitne, a to aj vtedy, ak sa mnohé týkajú rovnakých problémov.
- Odpovedajte v určenom časovom rámci. Sťažovateľ by mal vedieť, kedy má očakávať odpoveď.
- Zväzťte riadenie alebo zapojenie komunity do systému vybavovania sťažností.

Povinnosti organizácie

5.4 **Systém odpovedí na sťažnosti komunít alebo ľudí zasiahnutých krízou je vytvorený a zdokumentovaný. Procesy vybavovania sťažností by mali pokrývať fázu plánovania, sexuálneho vykorisťovania, zneužívania a iné formy zneužitia moci.**

- Veďte záznamy o spôsobe vytvorenia mechanizmu vybavovania sťažností, o rozhodovacích kritériách, všetkých predložených sťažnostiach, spôsobe ich riešenia a o časovom rámci.
- Dôsledne zabezpečte, aby sa informácie o sťažnostiach uchovávali ako dôverné a v prísnom súlade s predpismi o ochrane osobných údajov.
- Na mechanizmoch vybavovania sťažností spolupracujte s ostatnými organizáciami, pre komunity a zamestnancov to bude jasnejšie.

5.5 **Bola vytvorená organizačná kultúra, v ktorej sa sťažnosti berú vážne a riešia sa v súlade so stanovenými predpismi a postupmi.**

- Zverejnite predpisy, ktoré sa týkajú povinnosti organizácie starať sa o ľudí, ktorým chce pomáhať, pravidlá správania aj spôsoby ochrany potenciálne zraniteľných skupín, ako sú ženy, deti a ľudia so zdravotným postihnutím.
- Vytvorte formálne postupy prešetrovania sťažností založené na zásadách zachovania dôvernosti, nezávislosti a rešpektu. Prešetrujte sťažnosti dôkladne, včas a profesionálne, dbajte na právne predpisy a požiadavky miestneho zákonníka práce. Určených manažérov odborne pripravte na prešetrovanie a riešenie nevhodného správania zamestnancov alebo zabezpečte prístup k špecializovanému poradenstvu.
- Začleňte postup na podanie sťažnosti a predpisy o vynášaní interných informácií, ktorými sa budú riešiť sťažnosti zamestnancov, a zamestnancov o nich informujte.

5.6 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou si plne uvedomujú, aké správanie humanitárnych pracovníkov majú očakávať, vrátane záväzkov organizácie ohľadom prevencie sexuálneho vykorisťovania a zneužívania.

- Vysvetlite komunitám aj zamestnancom postup v súvislosti so sťažnosťami. Začleňte doň aj mechanizmy pre citlivé informácie (napr. informácie súvisiace s korupciou, sexuálnym vykorisťovaním, zneužívaním, vážnym profesionálnym pochybením alebo zanedbaním povinnosti) a menej citlivé informácie (ako sú sťažnosti na používanie výberových kritérií).

5.7 Sťažnosti, ktoré nespádajú do pôsobnosti organizácie, sa posúvajú príslušnému orgánu spôsobom, ktorý je v súlade s osvedčenými postupmi.

- Usmernením objasnite, ktoré sťažnosti patria do pôsobnosti organizácie, a kedy a ako sa treba obrátiť na iných poskytovateľov služby.

Pokyny

Projektovanie mechanizmu vybavovania sťažností: Pred rozhodovaním o najvhodnejšom spôsobe interakcie s komunitami sa musí posúdiť sociálna aj mocenská dynamika. Venujte pozornosť potrebám starších ľudí, žien, dievčat, chlapcov, mužov, ľudí so zdravotným postihnutím a ostatných potenciálne marginalizovaných ľudí. Zabezpečte, aby sa mohli vyjadriť k projektu a zavádzaniu systémov vybavovania sťažností.

Zvyšovanie povedomia o tom, ako podať sťažnosť: Na informovanie zasiahnutých ľudí o tom, aké služby, postoj a správanie môžu očakávať od humanitárnych organizácií, bude potrebné vynaložiť čas a zdroje. Zasiahnutí ľudia by tiež mali vedieť, ako postupovať a kde podať sťažnosť, ak si humanitárna organizácia neplní záväzky.

Mechanizmus má byť vytvorený tak, aby bolo možné ubezpečiť ľudí, že sťažnosť môžu vždy podať dôverne a bez strachu z odvety.

Usmerňujte očakávania, komunity sa totiž môžu domnievať, že proces vybavovania sťažností dokáže vyriešiť všetky ich problémy. Pokiaľ komunity očakávajú zmeny, ktoré sú mimo dosahu agentúry, môže z toho prameniť frustrácia a sklamanie.

Riadenie sťažností: Ak je sťažnosť mimo kontroly a povinností organizácie, jasne to sťažovateľovi vysvetlite. Ak je to možné a ak sťažovateľ súhlasí, postúpte sťažnosť vhodnej organizácii. Koordinujte postup s ostatnými agentúrami a sektormi, aby ste zaručili efektívne postúpenie sťažnosti.

Podozrenia zo sexuálneho vykorisťovania a zneužívania zo strany humanitárnych pracovníkov môžu vyšetrovať len odborne pripravení zamestnanci.

Sťažovateľovi by po vyjadrení súhlasu malo byť možné dôverne odkázať na miesta dodatočnej starostlivosti a podpory (ako je starostlivosť o duševné zdravie a psychosociálna pomoc či iná zdravotná starostlivosť).



Anonymné a zlomyseľné sťažnosti predstavujú osobitnú výzvu preto, že majú neznámy zdroj. Pre organizáciu však môžu byť varovným signálom skrytej nespokojnosti a pri každom ďalšom postupe sa bude musieť vyšetriť, či existuje doposiaľ nerozpoznaný dôvod na sťažnosť.

Ochrana sťažovateľov: Pri rozhodovaní o tom, kto v rámci organizácie potrebuje vedieť ktoré informácie, postupujte rozvážne. Osoby nahlasujúce sexuálne zneužívanie môžu čeliť sociálnej stigmatizácii a skutočnému nebezpečenstvu, a to od páchatel'ov aj od vlastných rodinných príslušníkov. Navrhňte mechanizmus, ktorým sa zabezpečí dôverné zaobchádzanie so sťažnosťami. Vytvoriť by sa mal aj predpis pre prípady informovania zvnútra, aby chránil zamestnancov, ktorí vyjadria obavy ohľadom programu alebo správania kolegov.

Predpisy na ochranu údajov by sa mali vzťahovať na dobu uchovávania konkrétnych typov informácií, a to v súlade s príslušnými zákonmi o ochrane osobných údajov.

Proces vybavovania sťažností: Zabezpečte, aby sťažnosti mohli podávať zamestnanci organizácie aj komunity, ktorej sa poskytujú služby. Takéto sťažnosti možno vnímať ako príležitosť na zlepšenie organizácie a jej práce. Sťažnosti môžu indikovať dopad a primeranosť zásahu, potenciálne riziká a zraniteľnosť a zároveň mieru spokojnosti ľudí s poskytovanými službami.

Sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie ľudí zasiahnutých krízou: Organizácia a jej vyšší manažment zodpovedajú za zavedenie mechanizmov a postupov vybavovania sťažností, a za ich bezpečnosť, transparentnosť, dostupnosť a dôvernosť. Ak je to vhodné, organizácie by mali zväziť zahrnutie osobitných vyhlásení o spolupráci pri vyšetrovaní prípadov sexuálneho vykorisťovania a zneužívania do vzájomných partnerských dohôd.

Kultúra organizácie: Manažéri a zamestnanci na vyšších pozíciách by mali ísť príkladom a podporovať kultúru vzájomného rešpektu medzi všetkými zamestnancami, partnermi, dobrovoľníkmi a ľuďmi zasiahnutými krízou. Ich podpora komunitných mechanizmov vybavovania sťažností je mimoriadne dôležitá. Zamestnanci by mali poznať spôsoby vybavovania sťažností alebo podozrení zo zneužívania. V prípade trestnej činnosti alebo porušenia medzinárodného práva by zamestnanci mali vedieť, ako kontaktovať príslušné orgány. Organizácie spolupracujúce s partnermi by sa mali spoločne dohodnúť na spôsobe prijímania a vybavovania sťažností (a to vrátane sťažností voči sebe).

Správanie zamestnancov a pravidiel správania: Organizácie by mali disponovať pravidlami správania zamestnancov, ktoré schválil vyšší manažment a sú zverejnené. Na všetkých zamestnancov a partnerov sa vzťahujú vnútorné postupy na ochranu dieťaťa a mali by absolvovať úvodnú prípravu a školenie o očakávaných normách správania. Zamestnanci by mali poznať a chápať dôsledky vyplývajúce z porušenia pravidiel správania. ⊕ *Pozri Záväzky č. 3 a 8.*

Závazok č. 6

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou dostávajú koordinovanú doplňujúcu sa pomoc.

Kritérium kvality

Humanitárna pomoc je koordinovaná a navzájom sa doplňa.

Ukazovatele výkonu

1. Organizácie prostredníctvom koordinovanej pomoci minimalizujú nepokryté a prekrývajúce sa oblasti, ktoré identifikovali zasiahnuté komunity a partneri.
2. Zapojené organizácie – vrátane miestnych – si formálnymi aj neformálnymi koordinačnými mechanizmami prístupňujú relevantné informácie.
3. Organizácie koordinujú hodnotenie potrieb, humanitárnu pomoc a monitorovanie pomoci.
4. Miestne organizácie podávajú správy o primeranej účasti a zastúpení v koordinačných mechanizmoch.

Kľúčové kroky

6.1 Identifikujte úlohy, povinnosti, možnosti a záujmy zainteresovaných strán.

- Zvážte spoluprácu s cieľom optimalizovať možnosti komunit, hostiteľských vlád, darcov, súkromného sektora a humanitárnych organizácií (miestnych, štátnych, medzinárodných) s odlišnými mandátmi a odbornými poznatkami.
- Navrhňte a ved'te spoločné posudzovanie, odbornú prípravu a hodnotenie vo všetkých organizáciách a v ďalších zainteresovaných stranách, aby ste zabezpečili jednotný prístup.

6.2 Dbajte na to, aby humanitárna pomoc doplňala pomoc od štátnych a miestnych orgánov a od ostatných humanitárnych organizácií.

- Treba si uvedomiť, že celkové plánovanie a koordinácia snáh o podporu je v konečnom dôsledku úlohou hostiteľskej vlády. Humanitárne organizácie zohrávajú zásadnú úlohu pri podpore reakcie štátu a tiež koordinačnú funkciu.

6.3 Staňte sa súčasťou príslušných koordinačných orgánov a spolupracujte s ostatnými v záujme minimalizácie nárokov na komunity a maximalizácie pokrytia a poskytovania služieb v širšom humanitárnom úsilí.

- Prostredníctvom koordinácie zabezpečte uplatňovanie a dodržiavanie uznávaných štandardov kvality a smerníc. Na zasadenie humanitárnych noriem do kontextu využívajte koordinačné orgány a najmä ukazovatele, a to na kolektívne monitorovanie a hodnotenie činností a celkovej pomoci.



- Zadefinujte rozsah činností a záväzkov, ako aj oblasti prelínajúce sa s ďalšími koordinačnými orgánmi a ich spôsob riadenia, napríklad vo vzťahu k zodpovednosti, rodovej rovnosti a koordinácii ochrany.

6.4 Cez vhodné komunikačné kanály sprístupňujte potrebné informácie partnerom, koordinačným skupinám a relevantným aktérom.

- Rešpektujte používanie miestneho jazyka/jazykov na stretnutiach a v ďalšej komunikácii. Preskúmajte prekážky brániace komunikácii, aby sa miestne zainteresované strany mohli zúčastniť.
- Komunikujte jasne a vyhýbajte sa žargónu a hovorovému štýlu, a to najmä vtedy, ak ďalší účastníci nehovoria rovnakým jazykom.
- V prípade potreby zabezpečte tlmočníkov a prekladateľov.
- Zvážte miesto konania stretnutí, aby ste umožnili účasť miestnych zainteresovaných strán.
- Pracujte so sieťami miestnych občianskych organizácií s cieľom zúročiť prínos ich členov.

Povinnosti organizácie

6.5 Postupy a stratégie predstavujú jasný záväzok koordinovať sa a spolupracovať s ostatnými vrátane štátnych a miestnych orgánov bez spreneverenía sa humanitárnym zásadám.

- Zahrňte koordináciu do organizačných postupov a stratégií v oblasti zdrojov. Organizácia by mala vydať vyhlásenie o tom, ako bude spolupracovať s partnermi, hosťiteľskými orgánmi a inými humanitárnymi aj nehumanitárnymi aktérmi.
- Zamestnanci zastupujúci agentúry na koordinačných stretnutiach by mali mať primerané informácie, schopnosti a oprávnenie, aby mohli prispievať k plánovaniu a rozhodovaniu. Pri opise pracovných pozícií zamestnancov jasne zadefinujte zodpovednosť za koordináciu.

6.6 Spolupráca s partnermi sa riadi jasnými a jednotnými dohodami, ktorými si vzájomne uznávajú mandát, povinnosti a nezávislosť, ako aj vzájomné obmedzenia a záväzky.

- Miestne a štátne organizácie v záujme efektívnej a zodpovednej pomoci spolupracujú s partnermi, pričom rozumejú mandátu organizácie a vzájomným úlohám a povinnostiam.

Pokyny

Práca so súkromným sektorom: Súkromný sektor môže do humanitárných organizácií priniesť komerčnú efektívnosť, dodatočnú odbornosť a zdroje. Vyžaduje sa minimálne sprístupňovanie informácií s cieľom zabrániť duplicita a podporovať osvedčené humanitárne postupy. Dbajte na to, aby sa partnerské podniky zaviazali

dodržiavať základné humanitárne práva, aby nemali historické záznamy o podpore nerovností ani o diskriminačných postupoch. Partnerstvá so súkromným sektorom by mali zabezpečiť výslovné výhody pre ľudí zasiahnutých krízou. Zároveň je potrebné si uvedomiť, že aktéri zo súkromného sektora môžu sledovať svoje vlastné ciele.

Civilno-vojenská koordinácia: Humanitárne organizácie musia byť jasne oddelené od vojenských, aby sa zabránilo skutočnému alebo domnelému spájaniu s politickým či vojenským programom, čo by mohlo ohroziť neustrannosť, nezávislosť, dôveryhodnosť a bezpečnosť agentúr a ich prístup k zasiahnutému obyvateľstvu.

Vojsko má osobitné znalosti a zdroje vrátane tých, ktoré súvisia s bezpečnosťou, logistikou, dopravou a komunikáciou. No akékoľvek spájanie humanitárnych aktivít s vojskom musí byť odôvodnené poskytnutím danej služby a musí byť pod vedením humanitárnych agentúr a v súlade s dohodnutými usmerneniami. ⊕ *Pozri Čo je Sphere? Humanitárna charta a Zásady ochrany.* Niektoré organizácie budú v záujme pracovnej efektívnosti udržiavať minimálny dialóg, kým iné môžu nadviazať pevnejšie vzťahy.

Tri kľúčové prvky civilno-vojenskej koordinácie sú sprístupňovanie informácií, plánovanie a del'ba úloh. Dialóg by mal trvať po celú dobu, v každom kontexte a na všetkých úrovniach.

Doplňková pomoc: Miestne organizácie, orgány a siete občianskej spoločnosti disponujú veľkým množstvom skúseností špecifických pre daný kontext. Môžu však potrebovať podporu pri znovuzavedení po dopade krízy a pri zapájaní do koordinácie v rámci pomoci a zastúpení v nej.

Ak sa štátne orgány angažovali v konflikte, humanitárni aktéri by sa pri posudzovaní nezávislosti orgánov mali riadiť vlastným úsudkom a ako centrálny aspekt pri rozhodovaní zohľadňovať záujmy zasiahnutého obyvateľstva.

Koordinácia: Koordináciu naprieč sektormi sa potreby ľudí môžu riešiť holisticky namiesto izolovaného prístupu. Napríklad koordinácia v oblastiach psychického zdravia a psychosociálnej podpory musí prebiehať naprieč sektormi zdravotníctva, ochrany a vzdelávania, napríklad prostredníctvom technickej pracovnej skupiny odborníkov v daných oblastiach.

Vedúci koordináční pracovníci zodpovedajú za to, že stretnutia a výmena informácií sú správne a efektívne manažované a zamerané na výsledky. Pokiaľ sa zdá, že koordináčne mechanizmy sú kvôli jazyku alebo miestu konania relevantné len pre medzinárodné agentúry, miestni aktéri sa do nich nemusia zapájať. Môžu sa vyžadovať štátne a nižšie než štátne koordináčne mechanizmy, ktoré by mali mať jasné pravidlá podávania správ.

Účasť na koordináčnych mechanizmoch pred katastrofou vytvára vzťahy a zlepšuje koordináciu počas reakcie. Pre prípad mimoriadnej situácie prepojte koordináčne štruktúry s dlhodobými plánmi rozvoja a koordináčnymi orgánmi, ak existujú.



Medzinárodné medziagentúrne mechanizmy na koordináciu v núdzových situáciách by mali podporovať štátne koordinačné mechanizmy. Pri pomoci utečencom sa má využívať koordinačný mechanizmus pre utečencov, ktorý využíva úrad UNHCR.

Sprístupňovanie informácií (vrátane finančných): Medzi zainteresovanými stranami a koordinačnými mechanizmami zvyšuje pravdepodobnosť, že sa v rámci programu odhalia medzery alebo duplicita.

Spolupráca s partnermi: Vzťahy medzi partnermi môžu byť upravené rôzne, od čisto zmluvných po spoločné rozhodovanie a spoločné zdroje. Rešpektuje mandát, víziu a nezávislosť partnerskej organizácie. Identifikujte príležitosti na vzájomné učenie a rozvoj. Zistite, čo obe strany získajú z partnerstva, keď si zlepšia znalosti a kapacity a zabezpečia lepšiu pripravenosť a rozmanitejšie druhy pomoci.

Dlhodobá spolupráca miestnych a štátnych občianskych organizácií s medzinárodnými organizáciami môže všetkým partnerom umožniť rozšíriť si vedomosti a možnosti a zabezpečiť lepšiu pripravenosť na pomoc a rozmanitejšie možnosti reakcie.

Závazok č. 7

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou môžu očakávať lepšiu pomoc, keďže organizácie sa učia vďaka skúsenostiam a reflexii.

Kritérium kvality

Humanitárni aktéri sa neustále učia a zlepšujú.

Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou vidia zlepšenie z hľadiska pomoci a ochrany, ktorú dostávajú.
2. Na základe poznatkov získaných pri súčasnej reakcii sa zlepšujú intervencie v oblasti pomoci a ochrany.
3. Poskytnutá pomoc a ochrana odrážajú ponaučenie z ostatných reakcií.

Kľúčové kroky

7.1 Pri plánovaní vychádzajte z poznatkov a predchádzajúcich skúseností.

- Navrhujte jednoduché a prístupné monitorovacie systémy, zohľadnite skutočnosť, že informácie by sa mali týkať rozličných skupín, a jasne vysvetlite, kto mal osoh z predchádzajúcich programov a kto nie.
- Zohľadnite neúspechy aj úspechy.

7.2 Učte sa, inovujte, robte zmeny na základe monitorovania, hodnotenia, spätnej väzby a sťažností.

- Aktívne počúvajte a využívajte ďalšie kvalitatívne participatívne prístupy. Ľudia zasiahnutí krízou sú najlepší zdroj informácií o potrebách a zmene situácie.

- Podel'te sa o poznatky a diskutujte o nich s komunitami, pýtajte sa ich, čo by chceli robiť inak a ako možno posilniť ich úlohu pri rozhodovaní alebo v rámci riadenia.

7.3 Poznatky a inovácie sprístupňujte interne – komunitám a ľuďom zasiahnutým krízou – a tiež ostatným zainteresovaným stranám.

- Informácie zhromaždené monitorovaním a hodnotením prezentujte vo formáte, ktorý umožňuje sprístupňovanie a rozhodovanie. ⊕ *Pozri Záväzok č. 4.*
- Identifikujte spôsoby podpory vzdelávacích činností v rámci celého systému.

Povinnosti organizácie

7.4 Sú zavedené hodnotiace a vzdelávacie postupy a sú k dispozícii prostriedky na učenie zo skúseností a zlepšovanie postupov.

- Organizácie do vzdelávacieho cyklu začleňujú hodnotenie výkonu a plán na zlepšenie, ktorý vychádza z merateľných objektívnych ukazovateľov.
- Všetci zamestnanci rozumejú svojim povinnostiam vo vzťahu k monitorovaniu pokroku v práci a chápu, ako vzdelávanie prispieva k ich profesionálnemu rozvoju.

7.5 Existujú mechanizmy na zaznamenávanie poznatkov a skúseností a ich sprístupnenie celej organizácii.

- Vzdelávanie organizácie vedie k praktickým zmenám (ako sú napríklad lepšie hodnotiace stratégie, reorganizácia tímov v záujme súdržnejšej reakcie a jasnejšie vyjadrenie zodpovednosti za rozhodovanie).

7.6 Organizácia prispieva k vzdelávaniu a inováciám v oblasti humanitárnej pomoci, a to medzi kolegami aj v rámci sektora.

- Zostavte a zverejnite správy o humanitárnej pomoci vrátane kľúčových poznatkov a odporúčaní, poslúžia pri revízii postupov pre prípad budúcich reakcií.



Pokyny

Učenie na základe vlastných skúseností: Rozličným realizáciám, vzdelávacím cieľom a cieľom v oblasti zodpovednosti prospievajú rôznorodé prístupy a metódy.

Pri úprave vytýčeného kurzu sa môže využiť monitorovanie – zber pravidelných súborov dát o činnostiach a výkonnosti projektu. Na monitorovanie a hodnotenie používajte kvalitatívne aj kvantitatívne údaje, vzájomne porovnávajte a overujte údaje a ved'te dôsledné záznamy. Pri zhromažďovaní, riadení a podávaní správ o údajoch nezabúdajte na etický rozmer. Definujte, ktoré údaje sa budú zhromažďovať a ako sa budú prezentovať na základe zamýšľaného použitia a používateľov údajov. Nezhromažďujte údaje, ktoré sa nebudú analyzovať ani používať.

Pri korekcii smerovania sa môžu použiť hodnotenia v reálnom čase a jednorazové hodnotiace úkony, do ktorých sa zapoja osoby pracujúce na projekte.

Pri korekcii smerovania sa nemusia nutne použiť štruktúry, môže sa využiť spätná väzba – informácie od zasiahnutých ľudí. Ľudia zasiahnutí krízou vedia najlepšie posúdiť zmeny vo svojich životoch.

Hodnotenia po poskytnutí pomoci – jednorazové úkony, do ktorých sa zapoja osoby pracujúce na projekte, a prebehnú po jeho skončení. Identifikujú sa nimi tie faktory, ktoré je v budúcich projektoch potrebné zachovať alebo ktoré bude potrebné zmeniť.

Hodnotenia – formálne kroky na objektívne určenie hodnoty činnosti, projektu alebo programu, zvyčajne ich majú na starosti ľudia v externom vzťahu k projektu a môžu sa uskutočniť v reálnom čase (aby umožnili korekciu smerovania) alebo po skončení projektu na ponaučenie v podobných situáciách a pri tvorbe postupov.

Výskum – zahŕňa systematické skúmanie osobitne zadaných otázok súvisiacich s humanitárnou činnosťou, zvyčajne sa využíva pri tvorbe postupov.

Inovácie: Reakcia na krízu často vedie k inováciám, keď sa ľudia a organizácie prispôbujú meniacemu sa prostrediu. Ľudia zasiahnutí krízou vymýšľajú inovácie, keďže sa prispôbujú vlastným meniacim sa okolnostiam. Zároveň môžu ťažiť z pomoci, ktorá ich systematickejšie zapája do inovácií a rozvojových procesov.

Spolupráca a sprístupňovanie poznatkov: Kolaboratívne učenie s inými agentúrami a vládnymi, mimovládnymi a akademickými inštitúciami je profesionálnou povinnosťou a môže priniesť nové pohľady a nápady, ako aj maximalizovať využívanie obmedzených zdrojov. Spolupráca pomáha aj pri tom, aby tá istá komunita nebola zatažovaná opakovanými hodnoteniami.

Viacero organizácií využíva postupy partnerského učenia, napr. sa dajú použiť pri monitorovaní pokroku v reálnom čase alebo ako pokrízová reflexia.

Siete a komunity z praxe (vrátane akademickej obce) môžu vytvárať príležitosti na učenie v partnerských skupinách, či už v teréne a v nadväzujúcich hodnoteniach alebo na vzdelávacích fórach. To môže výrazne obohatiť postupy organizácií a vzdelávanie v celom systéme. Sprístupňovanie informácií o výzvach a úspechoch partnerom môže humanitárnym aktérom pomôcť pri určovaní rizík a pri predchádzaní budúcim chybám.

Obzvlášť užitočné sú dôkazy dostupné naprieč sektormi. Je pravdepodobnejšie, že dôkazy o vzdelávaní a hodnotení v rámci organizácií prispejú k ich zmenám viac než poznatky z jednej organizácie.

Monitorovanie zo strany ľudí zasiahnutých krízou môže zvýšiť transparentnosť a kvalitu a podporiť ich zodpovednosť za informácie.

Hodnotiace a vzdelávacie postupy: Kľúčové poznatky a oblasti, ktoré si vyžadujú zlepšenie, sa nie vždy riešia systematicky. Nemožno hovoriť o ponaučení, kým poznatky neprinesli preukázateľné zmeny v súčasných alebo nadväzujúcich reakciách.

Manažment vedomostí a vzdelávanie v rámci organizácie : Manažment vedomostí zahŕňa zhromažďovanie, rozvíjanie, sprístupňovanie, uchovávanie a efektívne využívanie vedomostí a vzdelávania v rámci organizácie. Dlhodobí vnútroštátni zamestnanci sú často kľúčom k zachovaniu miestnych poznatkov a vzťahov. Vzdelávanie by sa malo rozšíriť aj na štátnych, regionálnych a miestnych aktérov ako pomoc pri vytváraní alebo aktualizovaní vlastných plánov pripravenosti na krízy.

Záväzok č. 8

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou využívajú požadovanú pomoc od kompetentných a vhodne manažovaných zamestnancov a dobrovoľníkov.

Kritérium kvality

Zamestnanci majú podporu pri efektívnej práci a zaoberajú sa s nimi spravodlivo a rovnocenne.

Ukazovatele výkonu

1. Pri práci cítia všetci zamestnanci podporu organizácie.
2. Zamestnanci uspokojivo naplňujú ciele v oblasti výkonu.
3. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou hodnotia vedomosti, zručnosti, správanie a postoje zamestnancov ako efektívne.
4. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou poznajú humanitárne pravidlá správania a vedia, ako vyjadriť obavy z ich nedodržiavania.

Kľúčové kroky

- 8.1 **Zamestnanci pracujú v súlade s mandátom a hodnotami organizácie, dohodnutými cieľmi a štandardmi výkonnosti.**
 - Na zamestnancov rozličného postavenia a na rôznych úrovniach sa môžu vzťahovať odlišné podmienky. Postavenie jednotlivca je často vymedzený vo vnútroštátnych pracovnoprávných predpisoch, ktoré sa musia dodržiavať. Všetci zamestnanci musia poznať svoje právne (vnútroštátne alebo medzinárodné) postavenie a svoje postavenie v rámci organizácie.
- 8.2 **Zamestnanci dodržiavajú predpisy, ktoré sa na nich vzťahujú, a chápu dôsledky ich nedodržania.**
 - Význam úvodnej a odbornej prípravy ohľadom mandátu, organizačných predpisov a pravidiel správania sa vzťahuje na všetky situácie vrátane rýchleho nasadenia alebo rozšírenia operácie.
- 8.3 **Zamestnanci rozvíjajú a využívajú potrebné osobné, technické aj riadiace schopnosti, aby tak naplňali svoje úlohy, a chápu, ako ich pritom môže organizácia podporovať.**
 - Príležitosti formálneho rozvoja zamestnancov môžu byť v prvej fáze pomoci obmedzené, ale manažéri by mali zabezpečiť minimálne úvodnú a odbornú prípravu priamo v práci.



Povinnosti organizácie

8.4 Organizácia má vedenie a zamestnancov schopných plniť jej programy

- Zamestnávajúte ľudí, ktorí zvýšia dostupnosť služieb a vyhýbajte sa akémukoľvek náznaku diskriminácie z hľadiska jazyka, etnickej príslušnosti, rodu, zdravotného postihnutia a veku.
- Vopred zvážte, ako bude organizácia riešiť nárast dopytu po kvalifikovaných zamestnancoch. Objasnite úlohy a povinnosti na úrovni krajiny a zároveň zodpovednosť za vnútorné rozhodovanie a komunikáciu.
- Zabráňte krátkodobému pôsobeniu zamestnancov, vedie to totiž k zvýšenej fluktuácii, podrýva kontinuitu a kvalitu programu a môže to viesť k tomu, že sa zamestnanci budú vyhýbať osobnej zodpovednosti za pridelené úlohy.
- Zavedte etické náborové postupy, aby ste predchádzali riziku oslabovania kapacít miestnych mimovládnych organizácií.
- Rozvíjajte zručnosti personálu zamestnaného na danom mieste, u ktorého je vyššia pravdepodobnosť dlhodobiejšieho zotrvania. V agentúrach s viacnásobným mandátom by zamestnanci rozvojového oddelenia mali mať odbornú prípravu na poskytovanie humanitárnej pomoci a mali by byť k dispozícii.

8.5 Predpisy a postupy pre zamestnancov sú spravodlivé, transparentné, nediskriminujú a sú v súlade s miestnymi pracovnoprávnymi predpismi.

- Organizačnými predpismi a postupmi sa podporuje úloha medzinárodných zamestnancov na úrovni manažmentu a vedenia s cieľom zabezpečiť kontinuitu, inštitucionálnu pamäť a pomoc primeranú danému kontextu.

8.6 Na presné pochopenie toho, čo sa od zamestnancov očakáva, sú k dispozícii popisy pracovnej pozície, pracovné ciele a mechanizmy spätnej väzby.

- Opisy pracovných pozícií sú presné a aktualizované.
- Zamestnanci rozvíjajú vlastné ciele v oblasti pracovných ambícií a kompetencií, čo je zdokumentované v plánoch rozvoja.

8.7 Existujú minimálne pravidlá správania, ktorými sa ustanovuje povinnosť zamestnancov nevykorisťovať, nezneužívať ani inak nediskriminovať ľudí.

- Všetci predstavitelia organizácie (vrátane zamestnancov, dobrovoľníkov, partnerov a dodávateľov) rozumejú pravidlám správania sa prijatých v rámci organizácie, podpísali ich, dodržiavajú ich a všetkým je jasné, aké normy správania sa od nich očakávajú a aké sú dôsledky ich nedodržania.

8.8 Existujú postupy podpory zamestnancov pri rozširovaní zručností a kompetencií.

- Organizácie by mali disponovať mechanizmami na hodnotenie výkonu zamestnancov, medzier v kapacitách a na rozvíjanie talentu.

8.9 Existujú postupy pre bezpečnosť a blaho zamestnancov.

- Agentúry majú povinnosť starať sa o svojich pracovníkov. Manažéri informujú humanitárnych pracovníkov o rizikách a chránia ich pred zbytočnými hrozbami namiereným voči ich fyzickému a psychickému zdraviu.
- Medzi opatrenia, ktoré možno prijať, patrí efektívne riadenie bezpečnosti, preventívne zdravotné poradenstvo, aktívna podpora na odpracovanie primeraného počtu hodín a prístup k psychologickému podpore.
- Vytvorte predpisy, ktorými sa na pracovisku nastolí nulová tolerancia obťažovania a zneužívania vrátane sexuálneho obťažovania a zneužívania.
- Vytvorte komplexné stratégie na prevenciu a reakciu v záujme riešenia incidentov sexuálneho obťažovania a násillia, ktoré zamestnanci zažívajú alebo sa ho dopúšťajú.

Pokyny

Zamestnanci a dobrovoľníci: Všetci určení predstavitelia organizácie vrátane štátnych, medzinárodných, stálych alebo krátkodobých zamestnancov, ako aj dobrovoľníci a konzultanti, sa považujú za personál, čiže za zamestnancov.

Organizácie by mali zvyšovať citlivosť zamestnancov a dobrovoľníkov v rámci osvetly týkajúcej sa marginalizovaných skupín a predchádzania stigmatizácie a diskriminačných postojov a postupov.

Dodržiavanie mandátov, hodnôt a postupov organizácie: Od zamestnancov sa očakáva, že budú pracovať v súlade s právnymi predpismi, misiou, hodnotami a víziou organizácie, pričom tieto majú byť stanovené a zamestnanci ich majú poznať. Okrem širšieho pochopenia úloh a spôsobu práce organizácie by mal každý pracovať podľa súboru osobných cieľov a výkonnostných očakávaní, na ktorých sa dohodol s manažérom.

Postupy by mali obsahovať výslovný záväzok k rodovej rovnosti zamestnancov a dobrovoľníkov.

Postupy by mali podporovať otvorené a inkluzívne pracovné prostredie prístupné ľuďom so zdravotným postihnutím. To môže zahŕňať: identifikáciu a odstraňovanie prekážok brániacich v prístupe na pracovisko, zákaz diskriminácie na základe zdravotného postihnutia, presadzovanie rovnakých príležitostí a rovnakého odmeňovania za prácu rovnakej hodnoty, vhodné úpravy prostredia na pracovisku pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Externí partneri, dodávatelia a poskytovatelia služieb by tiež mali poznať predpisy a pravidlá správania, ktoré sa na nich vzťahujú, rovnako aj dôsledky ich nedodržania (napr. vypovedanie zmlúv).

Výkonnostné štandardy a rozvoj kompetencií: Zamestnanci a ich zamestnávateľa spoločne zodpovedajú za rozvoj svojich zručností vrátane manažérskejších. Na základe jasných cieľov a výkonnostných štandardov by mali chápať, aké zručnosti, kompetencie a vedomosti sa vyžadujú v ich aktuálnej pozícii. Rovnako by mali poznať možnosti



rastu a rozvoja, ktoré môžu byť dostupné alebo sa môžu vyžadovať. Kompetencie sa dajú zvyšovať skúsenosťami, odbornou prípravou, mentoringom alebo coachingom. Existujú rozličné spôsoby hodnotenia zručností a správania zamestnanca, patrí ak nim pozorovanie, hodnotenie pracovných výstupov, priame rozhovory so zamestnancami a rozhovory s ich kolegami. Pravidelné zdokumentované hodnotenia výkonnosti by mali manažérom umožniť identifikáciu oblastí, kde zamestnanec potrebuje pomoc a školenie.

Možnosti a schopnosti zamestnancov: Systémy na manažovanie personálu sa líšia v závislosti od agentúry a kontextu, ale mali by vychádzať z osvedčených postupov. Je potrebné ich zohľadňovať a strategicky plánovať, a to s podporou vyššieho manažmentu. Plány organizácie aj projektu musia zohľadňovať možnosti zamestnancov a rodovú rovnosť. Na napĺňanie krátkodobých a dlhodobých cieľov organizácie je potrebný správny počet zamestnancov so správnymi zručnosťami na správnom mieste a v správnom čase.

Organizácie by mali zabezpečiť, aby mali zamestnanci potrebné kompetencie, aby vedeli načúvať, rozhodovať sa a pracovať v rámci komunity. Zamestnanci by mali byť odborne pripravení v uplatňovaní štandardných pracovných postupov, keďže to umožňuje vyššiu úroveň delegovania a rýchlejšie reakcie.

Harmonogram hodnotenia výkonu by mal byť dostatočne flexibilný, aby sa vzťahoval aj na zamestnancov, ktorí pracujú len na krátky čas, a tiež na zamestnancov so zmluvami na dobu neurčitú. Primeranú pozornosť treba venovať kompetenciám v oblasti načúvania, začlenenia, uľahčovania dialógu, rozhodovania a iniciatív v komunite. Partnerské organizácie by sa mali zhodnúť na tom, ktoré kompetencie sa od zamestnancov očakávajú pri plnení dohodnutých záväzkov.

Zamestnanecké predpisy a postupy: Štýl a komplexnosť zamestnaneckých predpisov a postupov závisí od veľkosti a situácie každej agentúry. Bez ohľadu na jej komplexnosť by sa zamestnanci mali v rámci možností zapájať do prípravy a hodnotenia predpisov, aby v nich mali zastúpenie aj ich názory. Manuál pre zamestnancov uľahčuje vzdelávanie a používanie predpisov a následky pri ich nedodržaní.

Vedenie zamestnancov: Každý zamestnanec by si mal určiť vlastné ciele, ktoré sa vzťahujú na jeho pracovné ambície a zručnosti a ktoré by rád nadobudol, a zdokumentovať ich v pláne rozvoja.

Efektívna reakcia nepredstavuje len zabezpečenie personálu s príslušnými zručnosťami, ale závisí aj od spôsobu vedenia zamestnancov. Výskum z mimoriadnych situácií ukazuje, že efektívny manažment, rámce a postupy sú pri zabezpečovaní efektívnej reakcie rovnako dôležité ako zručnosti zamestnancov, ak nie dôležitejšie.

Bezpečnosť a vhodné životné podmienky: Zamestnanci často celé hodiny pracujú v rizikových a stresujúcich podmienkach. Povinnosť agentúry starať sa o svojich národných a medzinárodných zamestnancov obsahuje aj kroky na podporu fyzickej a psychickej pohody a na prevenciu dlhodobého vyčerpania, vyhorenia, zranenia alebo ochorenia.

Manažéri môžu podporovať povinnosť starať sa o seba tým, že budú vzormi dobrých postupov a osobného dodržiavania predpisov. Humanitárni pracovníci musia tiež osobne zodpovedať za starostlivosť o seba samých. Pracovníci, ktorí zažívajú alebo boli svedkami extrémne stresujúcich udalostí, by mali mať okamžite k dispozícii psychologickú prvú pomoc.

Pripravte zamestnancov na informácie o prípadoch sexuálneho násillia, ktoré zažili ich kolegovia. Umožnite prístup k masívnym vyšetrovacím a odstraňujúcim opatreniam, ktorými sa podporuje dôvera a zodpovednosť. Ak k takýmto incidentom dôjde, zaujmite prístup k zdravotnej a psychosociálnej podpory zameraný na osobu, ktorá zažila incident, čo zahŕňa aj uznanie zástupnej traumy. Podpora by mala reagovať na a zahŕňať potreby zamestnancov žijúcich v cudzine a medzinárodných zamestnancov.

Všetkých štátnych a medzinárodných zamestnancov a dobrovoľníkov by mal do jedného až troch mesiacov po tom, ako zažili potenciálne traumatizujúcu udalosť, kontaktovať kultúrne a jazykovo primerane vybavený odborník v oblasti duševného zdravia. Odborník by mal posúdiť stav danej osoby a v prípade potreby jej odporučiť klinickú liečbu.

Závazok č. 9

Komunity a ľudia zasiahnutí krízou môžu očakávať, že pomáhajúce organizácie spravujú zdroje efektívne, účinne a eticky.

Kritérium kvality

Zdroje sa spravujú zodpovedne a využívajú sa na plánovaný účel.



Ukazovatele výkonu

1. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou poznajú rozpočty, výdavky a výsledky na úrovni komunity.
2. Komunity a ľudia zasiahnutí krízou berú ohľad na to, že dostupné prostriedky sa využívajú:
 - a. na to, na čo boli naplánované a
 - b. bez použitia na iné účely alebo bez plytvania.
3. Zdroje získané na pomoc sa využívajú v súlade s odsúhlasenými plánmi, cieľmi, rozpočtami a časovými rámcami. V súlade s plánmi sa aj monitorujú.
4. Humanitárna pomoc sa poskytuje nákladovo efektívnym spôsobom.

Kľúčové kroky

9.1 Navrhujte programy a zavádzajte postupy na efektívne využívanie zdrojov s rovnováhou medzi kvalitou, nákladmi a včasnou každou fázou pomoci.

- Upravte postupy pri krízach s rýchlym nástupom, aby umožnili rýchlejšie rozhodovanie o financiách a zvládanie výziev (napríklad nedostatok dostupných dodávateľov, ktorí by predložili ponuky vo výberovom konaní).

9.2 Zdroje manažujte a používajte na plánovaný účel, minimalizujte plytvanie.

- Zabezpečte nastavenie systémov a prípravu zamestnancov s osobitnými zručnosťami v oblasti riadenia rizika súvisiaceho s obstarávaním, peňažnou podporou a správou zásob.

9.3 Monitorujte a nahlasujte výdavky vo vzťahu k rozpočtu.

- Vytvorte systémy finančného plánovania a monitorovania s cieľom naplniť ciele programu vrátane postupov na zmierňovanie kľúčových rizík finančného riadenia.
- Sledujte všetky finančné transakcie.

9.4 Pri používaní miestnych a prírodných zdrojov zohľadnite ich dopad na životné prostredie.

- V rámci reakcie alebo programu rýchlo posúďte vplyv na životné prostredie, kde sa určí riziko a čo najskôr sa zavedú opatrenia na jeho zmiernenie.

9.5 Riad'te riziko korupcie a pokiaľ ho identifikujete, podniknite primerané kroky.

- Dokumentujte kritériá a zdroje financovania. Pri informovaní o projekte postupujte otvorene a transparentne.
- Motivujte zainteresované strany nahlasovať zneužitie právomocí.

Povinnosti organizácie**9.6 Sú prijaté predpisy a postupy upravujúce využívanie a riadenie zdrojov vrátane spôsobov, akými organizácia:**

- eticky a zákonne prijíma a prideluje finančné prostriedky a materiálne dary,**
- využíva zdroje zodpovedne voči životnému prostrediu,**
- predchádza korupcii, podvodom, konfliktom záujmov a sprenevere zdrojov a rieši ich,**
- vykonáva audity, overuje dodržiavanie pravidiel a transparentne podáva správy,**
- neustále posudzuje, riadi a zmierňuje riziko,**
- zabezpečuje, aby prijatie zdrojov neohrozovalo jej nezávislosť.**

Pokyny

Efektívne používanie prostriedkov: Označenie „prostriedky“ sa vzťahuje na vstupné zdroje, ktoré organizácia potrebuje na naplnenie svojej misie. Okrem iného sem patria finančné zdroje, zamestnanci, tovar, vybavenie, čas, pôda a životné prostredie.

Pri akútnych krízach s vysokou dôležitosťou je často cítiť tlak na rýchlu reakciu a predloženie dôkazu, že agentúry situáciu riešia. To môže viesť k chabému

plánovaniu projektu a nedostatočnému dôrazu na skúmanie pestrého potenciálu programu a finančných možností (napríklad použitie peňažnej podpory), ktoré môžu ponúknuť vyššiu hodnotu za peniaze. Zvýšené riziko korupcie v týchto situáciách znamená, že je dôležité odborne pripraviť a podporiť zamestnancov a zriadiť mechanizmy vybavovania sťažností s cieľom predchádzania korupcii v rámci systémov.

⊕ *Pozri Záväzky č. 3 a 5.*

V tomto čase môže so zmiernením rizík a nastolením rovnováhy medzi včasnou pomocou, dodržaním štandardov a obmedzením plytvania pomôcť nasadenie skúsených zamestnancov.

K účinnejšej reakcii môže prispieť aj spolupráca a koordinácia organizácií (a komunit) (napríklad spoločným posudzovaním alebo hodnotením a podporou medziagentúrnych registračných a logistických systémov).

Na konci projektu bude potrebné zostávajúci majetok a zdroje darovať, predat' alebo zodpovedne vrátiť.

Využívanie zdrojov na ich plánovaný účel: Všetci humanitárni aktéri sa zodpovedajú darcom a zasiahnutým ľuďom a mali by byť schopní preukázať, že sa zdroje využili múdro, efektívne a na dobro veci.

Účtovné pravidlá by mali spĺňať akceptované národné a/alebo medzinárodné štandardy a mali by sa v organizácii uplatňovať systematicky.

Podvodmi, korupciou a plytvaním sa odoberajú zdroje tým, ktorí ich potrebujú najviac. Neefektívnosť pre nedostatok zamestnancov alebo zdrojov nemožno pokladať za zodpovedný zásah. Úspornosť sa nie vždy rovná hodnote za peniaze. Často bude potrebné nastoľovať rovnováhu medzi úspornosťou, efektívnosťou a účinnosťou.

Monitorovanie a nahlasovanie výdavkov: Všetci zamestnanci spoločnú zodpovedajú za riadne riadenie financií. Pri každom nahlasovaní podozrenia na podvod, korupciu alebo nesprávne využitie zdrojov je potrebné zamestnancov podporiť.

Vplyv na životné prostredie a využívanie prírodných zdrojov: Humanitárna pomoc môže mať negatívny dopad na životné prostredie. Napríklad pri nej môže vznikať obrovské množstvo odpadu, môže sa ňou znižovať množstvo prírodných zdrojov, prispievať k vyčerpaniu alebo kontaminácii hladiny podzemnej vody a spôsobiť odlesňovanie alebo iné ohrozenie životného prostredia. Ekosystémy sú zásadné pre dobré životné podmienky ľudí a tlmia riziká pochádzajúce z prírody. Každý dopad na životné prostredie sa musí riešiť ako medzisektorový problém, keďže môže spôsobiť ďalšie a trvalé škody na životoch, zdraví a živobytí. Zapojenie zasiahnutých ľudí a riešenie ich obáv je pri tomto postupe kľúčové. Do plánovania by sa mala začleniť podpora miestneho riadenia prírodných zdrojov.

Riadenie korupčných rizík: Vymedzenie a chápanie korupčných praktík nie je vo všetkých kultúrach rovnaké. Pri riešení tohto rizika je zásadné jasné vymedzenie správania, ktoré sa očakáva od zamestnancov (vrátane dobrovoľníkov) a partnerov.

⊕ *Pozri Záväzok č. 8.* Znížiť riziko korupcie môže úctivý prístup k členom komunity



a vytvorenie monitorovacích mechanizmov priamo na mieste spolu s transparentnosťou voči zainteresovaným ľuďom.

Materiálne dary môžu viesť k etickým dilemám. V mnohých kultúrach je dávanie darov dôležitou spoločenskou normou, odmietnutie možno považovať za neúctu. Ak prijatie daru spôsobí pocit podľžnosti, príjemca by ho mal slušne odmietnuť. V prípade prijatia daru je dôležité to priznať a ak pretrvávajú obavy, prediskutovať ich s manažérom. Zmierňujte riziká vo vzťahu k nestrannosti operácie a organizácie tým, že pre zamestnancov vypracujete smernice a budete podporovať transparentnosť. Zamestnanci by predpisy a možné dilemy mali poznať.

Prírodné zdroje a dopad na životné prostredie: Organizácie by sa mali zaviazat' k environmentálne zodpovedným pravidlám (vrátane akčného plánu a rýchleho posúdenia vplyvu na životné prostredie) a využívať existujúce smernice na pomoc pri riešení environmentálnych problémov v rámci mimoriadnej situácie. Zelené pravidlá pri obstarávaní pomôžu znížiť dopad na životné prostredie, ale musia sa manažovať spôsobom, ktorým sa minimalizuje oneskorenie pomoci.

Korupcia a podvody: Medzi podvody patrí krádež, sprenevera tovaru či nehnuteľnosti či falšovanie záznamov, napr. žiadostí o úhradu nákladov. Každá organizácia musí viesť presné záznamy finančných transakcií, aby vedela preukázať spôsoby využívania prostriedkov. Vypracujte systémy a postupy na vnútornú kontrolu finančných zdrojov a predchádzanie podvodom a korupcii.

Organizácie by mali podporovať osvedčené postupy vo finančnom manažmente a vykazovaní. Predpisy organizácií by mali zároveň zabezpečiť transparentnosť a komplexnosť obstarávacích systémov a obsahovať opatrenia na boj proti terorizmu.

Konflikty záujmov: Zamestnanci musia dbať na to, aby medzi cieľmi organizácie a ich vlastnými zámermi alebo finančnými záujmami nedošlo ku konfliktu. Napríklad nesmú uzatvárať zmluvy s dodávateľmi, organizáciám ani jednotlivcami, ak by z ich finančne profitovali oni alebo ich rodinní príslušníci.

Existujú rôzne formy konfliktov záujmov a ľudia si niekedy neuvedomujú, že prekračujú pravidlá alebo predpisy organizácie. Za konflikt záujmov sa môže považovať napríklad použitie zdrojov organizácie bez povolenia alebo prijatie darov od dodávateľa.

Kľúčom k riadeniu zamestnancov je vytvorenie kultúry, kde cítia, že môžu otvorene diskutovať a nahlásiť potenciálny alebo skutočný konflikt záujmov.

Audit a transparentnosť: Audit môže mať viacero foriem. Vnútornými auditmi sa kontroluje, či sa dodržiavajú dané postupy. Vonkajšími auditmi sa overuje, či sú finančné záznamy organizácie presné a bezúhonné. Vyšetrovací audit sa vytvorí vtedy, ak má organizácia podozrenie na konkrétny problém, zvyčajne podvod.

Príloha

Rozhodujúce otázky týkajúce sa monitorovania klúčových opatrení a povinností organizácie

Nižšie uvádzame niektoré z rozhodujúcich otázok v súvislosti s klúčovými opatreniami a povinnosťami organizácie. Vychádzajú zo Základnej humanitárnej normy. Tieto otázky môžu slúžiť ako pomôcka pri tvorbe programu alebo ako nástroj na hodnotenie projektu, pomoci alebo postupu.

Závazok č. 1 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou dostávajú pomoc primeranú ich potrebám.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní klúčových opatrení

1. Prebehlo komplexné a konzultatívne hodnotenie možností a potrieb, ktoré sa využilo pri plánovaní humanitárnej pomoci?
2. Konzultuje sa hodnotenie potrieb, rizík, možností, zraniteľnosti a kontextu so zasiahnutými ľuďmi a komunitami, miestnymi inštitúciami a zainteresovanými osobami (vrátane reprezentatívnych skupín žien, mužov, dievčat a chlapcov)? Sú údaje z hodnotenia a monitorovania rozdelené na základe pohlavia, veku a zdravotného postihnutia?
3. Ako sú vymedzené rizikové skupiny?
4. Zohľadňujú sa pri analýze potrieb a kontextu príslušné prierezové problémy?
5. Pomáha humanitárna reakcia spôsobom, ktorý je prispôsobený potrebám a preferenciám zasiahnutého obyvateľstva (napr. materiálna pomoc, hotovosť)? Majú rôzne demografické skupiny odlišné typy pomoci a ochrany?
6. Aké opatrenia boli prijaté na úpravu stratégie pomoci rozličným demografickým skupinám v závislosti od meniacich sa potrieb, možností, rizík a kontextu?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Má organizácia jasný záväzok k nestrannej a nezávislej humanitárnej činnosti, ktorá sa zakladá na právach, sú o ňom informovaní zamestnanci?
2. Považujú relevantné zainteresované strany organizáciu za nestrannú, nezávislú a nediskriminujúcu?
3. Patria medzi pracovné postupy aj mechanizmy na priebežný zber údajov rozčlenených na základe pohlavia, veku, zdravotného postihnutia a iných relevantných charakteristík?
4. Používajú sa tieto údaje pravidelne pri tvorbe návrhu programu a jeho implementácie?



5. Má organizácia finančné zdroje, personálne predpisy a programovú flexibilitu, ktoré umožňujú prispôsobiť pomoc meniacim sa potrebám?
6. Analyzuje organizácia systematicky trh s cieľom určiť primerané formy pomoci?

Závazok č. 2 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou majú prístup k potrebnej humanitárnej pomoci v správnom čase.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Sú pravidelne identifikované a analyzované obmedzenia, ako sú fyzické prekážky alebo diskriminácia a riziká a sú podľa toho prispôbované plány spoločne so zasiahnutým obyvateľstvom?
2. Zvažuje sa pri plánovaní optimálny čas na činnosti a zohľadňujú sa faktory, ako je počasie, ročné obdobie, sociálne faktory, uľahčenie prístupu alebo konflikt?
3. Monitoruje a rieši sa meškanie pri plánoch a činnostiach?
4. Využívajú sa systémy včasného varovania a pohotovostné plány?
5. Využívajú a plnia sa schválené technické normy?
6. Identifikujú a riešia sa nenaplnené potreby?
7. Využívajú sa výsledky monitorovania na úpravu programov?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Sú k dispozícii jasné postupy na posúdenie, či organizácia disponuje dostatočnými schopnosťami, financiami a vhodnými zamestnancami, ktorí môžu zaujať miesto predtým, než jej vzniknú záväzky v rámci programu?
2. Zaviedli sa jasné predpisy, postupy a zdroje na podporu monitorovania a hodnotenia a na využívanie výsledkov pri riadení a rozhodovaní? Vedia o nich zamestnanci?
3. Sú k dispozícii jasné postupy na vymedzenie zodpovednosti a harmonogramy na rozhodovanie o pridelovaní zdrojov?

Závazok č. 3 Výsledkom humanitárnej činnosti je to, že ľudia a komunity zasiahnuté krízou nie sú negatívne postihnuté a sú pripravenejšie, odolnejšie a menej ohrozené.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Identifikovali sa miestne možnosti v súvislosti s odolnosťou (štruktúry, organizácie, neformálne skupiny, vedúce osobnosti a podporné siete)? Existujú plány na ich posilnenie?
2. Využívajú sa pri plánovaní činností existujúce informácie o rizikách, nebezpečenstvách, zraniteľnosti a súvisiacich plánoch?
3. Zvažovalo sa pri programe, či a ako by mohla miestna občianska spoločnosť, vláda alebo orgány súkromného sektora poskytovať služby? Vytvorili sa plány, ktoré by podporili tieto orgány pri prevzatí poskytovania príslušných služieb?

4. Sú stratégie a činnosti zamerané na zmierňovanie rizika a zvyšovanie odolnosti navrhnuté po konzultácii so zasiahnutými ľuďmi a komunitami alebo sú nimi riadené?
5. Akými prostriedkami (formálnymi aj neformálnymi) prebiehajú konzultácie s miestnymi lídrami a/alebo orgánmi s cieľom zabezpečiť súlad reakčných stratégií s miestnymi a/alebo národnými prioritami?
6. Podporujú zamestnanci dostatočne miestne iniciatívy vrátane iniciatív vychádzajúcich zo svojpomoci komunity, osobitne pri marginalizovaných a menšinových skupinách, ako aj prvé reakcie a rozvíjanie možností na budúcu pomoc?
7. Je pomoc navrhnutá tak, aby uľahčovala skorú obnovu?
8. Prenáša sa postupne na miestnych občanov zodpovednosť a rozhodovanie?
9. Prebehlo posúdenie trhu s cieľom identifikovať možné dopady programu na miestne hospodárstvo?
10. Vytvorila sa v konzultácii so zasiahnutými ľuďmi a ďalšími zainteresovanými osobami jasná stratégia zmeny a/alebo ukončenia?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Existuje prepis, ktorým sa v oblastiach programu organizácie vyžaduje hodnotenie rizika a postupov na znižovanie rizika pre zraniteľné osoby? Vedia o ňom zamestnanci?
2. Existujú predpisy a postupy na posúdenie a zmiernenie negatívnych dopadov pomoci? Vedia o nich zamestnanci?
3. Existujú postupy na riešenie sexuálneho vykorisťovania, zneužívania alebo diskriminácie vrátane diskriminácie na základe sexuálnej orientácie alebo iných charakteristík? Vedia o nich zamestnanci?
4. Existujú pohotovostné plány na reagovanie na nové alebo vyvíjajúce sa krízy? Vedia o nich zamestnanci?
5. Vedia zamestnanci, čo sa od nich očakáva v oblasti ochrany, bezpečnosti a rizík?
6. Umožňuje a podporuje organizácia pomoc vedenú komunitou a svojpomoc?

Závazok č. 4 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou poznajú svoje práva a nároky, majú prístup k informáciám a zapájajú sa do rozhodnutí, ktoré ich ovplyvňujú.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní klúčových opatrení

1. Poskytujú sa informácie o organizácii a pomoci dostupnými a primeranými spôsobmi aj s ohľadom na rozličné zasiahnuté skupiny?
2. Majú ženy, muži, dievčatá a chlapci (najmä spomedzi marginalizovaných alebo zraniteľných skupín) prístup k poskytovaným informáciám a rozumejú im?
3. Zisťujú sa názory zasiahnutých ľudí vrátane najzraniteľnejších a marginalizovaných skupín a využívajú sa pri navrhovaní a implementácii programu?



4. Poznajú všetky skupiny zasiahnutej komunity spôsob, akým sa poskytuje spätná väzba na humanitárnu pomoc a cítia sa pri poskytovaní spätnej väzby v bezpečí?
5. Zohľadňuje sa spätná väzba? Je možné poukázať na prvky programu, ktoré sa zmenili v dôsledku spätnej väzby? ⊕ *Pozri Kľúčové opatrenia 1.3 a 2.5.*
6. Identifikovali sa a riešia sa prekážky brániace poskytovaniu spätnej väzby?
7. Rozčleňujú sa údaje získané mechanizmami spätnej väzby na základe pohlavia, veku, zdravotného postihnutia a iných relevantných kritérií?
8. Ak sa pomoc poskytuje formou bezhotovostných prevodov, má obyvateľstvo možnosť poskytnúť spätnú väzbu aj vtedy, ak nedochádza k priamemu kontaktu so zamestnancami?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Obsahujú predpisy a plány programu ustanovenia o sprístupňovaní informácií vrátane kritérií pre druhy informácií, ktoré sa majú a nemajú sprístupňovať? Vedia o nich zamestnanci?
2. Zahŕňajú predpisy a plány programu ustanovenia o ochrane údajov? Sú k dispozícii kritériá na bezpečné ukladanie údajov (v uzamykateľných skrinách v prípade tlačenej verzie) a heslom chránené súbory v prípade elektronickej verzie), na obmedzenie prístupu, zničenie údajov v prípade evakuácie a protokoly o sprístupňovaní informácií? Určuje sa týmito protokolmi, aké informácie sa majú sprístupňovať, komu a v akých situáciách? Pripomíname, že informácie by sa mali sprístupňovať výhradne na báze „nutnosti poznať“ a pokiaľ to nie je nevyhnutné, nemali by obsahovať identifikačné údaje ani históriu prípadu.
3. Sú v predpisoch ustanovenia o spôsobe nakladania s dôvernými alebo citlivými informáciami alebo s informáciami, ktoré by potenciálne mohli ohroziť zamestnancov alebo zasiahnutých ľudí? Vedia o nich zamestnanci?
4. Sú v predpisoch záväzky a smernice o spôsobe, akým sa zasiahnutí ľudia zobrazujú v externých komunikáciách alebo materiáloch na získavanie prostriedkov? Vedia o nich zamestnanci?

Záver č. 5 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou majú prístup k bezpečným a ústretovým mechanizmom na riešenie sťažností.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Konzultuje sa návrh mechanizmov na vybavovanie sťažností s komunitami a ľuďmi zasiahnutými krízou?
2. Zvážili sa pri návrhu postupov vybavovania sťažností preferencie všetkých demografických skupín, najmä pokiaľ ide o bezpečnosť a dôvernosť?
3. Poskytujú sa informácie o fungovaní mechanizmov vybavovania sťažností a o druhoch sťažností, ktoré možno podávať, všetkým demografickým skupinám a rozumejú im?

4. Dohodli sa a rešpektujú sa časové rámce na vyšetrenie a vyriešenie sťažností? Zaznamenáva sa, aký čas uplynie medzi podaním sťažnosti a jej vyriešením?
5. Vyšetrujú sa sťažnosti ohľadom sexuálneho vykorisťovania, zneužívania a diskriminácie okamžite, a to zamestnancami s príslušnými kompetenciami a na primeranej úrovni právomocí?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Zaviedli sa osobitné predpisy, rozpočty a postupy na vybavovanie sťažností?
2. Absolvovali všetci zamestnanci úvodnú prípravu a nadväzujúce školenie o postupoch organizácie v oblasti vybavovania sťažností?
3. Obsahujú predpisy organizácie v oblasti vybavovania sťažností aj ustanovenia týkajúce sa sexuálneho vykorisťovania, zneužívania a diskriminácie?
4. Sprístupnila organizácia zasiahnutým ľuďom záväzky a postupy pri predchádzaní sexuálnemu vykorisťovaniu, zneužívaniu a diskriminácii?
5. Postupujú sa sťažnosti, ktoré organizácia nemôže vyriešiť, včas ostatným relevantným organizáciám?

Zväzok č. 6 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou dostávajú koordinovanú doplňujúcu sa pomoc.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní klúčových opatrení

1. Sprístupňujú sa ostatným aktérom reagujúcim na krízu včas informácie o kompetenciách, zdrojoch, geografických oblastiach a pracovných oblastiach organizácie?
2. Sú informácie o kompetenciách, zdrojoch, geografickom pokrytí a pracovných oblastiach ostatných organizácií vrátane miestnych a národných orgánov dostupné a využívajú sa?
3. Identifikovali sa a podporujú sa existujúce koordinačné štruktúry?
4. Zohľadňujú sa pri navrhovaní, plánovaní a zavádzaní programov programy ostatných organizácií a orgánov?
5. Identifikujú a riešia sa nedostatky a duplicita v pokrytí?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Nachádza sa v predpisoch a/alebo stratégiách organizácie jasný záväzok spolupracovať s ostatnými aktérmi?
2. Stanovili sa kritériá alebo podmienky na výber partnerov, spoluprácu a koordináciu?
3. Zaviedli sa formálne partnerské dohody?
4. Vymedzili sa v partnerských dohodách jasne úlohy, povinnosti a záväzky každého partnera vrátane spôsobov, akým budú prispievať k spoločnému napĺňaniu humanitárnych zásad?



Závazok č. 7 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou môžu očakávať lepšiu pomoc, keďže organizácie sa učia vďaka skúsenostiam a reflexii

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Konzultujú a začleňujú sa do návrhu programu hodnotenia a posúdenia reakcií v podobných krízach ako relevantné aspekty?
2. Vedú monitorovanie, hodnotenie, spätná väzba a postupy vybavovania sťažností k zmenám a/alebo inováciám pri navrhovaní programu alebo pri jeho implementácii?
3. Dokumentuje sa systematicky vzdelávanie?
4. Využívajú sa osobitné systémy na sprístupnenie vzdelávania iným zainteresovaným stranám vrátane zasiahnutých ľudí a partnerov?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Existujú predpisy a zdroje na hodnotenie a vzdelávanie? Vedia o nich zamestnanci?
2. Existujú jasné usmernenia na zaznamenávanie a šírenie poznatkov vrátane osobitných usmernení, ktoré sa vzťahujú na humanitárne krízy?
3. Identifikuje sa vzdelávanie na úrovni programu, a je zdokumentované a zdieľané v rámci organizácie?
4. Je organizácia aktívnym členom vzdelávacích a inovačných fór? Ako k nim organizácia prispieva?

Závazok č. 8 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou dostávajú požadovanú pomoc od kompetentných a vhodne manažovaných zamestnancov a dobrovoľníkov.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Sú noví zamestnanci informovaní o mandáte a hodnotách organizácie?
2. Manažuje sa výkon zamestnancov, rieši sa ich nízky výkon a oceňuje sa dobrý výkon?
3. Podpisujú zamestnanci pravidlá správania alebo podobne záväzný dokument? Ak áno, je im vysvetlený predpis v rámci odbornej prípravy venovanej tomuto a iným relevantným predpisom?
4. Prichádzajú sťažnosti na zamestnancov alebo na zamestnancov partnerských organizácií? Ako sa vybavujú?
5. Vedia zamestnanci o dostupnej podpore rozvoja kompetencií, ktoré si ich práca vyžaduje a využívajú túto podporu?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Zaviedli sa postupy na hodnotenie personálnych potrieb vo vzťahu k veľkosti a rozsahu programu?
2. Obsahuje plánovanie organizácie ustanovenia ohľadom potrieb v oblasti budúceho vedenia a v oblasti rozvoja nových talentov?

3. Sú predpisy a postupy pre zamestnancov v súlade s miestnym zákonom práce a vychádzajú z uznávaných osvedčených postupov riadenia zamestnancov?
4. Pokrývajú bezpečnostné predpisy a predpisy v oblasti vhodných životných podmienok zamestnancov praktické a psychosociálne potreby miestnych zamestnancov, ktorých sa mohla kríza osobne dotknúť?
5. Zohľadňujú sa pri zamestnávaní, odbornej príprave a hodnotení zamestnancov mäkké zručnosti, ktoré podporujú schopnosť počúvať a získavať spätnú väzbu od ľudí zasiahnutých krízou?
6. Disponujú všetci zamestnanci aktualizovanými popismi a cieľmi pracovnej náplne vrátane osobitných povinností?
7. Je štruktúra kompenzácií a príspevkov spravodlivá, transparentná a dôsledne sa uplatňuje?
8. Absolvujú všetci zamestnanci úvodnú prípravu ohľadom manažmentu výkonnosti a predpisov v súvislosti s ich rozvojom? Aktualizujú sa pre nich tieto informácie?
9. Vyžaduje sa od všetkých zamestnancov (a dodávateľov) podpísanie pravidiel správania (ktoré sa zaoberajú aj prevenciou sexuálneho vykorisťovania a zneužívania) a absolvovali primeranú úvodnú prípravu o pravidlách správania?
10. Nachádza sa v zmluve s poskytovateľmi finančných služieb a s komerčnými aktérmi jasné vyhlásenie/doložka/pravidlá správania s cieľom predchádzať sexuálnemu a inému vykorisťovaniu?
11. Má organizácia smernice na vnútorný mechanizmus vybavovania sťažností, ktoré sú špecifické pre danú lokalitu? Vedia o nich zamestnanci?
12. Rozumejú zamestnanci diskriminácii vo vlastných programoch a činnostiach a vedia rozpoznať diskrimináciu a reagujú na ňu v programoch a činnostiach?



Závazok č. 9 Komunity a ľudia zasiahnutí krízou môžu očakávať efektívne, účinné a etické spravovanie zdrojov organizáciami, ktoré im poskytujú pomoc.

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní kľúčových opatrení

1. Dodržiavajú zamestnanci protokol organizácie o rozhodovaní o výdavkoch?
2. Sú výdavky pravidelne monitorované a zdieľajú sa správy v rámci riadenia programu?
3. Obstarávajú sa služby a tovary pomocou podávania konkurenčných ponúk?
4. Monitorujú sa potenciálne dopady na životné prostredie (vodu, pôdu, ovzdušie, biodiverzitu) a prijímajú sa opatrenia na ich zmiernenie?
5. Je k dispozícii bezpečný postup na oznamovanie protispoločenskej činnosti a vedia o ňom zamestnanci, zasiahnutí ľudia a ostatné zainteresované strany?
6. Monitoruje sa nákladová hospodárnosť a sociálny vplyv?

Rozhodujúce otázky pri monitorovaní povinností organizácie

1. Existujú predpisy a postupy na etické obstarávanie, používanie a riadenie zdrojov?
2. Obsahujú ustanovenia týkajúce sa:
 - prijímania a pridelenia finančných prostriedkov?
 - prijímania a pridelenia materiálnych darov?
 - zmierňovania a prevencie dopadov na životné prostredie?
 - prevencie podvodu, riešenia podozrenia a dokázanej korupcie a nesprávneho použitia zdrojov?
 - konfliktu záujmov?
 - auditu, overovania a nahlasovania?
 - hodnotenia a manažmentu rizikového majetku?

Citované a ďalšie zdroje

Dodatočné zdroje k základnej humanitárnej norme: corehumanitarianstandard.org

Aliancia ZHN: www.chsalliance.org

Kompas kvality ZHN: www.urd.org

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

Zodpovednosť

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimálne štandardy ochrany detí]. Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Complaints Mechanism Handbook [Príručka o mechanizme vybavovania sťažností]. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel [Usmernenia k zriadeniu komunitou vedeného mechanizmu vybavovania sťažností na sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie zo strany zamestnancov OSN a zamestnancov, ktorých nezamestnáva OSN]. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. [Štandard humanitárneho začlenenia starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. Financial Management Essentials: [Základy finančného riadenia:] Handbook for NGOs [príručka pre mimovládne organizácie]. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Usmernenia a štandardy pre mimoriadnu situáciu v oblasti hospodárskych zvierat]. LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy]. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: [Minimálne štandardy pre vzdelávanie]: Preparedness, Recovery and Response [Pripravenosť, obnova a reakcia]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálne štandardy pre analýzu trhu]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. Putting Accountability into Practice. [Prenos zodpovednosti do praxe.] Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Top Tips for Financial Governance [Najlepšie tipy pre finančné riadenie]. Mango, 2013. www.mango.org



Výkonnosť pracovníka pri humanitárnej pomoci

A Handbook for Measuring HR Effectiveness [Príručka na meranie efektívnosti ľudských zdrojov]. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>

Building Trust in Diverse Teams: [Budovanie dôvery v rôznorodých tímoch:] The Toolkit for Emergency Response [súbor nástrojov na reagovanie na mimoriadnu situáciu]. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) [Ochrana pred sexuálnym vykorisťovaním a zneužívaním]. OCHA. <https://www.unocha.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse [Ochrana pred sexuálnym vykorisťovaním a zneužívaním]. CHS Alliance. <https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: [Príručka o základných humanitárnych kompetenciách:] Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle [budovanie humanitárnych možností počas životného cyklu zamestnanca].* NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. <https://ngocoordination.org>

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: [Svetová zdravotnícka organizácia, Nadácia War Trauma a World Vision International. Psychologická prvá pomoc:] Guide for Field Workers [pokyny pre terénnych pracovníkov]. WHO Geneva, 2011. www.who.int

Hodnotenia

Humanitarian Needs Assessment: [Hodnotenie humanitárnych potrieb:] The Good Enough Guide [Dost' dobrá príručka]. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual [Viacsektorový manuál pre počiatocné rýchle hodnotenie] (revised July 2015). IASC, 2015. <https://interagencystandingcommittee.org>

Participatory assessment [Participačné hodnotenie], in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers [Participačná príručka pre terénnych pracovníkov] (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. <http://urd.org>

Peňažná reakcia

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments. [Zásady verejno-súkromnej spolupráce pri humanitárnych platbách.]* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? [Hotovosť alebo materiálna pomoc?] Why not both? [A čo tak obe?] Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. [Lekcie z analýzy odpovedí na multimodálne plánovanie.] Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: [Monitorovanie4CTP:] Monitoring Guidance for CTP in Emergencies. [Usmernenie k monitorovaniu CTP v mimoriadnych situáciách.]* Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Deti

Child Safeguarding Standards and how to implement them [Štandardy na ochranu dieťaťa a spôsoby ich zavádzania]. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Koordinácia

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters [Skúmanie koordinácie v humanitárnych klastroch]*. ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level [Referenčný modul pre klastrovú koordináciu na úrovni krajiny]. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Návrh a reakcia

The IASC Humanitarian Programme Cycle [IASC cyklus humanitárneho programu]. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

Osoby so zdravotným postihnutím

Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Dohovor o právach ľudí so zdravotným postihnutím]. United Nations. <https://www.un.org>

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions [Washingtonská skupina pre štatistiku v oblasti zdravotného postihnutia a súborov otázok o zdravotnom postihnutí]. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Prostredie

Environment and Humanitarian Action: [Prostredie a humanitárna činnosť:] Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability [zvyšovanie efektívnosti, udržateľnosti a zodpovednosti]. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines [Usmernenia pre mimoriadne environmentálne situácie], 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: [Súbor nástrojov odbornej prípravy:] Integrating the environment into humanitarian action and early recovery [integrovanie prostredia do humanitárnej činnosti a skorá obnova]. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

Rod

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: [Na pohlaví a veku záleží:] Improving Humanitarian Response in Emergencies [zlepšovanie humanitárnej pomoci v mimoriadnych situáciách]*. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: [Ženy, dievčatá, chlapci a muži:] Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action [rozičné potreby, rovnaké príležitosti, rodová príručka pre humanitárnu činnosť]. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

Rodovo podmienené násilie

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: [Usmernenia pri integrácii zásahov voči rodovo podmienenému násiliu do humanitárnej činnosti]: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. [Znižovanie rizika, posilňovanie odolnosti a pomoc pri zotavení]. GBV Guidelines, IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: [Usmernenia pri integrácii zásahov voči rodovo podmienenému násiliu do humanitárnej činnosti]: United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>



Humanitárna pomoc zameraná na ľudí

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts* [Vyplnenie medzier – efektívna spätná väzba v humanitárnom kontexte]. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers [Participačná príručka pre terénnych humanitárnych pracovníkov]. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? [Čo je VCA?] An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment [Úvod do hodnotenia zraniteľnosti a možností]. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Výkon, monitorovanie a hodnotenie

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: [Participačné hodnotenie vplyvu.] A Design Guide* [príručka o návrhoch]. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: [Formovanie rámcov organizácie pri vzdelávaní a rozvoji.] A Guide for NGOs* [príručka pre mimovládne organizácie]. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: [Využitie hodnotenia na dosiahnutie zmeny.] Insights from Humanitarian Practitioners* [priemik humanitárnych odborníkov k podstate]. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide [Príručka na monitorovanie a hodnotenie projektu/programu]. ALNAP, IRCS, January 2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation [Sphere o monitorovaní a hodnotení]. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

Ochrana

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: [Ochrana:] An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies* [príručka ALNAP pre humanitárne agentúry]. ALNAP, 2005. www.alnap.org

Obnova

Minimum Economic Recovery Standards [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy]. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Odolnosť

Reaching Resilience: [Dosiahnutie odolnosti:] Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction [príručka o odolnosti, verzia 2.0 pre profesionálov v oblasti pomoci a tvorcov pravidiel v rámci znižovania rizika katastrof, prispôsobenia sa klimatickej zmene a znižovania chudoby]. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation* [Smerom k odolnosti, príručka znižovania rizika katastrof a prispôsobenia klimatickej zmene]. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Ďalšie zdroje

Návrhy na ďalšie zdroje nájdete tu:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Ďalšie zdroje

Zodpovednosť

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: [Príručka osvedčených postupov:] Preventing Corruption in Humanitarian Operations [prevencia korupcie v humanitárnych operáciách]*. Transparency International, 2010.

www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: [Hodnota za peniaze:] What it Means for UK NGOs [čo to znamená pre mimovládne organizácie v Spojenom kráľovstve](background paper). Bond, 2012.

www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

Výkonnosť pracovníka pri humanitárnej pomoci

Centre of Excellence – Duty of Care: [Centrum excelentnosti – povinnosť postarať sa:] An Executive Summary of the Project Report [exekutívny súhrn správy o projekte]. CHS Alliance, 2016. <https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf>

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: [Prehľad personalistickej metricky:] A Toolkit [súbor nástrojov]*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors [Súbor nástrojov v oblasti ľudských zdrojov pre malých a stredne veľkých neziskových aktérov]*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: [Informácia:] Building Staff Capacity [rozširovanie zamestnaneckých možností]. CHS Alliance, People In Aid, 2011. <http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf>

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: [Formovanie budúcnosti humanitárnej pomoci:] Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance [miestne možnosti a partnerstvá pri pomoci v mimoriadnej situácii]*. Christian Aid, 2012.

www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook [Rýchla referenčná príručka o vykonávaní predpisov o PSEA]. CHS Alliance, 2017.

www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook



Návrh a reakcia

Camp Management Toolkit [Súbor nástrojov na správu tábora]. Norwegian Refugee Council, 2015. <http://cmtoolkit.org/>

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0) [Referenčný modul IASC na zavádzanie cyklu humanitárneho programu (verzia 2.0)]. IASC, 2015. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>

Prostredie

Environment and Humanitarian Action [Prostredie a humanitárna činnosť] (factsheet). OCHA and UNEP, 2014.

www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Humanitárna pomoc zameraná na ľudí

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): [Príručka Červeného kríža Červeného polmesiaca k zapájaniu komunity a jej zodpovednosti:] Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do [posilňovanie komunikácie, zapojenia a zodpovednosti vo všetkom, čo robíme]. IFRC, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf>

Communication Toolbox: [Súbor komunikačných nástrojov:] Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members [praktické usmernenie pre manažérov programov na zlepšenie komunikácie s partnermi a členmi komunity]. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises [Používanie sociálnych médií na lepšie zapojenie ľudí zasiahnutých krízou]. FRC, 2017. <http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/>

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

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

Výkon, monitorovanie a hodnotenie

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: [Hodnotenie humanitárnej činnosti:] Pilot Guide [pilotné usmernenie]*. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments [Postupy monitorovania a zodpovednosti za projekty riadené na diaľku a zavádzané v nestabilnom pracovnom prostredí]*. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956



Zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny



Humanitárna
charta



Zásady
ochrany



Základná
humanitárna
norma



Zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny (WASH)

Podpora hygieny	Zásobovanie vodou	Nakladanie s výkalmi	Bránenie šíreniu prenášačov	Spracovanie tuhého odpadu	WASH pri vypuknutí nákazy a v zdravotníckom prostredí
Štandard 1.1 Podpora hygieny	Štandard 2.1 Dostupnosť a kvalita vody	Štandard 3.1 Prostredie bez ľudských výkalov	Štandard 4.1 Bránenie šírenia prenášačov na úrovni osídlenia	Štandard 5.1 Prostredie bez tuhého odpadu	Štandard 6 WASH v prostredí zdravotnej starostlivosti
Štandard 1.2 Identifikácia, prístup a využívanie hygienických položiek	Štandard 2.2 Kvalita vody	Štandard 3.2 Prístup k toaletám a ich využívanie	Štandard 4.2 Činnosti, ktoré sa v rámci bránenia šíreniu prenášačov dajú robiť v domácnosti a pri jednotlivcoch	Štandard 5.2 Činnosti v domácnosti a osobné činnosti zamerané na bezpečné spracovanie tuhého odpadu	
Štandard 1.3 Zabezpečenie menštruačnej hygieny a inkontinencie		Štandard 3.3 Riadenie a údržba pri zbere, preprave, likvidácii a spracovaní výkalov		Štandard 5.3 Systémy spracovania tuhého odpadu na komunitnej úrovni	

PRÍLOHA 1 Kontrolný zoznam na posúdenie počiatočných potrieb v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny

PRÍLOHA 2 Diagram F Fekálno-orálny prenos hnačkových chorôb

PRÍLOHA 3 Minimálne množstvá vody: množstvo umožňujúce prežitie a vyčistenie potrieb v oblasti vody

PRÍLOHA 4 Minimálny počet toaliet: komunita, verejné priestory a inštitúcie

PRÍLOHA 5 Choroby súvisiace s vodou a sanitáciou

PRÍLOHA 6 Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti

Obsah

Základné koncepty v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny.....	92
Štandardy v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny:	
1. Podpora hygieny.....	96
2. Zásobovanie vodou.....	106
3. Nakladanie s výkalmi.....	114
4. Bránenie šíreniu bacilonosičov.....	122
5. Spracovanie tuhého odpadu.....	128
6. WASH pri vypuknutí nákazy a v zdravotníckych zariadeniach.....	133
Príloha 1: Kontrolný zoznam na posúdenie počiatočných potrieb v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny.....	141
Príloha 2: Diagram F: fekálno-orálny prenos hnačkových chorôb.....	146
Príloha 3: Minimálne množstvá vody: množstvo umožňujúce prežitie a vyčíslenie potrieb vody.....	147
Príloha 4: Minimálny počet toaliet: komunita, verejné priestory a inštitúcie.....	148
Príloha 5: Choroby súvisiace s vodou a sanitáciou.....	149
Príloha 6: Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti .	152
Citované a ďalšie zdroje.....	153



Základné koncepty v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny

Každý má právo na vodu a sanitáciu

Minimálne štandardy Sphere v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny (WASH) sú v humanitárnych kontextoch praktické vyjadrenie práva na prístup k vode a sanitácii. Štandardy sa zakladajú na presvedčeníach, princípoch, povinnostiach a právach vyjadrených v Humanitárnej charte. Patrí medzi ne právo na dôstojný život, právo na ochranu a bezpečnosť a právo na humanitárnu pomoc.

Zoznam kľúčových právnych a dokumentov a pravidiel, ktoré formujú Humanitárnu chartu, si [☉ pozrite v Prílohe 1](#).

Ľudia zasiahnutí krízou sú oveľa náchylnejší na choroby alebo smrť v dôsledku chorôb. Obzvlášť to platí o hnačkových a infekčných ochoreniach. Uvedené choroby z veľkej miery súvisia s nevhodnou sanitáciou a zásobovaním vodou a so slabou hygienou. Programy WASH sa snažia znížiť riziká pre verejné zdravie.

Hlavné cesty infikovania ľudí patogénmi sú fekálie, tekutiny, prsty, muchy a potraviny. Hlavným cieľom programov WASH v rámci humanitárnej pomoci je zníženie ohrozenia verejného zdravia tým, že sa týmto cestám vytvoria prekážky. [☉ Pozri Prílohu 2 Diagram F](#).

Kľúčové činnosti sú:

- podpora vhodných hygienických postupov;
- zabezpečenie bezpečnej pitnej vody;
- zabezpečenie primeraných sanitačných zariadení;
- zníženie zdravotných rizík ovplyvnených životným prostredím a
- zabezpečenie podmienok, ktoré ľuďom umožnia žiť v dobrom zdraví, dôstojne, komfortne a bezpečne.

V programoch WASH je dôležité:

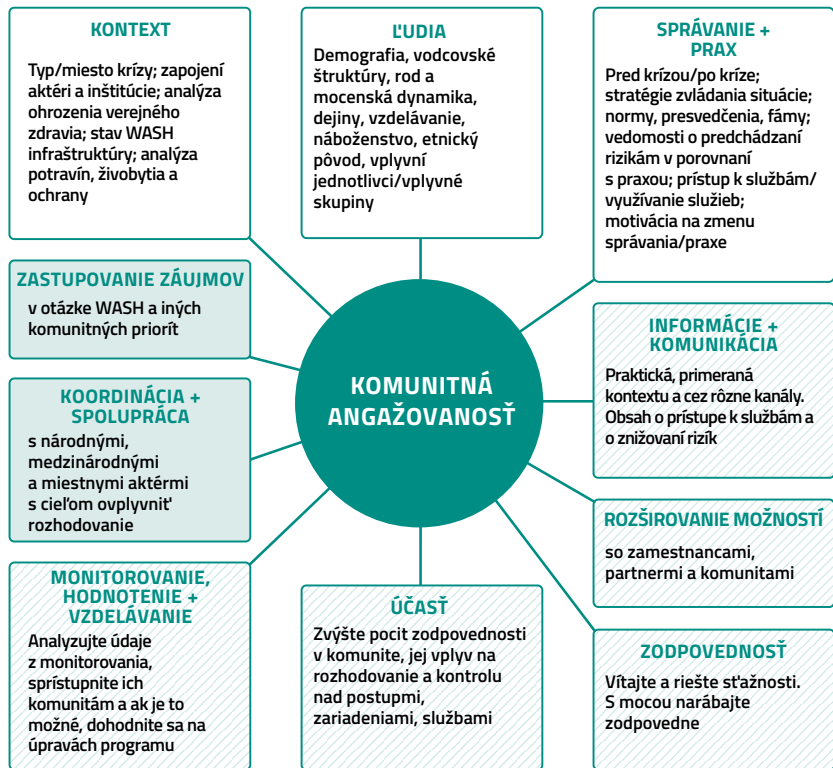
- riadiť celý vodný reťazec: vodné zdroje, úpravu, distribúciu, zhromažďovanie, skladovanie v domácnosti a spotrebu;
- integrovane riadiť celkový reťazec v oblasti sanitácie;
- podporiť pozitívne zdravé správanie a
- zabezpečiť prístup k hygienickým potrebám.

Zásadnú úlohu zohráva zapojenie komunity

Zapojenie komunity do WASH je dynamický proces, ktorý spája komunitu a ostatné zainteresované strany, aby mali ľudia zasiahnutí krízou väčšiu kontrolu nad humanitárnou reakciou a dopadom, ktorý na nich má. Efektívne zapojenie spája komunity

a pomáhajúce tímy, aby sa maximalizoval vplyv komunity na zníženie ohrozenia verejného zdravia, na poskytovanie primeraných a dostupných služieb, na zvýšenie kvality programu a dosiahnutie zodpovednosti. Skúma možnosti a ochotu komunity pri manažovaní a zachovaní systémov WASH. ⊕ *Pozri Obrázok 3 – Zapojenie komunity do WASH.*

Zapojenie komunity prispieva k základnému pochopeniu stanovísk, potrieb a mechanizmov na zvládanie situácie, jej možnosti, existujúcich noriem, vodcovských štruktúr a priorít, ako aj vhodných opatrení, ktoré sa majú prijať. Monitorovanie a hodnotenie vrátane mechanizmov spätnej väzby ukazuje, či sú reakcie WASH primerané alebo ich treba prispôsobiť. ⊕ *Pozri Záväzky č. 4 a 5 Základnej humanitárnej normy*



Analýza
 Program
 Vonkajšie zapojenie

Zapojenie komunity do WASH (obrázok 3)

V mestských oblastiach si WASH vyžaduje osobitnú pozornosť

Zapojenie komunity môže byť v mestských oblastiach náročnejšie, keďže je tam vyššia hustota obyvateľstva a rizikové skupiny menej vidno. V mestských oblastiach však môžu verejné priestory, médiá a technológia ponúkať možnosti pre širší

a efektívnejší dialóg. Nerovnaký stav z hľadiska vlastníctva majetku (domácnosti vo vidieckych oblastiach, verejno-súkromný charakter v mestských oblastiach) ovplyvňuje výber možností reakcie a spôsobu realizácie.

Potrebná je kombinácia prístupov

Trhovo založená pomoc môže účinne a efektívne napĺňať potreby v oblasti WASH, napríklad zaistením prístupu k hygienickým potrebám. Peňažnú podporu (priamu hotovosť a/alebo poukážky) by mali dopĺňať ďalšie činnosti WASH vrátane technickej pomoci a zapojenia komunity. Možnosti zavádzania sa líšia: od budovania infraštruktúry po podporu hygieny a mobilizáciu komunity. Generátory alebo dočasné toalety možno zabezpečiť okamžite, zatiaľ čo generálna oprava služieb úpravy vody je dlhodobý projekt. Pri zaisťovaní zdravia a bezpečnosti sú kontrola kvality a technická pomoc životne dôležité. Technická pomoc by mala byť včasná a primeraná. Mala by byť konzistentná, dostupná a realistická, aby sa dala udržateľne realizovať.

Pomoc v oblasti WASH by mala podporovať dlhodobé komunitné ciele a minimalizovať dopad na životné prostredie. Integrované riadenie v oblasti vody a sanitácie by malo spĺňať potreby ľudí a chrániť ekosystém. Môže to ovplyvniť výber technológie, načasovanie a rozfázovanie činností, zapojenie komunity, súkromného sektora a trhu a možnosti financovania.

Minimálne štandardy sa nemajú uplatňovať izolovane

Právo na primeranú vodu a sanitáciu sa spája s právami na prístrešie, jedlo a zdravotnú starostlivosť. Efektívne napredovanie pri dosahovaní minimálnych štandardov v jednej oblasti ovplyvňuje pokrok aj v iných oblastiach. Úzka koordinácia a spolupráca s ďalšími sektormi, ako aj koordinácia s miestnymi orgánmi a ďalšími zapojenými agentúrami pomáhajú zabezpečiť naplnenie potrieb, aby sa úsilie nevykladalo dvakrát, a aby sa optimalizovala kvalita reakcií WASH. Ak sa napríklad nenapĺňajú štandardy v oblasti výživy, zvyšuje sa naliehavosť napĺňania štandardov v oblasti vody a sanitácie, pretože sa zvyšuje aj zraniteľnosť ľudí voči chorobám. To isté sa vzťahuje aj na obyvateľstvo, kde je vysoká prevaha ľudí s HIV. Krížové odkazy v príručke ukazujú potenciálne prepojenia.

Ak sú štátne štandardy nižšie ako Minimálne štandardy Sphere, humanitárne organizácie by mali spolupracovať s vládou na ich postupnom zvýšení.

Medzinárodné právo osobitne chráni právo na vodu a sanitáciu

Toto právo zahŕňa prístup k dostatočnému, bezpečnému a cenovo dostupnému zásobovaniu vodou na osobné použitie a použitie v domácnosti a prístup k súkromným, bezpečným a čistým sanitačným zariadeniam. Štáty sú povinné zabezpečovať toto právo aj počas kríz. ☺ *Pozri Prílohu 1: Právne základy Sphere.*

Bezpečná voda a primerané sanitačné zariadenia sú zásadné kvôli:

- zachovaniu života, zdravia a dôstojnosti;
- predchádzaniu úmrtiam spôsobeným dehydratáciou;
- znižovaniu rizika chorôb súvisiacich s vodou, sanitáciou a hygienou a

- zabezpečeniu primeranej spotreby, varenia a požiadaviek na osobnú hygienu a čistotu domácnosti.

Právo na vodu a sanitáciu je súčasťou univerzálnych práv, ktoré sú zásadné pre prežitie a dôstojnosť ľudí, a štátni aj neštátni aktéri majú povinnosť zabezpečiť jeho naplnenie.

Počas ozbrojeného konfliktu je zakázané útočiť, ničiť, odstraňovať alebo znefunkčňovať zariadenia na vodu alebo zavlažovacie zariadenia.

Prepojenia na Zásady ochrany a Základnú humanitárnu normu

Používanie vody má vplyv na ochranu. Ozbrojené konflikty a nerovnosť ovplyvňujú bezpečnosť vody pre jednotlivcov a skupiny. Ak sa správne nenavrhnú krátkodobé a dlhodobé činnosti, môže zvýšený dopyt po vode na pitie a do domácnosti či na živobytie podnietiť obavy v súvislosti s ochranou. Ochrana v reakciách v rámci WASH sa často posudzuje z perspektívy osobnej ochrany a bezpečnosti. Známa je najmä osobitná zraniteľnosť počas naberania vody, vykonávania potreby alebo zabezpečovania menštruačnej hygieny. Sú to zásadné prvky osobnej ochrany, ale rovnako zásadné sú širšie perspektívy ochrany. Jednoduché opatrenia môžu znížiť riziko zneužitia alebo násillia od samého začiatku, napr. zámky na dverách toaliet, primerané osvetlenie a rozdelenie zariadení.

Na ochranu pred diskrimináciou, zníženie potenciálneho rizika a zlepšenie používania alebo kvality služieb sú dôležité prispôbené a začleňujúce programy. Napríklad zabezpečte, aby mali ľudia so zdravotným postihnutím prístup k hygienickým zariadeniam a aby ženy a deti mali primerane veľké nádoby na prenášanie vody. Zapájanie jednotlivcov a komunit vo všetkých fázach humanitárnej reakcie môže pomôcť pri začleňovaní hľadiska ochrany do programov WASH.

Pomáhajúci pracovníci by mali mať vedomosti o ochrane dieťaťa a mali by poznať spôsoby používania systémov odkázania pri podozrení, že ide o prípady násillia, zneužívania alebo vykorisťovania, vrátane násillia, zneužívania alebo vykorisťovania detí.

Najmä počas konfliktov je potrebné starostlivo zvážiť civilno-vojenskú spoluprácu a koordináciu s humanitárnymi organizáciami. Vnímanie neutrality a nestrannosti môže mať vplyv na prijatie pomoci komunitou. Je možné, že humanitárne organizácie budú musieť v istých situáciách prijať vojenskú pomoc, napríklad pri doprave a distribúcii. Vplyv takejto pomoci na humanitárne zásady treba dôkladne zvážiť a podniknúť kroky na zmiernenie rizík z hľadiska ochrany. ⊕ *Pozri Humanitárnu chartu a Vzťahy s domácimi a medzinárodnými vojenskými zložkami v časti Čo je Sphere?*

Pri uplatňovaní Minimálnych štandardov je potrebné rešpektovať všetkých deväť záväzkov Základnej humanitárnej normy ako základ pri zaisťovaní zodpovedného programu v oblasti WASH.



1. Podpora hygieny

Choroby súvisiace s vodou, sanitáciou a hygienou spôsobujú počas kríz značné množstvo ochorení a úmrtí, ktorým sa dalo predísť. Z hľadiska úspešnej pomoci v oblasti WASH je zásadné propagovanie hygieny, ktoré podporuje správanie, zapojenie komunity a kroky na zníženie rizika ochorení.

Štandardný prístup, ktorý sa spolieha najmä osvetu a na distribúciu hygienických pomôcok, zrejme nebude veľmi efektívny. Riziko a jeho vnímanie sa v rôznych kontextoch líši. Ľudia majú rozličné životné skúsenosti, stratégie zvládania situácií a riadia sa rôznorodými kultúrnymi normami a spoločenskými normami. Je dôležité prispôbiť opatrenia výsledkom analýzy týchto faktorov a kontextu. Účinná podpora hygieny je založená na:

- práci s komunitou, aby mobilizovala činnosť a prispievala k rozhodovaniu,
- dvojsmernej komunikácii a spätnej väzbe o rizikách, prioritách a službách, a
- prístupe k zariadeniam, službám a materiálom WASH a k ich používaniu.

Podpora hygieny by mala stavať priamo na vedomostiach ľudí o rizikách a prevencii ochorenia, čím podporuje pozitívne správanie vedúce k dobrému zdraviu.

Pravidelne monitorujte činnosti a výsledky, aby ste zaručili tvorbu programov na podporu hygieny a WASH. Spojte sa so zdravotníckymi aktérmi a monitorujte výskyt chorôb súvisiacich s WASH, ako sú hnačkové ochorenia, cholera, týfus, trachóm, črevné červy a schistosomóza. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandardy v oblasti prenosných chorôb 2.1.1 až 2.1.4 a Štandard v oblasti zdravotných systémov 1.5.*

Štandard na podporu hygieny 1.1: Podpora hygieny

Ľudia poznajú kľúčové riziká pre verejné zdravie spojené s vodou, sanitáciou a hygienou a na zníženie rizík môžu prijať opatrenia na úrovni jednotlivca, domácnosti a komunity.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte hlavné riziká pre verejné zdravie a súčasné hygienické postupy, ktoré k nim prispievajú.
 - Vypracujte profil komunity, kde určíte, aké riziká ohrozujú určitých jedincov a skupiny v súvislosti s určitou oblasťou WASH, aj dôvody tejto zraniteľnosti.
 - Identifikujte faktory, ktoré môžu motivovať k pozitívnemu správaniu a preventívnym krokom.

- 2) Pri návrhu a spravovaní podpory hygieny a širšej pomoci v oblasti WASH spolupracujte so zasiahnutým obyvateľstvom.
- Vypracujte komunikačnú stratégiu s využitím masmédií aj komunitného dialógu a týmto spôsobom šírte praktické informácie.
 - Identifikujte a odborne pripravte vplyvných jednotlivcov, komunitné skupiny a terénnych pracovníkov.
- 3) Na prispôsobenie a zlepšenie podpory hygieny využite spätnú väzbu od komunity a údaje zdravotného dohľadu.
- Monitorujte prístup k zariadeniam WASH a ich používanie, aj to, ako činnosti na podporu hygieny ovplyvňujú správanie a bežnú prax.
 - Prispôbajte činnosti a identifikujte nenaplnené potreby.

Kľúčové ukazovatele

Percento zasiahnutých domácností, ktoré správne opíšu tri opatrenia na predchádzanie chorôb súvisiacich s WASH

Percento cieľového obyvateľstva, ktoré správne uvedie dva zásadné časy na umývanie rúk

Percento cieľového obyvateľstva, ktoré využilo miesta na umývanie rúk po odchode zo spoločných toaliet (na základe pozorovania)

Percento zasiahnutých domácností, ktoré majú k dispozícii mydlo a vodu na umytie rúk

Percento zasiahnutého obyvateľstva, ktoré má vodu zo zlepšených zdrojov vody

Percento domácností, ktoré skladujú pitnú vodu v čistých a prikrytých nádobách

Percento opatrovateľov, ktorí uvádzajú, že sa bezpečne zbavujú výkalov

Percento domácností používajúcich inkontinenčné výrobky (podložky, fl'aše na moč, podložky do postele, toaletné stoličky), ktoré uvádzajú, že bezpečne likvidujú výkaly z inkontinencie dospeljej osoby

Percento zasiahnutých domácností, ktoré primerane likvidujú tuhý odpad

Percento ľudí, ktorí poskytli spätnú väzbu a tvrdia, že ich spätná väzba sa použila na úpravu a zlepšenie zariadení a služieb v oblasti WASH

V okolitom prostredí sa nenachádzajú ľudské ani zvieracie fekálie

Pokyny

Chápanie a riadenie rizík WASH: Určenie priorít a znižovanie rizík v oblasti WASH môže byť v počiatočnej fáze krízy náročné. Zamerajte sa na použitie bezpečnej vody, nakladanie s výkalmi a umývanie rúk, keďže je pravdepodobné, že budú mať



najväčší vplyv na prevenciu prenosu ochorení. Na hodnotenie ohrozenia verejného zdravia a činností na obmedzenie daných rizík bude v súvislosti s WASH potrebné porozumieť:

- súčasnému použitiu zariadení a služieb WASH;
- prístupu k základným hygienickým pomôckam domácnosti, ⊕ *pozri Štandardy na podporu hygieny 1.2 a 1.3;*
- súčasným stratégiám zvládania situácie, miestnym zvykom a presvedčeniam;
- sociálnym štruktúram a mocenskej dynamike v komunite;
- kam sa ľudia obracajú, ak potrebujú zdravotnú starostlivosť (vrátane tradičných liečiteľov, lekární a kliník);
- kto zodpovedá za prevádzku a údržbu infraštruktúry WASH;
- údajom z dohľadu nad chorobami súvisiacimi s WASH;
- sociálnym, fyzickým a komunikačným prekážkam, ktoré bránia prístupu žien, dievčat, starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím k zariadeniam a službám WASH;
- rozdielom na úrovni príjmu a
- environmentálnym podmienkam a sezónnym trendom chorobnosti.

Zmena správania a postupov musí byť jednoduchá, aby sa zachovala motivácia. Zariadenia by mali byť pohodlné a prístupné pre všetkých používateľov. Tiež by mali byť bezpečné, dôstojné, čisté a kultúrne primerané. Do podpory hygieny zapojte mužov aj ženy, keďže aktívna podpora hygieny zo strany mužov môže mať rozhodujúci vplyv na správanie v rodine.

Mobilizácia komunity: Pri zabezpečovaní rovnakej dostupnosti platených alebo dobrovoľníckych príležitostí pre ženy aj mužov spolupracujte s existujúcimi štruktúrami. Mobilizáciu a preventívne opatrenia môžu uľahčiť rešpektované popredné osobnosti komunity, osobnosti uznávané na základe viery, terénni pracovníci a dôveryhodní miestni aktéri, ako sú ženské alebo mládežnícke skupiny.

Bežným postupom je pridelenie dvoch terénnych pracovníkov na 1 000 ľudí. Terénni pracovníci a dobrovoľníci by mali mať dobré komunikačné zručnosti, mali by vedieť vytvárať úctivé vzťahy s miestnymi komunitami a dôkladne poznať miestne potreby a obavy. V prípade potreby by sa mali cez miestne koordinačné fórum dohodnúť iniciatívy terénnych pracovníkov na podporu rovnosti a predchádzanie korupcie.

Komunitní zdravotnícki pracovníci môžu mať podobné úlohy ako terénni pracovníci WASH, budú mať ale rozdielne povinnosti. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti zdravotných systémov 1.2: Pracovníci v oblasti zdravia.*

Práca s deťmi: Deti môžu podporiť zdravé správanie u rovesníkov a v rodine. Sekcia pre vzdelávanie alebo sociálne služby môže identifikovať príležitosti, ktorými podporí hygienu v školách, zariadeniach sociálnej starostlivosti, v domácnostiach bez dospelých členov či u detí, ktoré žijú na ulici. Zapojte deti do tvorby odkazov obsahujúcich informácie. ⊕ *Pozri Prírúčky INEE a CPMS.*

Komunikačné kanály a prístupy: Poskytujte informácie vo viacerých formátoch (napr. písomný, obrazový, zvukový), a jazykoch, aby boli čo najdostupnejšie. Informácie

prispôsobte deťom a ľuďom so zdravotným postihnutím, pripravte a otestujte odkazy obsahujúce informácie, aby ste zabezpečili ich zrozumiteľnosť bez ohľadu na vek, pohlavie, úroveň vzdelania a jazyk.

Pri riešení problému a plánovaní činnosti je užitočný komunitný dialóg. Masmédiá môžu šíriť všeobecné informácie medzi väčší počet ľudí. Oba spôsoby sú užitočné pri zameraní na konkrétne publikum. S používateľmi navrhňte primerané mechanizmy spätnej väzby a monitorujte ich efektívnosť. Odovzdajte spätnú väzbu komunite, vyzvite ju, aby na ňu reagovala. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, Závazok č. 5.*

Umývanie rúk mydlom je dôležitý spôsob prevencie prenosu hnačkových ochorení. Zariadenia na umývanie rúk potrebujú pravidelné zabezpečenie vody, mydla a bezpečný odtok vody. Umiestnite zariadenia tak, aby umývanie predchádzalo chytnaniu potravín do rúk (jedenie, príprava jedla alebo kŕmenie dieťaťa) a nasledovalo po kontakte s výkalmi (po použití toalety alebo očistení detského zadku). ⊕ *Pozri Štandard v oblasti zásobovania vodou 2.2: Kvalita vody*

Propagácia používania toaliet: Kľúčovou témou pre pracovníkov propagácie hygieny je inkluzívne používanie zariadení a materiálov na likvidáciu výkalov. Okrem obáv ohľadom čistoty a zápachu ľudí, ktorí používajú toalety, najviac odrádza zahanbenie, kultúrne tabu, fyzická dostupnosť a obavy o súkromie a bezpečnosť. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti nakladania s výkalmi 3.2: Prístup k toaletám a ich používanie.*

Zber, preprava a skladovanie pitnej vody v bezpečných podmienkach je kľúčom k zníženiu hrozby kontaminácie. Domácnosti potrebujú osobitné nádoby na zber a skladovanie pitnej vody. ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.2 a Štandard na zásobovanie vodou 2.1 a 2.2.*

Ľudia na cestách: Nájdite príležitosti, ako zapojiť ľudí na cestách napríklad tým, že s nimi budete istý čas cestovať, alebo sa s nimi stretnete na miestach, kde odpočívajú. Na poskytovanie informácií o hygiene a vyžiadanie spätnej väzby použite komunikačné kanály ako rádio, SMS, skupiny na sociálnych sieťach a bezplatné linky pomoci. Navrhňte balík „položiek pre domácnosť“ a pridajte doň mobilné telefóny alebo solárne nabíjačky, čím týmto ľuďom umožníte komunikáciu s rodinami, prístup k informáciám a poskytnutie spätnej väzby.



Štandard na podporu hygieny 1.2: Identifikácia hygienického tovaru, prístup k nemu a jeho využívanie

Zasiahnuté obyvateľstvo má k dispozícii a používa primerané veci na podporu hygieny, zdravia, dôstojnosti a pohody.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte základný hygienický tovar, ktorý potrebujú jednotlivci, domácnosti a komunity.

- Zohľadnite odlišné potreby mužov a žien, starších ľudí, detí a ľudí so zdravotným postihnutím.
 - Identifikujte a zabezpečte dodatočné spoločné pomôcky na udržiavanie environmentálnej hygieny, ako sú nádoby na tuhý odpad a upratovacie vybavenie.
- 2 Zariadte včasný prístup k základným položkám.
- Dostupnosť týchto položiek hodnotte v kontexte miestnych, regionálnych alebo medzinárodných trhov.
- 3 Na plánovaní spôsobu obstarávania alebo nakupovania hygienického tovaru spolupracujte s zasiahnutým obyvateľstvom, miestnymi orgánmi a ďalšími aktérmi.
- Poskytnite informácie o čase, mieste, obsahu a plánovaných príjemcoch peňažnej podpory a/alebo hygienického tovaru.
 - Pri zabezpečovaní peňažnej podpory a/alebo hygienického tovaru a rozhodovaní o mechanizmoch distribúcie sa koordinujte s ďalšími sektormi.
- 4 Od zasiahnutých osôb vyžadujte spätnú väzbu o vhodnosti zvoleného hygienického tovaru a ich spokojnosti s mechanizmom prístupu k nim.

Kľúčové ukazovatele

Všetky zasiahnuté domácnosti majú prístup k minimálnemu množstvu základných hygienických potrieb:

- dve nádoby na vodu na domácnosť (10 – 20 litrov, jednu na zber, jednu na skladovanie);
- 250 gramov mydla na kúpanie na osobu a mesiac;
- 200 gramov mydla na pranie na osobu a mesiac;
- mydlo a voda na miestach na umývanie rúk (jedno miesto na spoločnú toaletu alebo jedno na domácnosť); a
- nočník, vanička alebo plienky na likvidáciu detských fekálií.

Percento zasiahnutých osôb, ktoré uvádzajú/ktoré iní videli, že po distribúcii pravidelne používajú hygienické potreby

Percento príjmu domácnosti vynaložené na nákup hygienických potrieb pre identifikované prioritné potreby

Pokyny

Identifikujte základné položky: Prispôbte hygienické pomôcky a súpravy kultúre a kontextu. V počiatočnej fáze dajte prednosť základným položkám (ako je mydlo, nádoby na vodu, menštruačné a inkontinenčné pomôcky) pred položkami, ktoré „spríjemňujú život“ (ako hrebeň, šampón, zubná pasta, zubná kefka). Niektoré skupiny budú mať osobitné požiadavky. ⊕ *Pozri Usmernenia – Rizikové skupiny* (nižšie).

Nádoby na vodu: Určite 10 – 20 litrové nádoby na zber a skladovanie pitnej vody a vody na domácnosť. Veľkosť a typ nádob by mal byť priradený veku tých, ktorí zvyčajne chodia po vodu, a ich schopnosti uniesť nádobu. Nádoby by mali mať vrchnáky, mali by byť čisté a zakryté. Nádoby na skladovanie vody by mali mať úzke hrdlo alebo kohútik, aby zaručili bezpečné naliatie, skladovanie a spotrebu pitnej vody.

Ak je zásobovanie vodou prerušované, zabezpečte väčšie nádoby na skladovanie. V mestských kontextoch alebo pri centralizovaných dodávkach by skladovanie vody v domácnosti malo vystačiť na bežnú spotrebu (vrátane zvýšenej spotreby, ak je relevantná) medzi jednotlivými dodávkami.

Rizikové skupiny: Niektorí ľudia budú potrebovať odlišné alebo väčšie množstvo položiek osobnej hygieny z dôvodu veku, zdravotného stavu, postihnutia, mobility alebo inkontinencie. Ľudia so zdravotným postihnutím alebo osoby, ktoré čelia prekážkam z hľadiska mobility, môžu potrebovať ďalšie hygienické položky. Sem patrí mydlo navyše, inkontinenčné položky, nádoby na vodu, prenosné toaletné misy, toaletná stolička alebo plastové chrániče matracov. Spýtajte sa ľudí alebo ošetrovateľov, či nepotrebojú pomoc so zhromaždením a likvidáciou odpadu spôsobom, ktorý rešpektuje ich dôstojnosť. Najvhodnejšiu pomoc konzultujte priamo s nimi, ich rodinami alebo ošetrovateľmi.

Trhovo založené plánovanie pre hygienický tovar: Ak je to možné, zabezpečovanie hygienického tovaru by malo podporovať mieste trhy (napríklad poskytovaním hotovosti alebo poukážok alebo zlepšením infraštruktúry skladovania). Plány ohľadom prístupu k hygienickému tovaru a jeho používania by mali vychádzať z hodnotenia trhu a analýzy príjmov domácností, vrátane rodových úloh pri rozhodovaní o výdavkoch. Monitorujte, či trh zabezpečuje potrebné množstvo a kvalitu výrobkov a v prípade potreby ich upravte. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Distribúcia: Pri organizovaní distribúcie kladte na prvé miesto bezpečnosť a ochranu obyvateľstva. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1.*

Vytvorte špecializovaný distribučný tím. Vopred ľudí informujte o čase, mieste, zozname tovaru a prípadných kritériách nároku na príjem tovaru. Predchádzajte diskriminácii alebo stigmatizácii a ak je to potrebné, zabezpečte distribúciu priamo do domácností alebo oddelené distribučné kanály. Identifikujte a odstraňujte prekážky brániace prístupu na distribučné miesta alebo k distribučným systémom, obzvlášť pre ženy, dievčatá, starších ľudí a osoby so zdravotným postihnutím.

Dopĺňajte spotrebný tovar: Vytvorte spoľahlivé a pravidelné zásobovanie spotrebným tovarom ako je mydlo a menštruačné či inkontinenčné pomôcky.

Koordinácia spoločnej distribúcie: Naplánujte spoločné komunitné konzultácie, aby ste pochopili potreby a mechanizmy zvládania situácie naprieč sektormi. Riešte viaceré potreby súčasne v prospech cieľového obyvateľstva, čím sa ušetrí čas a prostriedky naprieč sektormi. Zabezpečte, aby si po distribúcii mohli domácnosti všetok tovar bezpečne prepraviť domov.



Ludia na cestách: Pre ľudí na cestách zabezpečte prenosnosť hygienického tovaru (napríklad mydlo v cestovnej veľkosti). Dovoľte im vybrať si položky, ktoré chcú namiesto štandardizovaných hygienických súprav. Pre ľudí na cestách vytvorte systém zberu a likvidácie odpadu z obalov.

Štandard na podporu hygieny 1.3: Zabezpečenie menštruačnej hygieny a inkontinencie

Ženy a dievčatá v menštruačnom veku, a muži a ženy s inkontinenciou majú prístup k hygienickým výrobkom a zariadeniam WASH, ktoré podporujú ich dôstojnosť a blaho.

Kľúčové kroky

- 1 Oboznámte sa s praxou, sociálnymi normami a mýtmi týkajúcimi sa zabezpečenia menštruačnej hygieny a zvládania inkontinencie a prispôbte im dodanie hygienických výrobkov a hygienických zariadení.
- 2 Výber, umiestnenie a správu zariadení (toalety, miesta na kúpanie, práčovne, miesta na likvidáciu a zásobovanie vodou) konzultujte so ženami, dievčatami a ľuďmi s inkontinenciou.
- 3 Umožnite prístup k primeranému zabezpečeniu menštruačnej hygieny a inkontinenčným pomôckam, k mydlu (na kúpanie, pranie, umývanie rúk) a ostatnému hygienickému tovaru.
 - Pri distribúcii zabezpečte, aby sa tovar odovzdával na diskretných miestach, čím zabezpečíte dôstojnosť a obmedzíte stigmatizáciu. Pri neznámych položkách ukážte, ako sa používajú.

Kľúčové ukazovatele

Percento žien a dievčat v menštruujúcom veku s prístupom k tovaru vhodnému na zabezpečenie menštruačnej hygieny

Percento prijímateľiek, ktoré sú spokojné s výrobkami a zariadeniami na zabezpečenie menštruačnej hygieny

Percento ľudí s inkontinenciou, ktorí používajú vhodné inkontinenčné pomôcky a zariadenia

Percento ľudí, ktorí sú spokojní s inkontinenčnými pomôckami a zariadeniami

Pokyny

Riešenie zabezpečenia menštruačnej hygieny a inkontinencie v krízach: Úspešné zabezpečenie menštruačnej hygieny a zvládanie inkontinencie pomáha ľuďom žiť dôstojne a zapájať sa do denných činností. Okrem prístupu k hygienickým položkám je

dôležité konzultovať s používateľmi aj tému mechanizmov na ich likvidáciu v domácnosti a v spoločných zariadeniach a inštitúciách, ako sú školy. Zariadenia s toaletami by mali byť upravené a mal by existovať priestor pre pracovníku a na sušenie. ⊕ *Pozri Štandardy v oblasti nakladania s výkalmi 3.1 a 3.2.*

Tabu súvisiace s menštruáciou: Názory, normy a tabu môžu ovplyvniť úspech humanitárnej pomoci. V počiatočnej ani akútnej fáze krízy sa tieto faktory nemusia skúmať, ale je potrebné sa ne zamerať čo najskôr.

V niektorých kontextoch, dokonca ani v zdravotníckej profesii nemusí byť **inkontinencia** bežne používaný pojem. Inkontinencia je komplexný zdravotný a sociálny stav, ku ktorému dochádza, keď jednotlivec nedokáže ovládať močenie a stolicu. Môže to viesť k veľkej stigme, sociálnej izolácii, stresu a obmedzenému prístupu k službám, vzdelávaniu a pracovným príležitostiam. Miera rozšírenia tohto stavu sa môže zdať nízka, pretože ho mnohí budú tajiť, ale inkontinenciou môže trpieť široký okruh ľudí. Patria sem:

- starší ľudia,
- ľudia so zdravotným postihnutím a osoby, ktoré čelia prekážkam v oblasti mobility;
- Ženy po pôrode vrátane dievčat, ktoré čelia zvýšenému riziku popôrodných fistúl;
- ľudia s chronickými chorobami, ako sú astma, cukrovka, mozgová mŕtvica alebo rakovina;
- dievčatá a ženy, ktoré zažili rodovo podmienené násilie alebo boli obeťami mrzačenia ženských pohlavných orgánov;
- ľudia, ktorí absolvovali chirurgický zákrok ako odstránenie prostaty;
- ženy v období menopauzy a
- malé deti a deti psychologicky zasiahnuté konfliktom alebo katastrofou.

V mimoriadnych situáciách môže byť nevládanie inkontinenciej hygieny významným zdrojom prenosu ochorení. Mimoriadne dôležitý je prístup k oveľa vyšším množstvám vody a mydla. V porovnaní s ostatnými potrebujú ľudia trpiaci inkontinenciou a ich opatrovatelia päťnásobné množstvo mydla a vody. Imobilní ľudia s inkontinenciou potrebujú konzultácie s odborníkmi v oblasti zdravotníctva alebo zdravotného postihnutia, aby sa naučili predchádzať a ošetrovať infekcie a preležaniny, ktoré môžu byť smrteľné.

Zásoby a zariadenia: So zasiahnutými osobami diskutujte o možnostiach, aby ste zistili ich preferencie, pokiaľ ide o: jednorazové alebo opakovane použiteľné materiály, postupy likvidácie odpadu v domácnosti, školách, zdravotníckych zariadeniach a spoločných zariadeniach, pracovniach a zariadeniach na sušenie, toaletách a zariadeniach na kúpenie. Zvážte normy a preferencie špecifické pre istý vek, keďže typ a množstvo dodávok sa môže časom meniť. Pri neznámych materiáloch ukážte, ako sa používajú.



Pri inkontinencii moču a stolice sa vyžadujú rozličné typy podložiek, takisto aj podľa stupňov závažnosti inkontinencie. Na bezpečné používanie sú potrebné správne veľkosti. Dodajte rozličné veľkosti a typy podložiek na inkontinenciu moču a stolice.

Pri ľuďoch s inkontinenciou zohľadnite vzdialenosť k toaletám. Niektorí ľudia dokážu epizodam inkontinencie predchádzať, ak majú rýchly prístup k toaletám. Možno bude potrebné zabezpečiť toaletnú stoličku, toaletnú misu a/alebo fľašu na moč.

Minimálne potreby: Na zabezpečenie menštruačnej hygieny a inkontinencie:

- na to určená nádoba s vrchnákom na namáčanie oblečenia a ukladanie podložiek/oblečenia; a
- žinky na sušenie a kolíky.

Na menštruačnú hygienu:

- buď savý bavlnený materiál (4 štvorcové metre na rok), jednorazové vložky (15 na mesiac) alebo sanitárne vložky na opakované použitie (šesť na rok) podľa toho, čo ženy a dievčatá uprednostnia,
- spodná bielizeň (šesť kusov na rok),
- mydlo navyše (250 gramov na mesiac). ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.2: Identifikácia hygienických položiek, prístup k nim a ich využívanie.*

Pri inkontinencii budú potreby závisieť od závažnosti a typu inkontinencie a od preferencií ľudí. Navrhované minimum je:

- buď jemný savý bavlnený materiál (8 metrov štvorcových na rok), jednorazové inkontinenčné pomôcky (150 na mesiac) alebo spodná bielizeň na opakované použitie pri inkontinencii (12 kusov na rok),
- spodná bielizeň (12 kusov na rok),
- mydlo navyše (500 gramov na kúpanie a 500 gramov na pranie na mesiac),
- dva umývateľné nepremokavé chrániče na matrac,
- dodatočné nádoby na vodu,
- bieliaci alebo podobný dezinfekčný čistiaci prostriedok (3 litre neriedeného prostriedku na rok),
- toaletná misa, fľaše na moč (pre mužov a ženy), toaletná stolička (ak je to vhodné).

Dopĺňanie zásob: Naplánujte spôsob a termín dopĺňania materiálu. Peňažná podpora alebo distribúcia materiálu sa môže líšiť v čase. Zistite, či je možné, aby dodávky materiálu zabezpečovali malé podniky, alebo aby si ľudia vyrábali vlastné materiály na ochranu. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Školy, bezpečné miesta a vzdelávacie centrá: Podpora oblasti WASH na školách a bezpečných miestach by mala zohľadňovať infraštruktúru WASH a odbornú prípravu učiteľov. Zariadenia by mali mať diskretný mechanizmus likvidácie, nádobu s vekom, so systémom zberu a likvidácie, alebo sklzný mechanizmus z toalety k spaľovaciemu zariadeniu. Zriadte správne udržiavané oddelené zariadenia WASH

pre mužov a ženy, zabezpečte v nich háčiky a poličky na položky menštruačnej hygieny.

Motivujte učiteľov, aby vzdelávanie o zabezpečení menštruačnej hygieny začlenili do bežného vyučovania. Pripravte učiteľov, aby:

- u dievčat podporovali praktiky menštruačnej hygieny,
- mali v škole zásoby menštruačných pomôcok,
- podporovali študentov, ktorí kvôli psychologickým dôsledkom krízy zažívajú inkontinenciu. ⊕ *Pozri Príručku INEE*

Prístrešie: So sektorom pre oblasť prístrešia spolupracujte na vytvorení primeraného súkromia pri menštruačnej hygiene a zvládaní inkontinencie v domácnosti alebo v spoločnom prístreší. Môže to zahŕňať využitie zásten na zabezpečenie súkromia alebo oddelené priestory na prezliekanie.

Ludia na cestách: Pri prechode ľudí cez distribučné miesta im ponúknite potreby na menštruačnú hygienu a pomôcky na zvládanie inkontinencie.



2. Zásobovanie vodou

Zásadnou príčinou väčšiny problémov v oblasti verejného zdravia v krízových situáciách je neprimeraná kvalita a kvantita vody. Ak nie je k dispozícii dostatočné množstvo vody na pokrytie základných potrieb, je potrebné dodanie bezpečnej pitnej vody v množstve, ktoré ľuďom zabezpečí prežitie. Prioritou je zabezpečiť primerané množstvo vody, aj ak by bola stredne dobrej kvality. To môže byť nevyhnutné, kým sa nenaplnia Minimálne štandardy množstva a kvality vody.

Vodovodné kohútiky, studne aj potrubia sú často kvôli konfliktu, prírodnej katastrofe alebo nedostatku funkčných systémov údržby v zlom stave. Znepriatelené strany môžu využiť zabránenie v prístupe k vode ako zámernú stratégiu v dobe konfliktu. Medzinárodné humanitárne právo to však prísne zakazuje.

Porozprávajte s členmi komunity a zainteresovanými stranami, aby ste pochopili, ako využívajú vodu a aký k nej majú prístup, či je obmedzený, prípadne či sa mení v rôznom období.

Štandard pre zásobovanie vodou 2.1: Dostupnosť a kvalita vody

Ľudia majú spravodlivý a cenovo dostupný prístup k dostatočnému množstvu bezpečnej vody na pokrytie potreby pitnej vody a vody pre domácnosť.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte najvhodnejšie zdroje podzemnej alebo povrchovej vody s prihliadnutím na potenciálny dopad na životné prostredie.
 - Zohľadnite sezónne zmeny v zásobovaní a spotrebe vody a mechanizmy súvisiace s prístupom k pitnej vode, vode do domácnosti a vode na živobytie.
 - Snažte sa poznať rozličné zdroje vody, dodávateľov a prevádzkovateľov a prístup k vode v rámci komunít a domácnosti.
- 2 Stanovte požadované množstvo vody a systémy potrebné na jej dodanie.
 - So zainteresovanými stranami spolupracujte na umiestnení vodných zdrojov, ktoré všetkým členom komunity zaisťujú bezpečný a spravodlivý prístup.
 - Vytvorte systémy obsluhy a údržby, ktoré jasne určujú povinnosti a zahŕňajú budúce potreby z hľadiska udržateľného prístupu.
- 3 Zabezpečte vhodný odtok vody na umývanie, kúpanie, varenie a ručné pranie z domácností a spoločných priestorov.
 - Hľadajte možnosti na opätovné použitie vody, napr. v zeleninových záhradách, pri výrobe tehál alebo pri zavlažovaní.

Kľúčové ukazovatele

Priemerný objem vody na pitie a domácu hygienu na jednu domácnosť

- Minimálne 15 litrov na osobu na deň
- Množstvo stanovte podľa kontextu a fázy humanitárnej reakcie

Maximálny počet osôb využívajúcich jedno vodné zariadenie

- 250 osôb na jeden vodovodný kohútik (pri prietoku 7,5 litra za minútu)
- 500 osôb na jednu ručnú pumpu (pri prietoku 17 litrov za minútu)
- 400 osôb na jednu otvorenú studňu s ručným naberaním (pri prietoku 12,5 litra za minútu)
- 100 osôb na jednu práčovňu
- 50 osôb na jedno zariadenie na kúpanie

Percento príjmu domácnosti minuté na nákup vody na pitie a domácu hygienu

- Cieľová hodnota 5 percent alebo menej

Percento cieľových domácností, ktoré vedia, kde a kedy sa najbližšie dostanú k vode

Vzdialenosť domácnosti k najbližšiemu vodnému zdroju

- < 500 metrov

Doba čakania v rade pri zdrojoch vody

- < 30 minút

Percento spoločných miest na distribúciu vody, kde sa nenachádza stojatá voda

Percento vodných systémov/zariadení, ktoré majú zavedený funkčný a zodpovedný systém riadenia

Pokyny

Výber zdroja vody má zohľadňovať:

- dostupnosť, bezpečnosť, blízkosť a udržateľnosť dostatočného množstva vody;
- potrebu a realizovateľnosť úpravy vody, a to vo veľkých množstvách alebo na úrovni domácnosti; a
- spoločenské, politické alebo zákonné faktory ovplyvňujúce kontrolu zdroja vodných zdrojov, ktoré môžu byť sporné, najmä počas konfliktov.

V počiatočnej fáze krízy je na pokrytie potrieb z hľadiska prežitia často potrebná kombinácia prístupov a zdrojov. Zdroje povrchovej vody môžu byť aj napriek tomu, že si vyžadujú väčšiu mieru úprav, najrýchlejším riešením. Uprednostňujú sa zdroje podzemnej vody a/alebo zásobovanie z prameňov využívajúcich gravitáciu. Vyžadujú menej úprav a gravitačný tok nepotrebuje čerpanie. Pravidelne monitorujte všetky zdroje, aby ste zabránili nadmernému čerpaniu. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2: Plánovanie polohy a osídlenia.*



Potreby: Množstvo vody potrebnej na pitie, hygienu a použitie v domácnosti závisí od kontextu a reakčnej doby. Bude ovplyvnené faktormi ako sú používanie a zvyky z obdobia pred krízou, spôsob zachytávania výkalov a kultúrne zvyky. ⊕ *Pozri Chápanie a správa rizík WASH (zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny) v rámci Štandardu na podporu hygieny 1.1 a Štandardu v oblasti nakladania s výkalmi 3.2.*

Zavedená prax je minimálne 15 litrov vody na osobu na deň. Toto množstvo nie je „maximum“ a nemusí vyhovovať vo všetkých kontextoch či fázach reakcie. Napríklad nie je primerané vtedy, ak ľudia môžu byť vysídlení dlhé roky. V akútnej fáze sucha môže byť krátkodobo primeraných aj 7,5 litra na osobu a deň. V kontexte obyvateľa mesta so stredne vysokým príjmom môže byť 50 litrov na osobu a deň prijateľným minimom na zachovanie zdravia a dôstojnosti.

Dôsledky zásobovania rozličným množstvom vody by sa mali posudzovať voči miere chorobnosti a úmrtnosti na ochorenia súvisiace s WASH (zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny). Koordinujte postup s ďalšími aktérmi v oblasti WASH s cieľom dohodnúť sa na spoločnom najnižšom množstve v danom kontexte. Ak potrebujete usmernenie pri určení množstva vody pre ľudí, hospodárske zvieratá, inštitúcie a na iné použitie, ⊕ *pozrite si Základnú zdravotnú starostlivosť – štandardy prenosných chorôb 2.1.1 až 2.1.4 a Príloha WASH 3.* Potreby vody pre hospodárske zvieratá počas mimoriadnej situácie ⊕ *nájdete v Príručke LEGS.*

Potreby	Množstvo (litre/osoba/deň)	Prispôbte kontextu na základe
prežitia: príjem vody (na pitie a prípravu jedla)	2,5 – 3	Klíma a fyziológia jednotlivcov
Hygienické postupy	2 – 6	Spoločenské a kultúrne normy
Základné varenie	3 – 6	Typ potravy a spoločenské a kultúrne normy
Celková základná voda	7,5 – 15	

Minimálna potreba vody na základné prežitie: Potreba vody sa bude v rámci obyvateľstva líšiť, najmä pri ľuďoch so zdravotným postihnutím alebo osobách, ktoré čelia prekážkam v oblasti mobility a medzi skupinami s odlišnými náboženskými zvyklosťami.

Meranie: Nestačí len vydeliť dodané množstvo vody počtom obyvateľov, ktorému bola dodaná. Prieskumy v domácnostiach, pozorovanie a diskusné skupiny v rámci komunity sú efektívnejšie metódy zberu údajov o používaní a spotrebe vody než len meranie objemu privezenej alebo načerpanej vody alebo objemu vody načerpanej z ručnej pumpy. Vzájomne porovnajte a overte správy z vodných systémov so správyami z domácností.

Dostupnosť a spravodlivosť: Vodné zdroje zahŕňajú spoločné zariadenia na kúpanie, varenie, práčovne a toalety, ako aj inštitucionálne zariadenia, ako sú školy a zdravotnícke zariadenia.

Minimálne množstevné ciele (pozri kľúčové ukazovatele vyššie) predpokladajú, že vodný zdroj je prístupný asi 8 hodín denne a zásobovanie vodou je nepretržité. S týmito cieľmi pracujte opatrne, keďže nezaručujú minimálne množstvo vody ani spravodlivý prístup.

Riešenia v oblasti vody a hygieny by mala riešiť potreby tak hostiteľského, ako aj vysídleného obyvateľstva spravodlivo, aby sa tým predchádzalo napätiu a konfliktu.

Počas navrhovania riešení vezmite na vedomie, že potreby rôznych vekových skupín, na základe pohlavia, ako aj ľudí so zdravotným postihnutím a ľudí, ktorí čelia prekážkam v oblasti mobility, sa líšia. Prístupné vodné zdroje umiestnite v dostatočnej blízkosti domácností, aby sa obmedzilo vystavenie prípadným rizikám z hľadiska ochrany.

Informujte zasiahnuté obyvateľstvo o čase a mieste očakávanej dodávky vody, ich práve na spravodlivú distribúciu a o spôsobe podania spätnej väzby.

Cesta tam a späť a čakacia doba: Nadmerne dlhá cesta tam a späť a dlhý čas čakania indikuje nedostatočný počet vodných zdrojov alebo nedodatočné množstvo vody pri zdrojoch vody. To môže viesť k zníženiu individuálnej spotreby vody a zvýšenej spotrebe vody z nechránených povrchových zdrojov, čo môže mať za následok menej času na aktivity, ako sú vzdelávanie alebo činnosti prinášajúce príjem. Doba čakania tiež ovplyvňuje riziko násillia pri stojanoch s vodovodnými kohútikmi. ⊕ *Pozri Zásady ochrany 1 a Závazok 1 k Základnej humanitárnej norme*

Primerané nádoby na vodu ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.2: Identifikácia, prístup a využívanie hygienických potrieb.* Ak sa používa úprava vody a bezpečné skladovanie na úrovni domácnosti (HWTSS), prispôsobte počet a veľkosť nádob. Napríklad na postup s využitím zrážadla, flokulantov a dezinfekčných činidiel budú potrebné dve vedrá, textília na cedenie a miešadlo.

Trhové plánovanie v oblasti vody: Analyzujte prístup domácností k vode a nádobám na vodu pred krízou a po nej. Toto jednoduché hodnotenie trhu by malo byť podkladom pre rozhodnutia o tom, ako zaistiť udržateľný prístup k vode v krátkodobom a dlhodobom horizonte. Určite spôsob využívania, podpory a rozvoja trhu s vodou, zvažujte kombinovaný prístup peňažnej podpory domácnosti, grantov a budovania technických možností s predajcami alebo dodávateľmi, prípadne inými spôsobmi. Sledujte mesačné trhové ceny (voda, palivo) z hľadiska výdavkov domácnosti v čase a využívajte tieto trendy ako podklad pre zmeny v štruktúre programu. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Platby: Náklady za vodu by nemali presahovať 3 – 5 % príjmu domácností. Zistite, ako domácnosti pokrývajú vyššie náklady počas krízy a podniknite kroky, ktoré zvrátia negatívne mechanizmy na zvládanie situácie. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 1.* Zabezpečte transparentné riadenie finančných systémov.

Riadenie vodných systémov a infraštruktúry Pri rozhodnutiach o umiestnení, navrhovaní a využívaní vodných zdrojov (v prípade okamžitých aj dlhodobých plánov) spolupracujte s komunitou a inými zainteresovanými stranami. Patria sem zariadenia na



kúpanie, varenie, pranie bielizne, toalety a inštitúcie, ako sú školy, trhy a zdravotnícke zariadenia. Na zlepšenie prístupu k zariadeniam s vodou a na ich prispôsobenie použite spätnú väzbu.

Zohľadnite predchádzajúce a súčasné štruktúry správy vodných zdrojov, schopnosť a ochotu ľudí platiť za vodné a sanitárne služby a mechanizmy úhrady nákladov. Zvážte kapitálové investície do systémov zásobovania vodou, ktoré ponúkajú dlhodobé úspory alebo úspory z rozsahu. Porovnajte alternatívy, ako sú solárne pumpy alebo potrubný systém vody s dovozom kamiónmi, najmä pri zdĺhavých krízach v mestských oblastiach a spoločných osídleniach.

Dajte ľuďom možnosť spravovať a udržiavať vodné systémy prostredníctvom výborov WASH alebo partnerstiev so súkromným alebo verejným sektorom.

Používanie balenej vody: Upravená voda je nákladovo efektívnejšia, primeranejšia a technicky vhodnejšia než balená voda, a to z dôvodu dopravy, nákladov, kvality a tvorby odpadu. Výnimky sú možné v krátkodobom horizonte (napr. ľudia v migračnej situácii). Vytvorte primeraný systém odpadového hospodárstva v oblasti plastov.

Práčovne, zariadenia na umývanie a kúpanie: Ak nie je možné kúpanie v súkromní domácnosti, zabezpečte oddelené zariadenia pre mužov a ženy, ktoré im zaručia bezpečnosť, súkromie a dôstojnosť.

Konzultujte rozhodovania o umiestnení, navrhovaní a bezpečnosti zariadení s ich užívateľmi, najmä ženami, dievčatami a ľuďmi so zdravotným postihnutím. Zvážte prístup k horúcej vode na kúpanie a pranie za osobitných podmienok, ako napr. v reakcii na svrab a pri zmene počasia.

Odvádzanie vody z vodných zdrojov, miest na pranie, zariadení na kúpanie a miest na umývanie rúk: Pri budovaní alebo prestavbe miest určených na distribúciu a používanie vody zabezpečte, aby odpadová voda nepredstavovala zdravotné riziko ani priestory na rozmnožovanie problémových prenášačov. V spolupráci s pracovníkmi územného plánovania, so sektorom pre prístrešie a/alebo orgánmi miestnej správy vytvorte celkový plán odvádzania vody.

Systémy a infraštruktúru WASH navrhňte tak, aby vyhovovala požiadavkám na odvádzanie vody. Napríklad hodnota tlaku v stojanoch s vodovodným kohútikom, veľkosť vodného zdroja a/alebo umývadiel na pranie bielizne, výška od vodovodného kohútika po spodnú časť nádob na vodu by mala byť primeraná. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti Prístrešia a osídlenia 2: Umiestnenie a plánovanie osídlenia.*

Štandard v oblasti zásobovania vodou 2.2: Kvalita vody

Voda je chuťovo vyhovujúca, má dostatočnú kvalitu na pitie, varenie, osobnú hygienu a hygienu domácnosti, neohrozuje zdravie.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte hrozby pre verejné zdravie súvisiace s dostupnou vodou a najvhodnejšie spôsoby ich zníženia.
 - Chráňte zdroje vody a pravidelne opakujte hygienické prieskumy pri zdroji a na miestach vodného zdroja.
- 2 Určte najvhodnejšiu metódu, ktorá zaručí bezpečnú pitnú vodu na miestach spotreby alebo použitia.
 - Možnosti úpravy vody zahŕňajú úpravu a distribúciu veľkého množstva vody s bezpečným naberaním a skladovaním na úrovni domácnosti alebo jej úpravu a bezpečné skladovanie na úrovni domácnosti.
- 3 Minimalizujte kontamináciu vody po jej dodaní na miestach spotreby alebo použitia.
 - Vybavte domácnosti bezpečnými nádobami na zber a skladovanie pitnej vody, ako aj prostriedkami na bezpečné čerpanie pitnej vody.
 - Zmerajte kvalitatívne parametre vody (voľný zvyškový chlór (FRC) a jednotky tvoriace koliformné baktérie (CFU)) na mieste dodania a na miestach spotreby alebo použitia.

Kľúčové ukazovatele

Percento zasiahnutých osôb, ktoré čerpajú pitnú vodu z chránených zdrojov vody

Percento domácností, u ktorých sa pozorovaním potvrdilo, že vodu po celý čas skladujú bezpečne v čistých a prikrytých nádobách

Percento kvalitatívnych testov kvality, ktoré spĺňajú minimálne štandardy pre kvalitu vody

- < 10 CFU/100 ml na miestach dodania (nechlórovaná voda)
- $\geq 0,2 - 0,5$ mg/l FRC na miestach dodania (chlórovaná voda)
- Zakalenosť menej ako 5 NTU (formazínových jednotiek (ZF))

Pokyny

Udržiavanie bezpečného vodného reťazca: Choroby súvisiace s vodou ohrozujú celý vodný reťazec. Medzi kroky, ktoré bránia fekálno-orálnemu prenosu, patrí zachytávanie výkalov, zakrývanie potravín, umývanie rúk v kľúčových okamihoch a bezpečné naberanie a skladovanie vody. ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.1, Štandard v oblasti nakladania s výkalmi 3.2 a Príloha 2: Diagram F.*



Hodnotenie ohrozenia vodného reťazca od vodného zdroja k nádobe na skladovanie pitnej vodu zahŕňa:

1. hygienický prieskum vodného zdroja,
2. pozorovanie používania odlišných nádob na zber a na skladovanie vody,
3. pozorovanie čistých a zakrytých nádob na pitnú vodu, a
4. testovanie kvality vody.

Pri vysokej pravdepodobnosti nebezpečnej vody môžu tieto činnosti zvýrazniť zjavné riziká bez toho, aby sa musela testovať kvalita vody v domácnosti, čo je náročné z hľadiska manuálnej práce.

Hygienický prieskum hodnotí podmienky a prax, ktoré môžu na miestach s vodou ohrozovať verejné zdravie. Za možné zdroje kontaminácie sa pokladá: štruktúra miesta s vodou, odvodnenie, oplotenie, zvyky pri vykonávaní potreby a postupy pri manipulácii s tuhým odpadom. Je tiež potrebné preskúmať nádoby na vodu v domácnosti.

Kvalita vody: Pri spustení nového vodného zdroja otestujte fyzikálne, bakteriologické a chemické vlastnosti vody. Urobte tak pred zmenou ročného obdobia na danom mieste aj po ňom. Nezanedbajte analýzu chemických parametrov (ako sú úroveň fluóru a arzénu), ktoré môžu viesť k dlhodobým zdravotným problémom.

Fekálne koliformné baktérie, z ktorých vyše 99 % predstavuje *E. coli*, indikujú úroveň kontaminácie vody ľudskými alebo zvieracími výkalmi a tiež možnú prítomnosť iných škodlivých patogénov. Ak sú prítomné fekálne koliformné baktérie, vodu upravte. Voda bez zvyškového dezinfekčného prostriedku je náchylná na opätovnú kontamináciu aj vtedy, ak sa v nej *E. coli* nepotvrdí.

Tam, kde sa voda chlórjuje (pred distribúciou alebo úpravou na úrovni domácnosti), absolvujte v domácnostiach náhodné kontroly tým, že zmeriate FRC a v prípade potreby vodu upravíte. Frekvencia dodávok vody, teplota vody a dĺžka jej skladovania – to všetko ovplyvňuje meranie FRC v domácnosti (rozptýl chlór).

Podpora chránených zdrojov: Kvôli chuti, blízkosti zdroja či spoločenskej výhodnosti môžu ľudia dávať prednosť nechráneným zdrojom vody, ako sú rieky, jazerá a nechránené studne. Vžite sa do ich zmyšľania a vypracujte informácie a kroky, ktoré podporia využívanie chránených zdrojov vody.

Chutná voda: Ak bezpečná pitná voda nemá dobrú chuť (z dôvodu slanosti, úroveň sulfátu alebo chlóru, na ktoré ľudia nie sú zvyknutí), používatelia môžu radšej piť vodu z nebezpečných zdrojov, pretože má lepšiu chuť. Na propagáciu bezpečnej pitnej vody zapojte komunitu a využite činnosti v oblasti hygieny.

Dezinfekcia vody: V prípade veľkého rizika kontaminácie zdroja alebo po dodaní by sa voda mala upraviť činidlom na dezinfekciu usadenín, napr. chlóróm. Riziko sa určí podľa hustoty obyvateľstva, spôsobov likvidácie výkalov, hygienických postupov a prevahy hnačkových ochorení. Zakalenosť by mala byť nižšia ako 5 NTU. Ak je vyššia, naučte používateľov vodu filtrovať, ustáliť a precediť, čím sa ešte pred

úpravou zníži zakalenosť. Ak nemáte inú možnosť, zvážte krátkodobé zdvojnásobenie dávky chlóru. Pripomíname, že rozptyl chlóru závisí od dĺžky skladovania a rozmedzia teplôt, preto to zohľadnite pri dávkovaní a dĺžke kontaktu. ⊕ *Pozri Prílohu 6: Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti.*

Kvantita verus kvalita: Ak nie je možné splniť Minimálne štandardy kvantity a kvality vody, dajte prednosť množstvu pred kvalitou. Aj vodu strednej kvality možno použiť na prevenciu dehydratácie, na zníženie stresu a prevenciu hnačkových ochorení.

Kontaminácia po dodaní: Voda, ktorá bola bezpečná na mieste dodania, sa môže kontaminovať počas naberania, skladovania alebo čerpania pitnej vody. Minimalizujte to bezpečným naberaním a skladovaním. Pravidelne čistite nádoby na vodu v domácnosti alebo v osídlení, naučte to aj komunitu. ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.1 a 1.2.*

Úprava vody a bezpečné skladovanie na úrovni domácnosti (HWTSS): Ak nie je možné centrálné riadenie systému na úpravy vody, použite HWTSS. Možnosti HWTSS, ktoré znižujú mieru hnačiek a zvyšujú mikrobiologickú kvalitu vody v domácnosti, zahŕňajú: prevarenie, úpravu chlóróm, solárnu dezinfekciu, keramickú filtráciu, pomalú filtráciu pieskom, membránovú filtráciu, využitie flokulantných činidiel a dezinfekciu. Spolupracujte s inými sektormi, aby ste sa dohodli na požiadavkách domácností o druhu paliva a prístupe k palivu na preváranie vody. Počas kríz alebo epidémií nezávádzajte nový neznámy spôsob úpravy vody. Efektívne použitie možností HWTSS si vyžaduje pravidelné nadväzujúce kroky, podporu a monitorovanie a je nevyhnutnou podmienkou prijatia HWTSS ako alternatívneho prístupu k úprave vody. ⊕ *Pozri Prílohu 6: Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti.*

Kvalita vody pre inštitúcie: Vodu, ktorou sa zásobujú školy, nemocnice, zdravotnícke zariadenia a centrá výživy, upravte chlóróm alebo iným reziduálnym dezinfekčným prostriedkom. ⊕ *Pozri Prílohu 3: Minimálne množstvá vody: množstvo na prežitie a vyčíslenie potreby vody.*

Chemická a rádiologická kontaminácia: Ak hydrogeologické záznamy alebo poznatky o priemyselnej či vojenskej činnosti naznačujú, že zásobovanie vodou môže z chemického alebo rádiologického hľadiska ohroziť verejné zdravie, vykonajte chemickú analýzu. Rozhodnutie o použití potenciálne kontaminovanej vody na dlhodobé zásobovanie by malo nasledovať po komplexnej analýze vplyvov na zdravie a po potvrdení riešenia miestnymi orgánmi.



3. Nakladanie s výkalmi

Prostredie bez ľudských výkalov je dôležité pre dôstojnosť, bezpečnosť, zdravie a blaho ľudí. Patrí sem prírodné prostredie, ale rovnako aj prostredie, kde ľudia žijú, vzdelávajú sa a pracujú. Bezpečné nakladanie s výkalmi je prioritou WASH. V krízových situáciách je rovnako dôležité ako bezpečné zásobovanie vodou.

Všetci ľudia by mali mať prístup k primeraným, bezpečným, čistým a zabezpečeným toaletám. Dôstojné vykonávanie potreby je vysoko osobná záležitosť. Vhodnosť vychádza z kultúrnych a každodenných zvyklostí ľudí, zvykov, domnienok a tiež z toho, či jednotlivci predtým používali sanitačné zariadenia. Nekontrolované vykonávanie potreby výrazne ohrozuje zdravie najmä tam, kde je vysoká hustota obyvateľstva, kde dochádza k vysídľovaniu osôb, prípadne v mokrom či vlhkom prostredí.

Sektor WASH používa na definovanie zariadení na nakladanie s výkalmi rozličné označenia. V tejto príručke sa „toaletou“ označuje akékoľvek zariadenie alebo nástroj, ktorý okamžite zachytí výkaly a vytvára prvú prekážku medzi ľuďmi a odpadom. ⊕ *Pozri Prílohu 2: Diagram F.* V celej príručke sa namiesto slova „latrína“ používa označenie „toaleta“.

Odstránenie ľudských výkalov z dosahu ľudí vytvára prvotnú prekážku chorobám súvisiacim s výkalmi tým, že sa obmedzia priame a nepriame možnosti prenosu choroby. ⊕ *Pozri Prílohu 2: Diagram F.* Zachytávanie výkalov by sa malo spojiť s ich zberom, prepravou, spracovaním a likvidáciou s cieľom minimalizovať ohrozenie verejného zdravia a dopad na životné prostredie.

Prítomnosť ľudských fekálií v prostredí, kde sa žije, vyučuje a pracuje, môže poukazyvať na problémy v oblasti ochrany. Ľudia sa pri používaní sanitačných zariadení nemusia cítiť v bezpečí, a to najmä v husto obývaných územiach.

Na účely tejto kapitoly sa „ľudské výkaly“ definujú ako odpad vylučovaný ľudským telom, najmä fekálie, moč a menštruácia. Štandardy v tejto časti pokrývajú celý reťazec nakladania s výkalmi od počiatočného zachytávania po konečné spracovanie.

Štandard v oblasti nakladania s výkalmi 3.1: Prostredie bez ľudských výkalov

Všetky výkaly sa bezpečne zachytia na mieste, aby sa zabránilo kontaminácii prírodného, obytného, vzdelávacieho, pracovného a komunálneho prostredia.

Kľúčové kroky

- 1 V novopostavených spoločných osídleniach alebo v tých so značne poškodenou infraštruktúrou okamžite postavte zariadenia na zachytávanie výkalov.

- 2 Ihneď dekontaminujte fekáliami znečistené obytné, vzdelávacie a pracovné priestory, rovnako aj zdroje povrchovej vody.
- 3 Na základe posúdenia rizika potenciálnej kontaminácie akéhokoľvek blízkeho zdroja povrchovej či podzemnej vody navrhňte a postavte všetky zariadenia na nakladanie s výkalmi.
 - Vyhodnoťte miestnu topografiu, pôdne podmienky, a podzemné a povrchové vody (vrátane sezónnych zmien), aby ste zabránili kontaminácii zdrojov vody a zväžili technické možnosti.
- 4 Bezpečne zachytávajte a likvidujte fekálie detí a batoliat.
- 5 Navrhňte a vytvorte všetky zariadenia na nakladanie s výkalmi tak, aby minimalizovali prístup problémových prenášačov k výkalom.

Kľúčové ukazovatele

V prostredí, kde ľudia žijú, vzdelávajú sa a pracujú, sa nenachádzajú ľudské fekálie

Všetky zariadenia na zachytávanie výkalov sú na vhodnom mieste a v primeranej vzdialenosti od zdrojov povrchovej alebo podzemnej vody

Pokyny

Postup: Okamžite po kríze zabráňte vykonávaniu potreby na otvorenom priestranstve. Vymedzte priestory na vykonávanie potreby, vyhradte miesto, postavte verejné toalety a začnite spoločnú kampaň v oblasti hygieny. Predchádzajte vykonávaniu potreby pri zdrojoch vody (bez ohľadu na to, či sa používa na pitie, alebo nie) a pri zariadeniach na skladovanie a úpravu vody. Priestory na vykonávanie potreby nezriaďujte nad osídleniami ani pod nimi. Nevytvárajte ich popri verejných cestách, pri komunálnych zariadeniach (najmä zdravotníckych zariadeniach a centrách pre výživu), ani pri priestoroch, kde sa skladujú potraviny alebo pripravuje jedlo.

Spustite kampaň na podporu hygieny, ktorá motivuje k bezpečnej likvidácii výkalov a vytvára dopyt po vyššom počte toaliet.

V prípade krízy v mestách zhodnoťte rozsah poškodenia existujúcich kanalizačných systémov. Zvážte umiestnenie prenosných toaliet alebo septikových či záchytných nádob, ktoré sa môžu pravidelne odkaľovať.


Vzdialenosť od zdrojov vody: Zabezpečte, aby fekálie zo záchytných zariadení (výkopové latríny, jamy, žumpy, septikové nádoby, odtokové jamy) nekontaminovali vodné zdroje. Pokiaľ sa voda z daného zdroja nepoužíva na pitie, fekálna kontaminácia neohrozuje verejné zdravie okamžite, ale napriek tomu je potrebné zabrániť znečisteniu životného prostredia.



Ak je to možné, zmerajte priestupnosť pôdy, aby ste určili rýchlosť, akou sa odpad dostáva cez pôdu (miera presakovania/infiltrácie). Údaj použite pri určovaní minimálnej vzdialenosti medzi záchytnými zariadeniami a vodnými zdrojmi. Miera presakovania bude závisieť od úrovne nasýtenia pôdy, prípadného čerpania zo zdroja a od povahy výkalov (výkaly s vyšším obsahom vody budú postupovať rýchlejšie než tie s nižším).

Ak nie je možné zmerať priestupnosť pôdy, potom by vzdialenosť medzi záchytnými zariadeniami a vodnými zdrojmi mala byť najmenej 30 metrov a spodná časť jám by mala byť najmenej 1,5 m nad úrovňou podzemnej vody. V prípade kameňov s prasklinami alebo vápenca použite väčšie vzdialenosti a pri jemných pôdach kratšie vzdialenosti.

Pri vysokej hladine podzemnej vody alebo ak nastanú záplavy, zabezpečte vodotesnosť záchytnej infraštruktúry, čím sa minimalizuje kontaminácia podzemnej vody. Prípadne postavte vyvýšené toalety alebo septikové nádoby, ktoré zachytia výkaly a zabránia kontaminácii prostredia. Predchádzajte tomu, aby odvodnenie alebo priesak zo septikovej nádoby kontaminovali povrchovú alebo podzemnú vodu.

V prípade podozrenia na kontamináciu okamžite identifikujte a obmedzte zdroj kontaminácie a začnite s úpravou vody. Niektoré znečisťujúce látky vo vode sa dajú upraviť vyčistením, ako napr. pridaním chlóru. Zdroje znečisťujúcich látok, ako sú dusičnany, je potrebné rozpoznať a eliminovať. Methemoglobínémia je akútny stav, ktorý ale možno zvrátiť, a spája sa s vysokými hladinami dusičnanov v pitnej vode. Napríklad si  pozrite *Štandard v oblasti zásobovania vodou 2.2: Kvalita vody*.

Zachytávanie detských výkalov: Fekálie dočiat a detí sú zvyčajne nebezpečnejšie než fekálie dospelých. U detí sa oveľa častejšie vyskytujú infekcie súvisiace s výkalmi, deti navyše voči nim nemusia mať vyvinuté protilátky. Informujte rodičov a poskytovateľov starostlivosti o bezpečnom likvidovaní dočienských fekálií, o postupoch pri praní a používaní plienok, nočníkov alebo mís, aby vedeli výkaly bezpečne likvidovať.

Štandard v oblasti nakladania s výkalmi 3.2: Prístup k toaletám a ich používanie

Ľudia majú vhodné a prijateľné toalety s rýchlym, neustálym, bezpečným a zabezpečeným prístupom.

Kľúčové kroky

- 1 Rozhodnite o najvhodnejších technických možnostiach toaliet.
 - Navrhnite a zhotovte toalety tak, aby ste minimalizovali ohrozenie bezpečnosti používateľov a zamestnancov údržby, najmä žien a dievčat, detí, starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím.
 - Ak je to vhodné, oddel'te všetky spoločné alebo zdieľané toalety podľa pohlavia a veku.

- 2 Číselne vymedzte požiadavky na toalety pre zasiahnuté obyvateľstvo na základe ohrozenia verejného zdravia, kultúrnych zvyklostí, naberania a skladovania vody.
- 3 Pri hľadaní miesta a navrhovaní a zriaďovaní zdieľaných alebo spoločných toaliet vec konzultujte so zainteresovanými stranami.
 - Zohľadnite prístup a používanie toaliet na základe veku, pohlavia, zdravotného postihnutia, podľa ľudí, ktorí čelia prekážkam z hľadiska mobility, ľudí s HIV, ľudí s inkontinenciou a sexuálnych či rodových menších.
 - Umiestnite všetky spoločné toalety dostatočne blízko k domácnostiam, aby ste zaistili bezpečný prístup, avšak dostatočne ďaleko, aby ich blízkosť nestigmatizovala.
- 4 Vnútri toaliet vytvorte primerané zariadenia na umývanie, sušenie alebo likvidáciu menštruačných a inkontinenčných pomôcok.
- 5 Zabezpečte, aby bolo možné reálne uspokojiť potreby zásobovania vodou v rámci technických možností.
 - Do systému zahrňte aj primerané zásobovanie vodou na umytie rúk mydlom, análnu hygienu, spláchnutie alebo hygienické tesniace mechanizmy, ak sú zvolené.

Kľúčové ukazovatele

Podiel zdieľaných toaliet

- Minimálne jedna toaleta na 20 ľudí

Vzdialenosť medzi obydľím a zdieľanou toaletou

- Maximálne 50 metrov

Percento toaliet, ktoré majú zvnútra zámok a primerané osvetlenie

Percento toaliet, ktoré ženy a dievčatá označili za bezpečné

Percento žien a dievčat, ktoré sú spokojné s možnosťami zabezpečenia menštruačnej hygieny na toaletách, ktoré pravidelne používajú

Pokyny

Čo je primerané a prijateľné? Typ zvolených toaliet bude závisieť od fázy humanitárnej reakcie, preferencií cieľových používateľov, existujúcej infraštruktúry, dostupnosti splachovacej vody a tesniacich mechanizmov, zloženia pôdy a dostupnosti stavebných materiálov.

Všeobecne sú toalety primerané a prijateľné, ak:

- ich môžu bezpečne používať všetky časti obyvateľstva vrátane detí, starších ľudí, tehotných žien a ľudí so zdravotným postihnutím;



- sú umiestnené tak, aby minimalizovali ohrozenie používateľov, najmä žien, dievčatá a ľudí vystavených osobitnému nebezpečenstvu;
- nie sú od obydľí vzdialené viac ako 50 metrov;
- zaistujú súkromie v súlade s očakávaniami používateľov;
- sa ľahko používajú a udržiavajú čisté (všeobecne sa vie, že čisté toalety sa využívajú častejšie);
- neohrozujú životné prostredie;
- sú dostatočne priestrané pre rozličných používateľov;
- majú zámky zvnútra;
- majú ľahký prístup k vode na umytie rúk, análnu hygienu a spláchnutie;
- umožňujú dôstojné očistenie, vysušenie a likvidáciu menštruačných pomôcok a materiálov pri inkontinencii detí a dospelých;
- minimalizujú rozmnožovanie múch a komárov; a
- minimalizujú pachy.

Umožnite ľuďom trpiacim chronickými ochoreniami ako HIV, ľahký prístup k toalete. Často totiž trpia chronickou hnačkou a zníženou mobilitou.


Monitorujte používanie toaliet a percento ľudí, ktorí uvádzajú, že toalety spĺňajú ich požiadavky. Použite tieto informácie na zistenie, ktoré skupiny nie sú spokojné, a na možné spôsoby zlepšenia situácie. Zohľadnite prístup a používanie toaliet na základe pohlavia a veku, pre osoby so zdravotným postihnutím alebo osoby, ktoré čelia prekážkam z hľadiska mobility, ľudí s HIV a osoby trpiace inkontinenciou.

Prístupnosť: Zvolená technická možnosť by mala rešpektovať právo na bezpečný prístup k sanitacným zariadeniam pre všetkých ľudí vrátane osôb so zdravotným postihnutím. Možno bude treba vybudovať, prispôsobiť alebo kúpiť prístupné toalety alebo doplnky k existujúcim toaletám, a to pre deti, starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím. Je potrebné zabezpečiť rodovo neutrálne toalety s jediným vstupom, s nájazdmi alebo rovnými vstupmi, so zlepšenou dostupnosťou vnútri stavby, a to v **minimálnom pomere jedna toaleta na 250 ľudí**.


Bezpečné a zabezpečené zariadenia: Nevhodné umiestnenie toaliet môže najmä v noci zvýšiť zraniteľnosť žien a dievčat voči útokom. Zabezpečte, aby sa všetky rizikové skupiny vrátane žien a dievčat, chlapcov, starších ľudí a ľudí s osobitnými obavami z hľadiska bezpečnosti cítili a boli pri používaní toaliet v bezpečí vo dne aj v noci. Zariadenia primerane osvetlite a zväzťte, či rizikové skupiny nevybavíť baterkami. Spýtajte sa komunity, najmä tých najohrozenejších, ako zvýšiť ich bezpečnosť. Poradte sa so zainteresovanými stranami spomedzi škôl, zdravotníckych centier a kliník, priestorov ústretočných voči deťom, trhovísk a centier zabezpečujúcich výživu.

Prípadne, že na bezpečné a dôstojné zariadenia WASH sa nestačí pýtať len žien a detí, keďže v mnohých prípadoch muži rozhodujú o tom, čo ženy a deti môžu robiť. Zohľadnite túto spoločenskú hierarchiu a mocenskú dynamiku, a aktívne oslovte tých, ktorí rozhodujú, s cieľom posilniť práva žien a detí na bezpečný prístup k toaletám a sprchám.

Osvetlenie komunálnych zariadení môže zlepšiť prístup k toaletám, ale zároveň môže priťahovať ľudí, aby osvetlenie použili na iné účely. Pri hľadaní spôsobov ako znížiť mieru vystavenia rizikám spolupracujte s komunitou, najmä s ľuďmi najviac vystavenými riziku z hľadiska bezpečnosti.

Výčíslenie požiadaviek na toalety: Zvážte, ako prispôbiť požiadavky na toalety danému kontextu tak, aby odrážali zmeny v živote pred krízou a po nej, požiadavky na verejné priestory a prípadné osobitné riziká pre verejné zdravie. Počas prvých fáz rýchlo nastupujúcej krízy **sú komunálne toalety okamžitým riešením pri minimálnom pomere jednej toalety na 50 ľudí**, pričom situáciu treba zlepšiť hneď, ako je to možné. **Strednodobý minimálny pomer je jedna na 20 ľudí**, pričom pomer ženských toaliet k mužským má byť 3:1. Na plánovanie čísel a počtu toaliet si  *pozrite Prílohu 4.*

V domácnosti, spoločné alebo verejné? Za ideálne sa z hľadiska bezpečnosti, zabezpečenia, výhodnosti a dôstojnosti používateľov a z hľadiska preukázaných prepojení medzi vlastníctvom a údržbou považujú toalety v domácnosti. Niekedy môžu byť normou spoločné zariadenia pre malú skupinu obydľí. Verejné alebo spoločné toalety sa môžu plánovať a stavať s cieľom v budúcnosti zabezpečiť toalety v domácnostiach. Napríklad ponechanie sanitačných koridorov v osídleniach vytvára priestor na vybudovanie komunálnych zariadení blízko pri prístrešiach a keď to rozpočet dovoľí, na vybudovanie zariadení v domácnosti. Sanitačné koridory umožňujú prístup pri odstraňovaní kalov, údržbe a vyradení z prevádzky.

Spoločné toalety zároveň treba v niektorých verejných alebo komunálnych priestoroch, ako sú zdravotnícke zariadenia, trhy, centrá zabezpečujúce výživu, vzdelávacie, prijímacie a administratívne priestory.  *Pozri Prílohu 4: Minimálny počet toaliet: komunita, verejné priestory a inštitúcie.*

Verejné sanitačné zariadenia vybudované počas akútnej fázy humanitárnej pomoci budú mať osobitné požiadavky na prevádzku a údržbu. S komunitami možno dohodnúť platbu upratovačom toaliet ako dočasné opatrenie s jasnou stratégiou zmeny a ukončenia.

Voda a materiál na análnu hygienu: Pri navrhovaní zariadenia zabezpečte dostatok vody, toaletného papiera alebo iného materiálu na análnu hygienu. Pýtajte sa používateľov na najvhodnejší hygienický materiál a zabezpečte bezpečnú likvidáciu a udržateľné zásobovanie.

Umývanie rúk: Zabezpečte, aby zariadenie umožňovalo umytie rúk vodou a mydlom (alebo alternatívou, ako je popol) po použití toalety, na hygienu detského zadku po vykonaní potreby, a tiež pred jedlom a jeho prípravou.

Zabezpečenie menštruačnej hygieny: Na toaletách by sa mali nachádzať vhodné nádoby na likvidáciu menštruačných pomôcok, aby sa predchádzalo upchatiu odtokov alebo problémom pri odkalovaní jám alebo septikových nádob. Návrh toaliet konzultujte so ženami a s dievčatami, aby v nich bol priestor, prístup k vode na umývanie a priestory na sušenie.



Štandard v oblasti nakladania s výkalmi 3.3: Riadenie a údržba pri zbere, preprave, likvidácii a spracovaní výkalov

Zariadenia na nakladanie s výkalmi, infraštruktúra a systémy sa bezpečne riadia a udržiavajú, čím sa zabezpečia služby a minimálny vplyv na okolité prostredie.

Kľúčové kroky

- 1 Spolu s miestnymi orgánmi zodpovednými za nakladanie s výkalmi vytvorte systémy zberu, prepravy, spracovania a likvidácie, ktoré sú v súlade s miestnymi systémami.
 - Uplatnite existujúce štátne štandardy a zabezpečte, aby prípadné dodatočné zaťaženie už existujúcich systémov nemalo negatívny dopad na prostredie ani komunitu.
 - O použitie územia na spracovanie a likvidáciu sa dohodnite s miestnymi orgánmi a majiteľmi pozemkov.
- 2 Definujte systémy krátkodobého a dlhodobého manažmentu toaliet, najmä pri menších stavbách (jamy, žumpy, septikové nádoby, odtokové jamy).
 - Navrhnite a určte veľkosti menších stavieb, ktoré zabezpečia, aby sa všetky výkaly dali bezpečne zachytiť a jamy odkaliť.
 - Jasne definujte zodpovedné úlohy a povinnosti a určte zdroje financií na budúce fungovanie a na údržbu.
- 3 Bezpečne odkalte záchytné zariadenie, pričom berte ohľad na osoby vykonávajúce túto činnosť a ľudí okolo nich.
- 4 Zabezpečte, aby mali ľudia informácie, zdroje, nástroje a materiály na stavbu, upratovanie, opravu a údržbu toaliet.
 - Na podporu hygieny spustíte kampane týkajúce sa používania, čistenia a údržby toaliet.
- 5 Dbajte na to, aby sa všetka voda potrebná na prepravu výkalov dala zabezpečiť z dostupných vodných zdrojov bez ich nadmerného zaťaženia.

Kľúčový ukazovateľ

Všetky ľudské výkaly sa likvidujú spôsobom, ktorý neohrozuje verejné zdravie ani životné prostredie

Pokyny

Odkalovanie je odstraňovanie (nespracovaných a čiastočne spracovaných) výkalov z jamy, žumpy alebo nádoby a ich preprava do zariadenia na spracovanie a likvidáciu,

ktoré sa nachádza mimo komunitu. Ak sa vyžaduje odkalenie, musí sa od začiatku zahrnúť do pracovných a údržbových procesov a rozpočtov.

Šedá alebo odpadová voda z domácností sa klasifikuje ako splašková odpadová voda zmiešaná s ľudskými výkalmi. Pokiaľ nie je osídlenie situované tam, kde existuje kanalizačný systém, nemalo by sa dovoliť miešanie odpadových vôd z domácností s ľudskými výkalmi. Úprava splaškového odpadu je náročnejšia a drahšia ako úprava odpadových vôd z domácností.

Plánovanie: Na začiatku počítajte s objemom 1 – 2 litrov výkalov na osobu na deň. Z dlhodobého hľadiska plánujte 40 – 90 litrov na osobu na rok, výkaly rozkladom znižujú objem. Skutočný objem bude závisieť od toho, či sa na splachovanie používa alebo nepoužíva voda, či sa na análnu hygienu používa voda alebo iný materiál, či sa na čistenie toaliet používa voda alebo iný materiál, a tiež od stravovania používateľov. Zabezpečte, aby sa voda z domácnosti – z upratovania, varenia, prania alebo kúpania – nedostávala do záchytných zariadení, nadbytočná voda totiž bude znamenať viac odkaľovania. V hornej časti jamy nechajte 0,5 metra na zásyp.

Konkrétne situácie v oblasti verejného zdravia, ako napr. vypuknutie cholery, si vyhladajte v [+](#) *štandarde WASH 6: WASH v prostredí zdravotnej starostlivosti*.

Miestne trhy: Ak je to možné, použite na výstavbu toaliet miestne dostupné materiály a pracovnú silu. Zvyšuje to ochotu pri používaní a údržbe zariadení.

Zachytávanie výkalov v náročnom prostredí: Počas záplav alebo kríz v mestách môže byť zabezpečenie primeraných záchytných zariadení mimoriadne náročné. Za takýchto okolností zvážte vyvýšené a suché toalety, nádrže na zachytávanie odpadových vôd, či dočasné jednorazové plastové vrecká s primeranými systémami zberu a likvidácie. Podporte odlišné prístupy aktivitami na podporu hygieny.

Výkaly ako zdroj: Výkaly sú tiež potenciálny zdroj. Existuje technológia, ktorá premieňa spracovaný kal na energiu, napríklad vo forme palivových tehliel alebo bioplynu. Ekologická sanitácia alebo kompostovanie obnovujú organické časti a živiny z kombinovaného ľudského a bio kuchynského odpadu. Výsledný kompost sa dá použiť na úpravu pôdy alebo ako hnojivo do domácich záhrad.



4. Bránenie šíreniu prenášačov

Prenášač je nosič prenášajúci chorobu. Prenášače umožňujú cestu od zdroja choroby k ľuďom. Choroby prenášané prenášačmi sú hlavným dôvodom ochorení a úmrtí v mnohých humanitárnych prostrediach. Väčšinu prenášačov tvorí hmyz, ako sú komáre, muchy a vši, ale prenášačmi môžu byť aj hlodavce. Niektoré prenášače môžu tiež spôsobiť boľavé uštipnutia. Prenášače môžu poukazovať na problémy v oblasti tuhého odpadu, odvodnenia alebo nakladania s výkalmi, nesprávneho výberu miesta alebo širších problémov v bezpečnosti a ochrane.

Choroba prenášaná prenášačmi môže byť komplexná a riešenie problémov súvisiacich s prenášačmi si môže vyžadovať konzultáciu s odborníkmi. Šíreniu týchto chorôb však môžu zabrániť jednoduché a efektívne opatrenia.

Programy na bránenie šírenia prenášačov nemusia mať žiadny dopad, pokiaľ sa zamerajú na nesprávneho prenášača, použijú sa neefektívne metódy alebo sa zamerajú na správneho prenášača, ale na nesprávnom mieste alebo v nesprávny čas. Bránenie šírenia prenášačov musí byť cieľené a vychádzať zo životných cyklov prenášačov a ich ekológie.

Programy určené na bránenie šírenia prenášačov by mali cieľiť na zníženie hustoty populácie prenášačov, na miesta, kde sa rozmnožujú a na kontakt s ľuďmi. Pri príprave programov bránenia šírenia prenášačov si vyhladajte existujúce štúdie a požiadajte štátne a medzinárodné zdravotnícke organizácie o odborné poradenstvo. Požiadajte miestne obyvateľstvo o radu ohľadom prejavov choroby, miest, kde sa prenášače rozmnožujú, sezónnych zmien v jeho počtoch a súčasného výskytu choroby.

Štandardy v tejto časti sa sústreďujú na obmedzenie alebo odstránenie problémových prenášačov s cieľom predchádzať nimi prenášaným chorobám a znížiť ich závažnosť. Vyžaduje sa bránenie šíreniu prenášačov v rámci viacerých sektorov.

⊕ *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2, Základná zdravotná starostlivosť – štandard v oblasti prenosných chorôb 2.1.1 a Štandard v oblasti potravinovej pomoci 6.2*

Štandard v oblasti bránenia šíreniu prenášačov 4.1: Bránenie šírenia prenášačov na úrovni osídlenia

Ľudia žijú v prostredí so zameranými miestami rozmnožovania a kŕmenia prenášačov v tom zmysle, že klesá riziko problémov súvisiacich s prenášačmi.

Kľúčové kroky

- 1 Zhodnotte riziko choroby prenášanej prenášačom na vymedzenom území.
 - Určite územie, kde je miera incidencie vyššia ako norma Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) alebo ako štátom stanovené normy pre dané ochorenie.

- Usilujte sa spoznať potenciálne miesta rozmnožovania prenášača a pochopiť jeho životný cyklus, najmä pokiaľ ide o potravu. Využite na to miestne odborné vedomosti a poznatky o dôležitých prenášačoch.
- 2 Zosúlajte humanitárnu činnosť v oblasti bránenia šíreniu prenášačov s na to určenými miestnymi plánmi alebo systémami a so štátnymi smernicami, programami alebo postupmi.
 - 3 Na základe životného cyklu prenášačov rozhodnite, či je relevantné chemické alebo nechemické bránenie ich šíreniu mimo domácností.
 - Informujte obyvateľstvo o možných rizikách, ktoré vyplývajú z chemického bránenia šírenia prenášačov a o harmonograme chemickej aplikácie.
 - Odborne pripravte všetkých zamestnancov a ľudí v kontakte s chemickými látkami, vybavte ich osobnými ochrannými pomôckami (OOP) a oblečením.

Kľúčový ukazovateľ

Percento identifikovaných miest rozmnožovania, kde sa preruší životný cyklus prenášača

Pokyny

Spoločné osídlenia: Výber miesta je dôležitý z hľadiska minimalizovania vystavenia zasiahaného obyvateľstva ohrozeniu chorobou prenášanou prenášačmi. Mal by to byť jeden z kľúčových faktorov pri zvažovaní možných miest. V záujme bránenia šíreniu malárie napríklad umiestnite spoločné osídlenia na náveternej strane asi 1 – 2 kilometre od veľkých plôch, kde sa prenášač rozmnožuje, ako sú mokrade alebo jazerá, ale zabezpečte dostupnosť dodatočného zdroja čistej vody. Zohľadnite, aký následok môže mať nové miesto osídlenia na prítomnosť problémových prenášačov v susedných hostiteľských komunitách. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2: Umiestnenie a plánovanie osídlenia.*

Hodnotenie rizikových faktorov: Pri humanitárnych reakciách ohľadne bránenia šírenia prenášačov sa rozhodujte na základe hodnotenia rizík potenciálnych chorôb a iných rizík a na základe epidemiologických a klinických dôkazov o problémoch súvisiacich s chorobami prenášanými prenášačmi. Na vymedzenom území sa zamerajte na podozrivé aj potvrdené prípady za posledné dva roky. Iné faktory ovplyvňujúce toto riziko sú:

- stav imunity obyvateľstva vrátane predchádzajúceho vystavenia a stresových faktorov všeobecne aj z hľadiska výživy;
- pohyb ľudí z neendemického do endemického priestoru počas vysídlenia;
- typ a prevahu patogénov, a to u prenášačov aj ľudí;
- druhy prenášačov, ich počty, správanie a ekológia (sezóna, miesta rozmnožovania) a ich potenciálna interakcia;
- zvýšené vystavenie prenášačom v dôsledku blízkosti, druhu osídlenia, typu prístrešia, existujúcej ochrany jednotlivcov a preventívnych opatrení.



Odstraňovanie alebo zmena miest, v ktorých sa prenášač rozmnožuje a živí: Mnohé činnosti z oblasti WASH môžu mať významný dopad na miesta rozmnožovania a kŕmenia prenášačov vrátane:

- eliminácie stojatej vody alebo mokradí v okolí miest na distribúciu vody a priestorov na kúpanie a pranie,
- uskladňovania tuhého odpadu na úrovni domácnosti, počas zberu a prepravy a na miestach spracovania a likvidácie;
- zabezpečenia vrchnákov na nádoby s vodou;
- nakladania s výkalmi;
- čistenia toaletných dosiek a nadstavieb s cieľom zamedziť prítomnosti prenášača;
- utesnenia výpustu fekálnych jám tak, aby fekálie nevstupovali do prostredia a problémové prenášače nemali prístup do jám;
- vedenia programov na podporu hygieny v rámci všeobecnej čistoty a
- prekrytia jám a/alebo ich úpravy larvicídom, napríklad tam, kde sa endemicky vyskytuje horúčka dengue.

Tri hlavné druhy komárov, ktoré zodpovedajú za prenosné choroby, sú:

- *Culex* (filarióza a západonílsky vírus), rozmnožujú sa v stojatej vode s organickou zložkou, ako je napr. tá v toaletách;
- *Anopheles* (malária a filarióza), rozmnožujú sa v relatívne neznečistenej povrchovej vode, ako sú kaluže, pomaly tečúce potoky a studne; a
- *Aedes* (horúčka dengue, žltá horúčka, chikungunya a vírus Zika), rozmnožujú sa v nádobách na vodu, ako sú fľaše, vedrá a pneumatiky.

Biologické a nechemické bránenie šíreniu prenášačov: Biologické bránenie šíreniu prenášačov zahŕňa organizmy, ktoré sa živia prenášačmi, parazitujú na ich, konkurujú im alebo znižujú populácie cieľových druhov prenášačov. Napríklad ryby požírajúce larvy a sladkovodné kôrovce môžu likvidovať komáre *Aedes* (prenášače horúčky dengue). Jednou z najslubnejších stratégií je použitie *Wolbachie*, endosymbiotickej baktérie, ktorá slúži na obmedzenie prenosu vírusu dengue. Biologické bránenie šíreniu prenášačov je efektívne v určitých pracovných prostrediach a dôkazy poukazujú na jej vysokú mieru efektívnosti.

Hoci biologické bránenie zabraňuje chemickej kontaminácii prostredia, môže mať pracovné obmedzenia a neželané ekologické následky. Metódy biologického bránenia sú efektívne len vo fázach, keď sú komáre v nevyvinutom štádiu, a zvyčajne sa ich použitie obmedzuje na veľké nádoby z betónu alebo glazovanej hliny na skladovanie vody alebo studne. Zásadná je ochota miestnych komunit pridat' organizmy do nádob na vodu. Žiaduce je zapojenie komunity pri distribúcii kontrolných organizmov a pri monitorovaní a dopĺňaní nádob, pokiaľ je to nutné.

Reakcie environmentálneho inžinierstva: Rozmnožovanie prenášača znižuje niekoľko základných opatrení environmentálneho inžinierstva, napr.:

- správna likvidácia ľudských a zvieracích výkalov, správne fungujúce toalety a zakrývanie dier na latrínach;
- správna likvidácia tuhého odpadu s cieľom brániť šíreniu hmyzu a hlodavcov;
- riadne odvodnenie v osídleniach; a
- odvodnenie stojacej vody a odstránenie vegetácie v okolí otvorených kanálov a nádrží s cieľom brániť množeniu komárov.

Tieto opatrenia znížia hustotu populácie niektorých prenášačov. Z dlhodobého hľadiska nemusí byť možný dostatočný vplyv na všetky miesta rozmnožovania, kŕmenia a odpočinku prenášačov v rámci osídlenia alebo blízko pri ňom. V danom prípade zväzťe lokalizované chemické bránenie šíreniu alebo opatrenia na individuálnu ochranu. Ak sa počas epidémie použije sprejovanie infikovaných priestorov, môže klesnúť počet dospelých múch, čím sa predíde epidémii hnačky, alebo sa môže minimalizovať záťaž v súvislosti s ochorením. Reziduálne striekanie vnútorných priestorov zníži hustotu dospelaj populácie komárov prenášajúcich maláriu alebo dengue. Toxické návnady znížia populáciu hlodavcov.

Štátne a medzinárodné protokoly: WHO zverejnilo prehľadné medzinárodné protokoly a normy, ktoré riešia výber aj použitie chemických látok na bránenie šíreniu prenášačov, rovnako aj ochranu personálu a požiadavky na odbornú prípravu. Opatrenia na bránenie šíreniu prenášačov by mali riešiť dve hlavné oblasti: účinnosť a bezpečnosť. Ak národné normy týkajúce sa výberu chemických látok nezohľadňujú medzinárodné štandardy, obráťte sa na príslušný vnútroštátny orgán a lobujte v ňom, aby ste získali povolenie držať sa medzinárodných štandardov.

Chráňte celý personál, ktorý prichádza do styku s chemickými látkami jeho zaškolením, ochranným oblečením a zariadením na kúpanie. Obmedzte počet hodín, ktoré strávia manipuláciou s chemickými látkami.

Koordinácia liečby malárie: Uplatňujte stratégiu na bránenie šíreniu prenášača malárie súčasne s včasnou diagnostikou a liečbou antimalarikami. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – Štandard v oblasti prenosných chorôb 2.1.1: Prevencia.*



Štandard v oblasti bránenia šíreniu prenášačov 4.2: Činnosti, ktoré sa v rámci bránenia šíreniu prenášačov dajú robiť v domácnosti a pri jednotlivcoch

Všetky zasiahnuté osoby majú znalosti a prostriedky, aby mohli chrániť seba a svoje rodiny pred prenášačmi, ktoré môžu predstavovať značné zdravotné riziko alebo riziko z hľadiska vhodných životných podmienok.

Kľúčové kroky

- 1 V rámci celkového programu na podporu hygieny vyhodnotte aktuálne postupy na vyhýbanie sa prenášačom alebo ich plašeniu na úrovni domácnosti.
 - Identifikujte prekážky brániace prijatiu efektívnejších modelov správania a motivačné činitele.

- 2 Na zvyšovanie osvedy použite participatívne a prístupné kampane a informujte ľudí o probléme prenášačov, vysoko-rizikových časoch a miestach prenosu a o preventívnych opatreniach.
- Nadväzujúce kroky zabezpečte najmä u vysoko rizikových skupín.
- 3 Vyhodnoťte relevantné a efektívne preventívne opatrenia na miestnom trhu.
- Zvážte posilnenie trhov, aby zabezpečili udržateľný zdroj preventívnych opatrení.
 - Ak nie sú miestne trhy schopné uspokojiť dopyt, spolu s komunitou, miestnymi orgánmi a ostatnými sektormi vypracujte plán obstarávania, distribúcie a použitia vecí na bránenie šíreniu prenášačov.
- 4 Odborne pripravte komunity na monitorovanie, podávanie správ a spätnej väzby o problémových prenášačoch a programoch na bránenie ich šíreniu.

Kľúčové ukazovatele

Percento zasiahnutých osôb, ktoré môžu správne opísať spôsoby prenosu a efektívne opatrenia na bránenie šíreniu prenášačov na úrovni domácnosti

Percento ľudí, ktorí prijali primerané opatrenia na ochranu pred relevantnými chorobami prenášanými prenášačmi

Percento domácností s primeranou ochranou uskladnených potravín

Pokyny

Individuálne opatrenia na ochranu pred maláriou: Na ochranu pred maláriou slúžia včasné a systematické ochranné opatrenia, ako sú stany proti hmyzu, záclony a siete na posteľ. Dlhodobé insekticídne siete predstavujú istú mieru ochrany aj pred všami šatovými aj hlavovými, blchami, kliešťami, švábmi a ploščicami. Použite ďalšie ochranné metódy, napríklad oblečenie s dlhým rukávom, dezinfekcia domácnosti, zapálenie špirál proti komárom, sprejovanie aerosólov a repelenty proti komárom. Podporte používanie týchto metód u najohrozenejšej populácie, ako sú deti mladšie ako päť rokov, ľudia s nedostatočnou imunitou a tehotné ženy.

Vysoko ohrozené skupiny: Niektoré skupiny v komunite budú náchylnejšie na choroby súvisiace s prenášačmi než iné, platí to najmä o bábätkách, dojčatách, starších ľuďoch, osobách so zdravotným postihnutím, chorých ľuďoch a o tehotných a dojčiacich ženách. Identifikujte vysoko rizikové skupiny a podniknite konkrétne opatrenia na zníženie rizika. Dbajte na predchádzanie stigmatizácii.

Sociálna mobilizácia a komunikácia: Ak sa majú obmedziť ekosystémy larválneho štádia prenášačov a dospelá populácia prenášačov, je potrebná zmena správania na úrovni jednotlivca aj komunity. Do snáh o prevenciu a bránenie šírenia prenášačov by sa mali úplne začleniť sociálna mobilizácia a komunikačné činnosti a treba pritom využiť širokú škálu kanálov.

Individuálne ochranné opatrenia pred ďalšími prenášačmi: Primeraná osobná hygiena a pravidelné pranie oblečenia a postelnej bielizne sú najefektívnejšia ochrana pred všami šatovými. Kontrolujte zamorenie osobným ošetrovaním (pudrovaním), hromadným praním alebo kampaňami na odstránenie zamorenia. Vypracujte a používajte protokoly ochrany pre nové osoby, ktoré prichádzajú do osídlenia. Čistá domácnosť, efektívna likvidácia odpadu a primerané skladovanie varených aj nevarených potravín odradia potkany, iné hlodavce a hmyz (ako sú šváby) od vstupu do domov alebo prístrešia. ⊕ *Pozri Štandard na podporu hygieny 1.1: Podpora hygieny.*



5. Spracovanie tuhého odpadu

Spracovanie tuhého odpadu je proces manipulácie a likvidácie organického a neorganického tuhého odpadu. Zahŕňa:

- plánovanie systémov na spracovanie tuhého odpadu;
- nakladanie, oddeľovanie, skladovanie, triedenie a spracovanie odpadu pri zdroji;
- presun k zberným miestam a
- prepravu a konečnú likvidáciu, opätovné použitie, zmenu účelu alebo recykláciu.

Odpad sa môže tvoriť v domácnosti, na úrovni inštitúcie či komunity a zahŕňa aj zdravotnícky odpad. Môže ale nemusí byť nebezpečný. Nesprávne spracovanie tuhého odpadu ohrozuje verejné zdravie, keďže môže vytvárať priaznivé ekosystémy pre hmyz, hlodavce a iné prenášače chorôb. [⊕ Pozri Štandard v oblasti kontroly prenášačov 4.1: Bránenie šíreniu prenášačov na úrovni osídlenia.](#) Neupravený odpad môže znečistiť povrchovú a podzemnú vodu. Deti sa môžu hrať na zle obhospodarovanom tuhom odpade, čím sa vystavujú riziku zranenia alebo choroby. Zberači odpadu, ktorí si zarábajú zberom opätovne použiteľných materiálov zo skládok odpadu, sa tiež vystavujú riziku zranenia alebo infekčného ochorenia.

Pevný odpad môže zablokovať odvodňovacie systémy a vytvárať stojace a znečistené povrchové vody, ktoré sa môžu stať ekosystémom pre prenášače a ďalej ohrozovať pre verejné zdravie.

Tieto štandardy sa nevzťahujú na spracovanie ani likvidáciu tekutého chemického odpadu ani priesakových vôd. Zdroje a poradenstvo o nakladaní s nebezpečným odpadom a jeho spracovaní [⊕ nájdete v časti Citované a ďalšie zdroje.](#) Zdroje odporúčania na nakladanie s nebezpečným odpadom a jeho spracovanie. Zdroje o zdravotníckom odpade [⊕ pozri v Štandarde WASH 6: WASH v prostredí zdravotnej starostlivosti.](#)

Štandard o nakladaní s tuhým odpadom 5.1: Prostredie bez tuhého odpadu

Tuhý odpad je bezpečne zachytený, aby sa zabránilo znečisteniu prírodných, životných, vzdelávacích, pracovných alebo komunitných prostredí.

Kľúčové kroky

- 1 Na základe rizikovosti pre verejné zdravie, hodnotenia odpadu vyprodukovaného domácnosťami a inštitúciami a existujúcich postupov navrhnete program likvidácie tuhého odpadu.
 - Zhodnotte možnosti opätovného použitia, zmeny účelu, recyklácie alebo kompostovania na danom mieste.

- Usilujte sa pochopiť roly žien, mužov, dievčat a chlapcov pri nakladaní s tuhým odpadom, aby ste zabránili vytváraniu ďalšieho rizika z hľadiska ochrany.
- 2 ▾ V snahe nepreťažovať existujúce systémy a infraštruktúru spolupracujte s miestnymi alebo samosprávnymi orgánmi a poskytovateľmi služieb. Obzvlášť to platí v mestských oblastiach.
- Zabezpečte, aby všetci mohli používať nové a existujúce zariadenia na spracovanie a likvidáciu odpadu mimo danej lokality.
 - Vypracujte harmonogram, aby sa v oblasti spracovania tuhého odpadu čo najskôr dodržiavali miestne zdravotné štandardy alebo postupy.
- 3 ▾ Organizujte pravidelné a cielené kampane na zber tuhého odpadu a zabezpečte potrebnú infraštruktúru na podporu kampane.
- 4 ▾ Ľuďom, ktorí zbierajú a likvidujú tuhý odpad, a ľuďom zapojeným do opätovného používania alebo zmeny zámeru používania, dajte ochranné odevy a zabezpečte ich očkovanie.
- 5 ▾ Zabezpečte vhodné, dostatočné a bezpečne riadené priestory na spracovanie tuhého odpadu.
- Použite všetky bezpečné a primerané metódy na spracovanie a likvidáciu odpadu, vrátane zakopávania, riadeného skládkovania a spaľovania.
 - V priestoroch na nakladanie s odpadmi postupujte tak, aby ste zabránili rizikám z hľadiska ochrany a minimalizovali ich, a to najmä pri deťoch.
- 6 ▾ Minimalizujte odpad z obalov a znížte zaťaženie tuhým odpadom tým, že budete spolupracovať s organizáciami zodpovednými za distribúciu potravinových položiek a položiek do domácnosti.

Kľúčový ukazovateľ

V okolí určených susedských alebo komunálnych verejných zberných miest sa nehromadí tuhý odpad

Pokyny

Ľudia na cestách sa budú zbavovať ťažkých alebo nepotrebných predmetov. Tvorba tuhého odpadu na distribučných miestach môže zvýšiť napätie medzi hosťiteľským obyvateľstvom. Ak položky distribuované do domácností nespĺňajú skutočné potreby, objem tuhého odpadu sa zvýši. Je pravdepodobné, že tento tuhý odpad sa bude líšiť od odpadu, ktorý sa tvorí na mieste a možno ho bude treba upravovať alebo likvidovať iným spôsobom.

Mestské oblasti: Mestská infraštruktúra na spracovanie tuhého odpadu môže byť súčasťou systémov iných služieb. Na zmiernení záťaže vyplývajúcej z dodatočného množstva tuhého odpadu spolupracujte s existujúcimi orgánmi a systémami.



Ochrana osôb, ktoré manipulujú s odpadom: Každému, kto pôsobí v oblasti spracovania tuhého odpadu, zabezpečte ochranné oblečenie. Prinajmenšom im dodajte rukavice. V ideálnom prípade zabezpečte aj obuv a ochranné masky. V prípade potreby zabezpečte očkovanie proti tetanu a hepatitíde B. Postarajte sa o dostupnosť mydla a vody na umytie rúk a tváre. Informujte a vyškoolte zamestnancov o správnej preprave a likvidácii odpadu, a o rizikách v súvislosti s nesprávnym nakladaním s odpadom. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandard v oblasti prenosných chorôb 2.1.1: Prevencia.*

Osoby manipulujúce s odpadom môžu byť stigmatizované ako špinavé a chudobné. Konzultácia s komunitou môže pomôcť pri zmene postojov. Rovnako pomôže, ak sa postaráte, aby mali osoby manipulujúce s odpadom primerané vybavenie a vedeli si udržiavať čistotu.

Spoločné osídlenia a vidiecke oblasti: Likvidácia tuhého odpadu v domácnostiach je možná a dokonca aj preferovaná v spoločných osídleniach a oblastiach s nižšou hustotou obyvateľstva. Veľkosť jám na zakopávanie alebo spaľovanie tuhého odpadu z domácností stanovte podľa veľkosti domácnosti a na základe posúdenia odpadového toku. Jamy pre domácnosť by mali byť primerane oplatené, aby sa zabránilo vstupu detí a zvierat, a v ideálnom prípade by mali byť umiestnené najmenej 15 metrov od obydľí.

Susedským alebo komunitným zberným miestam dajte spočiatku 100-litrovú nádobu na každých 40 domácností. V dlhodobom horizonte zabezpečte jednu nádobu na desať domácností, keďže je pravdepodobné, že sa v nich časom začne tvoriť viac odpadu. Orientačne by mal byť k dispozícii 2,5-členný tím údržby na 1 000 osôb.

Opätovne použite, nájdite nové použitie a recyklujte: Povzbudte komunitu, aby opätovne používala a recyklovala tuhý odpad a nachádzala preň nové použitie, pokiaľ to samozrejme významne neohrozuje verejné zdravie. Zohľadnite potenciál nízkorozsahových podnikateľských príležitostí alebo dodatočného príjmu z recyklovania odpadu, ako aj možnosť kompostovania bio odpadu domácnosťami alebo komunitou.

Štandard v oblasti spracovania tuhého odpadu 5.2: Činnosti v domácnosti a osobné činnosti zamerané na bezpečné spracovanie tuhého odpadu

Ľudia môžu bezpečne zhromažďovať a potenciálne aj spracúvať tuhý odpad v domácnostiach.

Kľúčové kroky

- 1 Dajte domácnostiam vhodné, primerane veľké a zakryté nádoby na ukladanie odpadu z domácností alebo nádoby pre malé skupiny domácností.
 - Zohľadnite preferenciu domácnosti, pokiaľ ide o počet a veľkosť nádob na odpad, ktorý sa znovu použije a nádob na odpad, ktorý sa recykluje.

- 2 Jasne označte a oplotte verejné zberné miesta v okolí, kde môžu domácnosti každý deň ukladať odpad.
- 3 Zorganizujte systém pravidelného presunu odpadu z domácností a iného odpadu z miest určených na kolektívny zber.
- 4 Zaisťujte bezpečné manažovanie jám na zakopávanie alebo spaľovanie tuhého odpadu na úrovni domácností alebo komunity.

Kľúčové ukazovatele

Percento domácností s prístupom k susedským alebo komunálnym miestam zberu tuhého odpadu v prijateľnej vzdialenosti od obydľí

Percento domácností, ktoré uvádzajú vhodné a primerané ukladanie odpadu na úrovni domácnosti

Pokyny

Plánovanie: Množstvo ľuďmi vytvoreného tuhého odpadu závisí od spôsobu obstarávania a prípravy jedla aj od činností, ktoré sa vykonávajú v rámci domácnosti alebo v jej blízkosti. Zmeny množstva môžu byť sezónne a často odrážajú harmonogram distribúcie alebo trhov. Predpokladajte, že jedna osoba vytvorí 0,5 kg tuhého odpadu denne. Ak vychádzame z typickej hustoty tuhého odpadu v rozmedzí 200 – 400 kg/m³, rovná sa to 1 až 3 litrom na osobu na deň.

Štandard v oblasti spracovania tuhého odpadu 5.3: Systémy spracovania tuhého odpadu na komunitnej úrovni

Verejné zberné miesta nie sú zavalené odpadom a je zaistené bezpečné konečné spracovanie alebo likvidácia odpadu.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte, aby inštitúcie ako školy, vzdelávacie priestory, priestory ústretové k deťom alebo administratívne úrady mali jasne označené, primerané a vhodne zakryté miesta na ukladanie odpadu, ktorý na tam vznikne.
- 2 Vytvorte jasne označené a oplotené priestory na ukladanie odpadu zo spoločných priestorov, najmä na formálnych či neformálnych trhoch a tranzitných a registračných centrách.

Kľúčové ukazovatele

Percento škôl a vzdelávacích centier s primeraným a vhodným ukladáním odpadu

Percento verejných trhov s primeraným a vhodným ukladáním odpadu

Percento bezpečne spravovaných jám na tuhý odpad alebo spaľovní v školách, vzdelávacích centrách, na verejných trhoch a iných verejných inštitúciách



Pokyny

Odpad z trhovísk: Trhoviská si zaslúžia osobitnú pozornosť, pretože ako spoločným priestorom im často chýba rozmer vlastníckeho vzťahu a zodpovednosť za spracovanie tuhého odpadu. Väčšinu odpadu z trhovísk možno spracúvať rovnako ako tuhý domový odpad.

Odpad z bitúnku: Zabezpečte, aby bolo porážanie zvierat hygienické a v súlade s miestnymi zákonmi. S väčšinou tuhého odpadu z bitúnkov a trhov s rybami možno nakladať ako s tuhým domovým odpadom, osobitnú pozornosť ale venujte tekutému odpadu. Ak je to vhodné, tento odpad zlikvidujte v zakrytej jame vedľa bitúnku alebo v továrni na spracovanie rýb. Krv a iný tekutý odpad zved'te do jamy prekrytým kanálom, aby sa obmedzil prístup hmyzu k jame. Zabezpečte vodu na čistenie.

6. WASH pri vypuknutí nákazy a v zdravotníckych zariadeniach

WASH a zdravotnícki aktéri spolupracujú na znižovaní ohrozenia verejného zdravia, na predchádzaní prenosu chorôb a na zabránení vypuknutiu nákazy. Ak sa má riešiť ohrozenie verejného zdravia v rámci komunity a v zdravotníckych zariadeniach, je potrebná intenzívna koordinácia so štátnymi orgánmi a partnermi naprieč tými dvoma sektormi. Tento štandard vychádza z noriem WASH 1– 5 a z kapitoly o zdraví, ktoré majú usmerňovať všetky technické zásady a ktoré si treba komplexne preštudovať.

Prevenca a bránenie šíreniu infekcie (PBŠI) je kľúčom pri prevencii chorôb v každej situácii a aj v reakcii na vypuknutie nákazy. Je to dôležité pre pacienta, zdravotníckeho pracovníka aj komunitu. Zdravotnícke agentúry sú povinné zabezpečiť napĺňanie Minimálnych štandardov v zdravotníckych zariadeniach, ale to si často vyžaduje štruktúrovanú spoluprácu a podporu od aktérov WASH.

Riadne a jednotne uplatňované postupy WASH v komunite a zdravotníckych zariadeniach znižujú prenos infekčných ochorení a pomáhajú zabrániť vypuknutiu nákazy. Minimálne činnosti v tomto štandarde sa uplatňujú pri pokračujúcej pomoci a zvyrazňujú oblasti, ktoré treba posilniť v prípade vypuknutia nákazy.

Komunitná reakcia na vypuknutie nákazy

Reagovať na každú zložku WASH často nie je veľmi praktické. Sústreďte sa na okamžité ohrozenie verejného zdravia, budujte dôveru a zodpovednosť v rámci komunít. Uprednostnite reakciu na základe epidemiologických zistení, hodnotenia rizikových faktorov, spôsobov prenosu (najmä iných ako fekálno-orálnych), očakávaného dopadu jednotlivých zásahov a dostupných zdrojov.

Zapojenie komunity zostáva kľúčovou zložkou reakcie na vypuknutie nákazy, ak sa má prechádzať jej šíreniu. Existujúce vnímanie alebo presvedčenie komunity môže reakciu podporiť alebo ju brzdiť, preto je dôležité, aby ste názorom komunity im rozumeli a riešili ich. Prevencia prenosu choroby si môže vyžadovať zmenu niektorých sociálnych noriem. S komunitou spolupracujte napríklad na tom, aby ste našli alternatívne formy pozdravu, ktoré by nahradili podanie ruky.

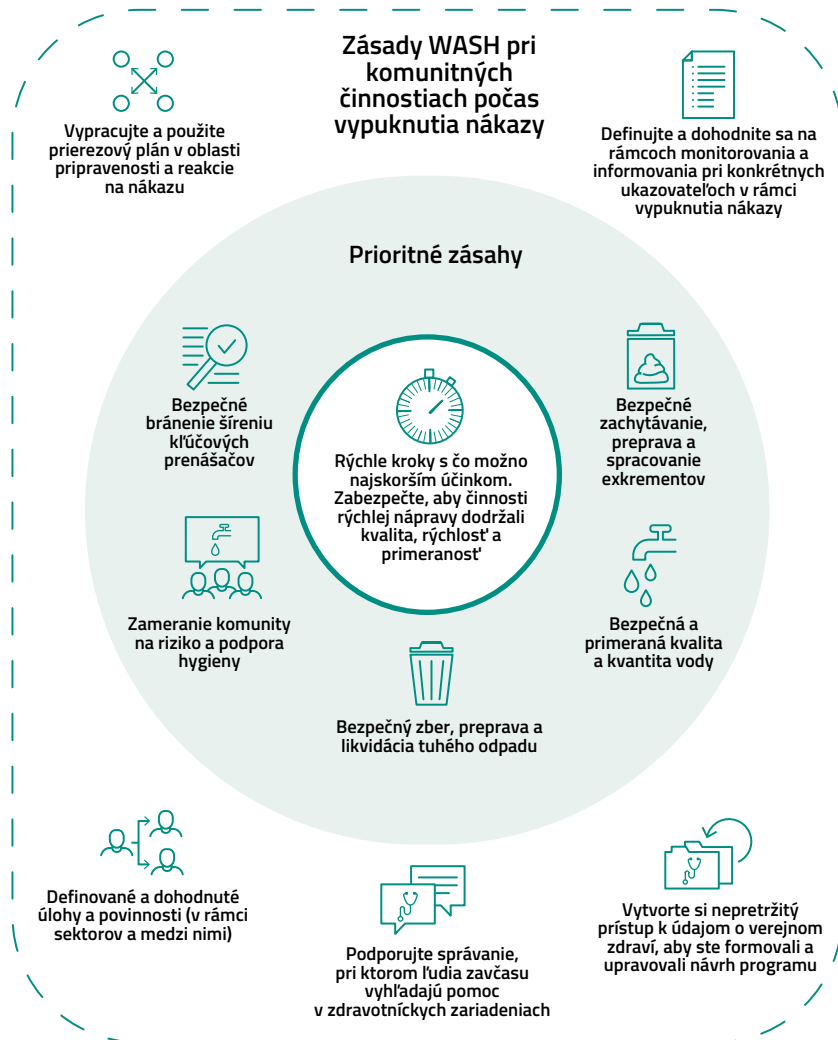
Podporujte osobitné opatrenia na prevenciu chorôb a ich liečbu v rámci zasiahnutej komunity. Môže sem patriť používanie sietí proti komárom na predchádzanie malárie alebo podávanie perorálnych rehydratačných solí a zinku (deťom) pri hnačkách.

Ak majú terénni pracovníci v komunite aktívne vyhľadávať prípady alebo podobné úlohy, musia mať odbornú prípravu. Do celkového vyšetrovania vypuknutia nákazy a reakcie začleňte všetky údaje. Rýchle sledovanie šírenia nákazy a zasiahnutých skupín zohráva kľúčovú úlohu pri včasnej reakcii. Integrované údaje v spoločnom systéme zabránia zdvojenému započítaniu alebo opomenutiu kľúčových oblastí.

⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandard v oblasti prenosných chorôb 2.1.4: Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy.*



Pri každom vypuknutí nákazy dodržiavajte aktualizované technické pokyny, keďže nové choroby prinášajú odlišné riziko a iné následky. **Prioritne je potrebné dodržiavať existujúce rozsiahle usmernenia o PBŠI v rámci prevencie a bránenia šíreniu konkrétnych chorôb.** + *Pozri Citované zdroje uvedené nižšie* Tento štandard obsahuje minimum otázok, ktoré treba zohľadniť, a opisuje spoluprácu medzi sektorom WASH a zdravotným sektorom. Nižšie uvedený graf obsahuje prehľad kľúčových komunitných činností WASH počas vypuknutia nákazy. Zdravotnícke činnosti nájdete v časti + *Základná zdravotná starostlivosť – štandard v oblasti prenosných chorôb 2.1.1 až 2.1.4.*



Zásady WASH, pokiaľ ide o komunitnú činnosť pri vypuknutí nákazy (obrázok 4)

Štandard 6: WASH v zdravotníckom prostredí

Všetky zdravotnícke zariadenia dodržiavajú minimálne štandardy WASH v oblasti prevencie a bránenia šíreniu infekcie, a to aj v čase vypuknutia nákazy.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte spoľahlivé zásobovanie vodou dostatočnej kvality aj kvantitu a primeranej zdravotníckemu prostrediu.
 - Skladujte aspoň 48-hodinovú zásobu nezávadnej vody (0,5 mg/l voľného zvyškového chlóru), aby ste zabezpečili jej stálu zásobu.
 - **Prepuknutie nákazy:** Zvýšte množstvo vody a prispôbte chlórové roztoky typu choroby, rizikám a potrebám.
- 2 Zabezpečte dostatočné množstvo zariadení na likvidáciu exkrementov, aby ste obmedzili prenos choroby.
 - Zabezpečte toaletné stoličky a vedrá pre tých, ktorí majú problémy s mobilitou.
 - Čistite sanitačné zariadenia (toalety, sprchy, priestory na umývanie) mydlom a čistiacim prostriedkom. Na toaletách sa vyhnite používaniu silných čistiacich prostriedkov.
 - **Prepuknutie nákazy:** Zabezpečte zariadenia na likvidáciu exkrementov v každej časti zdravotníckeho zariadenia.
 - **Prepuknutie nákazy:** Prispôbte materiály a zásoby konkrétnej chorobe, ako sú lôžka pre pacientov s cholerou a toaletné vedrá či vedrá na zvratky.
 - **Prepuknutie nákazy:** Stanovte ďalšie preventívne opatrenia na upratovanie zariadení a vybavenia v rámci nakladania s výkalmi, na ich vyradenie z prevádzky a odstraňovanie kalu.
- 3 Zabezpečte dostatok čistiacich prostriedkov a vybavenia pre zdravotníckych pracovníkov, pacientov a návštevníkov, aby sa zabezpečila hygiena.
 - Na kľúčových miestach vytvorte priestor na umývanie rúk bezpečnou vodou, mydlom alebo alkoholovou emulziou. Zabezpečte sušenie vzduchom alebo jednorazové utierky.
 - **Prepuknutie nákazy:** V každej zóne zabezpečte priestory na umytie rúk.
 - **Prepuknutie nákazy:** Vytvorte dodatočné hygienické postupy, ako chlórové kúpele nôh alebo sprejovanie (v závislosti od choroby) a umývanie rúk pred nasadením osobných ochranných pomôcok (OOP) alebo pri ich odstraňovaní.
 - **Prepuknutie nákazy:** Pred prepustením dajte pacientom osobitné hygienické položky aj školenie.
- 4 Prostredie udržiavajte čisté a hygienické.
 - Podlahy a horizontálne pracovné povrchy denne umývajte vodou a čistiacim prostriedkom.
 - Potenciálne kontaminované povrchy čistite a dezinfikujte 0,2 % roztokom chlóru.



- Pred každým použitím zdravotníckych pomôcok na opakované použitie ich v závislosti od rizika vyčistite, vydezinfikujte alebo sterilizujte.
- Po namočení vydezinfikujte všetku bielizeň 0,1 percentným roztokom chlóru, pokiaľ je viditeľne zašpinená. Sterilizujte všetku bielizeň určenú na operačné sály.
- **Prepuknutie nákazy:** Pri čistení podláh a kontaminovaných povrchov zvýšte koncentráciu dezinfekčných prostriedkov. Zvážte osobitné mechanizmy na dezinfekciu bielizne.

5 Odpad spracúvajte, nakladajte s ním a likvidujte ho správne.

- Triedte zdravotnícky odpad na mieste jeho vzniku, využite metódu troch košov.
- Všetkých zdravotníckych pracovníkov informujte o triedení odpadu a nakladaní s ním.
- Zabezpečte, aby určené tímy mali pri zbere, spracovaní a likvidácii odpadu oblečené OOP (minimálne rukavice a topánky).
- **Prepuknutie nákazy:** Posilnite preventívne opatrenia pri manipulácii s odpadom, používajte všetky možnosti OOP v závislosti od typu choroby.

6 Dbajte na to, aby všetci zdravotnícki pracovníci, pacienti aj ošetrovatelia používali vhodné OOP.

- Zabezpečte OOP podľa typu vystavenia nákazy a kategórie preventívnych izolačných opatrení.
- Informujte zdravotníckych pracovníkov, pacientov a ďalšie osoby v zariadení o výbere, použití a likvidácii OOP.
- **Prepuknutie nákazy:** Zhodnotte typ predpokladaného vystavenia nákazy a prispôbte jej OOP.

7 S mŕtvymi telami manipulujte a pochovávajte ich dôstojne, primerane kultúrnemu kontextu a z hľadiska postupov v oblasti verejného zdravia.

- Zohľadnite miestne tradície a tiež potrebu identifikácie a vrátenia tiel zosnulých ich rodinám.
- **Prepuknutie nákazy:** Pokiaľ nie sú zvyčajné postupy bezpečné, s komunitou identifikujte ich alternatívy.
- **Prepuknutie nákazy:** Vyškolte tímy a zabezpečte im primerané OOP na pochovávanie.

Kľúčové ukazovatele

Všetci zdravotnícki pracovníci si pred každým kontaktom s pacientom aj po ňom umývajú ruky mydlom alebo alkoholovou emulziou

Všetci pacienti a ošetrovatelia si umývajú ruky pred manipuláciou s jedlom alebo pred jeho konzumáciou a po použití toalety

Všetky stanice na umývanie rúk sú vybavené mydlom alebo alkoholovou emulziou (alebo 0,05 percentným roztokom chlóru pri vypuknutí nákazy)

Počet staníc na umývanie rúk

- Minimum: jedna stanica na každých desať hospitalizovaných pacientov

Kvalita pitnej vody na zásobovacích miestach

- Minimum: 0,5 – 1 mg/l FRC

Množstvo dostupnej bezpečnej vody

- Minimum: 5 litrov na ambulantného pacienta na deň
- Minimum: 60 litrov na pacienta na deň v centre na liečbu cholery
- Minimum: 300 – 400 litrov na pacienta na deň v centre na liečbu vírusovej hemoragickej horúčky

Počet dostupných toaliet

- Minimum: štyri v ambulantných zariadeniach (oddelené pre mužov, ženy a zdravotníckych pracovníkov)
- Minimum: 1 na 20 hospitalizovaných pacientov (oddelené pre mužov, ženy, deti a zdravotníckych pracovníkov)

Pokyny

Program **prevencie a bránenia šíreniu infekcie** tvorí zásadnú časť vo všetkých zdravotníckych zariadeniach vrátane sanitných vozidiel a komunitných zdravotníckych programov. Vyžaduje si vypracovanie smerníc o preventívnych štandardoch a opatreniach z hľadiska prenosu a klinických aseptických techník. Vytvorte špecializovaný tím na prevenciu a bránenie šíreniu infekcií v každom zariadení a zabezpečte školenie o nich pre zdravotníckych pracovníkov. Systémy dohľadu by mali monitorovať infekcie súvisiace so zdravotnou starostlivosťou a antimikrobiálnu rezistenciu. Zariadenia by mali mať primerané počty zamestnancov a mali by byť primerane vyťažené. Postel' má byť vyhradená jednému pacientovi. Zdravotná starostlivosť by sa mala poskytovať v bezpečnom a primeranom prostredí s dostatočnou infraštruktúrou WASH a vybavením na dodržiavanie bezpečných hygienických postupov. ⊕ *Pozri Štandardy v oblasti zdravotných systémov 1.1 a 1.2.*

Množstvo a kvalita vody Pri výpočte potrebného množstva vody si pozrite hodnoty v Prílohe 3 a prispôbte ich situácii. *Pozri Príloha 3: Minimálne množstvo vody.* Mobilné kliniky by sa mali usilovať o zabezpečenie rovnakých štandardov WASH ako pri ambulantnej starostlivosti, a to vrátane prístupu k zdroju bezpečnej vody a toaletám. V zariadení zabezpečte zásoby (a skladovanie) vody najmenej na 48 hodín. Pri vypuknutí nákaz, ako sú ebola a cholera, zabezpečte zásoby vody na 72 hodín. Základy komunitných programov WASH ⊕ *Štandardoch v oblasti zásobovania vodou 2.1 a 2.2.*

Na jednotlivé použitia v zdravotníckych zariadeniach sa vyžadujú nasledujúce roztoky chlóru.



Chlórový roztok	Činnosť v zdravotníckom zariadení
0,05 %	Umývanie rúk Práčovňa (po vyčistení)
0,2 % (cholera) 0,5 % (ebola)	Utieranie horizontálnych pracovných povrchov po vyčistení (len pri cholere) Čistiace prostriedky, zástery, topánky, kuchynský riad pri varení a tanieri Opláchnutie toaletných mís, vedier Čistenie povrchov znečistených telesnou tekutinou Príprava tiel mŕtvych (ebola)
2 %	Príprava tiel mŕtvych (cholera) Pridávané do vedier na výkaly a zvracky (cholera)
1 %	Základný roztok na chlórovanie vody

Nakladanie s výkalmi: ⊕ Pozri Štandardy v oblasti nakladania s výkalmi 3.1 až 3.3, ktoré obsahujú všeobecné usmernenie o nakladaní s výkalmi a štandard na podporu hygieny 1.3: Zabezpečenie menštruačnej hygieny a zvládanie inkontinencie pre špecifické informácie o materiáloch.

Zabezpečte technicky a kultúrne vhodné zariadenia s toaletami, s osobitným zamykaním, dostatočným osvetlením a dostatkom priestoru pre opatrovateľov, aby mohli pomôcť pacientom. Všetky sanitačné zariadenia (toalety, sprchy, priestory na umývanie) by sa mali čistiť vodou a čistiacim prostriedkom. Vyhnite sa používaniu silných dezinfekčných prostriedkov vnútri toalety (najmä pri septických nádobách), keďže sa tým narušujú prirodzené procesy biologického rozkladu niektorých patogénov.

V čase vypuknutia nákazy podniknite dodatočné preventívne opatrenia pri upratovaní, vyradovaní z prevádzky alebo odstraňovaní kalu zo zariadení a vybavenia na výkaly (napríklad chlórový roztok na čistenie, ošetrenie oxidom vápenatým alebo chlórom).

Sivá voda: Sivú vodu likvidujte prinajmenšom použitím zachytávača tukov a odtokovej jamy. Oplot'te ju, aby ste zabránili zasahovaniu verejnosti.

Odpad zo zdravotnej starostlivosti obsahuje infekčné organizmy ako HIV a hepatitídu B, ktoré môžu kontaminovať pôdu a zdroje vody. Použite minimálne metódu trojiťo koša na zber a triedenie odpadu hneď pri jeho vzniku:

Katégoria	Príklad	Farba/označenie nádoby
Zmesový odpad Nerizikový	Papier	Čierny
Použitie ostré časti Nebezpečný, infekčný	Ihly, skalpely, infúzne súpravy, rozbité sklo, prázdne ampulky	Žltý, označený „OSTRÝ“, odolný voči pretečeniu a prepichnutiu
Bez ostrých častí Nebezpečný, infekčný	Materiály kontaminované telesnými tekutinami, ako sú tampóny, obvazy, pomôcky pri šití, laboratórne kultúry	Žltý, označený a odolný voči pretečeniu

Možno bude potrebné ďalšie triedenie – vrátane patologického (ľudske tkanivo), farmaceutického a chemického odpadu (laboratórne činidlá). Zo zdravotníckeho prostredia zbierajte vytriedený odpad minimálne raz denne a v prípade vysoko infekčného odpadu okamžite. Na prepravu odpadu určenou cestou do vyhradených priestorov, kam je vstup verejnosti obmedzený, použite vozíky. Nádoby na odpad, vozíky aj skladovacie priestory sa musia pravidelne dezinfikovať. Všetky osoby, ktoré manipulujú s odpadom zo zdravotnej starostlivosti, zaočkujte proti hepatitíde B a tetanu.

Nakladajte s odpadom a likvidujte ho v závislosti od dostupných zariadení:

Kategória	Spracovanie a likvidácia
Všeobecný	Recyklujte, spaľujte alebo zakopávajúte Komunálne skládky odpadov
Použitá ostré časti	Jama na ostré časti Uzavrieť do puzdra a zakopať na skládke Spáliť (okrem ampuliek), potom zakopať do jamy s popolom (opatrne, ostré časti sa nemusia zatupiť)
Infekčný (bez ostrých častí)	Jama na zakopanie (odpad zasypte oxidom vápenatým) Spáliť, potom zakopte do jamy s popolom Sterilizujte alebo chemicky ošetríte
Patologický	Závisí od spoločensko-kultúrnych noriem: Jamy na zahrabanie (napr. jama na placentu) alebo pohrebiská Kremácia
Farmaceutický	Ak je možné, dodržte vnútroštátne usmernenia alebo vráťte dodávateľovi Vložte do puzdra a zlikvidujte na skládke Špeciálne spaľovacie zariadenia (> 1 200 °C)
Chemický odpad	Ak je možné, dodržte vnútroštátne usmernenia alebo vráťte dodávateľovi Malé množstvá sa môžu spáliť alebo vložiť do puzdra Spracujte v spracovateľskom podniku alebo v rotačnej vypaľovacej peci

Spaľovne by mali používať teplotu vyššiu ako 900 °C a disponovať dvoma komorami. Nekvalitné spaľovacie zariadenia produkujú toxické emisie a látky znečisťujúce ovzdušie, pričom nedosahujú úplnú sterilizáciu. Všetky jamy a spaľovacie zariadenia majú byť vybudované podľa existujúcich vnútroštátnych a medzinárodných štandardov a ich prevádzka, údržba aj vyradenie z prevádzky majú byť bezpečné.

Osobné ochranné pomôcky (OOP) sú povinné z hľadiska súladu s protokolmi PBŠI a tiež na to, aby pacienti, rodiny ani zamestnanci neboli vystavení ďalšiemu riziku.

Vyhodnoťte predpokladaný typ vystavenia nákazy (postriekanie, rozprašovanie, kontakt alebo dotyk) a kategóriu prenosu choroby. Použite výstroj, ktorý dobre padne, je trvácny a vhodný (odolný voči tekutinám alebo nepremokavý).

Základné OOP chránia používateľa pre vystavením krvi, telesnej tekutine, sekrétom alebo výlučkom. Obsahujú: rukavice pri kontakte s infekčným materiálom; plášte/zástery, ak je oblečenie alebo odhalená pokožka v kontakte s infekčným materiálom;



ochrana tváre, ako sú masky, ochranné okuliare alebo štíty na ochranu pred postriekaním, kvapkami alebo rozprašovanými časticami. Možno budú potrebné aj dodatočné OOP (alebo základné OOP v dodatočnom čase) v závislosti od typu prenosu choroby: kontaktom (napr. plášte a rukavice pri pobyte v prostredí pacienta); kvapôčkami (chirurgické rúška vo vzdialenosti 1 metra od pacienta); prenášaných vzduchom (osobitné respirátory).

Pri vstupe do priestorov na prezliekanie vyhodte jednorazové OOP do odpadkových košov (napr. 220-litrové sudy). Zhromaždite a preneste koše do zóny určenej na nakladanie s odpadom. OOP na opakované použitie, ako sú vysoko odolné rukavice a ochranné okuliare, vložte do nádob s 0,5 percentným chlórovým roztokom. Primerane ich čistite, perte, opravujte a uchovávajte.

Pri každom kroku v rámci vyzliekania by mal byť k dispozícii 0,5 percentný chlórový roztok na umytie rúk v rukaviciach. Pri poslednom kroku vyzliekacieho procesu zabezpečte samostatný stojan na umývanie rúk s 0,05 percentným chlórovým roztokom.

Nakladanie s mŕtvymi: Podporujte bezpečné, dôstojné a kultúrne primerané pochovávanie mŕtvych vrátane identifikácie všetkých osôb. Umožnite ľuďom identifikovať členov rodiny a pochovať ich. Neukladajte telá bez potrebných formalít do masových hrobov. Masové pochovávanie môže byť prekážkou pri vystavovaní dokladov o úmrtí, ktoré sú potrebné pri domáhaní sa zákonných práv. Pri pochovávaní obetí násilia zohľadnite potenciálne právne otázky. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti zdravotných systémov 1.1: Poskytovanie zdravotnej služby.*

Počas vypuknutia nákazy môžu byť v závislosti od patogénu choroby a jej prenosu potrebné osobitné preventívne opatrenia, ako napr. umytie mŕtveho chlórovým roztokom. Rituály súvisiace s očistou a starostlivosťou o mŕtveho môžu zvýšiť pravdepodobnosť prenosu choroby, ale necitlivé nerešpektovanie kultúrnych postupov môže viesť k tajnému pochovávaniu, ktoré sa nebude nahlasovať.

Zdravotnícki pracovníci a pohrebné tímy by mali mať vždy oblečené OOP. Zabezpečte pochovávajúcim komunitným pracovníkom psychosociálne služby. Pri predchádzaní stigmatizácie ľudí, ktorí vykonávajú túto úlohu, spolupracujte s lídrami komunity.

Vyradenie z prevádzky: O spôsobe vyradenia dočasného zdravotníckeho zariadenia, ktoré vzniklo počas reakcie, z prevádzky sa poraďte sa s komunitou, miestnymi orgánmi a humanitárnymi aktérmi.

Príloha 1

Kontrolný zoznam na posúdenie počíatočných potrieb v oblasti zásobovania vodou, sanitácie a podpory hygieny

Tento zoznam otázok slúži primárne na posúdenie potrieb, identifikáciu zdrojov a opísanie miestnych podmienok. Nezahŕňa otázky, ktoré rozhodujú o vonkajších zdrojoch potrebných na doplnenie lokálne a okamžite dostupných zdrojov.

Všeobecné

- Koľko ľudí je zasiahnutých a kde sa nachádzajú? Rozčleňte údaje podľa pohlavia, veku, zdravotného postihnutia atď.
- Aká je pravdepodobnosť ich migrácie? Aké sú bezpečnostné faktory zasiahnutých ľudí a možných núdzových reakcií?
- Aké sú súčasné, prevažujúce alebo možné choroby súvisiace s WASH?
- Kto sú kľúčoví ľudia, s ktorými sa treba poradiť alebo ktorých treba kontaktovať?
- Kto v danom obyvateľstve sú zraniteľné osoby a prečo?
- Platí rovnaký prístup k existujúcim zariadeniam vrátane tých na verejných miestach, v zdravotníckych centrách a školách pre všetkých?
- Akým osobitným bezpečnostným rizikám čelia ženy, dievčatá, chlapci a muži? Rizikové skupiny?
- Na aké postupy v oblasti vody, sanitácie a hygienickej praxe bolo obyvateľstvo zvyknuté pred krízou?
- Aké sú formálne a neformálne mocenské štruktúry (napríklad lídri komunity, starší, ženské skupiny)?
- Ako sa rozhoduje v domácnostiach a v komunite?
- Je možný prístup na miestne trhoviská? Aké kľúčové tovary a služby v oblasti WASH boli na trhu dostupné pred krízou a ktoré sú dostupné počas krízy?
- Majú ľudia prístup k hotovosti a/alebo úveru?
- Je potrebné vedieť o sezónnych zmenách, ktoré môžu obmedziť prístup k práci alebo zvýšiť dopyt po nej, napríklad obdobie zberu úrody?
- S ktorými kľúčovými orgánmi je potrebné sa spojiť a spolupracovať?
- Kto sú miestni partneri v geografickej oblasti, ako napr. skupiny občianskej spoločnosti, ktoré majú rovnaké kapacity v rámci WASH a zapojenia komunity?

Podpora hygieny

- Na aké postupy v oblasti vody, sanitácie a hygieny boli ľudia zvyknutí pred krízou?
- Ktoré existujúce postupy škodia zdraviu, kto ich robí a prečo?



- Kto sa ešte správa pozitívne z hľadiska hygieny, čo im to umožňuje a čím sú motivovaní?
- Aké sú výhody a nevýhody navrhovaných zmien v praxi?
- Aké formálne aj neformálne komunikačné a osvetové kanály (komunitní zdravotnícki pracovníci, tradičné pôrodné asistentky/asistenti, tradiční liečitelia, kluby, družstvá, kostoly a mešity) ešte existujú?
- Aký je v oblasti prístup k masmédiám (napr. rozhlasu, televízii, videám, novinám)?
- Aké mieste mediálne organizácie a/alebo mimovládne organizácie tu pôsobia?
- Na ktoré časti obyvateľstva sa možno a na ktoré sa treba zamerať (napr. matky, deti, lídri komunity, náboženský lídri)?
- Aký osvetový systém by v tomto kontexte mohol fungovať z hľadiska okamžitej a strednodobej mobilizácie (napr. dobrovoľníci v oblasti hygieny v komunite, pracovníci, podporovatelia, školské zdravotné kluby, komisie WASH)?
- Čo sa potrebujú naučiť zamestnanci venujúci sa podpore hygieny a komunitní terénni pracovníci?
- Aké nepotravinové položky sú dostupné a ktoré najviac treba z hľadiska preferencií a potrieb?
- Kde majú ľudia prístup na trhy, aby si kúpili základný hygienický tovar? Zmenil sa tento prístup od krízy (cena, rozmanitosť, kvalita)?
- Ako sa domácnosti dostávajú k základným hygienickým potrebám? Kto rozhoduje o tom, ktoré položky sa kúpia a kto určuje priority?
- Nakol'ko efektívne sú hygienické postupy v zdravotníckom prostredí (osobitne dôležité v epidemických kontextoch)?
- Aké sú potreby a preferencie žien a dievčat, pokiaľ ide o postupy v oblasti menštruačnej hygieny?
- Aké sú potreby a preferencie ľudí trpiacich inkontinenciou?

Zásobovanie vodou

- Aký je súčasný zdroj zásobovania vodou a kto ho v súčasnosti používa?
- Aké množstvo vody má osoba na deň?
- Aká je denná a týždenná frekvencia dostupného zásobovania vodou?
- Stačí voda pri zdroji na pokrytie krátkodobých a dlhodobých potrieb všetkých skupín?
- Sú zberné miesta vody dostatočne blízko k obydliam ľudí? Sú bezpečné?
- Je súčasné zásobovanie vodou spoľahlivé? Ako dlho bude trvať?
- Majú ľudia dostatok nádob na vodu primeranej veľkosti a vhodného typu (zber a skladovanie)?
- Je zdroj vody kontaminovaný alebo mu hrozí kontaminácia (mikrobiologická, chemická alebo rádiologická)?
- Funguje systém úpravy vody? Je úprava potrebná? Je úprava možná? Aká úprava je potrebná?
- Je potrebná dezinfekcia? Má komunita problémy, pokiaľ ide o chuť vody a jej prijatie, ktoré súvisia s chuťou a pachom po chlóre?

- Sú v blízkosti alternatívne zdroje vody?
- Aké tradičné presvedčenia a postupy súvisia so zberom, skladovaním a použitím vody?
- Existujú prekážky ktoré bránia použitiu dostupných zdrojov zásobovania vodou?
- Je možné presťahovať obyvateľstvo, ak by zdroje vody neboli primerané?
- Aké sú alternatívy, ak zdroje vody nie sú primerané?
- Existujú tradičné presvedčenia a postupy týkajúce sa hygieny (napríklad počas vypuknutia cholery na Haiti sa choroba spájala s kultúrou vúdú)? Sú niektoré z týchto presvedčení či postupov užitočné alebo škodlivé?
- Aké sú kľúčové hygienické otázky súvisiace so zásobovaním vodou?
- Nakupujú ľudia vodu? Ak áno, kde ju kupujú, za akú cenu a na aké účely? Zmenil sa tento prístup (cena, kvalita, pravidelnosť dodávok)?
- Majú ľudia prostriedky na hygienické použitie vody?
- Sú miesta s vodou a práčovne a priestory na kúpanie dobre odvodnené?
- Sú pôdne podmienky vhodné na nakladanie s problematickou vodou z vodných zdrojov a priestorov na pranie a kúpanie na mieste alebo mimo neho? Vykonalo sa testovanie v oblasti priesaku pôdy?
- Aký je zvyčajný zdroj vody pre hospodárske zvieratá v prípade vidieckeho vysídlenia?
- Bude mať zásah v oblasti zásobovania vodou, naberania a použitia zdrojov vody vplyv na životné prostredie?
- Kto iný momentálne používa zdroje vody? Hrozí riziko konfliktu, ak by zdroje použili nové skupiny obyvateľstva?
- Aké sú možnosti spolupráce v oblasti zásobovania vodou so súkromným a/alebo verejným sektorom? Aké obmedzenia a príležitosti by mohli mať vplyv na analýzu reakcie a odporúčania v súvislosti s reakciou?
- Aké úlohy sú potrebné pri prevádzke a údržbe? Aké sú dostupné kapacity, ktoré by ich naplnili v krátkodobom či dlhodobom horizonte? Kto by za ne mal zodpovedať?
- Existuje mechanizmus alebo potenciálny mechanizmus, prípadne systém financovania, aby sa vrátili náklady na prevádzku a údržbu?
- Aký má hostiteľské obyvateľstvo prístup k vode a ako zabezpečuje bezpečnosť vody na mieste použitia?

Likvidácia exkrementov

- Je prostredie bez fekálií?
- Ak sa vykonávanie potreby deje na otvorenom priestranstve, je na to vyhradený priestor?
- Existujú tam už nejaké zariadenia? Ak áno, využívajú sa? Sú dostatočné? Darí sa ich prevádzkovať? Možno ich rozšíriť alebo upraviť?
- Sú bezpečné a dôstojné: osvetlené, vybavené zámkom, sú tam zásteny na zabezpečenie súkromia? Majú ľudia prístup do zariadení s toaletami cez deň aj v noci? Pokiaľ v noci nemajú prístup, aké sú alternatívy?



- Aké postupy nakladania s výkalmi používa hostiteľské obyvateľstvo?
- Ohrozuje súčasný postup vykonávania potreby zásoby vody (povrchovej alebo podzemnej) pre obývané oblasti alebo všeobecne pre prostredie?
- Je pri návrhu toaliet potrebné zohľadniť sociokultúrne normy?
- Vedia ľudia, ako toalety vyzerajú, fungujú a ako sa používajú?
- Z akých lokálnych materiálov sa dajú postaviť toalety?
- Akceptuje sa kompostovanie a je zavedený kompostovací postup?
- V akom veku začínajú deti používať toalety?
- Ako sa nakladá s fekáliami dojčiat a mladších detí?
- Aký sklon má terén?
- Aká je hladina podzemnej vody?
- Sú pôdne podmienky vhodné na likvidáciu exkrementov na mieste?
- Prispievajú aktuálne postupy likvidácie exkrementov k výskytu prenášačov?
- Sú k dispozícii prostriedky alebo voda na análnu hygienu? Ako ľudia zvyčajne tieto prostriedky likvidujú?
- Umývajú si ľudia ruky po potrebe a pred prípravou jedla a jedením? Sú mydlo a iné čistiace prostriedky s vodou k dispozícii pri toaletách alebo v rámci domácnosti?
- Ako zvládajú ženy a dievčatá menštruáciu? Majú na to primerané a dostupné materiály alebo zariadenia?
- Sú v zdravotníckych zariadeniach k dispozícii osobitné zariadenia alebo vybavenie na sprístupnenie sanitácie osobám so zdravotným postihnutím, ľuďom s HIV, ľuďom s inkontinenciou alebo nemobilným ľuďom?
- Boli posúdené environmentálne hľadiská: napríklad ťažba surovín, ako sú piesok a štrk na stavby a ochrana prostredia pred fekáliami?
- Sú v komunite zruční robotníci, ako murári či tesári, a pomocníci bez zručností?
- Sú k dispozícii autá na odstraňovanie fekálií alebo vozidlá na vývoz kalov? Likviduje sa aktuálne zhromaždený fekálny odpad primerane a bezpečne?
- Aká je vhodná stratégia nakladania s výkalmi – vrátane zachytávania, vyprázdňovania, spracovania a likvidácie?

Choroby šírené prenášačmi

- Aké sú riziká chorôb šírených prenášačmi a nakoľko sú závažné?
- Aké sú denné alebo sezónne vzorce prenášačov na danom mieste vo vzťahu k rozmnožovaniu, odpočinku a kŕmeniu?
- Existujú tradičné presvedčenia alebo praktiky súvisiace s prenášačmi a chorobami šírenými prenášačmi (napr. presvedčenie, že maláriu spôsobuje špinavá voda)? Sú niektoré z týchto presvedčení alebo praktík užitočné či škodlivé?
- Majú ľudia v ohrození kvôli vysokému riziku choroby prenášanej prenášačom prístup k individuálnej ochrane?
- Je možné zmeniť miestne prostredie, aby sa spomalilo rozmnožovanie prenášačov (napr. formou odvodnenia, odstránenia krovia, likvidácie exkrementov a tuhého odpadu)?

- Je potrebné brániť šíreniu prenášačov chemickými prostriedkami? Aké programy, nariadenia a zdroje existujú v rámci použitia chemických látok na bránenie šíreniu prenášačov?
- Aké informácie a bezpečnostné preventívne opatrenia je potrebné zabezpečiť pre domácnosti?

Spracovanie tuhého odpadu

- Je naakumulovaný tuhý odpad problém?
- Ako ľudia likvidujú odpad? Aký typ a aké množstvo tuhého odpadu sa vytvára?
- Môže sa tuhý odpad likvidovať na mieste alebo sa musí zbierať a likvidovať inde?
- Aký je bežný postup pri likvidácii tuhého odpadu u zasiahnutých osôb (napr. kompost a/alebo jamy na tuhý odpad, zberný systém či koše)?
- Produkujú odpad zdravotnícke zariadenia alebo činnosti? Ako sa likviduje? Kto za likvidáciu takéhoto odpadu zodpovedá?
- Kde sa likvidujú jednorazové sanitárne materiály (napr. detské plienky, položky menštruačnej hygieny alebo prostriedky proti inkontinencii)? Je ich likvidácia diskrétna a efektívna?
- Aký vplyv má súčasná likvidácia tuhého odpadu na prostredie?
- Aké možnosti nakladania s tuhým odpadom majú súkromné a verejné sektory?

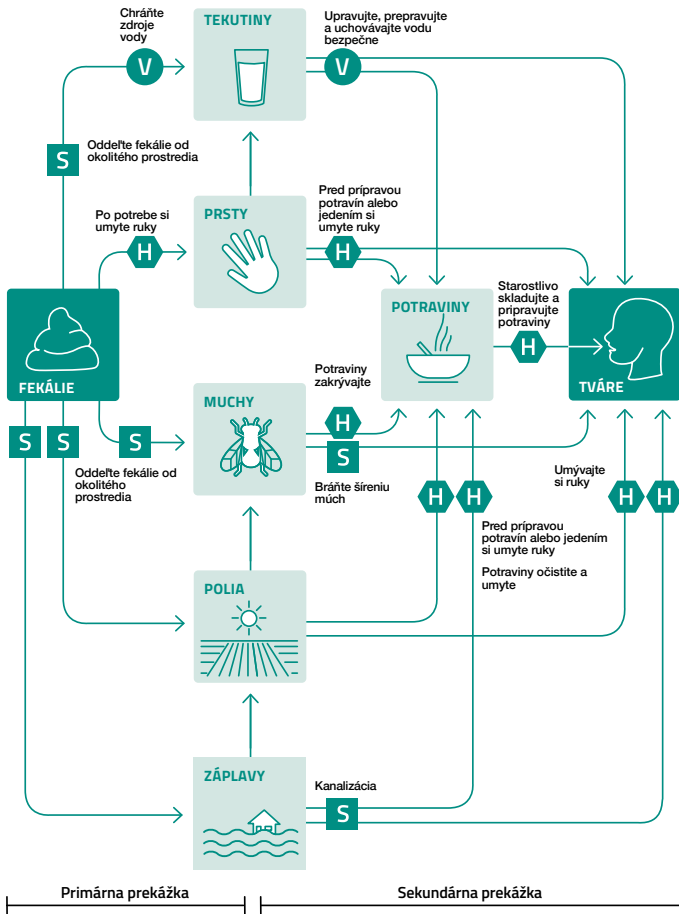


Príloha 2

Diagram F: fekálno-orálny prenos hnačkových chorôb

- V** VODA
- S** SANITÁCIA
- H** HYGIENA

Prekážky dokážu zastaviť prenos choroby, a môžu byť primárne (prevencia prvotného kontaktu s fekáliami) alebo sekundárne (prevencia ich prehltnutia ďalším človekom). Možno ich kontrolovať zásahmi v oblasti vody, sanitácie a hygieny.



POZNÁMKA Diagram zobrazuje súhrn ciest; dôležité môžu byť aj iné súvisiace spôsoby. Pitná voda sa mohla napríklad kontaminovať zo špinavej nádoby na vodu, alebo sa potraviny mohli infikovať zo špinavého náradia na varenie. ©WEDC

5 F (v angličtine): faeces – fekálie, fluids – tekutiny, fingers – prsty, flies – muchy, food – potraviny (obrázok 5)
Zdroj: Voda, inžinierstvo a rozvojové centrum (WEDC)

Príloha 3

Minimálne množstvá vody: množstvo na prežitie a vyčíslenie potrieb vody

Potreby z hľadiska prežitia: príjem vody (na pitie a prípravu jedla)	2,5 – 3 litre na osobu na deň (v závislosti od klímy a fyziológie jednotlivcov)
Základné hygienické postupy	2 – 6 litrov na osobu na deň (v závislosti od spoločenských a kultúrnych noriem)
Základné potreby na varenie	3 – 6 litrov na osobu na deň (v závislosti od typu potravín, spoločenských a kultúrnych noriem)
Zdravotné centrá a nemocnice	5 litrov na ambulantného pacienta 40 – 60 litrov na hospitalizovaného pacienta na deň 100 litrov na chirurgický zákrok a pôrod Na zariadenie práčovne, splachujúce toalety atď. môžu byť potrebné dodatočné množstvá.
Centrá na liečbu cholery	60 litrov na pacienta na deň 15 litrov na ošetrovateľa na deň
Centrum pre vírusovú hemoragickú horúčku	300 – 400 litrov na pacienta na deň
Terapeutické výživové centrá	30 litrov na hospitalizovaného pacienta na deň 15 litrov na ošetrovateľa na deň
Mobilná klinika bez častých návštev	1 liter na pacienta na deň
Mobilná klinika s častými návštevami	5 litrov na pacienta na deň
Miesta na perorálnu rehydratáciu	10 litrov na pacienta na deň
Prijímacie/tranzitné centrá	15 litrov na osobu na deň, ak pobyt trvá viac ako jeden deň 3 litre na osobu a deň, ak je pobyt obmedzený na jeden deň
Školy	3 litre na žiaka na deň určené na pitie a umývanie rúk (používanie toaliet nie je zahrnuté, pozri Verejné toalety nižšie)
Mešity	2 – 5 litrov na osobu na deň na umývanie a pitie
Verejné toalety	1 – 2 litre na používateľa na deň na umývanie rúk 2 – 8 litrov na kóju na deň na čistenie toalety
Splachovacie toalety	20 – 40 litrov na používateľa na deň pri tradičných splachovacích toaletách pripojených ku kanalizácii 3 – 5 litrov na používateľa na deň pri splachovacích toaletách s nalieváním vody
Análna hygiena	1 – 2 litre na osobu na deň
Hospodárske zvieratá	20 – 30 litrov na väčšie alebo stredné zviera na deň 5 litrov na malé zviera na deň



Príloha 4

Minimálny počet toaliet: komunita, verejné priestory a inštitúcie

Umiestnenie	Krátkodobé	Strednodobé a dlhodobé
Komunita	1 toaleta na 50 osôb (verejná)	1 toaleta na 20 osôb (spoločná v rodine) 1 toaleta na 5 osôb alebo 1 rodinu
Trhy	1 toaleta na 50 stánkov	1 toaleta na 20 stánkov
Nemocnice/zdravotnícke centrá	1 toaleta na 20 postelí alebo 50 ambulantných pacientov	1 toaleta na 10 postelí alebo 20 ambulantných pacientov
Výživové centrá	1 toaleta na 50 dospelých 1 toaleta na 20 detí	1 toaleta na 20 dospelých 1 toaleta na 10 detí
Prijímacie/transitné centrá	1 toaleta na 50 jednotlivcov pomer dámskych k pánskym 3:1	
Školy	1 toaleta na 30 dievčat 1 toaleta na 60 chlapcov	1 toaleta na 30 dievčat 1 toaleta na 60 chlapcov
Úrady		1 toaleta na 20 zamestnancov

Zdroj: Upravené zo zdroja Harvey, Baghri and Reed (2002)

Poznámka: Ak to kontext umožňuje, usilujte sa od počiatku o spoločné rodinné toalety, alebo ešte lepšie toalety v domácnosti, aby ste podporili ich prijatie, vlastníctvo a kultúrne primerané sanitačné zásahy.

V komunite by sa mal zabezpečiť rovnaký počet zariadení na kúpanie a toaliet na 50 osôb (krátkodobé) alebo na 20 osôb (dlhodobé).

Príloha 5

Choroby súvisiace s vodou a sanitáciou

1. Environmentálna klasifikácia infekcií súvisiacich s vodou

Kategória	Infekcia	Patogén
1) fekálno-orálny (vodou prenášaný alebo vodou podmienený) a) Hnačky a dyzentérie	Amébová dyzentéria Balantidióza <i>Kampylobakteriálna</i> enteritída Cholera Kryptosporidióza Hnačka spôsobená baktériou <i>E. coli</i> Giardiáza Rotavírusová hnačka Salmonelóza Šigelóza Yersinióza	Prvoky Prvoky Baktéria Baktéria Prvoky Baktéria Prvoky Vírus Baktéria Baktéria Baktéria
b) Enterické horúčky	Brušný týfus Paratýfus Poliomyelitída Hepatitída A Leptospiróza Askarióza Trichurióza	Baktéria Baktéria Vírus Vírus Spirochěty Helminty Helminty
2) Vodou podmienené a) Infekcie pokožky a oka	Infekčné kožné ochorenia Infekčné ochorenia očí	Iné Iné
b) Ostatné	Škrvnitý týfus Recidivujúca horúčka prenášaná všami	Riketsie Spirochěty
3) Vodou podmienené a) vstupujúce do pokožky	Schistosomiáza	Helminty
b) v potrave	Vlasovec medinský Klonorchióza Difylobotrióza Paragonimiáza Iné	Helminty Helminty Helminty Helminty Helminty
4) Insekticídny prenášač podmienený vodou a) uštipnutie v blízkosti vody	Spavá choroba	voky
b) rozmnožujúci sa vo vode	Filarióza Malária Riečna slepota Komármi prenášané vírusy Žltá horúčka Dengue Iné	Helminty Prvoky Helminty Vírus Vírus Vírus

Zdroj: ACF: *Voda, sanitácia a hygiena pre ohrozené skupiny obyvateľstva, príloha 5, strana 675.*



2. Environmentálna klasifikácia infekcií súvisiacich s výkalmi

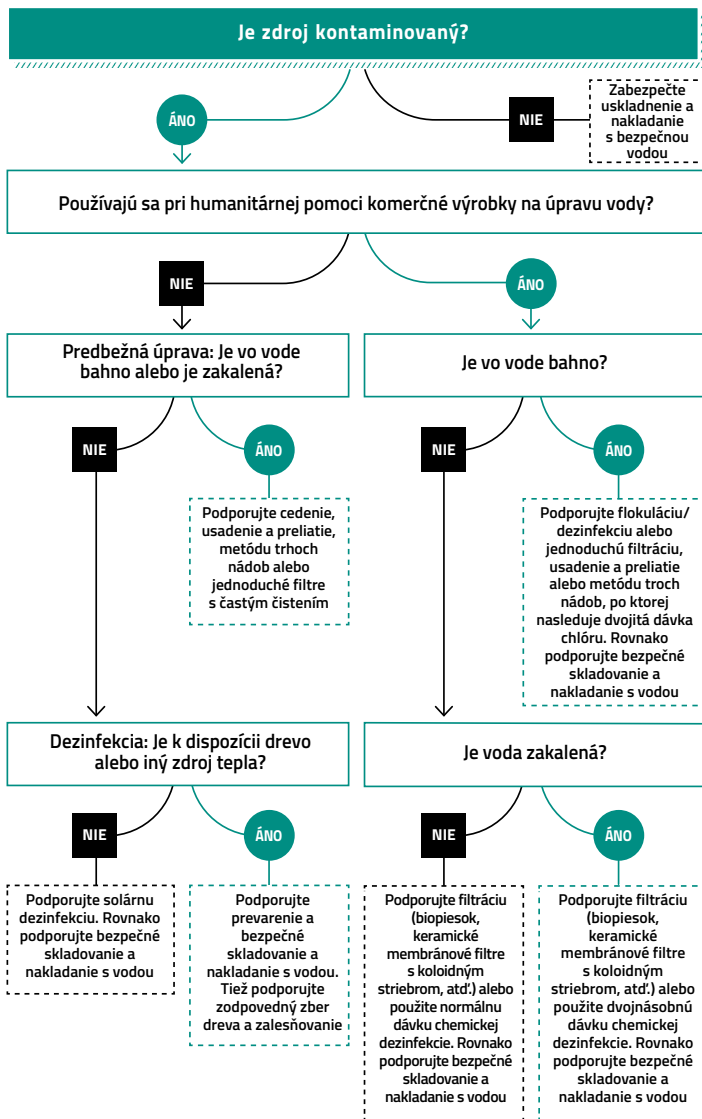
Kategória	Infekcia	Patogén	Dominantné mechanizmy prenosu	Hlavné opatrenie na zabránenie šírenia (kurzívou sú označené technické opatrenia)
1) Fekálno-orálne (nebakteriálne) Nelatentné, nízka dávka infekcie	Poliomyelitída Hepatitída A Rotavírusová hnačka Amébová dyzentéria Giardiáza Balantidióza Enterobiáza Hymenolepióza	Vírus Vírus Vírus Prvoky Prvoky Prvoky Helminty Helminty	Medziludský kontakt Kontaminácia v domácnosti	Zásobovanie vodou v domácnosti Zlepšenie bývania Zabezpečenie toaliet Zdravotná výchova
2) Fekálno-orálne (bakteriálne) Nelatentné, stredne alebo vysoko infekčné dávky Stredne vytrvalé a schopné sa rozmnožovať	Hnačky a dyzentérie Kampylobakteriálna enteritída Cholera Hnačka spôsobená baktériou <i>E. coli</i> Salmonelóza Šigelóza Yersinióza Enterické horúčky Brušný týfus Paratyfus	Baktéria Baktéria Baktéria Baktéria Baktéria Baktéria Baktéria Baktéria	Medziludský kontakt Kontaminácia v domácnosti Kontaminácia vody Kontaminácia plodín	Zásobovanie vodou v domácnosti Zlepšenie bývania Zabezpečenie toaliet Spracovanie výkalov pred ďalším použitím alebo vypustením Zdravotná výchova
3.) Pôdou prenášané helminty Latentné a vytrvalé bez hostiteľského medzičlánku	Askarióza (hlístovec) Trichurióza (tenkohlavec) Hýčkovec Strongyloidózy	Helminty Helminty Helminty Helminty	Kontaminácia záhrad Kontaminácia pôdy v spoločnom priestore na vykonávanie potrieb Kontaminácia plodín	Vybavenie toaliet čistými podlahami Spracovanie výkalov pred zapracovaním do pôdy
4) Pásomnice u hovädzieho dobytká a ošípaných Latentné a odolné, hostiteľským medzičlánkom je krava alebo prasa	Tenióza	Helminty	Kontaminácia záhrad Kontaminácia pôdy Kontaminácia krmiva	Zabezpečenie toaliet Spracovanie výkalov pred zapracovaním do pôdy Varenie a kontrola mäsa

Kategória	Infekcia	Patogén	Dominantné mechanizmy prenosu	Hlavné opatrenie na zabránenie šírenia (kurzívou sú označené technické opatrenia)
5) Vodou podmienené helminty Latentné a odolné s hostiteľským (-i) medzičlánkom/ medzičlánkami vo vodnom prostredí	Schistosomiáza Klonorchióza Difylobotrióza Paragonimiáza	Helminty Helminty Helminty Helminty	Kontaminácia vody	Zabezpečenie toaliet Spracovanie výkalov pred vypustením Bránenie skrytej infekcii u zvierat Varenie
6) Hmyzové prenášače súvisiace s výkalmi	Infekcie filariázy (prenášané komármi <i>Culex pipiens</i>) Infekcie v kategóriách 1 – 4, najmä I a II, ktoré môžu prenášať muchy a šváby	Helminty Iné	Hmyz sa rozmnožuje na rôznych fekáliami zamorených územiach	Identifikácia a odstránenie potenciálnych miest rozmnožovania Používanie sietí proti komárom



Príloha 6

Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti



Stromový diagram rozhodnutí o úprave a skladovaní vody v domácnosti (obrázok 6)

Zdroj: Upravené podľa IFRC (2008) Manuál na úpravu vody v domácnosti a jej bezpečné skladovanie v mimoriadnych situáciách

Citované a ďalšie zdroje

Všeobecné/právo na vodu

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal).[Právo na vodu a sanitáciu (Informačný portál)] www.rightttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. [Rezolúcia Valného zhromaždenia Organizácie Spojených národov č. 64/292 *Ľudské právo na vodu a sanitáciu.*] 2010. www.un.org

Vplyv WASH na zdravie

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." [„Hygiéna, sanitácia a voda: zabudnuté základy zdravia.“] *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* [Preskúmanie dôkazov výskumu o zdravotných zásahoch v humanitárnych krízach.] LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." [„Získanie základných práv: úloha vody, sanitácie a hygieny v rámci zdravia matiek a reprodukčného zdravia: koncepčný rámec.“] *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252–67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." [„Zásahy v oblasti vody, sanitácie a hygieny na zníženie hnačky v menej rozvinutých krajinách: systematické preskúmanie a meta-analýza.“] *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42–52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: [„Dôkaz o efektívnosti zásahov v oblasti vody, sanitácie, a hygieny (WASH) na zdravotné výsledky v humanitárnych krízach: A Systematic Review.“] *systematické skúmanie.*] *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." [„Hodnotenie vplyvu pitnej vody a sanitácie na hnačkové choroby v prostredí nízko- a stredne príjmových skupín: systematické preskúmanie a meta-analýza.“] *Trop Med Int Health*, vol. 19, č. 9, 2014.

Efektívne plánovanie WASH

Compendium of accessible WASH technologies. [Kompendium dostupných technológií WASH.] WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). [Inžinierstvo v mimoriadnych situáciách.] ITDG Publishing & RedR UK, 2002.



Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. [Účinnosť a efektívnosť zásahov v oblasti vody, sanitácie a hygieny v mimoriadnych situáciách v nízko- a stredne príjmových krajinách: systematické preskúmanie.]

<https://www.developmentbookshelf.com>

Public Health Engineering in Precarious Situations. [Inžinierstvo v oblasti verejného zdravia v nestabilných podmienkach.] MSF, 2010.

<http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: [Manuál WASH pre utečenecký kontext:] Practical Guidance for Refugee Settings. [praktické usmernenie pre utečenecký kontext.] UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. [Voda, sanitácia a hygiena pre ohrozené obyvateľstvo.] ACF, 2005.

www.actionagainsthunger.org

Ochrana a WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: [Násilie, rod a WASH:] A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. [Súbor nástrojov pre odborníka – dosiahnutie bezpečnejšej vody, sanitácie a hygieny prostredníctvom lepšieho programovania a služieb.]* WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. [Štandardy humanitárneho začlenenia starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

INEE Minimum Standards for Education: [Minimálne štandardy INEE pre vzdelávanie:] Preparedness, Response, Recovery. [Pripravenosť, reakcia, zotavenie.] INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: [Voda a sanitácia pre osoby so zdravotným postihnutím a iné zraniteľné skupiny:] Designing services to improve accessibility. [navrhovanie služieb na zvýšenie dostupnosti.]* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: [Minimálne štandardy na ochranu detí pri humanitárnej činnosti:] Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Aliancia pre ochranu detí v humanitárnej činnosti], 2012. <http://cpwg.net>

Podpora hygieny/zmeny správania

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." [„Vplyv umývania rúk mydlom na riziko hnačky v komunite: systematické preskúmanie.“] *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, str. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. [Podpora umývania rúk a zmeny správania v oblasti sanitácie v nízko- a stredno-príjmových krajinách.] A mixed method systematic review. [Systematické preskúmanie kombináciou metód.]* *Systematic Review* 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: [Podpora hygieny:] A Practical Manual from Relief to Development.[praktický manuál od pomoci k rozvoju.]* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." *[Hygiena a zdravie: systematické preskúmanie postupov umývania rúk na celom svete a aktualizácia o vplyve na zdravie.] Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, str. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: [Sanitácia v mimoriadnych situáciách:] Assessment and Programme Design. [Hodnotenie a návrh programu.]* WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Hygiene Promotion in Emergencies. [Podpora hygieny v mimoriadnych situáciách.] Training package. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines. [Usmernenia k podpore hygieny.] UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *[Umývanie rúk a riziko respiračných infekcií: kvantitatívne systematické preskúmanie.] Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, str. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? *[Funguje zacielenie odkazov o podpore hygieny na deti?]* The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *[Vplyv kampane o umývaní rúk zameranej na deti, pokiaľ ide o hnačku, pôdou prenášané helmintové infekcie a zmenu správania v nízko- a stredno-príjmových krajinách.] Trop Med Int Health*, 2017.

Menštruačná hygiena

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: [Na menštruačnej hygieny záleží:] Training guide for practitioners. [Príručka pre školenie odborníkov.]* WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response. [Súbor nástrojov na integrovanie menštruačnej hygieny do humanitárnej pomoci.]* Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

Inkontinencia

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." *[Otázky v oblasti vody a sanitácie pre osoby so zdravotným postihnutím v nízko- a stredno-príjmových krajinách: preskúmanie literatúry a diskusia o dôsledkoch na globálne zdravie a medzinárodný rozvoj.] Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, str. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. "Taking stock: *[Hodnotenie:] Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?*" *[Nekompetentnosť pri inkontinencii – prečo ignorujeme potreby ľudí, ktorých trápi inkontinencia?]* *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com



Nakladanie s výkalmi

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." [Zásahy smerujúce k zlepšeniu likvidácie ľudských výkalov ako prevencia hnačiek.] *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: [Vplyv sanitácie na infekčné ochorenie a stav týkajúci sa výživy:] A systematic review and meta-analysis." [Systematické preskúmanie a meta-analýza.] *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, str. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies. [Kompendium sanitačných technológií v mimoriadnych situáciách.]* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: [„Latríny a ich vplyv na podzemnú vodu:] A systematic review." [Systematické preskúmanie.] *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013.

<http://hsrc.himmelfarb.gwu>

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: [Likvidácia exkrementov v mimoriadnych podmienkach:] A Field Manual. [Terénna príručka.]* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. [Jednoduché latríny.] WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Úprava vody

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed. " [„Chlórovanie pitnej vody v mimoriadnych situáciách: preskúmanie poznatkov s cieľom pripraviť odporúčania na vykonávanie a potrebný výskum."] *Waterlines*, vol. 36, č. 1, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." [„Úprava vody v mieste použitia v mimoriadnych situáciách."] *Waterlines*, vol. 31, č. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: [„Používanie metód na úpravu vodu v domácnostiach a jej bezpečné skladovanie v akútnych reakciách na mimoriadnu situáciu."] *Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti.* [Výsledky skúmania prípadov z Nepálu, Indonézie, Kene a Haiti."] *Environmental Science and Technology*, vol. 46, č. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. "Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." [„Hodnotenie distribúcie filtrov na pitnú vodu do domácností na Haiti."] *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, č. 1, 2016.

Kvalita vody

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. "Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: [„Kontaminácia pitnej vody fekáliami v nízko- a stredne-príjmových krajinách:] A Systematic Review and Meta-Analysis." [Systematické preskúmanie a meta-analýza.] *PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. [Usmernenia pre kvalitu pitnej vody.] WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." [„Sezónne zmeny kontaminácie zdrojov pitnej vody fekáliami v rozvojových krajinách: systematické preskúmanie.“] PubMed, 2015.

Bránenie šíreniu prenášačov

Dengue: [Dengue:] Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. [Usmernenia k diagnostike, liečbe, prevencii a kontrole.] New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. [Príručka integrovaného bránenia šíreniu prenášačov.] WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals. [Núdzové bránenie šíreniu prenášačov s použitím chemických látok.]* WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: [Bránenie šíreniu malárie v humanitárnych mimoriadnych situáciách:] An Inter-agency Field Handbook. [Medziagentúrna príručka do terénu.] WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: [Prevencia chorôb prostredníctvom bránenia šíreniu prenášačov:] Guidelines for Relief Organisations. [Usmernenie pre organizácie zapojené do pomoci.]* Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control: [Bránenie šíreniu prenášačov:] Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: [Bránenie šíreniu prenášača Aedes aegypti a preventívne opatrenia v kontexte zika, žltej horúčky, horúčky dengue alebo chikungunya:] Technical Guidance. [Technické usmernenie.] WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.net>

Spracovanie tuhého odpadu

Disaster Waste Management Guidelines. [Usmernenia pre nakladanie s odpadom počas katastrof.] UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: [Technické poznámky k WASH v mimoriadnych situáciách, č. 7:] Solid waste management in emergencies. [Spracovanie tuhého odpadu v mimoriadnych situáciách.] WHO/WEDC, 2013. www.who.int



WASH pri vypuknutí nákaz

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. "Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." [„Voda, sanitácia a hygiena v mimoriadnych situáciách: zhrnutie preskúmaní a odporúčaní pre ďalší výskum.“] *Waterlines*, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. [Súbor nástrojov v oblasti cholery.] UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. [Základné štandardy environmentálneho zdravia v zdravotnej starostlivosti.] WHO, 2008.

<http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: [Sprievodca zapojením komunity do WASH:] A practitioners guide based on lessons from Ebola. [Príručka pre odborníkov na základe poučenia z eboly.] Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: [Súhrn usmernení v rámci prevencie a kontroly infekcie:] Ebola guidance package. [sprievodný balík k eboly.] WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. "Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." [„Inovatívne zásahy WASH na prevenciu cholery.“] *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. [Manažment epidémie cholery.] MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. [Rýchle usmernenie o vyradovaní zariadení na starostlivosť o pacientov s ebolou z prevádzky.] WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. "The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: [Účinok zásahov v oblasti vody, sanitácie a hygieny v záujme kontroly cholery:] A Systematic Review." [systematické preskúmanie:] *PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. [Zásahy WASH v reakcii na vypuknutie nákazy.] Program pre humanitárne dôkazy.* Oxfam GB, 2017. <https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. "Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence. [„Zásahy v oblasti vody, sanitácie, hygieny v reakcii na vypuknutie nákazy: syntéza dôkazov.“] *Waterlines*, vol. 37, č. 1, str. 5–30. <https://www.developmentbookshelf.com>

Prevencia a bránenie šíreniu infekcií

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. [Pomôcka na pripomenutie v oblasti prevencie a kontroly infekcie v zdravotníckom zariadení.] WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential water and sanitation requirements for health structures. [Základné požiadavky na vodu a sanitáciu pre zdravotnícke štruktúry.] MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. [Usmernenia o kľúčových zložkách programov prevencie a bránenie šíreniu infekcií na vnútroštatnej úrovni a úrovni zdravotníckych zariadení akútnej starostlivosti.] WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. [Usmernenia na bezpečnú likvidáciu neželaných farmaceutík v mimoriadnych situáciách a po nich.] WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. [Rámec na samohodnotenie hygieny rúk.] WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. [Spalovanie v zdravotníckych štruktúrach nízko-príjmových krajín.] MSF, 2012.

<https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies. [Práčovne pre začiatčníkov.] MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Management of Dead Bodies after Disasters: [Nakladanie s mŕtvymi telami po katastrofách:] A Field Manual for First Responders. [poľný manuál pre prvých zapojených.] Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. <https://www.icrc.org>

Medical Waste Management. [Odpadové hospodárstvo v oblasti zdravotníctva.] ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. [Bezpečné nakladanie s odpadmi z činností v oblasti zdravotnej starostlivosti.] Second Edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. [Usmernenie k sterilizácii.] ICRC, 2014.

<http://icrcndresourcecentre.org>

WASH in health care facilities. [WASH v zdravotníckych zariadeniach.] UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. [Manuál operátorov odpadovej zóny.] MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

WASH a výživa

Altman, M. et al. "Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: [„Účinnosť balíka v oblasti vody, sanitácie a hygieny pre domácnosť na ambulantný program ťažkej akútnej podvýživy:] A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." [Pragmatický klaster – randomizovaný kontrolný test v Čade.] *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, č. 4, Apr 2018, str. 1005-12. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. [BABYWASH a tisíc dní: praktický balík pre obmedzenie podvýživy.] Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." [„Dôsledky zásahov v oblasti vody, sanitácie, umývania rúk a výživy na hnačku a rast dieťaťa vo vidieckej Keni: randomizovaný kontrolný test v klastri:] *The Lancet: Global Health*, vol. 6, č. 3, March 2018, str. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>



Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: [Série Oxfam a Tufts Univerzity v oblasti WASH a výživy:] Enteric Pathogens and Malnutrition. [Črevné patogény a podvýživa.] Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts.

<https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. [Integrácia vody, sanitácie, hygieny a výživy v záujme záchrany životov.] Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, hotovosť a trhy

CaLP CBA quality toolbox. [CaLP CBA kvalitatívny súbor nástrojov.]

<http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na adrese:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Ďalšie zdroje

Všeobecné/Právo na vodu

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. [2,1 miliardy ľudí nemá doma bezpečnú pitnú vodu a dvakrát toľko nemá prístup k bezpečnej sanitácii.] WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: [Právo na vodu:] Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Všeobecné/Prostredie

Environment Marker – Guidance Note. [Nástroj Environment Marker – Usmernenia] UN OCHA & UNEP, 2014.

www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Efektívne plánovanie WASH

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. [Znižovanie rizika katastrof a voda, sanitácia a hygiena: komplexné usmernenie: usmernenie pre odborníkov v teréne, ktorí plánujú a vykonávajú zásahy WASH.] www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH a ochrana

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action. [Začlenenie detí so zdravotným postihnutím do humanitárnej činnosti]. WASH Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

WASH, Protection and Accountability. [WASH, ochrana a zodpovednosť.] Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. [WASH, ochrana a zodpovednosť – informatívny dokument.] UNHCR, 2017.

<http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/>

Podpora hygieny/zmeny správania

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: [ABC – Prispievanie k zmene správania Časť 1:] Theories and Models and Part 2: [Teórie a modely a časť 2:] Practical Ideas and Techniques. [Praktické nápady a techniky.] ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit. [Súbor nástrojov v kampani Vyberte si mydlo.] London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. [Komunikácia o behaviorálnom vplyve (COMBI) Súbor nástrojov behaviorálnej a sociálnej komunikácie v odpovedi na vypuknutie choroby.] WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/



Curtis, V. Schmidt, W. et al. "Hygiene: new hopes, new horizons." [„Hygiena: nové nádeje, nové horizonty.“] *Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, str. 312–21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. [Usmernenia o podpore hygieny v mimoriadnych situáciách.] IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: [Sanitácia v mimoriadnych situáciách:] Assessment and Programme Design. [Hodnotenie a návrh programu.]* WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676> alebo [http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis. [Praktická príručka pre vykonanie analýzy prekážok.]* Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: [EAST:] Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. [Štyri jednoduché spôsoby uplatnenia behaviorálnych náhľadov.]* In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Menštruačná hygiena

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts [Úvahy o výbere sanitačnej ochrany a materiálov pri inkontinencii v kontextoch utečencov.]* UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/>

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world. [Na menštruačnej hygieny záleží; zdroj na zlepšenie menštruačnej hygieny na svete.]* WaterAid/SHARE, 2012. <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

Nakladanie s výkalmi

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. "Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." [„Zásahy na zlepšenie likvidácie detských fekálií ako prevencia hnačky a pôdou prenášanej helmintovej infekcie.“] *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

Simple Pit Latrines. [Jednoduché latríny.] WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Kvalita vody

Fewtrell, L. "Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease." [„Dusičnaný v pitnej vode, methemoglobinémi a celková záťaž ochorenia: A discussion.“] *Environ Health Perspectives*, vol. 112, č. 14, Oct 2004, str. 1371–74. doi: 10.1289/ehp.7216.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: [Sezónne zmeny kontaminácie zdrojov pitnej vody fekáliami v rozvojových krajinách] A systematic review." [Systematické preskúvanie:] *Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, str. 333-43.

Villeneuve, C.M. et al. "Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." [Hodnotenie vystavenia chemickým látkam a zdravotných dôsledkov chemických látok v pitnej vode: súčasný stav poznatkov a výskumných potrieb.] *Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. [pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf](https://pubs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf)

Bránenie šíreniu prenášačov

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. "Biological Control of Mosquito Vectors: [Biologické bránenie šírenou prenášačov komára:] Past, Present, and Future." [Minulosť, súčasnosť a budúcnosť:] *Insects*, vol. 7, č. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. [Chemické spôsoby na bránenie šíreniu prenášačov a škodcov dôležitých z hľadiska verejného zdravia.] WHO, 1997. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

Hunter, P. *Waterborne Disease: [Vodou prenášané choroby:] Epidemiology and Ecology. [epidemiológia a ekológia.]* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. [Bránenie šíreniu malárie v humanitárnych mimoriadnych situáciách.] Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdf9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: [Manuál na reziduálne striekanie v interiéri:] Application of Residual Sprays for Vector Control, [aplikácia reziduálnych sprejov na bránenie šíreniu prenášačov:] 3rd Ed. WHO, 2007. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664>

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. [Odporúčania pre postupy v rámci bránenia šíreniu prenášačov malárie a ich uplatniteľnosť na hodnotenie výroby.] WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. *Vector Control: [Bránenie šíreniu prenášačov:] Methods for use by individuals and communities. [Použiteľné metódy pre jednotlivcov a komunity.]* WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology. [Základy malariológie.]* Fourth Edition. Arnold. London, 2002.

WASH pri vypuknutí nákaz

Cholera Outbreak Guidelines: [Usmernenia pre vypuknutie cholery:] Preparedness, Prevention and Control. [Pripravenosť, prevencia a kontrola.] Oxfam, 2012.

<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172>



Ebola: [Ebola:] Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. [Kľúčové otázky a odpovede ohľadom vody, sanitácie a hygieny.] WHO/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. "Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." [„Komunikovanie rizika a podpora opatrení na zmiernenie choroby v epidémiách a prostredí objavujúcej sa choroby.“] *Pathog Glob Health*, vol. 108, č. 2, 2014, str. 76–94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH a výživa

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. "Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" [„Vzťah medzi vodou, sanitáciou, hygienou a výživou: Čo hovoria bezprostredné analýzy výživy (Link NVA)?“] *Waterlines*, vol. 36, č. 4, tr. 30. <https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005>

Luby, S. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." [Dôsledky zásahov v oblasti vody, sanitácie, umývania rúk a výživy na hnačku a rast dieťaťa vo vidieckom Bangladéši: randomizovaný kontrolný test v klasteri"] *The Lancet: Global Health*, vol. 6, č. 3, March 2018, str. e302–e315. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>

WASH, hotovosť a trhy

Cash and Markets in the WASH Sector: [Hotovosť a trhy v sektore WASH:] A Global WASH Cluster position paper. [Dokument so stanoviskom globálneho klastra WASH.] Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Peňažné zásahy programov WASH v prostredí utečencov. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf



Potravinová bezpečnost' a výživa



Humanitárna
charta



Zásady
ochrany



Základná
humanitárna
norma



Potravinová bezpečnosť a výživa

Hodnotenia	Manažment podvýživy	Nedostatok mikroživín	Kŕmenie dojčiat a malých detí	Potravinová bezpečnosť	Potravinová pomoc	Živobytie
ŠTANDARD 1.1 Hodnotenie potravinovej bezpečnosti	ŠTANDARD 2.1 Stredne ťažká akútna podvýživa	ŠTANDARD 3 Nedostatok mikroživín	ŠTANDARD 4.1 Usmerňovanie a koordinácia postupov	ŠTANDARD 5 Všeobecná potravinová bezpečnosť	ŠTANDARD 6.1 Všeobecné požiadavky na výživu	ŠTANDARD 7.1 Primárna výroba
ŠTANDARD 1.2 Hodnotenie výživy	ŠTANDARD 2.2 Ťažká akútna podvýživa		ŠTANDARD 4.2 Multisektorová podpora kŕmenia dojčiat a malých detí v núdzových situáciách		ŠTANDARD 6.2 Kvalita potravín, primeranosť a prijateľnosť	ŠTANDARD 7.2 Príjem a zamestnanie
					ŠTANDARD 6.3 Zacielenie, distribúcia a doručovanie	
					ŠTANDARD 6.4 Využívanie potravín	

PRÍLOHA 1 Kontrolný zoznam na hodnotenie potravinovej bezpečnosti a živobytia

PRÍLOHA 2 Kontrolný zoznam na hodnotenie bezpečnosti osiva

PRÍLOHA 3 Kontrolný zoznam na hodnotenie výživy

PRÍLOHA 4 Meranie akútnej podvýživy

PRÍLOHA 5 Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie

PRÍLOHA 6 Požiadavky na výživu

Obsah

Základné pojmy potravinovej bezpečnosti a výživy	164
1. Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy	169
2. Manažment podvýživy	176
3. Nedostatok mikroživín	186
4. Kŕmenie dojčiat a malých detí	189
5. Potravinová bezpečnosť	197
6. Potravinová pomoc	201
7. Živobytie	215
Príloha 1: Kontrolný zoznam na hodnotenie potravinovej bezpečnosti a živobytia	223
Príloha 2: Kontrolný zoznam na hodnotenie bezpečnosti osiva	225
Príloha 3: Kontrolný zoznam na hodnotenie výživy	227
Príloha 4: Meranie akútnej podvýživy	229
Príloha 5: Opatrenia týkajúce sa významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie	232
Príloha 6: Požiadavky na výživu	235
Citované a ďalšie zdroje	237



Základné pojmy potravinovej bezpečnosti a výživy

Každý má právo netrpieť hladom a na primeranú výživu

Minimálne štandardy Sphere pre potravinovú bezpečnosť a výživu sú praktickým vyjadrením práva na primeranú výživu v humanitárnom kontexte. Štandardy sa zakladajú na presvedčeníach, princípoch, povinnostiach a právach vyjadrených v Humanitárnej charte. Patrí medzi ne právo na dôstojný život, právo na ochranu a bezpečnosť a právo na humanitárnu pomoc.

Zoznam kľúčových právnych a strategických dokumentov, z ktorých Humanitárna charta vychádza, vrátane vysvetľujúcich poznámok pre humanitárnych pracovníkov si pozrite [+](#) v *Prílohe 1*.

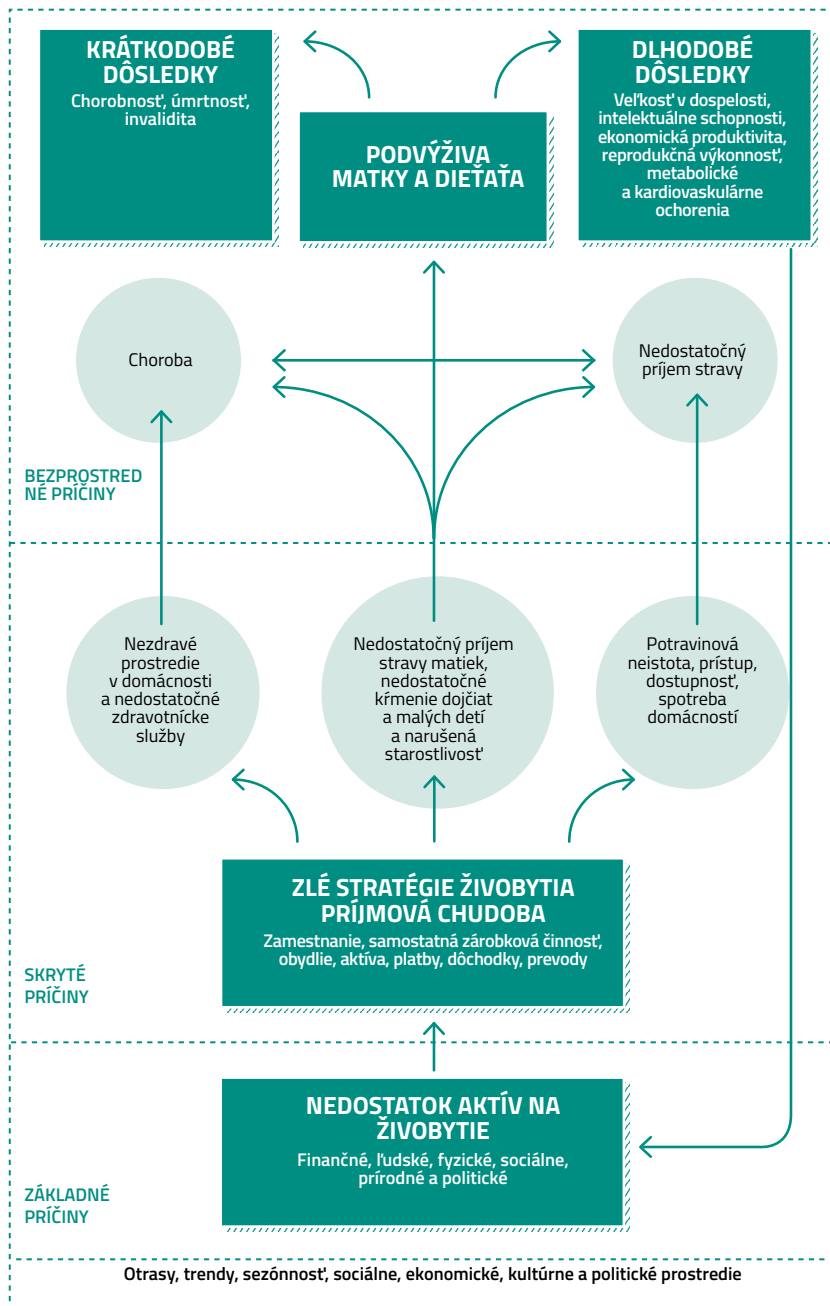
Podvýživa znižuje schopnosť ľudí zotaviť sa po kríze. Zhoršuje kognitívne funkcie, znižuje imunitu voči chorobám, zvyšuje náchylnosť na chronické choroby, obmedzuje možnosť zarábať si na živobytie a znižuje schopnosť zapojiť sa do komunitného života. Podkopáva odolnosť a môže zvýšiť závislosť od trvalej podpory.

Príčiny podvýživy sú komplexné

Bezprostrednými príčinami podvýživy sú nedostatočný príjem potravy a opakované ochorenie. [+](#) *Pozri Obrázok č. 7*. Základnými príčinami sú potravinová neistota v domácnostiach, zlé postupy pri výžive a starostlivosti, nezdravé prostredie v domácnostiach a nedostatočná zdravotná starostlivosť.

Uvedené základné príčiny sú vzájomne prepojené. Preto hoci je potravinová neistota jednou z príčin podvýživy, poskytovanie potravinovej pomoci pravdepodobne nepovedie k trvalému riešeniu, pokiaľ sa súčasne neodstránia aj ďalšie príčiny. Potravinová a nutričná pomoc by mali koordinovane spolupracovať s pomocou zameranou na WASH, prístrešie a osídlenie a na zdravotnú starostlivosť. Napríklad ľudia potrebujú dostatočné množstvo kvalitnej vody na prípravu výživného jedla a zavedenie bezpečných stravovacích návykov. Prístup k sanitárnym a hygienickým zariadeniam znižuje riziko prepuknutia choroby. Prístup k primeranému prístrešiu zabezpečuje prístup k zariadeniam na varenie a chráni ľudí pred extrémnym počasím, čo znižuje riziko ochorenia. Ak majú ľudia prístup k dobrej zdravotnej starostlivosti, je pravdepodobné, že budú mať vyšší nutričný stav. To zvyšuje schopnosť využívať príležitosti na obstaranie živobytia.

Zvládanie základných príčin zabraňuje podvýžive a znižuje ju. Zachovanie zdrojov obživy ľudí je preto zásadné, nakoľko zvyšuje ich schopnosť zvládať ďalšie potenciálne príčiny podvýživy. K prostriedkom na zabezpečenie živobytia patria zariadenia a stroje, suroviny, pôda, znalosti a prístup na fungujúce trhy. Potravinová bezpečnosť a výživová pomoc by mali prispievať k ochrane a rozvoju prostriedkov na živobytie a tým aj k podpore rôznych životných stratégií bez ohľadu na možnú vysokú mieru podvýživy.



Potravinová bezpečnosť a výživa: príčiny podvýživy (Obrázok 7)

Sociálne, ekonomické, kultúrne a politické zmeny v pokrízovom prostredí ovplyvnia stratégie domácnosti pri zvládaní situácií, ako aj ich prístup k obžive alebo prostriedkom na živobytie. Stabilizácia vonkajších faktorov prispeje k možnosti zvýšenia príjmu a v konečnom dôsledku zníži ohrozenie ľudí príčinami podvýživy.

Práca v mestských oblastiach prináša špecifické výzvy

Rozširujúca sa urbanizácia prináša sektoru potravinovej bezpečnosti a výživy nové výzvy. Mestské prostredie potenciálne ponúka väčšiu zamestnanosť a príležitosti na vytváranie príjmov. S rastúcim počtom obyvateľov miest sa však zvyšuje aj dopyt po bývaní a súvisiacich službách. V mnohých prípadoch nedokážu existujúce postupy a stratégie územného plánovania uspokojiť neočakávaný dopyt. Preľudnenosť, znečistené ovzdušie, zlé nakladanie s odpadom a nedostatok hygienických zariadení v slumoch zvyšuje možnosť nakaziť sa akútnymi ochoreniami. To znižuje schopnosť ľudí využívať príležitosti na obživu a často spúšťa základné príčiny podvýživy.

Niektoré skupiny sú obzvlášť náchylné na podvýživu

Vytvorenie vhodnej potravinovej reakcie si vyžaduje úplné pochopenie jedinečných výživových potrieb tehotných a dojčiacich žien, dojčiat a detí, starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím. Zlepšenie potravinovej bezpečnosti na úrovni domácností si vyžaduje aj pochopenie rôznych rolí. Ženy napríklad často zohrávajú väčšiu úlohu pri plánovaní a príprave jedla pre domácnosti.

Je dôležité rozčleniť údaje minimálne podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia. To ukáže, kto potrebuje aké jedlo a komu môžu chýbať dôležité nutričné prvky. Rovnakým spôsobom rozčleňte monitorovanie po distribúcii, aby sa potvrdilo, že intervencie programu sa starajú o spravodlivý prístup k primeraným a vhodným potravinám a výžive.

Prevenca podvýživy je rovnako dôležitá ako liečba akútnej podvýživy. Potravinová bezpečnosť a nutričné zásahy môžu z krátkodobého hľadiska ovplyvniť výživu a zdravotný stav a z dlhodobého hľadiska prežitie a blaho.

Minimálne štandardy sa nemajú uplatňovať izolovane

Minimálne štandardy v tejto kapitole odrážajú základný obsah práva na jedlo a prispievajú k jeho postupnému uplatňovaniu na celom svete.

Právo na primeranú stravu sa spája s právom na vodu a hygienu, zdravie a prístrešie. Pokrok pri zaručovaní Minimálnych štandardov Sphere v jednej oblasti ovplyvňuje pokrok v iných oblastiach. Efektívna reakcia si preto vyžaduje úzku koordináciu a spoluprácu s ostatnými sektormi, miestnymi orgánmi a inými reagujúcimi agentúrami. To pomáha zabezpečiť uspokojenie potrieb, nezdvajovanie úsilia a optimalizovanie kvality potravinovej bezpečnosti a výživovej pomoci. Krížové odkazy v príručke poukazujú na potenciálne prepojenia.

Ak sa napríklad nespĺnia nutričné požiadavky, potreba WASH je väčšia, pretože sa zvyšuje náchylnosť ľudí na choroby. To isté platí pri populácii, kde prevláda HIV alebo kde je veľký podiel starších ľudí či osôb so zdravotným postihnutím. Za týchto

okolností bude potrebné upraviť aj zdroje zdravotnej starostlivosti. Na základe informácií zdieľaných medzi sektormi rozhodnite o prioritách a prehodnotte ich podľa vývoja situácie.

Tam, kde sú národné štandardy nižšie ako Minimálne štandardy Sphere, by mali humanitárne organizácie spolupracovať s vládou na ich postupnom zvyšovaní.

Medzinárodné právo osobitne chráni právo na primeranú stravu

Právo netrpieť hladom a mať dostatok jedla je chránené medzinárodným právom. Vyžaduje si fyzický a hospodársky prístup k primeranému jedlu za každých okolností. Štáty sú povinné zabezpečiť toto právo, ak jednotlivci alebo skupiny, vrátane utečencov a vnútorne vysídlených osôb, nemajú prístup k primeranej strave, a to aj v prípade krízy. ⊕ *Pozri Prílohu 1.*

Štáty môžu požiadať o medzinárodnú pomoc, ak ich vlastné zdroje nestačia. Pritom by mali:

- rešpektovať existujúci prístup k primeraným potravinám a umožniť jeho pokračovanie;
- chrániť prístup jednotlivcov k primeraným potravinám zabezpečením toho, aby ich organizácie alebo jednotlivci o tento prístup nepripravili; a
- aktívne podporovať ľudí, aby sa zabezpečila bezpečná obživa a potravinová bezpečnosť tým, že im dajú potrebné zdroje.

Odpieranie primeraných potravín civilistom ako spôsob vedenia vojny zakazujú Ženevské dohovory. Takisto sa zakazuje napádať, ničiť, odvážať alebo znehodnocovať úrodu, hospodárske zvieratá, potraviny, zavlažovacie zariadenia, systémy a zásobovanie pitnou vodou a poľnohospodárske plochy, ktoré produkujú potraviny.

V prípade okupácie medzinárodné humanitárne právo zaväzuje okupačnú mocnosť zabezpečiť obyvateľom dostatok potravín, vrátane dovozu zásob, ak sú na okupovanom území nedostatočné.

Odkazy na Zásady ochrany a Základnú humanitárnu normu

Potravinová a výživová pomoc má pri zneužití potenciál viesť k vážnemu porušovaniu práv, najmä pri vykorisťovaní alebo zneužívaní účastníkov programu. Programy je nutné navrhovať spolu so zasiahnutým obyvateľstvom a realizovať spôsobmi, ktoré prispievajú k ich bezpečnosti, dôstojnosti a integrite. Vyžaduje sa náležité riadenie a prísny dohľad nad personálom a zdrojmi, ako aj prísne dodržiavanie a vymáhanie pravidiel správania pre všetkých ľudí zapojených do programov pomoci. Vytvorte jasné mechanizmy spätnej väzby so zasiahnutým obyvateľstvom a rýchlo reagujte na všetky obavy. Pomocní pracovníci by mali absolvovať školenie v oblasti ochrany detí a mali by vedieť používať systémy odporúčaní pre prípad podozrenia na násilie, zneužívanie alebo vykorisťovanie vrátane detí. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany 1 a Základnú humanitárnu normu, Závazok č. 5.*



Vo všetkých, najmä v konfliktných situáciách, by sa mala starostlivo vyhodnotiť civilno-vojenská spolupráca a koordinácia, napríklad logistická podpora. ⊕ *Pozri Čo je Sphere a Zásady ochrany.*

Pri uplatňovaní Minimálnych štandardov by sa malo dodržiavať všetkých deväť záväzkov Základnej humanitárnej normy ako základ zodpovedného programu potravinovej bezpečnosti a výživy.

1. Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy

Počas krízy je potrebné hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy. Ukazuje vývoj kontextu a umožňuje vhodne upraviť humanitárne reakcie. V ideálnom prípade by sa hodnotenia potravinovej bezpečnosti a výživy mali prekrývať, keďže identifikujú prekážky adekvátnej výživy a dostupnosti potravín, prístupu k nim a ich používania. Spoločné hodnotenia potravinovej bezpečnosti a výživy môžu zvýšiť efektívnosť nákladov a prepojiť výživu s plánovaním potravinovej bezpečnosti.

Hodnotenie by sa malo riadiť všeobecne uznávanými princípmi, používať medzinárodne akceptované metódy a malo by byť nestranné, reprezentatívne a riadne koordinované medzi humanitárnymi organizáciami a vládami. Hodnotenia sa musia navzájom dopĺňať, byť konzistentné a musia sa dať porovnať. Zainteresované strany sa musia dohodnúť na vhodnej metodike. Mala by zahŕňať prierez zasiahnutého obyvateľstva, pričom by sa mala venovať pozornosť rizikovým skupinám. Multisektorové hodnotenia môžu pomôcť pri hodnotení rozsiahlych kríz a rozľahlých geografických oblastí.

Cieľom hodnotenia potravinovej bezpečnosti a výživy môže byť:

- pochopenie situácie, aktuálnych potrieb a spôsobu, ako tieto potreby uspokojiť;
- odhadnutie, koľko ľudí potrebuje pomoc;
- identifikácia skupín s najvyšším rizikom; a/alebo
- poskytnutie základu na monitorovanie vplyvu humanitárnej reakcie.

Hodnotenia môžu prebiehať v rôznych štádiách krízy. Napríklad:


- počiatočné posúdenie v priebehu prvých dvoch až troch dní na začatie okamžitej distribúcie potravinovej pomoci;
- rýchle posúdenie do dvoch až troch týždňov, ktoré sa opiera o predpoklady a odhady ako základ navrhovania programov;
- podrobné posúdenie do 3 až 12 mesiacov, ak sa zdá, že sa situácia zhoršuje alebo ak je potrebných viac informácií na vypracovanie programov obnovy.


Podrobné **hodnotenia potravinovej bezpečnosti** identifikujú stratégie obživy, aktíva a stratégie zvládania. Berú do úvahy, ako sa stratégie zmenili v dôsledku krízy, a dopad na potravinovú bezpečnosť domácností. Podrobné posúdenie by malo určiť, ako najlepšie chrániť a/alebo podporovať stratégie obživy s cieľom dosiahnuť potravinovú bezpečnosť.

Podrobné **hodnotenia výživy** zahŕňajú zber a analýzu reprezentatívnych údajov na stanovenie miery prevalencie akútnej podvýživy, kŕmenia dojčiat a malých detí a iných postupov v rámci starostlivosti. Tieto údaje v kombinácii s analýzou iných základných príčin podvýživy a hodnoteniami zdravia a potravinovej bezpečnosti



predstavujú analýzu príčin v oblasti výživy. Je to užitočné pri plánovaní, implementácii a monitorovaní výživových programov.

Trhy zohrávajú kľúčovú úlohu v potravinovej bezpečnosti a výžive v mestskom aj vidieckom prostredí. Všetky hodnotenia by mali zahŕňať analýzu trhov, ktorá spĺňa štandardy hodnotenia a analýzy Minimálneho štandardu na analýzu trhu (MISMA) a/alebo Minimálnych štandardov ekonomickej obnovy (MERS).  *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Nasledujúce štandardy hodnotenia potravinovej bezpečnosti a výživy vychádzajú zo Základnej humanitárnej normy, Závazok č. 1, s cieľom navrhnúť vhodné reakcie týkajúce sa potravinovej bezpečnosti a výživy pre zasiahnutých ľudí.  *Kontrolné zoznamy hodnotenia nájdete v Prílohách 1, 2 a 3 a v Príručke LEGS.*

Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.1:

Hodnotenie potravinovej bezpečnosti

Ak ľudí ohrozuje potravinová neistota, vyhodnotí a stanoví sa stupeň a rozsah potravinovej neistoty, identifikuje sa najzasiahnutejšie obyvateľstvo a definuje sa najvhodnejšia reakcia.

Kľúčové kroky

- 1 Zhromaždíte a analyzujete informácie o potravinovej bezpečnosti v počiatočnej fáze a počas krízy.
 - Zahrňte analýzu kritických problémov spojených s potravinovou bezpečnosťou, ako je zhoršovanie životného prostredia, bezpečnosť a prístup na trh.
- 2 Analyzujte vplyv potravinovej bezpečnosti na stav výživy zasiahnutého obyvateľstva.
 - Zahrňte prehľad základných príčin podvýživy vrátane nedostatočnej starostlivosti, nezdravého prostredia v domácnosti, nedostatočnej zdravotnej starostlivosti alebo nedostatočného prístupu k systémom sociálnej ochrany.
 - V mestských kontextoch zhromažďujte údaje častejšie, pretože sa v nich situácia môže meniť rýchlejšie a vyhodnocuje sa ťažšie ako vo vidieckych kontextoch.
- 3 Identifikujte možné reakcie, ktoré môžu pomôcť pri záchrane životov a ochrane a podpore živobytia.
 - Zahrňte hodnotenia trhu a schopnosti vlády a iných aktérov reagovať na potreby.
- 4 Analyzujte dostupné zdroje a metódy varenia, vrátane typu sporáka a paliva a dostupnosti hrncov a kuchynského náčinia.
 - Analyzujte, ako ľudia získavali a skladovali potraviny a palivo na varenie pred krízou, ich predkrízový príjem a ako to zvládajú teraz.

- Venujte pozornosť právam a potrebám ochrany žien a dievčat, ktoré najčastejšie zodpovedajú za zber paliva a prípravu jedla.

Kľúčové ukazovatele

Na analýzu potravinovej bezpečnosti, živobytia a stratégií zvládania sa používajú štandardizované protokoly

Percento analytických správ, ktoré obsahujú syntézu zistení, vrátane metodiky hodnotenia a zistených obmedzení

Pokyny

Predkrízové údaje v kombinácii s údajmi z geografických informačných systémov môžu pomôcť vytvoriť prehľad o možnom dopade krízy. Je však nepravdepodobné, že by sa dali dostatočne rozčleniť, aby vytvorili jasný obraz v mestskej situácii.

Zdroje hodnotenia, nástroje a informačné systémy: Medzi informačné zdroje patria hodnotenia úrody, satelitné snímky, hodnotenia domácností, skupinové diskusie a rozhovory s kľúčovými informátormi. Užitočné nástroje rýchleho merania potravinovej bezpečnosti domácností zahŕňajú ukazovateľ spotreby potravín, ukazovateľ diverzity stravy v domácnosti a index stratégií zníženého zvládania. Existuje mnoho miestnych a regionálnych informačných systémov potravinovej bezpečnosti vrátane systémov včasného varovania pred hladomorom. Ak je to možné, použite Integrovanú fázovú klasifikáciu potravinovej bezpečnosti a na klasifikáciu závažnosti a príčin akútnej potravinovej neistoty v záujmových oblastiach použite štandardizované protokoly. Návrh programov potravinovej bezpečnosti by mal vychádzať z jasnej analýzy odozvy na základe hodnotení.

Zhoršenie životného prostredia môže spôsobiť potravinovú neistotu a potravinová neistota môže viesť k zhoršeniu životného prostredia. Napríklad zber palivového dreva a výroba tradičného dreveného uhlia umožňuje varenie jedla a generovanie príjmu z jeho predaja. Výsledkom však môže byť aj odlesňovanie. Humanitárne reakcie by mali chrániť a podporovať potravinovú bezpečnosť a zároveň obmedziť negatívny dopad na životné prostredie.

Rizikové skupiny: Rozdeľte údaje podľa pohlavia, veku, zdravotného postihnutia, majetkovej skupiny a ďalších relevantných faktorov. Ženy a muži môžu mať rôzne doplnkové úlohy pri zabezpečovaní zdravej výživy v domácnosti. V prípade potreby sa aj samostatne poraďte s obidvomi pohlaviami o postupoch týkajúcich sa potravinovej bezpečnosti, prípravy jedla a zdrojov domácnosti. Nezabúdajte, že starší ľudia a ľudia so zdravotným postihnutím môžu byť vylúčení z distribúcie potravinovej pomoci v rámci domácnosti.

Zahrňte dievčatá a chlapcov, najmä domácnosti vedené deťmi, odlúčené deti alebo deti bez sprievodu, deti so zdravotným postihnutím a deti žijúce v náhradnej starostlivosti. Dávajte pozor na deti v rôznych krízových situáciách. Napríklad počas



prepuknutia infekčných chorôb zaradte deti do pozorovacích stredísk a stredísk dočasnej starostlivosti a liečby. V konfliktných prostrediach zaradte deti do demobilizačných centier.

Stratégia zvládania situácie: Zväzťe rôzne typy stratégie zvládania situácie, ich účinnosť a prípadné negatívne dopady. Budúcu potravinovú bezpečnosť môžu trvalo narušiť niektoré stratégie zvládania situácie, ako je predaj pôdy, migrácia celých rodín alebo odlesňovanie. Niektoré stratégie zvládania situácie, ktoré ženy, dievčatá a chlapci používajú alebo sú im vnucované, môžu ovplyvniť ich zdravie, psychickú pohodu a sociálnu integráciu. Tieto stratégie zvládania situácie zahŕňajú výmenný sex alebo sex „na prežitie“, vydávanie dcér za peniaze, zvyk, podľa ktorého ženy a dievčatá jedia ako posledné, detskú prácu, rizikovú migráciu a predaj detí a obchodovanie s nimi.

Zástupné opatrenia: Spotreba potravín odráža príjem energie a živín jednotlivcov v domácnostiach. Počas počiatočného hodnotenia nie je vhodné merať skutočný príjem energie a živín, preto používajte zástupné ukazovatele. Rozmanitosť stravy za dané obdobie odráža napríklad počet potravinových skupín skonzumovaných jednotlivcom alebo domácnosťou a frekvenciu konzumácie. Zmeny v dennom počte skonzumovaných jedál a pestrá strava sú dobrými zástupnými ukazovateľmi potravinovej bezpečnosti, najmä ak sú v korelácii so sociálno-ekonomickým postavením domácnosti.

Nástroje na meranie vzorcov spotreby potravín zahŕňajú skóre diverzity stravy v domácnosti, prístupovú stupnicu domácnosti a potravinovej neistoty a ukazovateľ spotreby potravín. Ďalším dobrým zástupným ukazovateľom potravinovej neistoty je stupnica hladu v domácnostiach. Niektoré bežne používané ukazovatele, napríklad ukazovateľ spotreby potravín, nemusia primerane odrážať potravinovú neistotu v mestskom kontexte. Vzájomne porovnajte a overte vybrané opatrenia s opatreniami stratégie zvládania situácií, aby ste pochopili rôzne obmedzenia v prístupe k jedlu.

Podiel potravinových výdavkov a jeho stanovené prahové hodnoty môžu byť príliš zložité na to, aby sa dali implementovať v mestských domácnostiach. Je to preto, že potravinový kôš môže mať na starosti niekoľko osôb, členovia domácnosti spotrebúvajú potraviny získané mimo domu a k príjmu domácnosti môže prispievať veľa osôb.

Analýza trhu a náklady na stravu: Zhromaždite informácie o prístupe na trhy, finančnom kapitáli, živobytí a ekonomickej zraniteľnosti. Tieto prvky sú previazané s cenami komodít, možnosťami zárobku a mzdovými sadzbami, ktoré ovplyvňujú potravinovú bezpečnosť. Formálne aj neformálne trhové systémy, môžu chrániť živobytie zabezpečením produktívnych položiek, ako je osivo a nástroje. ⊕ *Pozri Potravinovú bezpečnosť a výživu – živobytie – štandardy 7.1 a 7.2.*

Ako súčasť počiatočného a nadväzujúceho hodnotenia kontextu využite aj analýzu trhu. Analýza trhu by mala posúdiť, či miestne trhy zvládnu nutričné potreby,

a stanoviť minimálne náklady a cenovú dostupnosť potravín, ktoré spĺňajú nutričné potreby typickej domácnosti. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Vo vidieckych oblastiach a ešte častejšie v mestských oblastiach sú humanitárne reakcie čoraz viac založené na trhoch. Na riešenie potrieb zasiahnutých ľudí využívajú predajcov, trhové priestory, miestne potravinové produkty a dopravné služby. Preto je dôležité pochopiť prístup rizikových skupín na trh. ⊕ *Pozri Príručku MISMA.*

Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.2: Hodnotenie výživy

Pri hodnotení výživy sa používajú uznávané metódy na identifikáciu typu, stupňa a rozsahu podvýživy najohrozenejších skupín, a vhodnej reakcie.

Kľúčové kroky

- 1 Zhromaždíte predkrízové informácie a absolvujete počiatočné hodnotenia s cieľom určiť povahu a závažnosť výživovej situácie.
 - Posúďte štátnu a miestnu schopnosť viesť alebo podporiť humanitárnu reakciu, ako aj iných aktérov v oblasti výživy.
- 2 Uskutočnite rýchly skrining obvodu v strede ramena (MUAC) a hodnotenie kŕmenia dojčiat a malých detí v núdzových situáciách (IYCF-E) s cieľom posúdiť výživovú situáciu na začiatku krízy.
- 3 Identifikujte skupiny, ktoré najviac potrebujú nutričnú podporu.
 - Zhromaždíte informácie o príčinách podvýživy z primárnych alebo sekundárnych zdrojov vrátane vnímania a názorov komunity.
 - Spojte sa s komunitami, aby ste identifikovali rizikové skupiny, pričom je potrebné venovať pozornosť veku, pohlaviu, zdravotnému postihnutiu, chronickým chorobám alebo iným faktorom.
- 4 Určíte vhodnú reakciu na základe pochopenia kontextu a núdzovej situácie.
 - Určíte, či je situácia stabilná alebo sa zhoršuje, a preskúmajte trendy v stave výživy v priebehu času, a nie prevalenciu podvýživy v určitom čase.
 - Zvážte možnosti prevencie a liečby.



Kľúčové ukazovatele

Na posúdenie podvýživy a identifikáciu príčin sa používajú štandardizované protokoly

Percento hodnotiacich správ, ktoré zahŕňajú metodiku hodnotenia a zistené obmedzenia

Pokyny

Súvisiace informácie: Informácie o príčinách podvýživy možno získať z primárnych a sekundárnych zdrojov, vrátane zdravotných a výživových profilov, výskumných správ, informácií včasného varovania, záznamov zdravotníckych zariadení, správ o potravinovej bezpečnosti a iných zdrojov. Príklady zahŕňajú:

- demografické prieskumy zdravia;
- multiindikátorové klastrové prieskumy;
- štátne databázy informácií o výžive;
- iné štátne prieskumy zdravia a výživy;
- štátne systémy dohľadu nad výživou;
- mieru prijímania a pokrytia v existujúcich programoch na zvládanie podvýživy; a
- údaje o prevalencii, incidencii a úmrtnosti na HIV vrátane skupín s vyšším rizikom alebo vyššou záťažou. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – sexuálne a reprodukčné zdravie – štandard 2.3.3: HIV.*

Aj miestne inštitúcie a komunity by mali aktívne prispievať k hodnoteniu, interpretácii zistení a plánovaniu reakcií všade tam, kde je to možné.

Rýchla reakcia: V prvej fáze krízy by rozhodnutia o všeobecnej distribúcii potravín alebo okamžitej liečbe podvýživy mali vychádzať z rýchleho hodnotenia, počiatočných zistení a existujúcej schopnosti zareagovať. Hĺbková analýza by mala prebehnúť v neskoršom štádiu, ale nemala by oddialiť reakciu v akútnej fáze.

Rozsah analýzy: Hĺbkové hodnotenia by mali prebiehať tam, kde sa zistia nedostatky v informáciách a ak sú potrebné dodatočné údaje na navrhnutie programu, meranie jeho výsledkov alebo obhajobu. Zistite, či sú na pochopenie antropometrického stavu, stavu mikroživín, kŕmenia dojčiat a malých detí, postupov starostlivosti o matky a súvisiacich potenciálnych determinantov podvýživy potrebné celopopulačné kvalitatívne a kvantitatívne hodnotenia. Pri navrhovaní a príprave hodnotení sa koordinujte so sektormi zdravotníctva, WASH a potravinovej bezpečnosti.

Antropometrické prieskumy: Používajú sa na vyšetrenie fyzických proporcií tela a odhadujú mieru chronickej a akútnej podvýživy. Môžu sa zakladať na náhodnom odbere vzoriek alebo špecifickom skríningu. Prieskumy by mali uvádzať ukazovateľ Z hmotnosti k výške podľa štandardov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Na porovnanie s minulými prieskumami použite ukazovateľ Z hmotnosti k výške uvedený v porovnaní s referenciou Národného centra pre zdravotnú štatistiku (NCHS). Zahrňte ukazovatele akútnej a chronickej podvýživy merané údajmi podľa MUAC. Najrozšírenejším postupom je hodnotenie úrovne podvýživy u detí vo veku 6 – 59 mesiacov ako zástupné hodnotenie pre celú populáciu. Ak však existujú iné skupiny, ktoré čelia väčším nutričným rizikám, zvažte ich zahrnutie do hodnotenia. ⊕ *Pozri Prílohu 4: Meranie akútnej podvýživy.*

Stanovte pomery nutričného edému a zaznamenajte ich oddelene. Uvedte intervaly spoľahlivosti pri miere podvýživy a preukážte zabezpečenie kvality prieskumu. Využite existujúce nástroje, ako je metodická príručka Štandardizované

monitorovanie a hodnotenie úľavy a prechodov (SMART), štandardizovaný rozšírený prieskum výživy (SENS) pre utečenecké populácie, softvér na hodnotenie výživy v núdzových situáciách alebo softvér Epi Info.

Hodnotenie kŕmenia dojčiat a malých detí: Posúďte potreby a priority pre IYCF-E a monitorujte vplyv humanitárnej činnosti a nečinnosti na postupy pri kŕmení dojčiat a malých detí. Predkrízové údaje možno použiť na včasné rozhodovanie. Spolupracujte s inými sektormi na zahrnutí otázok IYCF-E do iných sektorových hodnotení a pri tvorbe hodnotenia čerpajte z dostupných multisektorových údajov. ⊕ *Pozri Prílohu 3: Kontrolný zoznam hodnotenia výživy.*

Uvedte počet dostupných poradkýň pri dojení, vyšskolených zdravotníckych pracovníkov a iných podporných služieb a ich možnosti. Na hlbšie posúdenie odoberte náhodné, systematické alebo skupinové vzorky. Môže to byť prostredníctvom samostatného prieskumu IYCF-E alebo integrovaného prieskumu. Výsledkom integrovaného prieskumu však môže byť obmedzená veľkosť vzorky, čo môže znížiť reprezentatívnosť prieskumu.

Ďalšie ukazovatele: Na celkové hodnotenie stavu výživy možno dôkladne zvážiť dodatočné informácie. To zahŕňa mieru pokrytia očkovacími a výživovými programami, najmä osýpky, nedostatok vitamínu A, jódu alebo iných mikroživín, chorobnosť a správanie pri budovaní zdravia. Možno zohľadniť aj hrubú mieru úmrtnosti dojčiat a detí do 5 rokov spolu s príčinou smrti, ak sú tieto údaje k dispozícii.

Interpretácia úrovni podvýživy: Na rozhodnutie, či si úroveň podvýživy vyžaduje zásah, je potrebná podrobná analýza veľkosti a hustoty referenčnej populácie, ako aj miery úmrtnosti a chorobnosti. Potrebné sú aj informácie o zdravotnom stave, sezónnych výkyvoch, indikátoroch IYCF-E, predkrízových úrovniach podvýživy, podiele ťažkej akútnej podvýživy vo vzťahu ku globálnej akútnej podvýžive a úrovniach deficitu mikroživín. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – štandard 2.2.2: Manažment novorodeneckých a detských chorôb a Prílohu 5: Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie.*

Kombinácia doplnkových informačných systémov môže byť nákladovo najefektívnejší spôsob sledovania trendov. Vhodné môžu byť rozhodovacie modely a prístupy, ktoré zohľadňujú niekoľko premenných, ako je potravinová bezpečnosť, živobytie, zdravie a výživa. ⊕ *Pozri Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.1: Hodnotenie potravinovej bezpečnosti.*



2. Manažment podvýživy

Dôležité faktory pri humanitárnych krízach sú prevencia a liečba podvýživy. Chronické podvýžive sa dá predchádzať, ale existujú len obmedzené dôkazy, že ju možno zvrátiť alebo liečiť. Na druhej strane, akútnej podvýžive, ktorá sa môže spustiť počas krízy, sa dá predchádzať a liečiť ju správnymi výživovými reakciami.

Výživové reakcie majú kľúčovú úlohu pri znižovaní chorobnosti a úmrtnosti v zasiahnutých populáciách. Vyžadujú si však pochopenie komplexných základných príčin podvýživy. Na riešenie všetkých príčin a ich interakcií je nevyhnutný multisektorový prístup.

Liečba stredne ťažkej akútnej podvýživy: Primárnou stratégiou na prevenciu a liečbu stredne ťažkej akútnej podvýživy je v krízach často doplnková výživa.

Bežné sú dva typy programov doplnkovej výživy: plošné programy doplnkovej výživy na prevenciu a ciele programy doplnkovej výživy na liečbu stredne ťažkej akútnej podvýživy a prevenciu ťažkej akútnej podvýživy. Ich použitie závisí od úrovne akútnej podvýživy, zraniteľných skupín obyvateľstva a rizika nárastu akútnej podvýživy.

Plošné programy doplnkovej výživy sa odporúčajú tam, kde je vysoká potravinová neistota a je potrebné rozšíriť intervencie nad rámec miernych prípadov akútnej podvýživy. Mala by ich sprevádzať všeobecná distribúcia potravín zameraná na zasiahnuté domácnosti. Neexistujú definované ukazovatele vplyvu na plošné programy doplnkovej výživy, ale je dôležité monitorovať pokrytie, dodržiavanie, prijateľnosť a poskytované dávky. Ukazovatele na zvládnutie mierne ťažkej akútnej podvýživy sa primárne týkajú cieľenej doplnkovej výživy.

Hlavným cieľom špecifického programu doplnkovej výživy je zabrániť tomu, aby sa stredne podvyživené osoby stali ťažko podvyživenými a rehabilitovať ich. Tieto typy programov zvyčajne ponúkajú doplnok stravy k celkovej dávke pre stredne podvyživených jedincov, tehotné a dojčiace matky a iné rizikové osoby.

Liečba ťažkej akútnej podvýživy: Na terapeutickú starostlivosť sa používajú rôzne prístupy. Tam, kde to umožňujú podmienky, je preferovaným prístupom komunitný manažment akútnej podvýživy. Tento zahŕňa:

- ústavnú starostlivosť o ľudí so zdravotnými komplikáciami, ktorí trpia ťažkou akútnou podvýživou;
- ústavnú starostlivosť pre všetky dojčatá mladšie ako šesť mesiacov, ktoré trpia ťažkou akútnou podvýživou;
- ambulatnú starostlivosť o ľudí s ťažkou akútnou podvýživou, ktorí nemajú zdravotné komplikácie;
- práca s komunitou; a
- iné kontextovo špecifické služby alebo programy pre jednotlivcov so stredne ťažkou akútnou podvýživou.

Programy zamerané na závažnú akútnu podvýživu by mali podporovať programy doplnkovej výživy a mobilizáciu komunity na podporu terénnych služieb, aktívne vyhľadávanie prípadov, odkazovanie a nadväzujúce sledovanie.

Manažment podvýživy – štandard 2.1: Stredne ťažká akútna podvýživa

Strednej akútnej podvýžive možno predchádzať a zvládať ju.

Kľúčové kroky

- 1 Od začiatku programu stanovte jasne definované a dohodnuté stratégie, ciele a kritériá na vytvorenie a ukončenie intervencií.
- 2 Od začiatku maximalizujte prístup k intervenciám v oblasti mierne ťažkej akútnej podvýživy cez angažovanosť a zapojenie komunity.
 - Spolupracujte so zainteresovanými komunitnými partnermi na identifikácii zraniteľných jednotlivcov a domácností.
- 3 Vytvorte prijímacie a prepúšťacie protokoly na základe štátne a medzinárodne uznávaných antropometrických kritérií.
 - Uved'te kritériá prepustenia pri vykazovaní ukazovateľov výkonnosti.
 - Skúmajte príčiny zlyhania a nereagovania alebo nárastu úmrtí a reagujte na ne.
- 4 Prepojte manažment stredne ťažkej akútnej podvýživy s manažmentom ťažkej akútnej podvýživy a existujúcimi zdravotníckymi službami.
- 5 Ak neexistuje jasné odôvodnenie výživy na mieste, rozdajte dávky suchých potravín, ktoré si možno vziať domov, alebo vhodné dávky doplnkových potravín pripravených na priamu spotrebu.
 - Rozdávajte dávky týždenne alebo každé dva týždne. Pri stanovovaní veľkosti a zloženia dávky jedla zväžte zloženie a veľkosť domácnosti, jej potravinovú bezpečnosť a pravdepodobnosť delenia.
 - Jasne informujte o tom, ako hygienicky pripravovať a skladovať doplnkové potraviny a ako a kedy ich konzumovať.
- 6 Zdôraznite ochranu a podporu dojčenia, doplnkovej výživy a hygieny.
 - Jasne informujte o dôležitosti výlučného dojčenia u detí do šiestich mesiacov a pokračujúceho dojčenia pre deti od 6 do 24 mesiacov pre fyzické aj psychické zdravie matky a dieťaťa.
 - Zarad'te dojčiace matky akútne podvyživených dojčiat do šiestich mesiacov do programov doplnkovej výživy nezávisle od stavu matkinej výživy.



Kľúčové ukazovatele

Percento cieľovej populácie, ktorá má prístup k miestam doplnkovej výživy so suchou dávkou v rámci jednodňovej spiatočnej cesty pešo (vrátane času na liečbu)

- > 90 %

Percento cieľovej populácie, ktorá má prístup k programom na mieste do jednej hodiny

- > 90 %

Percento prípadov stredne ťažkej akútnej podvýživy (MAM) s prístupom k liečebným službám (pokrytie)

- > 50 % vo vidieckych oblastiach
- > 70 % v mestských oblastiach
- > 90 % vo formálnych táboroch

Podiel ľudí prepustených z cieľných programov doplnkovej výživy, ktorí zomreli, zotavili sa alebo neprišli

- Zomreli: < 3 %
- Zotavili sa: > 75 %
- Neprišli: < 15 %

Pokyny

Návrh programu: Navrhnite programy, ktoré stavajú na existujúcej kapacite zdravotníckeho systému, podporujú ju a zohľadňujú prístup k zdravotníckym zariadeniam, geografickému rozloženiu obyvateľstva a bezpečnosti. Udržiavajte prepojenie na ústavnú a ambulantnú terapeutickú starostlivosť, prenatálnu starostlivosť, prevenciu malárie, detské choroby a skrining, starostlivosť o ľudí s HIV a tuberkulózou a programy potravinovej bezpečnosti vrátane prevodov potravín, hotovosti alebo poukážok.

Programy doplnkovej výživy nemajú nahradiť stravu, ale ju doplniť. Je kľúčové navrhnúť programy ako súčasť viacsektorového prístupu s doplnkovými službami, ako WASH, zdravie, IYCF a všeobecná distribúcia potravín. Posúďte dostupnosť doplnkových potravín na štátnych alebo medzinárodných trhoch a v rámci plánovania programu zohľadnite potenciálne obmedzenia. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Prevencia alebo liečba: Osvojte si plošný prístup na prevenciu podvýživy alebo cieľný prístup k jej liečbe. Rozhodnutie bude závisieť od:

- úrovne akútnej podvýživy a počtu zasiahnutých ľudí;
- rizika zvýšenej chorobnosti;
- rizika zníženia potravinovej bezpečnosti;
- vysídlenia a hustoty obyvateľstva;

- možností skríningu a monitorovania zasiahnutého obyvateľstva pomocou antropometrických kritérií; a
- dostupných zdrojov a prístupu k zasiahnutým ľuďom.

Cielená doplnková výživa si vo všeobecnosti vyžaduje viac času a úsilia na skrínung a monitorovanie jedincov s akútnou podvýživou, vyžaduje si však aj menej špecializovaných potravinových zdrojov. Plošný prístup si vo všeobecnosti vyžaduje menej odborných znalostí personálu, ale viac špecializovaných potravinových zdrojov.


Efektívna mobilizácia komunity: Mobilizácia a zapojenie komunity zlepší pochopenie programu a jeho pravdepodobnej účinnosti. Pri rozhodovaní o lokalitách programu spolupracujte s cieľovou populáciou. Zohľadnite rizikové skupiny, ktoré môžu mať problémy s prístupom na lokality. Jasne a komplexne informujte o dostupnej podpore v dostupných jazykoch pomocou viacerých informačných kanálov vrátane zvukovej, vizuálnej a písomnej formy.

Pokrytie znamená podiel osôb, ktorí dostávajú liečbu z celkového počtu ľudí, ktorí liečbu potrebujú. Na pokrytie môže mať vplyv:

- prijateľnosť programu, vrátane umiestnenia a dostupnosti lokalít programu;
- bezpečnostná situácia;
- frekvencia distribúcie;
- čas čakania;
- rozsah mobilizácie, návštev domácností a skríningu;
- dostupnosť mužského a ženského nutričného personálu;
- zosúladenie kritérií vstupu a pokrytia; a
- schopnosť opatrovateľov identifikovať príznaky podvýživy.

Metodiky hodnotenia pokrytia sú nákladné a vyžadujú si špeciálne vyškolený personál. Ak sa nedá realizovať prieskum pokrytia, pri rozhodovaní o alternatívnych metódach si pozrite štátne smernice. Na odhad pokrytia použite rutinné údaje z programu, ako sú skrínung, počet odkázaných a počet prijatých osôb.

Ak nenastali významné zmeny v programovej oblasti, ako je presun populácie alebo nový liečebný produkt alebo protokol, nemusí byť potrebné pravidelne hodnotiť pokrytie.

Vstupné kritériá by mali byť v súlade so štátnymi a medzinárodnými smernicami. Vstupné kritériá pre dojčatá mladšie ako šesť mesiacov a pre skupiny, ktorých antropometrický stav je ťažké určiť, by mali zahŕňať klinický stav a stav dojčenia.  [⊕ Pozri Prílohu 4: Meranie akútnej podvýživy a Citované a ďalšie zdroje.](#)

Ak jednotlivci, ktorí sú (alebo u ktorých existuje podozrenie, že sú) HIV pozitívni alebo ktorí majú tuberkulózu alebo iné chronické ochorenie a spĺňajú vstupné kritériá, nemali by byť diskriminovaní a mali by mať rovnaký prístup k starostlivosti. Niektorí jednotlivci, ktorí nespĺňajú antropometrické kritériá akútnej podvýživy, môžu využiť doplnkovú výživu. To môže zahŕňať napríklad ľudí žijúcich s HIV, tuberkulózu alebo inými chronickými chorobami, ľudí prepustených zo starostlivosti, ktorí však potrebujú podporu pri liečbe, aby sa vyhlili návratu ochorenia, alebo osoby so

zdravotným postihnutím. Ak takíto ľudia nespĺňajú antropometrické kritériá, upravte systémy monitorovania a podávania správ.

Ľudia žijúci s HIV, ktorí nespĺňajú vstupné kritériá, si často vyžadujú výživovú pomoc. Táto pomoc sa lepšie ponúka mimo kontextu liečby závažnej akútnej podvýživy v krízach. Jednotlivcom a ich rodinám zabezpečí celý rad služieb vrátane komunitnej a domácej starostlivosti, centier na liečbu tuberkulózy a prevencie programov prenosu z matky na dieťa.

Kritériá prepúšťania a monitorovanie: Počet prepustených osôb zahŕňa tých, ktorí sa zotavili, zomreli, neprišli alebo sa nevylicili. Jednotlivci odoslaní na doplnkové služby, ako je zdravotná starostlivosť, neukončili liečbu a buď budú v liečbe pokračovať, alebo sa k nej vrátia neskôr. Nezahŕňajte osoby presunuté na iné miesta ani ľudí, ktoré neukončili liečbu.

Ak sa jednotlivci po prepustení z terapeutickje starostlivosti zapoja do výživového programu, nahláste ich ako samostatnú kategóriu, aby ste sa vyhli skresleniu výsledkov. Ak sa u jednotlivca objavia akútne príznaky podvýživy v dôsledku iných faktorov, ako je zdravotné postihnutie, rázštep alebo chirurgické problémy, zahrňte tieto faktory do programového hlásenia. Zistite, ako môže pohlavie jednotlivca ovplyvniť prístup k liečbe, zlyhanie liečby a zotavenie.

Štatistiku prepúšťania vypočítajte takto:

- Percento prepustených zotavených = počet zotavených jednotlivcov/celkový počet prepustených x 100
- Percento prepustených úmrtí = počet úmrtí/celkový počet prepustených x 100
- Percento prepustených, ktorí neprišli = počet ľudí, ktorí neprišli/celkový počet prepustených x 100
- Percento prepustených nezotavených = počet nezotavených jednotlivcov/celkový počet prepustených x 100

Okrem vyššie uvedených ukazovateľov by monitorovacie systémy mali zahŕňať:

- zapojenie populácie;
- prijateľnosť programu (predvolená hodnota a miera pokrytia by sa mohli použiť ako zástupné opatrenie);
- množstvo a kvalitu potravín;
- pokrytie;
- dôvody preradenia do iných programov (najmä u detí, ktorých výživový stav sa zhorší na ťažkú akútnu podvýživu); a
- počet prijatých a liečených osôb.

Zvážte vonkajšie faktory, ako napríklad:

- vzory chorobnosti;
- úroveň podvýživy v populácii;
- úroveň potravinovej neistoty v domácnostiach a v populácii;

- doplnkové intervencie dostupné obyvateľstvu (vrátane všeobecnej potravinovej pomoci alebo ekvivalentných programov); a
- Kapacity existujúcich systémov na poskytovanie služieb.

Prepojenie na zdravotníctvo a iné sektory: Tak cieľené ako aj plošné programy doplnkovej výživy možno použiť ako platformu na doplnkové služby. V mnohých situáciách môže krízovú reakciu podporiť plošný program doplnkovej výživy ako prevencia. Napríklad môže umožniť prístup k cieľovej populácii prostredníctvom registrácie zo sčítania ľudu, komunitného skríningu a odporúčania pre manažment ťažkej a stredne ťažkej akútnej podvýživy. Môže tiež umožniť intervencie na prežitie diétaťa, ako sú napríklad:

- antihelmintiká;
- doplnenie vitamínu A;
- železo a kyselina listová v kombinácii so skríninom a liečbou malárie;
- zinok na liečbu hnačky; a
- očkovanie.

⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – prenosné choroby – štandardy 2.1.1 až 2.1.4 a Základnú zdravotnú starostlivosť – zdravie detí – štandardy 2.2.1 a 2.2.2.*

Populácie s vysokou mierou zraniteľnosti, ako je vysoká prevencia HIV a ľudia s ťažkosťami s pohybom alebo výživou, si môžu vyžadovať úpravy programu, aby vyhovovali ich potrebám. To by mohlo zahŕňať úpravu kvality a množstva doplnkovej dávky potravín. ⊕ *Pozri Kŕmenie dojčiat a malých detí – štandard 4.1.*

Manažment podvýživy – štandard 2.2: Ťažká akútna podvýživa

Ťažká akútna podvýživa je liečená.

Kľúčové kroky

- 1 Od začiatku programu stanovte jasne definované a dohodnuté stratégie, ciele a kritériá na vytvorenie a ukončenie intervencií.
 - Zahrňte primeraný personál a príslušné schopnosti, odborné znalosti a zručnosti.
- 2 Do manažmentu ťažkej akútnej podvýživy zahrňte zložky ústavnej a ambulantnej starostlivosti, odporúčania a komunitnej mobilizácie.
- 3 Poskytnite výživu a zdravotnú starostlivosť v súlade so štátne a medzinárodné uznávanými smernicami o manažmente ťažkej akútnej podvýživy.
- 4 Stanovte prepúšťacie kritériá, ktoré zahŕňajú antropometrické a iné ukazovatele.



- 5 Skúmajte príčiny zlyhania a nereagovania alebo nárastu úmrtí a reagujte na ne.
- 6 Chráňte a podporujte dojčenie, doplnkové kŕmenie, podporu hygieny a vhodnú interakciu matky a dieťaťa.
 - Jasne informujte o dôležitosti výlučného dojčenia u detí do šiestich mesiacov a pokračujúceho dojčenia pre deti od 6 do 24 mesiacov pre fyzické aj psychické zdravie matky a dieťaťa.

Kľúčové ukazovatele

Percento cieľovej populácie vo vzdialenosti kratšej ako jednodňová spiatočná cesta pešo na miesto programu (vrátane času na ošetrovanie)

- > 90 % cieľovej populácie

Percento prípadov ťažkej akútnej podvýživy (SAM) s prístupom k liečebným službám (pokrytie)

- > 50 % vo vidieckych oblastiach
- > 70 % v mestských oblastiach
- > 90 % v tábore

Podiel osôb prepustených z terapeutickej starostlivosti, ktoré zomreli, zotavili sa alebo neprišli

- Zomreli: < 10 %
- Zotavili sa: > 75 %
- Neprišli: < 15 %

Pokyny

Zložky programu: Ústavná starostlivosť sa môže poskytovať priamo alebo prostredníctvom odporúčania. Programy by mali poskytovať decentralizovanú ambulantnú starostlivosť o deti bez zdravotných komplikácií. Miesta ambulantných programov by mali byť blízko cieľovej populácie, aby sa znížili riziká a náklady spojené s cestovaním s malými deťmi a riziko ďalšieho vysídľovania. ⊕ *Pozri Zdravie detí – štandard 2.2.2: Manažment chorôb novorodencov a detí.*

Prepojte programy s inými relevantnými službami, ako je napríklad:

- doplnkové kŕmenie;
- siete pre ľudí s HIV a tuberkulózou;
- rehabilitácia;
- primárne zdravotnícke služby; a
- programy potravinovej bezpečnosti vrátane potravinovej alebo peňažnej pomoci.

Metodológia na hodnotenie **pokrytia** je podobná pri programoch ťažkej a stredne ťažkej akútnej podvýživy. ⊕ *Pozri Manažment podvýživy – štandard 2.1: Stredne ťažká akútna podvýživa.*

Vstupné kritériá by mali byť v súlade so štátnymi a medzinárodnými smernicami. Vstupné kritériá pre dojčatá mladšie ako šesť mesiacov a pre skupiny, ktorých antropometrický stav je ťažké určiť, by mali zahŕňať klinický stav a stav dojčenia. ⊕ *Pozri Prílohu 4: Meranie akútnej podvýživy a Citované a ďalšie zdroje.*

Ak jednotlivci, ktorí sú (alebo u ktorých existuje podozrenie, že sú) HIV pozitívni alebo ktorí majú tuberkulózu alebo iné chronické ochorenie a spĺňajú vstupné kritériá, nemali by byť diskriminovaní a mali by mať rovnaký prístup k starostlivosti. Niektorí jednotlivci, ktorí nespĺňajú antropometrické kritériá akútnej podvýživy, môžu využiť doplnkovú výživu. Napríklad ľudia žijúcich s HIV, tuberkulózou alebo inými chronickými chorobami, ľudia prepustení zo starostlivosti, ktorí však potrebujú podporu pri liečbe, aby sa vyhlí návratu ochorenia, alebo osoby so zdravotným postihnutím. Ak takíto ľudia nespĺňajú antropometrické kritériá, upravte systémy monitorovania a podávania správ.

Ľudia žijúci s HIV, ktorí nespĺňajú vstupné kritériá, si často vyžadujú výživovú pomoc. Táto pomoc sa lepšie ponúka mimo kontextu liečby závažnej akútnej podvýživy v krízach. Jednotlivcom a ich rodinám zabezpečiť celý rad služieb vrátane komunitnej a domácej starostlivosti, centier na liečbu tuberkulózy a prevencie programov prenosu z matky na dieťa.

Kritériá prepúšťania a zotavenia: Prepúšťaní jednotlivci musia byť bez zdravotných komplikácií. Okrem toho by mali mať znovu chuť do jedla a dosiahnuť a udržať si primeraný prírastok hmotnosti bez edému súvisiaceho s výživou (napríklad pri dvoch po sebe nasledujúcich váženiach). Vypočítajte priemerný prírastok hmotnosti pre ľudí s nutričným edémom a bez neho. Dojčenie je dôležité najmä pre dojčatá do šiestich mesiacov, ako aj pre deti vo veku od 6 do 24 mesiacov. Nedožčené deti budú potrebovať dôkladné sledovanie. Dodržiavajte prepúšťacie kritériá, aby ste sa vyhlí rizikám spojeným s predčasným prepúšťaním.

Smernice pre komunitný manažment akútnej podvýživy špecifikujú priemernú dĺžku liečebného pobytu a majú za cieľ skrátiť zotavovanie. Pri výpočte priemernej dĺžky pobytu sa riadte existujúcimi štátnymi smernicami, pretože závisia od kontextu. HIV, tuberkulóza a iné chronické choroby môžu viesť k tomu, že niektorí podvyživení jedinci nereagujú na liečbu. Spolupracujte so zdravotnými službami a ďalšími sociálnymi a komunitnými podpornými službami s cieľom identifikovať možnosti dlhodobejšej liečby pre týchto ľudí. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – sexuálne a reprodukčné zdravie – štandard 2.3.3: HIV.*

Výkonnostné ukazovatele na zvládanie ťažkej akútnej podvýživy: Populáciu ľudí prepustených z dôvodu ťažkej akútnej podvýživy tvoria tí, ktorí sa uzdravili, zomreli, nepišli alebo sa nezotavili. ⊕ *Pozri Usmernenia pre manažment podvýživy – štandard 2.1: Stredne ťažká akútna podvýživa.*



Výkonnostné ukazovatele na zvládanie ťažkej akútnej podvýživy by mali spájať výsledky ústavnej a ambulantnej starostlivosti bez dvojitého započítania tých, ktorí prechádzajú z jednej do druhej. Ak to nie je možné, upravte interpretáciu pomeru výsledkov. Napríklad programy by mali očakávať lepšie výsledky pri poskytovaní len ambulantnej starostlivosti. Len pri ústavnej starostlivosti by sa programy mali zamerať na výsledky načrtnuté pri kombinovanej starostlivosti.

Ľudia, ktorí sú odkázaní na iné služby, napríklad na zdravotnícke služby, neukončili liečbu. Pri hodnotení výsledkov ambulantnej liečby vykazujte presuny do ústavnej starostlivosti, aby ste presne vyjadrili výkon programu.

Ukazovatele výkonnosti nezohľadňujú klinickú komplexnosť HIV. Klinická komplexnosť HIV ovplyvní mieru úmrtnosti. V týchto situáciách sa to musí brať do úvahy pri interpretácii výsledkov programu.

Okrem prepúšťacích ukazovateľov pri monitorovaní výkonu hodnotte aj rozčlenené údaje o novo prijatých osobách (pohlavie, vek, zdravotné postihnutie), počet liečených detí a mieru pokrytia. Priebežne skúmajte a dokumentujte podiel a príčiny opätovného prijatia, zhoršenia klinického stavu, zlyhania a nereagovania. Ich definíciu prispôbte používaným smerniciam.

Zdravotné vstupy: Všetky programy ťažkej akútnej podvýživy by mali zahŕňať systematickú liečbu podľa štátnych a medzinárodných smerníc. Je nevyhnutné, aby zahŕňali účinné mechanizmy odporúčaní na zvládnutie primárnych ochorení, ako je tuberkulóza a HIV. V oblastiach s vysokou prevalenciou HIV by programy podvýživy mali zohľadniť zásahy, ktoré sa snažia zabrániť prenosu HIV a ktoré podporujú prežitie matiek a detí. V prostrediach, kde je infekcia HIV bežná (prevalencia HIV viac ako 1 %), testujte deti s podvýživou, aby ste zistili, či nie sú nakazené HIV a určili, či nepotrebujú liečbu antiretrovírusovými liekmi.

Podpora dojčenia: Matky hospitalizovaných dojčiat potrebujú kvalifikovanú podporu ako súčasť nutričnej rehabilitácie a zotavenia. Je to dôležité najmä pre deti mladšie ako šesť mesiacov a pre matky so zdravotným postihnutím. Vyhradte im dostatok času a zdrojov, ako je napríklad vyhradený súkromný priestor na dojčenie, aby ste sa mohli zamerať na kvalifikovanú podporu a umožnili vzájomnú pomoc. Dojčiace matky ťažko podvyživených detí do šiestich mesiacov by mali dostávať doplnkovú dávku potravín bez ohľadu na ich nutričný stav. Ak spĺňajú antropometrické kritériá pre ťažkú akútnu podvýživu, zaradte ich do liečby.

Psychosociálna podpora: U detí s ťažkou akútnou podvýživou je počas rehabilitačného obdobia dôležitá emocionálna a fyzická stimulácia prostredníctvom hry. Podporuje vytváranie blízkeho vzťahu a pozitívnu náladu matky. Opatrovatelia takýchto detí si často vyžadujú sociálnu a psychosociálnu pomoc, aby priviedli deti na liečbu. Niektoré matky môžu potrebovať pomoc aj pri prístupe k starostlivosti o psychické zdravie pri popôrodnej depresii. Dá sa to dosiahnuť prostredníctvom mobilizačných programov. Programy by mali zdôrazňovať dôležitosť stimulácie a interakcie pri liečbe a prevencii budúceho postihnutia a kognitívnych porúch detí. Umožnite všetkým opatrovateľom ťažko podvyživených detí kŕmiť ich a starať sa o ne počas

liečby; dávajte im rady, ukážky a informácie o zdraví a výžive. Venujte pozornosť vplyvu liečby na opatrovateľov a súrodencov, aby ste zabezpečili primerané opatrenia v oblasti starostlivosti o deti, vyhli sa rozdeleniu rodiny, minimalizovali psychosociálne utrpenie a maximalizovali potenciálne dodržiavanie liečby.

Prepojenie s ostatnými aktérmi: Skoordinujte sa s partnermi v oblasti ochrany detí a rodovo podmieneného násilia, aby ste vytvorili spôsoby odkazovania a protokoly zdieľania informácií. Vyškólte personál výživy v tom, ako poskytovať podporné a dôverné odporúčania opatrovateľom detí vystavených fyzickému, sexuálnemu alebo emocionálnemu násiliu, vykorisťovaniu alebo zneužívaniu.



3. Nedostatok mikroživín

Nedostatok mikroživín je prekážkou sociálno-ekonomického rozvoja v mnohých krajinách. Mikroživiny majú veľký vplyv na zdravie, schopnosť učiť sa a produktivitu. Ich nedostatok prispieva k vzniku začarovanému kruhu podvýživy, nedostatočného rozvoja a chudoby, ktorý postihuje už aj tak znevýhodnené skupiny.

Nedostatok mikroživín je ťažké identifikovať v mnohých kontextoch. Zatiaľ čo klinické príznaky závažných nedostatkov sa dajú diagnostikovať ľahko, väčšou záťažou pre zdravie a prežitie populácie môžu byť subklinické nedostatky. Predpokladajte, že kríza zhorší každý existujúci nedostatok mikroživín v populácii. Tieto nedostatky riešte pomocou celopopulačných intervencií a individuálnej liečby.

Existujú tri prístupy regulácie nedostatku mikroživín:

- **Doplňanie:** Podávanie mikroživín vo vysoko absorbovateľnej forme zvyčajne vedie k najrýchlejšej regulácii stavu mikroživín u jednotlivcov alebo cieľových populácií. Príklady zahŕňajú doplnkové programy zamerané na anémiu prostredníctvom dopĺňania železa, kyseliny listovej u tehotných žien a vitamínu A u detí mladších ako päť rokov.
- **Obohacovanie:** Obohacovanie potravinových výrobkov mikroživinami môže byť účinnou stratégiou na regulovanie nedostatku mikroživín. Príklady zahŕňajú jodizovanú soľ, mikronutričné prášky alebo rastlinný olej obohatený vitamínom A.
- **Potravinové prístupy:** Vitamíny a minerály potrebné na prevenciu nedostatku mikroživín sa nachádzajú v rôznych potravinách. Postupy a programy by mali zabezpečiť lepšiu celoročnú konzumáciu primeranej rozmanitosti, množstva a kvality bezpečných potravín bohatých na mikroživiny.

Zatiaľ čo všetky tri prístupy sa používajú v krízach, najbežnejším a najpoužívanejším je dopĺňanie.

Nedostatok mikroživín – štandard 3: Nedostatok mikroživín

Nedostatok mikroživín sa koriguje.

Kľúčové kroky

- 1 Zhromažďujte informácie o predkrízovej situácii, aby ste určili najčastejšie nedostatky mikroživín.
- 2 Vyškolte zdravotnícky personál v identifikácii a liečbe nedostatku mikroživín.
- 3 Stanovte postupy reakcií na riziká, ktoré hrozia v dôsledku nedostatku mikroživín.

- 4 Prepojte reakcie v oblasti mikroživín s reakciami v oblasti verejného zdravotníctva na zníženie chorôb bežne spojených s krízami, ako je vitamín A na zvládanie osýpok a zinok na zvládanie hnačky.

Kľúčové ukazovatele

Neobjavili sa prípady skorbutu, pelagry, beriberi ani nedostatku riboflavínu

- ⊕ Definíciu významu verejného zdravia podľa vekovej skupiny a celej populácie nájdete v Prílohe 5: Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie.
- Ak existujú, použite štátne alebo kontextovo špecifické ukazovatele.

Výskyt xerofthalmie, anémie a nedostatku jódu nemá význam pre verejné zdravie

- ⊕ Definíciu významu verejného zdravia podľa vekovej skupiny a celej populácie nájdete v Prílohe 5: Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie.
- Ak existujú, použite štátne alebo kontextovo špecifické ukazovatele.

Pokyny

Diagnostika klinických nedostatkov mikroživín: Klinický nedostatok mikroživín by mal vždy diagnostikovať kvalifikovaný zdravotnícky personál. Keď sa klinické indikátory týchto nedostatkov začlenia do systémov zdravotného alebo nutričného dohľadu, vyškolte personál, aby vykonal základné hodnotenie a vydajte príslušné odporúčania. Definície prípadov sú problematické; v krízach ich určite prostredníctvom reakcie na dopĺňanie.

Subklinické nedostatky mikroživín sú také, ktoré nie sú dostatočne závažné na to, aby sa pri nich objavili ľahko identifikovateľné symptómy. Môžu však mať nepriaznivé zdravotné následky. Identifikácia si vyžaduje špecializované biochemické vyšetrenie. Výnimkou je anémia, pri ktorej je k dispozícii základný test, ktorý sa dá ľahko vykonať v teréne.

Na posúdenie rizika nedostatku mikroživín a na určenie, kedy môžu byť potrebné doplnky alebo zlepšený príjem potravy, sa môžu použiť nepriame ukazovatele. Nepriame hodnotenie zahŕňa odhad príjmu živín na úrovni populácie a jeho aplikáciu na riziko nedostatku. Pri tejto problematike sa pozrite na dostupné údaje o prístupe k potravinám, ich dostupnosti a využívaní a posúďte primeranosť potravinových dávok.

Prevenia: Stratégiám prevencie nedostatku mikroživín sa venuje časť 6 nižšie. (⊕ Pozri *Potravinovú pomoc – štandard 6.1: Všeobecné požiadavky na výživu*). Pri prevencii nedostatku mikroživín je rozhodujúca liečba chorôb. Akútna infekcia dýchacích ciest, osýpky, parazitické infekcie ako malária a hnačka sú príkladmi chorôb, ktoré odčerpávajú zásoby mikroživín. Pripravenosť na liečbu bude zahŕňať vypracovanie definícií prípadov a usmernení pri liečbe a systémov na aktívne vyhľadávanie prípadov. (⊕ Pozri *Základnú zdravotnú starostlivosť – zdravie detí – štandardy 2.2.1 a 2.2.2*).



Liečba nedostatku mikroživín: Vyhľadávanie prípadov a liečba by mala prebiehať v rámci zdravotného systému a v rámci programov výživy. Ak miera nedostatku mikroživín presahuje prahové hodnoty pre verejné zdravie, môže byť vhodné plošné ošetrovanie populácie doplnkami. Skorbut (nedostatok vitamínu C), pelagra (nedostatok niacínu), beriberi (nedostatok tiamínu) a ariboflavinóza (nedostatok riboflavínu) sú najčastejšie pozorované ochorenia vyplývajúce z nedostatku mikroživín. ⊕ *Pozri Prílohu 5: Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie.*

Opatrenia v oblasti verejného zdravia na reguláciu nedostatkov mikroživín zahŕňajú:

- podávanie doplnkov vitamínu A spolu s očkovaním pre deti vo veku 6 – 59 mesiacov;
- odčervenie všetkých detí vo veku 12 – 59 mesiacov;
- pridávanie jodizovanej soli a iných obohatených komodít, ako je napríklad rastlinný olej obohatený vitamínom A a D, do košíka s potravinami a dodávanie mikronutričných práškov alebo doplnkov s jódom olejom;
- podávanie produktov s viacerými mikroživinami s obsahom železa pre deti vo veku 6 – 59 mesiacov;
- podávanie denných doplnkov s viacerými mikroživinami s obsahom železa, vrátane kyseliny listovej, tehotným a dojčiacim ženám.

Ak nie sú k dispozícii produkty s viacerými mikroživinami s obsahom železa, podajte denné doplnky železa a kyseliny listovej tehotným ženám a tým, ktoré porodili počas posledných 45 dní.

Na posúdenie rizika nedostatku mikroživín v zasiahnutom obyvateľstve a na určenie potreby zlepšenia príjmu potravy alebo používania doplnkov použite nepriame ukazovatele rozdelené podľa pohlavia. Napríklad nepriame ukazovatele nedostatku vitamínu A môžu zahŕňať nízku pôrodnú hmotnosť, chradnutie alebo zakrpatenie. ⊕ *Pozri Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.2: Hodnotenie výživy.*

4. KŔmenie dojčiat a malých detí

Vhodná a včasná podpora kŕmenia dojčiat a malých detí v núdzových situáciách (IYCF-E) zachraňuje životy a chráni výživu, zdravie a vývoj detí. Nevhodné kŕmenie dojčiat a malých detí zvyšuje náchylnosť na podvýživu, choroby a smrť a podkopávajú zdravie matiek. Tieto riziká sú vyššie počas krízy. Niektoré dojčatá a malé deti sú obzvlášť zraniteľné, najmä:

- dojčatá s nízkou pôrodnou hmotnosťou;
- odlúčené deti a deti bez sprievodu;
- dojčatá a deti depresívnych matiek;
- deti nedojčené do dvoch rokov;
- deti v populácii so strednou alebo vysokou prevalenciou HIV;
- deti so zdravotným postihnutím, najmä tie, ktoré majú problémy s kŕmením; a
- dojčatá a malé deti s akútnou podvýživou, zakrpatením a nedostatkom mikroživín.

IYCF-E sa zameriava na kroky a zásahy na ochranu a podporu nutričných potrieb dojčených aj nedojčených dojčiat a malých detí vo veku 0 – 23 mesiacov. Medzi prioritné zásahy patria:

- ochrana a podpora dojčenia;
- vhodné a bezpečné doplnkové kŕmenie; a
- manažment umelého kŕmenia pre dojčatá bez možnosti dojčenia.

Podpora tehotných a dojčiacich žien je základom blaha ich detí. „Výhradné dojčenie“ znamená, že dojča nedostáva žiadne iné tekutiny ako materské mlieko a žiadne tuhé jedlá s výnimkou nevyhnutných doplnkov mikroživín a liekov. Zaručuje bezpečnosť potravín a tekutín u dojčiat počas prvých šiestich mesiacov a poskytuje aktívnu imunitnú ochranu. Dojčenie zaručuje optimálny vývoj mozgu a naďalej chráni zdravie starších dojčiat a detí, najmä v situáciách, kde chýbajú podmienky WASH. Dojčenie tiež chráni zdravie matiek tým, že oddaľuje menštruáciu a chráni pred rakovinou prsníka. Podporuje psychickú pohodu tým, že posilňuje vytváranie blízkeho vzťahu a vnímavosti.

Kľúčové opatrenia v tejto časti odzrkadľujú Pracovné pokyny o kŕmení dojčiat a malých detí v núdzových situáciách (Pracovné pokyny). Pracovné pokyny sú výsledkom práce medziagentúrnej pracovnej skupiny, ktorej cieľom je podať stručné a praktické pokyny o tom, ako zabezpečiť primeranú IYCF-E a o Medzinárodnom kódexe marketingu náhrad materského mlieka (ďalej len „Kódex“).



Kŕmenie dojčiat a malých detí – štandard 4.1: Usmerňovanie a koordinácia postupov

Usmerňovanie a koordinácia postupov zabezpečuje bezpečné, včasné a vhodné kŕmenie dojčiat a malých detí.

Kľúčové kroky

- 1 Zriadte koordinačný orgán IYCF-E v rámci mechanizmu krízovej koordinácie a zabezpečte spoluprácu medzi sektormi.
 - Predpokladajte, že vláda je koordinačným orgánom všade, kde je to možné.
- 2 Zahrňte špecifikácie Pracovných pokynov do príslušných smerníc štátnych a humanitárnych organizácií o pripravenosti.
 - V situáciách, keď neexistujú žiadne postupy, vypracujte smernice a spoločné vyhlásenie s vnútroštátnymi orgánmi.
 - Posilnite príslušné štátne postupy všade, kde je to možné.
- 3 Podporte silnú, harmonizovanú a včasnú komunikáciu o IYCF-E na všetkých úrovniach odozvy.
 - Čo najskôr informujte humanitárne organizácie, darcov a médiá o všetkých zavedených pravidlách a postupoch IYCF-E.
 - Komunikujte so zasiahnutými ľuďmi o dostupných službách, postupoch IYCF-E a mechanizmoch spätnej väzby.
- 4 Vyhnite sa prijímaniu alebo požadovaniu náhrad materského mlieka, iných tekutých mliečnych výrobkov, dojčenských fliaš a cumlíkov ako daru.
 - Prijaté dary by mal spravovať určený orgán v súlade s Pracovnými pokynmi a Kódexom.
 - Zabezpečte prísne zacielenie a používanie, obstarávanie, riadenie a distribúciu náhrad materského mlieka. V tejto oblasti je potrebné vychádzať z hodnotenia potrieb a rizík, analýzy údajov a technických usmernení.

Kľúčové ukazovatele

Percento prijatých postupov IYCF v núdzových situáciách, ktoré odrážajú špecifikácie Pracovných pokynov

Neboli hlásené žiadne porušenia Kódexu

Percento porušení Kódexu darovaním náhrad materského mlieka (BMS), tekutých mliečnych výrobkov, fliaš a cumlíkov, ktoré sa riešilo včas

Pokyny

Komunikácia so zasiahnutými ľuďmi, respondentmi a médiami: Komunikácia o dostupných službách a zdravých postupoch kŕmenia dojčiat a malých detí si bude vyžadovať prispôsobené správy pre verejnosť a rôzne skupiny poskytujúce pomoc.

Pri tvorbe správ zvážte podporu pre opatrovateľov, ktorí sú starými či osamelými rodičmi, domácnosti vedené dieťaťom alebo súrodencami, ako aj pre opatrovateľov so zdravotným postihnutím a ľudí žijúcich s HIV.

Medzinárodný marketingový kódex náhrad materského mlieka: Kódex chráni umelo kŕmené deti zaistením bezpečného používania náhrad materského mlieka. Zakladá sa na neustranných, presných informáciách a platí vo všetkých kontextoch. Mal by byť zahrnutý do legislatívy počas fázy pripravenosti a presadzovaný v priebehu reakcie na krízu. Ak neexistujú vnútroštátne právne predpisy, implementujte minimálne ustanovenia Kódexu.

Kódex neobmedzuje dostupnosť ani nezakazuje používanie náhrad materského mlieka, dojčenských fliaš či cumlíkov. Obmedzuje len ich marketing, obstarávanie a distribúciu. Porušovanie Spoločného kódexu v krízach vyplýva z problémov s označovaním a necielenou distribúciou. Počas kríz monitorujte a oznamujte porušenia Kódexu organizáciám UNICEF, WHO a miestnym orgánom.

Tam, kde existujú, používajte štandardné ukazovatele, a vytvorte kontextovo špecifické ukazovatele tam, kde neexistujú. Na určenie pokroku a úspešnosti s ohľadom na časové rámce intervencie definujte porovnávacie ukazovatele IYCF-E. Podporujte konzistentné používanie ukazovateľa IYCF-E u implementačných partnerov a v prieskumoch. Opakujte hodnotenia alebo časti základného hodnotenia ako súčasť monitorovania intervencií IYCF-E. Na určenie dopadu týchto zásahov použite každoročné prieskumy.

Umelé kŕmenie: Všetky náhrady materského mlieka musia byť v súlade s Codex Alimentarius a s Kódexom. Na minimalizáciu rizík umelého kŕmenia v núdzových situáciách je nevyhnutný prístup k adekvátnym službám WASH. Distribučný systém náhrad materského mlieka bude závisieť od kontextu vrátane rozsahu intervencie. Do všeobecnej alebo plošnej distribúcie potravín nezahŕňajte dojčenskú mliečnu výživu a iné náhrady materského mlieka. Sušené mliečne výrobky a tekuté mlieko nedistribuuje ako jednu komoditu. Indikácie a manažment umelého kŕmenia by mali byť v súlade s Pracovnými pokynmi a Kódexom pod vedením určeného koordinačného orgánu IYCF-E.

Kŕmenie dojčiat a malých detí – štandard 4.2: Multisektorová podpora kŕmenia dojčiat a malých detí v núdzových situáciách

Matky a opatrovatelia dojčiat a malých detí majú prístup k včasnej a vhodnej podpore pri kŕmení, ktorá minimalizuje riziká, berie ohľad na kultúrny kontext a optimalizuje výsledky výživy, zdravia a prežitia.

Kľúčové kroky

1

Uprednostnite tehotné a dojčiace ženy, pokiaľ ide o prístup k jedlu, peniazom alebo poukážkam a podporným intervenciám.



- 2 Umožnite tehotným a dojčiacim matkám prístup ku kvalifikovanému poradenstvu v oblasti dojčenia.
- 3 Zamerajte sa na matky všetkých novorodencov pri podpore včasného začatia výlučného dojčenia.
- Poskytujte jednoduchý návod na výlučné dojčenie v pôrodnických službách.
 - Chráňte a podporujte výlučné dojčenie u dojčiat vo veku 0 – 5 mesiacov a pokračovanie v dojčení u detí vo veku od šiestich mesiacov do dvoch rokov.
 - Ak sa u dojčiat vo veku od 0 – 5 mesiacov praktizuje zmiešané kŕmenie, podporte prechod na výlučné dojčenie.
- 4 Poskytujte vhodnú náhradu materského mlieka, zariadenie na kŕmenie a podporu pre matky a opatrovateľov, ktorých dojčatá potrebujú umelé kŕmenie.
- Preverte bezpečnosť a životaschopnosť relaktácie a dojčenia dojkou, ak dojča nedočí matka. Zvážte kultúrny kontext a dostupnosť služieb v takýchto situáciách.
 - Ak sú náhrady materského mlieka jedinou prijateľnou možnosťou, zahrňte základný balík podpory so zariadením na varenie a kŕmenie, podporu WASH a prístup k zdravotnej starostlivosti.
- 5 Podporujte včasnú, bezpečnú, primeranú a vhodnú doplnkovú potravinovú pomoc.
- Posúďte, či sú potraviny pre domácnosť vhodné ako doplnkové potraviny pre deti, a poskytujte kontextovo špecifické rady a podporu v oblasti doplnkového kŕmenia.
 - Zabezpečte prístup k zariadeniu na kŕmenie a pomôckam na varenie s ohľadom na deti s problémami s kŕmením.
- 6 Pomáhate pri kŕmení obzvlášť zraniteľným dojčatám a malým deťom.
- Podporujte stimuláciu dojčiat a starostlivosť o raný vývoj dieťaťa v rámci programov kŕmenia.
- 7 Podľa potreby poskytujte mikroživinové doplnky.
- Poskytujte denné doplnky tehotným a dojčiacim ženám, vrátane jednej dennej dávky viacerých mikroživín na ochranu zásob a obsahu materského mlieka bez ohľadu na to, či ženy dostávajú obohatené dávky alebo nie.
 - Pokračujte v doplnkoch železa a kyseliny listovej, ak sa už poskytli.

Kľúčové ukazovatele

Percento dojčiacich matiek, ktoré majú prístup ku kvalifikovanému poradenstvu

Percento opatrovateľov, ktorí majú prístup k dávkam vhodných náhrad materského mlieka (v angličtine „breastmilk substitutes“, BMS) v súlade s Kódexom a súvisiacej podpore pre dojčatá, ktoré potrebujú umelé kŕmenie

Percento opatrovateľov, ktorí majú prístup k včasným, vhodným, nutrične primeraným a bezpečným doplnkovým potravinám pre deti vo veku od 6 do 23 mesiacov

Pokyny

Hodnotenie a monitorovanie IYCF-E: Posúďte potreby a priority reakcie IYCF-E a monitorujte vplyv intervencií IYCF-E. ⊕ *Pozri Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.2: Hodnotenie výživy.*

Multisektorová spolupráca: Medzi vstupné sektorové body na identifikáciu a podporu IYCF-E patria:

- prenatálna a postnatálna starostlivosť;
- očkovacie miesta;
- monitorovanie rastu;
- vývoj v ranom detstve;
- služby z oblasti liečby HIV (vrátane prevencie prenosu z matky na dieťa);
- liečba akútnej podvýživy;
- komunitné zdravie, psychické zdravie a psychosociálna podpora;
- služby WASH;
- miesta zamestnania; a
- poradenstvo pri poľnohospodárskych prácach.

Cieľové skupiny: Všetky hodnotiace a programové údaje pre deti mladšie ako päť rokov by mali byť rozčlenené podľa pohlavia a veku 0 – 5 mesiacov, 6 – 11 mesiacov, 12 – 23 mesiacov a 24 – 59 mesiacov. Rozčlenenie podľa zdravotného postihnutia sa odporúča od 24 mesiacov.

Identifikujte a zaveďte služby na zabezpečenie výživy a starostlivosti o deti so zdravotným postihnutím a dojčatá a malé deti, ktoré sú odlúčené a bez sprievodu. Odlúčené deti a deti bez sprievodu odkážte na partnerské organizácie, ktoré sa venujú ochrane detí. Identifikujte podiel tehotných a dojčiacich žien.

Zohľadnite populácie so strednou alebo vysokou prevalenciou HIV, odlúčené deti a deti bez sprievodu, dojčatá s nízkou pôrodnou hmotnosťou, deti so zdravotným postihnutím a s problémami s kŕmením, nedojčené deti do dvoch rokov a deti s akútnou podvýživou. Vezmite na vedomie, že deti matiek s depresiou bývajú vystavené vyššiemu riziku podvýživy.

Tehotné a dojčiace ženy: Ak programy potravinovej, peňažnej alebo poukážkovej pomoci nenapĺňajú potreby tehotných a dojčiacich žien, zamerajte sa na tehotné a dojčiace ženy s obohatenými potravinami. Podávajte mikroživinové doplnky v súlade s odporúčaniami WHO.

Zorganizujte psychosociálnu podporu pre matky v núdzi, vrátane odporúčaní na služby psychického zdravia, ak je to potrebné. Zabezpečte primeranú podporu matkám so zdravotným postihnutím. V tábore a iných kolektívnych prostrediach



vytvorte ženám bezpečné miesta na dojčenie, ako napríklad priestory vhodné pre bábätká s priestormi vyhradenými na dojčenie.

Dojčené deti: Plánovanie a pridelovanie zdrojov by malo umožniť kvalifikovanú podporu dojčenia v ťažkých situáciách. To by mohlo zahŕňať akútne podvýživené dojčatá vo veku 0 – 6 mesiacov, populácie, kde je bežné zmiešané kŕmenie, a kŕmenie dojčiat v kontexte HIV.

Nedojčené deti: Vo všetkých krízach chráňte nedojčené batolata a malé deti, a podprite ich pri uspokojovaní nutričných potrieb. Dôsledky nedojčenia sa líšia podľa veku dieťaťa. Najzraniteľnejšie voči infekčným chorobám sú najmenšie deti. Závisia od prístupu k zabezpečeným dodávkam vhodných náhrad materského mlieka, paliva, vybavenia a podmienok WASH.

Dojčenská mliečna výživa a iné náhrady materského mlieka: Dojčenská mliečna výživa je vhodnou náhradou materského mlieka pre dojčatá vo veku 0 – 5 mesiacov. Uprednostnite hotovú dojčenskú mliečnu výživu v tekutej forme, pretože si nevyžaduje prípravu a nesie so sebou menej bezpečnostných rizík ako prášková dojčenská výživa.

Pri dojčenskej výžive pripravenej na použitie je nevyhnutné vhodné používanie, starostlivé skladovanie a hygiena pomôcok na kŕmenie. Dojčenská výživa pripravená na použitie je objemná, a preto je jej preprava a skladovanie nákladná. U detí starších ako šesť mesiacov používajte alternatívne tekuté mlieka. Alternatívne mlieka zahŕňajú pasterizované plnotučné kravské, kozie, ovčie, ťavie alebo byvolie mlieko; tekuté mlieko zahriate na ultra vysokú teplotu; fermentované tekuté mlieko alebo jogurt.

Používanie dojčenskej výživy u detí starších ako šesť mesiacov bude závisieť od predkrízových postupov, dostupných zdrojov, zdrojov alternatívnych tekutých mliek, vhodnosti doplnkových potravín a postupov humanitárnych organizácií. Indikácie používania náhrad materského mlieka môžu byť krátkodobé alebo dlhodobé. Tekuté mlieka pre dospelých alebo batolata predávané pre deti staršie ako šesť mesiacov nie sú potrebné.

Kvalifikovaný zdravotnícky pracovník alebo pracovník v oblasti výživy môže určiť potrebu dojčenskej mliečnej výživy na základe individuálneho hodnotenia, sledovania a podpory. Ak nie je možné individuálne posúdenie, poraďte sa s koordinačným orgánom a technickými humanitárnymi organizáciami v súvislosti s kritériami hodnotenia a zamerania. Dojčenskú výživu podávajte, kým dieťa nebude dojčené alebo minimálne šesť mesiacov. Pri použití náhrady materského mlieka deťom, ktoré ho potrebujú, neúmyselne nenabádatejajte dojčiacie matky, aby ho tiež používali.

Nepoužívajte dojčenské fľaše; ťažko sa čistia. Povzbudzujte a podporujte kŕmenie z pohára.

Sledujte chorobnosť na úrovni jednotlivcov a populácie so zameraním na hnačku.

Doplnkové kŕmenie je proces, ktorý sa začína, keď už na uspokojenie nutričných požiadaviek dojčiat nestačí samotné materské mlieko a spolu s materským mliekom sú potrebné aj iné potraviny a tekutiny. Deti vo veku 6 – 23 mesiacov by

mali dostávať doplnkové potraviny a tekutiny, či už vyrábané priemyselne alebo pripravované lokálne.

Pri určovaní podporných možností doplnkových potravín sú kľúčové pôvodné a existujúce nedostatky vo výžive. Ďalšie kritériá zahŕňajú cenovú dostupnosť a prístupnosť výživnej stravy, sezónna ponuka potravín a prístup k lokálne dostupným doplnkovým potravinám primeranej kvality. Možnosti doplnkovej potravinovej pomoci zahŕňajú:

- peňažnú pomoc pri nákupe lokálne dostupných obohatených a na živiny bohatých potravín;
- distribúcia domácich potravín bohatých na živiny alebo obohatených potravín;
- podávanie potravín obohatených viacerými mikroživinami deťom vo veku 6 – 23 mesiacov;
- domáce obohacovanie doplnkami s mikroživinami, ako sú mikronutričné prášky alebo iné doplnky;
- programy obživy; a
- programy záchranej siete.

Zvážte školenie alebo zasielanie správ spolu s peňažnou pomocou, aby ste zabezpečili, že zasiahnuté osoby pochopia optimálne využitie hotovosti na dosiahnutie nutričných výsledkov.

Doplňanie mikroživín: Deti vo veku 6 – 59 mesiacov, ktoré nedostávajú obohatené potraviny, môžu na splnenie výživových požiadaviek vyžadovať viaceré doplnky mikroživín. Odporúča sa doplňanie vitamínu A. V oblastiach s endemickým výskytom malárie dodávajte železo v akejkolvek forme vrátane mikroživín v prášku a vždy v spojení so stratégiami diagnostiky, prevencie a liečby malárie. Príkladom stratégie prevencie malárie je poskytovanie posteľných sietí ošetrených insekticídmi a programy na bránenie šírenia prenášačov, rýchla diagnostika malárie a liečba účinnými liekmi proti malárii. Nepodávajte železo deťom, ktoré nemajú prístup ku stratégiám na prevenciu malárie. Tehotným a dojčiacim ženám podávajte železo a kyselinu listovú alebo viaceré mikronutričné doplnky v súlade s najnovšími smernicami.

HIV a kŕmenie dojčiat: Matky žijúce s HIV by mali dostať pomoc, aby počas antiretrovírusovej liečby dojčili aspoň 12 a až 24 mesiacov alebo dlhšie. Ak nie sú dostupné antiretrovírusové lieky, zvolte stratégiu, ktorá dáva dojčiatam najväčšiu šancu na prežitie bez HIV. To znamená vyvážené rizík prenosu HIV v porovnaní s inými príčinami úmrtia detí. V súlade s tým podporujte matky a opatrovateľov. Uprednostnite zrýchlený prístup k antiretrovírusovým liekom. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – sexuálne a reprodukčné zdravie – štandard 2.3.3: HIV.*

Poradte dojčiacim matkám neinfikovaným HIV a dojčkám, ktorých možná nákaza HIV nie je známa, aby dojčili výlučne počas prvých šiestich mesiacov života dieťaťa. Potom zavedte doplnkové kŕmenie a pokračujte v dojčení až do veku 24 mesiacov alebo viac. Dojčatá, ktoré už majú zavedené náhradné kŕmenie, si vyžadujú okamžitú identifikáciu a podporu.



Obráťte sa na existujúce štátne a regionálne postupy a posúďte, či sú v súlade s najnovšími odporúčaniami WHO. Určite, či sa na ne vzťahuje nový krízový kontext so zohľadnením zmeny v rizikovom vystavení infekčným chorobám iným ako HIV, pravdepodobného trvania núdzovej situácie, a či je možné náhradné kŕmenie a dostupnosť antiretrovírusových liekov. Môže byť potrebné vydať aktualizované dočasné smernice a informovať o nich matky a opatrovateľov.

Rodovo podmienené násilie, ochrana detí a výživa: Rodovo podmienené násilie, rodová nerovnosť a výživa sú často vzájomne prepojené. Domáce násilie môže ohrozovať zdravie a blaho žien a ich detí. Pracovníci v oblasti výživy by mali poskytovať podporné a dôverné odporúčania opatrovateľom alebo deťom vystaveným rodovo podmienenému násiliu alebo zneužívaniu. Medzi ďalšie prvky, ktoré je potrebné začleniť, patrí poradenstvo, snaha o vytvorenie liečebných miest vhodných pre ženy a deti a pravidelné monitorovanie miery zlyhania a nereagovania na liečbu. V prípadoch rodovo podmieneného násillia a ochrany detí zvážte zaradenie špecializovaných pracovníkov medzi nutričný personál. ⊕ *Pozri Zásady ochrany 3 a 4.*

Núdzové situácie v oblasti verejného zdravia: V prípadoch krízy v oblasti verejného zdravia podniknite kroky, ktoré zabránia prerušeniu prístupu k zdravotnej starostlivosti a podpore kŕmenia, aby ste zabezpečili nepretržitú potravinovú bezpečnosť a obživu domácností a minimalizovali riziká prenosu chorôb dojčením, a zároveň minimalizovali choroby a úmrtia matiek. Ak je to potrebné, pozrite si smernice WHO pre prípady cholery, eboly a vírusu Zika.

5. Potravinová bezpečnosť

Potravinová bezpečnosť existuje vtedy, keď majú všetci ľudia fyzický a ekonomický prístup k dostatočnému, bezpečnému a výživnému jedlu, ktoré spĺňa ich stravovacie potreby a potravinové preferencie a môžu viesť aktívny a zdravý život.

Potravinovú bezpečnosť ovplyvňujú makroekonomické, sociálno-politické a environmentálne faktory. Vnútroštátne a medzinárodné pravidlá, procesy a inštitúcie môžu ovplyvniť prístup zasiahnutých ľudí k nutrične primeraným potravinám. Potravinovú bezpečnosť ovplyvňuje aj zhoršovanie kvality miestneho životného prostredia a čoraz premenlivejšie a extrémnejšie počasie spôsobené klimatickými zmenami.

V humanitarnej kríze by sa reakcie potravinovej bezpečnosti mali zamerať na uspokojenie krátkodobých potrieb a zníženie potreby zasiahnutého obyvateľstva prejsť na potenciálne škodlivé stratégie zvládania. Postupom času by reakcie mali chrániť a obnovovať živobytie, stabilizovať alebo vytvárať pracovné príležitosti a prispieť k obnoveniu dlhodobej potravinovej bezpečnosti. Nemali by mať negatívny dopad na prírodné zdroje a životné prostredie.

Potravinová neistota v domácnostiach je jednou zo štyroch základných príčin podvýživy, spolu so zlou výživou a starostlivosťou, nezdravým prostredím v domácnosti a nedostatočnou zdravotnou starostlivosťou.

Štandardy v tejto časti zohľadňujú zdroje na uspokojenie potravinových potrieb bežnej populácie a ľudí so zvýšeným nutričným rizikom, ako sú deti mladšie ako päť rokov, ľudia žijúci s HIV alebo AIDS, starší ľudia, ľudia s chronickými chorobami a ľudia so zdravotným postihnutím.

Reakcie zamerané na liečbu podvýživy budú mať obmedzený vplyv, ak sa neuspokoja potravinové potreby bežnej populácie. Ľuďom, ktorí sa zotavia z podvýživy, ale nedokážu si udržať dostatočný príjem potravy, sa opäť zhorší stav.

Výber najefektívnejších a najúčinnnejších možností reakcie na krízu si vyžaduje dôkladnú analýzu potrieb rozdelených podľa pohlavia, preferencií domácností, nákladovej efektívnosti a účinnosti, rizík z hľadiska ochrany a sezónnych zmien. Mal by sa tiež identifikovať konkrétny druh a množstvo požadovaných potravín a optimálny spôsob ich distribúcie.

Potraviny sú hlavným výdavkom zraniteľných domácností. Peňažná pomoc môže ľuďom, ktorí dostávajú pomoc, umožniť lepšie hospodáriť so svojimi celkovými zdrojmi, hoci to závisí od hodnoty poskytnutej pomoci. Spoločná analýza a ciele programu určia zameranie, hodnotu peňažnej pomoci a prípadné podmienky kladené na poskytnutie peňažnej pomoci.

Reakcie na potravinovú bezpečnosť by sa mali postupne zameriavať na fungovanie alebo podporu miestnych trhov. Rozhodnutia o miestnom, štátnom alebo regionálnom



obstarávaní by sa mali zakladať na pochopení trhov vrátane poskytovateľov trhových a finančných služieb. Trhové plánovanie ako napríklad granty obchodníkom na doplnenie zásob môžu tiež podporiť fungovanie trhov. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov a Príručku MERS.*

Potravinová bezpečnosť – štandard 5: Všeobecná potravinová bezpečnosť

Ľudia dostávajú potravinovú pomoc, ktorá im zabezpečuje prežitie, zachováva dôstojnosť, zabraňuje úbytku ich majetku a zvyšuje odolnosť.

Kľúčové kroky

- 1 Na základe údajov z hodnotenia potravinovej bezpečnosti navrhnete reakciu tak, aby vyhovovala okamžitým potrebám, a zväzťte opatrenia na podporu, ochranu, presadzovanie a obnovenie potravinovej bezpečnosti.
 - Zväzťte možnosti potravinového koša v naturáliách a v hotovosti.
- 2 Čo najskôr vypracujte stratégie prechodu a odchodu pre všetky programy potravinovej bezpečnosti.
 - Integrujte programy humanitárnych reakcií z iných sektorov.
- 3 Zabezpečte, aby ľudia, ktorí dostávajú pomoc, mali prístup k potrebným znalostiam, zručnostiam a službám, aby zvládali a podporili svoje živobytie.
 - Ochráňajte, zachovávajte a obnovujte životné prostredie pred ďalšou degradáciou.
 - Zväzťte vplyv paliva používaného na varenie na životné prostredie.
 - Zväzťte stratégie obživy, ktoré neprispievajú k odlesňovaniu alebo erózii pôdy.
- 5 Monitorujte úroveň prijatia a prístupu k humanitárnym intervenciám v oblasti potravinovej bezpečnosti rôznymi skupinami a jednotlivcami.
- 6 Zabezpečte konzultáciu návrhu humanitárnej reakcie s ľuďmi, ktorí dostávajú potravinovú pomoc, a aby sa s nimi zaobchádzalo s rešpektom a dôstojnosťou.
 - Vytvoríte mechanizmus na poskytovanie spätnej väzby.

Kľúčové ukazovatele

Percento cieľových domácností s prijateľným ukazovateľom spotreby potravín

- > 35 %; ak dostanú olej a cukor, > 42 %

Percento cieľových domácností s prijateľným hodnotením rozmanitosti stravy

- viac ako 5 pravidelne konzumovaných hlavných potravinových skupín

Percento cieľových domácností s prijateľným indexom stratégie zvládania situácie

Percento ľudí, ktorí dostávajú pomoc a sťažujú sa alebo uviedli negatívnu spätnú väzbu súvisiacu s dôstojným zaobchádzaním

- Všetky sťažnosti sa pravidelne monitorujú a rýchlo sa na ne reaguje.

Pokyny

Kontext: Monitorujte širšiu situáciu v oblasti potravinovej bezpečnosti s cieľom posúdiť, či je reakcia naďalej relevantná. Rozhodnite, kedy postupne ukončíte aktivity a kedy zavediete úpravy alebo nové projekty a identifikujte potrebu ich obhajoby.

V mestskom prostredí podniknite kroky na kontextualizáciu ukazovateľov výdavkov domácností na potraviny, najmä v husto osídlených osadách s nízkymi príjmami. Napríklad podiel potravinových výdavkov a stanovené prahové hodnoty môžu byť v mestskom kontexte nepresnejšie, pretože nepotravinové výdavky, ako je nájomné a kúrenie, sú relatívne vyššie.

Stratégia odchodu a prechodu: Od začiatku programu začnite pracovať na stratégiách odchodu a prechodu. Pred skončením programu alebo prechodom by mal existovať dôkaz o zlepšení alebo o tom, že zodpovednosť môže prevziať iný aktér. V prípade potravinovej pomoci to môže znamenať znalosti o existujúcich alebo plánovaných systémoch sociálnej ochrany alebo dlhodobých záchranných sieťach.

Programy potravinovej pomoci sa môžu koordinovať so systémami sociálnej ochrany alebo položiť základy takéhoto systému do budúcnosti. Humanitárne organizácie sa môžu tiež zasadzovať za systémy, ktoré riešia chronickú potravinovú neistotu, a to na základe jej analýzy, ak je k dispozícii. ⊕ *Pozri Príručku MERS.*

Rizikové skupiny: Na boj proti vzorcom, ktoré ohrozujú konkrétne skupiny alebo jednotlivcov využívajte komunitné hodnotenia rizík a iné participatívne monitorovanie. Napríklad distribúcia paliva a/alebo palivovo úsporných sporákov môže znížiť riziko fyzického a sexuálneho napadnutia žien a dievčat. Riziko sexuálneho vykorisťovania a detskej práce môžu znížiť doplnkové peňažné prevody, najmä zraniteľným domácnostiam alebo jednotlivcom, ako sú domácnosti na čele so ženami a deťmi alebo domácnosti s ľuďmi so zdravotným postihnutím.

Pomocné komunitné štruktúry: Spolu s používateľmi navrhnete pomocné komunitné štruktúry tak, aby boli vhodné a primerane udržiavané, a aby bolo pravdepodobnejšie, že vydržia aj po skončení programu. Pri návrhu programov zväžte potreby zraniteľných osôb. Napríklad dievčatá a chlapci, ktorí sú odlúčení alebo bez sprievodu, môžu prísť o informácie a rozvoj zručností, ktoré sa odohrávajú v rodine. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – záväzok č. 4.*

Podpora živobytia: ⊕ *Pozri Potravinovú bezpečnosť a výživu – živobytie – štandardy 7.1 a 7.2, Príručka MERS a Príručka LEGS.*

Vplyv na životné prostredie: Ľudia žijúci v táboroch potrebujú palivo na varenie, čo môže urýchliť miestne odlesňovanie. Zväžte možnosti ako je distribúcia paliva, efektívne sporáky a alternatívna energia. Zohľadnite potenciálne prínosy pre životné



prostredie vyplývajúce zo špecifickejších poukážok na environmentálne udržateľné tovary a služby. Hľadajte príležitosti na zmenu predchádzajúcich návykov pri jedle a varení, ktoré mohli spôsobiť degradáciu životného prostredia. Zohľadnite trendy v zmene klímy. Uprednostnite činnosti, ktoré ulavujú v krátkodobom horizonte a znižujú riziko krízy v strednodobom a dlhodobom horizonte. Napríklad znižovanie počtu dobytky môže lokálne znížiť tlak na pastviny počas sucha. ⊕ *Pozri Prístrešie a osídlenie – štandard 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Prístup a prijateľnosť! Ľudia sa s väčšou pravdepodobnosťou zapoja do programu, ktorý je ľahko dostupný a má prijateľé aktivity. Využite participatívny projekt so všetkými členmi zasiahnutého obyvateľstva, aby ste zabezpečili celkové pokrytie bez diskriminácie. Zatiaľ čo niektoré reakcie na potravinovú bezpečnosť sa zameriavajú na ekonomicky aktívnych ľudí, humanitárne programy by mali byť dostupné pre všetkých ľudí. Na prekonanie obmedzení rizikových skupín s nimi aktívne spolupracujte pri navrhovaní činností a vytvorte pre nich vhodné podporné štruktúry.

6. Potravinová pomoc

Potravinová pomoc sa vyžaduje, keď môže mať nedostatočná kvalita a množstvo dostupných potravín alebo prístup k potravinám za následok nadmernú úmrtnosť, chorobnosť alebo podvýživu. Zahŕňa humanitárne reakcie, ktoré zlepšujú dostupnosť a prístupnosť potravín, informovanosť o výžive a stravovacie postupy. Takéto reakcie by tiež mali chrániť a posilňovať živobytie zasiahnutých ľudí. Možnosti reakcie zahŕňajú jedlo v naturáliách, hotovostnú pomoc, podporu výroby a podporu trhu. Zatiaľ čo uspokojenie okamžitých potrieb je prioritou v počiatočných štádiách krízy, reakcie by mali zachovať a chrániť aktíva, pomôcť získať späť aktíva stratené v dôsledku kríz, a zvýšiť odolnosť voči budúcim hrozbám.

Potravinová pomoc sa môže použiť aj na zabránenie tomu, aby si ľudia osvojili negatívne mechanizmy zvládania, ako je predaj výrobných aktív, nadmerné využívanie alebo ničenie prírodných zdrojov alebo hromadenie dlhov.

V programoch potravinovej pomoci možno použiť širokú škálu nástrojov vrátane:

- všeobecnej distribúcie potravín (dodávanie potravín v naturáliách, hotovostná pomoc na nákup potravín);
- plošných programov doplnkovej výživy;
- cielených programov doplnkovej výživy; a
- príslušných služieb a vstupov vrátane prenosu zručností alebo znalostí.

Všeobecná distribúcia potravín podporuje tých, ktorí jedlo najviac potrebujú. Túto distribúciu prerušte, keď si ľudia, ktorí dostávajú pomoc, dokážu vyrábať potraviny sami alebo sa k nim dostanú iným spôsobom. Môžu byť potrebné prechodné opatrenia vrátane podmieenej finančnej pomoci alebo podpory živobytia.

Ľudia so špecifickými nutričnými potrebami si môžu vyžadovať doplnkové potraviny navyše k všeobecnej dávke. Patria sem deti vo veku 6 – 59 mesiacov, starší ľudia, osoby so zdravotným postihnutím, ľudia žijúci s HIV a tehotné alebo dojčiacie ženy. V mnohých situáciách doplnková výživa zachraňuje životy. Strava priamo na mieste sa podáva iba vtedy, keď ľudia nemajú prostriedky na to, aby si jedlo uvarili sami. Môže to byť potrebné bezprostredne po kríze, počas pohybu obyvateľstva alebo tam, kde by neistota ohrozila príjemcov dávok, ktoré si vezmú domov. Môže sa použiť aj pri núdzovej školskej výžive, aj keď školy môžu distribuovať aj dávky na domov. Berte do úvahy, že deti, ktoré nenavštevujú školu, nebudú mať prístup k týmto dávkam; naplánujte podporné mechanizmy pre tieto deti.

Potravinová pomoc si vyžaduje dobré riadenie dodávateľského reťazca a logistické kapacity na efektívne riadenie komodít.

Riadenie systému doručovania hotovosti musí byť robustné a zodpovedné so systematickým monitorovaním. [+](#) *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*



Potravinová pomoc – štandard 6.1: Všeobecné požiadavky na výživu

Sú uspokojené základné potreby na výživu zasiahnutých osôb, vrátane tých najzraniteľnejších.

Kľúčové kroky

- 1 Zmerajte úroveň dostupnosti primeraného množstva a kvality potravín.
 - Pravidelne vyhodnocujte úroveň dostupnosti potravín, aby sa zistilo, či je stabilná alebo či pravdepodobne bude klesať.
 - Posúďte prístup zasiahnutých osôb na trhy.
- 2 Navrhnite potravinovú a peňažnú pomoc, aby boli naplnené štandardné počiatočné plánovacie požiadavky na úrovne energie, bielkovín, tukov a mikroživín.
 - Navrhnite dávky potravín, aby sa vyrovnal rozdiel medzi nutričnými požiadavkami a tým, čo si ľudia dokážu zabezpečiť sami.
- 3 Chráňte, presadzujte a podporujte prístup zasiahnutých ľudí k výživným potravinám a nutričnej podpore.
 - Zabezpečte, aby deti vo veku 6 – 24 mesiacov mali prístup k príkrmom a aby tehotné a dojčiace ženy mali prístup k dodatočnej podpore výživy.
 - Zabezpečte, aby domácnosti s chronicky chorými členmi, ľudia s HIV a tuberkulózou, starší ľudia a osoby so zdravotným postihnutím mali vhodnú a výživnú stravu a primeranú nutričnú podporu.

Kľúčové ukazovatele

Prevalencia podvýživy medzi deťmi do 5 rokov rozčlenená podľa pohlavia a zdravotného postihnutia od 24 mesiacov

- Použite klasifikačný systém WHO (MAD, MDD-W).
- Na rozčlenenie podľa postihnutia použite modul UNICEF/Washingtonskej skupiny o správaní detí.

Percento cieľových domácností s prijateľným ukazovateľom spotreby potravín

- > 35 %; ak dostanú olej a cukor, > 42 %

Percento cieľových domácností s prijateľným ukazovateľom rozmanitosti stravy

- viac ako 5 pravidelne konzumovaných hlavných potravinových skupín

Percento cieľových domácností, ktoré dostávajú minimálne energetické požiadavky na jedlo (2 100 kCal na osobu a deň) a odporúčaný denný príjem mikroživín

Pokyny

Monitorovanie prístupu k jedlu: Zvážte viaceré faktory vrátane úrovne potravinovej bezpečnosti, prístupu na trhy, živobytia, zdravia a výživy. To pomôže určiť, či je situácia stabilná alebo sa zhoršuje a či sú potrebné potravinové zásahy. Použite pomocné ukazovatele, ako sú ukazovatele spotreby potravín alebo nástroje pre rozmanitosť stravy.

Formy pomoci: Na zaistenie potravinovej bezpečnosti používajte vhodné formy pomoci (hotovosť, poukážky alebo naturálie) alebo ich kombináciu. Ak sa používa peňažná pomoc, zvážte doplnkovú alebo dodatočnú distribúciu potravín, aby ste uspokojili potreby špecifických skupín. Zvážte dostatočnosť trhov na to, aby slúžili konkrétnym výživovým potrebám, a používajte špecifické metodiky vrátane nástroja na hodnotenie „minimálnych nákladov na zdravú stravu“.

Návrh dávok potravín a nutričnej kvality: K dispozícii je množstvo nástrojov na plánovanie dávok, napríklad NutVal. Na plánovanie všeobecných dávok [⊕ pozri Prílohu 6: Požiadavky na výživu](#). Ak je dávka navrhnutá tak, aby mala všetok energetický potravinový obsah, potom musí obsahovať primerané množstvo všetkých živín. Ak má dávka iba časť energetickej potravinovej potreby, navrhnete ju pomocou jedného z dvoch prístupov:

- Ak nie je známy obsah živín v iných potravinách dostupných pre obyvateľstvo, navrhnete dávku tak, aby mala vyvážený obsah živín, ktorý je úmerný energetickému obsahu dávky.
- Ak je známy obsah živín v iných potravinách dostupných pre obyvateľstvo, navrhnete dávku tak, aby ich dopĺňala vyplnením medzier v živinách.

Nasledujúce odhady minimálnych výživových požiadaviek populácie by sa mali použiť na plánovanie všeobecných dávok a mali by sa prispôbiť kontextu.

- 2 100 kCal na osobu a deň, pričom 10 – 12 % celkovej energie obsahujú bielkoviny a 17 % tuky. [⊕ Ďalšie podrobnosti nájdete v Prílohe 4: Výživové požiadavky](#).

Zabezpečenie primeraného obsahu živín v potravinových dávkach môže byť náročné, ak sú k dispozícii len obmedzené druhy potravín. Zvážte prístup k jodizovanej soli, niacínu, tiamínu a riboflavínu. Medzi možnosti ako zlepšiť výživovú kvalitu dávok patrí obohacovanie základných surovín vrátane obohatených zmesových potravín a podpora nakupovania miestnych čerstvých potravín pomocou poukážok. Zvážte použitie doplnkových produktov, ako sú potraviny na báze tukov, potraviny s vysokým obsahom živín, predpripravené potraviny alebo tablety či prášky s obsahom viacerých mikroživín. Obstarajte si správy IYCF-E, aby ste zabezpečili podporu optimálnych postupov pri dojčení a dokrmovaní. [⊕ Pozri Krímenie dojčiat a malých detí – štandardy 4.1 a 4.2](#).

Pri plánovaní dávok sa poraďte s komunitou, aby ste zohľadnili miestne a kultúrne preferencie. Ak je palivo vzácné, vyberajte potraviny, ktoré si nevyžadujú dlhé varenie.



Pri každej zmene v dávkach čo najskôr zdieľajte informácie s celými komunitami, aby ste minimalizovali odpor a obmedzili riziko domáceho násillia voči ženám, ktoré môžu byť obviňované zo zníženia dávok. Od začiatku jasne komunikujte plán odchodu, aby ste zvládli očakávania, znížili úzkosť a umožnili domácnostiam relevantne sa rozhodovať.

Prepojenie so zdravotnými programami: Potravinová pomoc môže zabrániť zhoršeniu výživového stavu zasiahnutej populácie, najmä ak sa skombinuje s opatreniami verejného zdravia zameranými na prevenciu chorôb, ako sú osýpky, malária a parazitické infekcie. ⊕ *Pozri Zdravotné systémy – štandard 1.1: Poskytovanie zdravotných služieb a Základná zdravotná starostlivosť – prenosné choroby – štandard 2.1: Prevencia.*

Monitorovanie spotreby potravín: Kľúčové ukazovatele potravinovej pomoci merajú prístup k potravinám, ale nekvantifikujú ich spotrebu. Priame meranie príjmu živín nie je reálne. Vhodnou alternatívou je nepriame meranie využívajúce informácie z rôznych zdrojov vrátane dostupnosti potravín a ich používania na úrovni domácností a hodnotenie cien a dostupnosti potravín a paliva na varenie na miestnych trhoch. Medzi ďalšie možnosti patrí preskúmanie plánov a záznamov distribúcie potravinovej pomoci, posúdenie prínosu potravín z voľnej prírody a hodnotenie potravinovej bezpečnosti.

Rizikové skupiny: Pri stanovovaní kritérií nároku na potravinovú pomoc sa poradte s rôznymi skupinami, aby ste identifikovali konkrétne potreby, ktoré by inak mohli zostať prehliadnuté. Do celkovej dávky zahrňte primerané a prijateľné potraviny, ako sú obohatené zmesové potraviny pre malé deti (vo veku 6 – 59 mesiacov). Medzi špecifické skupiny obyvateľstva, ktoré môžu potrebovať pozornosť, patria starší ľudia, ľudia s HIV, osoby so zdravotným postihnutím a opatrovatelia.

Starší ľudia: Chronické choroby a zdravotné postihnutie, izolácia, mnohočlennosť rodiny, chladné počasie a chudoba môžu obmedziť prístup k potravinám a zvýšiť nároky na živiny. Starší ľudia by mali mať jednoduchý prístup k zdrojom a dodávkam potravín. Potraviny by sa mali dať ľahko pripraviť a konzumovať a mali by spĺňať požiadavky starších ľudí na dodatočné bielkoviny a mikroživiny.

Ľudia s HIV: U ľudí s HIV existuje vysoké riziko podvýživy. Je to spôsobené faktormi, ako je znížený príjem potravín, zlé vstrebávanie živín, zmeny metabolizmu a chronické infekcie a choroby. Energetické nároky ľudí s HIV sa líšia v závislosti od štádia infekcie. Možnými stratégiami na zlepšenie prístupu k primeranej strave sú mletie a obohacovanie potravín alebo ponuka obohatených, zmiešaných alebo špeciálnych doplnkov stravy. V niektorých situáciách môže byť vhodné zvýšiť celkovú veľkosť potravinovej dávky. Podvyživených ľudí s HIV odkážte na ciele programy výživy, ak sú k dispozícii.

Osoby so zdravotným postihnutím, vrátane osôb s psychosociálnym postihnutím, môžu byť v kríze obzvlášť vystavené riziku odlúčenia od najbližších rodinných príslušníkov a bežných opatrovateľov. Môžu tiež čeliť diskriminácii. Tieto riziká zníže

zabezpečením fyzického prístupu k potravinám, prístupu k potravinám bohatým na energiu a živiny a k mechanizmom na podporu výživy. To môže zahŕňať poskytnutie ručných mixérov, lyžíc a slamiek alebo zavedenie systémov na návštevy domácností alebo aktívnu pomoc. Okrem toho je potrebné zohľadniť, že u detí so zdravotným postihnutím je menej pravdepodobné, že budú chodiť do školy, a tak prichádzajú o školské stravovacie programy.

Opatrovatelia: Je dôležité podporovať ľudí, ktorí sa starajú o zraniteľné osoby. Opatrovatelia a tí, o ktorých sa starajú, môžu čeliť špecifickým nutričným prekážkam. Napríklad môžu mať menej času na prístup k jedlu, pretože sú chorí alebo sa starajú o chorých. Môžu mať väčšiu potrebu dodržiavať hygienické postupy. Môžu mať menej prostriedkov na jedlo z dôvodu nákladov na liečbu alebo pohreby. Môžu čeliť sociálnej stigme a obmedzenému prístupu k mechanizmom podpory komunity. Využite existujúce sociálne siete na školenie vybraných členov populácie na podporu opatrovateľov.

Potravinová pomoc – štandard 6.2: Kvalita potravín, primeranosť a prijateľnosť

Dodávané potraviny majú primeranú kvalitu, sú prijateľné a dajú sa efektívne a účinne využiť.

Kľúčové kroky

- 1 Vyberajte potraviny, ktoré vyhovujú vnútroštátnym štandardom hostiteľskej vlády a iným medzinárodne uznávaným štandardom kvality.
 - Náhodne testujte vzorky potravín.
 - Pochopte a rešpektujte vnútroštátne predpisy týkajúce sa prijímania a používania geneticky modifikovaných potravín pri plánovaní použitia dovážaných potravín.
- 2 Vyberte vhodné balenie potravín.
 - Zabezpečte štítky s dátumom výroby, krajinou pôvodu, dátumom spotreby alebo dátumom minimálnej trvanlivosti, nutričnou analýzou a pokynmi na varenie v prístupných formátoch a v miestnom jazyku, najmä v prípade menej známych alebo menej bežne používaných potravín.
- 3 Posúďte prístup k vode, palivu, sporákom a zariadeniam na skladovanie potravín.
 - Ak v prístupe k zariadeniam na varenie bráni kríza, dodajte hotové jedlá.
- 4 Ak sa poskytujú celozrnné obilniny, zabezpečte prístup k vhodným zariadeniam na mletie a spracovanie.
 - Pokryte náklady príjemcov pomoci na mletie hotovosťou alebo poukážkami alebo menej preferovaným poskytnutím dodatočného obilia alebo zariadenia na mletie.



5 Prepravujte a skladujte potraviny vo vhodných podmienkach.

- Dodržiavajte normy pri skladovaní so systematickými kontrolami kvality potravín.
- Merajte množstvo v konzistentných jednotkách; a vyhnite sa zmene jednotiek a meracích postupov počas projektu.

Kľúčové ukazovatele

Percento zasiahnutého obyvateľstva, ktoré uvádza, že dodané potraviny majú primeranú kvalitu a zodpovedajú miestnym preferenciám

Percento zasiahnutého obyvateľstva, ktoré uvádza, že mechanizmus prijímania potravín bol primeraný

Percento domácností, ktoré uvádzajú, že dodané potraviny sa ľahko pripravovali a skladovali

Percento ľudí, ktorí dostávajú pomoc a sťažujú sa alebo podajú negatívnu spätnú väzbu týkajúcu sa kvality potravín

- Všetky sťažnosti sa pravidelne monitorujú a rýchlo sa na ne reaguje.

Percento strát potravín nahlásených v rámci programu

- Cieľ < 0,2 % celkovej tonáže.

Pokyny

Kvalita potravín: Potraviny musia spĺňať potravinové normy vlády hostiteľskej krajiny. Potraviny musia tiež spĺňať normy Codex Alimentarius týkajúce sa kvality, balenia, označovania a vhodnosti na daný účel. Ak potraviny nemajú požadovanú kvalitu, nie sú vhodné na daný účel. To platí aj vtedy, ak sú vhodné na ľudskú konzumáciu. Príkladom je situácia, keď kvalita múky neumožní pečenie v domácnosti, aj keď je bezpečná na konzumáciu. Miestne nakupované a dovážané potraviny musia mať fytoosanitárne alebo iné kontrolné osvedčenia. Pri dezinfekcii by sa mali používať vhodné produkty a mali by sa dodržiavať prísne postupy. Zabezpečte, aby veľké množstvá zásielok kontrolovali nezávislí inšpektori kvality a ak existujú pochybnosti alebo spory o kvalite, využívajte nezávislých inšpektorov kvality.

Zabezpečte čo najväčšiu mieru zapojenia hostiteľských vlád. Získajte informácie o veku a kvalite zásielok potravín z dodávateľských certifikátov, správ o inšpekciách kontroly kvality, štítkov na obaloch a správ zo skladu. Vytvorte databázu analytických certifikátov (CoA) vydaných príslušným orgánom na osvedčenie kvality a čistoty produktu.

Posúďte dostupnosť potravinových komodít na lokálnych, štátnych alebo medzinárodných trhoch. Ak potravinová pomoc pochádza z miestnych zdrojov, mala by byť udržateľná a nemala by ďalej zaťažovať prírodné zdroje ani narúšať trhy. Pri plánovaní programu zohľadnite potenciálne obmedzenia dodávok potravín.

Balenie potravín: Stratu potravín je možné hlásiť v skladoch a na koncových distribučných miestach. Strata potravín môže byť spôsobená zlým balením v distribučnom reťazci. Balenie by malo byť pevné a vhodné na manipuláciu, skladovanie a distribúciu. Malo by byť vhodné pre starších ľudí, deti a osoby so zdravotným postihnutím. Ak je to možné, balenie by malo umožňovať priamu distribúciu bez potreby premeriavania alebo prebaľovania.

Na obaloch potravín by nemali byť politicky ani nábožensky motivované alebo rozdeľujúce odkazy.

Balenie by nemalo predstavovať nebezpečenstvo a humanitárne organizácie zodpovedajú za to, aby zabránili znečisteniu životného prostredia obalmi z položiek distribuovaných alebo kúpených za hotovosť alebo poukážky. Používajte minimálne množstvo obalov (ak je to možné, obaly by mali byť biologicky odbúrateľné) a vhodné miestne materiály, ak je to možné podporovaním partnerstva s miestnou vládou a výrobcami obalových materiálov. Poskytujte nádoby na potraviny, ktoré je možné opätovne použiť, recyklovať alebo znovu sprístupniť. Odpadové obaly zlikvidujte spôsobom, ktorý zabráni znehodnoteniu životného prostredia. Balenie potravín pripravených na použitie, ako napríklad fóliové obaly, si môže vyžadovať špecifické mechanizmy na bezpečnú likvidáciu.

Tam, kde sa vyskytuje odpad, organizujte pravidelné upratovacie komunitné kampane. Tieto kampane by mali byť súčasťou mobilizácie komunity a zvyšovania povedomia, a nie platená práca. ⊕ *Pozri Nakladanie s pevným odpadom WASH – štandardy 5.1 až 5.3.*

Výber potravín: Zatiaľ čo nutričná hodnota je pri poskytovaní potravinovej pomoci prvoradé hľadisko, príjemcovia by mali poskytované komodity poznať. Mali by byť tiež v súlade s náboženskými a kultúrnymi tradíciami vrátane potravinových tabu pre tehotné alebo dojčiacie ženy. Pri výbere potravín sa poraďte so ženami a dievčatami, pretože v mnohých prostrediach práve ony nesú primárnu zodpovednosť za prípravu jedla. Podporujte starých rodičov, mužov, ktorí sú slobodnými hlavami domácností, a mladých ľudí, ktorí sa bez podpory starajú o súrodencov, pretože môžu mať ohrozený prístup k jedlu.

V mestskom prostredí majú domácnosti pravdepodobne prístup k rozmanitejšiemu sortimentu potravín ako na vidieku, ale kvalita stravy môže byť obmedzená, čo si vyžaduje inú nutričnú podporu.

Kŕmenie dojčiat: Darovaná alebo dotovaná dojčenská výživa, sušené mlieko, tekuté mlieko alebo tekuté mliečne výrobky by sa nemali distribuovať ako samostatná komodita vo všeobecnej distribúcii potravín. Tieto položky by sa tiež nemali distribuovať v rámci programu doplnkovej výživy so sebou domov. ⊕ *Pozri Kŕmenie dojčiat a malých detí – štandard 4.2.*

Celozrnné obilniny: Tam, kde mletie v domácnostiach predstavuje tradíciu alebo kde je prístup k miestnym mlynom, distribuujte celozrnné obilniny. Celozrnné obilniny



majú dlhšiu trvanlivosť ako ich alternatívy a môžu mať pre účastníkov programu vyššiu hodnotu.

Dodajte zariadenia na komerčné mletie s nízkou extrakciou, ktoré odstraňuje klíčky, olej a enzýmy spôsobujúce pokazenie obilnín. Komerčné mletie s nízkou extrakciou výrazne zvyšuje trvanlivosť, hoci zároveň znižuje obsah bielkovín. Mletá celá kukurica má trvanlivosť len šesť až osem týždňov, takže mletie by malo prebehnúť krátko pred konzumáciou. Mleté zrno si zvyčajne vyžaduje kratší čas varenia. Požiadavky na mletie môžu niekedy vystaviť ženy alebo dospievajúce dievčatá zvýšenému riziku vykorisťovania. Pracujte so ženami a dievčatami, aby ste identifikovali riziká a riešenia, ako napríklad podporu mlynov vedených ženami.

Skladovanie a príprava potravín: Skladovacie možnosti v domácnosti by mali určovať výber ponúkaných potravín. Zabezpečte, aby ľudia, ktorí dostávajú pomoc, vedeli, ako sa vyhnúť ohrozeniu verejného zdravia spojenému s prípravou jedla. Poskytnite palivovo úsporný sporák alebo alternatívne palivá, aby ste minimalizovali zhoršovanie životného prostredia.

Skladovacie priestory by mali byť suché a hygienické, primerane chránené pred poveternostnými vplyvmi a bez chemického alebo iného znečistenia. Zabezpečte skladovacie priestory proti škodcom, ako sú hmyz a hlodavce. V prípade potreby využite úradníkov ministerstva zdravotníctva na certifikáciu kvality potravín dodávaných predajcami a obchodníkmi.

Potravinová pomoc – štandard 6.3: Zacielenie, distribúcia a doručovanie

Zacielenie a distribúcia potravinovej pomoci je pohotová, včasná, transparentná a bezpečná.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte a zamerajte sa na príjemcov potravinovej pomoci na základe potreby a konzultácií so zainteresovanými stranami.
 - Poskytnite jasné a zverejnené podrobnosti o prístupoch zameraných na cieľové skupiny, ktoré sú akceptované obyvateľstvom prijímajúcim aj neprijímajúcim pomoc, aby sa predišlo vytváraniu napätia a škodám.
 - Začnite s formálnou registráciou domácností na príjem potravín hneď, ako to bude možné, a podľa potreby ju aktualizujte.
- 2 Navrhňte účinné, spravodlivé, chránené, bezpečné, dostupné a efektívne spôsoby distribúcie potravín alebo mechanizmy priameho doručovania hotovosti/poukážok.
 - Poradte sa so ženami a mužmi vrátane dospievajúcich detí a mládeže a podporte účasť potenciálne zraniteľných alebo marginalizovaných skupín.

- 3) Nájdite dostupné, bezpečné a pre príjemcov najpohodľnejšie distribučné a doručovacie miesta.
- Minimalizujte riziká pre ľudí pri distribúcii a pravidelne monitorujte kontrolné body alebo zmeny bezpečnostnej situácie.
- 4) Vopred povedzte príjemcom podrobnosti o distribučnom pláne a harmonograme, o kvalite a množstve potravinovej dávky alebo o hodnote hotovosti či poukážky a o tom, čo má pokryť.
- Naplánujte distribúciu spôsobom, ktorý rešpektuje cestovanie a pracovný čas ľudí a podľa potreby uprednostňujte rizikové skupiny.
 - Pred distribúciou definujte a vytvorte mechanizmy spätnej väzby s komunitou.

Kľúčové ukazovatele

Percento chýb pri určení, koho zahrnúť a koho vylúčiť, je minimálne

- Cieľ < 10 %

Vzdialenosť od obydľí po konečné distribučné miesta alebo trhy (v prípade poukážok alebo hotovosti)

- Cieľ < 5 kilometrov

Percento ľudí, ktorí dostali pomoc (rozčlenené podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia) a ktorí nahlásili problémy s bezpečnosťou pri cestovaní (na miesto a späť) a na miestach programu

Počet nahlásených prípadov sexuálneho vykorisťovania alebo zneužívania moci v súvislosti s distribúciou alebo doručovaním

Percento prípadov sexuálneho vykorisťovania alebo zneužívania moci súvisiacich s distribučnými alebo doručovacími postupmi, pri ktorých sa podnikli ďalšie kroky

- 100 %

Percento cieľových domácností, ktoré správne uviedli svoj nárok na potravinovú pomoc

- Cieľ: viac ako 50 % cieľových domácností

Pokyny

Zacielenie: Uistite sa, že nástroje a metódy zacielenia sú prispôsobené kontextu. Zacielenie by malo zahŕňať intervenciu, nielen počiatočnú fázu. Hľadanie správnej rovnováhy medzi chybami pri vylúčení, ktoré môžu ohrozovať život, a chybami pri začlenení, ktoré sú potenciálne rušivé alebo nehospodárne, je zložité. V krízach s rýchlym nástupom sú chyby pri začlenení prijateľnejšie ako chyby pri vylúčení. V krízových situáciách, keď domácnosti utrpeli podobné straty, alebo keď podrobné posúdenie na základe zacielenia nie je možné z dôvodu nedostatočného prístupu, môže byť vhodná všeobecná distribúcia potravín.



Deti vo veku 6 – 59 mesiacov, tehotné a dojčiacie ženy, ľudia žijúci s HIV a iné zraniteľné skupiny môžu byť cieľovou skupinou dodávania doplnkových potravín alebo môžu byť napojené na výživové liečebné a preventívne stratégie. Ľuďom žijúcim s HIV to zvýši denný kalorický príjem a podporí dodržiavanie antiretrovírusovej liečby.

Každý cieľový program by sa mal starostlivo vyhýbať vytváraniu stigmy alebo diskriminácie. Ľudia žijúci s HIV môžu byť napríklad súčasťou distribúcie pre „ľudí s chronickými chorobami“ a pomoc im možno poskytovať prostredníctvom zdravotných stredísk, kde dostávajú starostlivosť a liečbu. Zoznamy ľudí žijúcich s HIV by sa nikdy nemali zverejňovať ani zdieľať a vo väčšine prípadov by lídri komunit nemali pôsobiť ako prostredníci pre ľudí žijúcich s HIV.

Cieľové skupiny/výbory: Rozvíjajte priamy kontakt s zasiahnutými ľuďmi a skupinami v komunite, pričom sa čo najviac vyhýbajte strážcom komunity. Vytvorte cieľové výbory, ktoré budú zahŕňať zástupcov nasledujúcich populácií:

- ženy a dievčatá, muži a chlapci, starší ľudia a osoby so zdravotným postihnutím;
- miestne volené výbory, ženské skupiny a humanitárne organizácie;
- miestne a medzinárodné mimovládne organizácie;
- mládežnícke organizácie; a
- miestne samosprávne inštitúcie.

Registračné procesy: Registrácia môže byť náročná v táboroch, najmä tam, kde vysídlení ľudia nemajú identifikačné doklady. Zoznamy od miestnych úradov a domácností vytvorených komunitou môžu byť užitočné, ak nezávislé hodnotenie dokáže, že sú presné a nestranné. Podporujte zapojenie zasiahnutých žien do tvorby registračných procesov. Zahrňte do distribučných zoznamov ohrozených jednotlivcov, najmä ľudí so zníženou pohyblivosťou.

Ak v počiatočných štádiách krízy registrácia nie je možná, dokončite ju hneď, ako sa situácia stabilizuje. Zavedte mechanizmus spätnej väzby pre registračný proces prístupný všetkým zasiahnutým ľuďom vrátane žien, dievčat, starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím. Ženy majú právo registrovať sa na svoje meno. Ak je to možné, poradte sa s mužmi a ženami, v prípade potreby oddelene, o tom, kto by mal fyzicky preberať alebo dostávať hotovostnú pomoc v mene domácnosti. Táto konzultácia by mala byť založená na hodnotení rizika.

Podniknite osobitné opatrenia pre domácnosti na čele so slobodnými mužmi alebo ženami, ako aj pre domácnosti vedené deťmi a mladými ľuďmi a odlúčenými deťmi či deťmi bez sprievodu, aby mohli bezpečne preberať pomoc v mene domácnosti. Zriadte opatrovateľské služby v blízkosti distribučných miest, aby mohli domácnosti s jedným rodičom a ženy s malými deťmi získať pomoc bez toho, aby nechali deti bez dozoru. V situáciách s polygamnými domácnosťami zaobchádzajte s každou manželkou a jej deťmi ako so samostatnou domácnosťou.

Distribúcia „suchých“ dávok: Všeobecná distribúcia potravín bežne obsahuje len suché dávky, ktoré si potom ľudia varia doma. Prijemcami môže byť jednotlivec

alebo držiteľ prídelového lístka v domácnosti, zástupca skupiny domácností, tradiční vodcovia a vedúce ženské predstaviťky alebo vedúci komunitnej cieľenej distribúcie. Frekvencia distribúcie by mala brať do úvahy hmotnosť potravinovej dávky a prostriedky príjemcov na jej bezpečné odnesenie domov. Možno bude treba osobitnú podporu na zabezpečenie toho, aby starší ľudia, tehotné a dojčiacie ženy, odlúčené deti, deti bez sprievodu a osoby so zdravotným postihnutím mohli poberať a ponechať si dávky. Zvážte, či im nebudú pomáhať iní členovia komunity, alebo im pridajte menšie dávky častejšie.

Distribúcia „mokrých“ dávok: Za výnimočných okolností, napríklad na začiatku krízy s rýchlym nástupom, sa na všeobecnú distribúciu jedla môžu použiť varené alebo hotové jedlá. Tieto dávky môžu byť vhodné, ak sú ľudia v pohybe alebo ak nosenie jedla domov vystavuje ľudí, ktorí dostávajú pomoc, riziku krádeže, násillia, zneužívania alebo vykorisťovania. V prípade núdze využite ako distribučný mechanizmus školské stravovanie a potravinové stimuly pre pedagogický personál.

Distribučné miesta: Pri výbere distribučných miest zohľadnite terén a snažte sa o primeraný prístup k iným zdrojom podpory, ako je čistá a bezpečná voda, toalety, zdravotnícke služby, tieň, prístrešie a bezpečné priestory pre deti a ženy. Je potrebné zohľadniť prítomnosť ozbrojených kontrolných bodov a vojenskej činnosti s cieľom minimalizovať riziko pre civilistov a zabezpečiť bezpečný prístup k pomoci. Cesty do distribučných miest a z nich by mali byť jasne označené, prístupné a často používané ostatnými členmi komunity. Zvážte praktické aspekty a náklady na prepravu komodít.

⊕ *Pozri Zásady ochrany 2.*

Vytvorte alternatívne spôsoby distribúcie, aby sa dostala k tým, ktorí sa nachádzajú ďalej od distribučného miesta alebo ktorí majú praktické problémy. Prístup k distribúcii je bežným zdrojom úzkosti pre marginalizované a vylúčené populácie v kríze. Zabezpečte priame distribúcie obyvateľstvu v inštitucionálnom prostredí.

Plánovanie distribúcie: Naplánujte distribúciu na časy, ktoré umožňujú cestovanie do distribučných miest a späť domov počas denného svetla. Vyhnite sa vytváraniu požiadavky na prenocovanie, čo prináša ďalšie riziká. Naplánujte distribúciu tak, aby ste minimalizovali narušenie každodenných činností. Zvážte vytvorenie rýchlych alebo prioritných liniek pre rizikové skupiny a pracovného stola so sociálnym pracovníkom, ktorý môže zaregistrovať všetky deti bez sprievodu a odlúčené deti. Vopred informujte o harmonograme a distribúcii prostredníctvom širokého spektra komunikácie.

Bezpečnosť pri distribúcii potravín, poukážok a hotovosti: Podniknite kroky na minimalizovanie rizík pre účastníkov distribúcie. To zahŕňa primeranú kontrolu davu a dohľad nad distribúciou vyškoleným personálom a príslušníkmi zasiahnutého obyvateľstva, ktorí sami strážia distribučné miesta. V prípade potreby zapojte miestnu políciu. Informujte policajných úradníkov a policajtov o zámeroch presunu potravín. Starostlivo naplánujte rozloženie distribučného miesta tak, aby boli bezpečné a dostupné pre starších ľudí, osoby so zdravotným postihnutím a ľudí s telesnými obmedzeniami. Informujte všetky tímy distribúcie potravín o vhodnom



a očakávanom správaní vrátane trestov za sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie. Zapojte strážkyne, aby dohliadali na vykladanie, registráciu, distribúciu a monitorovanie potravín po distribúcii. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu – zväzok č. 7.*

Poskytovanie informácií: Na distribučných miestach zobrazujte informácie o potravinových dávkach na viditeľnom mieste v jazykoch a formátoch prístupných ľuďom, ktorí nevedia čítať alebo majú problémy s komunikáciou. Informujte ľudí prostredníctvom tlačových, zvukových, SMS a hlasových správ o:

- prídelovom pláne s uvedením množstva a typu dávok potravín alebo o hodnote hotovosti/poukážky a o tom, čo má pokryť;
- dôvodoch prípadných zmien oproti predchádzajúcim plánom (načasovanie, množstvo, položky, iné);
- distribučnom harmonograme;
- nutričnej kvalite potravín a v prípade potreby o osobitnej pozornosti, ktorá je potrebná na ochranu jej nutričnej hodnoty;
- požiadavkách na bezpečnú manipuláciu a používanie potravín;
- špecifických informáciách o optimálnom využití potravín pre deti; a
- možnosti získania ďalších informácií alebo poskytnutia spätnej väzby.

V prípade pomoci v hotovosti by mala byť poskytovaná suma zahrnutá do informácií o dávke. Informácie môžu dostávať na distribučnom mieste, môžu sa zobrazovať na mieste výdaja peňazí alebo tam, kde je možné uplatniť poukážky, prípadne v letáku v miestnom jazyku.

Zmeny v poskytovanej strave: K zmenám v dávkach alebo poskytovanej sumy v prípade hotovostnej pomoci môže dôjsť v dôsledku nedostatku dostupných potravín či financií alebo z iných dôvodov. Ak k tomu dôjde, oznámte ich príjemcom prostredníctvom distribučných výborov, vedúcich komunít a zastupiteľských organizácií. Pred distribúciou vypracujte spoločný postup. Distribučný výbor by mal ľudí informovať o zmenách, ich dôvodoch a dátume a pláne obnovenia normálnych dávok. Možnosti zahŕňajú:

- zníženie dávok pre všetkých príjemcov;
- zabezpečenie plnej dávky zraniteľným jednotlivcom a zníženej dávky bežnej populácii; alebo
- odloženie distribúcie (ako posledná možnosť).

Monitorovanie distribúcie a dodávok: Pravidelne monitorujte potraviny náhodným vážením dávok prevzatých domácnosťami, aby ste zmerali presnosť a spravodlivosť distribúcie. Rozprávajte sa s príjemcami a zabezpečte, aby vzorka opýtaných zahŕňala rovnaký počet žien a mužov vrátane dospelých a mladých ľudí, osôb so zdravotným postihnutím a starších ľudí. Náhodné návštevy pracovného tímu zloženého z aspoň jedného muža a jednej ženy môžu pomôcť stanoviť prijateľnosť a užitočnosť dávky. Tieto návštevy môžu identifikovať ľudí, ktorí spĺňajú výberové kritériá, ale nedostávajú potravinovú pomoc. Môžu tiež identifikovať jedlo prijaté

odinakial, jeho pôvod a použitie. Návštevy môžu identifikovať možné použitie sily na získanie majetku, násilné nábovy alebo sexuálne či iné vykorisťovanie. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Potravinová pomoc – štandard 6.4:

Využívanie potravín

Skladovanie, príprava a konzumácia potravín je bezpečná a vhodná na úrovni domácností aj komunity.

Kľúčové kroky

- 1 Ochráňte ľudí, ktorí dostávajú pomoc, pred nevhodnou manipuláciou alebo prípravou potravín.
 - Informujte ľudí o dôležitosti potravinovej hygieny a podporujte správne hygienické postupy pri manipulácii s potravinami.
 - Tam, kde sa poskytujú varené dávky, vyškolte personál o bezpečnom skladovaní, manipulácii a príprave jedla a o možných zdravotných rizikách pri nesprávnom postupe.
- 2 Konzultujte a poradte ľuďom, ktorí dostávajú pomoc, v otázke skladovania, prípravy, varenia a konzumácie potravín.
- 3 Zabezpečte, aby mali domácnosti bezpečný prístup k vhodnému kuchynskému náčinu, palivu, úsporným sporákom, čistej vode a hygienickým materiálom.
- 4 Zabezpečte, aby jednotlivci, ktorí si sami nedokážu pripraviť jedlo alebo sa najesť, mali prístup k opatrovateľom, ktorí im môžu pomôcť, ak je to možné a vhodné.
- 5 Sledujte, ako sa v domácnosti využívajú potravinové zdroje.

Kľúčové ukazovatele

Počet hlásených prípadov ohrozenia zdravia z distribuovaných potravín

Percento domácností schopných bezpečne skladovať a pripravovať potraviny

Percento cieľových domácností, ktoré sú schopné opísať tri alebo viac správ týkajúcich sa povedomia o hygieny

Percento cieľových domácností, ktoré uvádzajú, že majú prístup k vhodnému kuchynskému náčinu, palivu, pitnej vode a hygienickým materiálom

Pokyny

Potravinová hygiena: Kríza môže narušiť bežné hygienické návyky ľudí. Podporujte potravinovú hygienu prispôbenú miestnym podmienkam a povahe chorôb.



Zdôraznite dôležitosť vyhýbania sa kontaminácii vody, likvidácie škodcov a potreby vždy si pred manipuláciou s potravinami umyť ruky. Informujte príjemcov potravín o bezpečnom skladovaní potravín na úrovni domácnosti. ⊕ *Pozri Podporu hygieny WASH – štandardy.*

Spracovanie a skladovanie potravín: Prístup k zariadeniam na spracovanie potravín, ako sú mlyny na obilie, umožňuje ľuďom pripraviť si jedlo podľa vlastného výberu a šetrí čas na iné výrobné činnosti. Ak sú v ponuke potraviny podliehajúce skaze, zvažte vhodné zariadenia na ich uskladnenie, ako sú vodotesné nádoby, chladničky a mrazničky. Teplo, chlad a vlhkosť ovplyvňujú skladovanie rýchlo sa kaziacich potravín.

Medzi jednotlivcov, ktorí môžu potrebovať pomoc pri skladovaní, varení a výžive, patria malé deti, starší ľudia, ľudia so zdravotným postihnutím a ľudia s HIV. Ľudia, ktorí majú problémy s poskytovaním jedla osobám, ktoré sú od nich závislé, ako sú napríklad rodičia so zdravotným postihnutím, môžu potrebovať terénne programy alebo dodatočnú podporu.

Monitorovanie používania potravín v rámci domácnosti: Humanitárne organizácie by mali monitorovať a hodnotiť používanie potravín v rámci domácnosti, ako aj ich vhodnosť a primeranosť. Na úrovni domácností sa môžu potravinové komodity spotrebovať tak, ako bolo zamýšľané, alebo sa s nimi môže obchodovať, prípadne sa môžu vymieňať. Cieľom výmenného obchodu by mohol byť prístup k ďalším preferovanejším potravinovým a nepotravinovým položkám alebo platbe za služby, ako je školné alebo lekárske účty. Hodnotenie pridelovania potravín v rámci domácnosti by malo monitorovať aj spotrebu potravín podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia.

Použitie hotovosti a poukážok: Je dôležité riadiť riziko panického nákupu, keď domácnosti dostanú hotovosť alebo poukážky. Obchodníkov a ľudí, ktorí dostávajú pomoc, pripravte na túto možnosť pred distribúciou, pri distribúcii a po distribúcii. Zvážte napríklad, či bude jedlo dostupné počas celého mesiaca, alebo či by nebolo lepšie rozložiť distribúciu v priebehu mesiaca. Ak je to vhodné, poukážky je možné vydávať v malých nominálnych hodnotách s možnosťou ich použitia týždenne. Rovnaký princíp by sa mal vzťahovať na hotovosť, ktorú možno vymeniť prostredníctvom bankomatov alebo iných foriem digitálnych či manuálnych platieb.

7. Živobytie

Schopnosť ľudí chrániť svoje živobytie priamo súvisí s ich zraniteľnosťou pri kríze. Pochopenie zraniteľnosti pred krízou, počas nej a po nej uľahčuje primeranú pomoc a identifikáciu toho, ako môžu si komunity obnoviť a zlepšiť živobytie.

Krízy môžu narušiť mnohé faktory, na ktoré sa ľudia spoliehajú, aby si udržali živobytie. Ľudia zasiahnutí krízou môžu prísť o prácu alebo budú musieť opustiť pôdu či vodné zdroje. Okrem toho im môžu počas konfliktov alebo prírodných katastrof zničiť, kontaminovať alebo ukradnúť majetok. Môžu prestať fungovať trhy.

V počiatočných štádiách krízy je prioritou uspokojovanie základných potrieb prežitia. Postupom času však rehabilitácia systémov, zručností a možností, ktoré podporujú živobytie, mala tiež umožniť ľuďom aj dôstojnú obnovu ich života. Podpora živobytia medzi utečencami často predstavuje jedinečné výzvy, ako napríklad prostredie táborov alebo reštriktívne právne a politické rámce v krajinách azylu.

Tí, ktorí produkujú potraviny, potrebujú prístup k pôde, vode, dobytku, podporným službám a trhom, ktoré im pomáhajú pri výrobe. Mali by mať prostriedky na pokračovanie vo výrobe bez ohrozenia iných zdrojov, ľudí alebo systémov. [⊕ Pozri Príručku LEGS.](#)

V mestských oblastiach bude vplyv krízy na živobytie pravdepodobne iný ako vo vidieckych oblastiach. Zloženie domácnosti, zručnosti, zdravotné postihnutie a vzdelanie určia mieru, v akej sa ľudia môžu podieľať na rôznych ekonomických aktivitách. Vo všeobecnosti majú chudobnejší mestskí obyvatelia menej rôznorodú škálu životných stratégií ako ich náprotivky vo vidieckych oblastiach. V niektorých krajinách napríklad nemajú prístup k pôde na pestovanie potravín.

Spojenie tých, ktorí prišli o živobytie, a tých, ktorí majú vplyv na vytváranie nových príležitostí, môže pomôcť stanoviť priority reakcie v oblasti živobytia. To by malo odrážať analýzu trhu práce, služieb a súvisiacich produktov. Všetky intervencie v oblasti živobytia by mali zohľadniť, ako využívať a/alebo podporovať miestne trhy. [⊕ Pozri Príručku MERS.](#)

Živobytie – štandard 7.1:

Primárna výroba

Primárne výrobné mechanizmy sú chránené a podporované.



Kľúčové kroky

- 1 Vytvorte poľnohospodárom prístup k výrobným vstupom a/alebo aktívam.
 - Uprednostnite hotovosť alebo poukážky tam, kde trhy fungujú a dá sa podporiť ich obnova, aby mali farmári flexibilitu pri výbere preferovaných vstupov, osiva, rýb alebo druhov hospodárskych zvierat.

- Zavádzajte nové technológie po kríze len vtedy, ak boli testované alebo sa prispôbili podobným kontextom.
- 2 Ponúkajte podnety prijateľné na miestnej úrovni, ktoré zodpovedajú príslušným normám kvality a prichádzajú načas, aby sa umožnilo čo najlepšie sezónne využitie.
- Uprednostňujte miestne vhodný dobytok a miestne odrody plodín, ktoré sa už používajú a sú žiadané v nadchádzajúcej sezóne.
- 3 Zabezpečte, aby vstupy a služby nezvyšovali zraniteľnosť príjemcov a nevytvárali konflikty v rámci komunity.
- Posúďte potenciálny boj o vzácne prírodné zdroje (ako je pôda alebo voda), ako aj potenciálne škody na existujúcich sociálnych sieťach.
- 4 Spravodlivo zapojte zasiahnutých mužov a ženy do plánovania, rozhodovania, zavádzania a monitorovania reakcií v rámci primárnej výroby.
- 5 Vyškoolte výrobcov v sektore pestovania plodín, rybolove, vodohospodárstva, lesníctve a chove hospodárskych zvierat v oblasti udržateľnej výroby a riadiacich postupov.
- 6 Posúďte trh a stimulujte dopyt po miestne pestovaných plodinách, zelenine a iných poľnohospodárskych produktoch.

Kľúčové ukazovatele

Percentuálna zmena v produkcii cieľovej populácie (potraviny alebo zdroj príjmu) v porovnaní s bežným rokom

Percento domácností, ktoré uvádzajú, že majú prístup k primeraným skladovacím priestorom svojej produkcie

Percento cieľových domácností so zlepšeným fyzickým prístupom na fungujúce trhy v dôsledku programových zásahov

Pokyny

Výrobné stratégie: Výrobné stratégie musia mať primeranú šancu na rozvoj a úspech v danom kontexte. To môže závisieť od mnohých faktorov vrátane prístupu k:

- dostatočným prírodným zdrojom, pracovnej sile, poľnohospodárskym vstupom a finančnému kapitálu;
- kvalitným odrodám osiva, ktoré sú prispôbené miestnym podmienkam; a
- úžitkovým zvieratám, ktoré predstavujú zásadný prínos pre potravinovú bezpečnosť. [⊕ Pozri Príručku LEGS.](#)

Okrem toho musí stratégia zväžiť existujúce zručnosti v oblasti obživy, preferencie komunity, fyzické prostredie a potenciál rozšírenia.

Podporujte rôznorodé živobytie v rámci miestnej oblasti a zároveň predchádzajte nadmernému využívaniu prírodných zdrojov. Škody na životnom prostredí nielenže

zvyšujú riziko krízy, ale prispievajú aj k napätiu medzi komunitami. Ak je to možné, zásahy v oblasti žívobytia by mali podporovať prispôsobenie zmene klímy, napríklad výber prispôsobených odrôd osiva.

Zabrňte detskej práci spojenej s iniciatívami v oblasti žívobytia. Uvedomte si nepriamy dopad programov na žívobytie na deti, ako je napríklad vynechávanie školy, pretože sa od nich vyžaduje pomoc v domácnosti, kým rodič pracuje.

Energia: Zvážte energetické nároky mechanizovanej práce, spracovania potravín, komunikácie, chladiarenských reťazcov na uchovávanie potravín a efektívnych spaľovacích zariadení.

Vylepšenia: Zvážte zavedenie lepších odrôd plodín, hospodárskych zvierat alebo druhov rýb, nových nástrojov, hnojív alebo inovatívnych riadiacich postupov. Posilnite výrobu potravín na základe zachovania predkrízových modelov a/alebo prepojenia so štátnymi plánmi rozvoja.

Nové technológie: Výrobcovia a miestni spotrebitelia musia pochopiť a akceptovať dopad nových technológií na miestne výrobné systémy, kultúrne praktiky a prírodné prostredie ešte pred ich prijatím. Pri predstavovaní nových technológií zabezpečte vhodné komunitné konzultácie, informácie a školenia. Zabezpečte prístup skupinám ohrozeným diskrimináciou (vrátane žien, starších ľudí, menšín a ľudí so zdravotným postihnutím). Ak je to možné, koordinujte sa s odborníkmi na žívobytie a vládnymi ministerstvami. Zabezpečte nepretržitú technologickú podporu, budúcu dostupnosť technológie a posúďte jej komerčnú životaschopnosť.

Hotovostná pomoc alebo úver: Možno ich použiť na veľtrhoch osív a hospodárskych zvierat. Pochopte potenciálne dôsledky zvoleného prístupu na výživu ľudí, zvážte, či umožňuje ľuďom samotným vyrábať potraviny bohaté na živiny alebo či poskytuje hotovosť na nákup potravín. Posúďte vhodnosť hotovostnej pomoci pri nákupe výrobných vstupov, zohľadnite dostupnosť tovaru, prístup na trhy a existenciu bezpečného, cenovo dostupného a rodovo citlivého mechanizmu prevodu hotovosti.

⊕ [Pozri Príručku MERS](#) a [Príručku LEGS](#).

Sezónnosť a kolísanie cien: Poľnohospodárske vstupy a veterinárne služby zabezpečte tak, aby sa zhodovali s poľnohospodárskymi sezónami a sezónami chovu zvierat. Napríklad pred výsadbovou sezónou zabezpečte osivo a nástroje. Znižovanie stavov dobytky počas sucha by malo prebehnúť pred nadmerným úhynom dobytky. S obnovou stavov by sa malo začať, keď je pravdepodobnosť obnovy vysoká, napríklad po najbližšom období dažďov. V prípade potreby poskytnite potravinovú pomoc na ochranu osív a vstupov. Zabezpečte, aby vstupy reagovali na rôzne možnosti, potreby a riziká rôznych skupín vrátane žien a osôb so zdravotným postihnutím. Extrémne sezónne výkyvy cien nepriaznivo ovplyvňujú chudobných poľnohospodárskych výrobcov, ktorí predávajú produkciu tesne po zbere, keď sú ceny najnižšie. Tieto výkyvy majú negatívny dopad aj na majiteľov hospodárskych zvierat, ktorí musia počas sucha predávať. A naopak, spotrebitelia, ktorí majú obmedzený disponibilný príjem, si nemôžu dovoliť investovať do zásob potravín. Sú odkázaní na malé a časté nákupy. V dôsledku toho nakupujú potraviny aj vtedy, keď



sú ceny vysoké, napríklad počas sucha. Pokyny pre hospodárske zvieratá nájdete [v Príručke LEGS](#).

Osivo: Poľnohospodári a miestni poľnohospodárski odborníci by mali schváliť konkrétne odrody. Osivo by malo vyhovovať miestnej agroekológii a podmienkam hospodárenia farmárov. Mali by byť tiež odolné voči chorobám a vydržať potenciálne drsné poveternostné podmienky spôsobené klimatickými zmenami. Otestujte kvalitu osiva s pôvodom mimo regiónu a skontrolujte, či je vhodné v miestnych podmienkach. Umožnite farmárom prístup k rôznym plodinám a odrodám v rámci každého zásahu súvisiaceho s osivom. To im umožňuje zistiť, čo je najlepšie pre ich poľnohospodársky systém. Napríklad farmári pestujúci kukuricu môžu uprednostňovať hybridné osivo pred miestnymi odrodami. Dodržiavajte štátne pravidlá týkajúce sa hybridného osiva. Nedistribuuje geneticky modifikované semená bez súhlasu miestnych orgánov. Informujte farmárov, ak dostanú geneticky modifikované semená. Ak farmári používajú poukážky alebo semená z veľtrhov, vyzvite ich, aby kupovali semená od miestnych formálnych dodávateľov. Poľnohospodári môžu uprednostňovať tradičné odrody, ktoré sú prispôbené miestnemu kontextu. Určite budú dostupné za nižšiu cenu, čo znamená, že dostanú viac osiva za rovnakú hodnotu.

Napätie v komunite a bezpečnostné riziká: Ak si výroba vyžaduje zmenu v prístupe k dostupným prírodným zdrojom, môže vzniknúť napätie medzi vysídleným a miestnym obyvateľstvom alebo v rámci zasiahnutej komunity. Súťaž o vodu alebo pôdu môže viesť k obmedzeniam v ich používaní. Primárna produkcia potravín nemusí byť životaschopná, ak panuje dlhodobý nedostatok životne dôležitých prírodných zdrojov. Rovnako to nie je možné, ak majú určité skupiny obyvateľstva, ako sú ľudia bez pôdy, nedostatočný prístup k prírodným zdrojom. Poskytovanie bezplatných zdrojov môže narušiť tradičnú sociálnu podporu, ohroziť mechanizmy prerozdelenia alebo ovplyvniť prevádzkovateľov súkromného sektora. To môže vytvárať napätie a znižovať budúci prístup k zdrojom. [Pozri Zásady ochrany 1](#).

Zásobovací reťazec: Na získanie zdrojov a služieb na výrobu potravín využite existujúce miestne, overiteľné dodávateľské reťazce, ako sú veterinárne služby a semená. Na podporu miestneho súkromného sektora používajte mechanizmy ako hotovosť alebo poukážky, ktoré spájajú prvovýrobcov priamo s dodávateľmi. Pri navrhovaní miestnych nákupných systémov zohľadnite dostupnosť vhodných zdrojov a možnosti dodávateľov pri rozširovaní ponuky. Posúďte riziko inflácie a udržateľnosť kvality zdrojov. Monitorujte a zmierňujte negatívne dopady reakcií na trhové ceny, vrátane veľkých miestnych nákupov a distribúcie potravín. Zvážte dopad miestnych nákupov a dovozov potravín na miestnu ekonomiku. Pri práci so súkromným sektorom identifikujte a riešte rodové nerovnosti a spravodlivo rozdeľte všetky zisky. [Pozri Príručku MERS](#).

Sledujte, či výrobcovia poskytnuté zdroje skutočne využívajú podľa plánu. Skontrolujte kvalitu zdrojov z hľadiska ich výkonu, prijateľnosti a preferencií výrobcov. Vyhodnotte, ako projekt ovplyvnil dostupnosť potravín na úrovni domácností. Zvážte

napríklad množstvo a kvalitu potravín, ktoré sa skladujú, konzumujú, predávajú alebo rozdávať. Ak je cieľom projektu zvýšiť produkciu určitého typu potravín (živočíšne/rybie produkty alebo strukoviny bohaté na bielkoviny), zistíte, ako tieto produkty používajú domácnosti. Zahrňte analýzu prínosu pre rôznych členov domácnosti, ako sú ženy, deti, starší ľudia a ľudia so zdravotným postihnutím.

Uskladnenie po zbere úrody: Značná časť produkcie (odhadovaný priemer 30 %) sa po zbere nedá použiť v dôsledku strát. Podporte zasiahnutých ľudí, aby po zbere úrody minimalizovali straty riadením manipulácie, skladovania, spracovania, balenia, dopravy, marketingu a iných činností. Poradte im a umožnite im skladovať úrodu, aby sa vyhli vlhkosti a aflatoxínom produkovaným hubami. Umožnite im spracovať úrodu, najmä obilniny.

Živobytie – štandard 7.2: Príjem a zamestnanie

Ženy a muži majú rovnaký prístup k primeraným príležitostiam zárobku, ak sú tvorba príjmu a zamestnanie reálnymi stratégiami obživy.

Kľúčové kroky

- 1 Pri rozhodovaní o zárobkových činnostiach vychádzajte z rodovo citlivého posúdenia trhu.
 - Znížte riziko podvýživy a ďalšieho ohrozenia verejného zdravia zabezpečením toho, aby účasť na možnostiach zárobku neohrozila starostlivosť o deti ani iné opatrovateľské povinnosti.
 - Porozumejte cene práce členov komunity a štátnej minimálnej mzde za nekvalifikovanú a kvalifikovanú prácu.
- 2 Vyberajte typy platieb (naturálne, hotovosť, poukážky, stravu alebo ich kombináciu) na základe participatívnej analýzy.
 - Oboznámte sa s miestnymi možnosťami, výhodami v oblasti bezpečnosti a ochrany, okamžitými potrebami, spravodlivým prístupom, existujúcimi trhovými systémami a preferenciami zasiahnutých ľudí.
- 3 Založte úroveň platby na type práce, miestnych pravidlách, cieľoch na obnovenie živobytia a prevládajúcich schválených úrovniach platieb v regióne.
 - Zvážte opatrenia záchranej siete, ako sú nepodmienené peňažné a potravinové transfery pre domácnosti, ktoré sa nemôžu zúčastniť na pracovných programoch.
- 4 Prijmite a udržujte inkluzívne, bezpečné a chránené pracovné prostredie.
 - Monitorujte riziko sexuálneho obťažovania, diskriminácie, vykorisťovania a zneužívania na pracovisku a rýchlo reagujte na sťažnosti.



- 5 Podporujte partnerstvá so súkromným sektorom a ďalšími zainteresovanými stranami s cieľom vytvoriť udržateľné pracovné príležitosti.
- Spravidlivo poskytujte kapitálové zdroje na uľahčenie obnovy živobytia.
- 6 Vždy, keď je to možné, vyberte environmentálne citlivé možnosti tvorby príjmu.

Kľúčové ukazovatele

Percento cieľovej populácie, ktorá si počas definovaného obdobia zlepši čistý príjem

Percento domácností s prístupom k úveru

Percento cieľovej populácie, ktorá diverzifikuje činnosti generujúce príjem

Percento cieľovej populácie zamestnanej (alebo samostatne zárobkovo činne) v aktivitách udržateľného živobytia počas vymedzeného časového obdobia (6 – 12 mesiacov)

Percento zasiahnutého obyvateľstva s fyzickým a ekonomickým prístupom k fungujúcim trhom a/alebo iným službám na podporu živobytia (formálne alebo neformálne)

Pokyny

Analýza: Rodovo citlivá analýza práce a trhu je základ zdôvodnenia a definovania činností, podpory obnovy a odolnosti a udržania výsledkov. Pochopenie úloh a povinností v domácnosti je nevyhnutné pri riešení všetkých dodatočných výdavkov, ako je starostlivosť o deti alebo o starších ľudí, či prístup k iným službám, napríklad k vzdelávaniu alebo zdravotnej starostlivosti.

Použite existujúce nástroje na pochopenie trhov a ekonomických systémov. Reakcie na potravinovú bezpečnosť by byť založené na funkciách trhu pred krízou a po nej a na potenciáli trhov zlepšiť životné podmienky chudobných ľudí. Diskutujte o alternatívach alebo prispôbení pre rizikové skupiny (ako sú mládež, osoby so zdravotným postihnutím, tehotné ženy alebo starší ľudia) v rámci cieľovej skupiny. Analyzujte ich zručnosti, skúsenosti, možnosti a potenciálne riziká a stratégie na zmiernenie dopadov. Zistite, či členovia domácnosti bežne cestujú za sezónnou prácou. Informujte sa o možnom obmedzenom prístupe rôznych skupín zasiahnutého obyvateľstva k trhom a príležitostiam na živobytie, a podporte ich v prístupe.

Opatrenia v rámci záchranej siete: Niektoré ženy a muži sa možno nebudú môcť zapájať do činností vytvárajúcich príjem, ako napríklad staršie páry. Kríza sama osebe môže znemožniť ostatným zamestnať sa v dôsledku zmien v povinnostiach alebo zdravotnom stave. Krátkodobé opatrenia v rámci záchranej siete môžu podporiť takéto prípady prepojením na existujúce vnútroštátne systémy sociálnej ochrany. V prípade potreby odporučte nové záchranné siete. Uplatňovanie opatrení v rámci záchranej siete musí podporovať spravodlivé rozdeľovanie zdrojov a zabezpečiť,

aby ženy a dievčatá mali v prípade potreby priamy prístup k zdrojom. Zároveň pracujte s ľuďmi, ktorí záchrannú sieť využívajú, aby ste našli spôsoby, ako prejsť na bezpečné a udržateľné činnosti vytvárajúce príjem. Vždy, keď je to možné, by sa reakcie založené na hotovosti mali prepojiť s existujúcimi programami záchranej siete ako súčasť stratégie udržateľnosti a sociálnej ochrany.

Platby: Pred realizáciou plateného pracovného programu analyzujte trh. Platba môže byť v hotovosti alebo v potravinách alebo ich kombináciou a mala by uspokojiť potreby domácností s nedostatkom potravín. Informujte o cieľoch projektu, očakávaniach humanitárnej organizácie od pracovníkov, podmienkach, za ktorých budú ľudia pracovať, výškach platby a postupe.

Urobte z platby stimul pre ľudí, aby si zlepšili vlastnú situáciu, a nebrali ju ako kompenzáciu za prácu v komunite. Zvážte nákupné potreby ľudí a vplyv poskytovania hotovosti alebo potravín na vytvorenie príjmu v domácnosti určeného na uspokojenie základných potrieb, ako sú škola, zdravotná starostlivosť a sociálne povinnosti. Rozhodnite o type a výške platby pri každom prípade. Monitorujte, aby ste zaistili, že ženy a mužov za dohodnuté jednotky práce odmeňujú rovnako a že nedochádza k diskriminácii špecifických skupín.

Zvážte vplyv hodnoty opätovného predaja na miestnych trhoch, kde sa platí v naturáliách a poskytuje sa ako prevod príjmu. Nové činnosti vytvárajúce príjmy by mali skôr posilniť ako nahradiť existujúcu ponuku zdrojov príjmov. Platby by nemali mať negatívny dopad na miestny trh práce, napríklad spôsobením inflácie miezd, odklonom pracovnej sily od iných činností alebo oslabením základných verejných služieb.

Kúpna sila: Hotovosť môže mať pozitívny multiplikačný efekt v miestnych hospodárstvach, ale môže spôsobiť aj miestnu infláciu kľúčových tovarov. Distribúcia potravín môže mať vplyv aj na kúpnu silu ľudí, ktorí dostávajú pomoc. Kúpna sila spojená s potravinami alebo kombináciou potravín ovplyvňuje, či domácnosť príjemcu jedlo konzumuje alebo predáva. Niektoré komodity (napríklad olej) sa ľahšie predávajú za dobrú cenu ako iné (napríklad zmiešané potraviny). Pri hodnotení širšieho dopadu programov distribúcie potravín si ujasnite informácie o predaji a nákupe potravín v domácnostiach.

Bezpečnosť pri práci: Na minimalizáciu rizika pre verejné zdravie alebo na ošetrovanie úrazov využívajte praktické postupy. V prípade potreby zabezpečte napríklad školenie, ochranný odev a lekárníčky. Minimalizujte riziko vystavenia prenosným chorobám a HIV. Vytvorte bezpečné prístupové cesty na pracoviská a dajte pracovníkom baterky tam, kde trasa nie je dobre osvetlená. Na varovanie pred hrozbami používajte zvončeky, píšťalky a vysielacky. Podporte cestovanie v skupinách a vyhnite sa cestovaniu po zotmení. Zabezpečte, aby všetci účastníci poznali núdzové postupy a mali prístup k systémom včasného varovania. Ženy a dievčatá by mali byť chránené rovnako a mali by sa riešiť všetky diskriminačné normy na pracovisku.



Zvládanie domácich a rodinných povinností: Pravidelne sa rozprávajte so zasiahnutými ľuďmi, vrátane žien a mužov osobitne, aby ste sa dozvedeli o ich preferenciách a prioritách v súvislosti s tvorbou príjmu, peňažnými odmenami za prácu a ďalšími potrebami domácnosti a rodiny. Diskutujte o pracovnom zaťažení a prípadnom zvýšenom napätí v domácnosti v dôsledku zmien v tradičných rodových rolách a zvýšenej kontroly žien nad majetkom.

Plány aktivít „hotovosť za prácu“ by mali zohľadňovať fyzický stav a každodennú rutinu mužov a žien a mali by byť kultúrne primerané. Mali by napríklad zohľadňovať čas na modlitbu a štátne sviatky. Pracovná doba by nemala klásť neprimerané protichodné požiadavky na čas ľudí. Programy by nemali odvádzať zdroje domácností od existujúcich produktívnych činností, ani by nemali nepriaznivo vplývať na prístup k inému zamestnaniu alebo vzdelávaniu. Účasť na tvorbe príjmu by mala rešpektovať vnútroštátne zákony o minimálnom veku na vstup do zamestnania. Ten zvyčajne nie je nižší ako vek ukončenia povinnej školskej dochádzky. Ak sa na programe zúčastňujú opatrovatelia s malými deťmi, na pracoviskách sa odporúča vytvoriť zariadenia starostlivosti o deti s primeraným rozpočtom.

Environmentálny manažment: Podporte zapojenie ľudí do environmentálnych aktivít, ako je sadenie stromov, čistenie táborov a obnova životného prostredia prostredníctvom potravinových programov a „hotovosti za prácu“. Hoci sú tieto aktivity dočasné, zvýšia angažovanosť ľudí v okolitom prostredí.

Zohľadnite dostupnosť a bezpečnosť pracovného prostredia. Uistite sa, že žiadne nečistoty, ktoré sa majú odstrániť, neobsahujú nebezpečné materiály. Programy „hotovosti za prácu“ by nemali zahŕňať čistenie v priemyselných zariadeniach ani na miestach nakladania s odpadom.

Podporujte výrobu environmentálne udržateľných stavebných materiálov ako príjmotvornú činnosť a zabezpečte súvisiace odborné vzdelávanie. Vyškolte a podporujte ľudí pri kompostovaní biologicky rozložiteľného odpadu na hnojivo.

Súkromný sektor: Súkromný sektor môže pri sprístupňovaní ochrany a obnovy živobytia zohrávať dôležitú úlohu. Ak je to možné, vytvorte partnerstvá na vytváranie pracovných príležitostí. Tieto partnerstvá môžu tiež pomôcť založiť a rozvíjať mikro, malé a stredné podniky. Podnikateľské a technologické inkubátory môžu poskytnúť finančný kapitál a príležitosti na prenos znalostí. [⊕ Pozri Príručku MERS.](#)

Príloha 1

Kontrolný zoznam na hodnotenie potravinovej bezpečnosti a živobytia

Pri hodnotení potravinovej bezpečnosti sa zasiahnutí ľudia často všeobecne rozdeľujú do skupín podľa zdrojov obživy a stratégií získavania príjmov alebo potravín. To môže zahŕňať aj rozdelenie obyvateľstva podľa majetkových skupín alebo vrstiev. Je dôležité porovnať súčasnú situáciu s históriou potravinovej bezpečnosti pred krízou. Ako základnú hodnotu použite „priemerné normálne roky“. Zohľadnite špecifické úlohy a zraniteľné miesta žien a mužov a ich dopad na potravinovú bezpečnosť domácností.

Nasledujúce otázky v kontrolnom zozname pokrývajú široké oblasti, ktoré je potrebné zvážiť pri hodnotení potravinovej bezpečnosti.

Potravinová bezpečnosť v rámci skupín obživy

- Existujú v populácii skupiny, ktoré majú rovnaké stratégie obživy? Ako ich možno kategorizovať podľa hlavných zdrojov potravy alebo príjmu?

Potravinová bezpečnosť pred krízou (základný stav)

- Ako získavali rôzne skupiny živateľov potraviny alebo príjem pred krízou? Aké mali zdroje potravy a príjmu za priemerný rok v nedávnej minulosti?
- Ako sa rozličné zdroje potravy a príjmu sezónne a geograficky líšili počas bežného roka? Užitočné môže byť zostavenie sezónneho kalendára.
- Mali všetky skupiny dostatok potravín správnej kvality, aby mali správnu výživu?
- Získavali všetky skupiny dostatočný príjem neškodlivými spôsobmi, aby uspokojili svoje základné potreby? Zohľadnite stravu, vzdelanie, zdravotnú starostlivosť, mydlo a iné domáce potreby, oblečenie a výrobné vstupy, ako je osivo a nástroje. (Posledné dve otázky naznačia, či sa vyskytli chronické problémy. Kríza môže zhoršiť existujúce problémy. Na vhodnú reakciu má vplyv to, či je problém chronický alebo akútny.)
- Ako sa pri pohľade späť na posledných päť alebo desať rokov z roka na rok menila potravinová bezpečnosť? Užitočné môže byť vytvorenie časovej osi alebo histórie potravinovej bezpečnosti.
- Aký druh majetku, úspor alebo iných rezerv vlastnia rôzne skupiny živateľov? Príklady zahŕňajú zásoby potravín, hotovostné úspory, počty dobytky, investície, úvery a nevyžiadané pohľadávky.
- Čo zahŕňajú výdavky domácnosti za týždeň alebo mesiac? Aký podiel sa minie na každú položku?
- Kto zodpovedá za hospodárenie s hotovosťou v domácnosti a na čo sa hotovosť vynakladá?



- Ako je dostupný najbližší trh so základným tovarom? Zohľadnite faktory ako vzdialenosť, bezpečnosť, jednoduchosť mobility, dostupnosť a prístupnosť informácií o trhu a doprave.
- Aká je dostupnosť a cena základného tovaru vrátane potravín?
- Aké boli priemerné obchodné podmienky medzi základnými potrebami (potraviny, poľnohospodárske vstupy, zdravotná starostlivosť atď.) a zdrojmi príjmov (hotovostné plodiny, dobytok, mzdy atď.) pred krízou

Potravinová bezpečnosť počas krízy

- Ako kríza zasiahla rôzne zdroje potravín a príjmov pri každej z identifikovaných skupín žiteľov?
- Ako zasiahla obvyklé sezónne vzorce potravinovej bezpečnosti rôznych skupín?
- Ako zasiahla prístup k poskytovateľom finančných služieb, k trhom, dostupnosť trhu a ceny základného tovaru?
- Aké sú rôzne stratégie zvládania kríz pre rôzne skupiny žiteľov a aký podiel ľudí sa do nich zapája? Ako sa to zmenilo v porovnaní so situáciou pred krízou?
- Ktorá skupina alebo populácia je najzasiahnutejšia?
- Aké sú krátkodobé a strednodobé dopady stratégií zvládania situácie na finančné a iné aktíva ľudí?
- Aké sú dopady stratégií zvládania situácie na zdravie, celkovú pohodu a dôstojnosť pre všetky skupiny žiteľov a pre všetkých ohrozených ľudí? Existujú riziká spojené so stratégiami zvládania situácie?

Príloha 2

Kontrolný zoznam na hodnotenie bezpečnosti osiva

Nižšie sú vzorové otázky z hodnotenia bezpečnosti osiva. Pri hodnotení bezpečnosti osiva by sa mala zohľadniť vnútroštátna legislatíva o hybridných a geneticky modifikovaných odrodách.

Bezpečnosť osiva pred krízou (základná línia)

- Aké sú najdôležitejšie plodiny farmárov? Na čo ich používajú – spotrebu, príjem alebo oboje? Pestujú sa každú sezónu? Aké ďalšie plodiny môžu byť dôležité v časoch krízy?
- Ako poľnohospodári zvyčajne získavajú osivo alebo iný sadivový materiál pre tieto plodiny? Zohľadnite všetky kanály.
- Aké sú parametre siatia hlavných plodín? Aká je priemerná vysadená plocha? Aký je výsevný pomer? Aký je pomer plodnosti (pomer zozbieraných semien alebo obilia k zasiatym semenám)?
- Existujú dôležité alebo preferované odrody špecifických plodín (odrody prispôbené miestnemu podnebiu)?
- Ktoré výrobné zdroje sú nevyhnutné pri konkrétnych plodinách alebo odrodách?
- Kto v domácnosti zodpovedá za rozhodovanie, obhospodarovanie plodín a likvidáciu rastlinných produktov v rôznych fázach výroby a postprodukcie?

Bezpečnosť osiva po kríze

- Dá sa zásah súvisiaci s poľnohospodárstvom uskutočniť z pohľadu osôb, ktoré dostávajú pomoc?
- Ktoré plodiny kríza najviac zasiahla? Treba sa na ne zamerať? Prečo áno alebo prečo nie?
- Sú si farmári istí, že situácia je teraz dostatočne stabilná a bezpečná na to, aby mohli úspešne pestovať, zberať a predávať alebo konzumovať úrodu?
- Majú dostatočný prístup na polia a iné výrobné prostriedky (hnoj, náradie, ťažné zvieratá)?
- Sú pripravení znovu sa zapojiť do poľnohospodárstva?

Hodnotenie ponuky a dopytu osiva: domáce zásoby

- Je k dispozícii dostatočné množstvo osiva z domácej produkcie? To zahŕňa osivo z vlastnej úrody farmára a osivo potenciálne dostupné prostredníctvom sociálnych sietí (napríklad susedov).
- Je to plodina, ktorú chcú farmári ešte pestovať? Je prispôbená miestnym podmienkam? Je po nej ešte dopyt?
- Sú odrody dostupné prostredníctvom vlastnej produkcie farmára ešte vhodné na pestovanie v budúcej sezóne? Spĺňa kvalita osiva bežné štandardy farmára?



Hodnotenie ponuky a dopytu osiva: miestne trhy

- Fungujú trhy vo všeobecnosti napriek kríze (konajú sa trhy, môžu sa farmári voľne pohybovať, predávať a nakupovať)?
- Sú súčasné objemy dostupného osiva alebo obilia porovnateľné s objemami za normálnych podmienok v rovnakom čase počas predchádzajúcich sezón?
- Nachádzajú sa na trhoch plodiny a odrody, ktorých pestovanie farmári považujú za vhodné?
- Sú súčasné trhové ceny osiva alebo obilia porovnateľné s cenami v rovnakom čase v predchádzajúcich sezónach? Ak dôjde k cenovému rozdielu, je pravdepodobné, že bude tento rozdiel pre poľnohospodárov problém?

Hodnotenie ponuky a dopytu osiva: formálny sektor

- Sú ponúkané plodiny a odrody z formálneho sektora prispôsobené konkrétnym krízovým zónam? Existujú dôkazy, že ich farmári budú používať?
- Dokáže osivo z formálneho sektora uspokojiť dopyt vyvolaný krízou? Ak nie, akú časť potrieb poľnohospodárov uspokojí?

Príloha 3

Kontrolný zoznam hodnotenia výživy

Nižšie sú vzorové otázky na hodnotenie základných príčin podvýživy, úrovne nutričného rizika a možnosti reakcie. Otázky vychádzajú z koncepcného rámca príčin podvýživy. ⊕ *Pozri Obrázok 7: Potravinová bezpečnosť a výživa: príčiny podvýživy.* Informácie budú pravdepodobne pochádzať z rôznych zdrojov. Zhromažďovanie si bude vyžadovať rôzne hodnotiace nástroje vrátane rozhovorov s kľúčovými informátormi, pozorovania a skúmania sekundárnych údajov.

Situácia pred stavom núdze

Áké informácie už existujú o povahe, rozsahu a príčinách podvýživy medzi zasiahnutými ľuďmi? ⊕ *Pozri Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy – štandard 1.1.*

Súčasnú riziko podvýživy

Áké je riziko podvýživy súvisiace so zníženým prístupom k potravinám?

⊕ Pozri Prílohu 1: Kontrolný zoznam na hodnotenie potravinovej bezpečnosti a živobytia.

Áké je riziko podvýživy súvisiace s kŕmením dojčiat a malých detí a starostlivosťou o ne?

- Dochádza k zmene pracovných a sociálnych vzorcov (v dôsledku faktorov ako migrácia, vysídlenie alebo ozbrojený konflikt), ktoré ovplyvňujú úlohy a povinnosti v domácnosti?
- Dochádza k zmene bežného zloženia domácností? Existuje veľké množstvo odlúčených detí?
- Narušilo sa prostredie bežnej starostlivosti (napríklad vysídlením), čo ovplyvnilo prístup k sekundárnym opatrovateľom, potravinám alebo k vode?
- Sú niektoré deti nedojčené? Sú deti umelo dokrmované?
- Existujú dôkazy alebo podozrenie na pokles kŕmenia dojčiat počas krízy? Došlo k zníženiu miery začatia dojčenia alebo výlučného dojčenia? Zvýšil sa počet umelo kŕmených detí a/alebo nedojčených detí?
- Sú dostupné bezpečné príkrmy, ktoré sú primerané veku a výžive, a prostriedky na ich hygienickú prípravu?
- Existujú dôkazy alebo podozrenie o všeobecnej distribúcii náhrad materského mlieka, ako je dojčenská výživa, iné mliečne výrobky, fľaše a cumlíky, či už darované alebo zakúpené?
- Pokiaľ ide o pastierske komunity, boli stáda dlho mimo dosahu malých detí? Zmenil sa prístup k mlieku oproti bežnej situácii?
- Zasiahla infekcia HIV opatrovateľské praktiky na úrovni domácností?



- Je všeobecná potravinová dávka prispôbena potrebám starších ľudí a ľudí s problémami s výživou? Zhodnotte jej energetické zloženie a obsah mikroživín. Posúďte prijateľnosť potravinových produktov (chuť, žuvateľnosť a stráviteľnosť).

Aké je riziko podvýživy súvisiace so zlým verejným zdravím?

- Existujú správy o prepuknutí chorôb, ktoré môžu ovplyvniť stav výživy, ako sú osýpky alebo akútne hnačkové ochorenie? Existuje riziko, že sa tieto ohniská objavia? ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – prenosné choroby – štandard 2.1.*
- Aká je odhadovaná zaočkovanosť zasiahnutých ľudí proti osýpkam? ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť – zdravie detí – štandard 2.2.1.*
- Podáva sa vitamín A bežne pri očkovaní proti osýpkam? Aké je odhadované pokrytie dopĺňania vitamínu A?
- Existuje odhad miery úmrtnosti (buď hrubej alebo pod päť rokov)? Aké sú odhady a aká metóda sa použila na ich vypracovanie? ⊕ *Pozri Základné pojmy v zdraví.*
- Existuje alebo dôjde k výraznému poklesu teploty okolia, čo pravdepodobne ovplyvní prevalenciu akútnych respiračných infekcií alebo energetické nároky zasiahnutých ľudí?
- Existuje vysoká prevalencia HIV?
- Sú už ľudia náchylní na podvýživu v dôsledku chudoby alebo zlého zdravia?
- Existuje nadmerný výskyt alebo riziko či vysoká prevalencia tuberkulózy?
- Sú hlásené prípady neprenosných ochorení, ako je cukrovka, artritída, kardio-vaskulárne ochorenia a anémia?
- Existuje vysoký výskyt malárie?
- Boli ľudia dlhší čas vo vode alebo v mokrom oblečení alebo boli vystavení iným drsným podmienkam prostredia?

Fungujú v súčasnosti formálne a neformálne miestne štruktúry, prostredníctvom ktorých by sa dali usmerňovať potenciálne intervencie?

- Aká je kapacita ministerstva zdravotníctva, náboženských organizácií, skupín na podporu komunity či dočenia alebo mimovládnych organizácií s dlhodobým alebo krátkodobým pôsobením v oblasti?
- Aké výživové intervencie alebo komunitná podpora sa už zaviedli a organizujú ich miestne komunity, jednotlivci, mimovládne organizácie, vládne organizácie, agentúry OSN alebo náboženské organizácie? Aké sú výživové politiky (minulé, prebiehajúce a ukončené), plánované dlhodobé výživové reakcie a programy, ktoré sa realizujú alebo plánujú v reakcii na súčasnú situáciu?

Príloha 4

Meranie akútnej podvýživy

V závažných nutričných núdzových situáciách môže byť potrebné zahrnúť do hodnotenia výživy alebo nutričných programov dojčatá do šiestich mesiacov, tehotné a dojčiacie ženy, staršie deti, dospievajúcich, dospelých a starších ľudí.

Dojčatá do šiestich mesiacov

Zatiaľ čo výskum pre túto vekovú skupinu prebieha, existuje obmedzená základňa dôkazov pre hodnotenie a manažment. Väčšina usmernení odporúča rovnaké antropometrické definície prípadov akútnej podvýživy dojčiat ako pre staršie deti vo veku 6 – 59 mesiacov (okrem obvodu stredného horného ramena (MUAC), ktorý sa v súčasnosti neodporúča pre dojčatá mladšie ako šesť mesiacov). Kritériá prijatia sa zameriavajú skôr na aktuálnu veľkosť ako na hodnotenie rastu.

Prechod z rastových referencií Národného centra pre zdravotnú štatistiku (NCHS) k rastovým štandardom WHO 2006 vedie k tomu, že viac prípadov dojčiat mladších ako šesť mesiacov je zaznamenaných ako zoslabnutých. To môže viesť k tomu, že do programov kŕmenia prichádza viac dojčiat alebo že sa opatrovatelia začnú obávať o dostatočnosť výlučného dojčenia. Je dôležité posúdiť a zväziť nasledovné:

- Rast dojčatá z hľadiska dĺžky – je rýchlosť rastu dobrá, napriek malej veľkosti tela (niektoré deti môžu „dobiehať“ po nízkej pôrodnej hmotnosti)?
- Postupy kŕmenia dojčiat – je dieťa výlučne dojčené?
- Klinický stav – má dieťa nejaké zdravotné komplikácie alebo stavy, ktoré sú liečiteľné alebo ktoré preň predstavujú vysoké riziko?
- Materské faktory – napríklad chýba matke podpora rodiny alebo má depresiu? Pre vysokorizikové dojčatá by mala byť prioritou hospitalizácia do terapeutických programov kŕmenia.

Deti vo veku 6 – 59 mesiacov

V tabuľke nižšie sú bežne používané hraničné hodnoty pri akútnej podvýžive u detí vo veku 6 – 59 mesiacov. Vypočítajte indexy hmotnosti v pomere k výške (WFH) pomocou štandardov rastu detí WHO 2006. Ukazovateľ WFH Z (podľa štandardov WHO) je preferovaným ukazovateľom na oznamovanie výsledkov antropometrického prieskumu. MUAC je nezávislé kritérium na hodnotenie akútnej podvýživy a je jedným z najlepších predpovedí úmrtnosti. Prevalencia nízkeho MUAC sa používa aj na predpovedanie počtu prípadov v programoch doplnkovej výživy a terapeutickej starostlivosti. Bežne používané hraničné hodnoty sú <11,5 centimetra pre ťažkú akútnu podvýživu a 11,5 – 12,5 centimetra pre stredne ťažkú akútnu podvýživu. MUAC s vyššou hraničnou hodnotou sa tiež často používa ako súčasť dvojestupňového skríninového procesu. Nemal by sa používať samostatne v antropometrických prieskumoch, aj keď sa môže použiť ako jediné vstupné kritérium pri programoch kŕmenia.



	Globálna akútna podvýživa	Stredne ťažká akútna podvýživa	Ťažká akútna podvýživa
Deti 6 – 59 mesiacov	WFH < -2 Z skóre a/alebo MUAC < 12,5 cm a/alebo nutričný edém	Ukazovateľ WFH -3 až -2 Z a/alebo MUAC 11,5 – 12,5 cm	Ukazovateľ WFH < -3 Z a/alebo MUAC < 11,5 cm a/alebo nutričný edém
Starší ľudia	MUAC 21 cm	MUAC 18,5 – 21,0 cm	MUAC 18,5 cm
Tehotné a dojčiacie ženy	MUAC < 23 cm (v určitých kontextoch môže byť < 210 mm)	MUAC 18,5 – 22,9 cm	MUAC < 18,5 cm
Dospelí (vrátane ľudí s HIV alebo tuberkulózou)	BMI < 18,5	BMI 16 – 18,5	BMI < 16

Deti vo veku 5 – 19 rokov

Na určenie výživy u detí vo veku 5 – 19 rokov použite rastové štandardy WHO 2007. Tieto krivky referenčných údajov o raste sa tesne zhodujú s normami WHO pre rast detí pre deti vo veku 6 – 59 mesiacov a s odporúčanými hraničnými hodnotami pre dospelých. Zvážte použitie MUAC u starších detí a dospievajúcich, najmä v súvislosti s HIV. Keďže ide o rozvíjajúcu sa technickú oblasť, je dôležité odkázať na najnovšie smernice a technické aktualizácie.

Dospelí (20 – 59 rokov)

U dospelých neexistuje dohodnutá definícia akútnej podvýživy, ale dôkazy naznačujú, že hraničnou hodnotou pre závažnú akútnu podvýživu by mohol byť index telesnej hmotnosti (BMI) nižší ako 16 a pre miernu a stredne závažnú akútnu podvýživu nižší ako 18,5. Prieskumy podvýživy dospelých by sa mali zamerať na zhromaždenie údajov o hmotnosti, výške a výške posediačky a na merania MUAC. Tieto údaje možno použiť na výpočet BMI. BMI by sa mal upraviť pre Cormicov index (pomer výšky v sede k výške v stojí) len na porovnanie medzi populáciami. Takáto úprava môže podstatne zmeniť zjavnú prevalenciu podvýživy u dospelých a môže mať dôležité dôsledky na plánovanie. Merania MUAC by sa mali vykonávať vždy. Ak sú potrebné okamžité výsledky alebo sú výrazne obmedzené zdroje, prieskumy môžu vychádzať len z meraní MUAC.

Nedostatok overených funkčných výsledkov a referenčných hodnôt komplikuje interpretáciu antropometrických výsledkov. Pri ich interpretácii používajte podrobné kontextové informácie. Návod na hodnotenie [⊕ nájdete v Citovaných a ďalších zdrojoch](#).

Pri skríningu jednotlivcov v rámci zaraďovania do nutričnej starostlivosti a prepustenia z nej používajte kombináciu antropometrických ukazovateľov, klinických príznakov (najmä slabosť, nedávny úbytok hmotnosti) a sociálnych

faktorov (ako je prístup k jedlu, prítomnosť opatrovateľov, prístrešie). Upozorňujeme, že edém u dospelých sa môže spájať s inými faktormi ako podvýživa, a edém dospelých by mal posúdiť lekár, aby sa vylúčili iné príčiny. Jednotlivé humanitárne organizácie by mali rozhodnúť o ukazovateli na určenie nároku na starostlivosť s ohľadom na známe nedostatky v BMI, nedostatok informácií o MUAC a dopady použitia ukazovateľov na plánovanie. Ide o rozvíjajúcu sa technickú oblasť, preto si pozrite najnovšie smernice a technické aktualizácie.

MUAC možno použiť ako skríningový nástroj pre tehotné ženy, napríklad ako kritérium pre zaradenie do programu výživy. Vzhľadom na ďalšie nutričné potreby môžu byť tehotné ženy vystavené väčšiemu riziku ako iné skupiny v populácii. MUAC sa počas tehotenstva výrazne nemení. MUAC s hodnotou menej ako 20,7 centimetrov znamená vážne riziko retardácie rastu plodu a menej ako 23 centimetrov znamená stredné riziko. Odporúčané hraničné body pre riziko sa v jednotlivých krajinách líšia, ale pohybujú sa od 21 do 23 centimetrov. Hodnotu menšiu ako 21 centimetrov zohľadnite ako vhodnú hranicu na výber žien v ohrození počas núdzových situácií.

Starší ľudia

V súčasnosti neexistuje dohodnutá definícia podvýživy u starších ľudí, napriek tomu môže túto skupinu v krízach ohrozovať podvýživa. WHO naznačuje, že prahové hodnoty BMI pre dospelých môžu byť vhodné pre ľudí vo veku nad 60 rokov. Presnosť merania je však problematická z dôvodu zakrivenia chrbtice (zhrbenia) a kompresie stavcov. Namiesto výšky možno použiť rozpätie ramien alebo polovičné rozpätie, ale násobiaci faktor na výpočet výšky sa líši v závislosti od populácie. Je potrebné vizuálne hodnotenie. MUAC môže byť užitočným nástrojom na meranie podvýživy u starších ľudí, ale výskum vhodných hraničných hodnôt stále prebieha.

Osoby so zdravotným postihnutím

V súčasnosti neexistujú smernice na meranie jednotlivcov s telesným postihnutím. Nedostatok smerníc ich často vylučuje z antropometrických prieskumov. Je potrebné vizuálne hodnotenie. Merania MUAC môžu byť zavádzajúce v prípadoch, keď sval horného ramena je vypracovaný v dôsledku jeho využívania pri mobilite. Existujú alternatívy k štandardným mieram výšky, vrátane dĺžky, rozpätia alebo polovičného rozpätia rúk či dĺžky spodnej časti nohy. Na určenie najvhodnejšieho spôsobu merania osôb so zdravotným postihnutím, u ktorých nie je vhodné štandardné meranie hmotnosti, výšky a MUAC, je potrebné pozrieť si najnovšie výskumy.



Príloha 5

Opatrenia významu nedostatku mikroživín pre verejné zdravie

Naliehavo liečte klinické nedostatky mikroživín na individuálnom základe. Jednotlivé prípady klinických nedostatkov mikroživín tiež zvyčajne poukazujú na širší problém nedostatku mikroživín na úrovni populácie. Meranie a klasifikácia nedostatkov mikroživín na úrovni populácie je dôležitá pri plánovaní a monitorovaní zásahov.

Objektívne meranie stavu mikroživín zabezpečujú biochemické testy. Odber biologických vzoriek na testovanie však často predstavuje problémy z hľadiska logistiky, vyškolenia personálu, chladiaceho reťazca a niekedy aj prijateľnosti. Biochemické merania zároveň nie sú vždy také citlivé a špecifické, ako sa vyžaduje. Rovnako ako pri akútnej podvýžive môžu existovať odchýlky v závislosti od dennej doby alebo ročného obdobia odberu vzorky. Nevyhnutná je vhodná kontrola kvality a mala by sa vždy zohľadniť pri výbere laboratória na testovanie vzoriek.

Pri hodnotení stavu mikroživín zohľadnite možnosť nadmerného príjmu ako aj nedostatku. Je to obzvlášť dôležité, keď sa na podávanie mikroživín používajú viaceré vysoko obohatené produkty alebo doplnky.

Nedostatok mikroživín má vážny dopad na psychické a fyzické zdravie starších ľudí, ich imunitný systém a funkčné schopnosti.

Nižšie uvedená tabuľka zobrazuje klasifikáciu významu vybraných nedostatkov mikroživín na verejné zdravie pomocou rôznych ukazovateľov. Informácie o biochemických testoch a prahoch verejného zdravia nájdete v najnovšej literatúre, prípadne požiadajte o radu odborníka.

Indikátor nedostatku mikroživín	Odporúčaná veková skupina na prieskumy prevalence	Definícia problému verejného zdravia	
		Závažnosť	Prevalencia (%)
Nedostatok vitamínu A			
Nočná slepota (XN)	24 – 71 mesiacov	Mierna	0 ≤ 1
		Stredná	1 ≤ 5
		Závažná	5
Bitotove škvrny (X1B)	6 – 71 mesiacov	Nešpecifikované	> 0,5
Xeróza rohovky/ ulcerácia/ keratomalácia (X2, X3A, X3B)	6 – 71 mesiacov	Nešpecifikované	> 0,01
Jazvy na rohovke (XS)	6 – 71 mesiacov	Nešpecifikované	> 0,05
Sérový retinol (≤ 0,7 μmol/l)	6 – 71 mesiacov	Mierny	2 ≤ 10
		Stredný	10 ≤ 20
		Závažný	20
Nedostatok jódu			
Struma (viditeľná a hmatateľná)	Deti v školskom veku	Mierna	5,0 – 19,9
		Stredná	20,0 – 29,9
		Závažná	30,0
Stredná koncentrácia jódu v moči (mg/l)	Deti v školskom veku	Nadmerný príjem	> 300
		Dostatočný príjem	100 – 199
		Mierny nedostatok	50 – 99
		Stredný nedostatok	20 – 49
		Závažný nedostatok	< 20
Nedostatok železa			
Anémia (Hemoglobín u netehotných žien < 12,0 g/dl; deti 6 – 59 mesiacov < 11,0 g/dl)	Ženy, deti 6 – 59 mesiacov	Nízka	5 – 20
		Stredná	20 – 40
		Vysoká	40
Beriberi			
Klinické príznaky	Celá populácia	Mierna	1 prípad a < 1 %
		Stredná	1 – 4
		Závažná	5



Indikátor nedostatku mikroživín	Odporúčaná veková skupina na prieskumy prevalence	Definícia problému verejného zdravia	
		Závažnosť	Prevalencia (%)
Príjem v strave (< 0,33 mg/1 000 kCal)	Celá populácia	Mierna	5
		Stredná	5 – 19
		Závažná	20 – 49
Dojčenská úmrtnosť	Dojčatá 2 – 5 mesiacov	Mierna	Bez zvýšenia sadziieb
		Stredná	Mierne zvýšenie sadziieb
		Závažná	Výrazné zvýšenie sadziieb
Pelagra			
Klinické príznaky (dermatitída) v skúmanej vekovej skupine	Celá populácia alebo ženy > 15 rokov	Mierna	≥ 1 prípad a < 1 %
		Stredná	1 – 4
		Závažná	5
Príjem ekvivalentov niacínu v strave < 5 mg/deň	Celá populácia alebo ženy > 15 rokov	Mierny	5 – 19
		Stredný	20 – 49
		Závažný	50
Skorbut			
Klinické príznaky	Celá populácia	Mierne	1 prípad a < 1 %
		Stredné	1 – 4
		Závažné	5

Príloha 6

Požiadavky na výživu

Na plánovanie v počiatočnom štádiu krízy použite nasledujúcu tabuľku. Na posúdenie všeobecných dávok by sa mali použiť minimálne požiadavky na živiny uvedené v tabuľke. Nie sú určené na hodnotenie primeranosti dávok doplnkovej ani terapeutickú starostlivosť či na hodnotenie dávok pre konkrétne skupiny ľudí, ako sú osoby trpiace tuberkulózou alebo ľudia s HIV.

Živina	Minimálne požiadavky na obyvateľstvo
Energia	2 100 kCal
Bielkoviny	53 g (10 % celkovej energie)
Tuky	40 g (17 % celkovej energie)
Vitámín A	550 µg ekvivalentov aktivity retinolu (RTE)
Vitámín D	6,1 µg
Vitámín E	8,0 mg ekvivalentov alfa-tokoferolu (alfa TE)
Vitámín K	48,2 µg
Vitámín B1 (tiamín)	1,1 mg
Vitámín B2 (riboflavín)	1,1 mg
Vitámín B3 (niacín)	13,8 mg ekvivalentov niacínu (NE)
Vitámín B6 (pyridoxín)	1,2 mg
Vitámín B12 (kobalamín)	2,2 µg
Folát	363 µg dietetických ekvivalentov folátu (DFE)
Pantotenát	4,6 mg
Vitámín C	41,6 mg
Železo	32 mg
Jód	138 µg
Zinok	12,4 mg
Meď	1,1 mg
Selén	27,6 µg
Vápnik	989 mg
Horčík	201 mg

Zdroj: Pre všetky výpočty potreby vitamínov a minerálov okrem meďi boli použité: RNIIs from FAO/WHO (2004), Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, 2nd edition, [RNI z FAO/WHO (2004), Požiadavky na vitamíny a minerály v ľudskej výžive, 2. Vydanie], Požiadavky na meď sú prevzaté z WHO (1996), Trace Elements in Human Nutrition and Health [Stopové prvky v ľudskej výžive a zdraví].

Uvedené minimálne požiadavky priemernej populácie zahŕňajú požiadavky všetkých vekových skupín a všetkých pohlaví. Nie sú preto špecifické pre žiadnu skupinu na základe veku či pohlavia a nemali by sa používať ako požiadavky na jednotlivca. Vychádzajú z predpokladaného demografického profilu, predpokladov o vonkajšej



teplota a úroveň aktivity ľudí. Zohľadňujú aj dodatočné potreby tehotných a dojčiacich žien.

Požiadavky sú vyjadrené ako referenčný príjem živín (RNI) pre všetky živiny okrem energie a medi.

Aktualizácie a ďalší výskum makro- a mikroživín sú k dispozícii na webových stránkach Organizácie Spojených národov pre výživu a poľnohospodárstvo (FAO) a WHO.

Energetické požiadavky obyvateľstva upravte (nahor alebo nadol) podľa:

- demografickej štruktúry obyvateľstva, najmä percento ľudí mladších ako päť rokov, percento žien a starších ľudí, dospelých;
 - priemernej hmotnosti dospelých a skutočnej, obvyklej alebo žiadúcej telesnej hmotnosti;
 - úrovne aktivity na udržanie produktívneho života (požiadavky sa zvýšia, ak úroveň aktivity prekročí „lahkú“ alebo 1,6 x bazálnej miery metabolizmu);
 - priemernej vonkajšej teploty a kapacity prístrešia a oblečenia (požiadavky sa zvýšia, ak je priemerná vonkajšia teplota nižšia ako 20 °C);
 - nutričného a zdravotného stavu obyvateľstva (požiadavky sa zvýšia, ak je populácia podvyživená a má dodatočné požiadavky na dorovnanie rastu. Priemerné požiadavky populácie môže ovplyvniť prevalencia HIV. Všeobecné dávky výživy upravte tak, aby vyhovovali týmto potrebám, a to na základe kontextovej analýzy a aktuálnych medzinárodných odporúčaní).

Návod na výpočet úprav ⊕ *nájdete v UNHCR, UNICEF, WFP a WHO (2002), Potravinových a nutričných potrebách v núdzových situáciách a WFP (2001) a príručke Potraviny a výživa.*

Ak nie je možné zistiť tento druh informácií z hodnotení, ako minimálne požiadavky použite čísla v tabuľke vyššie.

Na pochopenie štruktúry populácie, ktorá je podľa potreby rozdelená podľa pohlavia, veku a iných kritérií, použite štátne základné údaje alebo si pozrite World Population Prospects [Výhliadky svetovej populácie]: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Citované a ďalšie zdroje

Všeobecne

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimálne štandardy ochrany detí (CPMS)]. Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package [Baliček núdzovej pripravenosti a reakcie]. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking [Potravinová pomoc a potravinová podpora v núdzových a prechodných súvislostiach: Prehľad súčasného myslenia].* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Štandardy humanitárnej inklúzie pre starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons [Rámec IASC pre trvalé riešenia pre vnútorne vysídlené osoby]. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs [Teplota, svetlo a energia pre utečencov: záchrana životov, zníženie nákladov].* Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Usmernenia a štandardy pre mimoriadnu situáciu v oblasti hospodárskych zvierat (LEGS)]. LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy (MERS)]. SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance [Minimálne štandardy pre ochranu detí pri humanitárnej pomoci]. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Minimálne štandardy pre vzdelávanie: pripravenosť, obnova a reakcia]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálny štandard pre analýzu trhu (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework [Právo na potraviny v situáciách ozbrojeného konfliktu: Právny rámec].* International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition [Otázky bezpečného paliva a energie: potravinová bezpečnosť a výživa]. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food [Právo na primeranú stravu] (Article 11: 12/05/99. E/C.12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org



The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction [Rámec Sendai pre znižovanie rizika katastrof]. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

Hodnotenie

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People [Rýchla metóda hodnotenia pre starších ľudí]. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology [Usmernenia a metodika SMART (Štandardizované monitorovanie a hodnotenie úľavy a prechodu)]. SMART. <http://smartmethodology.org>

Výživa

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7 [Potravinové a výživové dôsledky antiretrovírusovej terapie v prostredí s obmedzenými zdrojmi, potravinovej a výživovej technickej pomoci, technická poznámka č. 7].* FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: from piloting a new methodology in Four Study Locations [Minimálne náklady na stravu: z novej pilotnej metodológie na štyroch študijných miestach].* Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts [Codex Alimentarius. Normy, smernice a poradenské texty]. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies [Potraviny a nutričné potreby v núdzových situáciách]. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes [Medzinárodný kódex marketingu náhrad materského mlieka]. WHO, 1981. www.who.int

Liečba akútnej podvýživy

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences [Podvýživa matiek a detí: globálne a regionálne expozície a zdravotné dôsledky].* *The Lancet*, vol. 371, č. 9608, 2008, str. 243–260. <https://doi.org>

Participatívne metodiky

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work [Vďaka čomu fungujú mechanizmy spätnej väzby].* ALNAP, 2014.

Kŕmenie dojčiat a malých detí

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children [Standarty rastu dieťaťa a identifikácia ťažkej akútnej podvýživy u dojčiat a detí]. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide [Vývoj v ranom detstve v núdzových situáciách: Sprievodca integrovaným programom]. UNICEF, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? [Integrácia rozvojových aktivít v ranom detstve do programov výživy v núdzových situáciách: prečo, čo a ako?] UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies [Pracovné pokyny na kŕmenie dojčiat a malých detí v núdzových situáciách]. IFE Core Group, 2017. <https://www.enonline.net>

Deti

Growth reference for school-aged children and adolescents [Referencia rastu pre deti školského veku a dospievajúcich]. WHO, 2007. www.who.int

Potravinová bezpečnosť

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual [Index stratégií zvládania situácie: Manuál terénnych metód CSI]. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming [Preberanie cien za programovanie potravinovej bezpečnosti].* World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3 [Škála prístupu k potravinovej neistote v domácnosti (HFIAS) na meranie prístupu k potravinám, Sprievodca indikátormi, verzia 3].* FANTA, 2007.

Food Safety and Quality [Bezpečnosť a kvalita potravín]. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects [Nástroje a pilotné projekty klastra potravinovej bezpečnosti mestských skupín]. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook [Príručka základných ukazovateľov klastra potravinovej bezpečnosti]. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Humanitarian, Impact areas [Humanitárne, Oblasti vplyvu]. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Integrovaná klasifikácia fázy potravinovej bezpečnosti (IPC) 2018 – Technická príručka verzia 3]. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction [Zachráňte jedlo: Globálna iniciatíva na zníženie strát potravín a odpadu – rozsah, príčiny a zníženie]. FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2 [Ukazovateľ diverzity stravy v domácnostiach (HDDS) na meranie prístupu domácností k potravinám: Sprievodca indikátormi, verzia 2].* FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N) [Poznámka k technickým usmerneniam: Analýza nutričnej kvality ukazovateľa spotreby potravín (FCS-N)]. WFP, 2015. <https://www.wfp.org>



Tier ranking from the IWA interim ISO standards [Hodnotenie úrovne podľa dočasných noriem ISO IWA]. Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security [Dobrovoľné usmernenia na podporu progresívneho uplatňovania práva na primeranú výživu v kontexte národnej potravinovej bezpečnosti]. Committee on World Food Security, 2005.

Potravinová pomoc

Guide to Personal Data Protection and Privacy [Sprievodca na ochranu osobných údajov a súkromia]. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming [Programovanie integrovanej ochrany a potravinovej pomoci]. ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme [NutVal 2006 verzia 2.2: Aplikácia plánovania, výpočtu a monitorovania programu potravinovej pomoci]. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity [Ochrana v praxi: Bezpečnosť a dôstojnosť potravinovej pomoci]. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger [Revolúcia: od potravinovej pomoci k potravinovej podpore – inovácie v prekonávaní hladu]. WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

Zásahy do osiva

Seed System Security Assessment (SSSA) [Hodnotenie bezpečnosti systému osiva (SSSA)]. CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook [Osivo v núdzových situáciách: Technická príručka]. FAO, 2010. www.fao.org

Trhy a hotovostná pomoc (CBA)

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual [Príručka k poskytovaniu hotovosti a poukážok]. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines [Elektronické prevody v núdzových situáciách: Pokyny na podporu implementácie]. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers [Nové osvedčené postupy pri používaní poukážok na čerstvé potraviny]. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Usmernenia pre integráciu intervencií rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti] IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Rod

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Usmernenia pre integráciu intervencií rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti] IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists [Výskum násillia páchaného na ženách: Praktická príručka pre výskumníkov a aktivistov] WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Ludia so zdravotným postihnutím

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet [Začleňovanie detí so zdravotným postihnutím pri humanitárnej činnosti, brožúra Výživa]. UNICEF. <http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability [Modul o fungovaní a zdravotnom postihnutí dieťaťa]. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

Živobytie

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis [CLARA: Skupinové živobytie a analýza rizika]. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets [Pokyny pre trvalo udržateľné živobytie]. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

Životné prostredie

Flash Environmental Assessment Tool [Nástroj na bleskové environmentálne hodnotenie]. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy [Príručka o bezpečnom prístupe k palivovému drevu a alternatívnej energii]. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Integrovaná klasifikácia fázy potravinovej bezpečnosti (IPC) 2018 – Technická príručka verzia 3]. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs [Tepló, svetlo a energia pre utečencov: záchrana životov, zníženie nákladov]*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative [Iniciatíva pre energiu v pohybe]. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Ďalšie zdroje

Počiatkové hodnotenie

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition [Spoločná hodnotiacia misia (JAM): Smernice druhé vydanie]. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool [Viacsektorový nástroj počiatkového rýchleho hodnotenia (MIRA)]. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) [Technická príručka pre spoločný prístup k hodnoteniu výživy a potravinovej bezpečnosti (JANFSA)] WFP and UNICEF, 2016.

Hodnotenie potravinovej bezpečnosti

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis [Alternatívne návrhy vytvárania vzoriek pre núdzové situácie: Príručka pre plánovanie prieskumu, zber údajov a analýzu]. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification [Porovnanie ukazovateľov spotreby potravín v domácnostiach s cieľom informovať o klasifikácii fázy akútnej potravinovej neistoty]. FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines [Usmernenia pre hodnotiace misie poľnohospodárskej a potravinovej bezpečnosti (CFSAM)]. FAO and WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines [Usmernenia o komplexnej potravinovej bezpečnosti a analýze zraniteľnosti (CFSVA)]. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition [Príručka na hodnotenie núdzovej potravinovej bezpečnosti (EFSA) – druhé vydanie]. WFP, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners [Hodnotenie zabezpečenia živobytia domácností: Súbor nástrojov pre odborníkov z praxe]. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide [Sprievodca hodnotením zraniteľnosti a schopností] IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers [Prístup ekonomiky domácností: Príručka na plánovanie programov a tvorcov politik]. Save the Children, 2008.

Hodnotenie bezpečnosti osiva

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems [Potrebujú farmári osivo v rámci humanitárnej pomoci? Metodika hodnotenia systémov osiva]. Disasters, NCBI, 2002.*

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security [Keď dôjde ku katastrofe: Sprievodca posúdením bezpečnosti systému osiva]. International Center for Tropical Agriculture, 2008.*



Hodnotenie živybytia

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability* [Kritický prehľad prístupov k hodnoteniu a monitorovaniu živybytia v situáciách chronického konfliktu a politickej nestability]. ODI, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1 [Schéma o úlohách a zodpovednostiach agentúry za zabezpečenie koordinovanej, viacsektorovej palivovej stratégie v humanitárnych podmienkach. Verzia 1.1.]. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

Trhy

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report*, HPG background paper [Poučenie z hotovostných reakcií na cunami: Záverečná správa, HPG podkladová štúdia]. HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis [Hotovosť, miestny nákup a/alebo dovezená potravinová pomoc? Informácie o trhu a analýza reakcie na potravinovú neistotu]. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies* [Programovanie hotovostných platieb v núdzových situáciách]. Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies [Doručovanie peňazí: Mechanizmy hotovostných platieb v núdzových situáciách]. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies*, HPG background paper [Hotovosť a poukážky v prípade núdze, HPG podkladová štúdia]. ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers [Implementácia hotovostných intervencií: Príručka pre humanitárnych pracovníkov]. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálny štandard pre analýzu trhu (MISMA)]. CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit* [Súbor nástrojov na mapovanie a analýzu núdzového trhu (EMMA)]. Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance [Usmernenie pre viacsektorové počítačové rýchle hodnotenie (MIRA)]. IASC, 2015.

Spotreba potravín

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet [Analýza spotreby potravín: Výpočet a použitie ukazovateľa spotreby potravín v analýze potravinovej bezpečnosti. Technický návod]. WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS) [Ukazovateľ diverzity stravy v domácnosti]. Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications [Referenčné publikácie o príjme živín (RNI)]. WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Participatívne metodiky

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook [Príručka o klimatickej zraniteľnosti a analýzach kapacity]. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA) [Posúdenie rizika a adaptácie na klimatické zmeny a degradáciu životného prostredia (CEDRA)]. Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers [Ako urobiť hodnotenie zraniteľnosti a kapacity (VCA), podrobný sprievodca pre zamestnancov a dobrovoľníkov Červeného kríža a Červeného polmesiaca]. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis [Participatívna analýza zraniteľnosti]. ActionAid, 2004.

Informačné systémy výživy a potravinovej bezpečnosti

Famine Early Warning Systems Network [Sieť systémov včasného varovania proti hladomoru]. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) [Informačné a mapovacie systémy potravinovej neistoty a zraniteľnosti (FIVIMS)]. FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture [Globálny informačný systém a systém včasného varovania o potravinách a poľnohospodárstve]. FAO. www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1 [Integrovaná klasifikácia fázy potravinovej bezpečnosti, Technická príručka. Verzia 1.1.]. IPC Global partners and FAO, 2008. www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2 [Využitie nutričných indikátorov v systémoch dohľadu, Technická štúdia 2].* ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>

Antropometrické hodnotenie

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality [Príručka: Meranie a interpretácia podvýživy a úmrtnosti]. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49 – 51 [Hodnotenie podvýživy dospelých v núdzových situáciách. Správa pracovnej skupiny SCN z osobitnej schôdze pre mimoriadne situácie, s. 49 – 51]. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.



Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: *Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations [Dospelí: Hodnotenie nutričného stavu v populáciách zasiahnutých núdzovými situáciami]*. ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers [Hodnotenie núdzovej výživy a poradenstvo pre terénnych pracovníkov]. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers [Význam a meranie akútnej podvýživy v núdzových situáciách: základ pre prijímateľov rozhodnutí]*. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

Hodnotenie mikroživín

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations [Indikátory a metódy prierezových prieskumov stavu vitamínov a minerálov v populáciách]*. Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Hodnotenie kŕmenia dojčiat a malých detí

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide [Postupy pri kŕmení dojčiat a malých detí, zhromažďovanie a používanie údajov: Podrobný sprievodca]. CARE, 2010. www.enonline.net/resources

Kŕmenie dojčiat a malých detí

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant [Príručka o priestoroch vhodných pre deti, kapitola 4 Kŕmenie nedojčeného dieťaťa]. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming [ECHO Kŕmenie dojčiat a malých detí v núdzových situáciách: Návod na plánovanie]. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Globálna stratégia kŕmenia dojčiat a malých detí]. UNICEF and WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations [Usmernenie o kŕmení dojčiat a ľudí s HIV v kontexte utečencov a vysídlených populácií]. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies [Hlavné zásady kŕmenia dojčiat a malých detí počas núdzových situácií]. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief [Globálne ciele v oblasti výživy do roku 2025, Stručný prehľad o politike dojčenia]. WHO/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence [HIV a kŕmenie dojčiat: Zásady a odporúčania pre kŕmenie dojčiat v kontexte HIV a súhrn dôkazov]. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE [IFE Modul 1: Orientačný balík pre IFE]. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices [Ukazovatele na hodnotenie postupov kŕmenia dojčiat a malých detí]. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0 – 23 months and the Annex [Postupy pri kŕmení dojčiat a malých detí: Štandardné operačné postupy pre manipuláciu s náhradami materského mlieka u detí utečencov vo veku 0 – 23 mesiacov a Príloha]. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations [Modul 2 o kŕmení dojčiat v núdzových situáciách pre zdravotníckych a výživových pracovníkov v núdzových situáciách]. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media [Ochrana dojčiat v núdzových situáciách, Informácie pre médiá]. IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011 [Programová príručka UNICEF o kŕmení dojčiat a malých detí 2011]. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Všeobecná potravinová bezpečnosť

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role [Potravinová pomoc po päťdesiatich rokoch: Prepracovanie jej úlohy].* Routledge, New York, 2005. <https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies [Potravinové a nutričné potreby v núdzových situáciách]. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution [Séria príručiek potravinovej pomoci, Všeobecná distribúcia]. World Vision International, 2017.

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1 – 4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition [Usmernenia pre intervencie rodovo podmieneného násillia v humanitárnych podmienkach – Zameranie na prevenciu a reakciu na sexuálne násillie v núdzových situáciách, kapitoly 1 – 4, akčný list 6.1 Potravinová bezpečnosť a výživa]. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action [Minimálne štandardy pre ochranu detí pri humanitárnej činnosti]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10 [Núdzové zásahy do potravinovej bezpečnosti, prehľad osvedčených postupov č. 10].* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34 [Právo na primeranú výživu: informačný list č.34]. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf



Zacielenie a distribúcia potravín

Catalogue and Standard Operating Procedures [Katalóg a štandardné operačné postupy]. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control [Kontrola kvality potravín]. WFP, 2010.
<http://foodqualityandsafety.wfp.org/>

Food Storage Manual [Návod na skladovanie potravín]. Natural Resources Institute and WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition [Hlavná príručka pre potravinovú pomoc, tretie vydanie]. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide [Potravinová pomoc v kontexte HIV: Príručka na navrhovanie dávok]. WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook [Príručka riadenia potravinových zdrojov]. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3 [Všeobecná distribúcia potravín v núdzových situáciách: od výživových potrieb až po politické priority, prehľad osvedčených postupov 3].* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide [Operačná príručka pre logistiku]. WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards [Štandardy kvality školského stravovania]. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies [Zameranie v núdzových situáciách]. WFP, 2006.

UNHCR Handbook for Registration [Príručka UNHCR pre registráciu]. UNHCR, 2003.

Zásahy do osiva

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa [Poukážky na osivo a veľtrhy: Manuál pre obnovu osivového poľnohospodárstva v Afrike]. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10 [Osivová pomoc pre bezpečnosť osiva: rady pre odborníkov, stručné informácie 1 – 10].* International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Všeobecné príručky o výžive v núdzových situáciách

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations [Súbor nástrojov na riešenie výživy v núdzových situáciách]. IASC, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies [Potravinové a nutričné potreby v núdzových situáciách]. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook [Príručka pre potraviny a výživu]. WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies [Pokyny pre selektívnu výživu, manažment podvýživy v núdzových situáciách]. UNHCR and WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP) [Harmonizovaný školiaci balík (HTP)]. IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications* [Technická informačná štúdia: Vzťah medzi chudnutím a zakrpatením, postup, programovanie a dôsledky výskumu]. ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies [Mierne ťažká akútna podvýživa: rozhodovací nástroj pre núdzové situácie]. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations* [Hodnotenie a liečba podvýživy v núdzových situáciách]. ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies [Manažment výživy v závažných núdzových situáciách]. WHO, 2000.

Zraniteľní ľudia

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action [Riešenie výživových potrieb starších ľudí v núdzových situáciách v Afrike: Nápady na aktivity]. HelpAge International, 2001. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf>

Food Assistance Programming in the Context of HIV [Programovanie potravinovej pomoci v kontexte HIV]. FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS [Dobrý život s HIV a AIDS. Manuál o výživovej starostlivosti a podpore pre ľudí žijúcich s HIV a AIDS]. FAO and WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis [Starší ľudia v kontexte katastrof a humanitárnej krízy]. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities [Ženy, dievčatá, chlapci a muži: rôzne potreby – rovnaké príležitosti]. IASC, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children* [Praktický manažment problémov s jedením a pitím u detí]. Winslow Press, 1994.

Liečba akútnej podvýživy

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual [Komunitná terapeutická starostlivosť (CTC): Terénna príručka]. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition [Komunitný manažment ťažkej akútnej podvýživy]. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM [Integrácia podpory IYCF do CMAM]. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes [Správa MAMI, technická revízia: Aktuálne dôkazy, zásady, postupy a výsledky programu]. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers [Manažment ťažkej podvýživy: Manuál pre lekárov a iných starších zdravotníckych pracovníkov]. WHO, 1999.



Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies [Meranie účinnosti SFP v núdzových situáciách]*. HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package [Minimálny balík prehľadov doplnkovej výživy]*. HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition [Školiaca príručka pre komunitný manažment akútnej podvýživy]. FANTA, 2008.

Nedostatok mikroživín

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies [Hlavné zásady používania viacerých vitamínových a minerálnych prípravkov v núdzových situáciách]. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers [Anémia spôsobená nedostatkom železa: hodnotenie, prevencia a kontrola. Príručka pre programových manažérov]. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Pelagra a jej prevencia a kontrola v závažných núdzových situáciách]. WHO, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions [Hodnotenie nedostatkov mikroživín v núdzových situáciách: súčasná prax a budúce smerovanie]*. UN Standing Committee on Nutrition, 2007. <https://www.enonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Skorbut a jeho prevencia a kontrola v závažných núdzových situáciách]. WHO, 1999.

Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Nedostatok tiamínu a jeho prevencia a kontrola v závažných núdzových situáciách]. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia, Second Edition [Doplňky vitamínu A: Sprievodca ich použitím pri liečbe a prevencii nedostatku vitamínu A a xeroptalmie, druhé vydanie]. WHO, 1997.



Prístrešie a osídlenie



Humanitárna
charta



Zásady
ochrany



Základná
humanitárna
norma



Prístrešie a osídlenie

Plánovanie	Plánovanie polohy a osídlenia	Životný priestor	Výbava domácnosti	Technická pomoc	Istota bývania	Udržateľnosť životného prostredia
ŠTANDARD 1 Plánovanie	ŠTANDARD 2 Plánovanie polohy a osídlenia	ŠTANDARD 3 Životný priestor	ŠTANDARD 4 Výbava domácnosti	ŠTANDARD 5 Technická pomoc	ŠTANDARD 6 Istota bývania	ŠTANDARD 7 Udržateľnosť životného prostredia

PRÍLOHA 1. Kontrolný zoznam pri hodnotení prístrešia a osídlenia

PRÍLOHA 2. Opis možností osídlenia

PRÍLOHA 3. Ďalšie charakteristiky možností osídlenia

PRÍLOHA 4. Možnosti pomoci

PRÍLOHA 5. Možnosti realizácie

PRÍLOHA 6. Potenciálne možnosti pomoci a realizácie spojené s možnosťami osídlenia (online)

Obsah

Hlavné koncepcie v oblasti prístrešia a osídlenia.....	246
Štandardy Prístrešie a osídlenie:	
1. Plánovanie.....	252
2. Plánovanie polohy a osídlenia	255
3. Životný priestor.....	260
4. Výbava domácnosti.....	264
5. Technická pomoc	268
6. Istota bývania	272
7. Udržateľnosť životného prostredia.....	276
Príloha 1: Kontrolný zoznam pri hodnotení prístrešia a osídlenia	280
Príloha 2: Opis možností osídlenia.....	284
Príloha 3: Ďalšie charakteristiky možností osídlenia.....	286
Príloha 4: Možnosti pomoci.....	288
Príloha 5: Možnosti realizácie.....	291
Príloha 6: Potenciálne možnosti pomoci a realizácie spojené s možnosťami osídlenia (online)	
Citácie a ďalšie zdroje.....	295



Hlavné koncepcie v oblasti prístrešia a osídlenia

Každý má právo na primerané bývanie

Minimálne štandardy Sphere pre prístrešie a osídlenie sú praktickým vyjadrením práva na primerané bývanie v humanitárnom kontexte. Štandardy vychádzajú z presvedčení, zásad, povinností a širších práv deklarovaných v Humanitárnej charte. Patrí medzi ne právo na dôstojný život, právo na ochranu a bezpečnosť a právo na humanitárnu pomoc.

Zoznam kľúčových právnych a strategických dokumentov, z ktorých Humanitárna charta vychádza, vrátane vysvetľujúcich poznámok pre humanitárnych pracovníkov [⊕ si pozrite v Prílohe 1.](#)

Prístrešie a osídlenie navzájom súvisí a musí sa posudzovať ako celok. „Prístrešie“ je domáci obytný priestor, ktorý zahŕňa veci potrebné na každodenné činnosti. „Osídlenie“ je širšie chápané miesto, kde žijú ľudia a komunita.

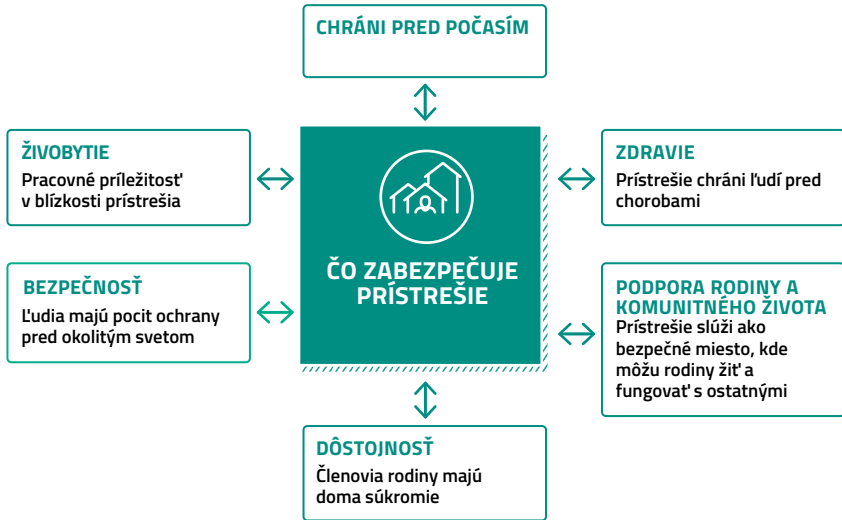
Cieľom humanitárnych reakcií v oblasti prístrešia a osídlenia je zaistiť bezpečné prostredie na život

Včasná podpora v oblasti prístrešia a osídlenia môže v prvotných fázach krízy zachraňovať životy. Okrem ochrany pred počasím je prístrešie nevyhnutné aj na podporu zdravia, rodinného a komunitného života a na zaistenie dôstojnosti, bezpečnosti a prístupu k živobytiu. [⊕ Pozri obrázok 8 nižšie.](#)

Priemerná doba, počas ktorej ľudia žijú ako vysídlené osoby, sa v posledných rokoch zvyšuje. Ak vysídlenie trvá roky či dokonca desaťročia, veľký význam má konkrétna poloha prístreší a osídlení, ako aj plánovanie štvrtí a komunít, v ktorých sa nachádzajú, a to aj z hľadiska podpory obnovy a dôstojnosti ľudí zasiahnutých krízou.

Pomoc v oblasti prístrešia a osídlenia by mala podporovať existujúce silné stránky zasiahnutých domácností, komunít, občianskej spoločnosti a vlády a nadväzovať na ne. Tým sa zvyšuje šanca na rozvoj lokalizovaných stratégií, ktoré budú podporovať samosprávu a sebestačnosť zasiahnutých osôb. Pocity bezpečnosti, komunita a sociálna súdržnosť sú rozhodujúcimi prvkami na začiatku procesu obnovy.

Možnosti reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia sa neobmedzujú len na poskytnutie nástrojov a materiálu či na vybudovanie prístrešia. Zahŕňajú aj poskytovanie podpory na zabezpečenie pozemku a získanie potrieb pre prístrešie, bývanie či domácnosť. Súčasťou toho je aj technická pomoc a zabezpečenie kvality, čo môže povzbudiť a mobilizovať zasiahnuté obyvateľstvo, aby boli stavby lepšie a bezpečnejšie. Mimoriadny význam má znalosť vnútroštátneho právneho rámca pre pozemky a nehnuteľnosti. Rovnako dôležitá je znalosť vnútroštátnych právnych predpisov v oblasti utečeneckého práva a postupov určenia ich právneho postavenia.



Čo zabezpečuje prístrešie (Obrázok 8)

Niektoré funkcie vhodného núdzového prístrešia. Programy bývania by mali podporovať rodiny pri napĺňaní týchto potrieb.

Bez ohľadu na formu poskytovanej podpory je dôležité vždy rešpektovať existujúce komunitné štruktúry a presadzovať sociálnu súdržnosť.

Jednotlivé domácnosti a komunity budú vyžadovať rôzne úrovne a typy podpory. Istota bývania a primeraná dokumentácia o občianskom stave sú základné požiadavky na prístup k bezpečnému prístrešiu. Pri konfliktoch alebo v situáciách, kde existujú nevyriešené otázky v súvislosti s držbou pôdy, však môže byť podpora v oblasti prístrešia mimoriadne komplexná. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 6: Istota bývania.*

Pri plánovaní osídlení je čoraz nutnejšie uvažovať o dlhodobom vysídlení a obnove. Vysídlenie môže vytvárať tlak na existujúce často obmedzené zdroje a spôsobovať napätie vo vzťahu k hostiteľskej komunite. Kvalitné plánovanie zahŕňa porozumenie a predchádzanie negatívnym dopadom na životné prostredie a ich zmierňovanie. Ak sa nezohľadnia otázky životného prostredia, programy v oblasti prístrešia a osídlenia môžu byť neefektívne, pretože krátkodobé výsledky môžu spôsobiť nové problémy vyžadujúce ďalšie investície. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Humanitárne reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia v mestskom prostredí si vyžadujú špecifickú odbornosť

Pomoc ľuďom v mestských oblastiach môže byť zložitá kvôli vysokej hustote osídlenia, potrebám z hľadiska infraštruktúry, vládnym predpisom a sociálnej rozmanitosti v rámci komunity. Počas krízy aj po nej môže byť náročné komunikovať s neustále sa presúvajúcimi ľuďmi a pomáhať im, najmä pokiaľ ide o hľadanie dostatočne



veľkého obytného priestoru. Ak ide o technicky zložitú infraštruktúru (ako sú výškové budovy), humanitárne organizácie musia pracovať s komplexnými nájomnými zmluvami zahŕňajúcimi viacero vlastníkov, nájomcov či neoficiálnych rezidentov.

Práca v mestskom prostredí si vyžaduje odbornosť pri plánovaní a navrhovaní, ako aj znalosti o právach, predpisoch, zákonoch a pravidlách ohľadne bývania, pozemkov a nehnuteľností. Rozhodujúce je dokonalé pochopenie miestneho realitného a finančného trhu. Pripravte sa na zapojenie občianskej spoločnosti a súkromného sektora. Súkromný sektor môže zohrať významnú rolu pri vytváraní udržateľných trhových riešení. Reakcie musia vychádzať z miestnych noriem a služieb a nesmú vytvárať paralelné štruktúry. Holistická reakcia na úrovni osídlenia, štvrte alebo oblasti bude mať väčšiu šancu stať sa udržateľným prínosom k zlepšeniu situácie zasiahnutého obyvateľstva v mestských oblastiach. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Je nutné uvažovať o rôznych pokrízových možnostiach osídlenia

Odpoveď na otázku, kde a ako budú zasiahnuté osoby hľadať prístrešie, sa bude líšiť v závislosti od ich schopnosti zostať na jednom mieste alebo potreby sa presunúť. Systematické zohľadňovanie pokrízového kontextu je prvým krokom pri plánovaní možnosti pomoci v oblasti prístrešia a osídlenia. Dôležité je porozumieť rôznym prístupom, ktoré môžu byť vhodné pre vysídlených ľudí, ľudí priamo zasiahnutých krízou, ale nevysídlených, alebo ľudí nepriamo zasiahnutých krízou. ⊕ *Pozri obrázok 9 nižšie.*

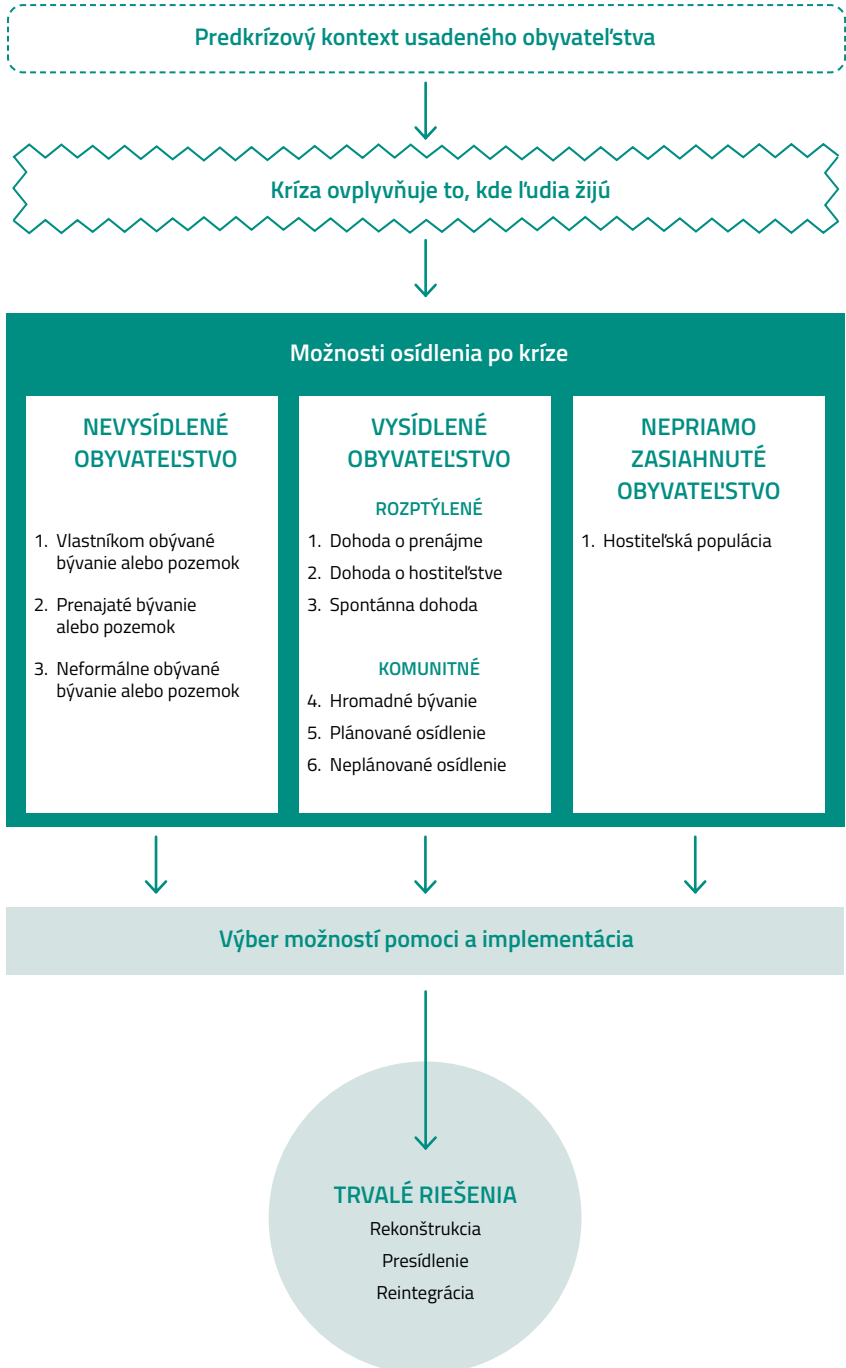
Ak to podmienky dovoľia, ľudia sa môžu rozhodnúť zostať bývať na pôvodnom mieste, ktoré vlastní, prípadne môžu využiť prenajaté alebo neformálne obývané ubytovanie či pôdu. Podpora nevysídlených domácností môže zahŕňať opravu alebo rekonštrukciu existujúceho obydla.

Vysídlené obyvateľstvo sa môže rozptýliť na miestnej úrovni, môže sa sťahovať na iné miesto v krajine trvalého pobytu alebo prejsť cez medzinárodné hranice. V takýchto situáciách si budú ľudia zrejme ubytovanie prenajímať, nájdu si ubytovanie sami alebo ich ubytujú iní ľudia. Niektoré vysídlené domácnosti sa môžu rozhodnúť zoskupiť sa v spoločnom ubytovaní alebo plánovanom osídlení, prípadne si nájdu prístrešie v neplánovanom osídlení.

Porozumenie kríze prostredníctvom týchto osídľovacích scenárov pomôže pri plánovaní stratégií pomoci. To zahŕňa výber najúčinnějších a najvhodnejších typov pomoci podľa špecifických kategórií zasiahnutého obyvateľstva a výber spôsobov poskytovania pomoci. Malo by to prispieť k postupnej obnove a ideálne k dosiahnutiu trvalého riešenia. Štandardy a dodatky v tejto kapitole sa riadia touto logikou a majú sa používať spoločne. ⊕ *Pozri Prílohu 2: Popis scenárov osídlenia a Prílohu 3: Ďalšie charakteristiky možností osídlenia.*

Minimálne štandardy by sa nemali uplatňovať izolovane

Minimálne štandardy v tejto kapitole odzrkadľujú kľúčový obsah práva na primerané prístrešie a prispievajú k jeho postupnému uplatňovaniu na celom svete.



Možnosti osídlenia po kríze (Obrázok 9)

Právo na primerané prístrešie je spojené s právom na vodu a sanitáciu, potraviny a zdravie. Pokrok pri zaručovaní Minimálnych štandardov Sphere v jednej oblasti ovplyvňuje pokrok v iných oblastiach. Aby reakcia bola účinná, vyžaduje sa úzka koordinácia a spolupráca s ďalšími sektormi. Koordinácia s miestnymi orgánmi a ďalšími zodpovednými úradmi pomáha zabezpečiť uspokojenie potrieb, nezdvojovanie úsilia a optimalizovanie kvality potravinovej bezpečnosti a výživovej pomoci. Krížové odkazy v príručke poukazujú na potenciálne prepojenia.

Dostatočné zariadenia na zásobovanie vodou a sanitáciu v osídleniach sú nevyhnutné napríklad na zabezpečenie zdravia a dôstojnosti zasiahnutého obyvateľstva. Základné potreby na varenie a jedenie a palivo na varenie umožňujú ľuďom využívať potravinovú pomoc a dodržiavať výživové požiadavky.

Ak sú vnútroštátne štandardy nižšie ako Minimálne štandardy Sphere, humanitárne organizácie by mali spolupracovať s vládou na ich postupnom zvyšovaní.

Medzinárodné právo osobitne chráni právo na primerané prístrešie

Právo na prístup k primeranému bývaniu je chránené medzinárodným právom. Je to právo žiť niekde bezpečne, v mieri a dôstojne. Toto právo obsahuje slobody, ako je právo na výber bydliska, a nároky, ako je istota bývania. Zakotvuje aj zásady ochrany, ako je ochrana pred núteným vystavovaním. Štáty sú povinné zabezpečiť toto právo, ak jednotlivci alebo skupiny vrátane utečencov a vnútorne vysídlených osôb nemajú prístup k primeranému bývaniu, a to aj v prípade krízy. ⊕ *Pozri Prílohu 1: Právny základ projektu Sphere.*

Koncepcia „primeranosti“ znamená, že bývanie je viac než len štyri steny a strecha. Pri humanitárnych reakciách ohľadne prístrešia zdôrazňuje význam širšieho vnímania osídlenia, kultúrnej identity a dostupnosti služieb. „Primerané“ bývanie alebo iné formy prístrešia by mali poskytovať istotu bývania a mali by byť:

- cenovo dostupné, aby umožňovali domácnosti dosiahnuť na ďalšie základné tovary a služby umožňujúce žiť dôstojne,
- dali sa obývať, aby zaisťovali fyzické bezpečie, chránený a primeraný obytný priestor, prístup k bezpečnej pitnej vode, primerané zariadenia na vodu, sanitáciu a hygienu (WASH) a miesto na prípravu a skladovanie potravín,
- kultúrne prijateľné,
- prístupné a použiteľné, a to aj osobami s obmedzenou mobilitou, a
- mali by byť na miestach s prístupom k možnostiam obstarat' si živobytie a základným komunitným službám.

Odkazy na Zásady ochrany a Základnú humanitárnu normu

V krízach sa môžu zhoršovať už jestvujúce nerovnosti. Preto je dôležité ponúkať nestrannú pomoc s ohľadom na kontext, a to najmä ľuďom, ktorí majú najnižšiu schopnosť dostať sa z krízy sami. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany 2.*

Niektorí ľudia môžu mať ťažkosti s prístupom k pomoci v oblasti prístrešia a osídlenia na základe fyzických, kultúrnych, ekonomických a sociálnych prekážok. Aby ste ich dokázali pochopiť a mohli na ne reagovať, dávajte pozor na tieto aspekty:

- **právne postavenie jednotlivcov** (napríklad utečenec, vnútorne vysídlená osoba, človek bez štátnej príslušnosti, migrant, žiadateľ o azyl, človek bez domova alebo pôdy a ďalšie osoby zbavené občianskych slobôd a prístupu k verejným službám alebo sieťam sociálneho zabezpečenia),
- **ľudia čeliaci jedinečným rizikám z hľadiska ochrany a skupiny osobitne ohrozené diskrimináciou a sociálnym vylúčením** z dôvodu:
 - svojho etnického pôvodu, národnosti, kasty, príslušnosti k pôvodnému obyvateľstvu alebo náboženskej či politickej príslušnosti,
 - vlastníckej situácie, postavenia vysídlenej osoby, postavenia neoficiálneho rezidenta alebo postavenia nájomcu,
 - ťažko dostupného obydli, ktoré sa nachádza v rizikovej či nebezpečnej oblasti, v mestských osídleniach alebo neoficiálnych osídleniach a
 - zraniteľnosti a postavenia v spoločnosti. ⊕ *Pozri Čo je Sphere a Zásady ochrany.*

Pomáhajúci pracovníci by mali mať vedomosti o ochrane dieťaťa a mali by poznať spôsoby používania systémov odkazovania pri podozrení, že ide o prípady násillia, zneužívania alebo vykorisťovania, vrátane násillia, zneužívania alebo vykorisťovania detí.

Pri uplatňovaní minimálnych štandardov by sa malo dodržiavať všetkých deväť záväzkov Základnej humanitárnej normy ako základ programu v oblasti prístrešia a osídlenia postaveného na zodpovednosti.



1. Plánovanie

Na dosiahnutie optimálnej reakcie na regionálnej, celoštátnej a komunitnej úrovni, ako aj v rámci jednotlivých agentúr, je kľúčové plánovanie. Porozumenie predkrízovému a pokrízovému kontextu umožňuje vyhodnotenie priameho a nepriameho dopadu krízy na životné podmienky ľudí a všetkých sociálnych, hospodárskych a politických dôsledkov. Základom dobre naplánovanej a koordinovanej humanitarnej reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia je stanovenie potrieb a nadväzujúce navrhnutie vhodných možností reakcie.

Štandard Prístrešia a osídlenie 1: Plánovanie

Zásahy v oblasti prístrešia a osídlenia sú dobre naplánované a koordinované tak, aby prispievali k bezpečiu a blahu zasiahnutých osôb a podporovali obnovu.

Kľúčové kroky

- 1 Spolupracujte so zasiahnutým obyvateľstvom a s vnútroštátnymi a miestnymi orgánmi s cieľom vyhodnotiť potreby a možnosti v oblasti prístrešia a osídlenia.
 - Vyhodnotte zmeny oproti predkrízovému kontextu, identifikujte okamžité potreby a možnosti pre vysídlené a nevysídlené obyvateľstvo a zohľadnite prípadné osobitné potreby ohrozených skupín.
 - Identifikujte dostupnosť pozemkov, budov, bytov a izieb na miestnom trhu s nájomným bývaním a pozemkami, ktoré sa dajú obývať alebo osídliť.
- 2 V spolupráci so zainteresovanými stranami identifikujte najúčinnnejšie a najvhodnejšie možnosti pomoci a spôsoby jej poskytovania.
- 3 Vypracujte plán pre prístrešie a osídlenie v koordinácii s príslušnými orgánmi a zasiahnutou komunitou.
 - Poskytujte pomoc prispôbenú potrebám a preferenciám zasiahnutého obyvateľstva a orgánov.
 - Optimalizujte nákladovú efektívnosť, technickú kvalitu, rýchlosť a načasovanie, rozsah realizácie a replikovateľnosť.

Kľúčové ukazovatele

Plán pre prístrešie a osídlenie uspokojuje základné potreby cieľového obyvateľstva a bol schválený spolu s obyvateľstvom a príslušnými orgánmi

Percento zasiahnutých osôb, ktoré udávajú, že pomoc v oblasti prístrešia a osídlenia zodpovedá ich potrebám a prioritám a prispieva k dosiahnutiu trvalejšieho riešenia

Pokyny

Hodnotenie: Počas hodnotenia preskúmajte zmeny v podmienkach prístrešia a osídlenia po kríze a od začiatku zahrňte možné riziká z hľadiska ochrany. Môže sem patriť vnímanie zo strany hostiteľskej komunity, riziká spojené s prístupom k osídleniu, bezpečný prístup k službám alebo riziká vyhostenia.

Zohľadnite priamy a nepriamy dopad krízy na životné podmienky ľudí vrátane sociálnych, ekonomických a politických následkov.

Kríza ľudí ovplyvňuje rôzne, takže rôzni ľudia budú potrebovať odlišné prístrešie a osídlenie. Pracujte so skupinami, ktoré môžu čeliť osobitným prekážkam pri prístupe k prístrešiu, ako sú osoby so zdravotným postihnutím, domácnosti vedené ženou, starší ľudia alebo etnické a jazykové menšiny. ⊕ *Pozri Prílohu 1: Kontrolný zoznam hodnotenia prístrešia a osídlenia, zásadu ochrany 2 a záväzok Základnej humanitárnej normy 4.*

Možnosti pomoci a realizácie: Vyberte najúčinnější možnosti na základe kontextu, kapacity, dostupných prostriedkov, scenára osídlenia a fázy reakcie. Medzi ďalšie faktory, o ktorých je nutné uvažovať, patrí miesto, typ bývania (vrátane miestnych stavebných techník), vlastníctvo pôdy a trhové a právne rámce. Pokiaľ možno uprednostňujte podporu návratu ľudí do pôvodných obydľí (alebo na miesto ich obydľia). Pomáhajte tým, ktorí sa nemôžu alebo nechcú vrátiť do pôvodných obydľí, aby mali prístup k možnostiam prispôsobeným ich potrebám. ⊕ *Pozri Prílohy 2 až 6.*

Definujte harmonogram plnenia bezprostredných potrieb s ohľadom na efektívnosť, technickú kvalitu, rozsah realizácie, možnosti v teréne a replikovateľnosť. Hľadajte možné zlepšenia dlhodobej obnovy komunít a ich odolnosti voči budúcim krízam.

Uvažujte o rôznych spôsoboch realizovania zvolených možností. a to prostredníctvom kombinácie:

- finančnej podpory,
- materiálnej pomoci,
- zmluvnej práce/práce na objednávku,
- technickej pomoci/podpory v oblasti zabezpečenia kvality a
- budovania kapacít.

Kombináciu týchto možností pravidelne s meniacou sa situáciou prehodnocujte a prispôsobujte.

Vysídlení ľudia: Vysídlení ľudia okrem bezprostrednej potreby prístrešia potrebujú aj osobitnú pomoc, aby sa mohli informovane rozhodnúť o dostupných riešeniach ohľadom prístrešia. Medzi príklady podpory patria informácie o tom, či a kedy sa vrátia domov, ako sa majú integrovať v mieste vysídlenia alebo či sa majú presunúť na iné miesto.

Nevyšídlené domácnosti budú potrebovať pomoc, aby sa vrátili k pôvodným životným podmienkam, a mali by dostať primeranú pomoc spojenú s prístreším. Ak bude rekonštrukcia trvať dlhšie alebo ak ľudia nie sú v bezpečí, hľadajte dočasné možnosti,



ako je pomoc hostiteľskej rodiny, pomoc s prenájmom alebo dočasný či prechodný prístrešok. Ak sa následkom krízy zmenilo prostredie z hľadiska bezpečnosti a ochrany, môže byť potrebné presídlenie.

Hostiteľské komunity takisto pociťujú následky krízy, pretože sa delia o verejný a súkromný priestor. To zahŕňa delenie o služby, ako sú zdravotné strediská a školy, alebo pôsobenie ako hostiteľská rodina. Môže dochádzať k skutočnej alebo domnej konkurenčnej súťaži s vysídlenými ľuďmi o pracovné miesta, služby, infraštruktúru a zdroje. V rámci riešení sa musí uvažovať o spravodlivej a cielenej podpore, ktorá nevytvára dodatočné riziká ani hrozby v komunite. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany 1.*

Analýza trhu: Z hľadiska zaistenia kvalitnej reakcie v oblasti prístrešia je kľúčové pochopiť okolité trhy na miestnej, regionálnej a celoštátnej úrovni. Tým sa zhromaždia informácie o možnostiach prístrešia vrátane informácií o prenájme a ďalších službách súvisiacich s osídlením. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov, Príručku MISMA a Príručku MERS.*

Odstraňovanie trosiek: Opatrenia na nakladanie s troskami začnite realizovať bezprostredne po kríze. Trosky možno opakovane využiť, recyklovať alebo oddeliť na účely triedenia, zberu alebo spracovania. Tieto aktivity môžu predstavovať príležitosť na zavedenie programov hotovosti za prácu. Medzi hlavné problémy patrí prítomnosť ľudských tel, stavebne nebezpečné miesta a nebezpečné materiály. Odstraňovanie trosiek si môže vyžadovať špecializované poznatky a vybavenie, takže sa musí plánovať so špecialistami z ďalších sektorov. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 7: Udržateľnosť životného prostredia, štandardy Zdravie a štandardy WASH.*

Možnosti živobytia: Pri určovaní možností osídlenia je podstatné, aké živobytie mali ľudia pred krízou a aké sú príležitosti po kríze. Dostupnosť pôdy, bezpečný prístup k obrábaniu pôdy a pastvinám, prístup na trhy a prístup k možnostiam zamestnania môžu mať vplyv na to, kde sa ľudia rozhodnú žiť, hoci len dočasne. ⊕ *Pozri Potravinová bezpečnosť a výživa – štandardy Živobytie 7.1 a 7.2, Príručku LEGS a Príručku MERS.*

Návrat: Hlavným cieľom väčšiny ľudí zasiahnutých krízou je návrat do svojej krajiny a obydľí. Zasiahnutí ľudia by mali byť schopní určiť potrebu opravy obydľí alebo renovácie prístreší. Návrat môže podporiť komunitné stratégie zvládania situácie a pomôcť zachovať zavedené formy a infraštruktúru osídlenia. Dôležitá je aj oprava alebo rekonštrukcia komunitnej infraštruktúry, ako sú školy, vodné systémy, kliniky alebo trhy, aby sa vysídlení ľudia mohli vrátiť. Niektoré okolnosti môžu návratu brániť alebo ho oddialiť, napríklad obavy o bezpečnosť, prítomnosť ozbrojených síl v nehnuteľnostiach alebo na pozemkoch, pokračujúci násilný konflikt, etnické či náboženské napätie, strach z prenasledovania alebo nášľapné míny a nevybuchnutá munícia. Nedostatočné alebo diskriminačné právne predpisy o pozemkoch a nehnuteľnostiach či zvykové právo môžu brániť návratu domácností vedených ženami, ovdoveným ženám a deťom osirelým v dôsledku krízy či osobám so zdravotným postihnutím. Vysídlené obyvateľstvo môže od návratu odradiť alebo mu ho úplne znemožniť situácia, keď nie je možné zrealizovať rekonštrukčné práce.

2. Plánovanie polohy a osídlenia

Plánovanie polohy a osídlenia by mali podporovať bezpečné, prijateľné a prístupné obytné priestory, ktoré umožňujú prístup k základným službám, živobytiu a príležitostiam na vytvorenie širšej siete.

Štandard Prístrešie a osídlenie 2: Plánovanie polohy a osídlenia

Prístrešia a osídlenia sa nachádzajú v bezpečných a chránených oblastiach, je v nich dostatok priestoru a umožňujú prístup k základným službám a živobytiu.

Kľúčové kroky

- 1 Pracujte so zavedenými procesmi plánovania a dohodnite sa s miestnymi komunitami a príslušnými orgánmi na podmienkach.
 - Nové osídlenia umiestnite do bezpečnej vzdialenosti od skutočných alebo potenciálnych hrozieb a minimalizujte riziká vyplývajúce z existujúcich nebezpečenstiev.
 - Pri určovaní, ktoré základné služby môže byť potrebné rozšíriť alebo zaviesť, zohľadnite očakávanú dobu existencie osídlenia.
- 2 Do výberu miesta a plánovania osídlenia zapojte rôzne zainteresované strany vrátane rozličných skupín zasiahnutého obyvateľstva.
 - Identifikujte faktory, ktoré by mohli mať vplyv na polohu alebo usporiadanie priestoru, pričom berte ohľad na pohlavie, vek, zdravotné postihnutie, etnickú alebo jazykovú totožnosť a rodové roly a povinnosti.
 - V mestských prostrediach využite geograficky definovaný prístup založený na oblastiach, aby ste lepšie porozumeli dynamike komunity.
- 3 Dbajte na to, aby malo zasiahnuté obyvateľstvo prístup k základným službám a zariadeniam vrátane príležitostí na živobytie.
 - Spolupracujte s ďalšími sektormi na stanovení prijateľnej vzdialenosti a bezpečných možností cestovania (alebo dopravy) k základným službám a zariadeniam.
 - Spolu s poskytovateľmi služieb stanovte priority a zabezpečte základné služby a príležitosti na živobytie, ak ešte neexistujú.
- 4 Naplánujte využitie pôdy tak, aby sa vytvoril dostatočný priestor na všetky funkcie, prístup ku všetkým prístreším a službám a aby v celom osídlení fungovali dostatočne bezpečnostné opatrenia.
 - Zahrňte plánovanie spoločných prostriedkov, ako sú vodné a sanitačné zariadenia, komunitné zariadenia na varenie, priestory pre deti, priestory na zhromažďovanie, náboženské priestory a miesta na distribúciu potravín.



- Zabezpečte, aby umiestnenie základných služieb v osídleniach vyhovovalo štandardom bezpečnosti, ochrany a dôstojnosti.
- 5 Do výberu miesta a rozvoja osídlenia zahrňte plánovanie odvádzania dažďovej a záplavovej vody.
- Vytvorte vhodné odvodňovacie zariadenia tak, aby všetky obývané oblasti a služby boli bez stojatej vody a aby boli odvody búrkovej vody priechodné.
 - Predvídajte a monitorujte miesta množenia prenášačov chorôb.

Kľúčové ukazovatele

Percento prístreší alebo osídlení, ktoré sa nachádzajú v oblastiach so žiadnymi alebo minimálnymi známymi prírodnými či človekom spôsobenými hrozbami, rizikami a nebezpečenstvami

Percento prístreší alebo osídlení, ktoré majú bezpečný prístup k základným službám v prijateľnom čase alebo vzdialenosti

Percento osôb dostávajúcich pomoc v oblasti osídlenia, ktoré sa v prístreší alebo osídlení cítia bezpečne

Percento osídlení, ktoré zabezpečujú dostatok úžitkovej plochy na súkromné a verejné vonkajšie činnosti zodpovedajúce kontextu

- 45 metrov štvorcových na každú osobu v osídleniach táborového typu vrátane pozemku domácnosti.
- 30 metrov štvorcových na každú osobu vrátane pozemku domácnosti, kde možno poskytovať komunitné služby mimo oblasti plánovaného osídlenia.
- Minimálny pomer medzi krytým obytným priestorom a veľkosťou pozemku je 1:2. Čo najskôr je potrebné prejsť na pomer 1:3 alebo vyšší.

Pokyny

Plánovacie procesy a zásady: Štátne alebo miestne orgány po kríze často zavádzajú nové pravidlá o bezvýstavbových, bezpečných alebo nárazníkových zónach. Presadzujte plánovanie zohľadňujúce riziká a primerané možnosti pomoci. „Bezvýstavbová zóna“ neznamená „zónu bez pomoci“ a jej vytvorenie by nemalo spôsobiť oddialenie humanitárnej reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia.

Oboznámte sa s vlastníckou situáciou všetkých pozemkov a nehnuteľností. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 6: Istota bývania.*

Zapojte zasiahnutých ľudí do výpočtu a usporiadania priestoru, aby ste podporili zavedené spoločenské a kultúrne zvyklosti. Zapojte ženy a ďalšie ohrozené skupiny do navrhovania a realizácie plánov v oblasti prístrešia a osídlenia.

Základné služby a zariadenia: Ľudia vracajúci sa do pôvodných domovov a ľudia v dočasných domovoch alebo osídleniach potrebujú bezpečný, chránený a spravodlivý prístup k základným službám a zariadeniam, ako sú:

- zariadenia WASH, ⊕ *pozri štandardy WASH, Zásobovanie vodou,*

- osvetlenie na úrovni komunity a domácnosti,
- zariadenia na skladovanie a spracovanie potravín (vrátane sporákov a paliva),
⊕ *pozri štandard Hodnotenie potravinovej bezpečnosti a výživy 1.1 a štandard Potravinová pomoc 6.4,*
- zdravotnícke zariadenia, ⊕ *pozri štandard Zdravotné systémy 1.1: Poskytovanie zdravotnej služby,*
- likvidácia pevného odpadu, ⊕ *pozri štandardy WASH, Nakladanie s pevným odpadom,*
- školy, ⊕ *pozri Príručku INEE,*
- sociálne zariadenia, ako sú miesta na pobožnosti, miesta na stretávanie a rekreačné oblasti,
- priestor na kultúrne vhodné pochovávanie a súvisiace rituály a
- priestor na ustajnenie hospodárskych zvierat (s dostatočným oddelením od obytných priestorov), ⊕ *pozri Príručku LEGS.*

Plánovanie miest na dočasné osídlenie: Usporiadanie priestoru sa musí zakladať na zásadách mestského dizajnu a plánovania s prepajovacími prvkami, ako sú prístupové body, križovatky a verejný priestor. Tieto prvky vychádzajúce z fyzických, sociálnych, environmentálnych a ekonomických faktorov tvoria priestorový plán nového osídlenia. Plánovanie osídlenia musí podporovať zavedené sociálne siete, vytvárať príležitosti na tvorbu nových, prispievať k bezpečnosti a ochrane a umožňovať samosprávu zasiahnutých osôb.

Pri navrhovaní usporiadania pozemkov na dočasné osídlenie dbajte na zachovanie súkromia a dôstojnosti jednotlivých domácností. Prístrešie každej domácnosti by sa malo otvárať do spoločného priestoru alebo zastrešenej oblasti, nie do vchodu iného prístrešia. Vytvorte bezpečné obytné priestory pre všetky potenciálne zraniteľné skupiny, ale vyhnite sa ich zoskupovaniu, pretože môže zvyšovať ich zraniteľnosť. Zoskupujte rodiny, rozšírené rodiny a skupiny podobného pôvodu, aby sa zachovali sociálne väzby. Zohľadnite potreby, preferencie a zvyky rôznych skupín z hľadiska veku, pohlavia a zdravotného postihnutia.

Plocha plánovaných alebo samostatne založených osídlení: V prípade plánovaných osídlení je minimálna úžitková plocha 45 metrov štvorcových na osobu v osídleniach táborového typu vrátane pozemkov domácností. To zahŕňa priestor na cesty a chodníky, vonkajšie alebo komunitné priestory na varenie, priestory na vzdelávanie a rekreáciu, zdravotnícke a sanitačné zariadenia, protipožiarne prieseky, administratívne priestory, zariadenia na skladovanie vody a odvodňovanie, náboženské priestory, miesta na distribúciu potravín, trhy, sklady a menšie kuchynské záhradky pre jednotlivé domácnosti (nie sú určené na väčšie poľnohospodárske činnosti a chov hospodárskych zvierat). Ak je možné zabezpečiť komunitné služby prostredníctvom jestvujúcich alebo dodatočných zariadení mimo plánovaného osídlenia, minimálna plocha by mala byť 30 metrov štvorcových na osobu. Ak minimálnu plochu nemožno zabezpečiť, aktívne riešte následky vysokej hustoty osídlenia. Plánovanie osídlenia by malo zohľadňovať aj zmeny v populácii.



Ak ide o mestskú oblasť, využite zavedené služby a možnosti bývania. Medzi jednotlivými domácnosťami zabezpečte dostatočné oddelenie a súkromie a vyhradte priestor na potrebné zariadenia.

Veľkosť pozemku na prístrešie: Odporúča sa dodržať pomer plochy prístrešia k veľkosti pozemku 1:2 alebo 1:3, aby sa zaistil dostatočný priestor na väčšinu základných vonkajších činností domácností. Uprednostňuje sa však pomer blížiaci sa k 1:4 alebo 1:5. Pomer musí zohľadňovať kultúrne a spoločenské normy a praktickú dostupnosť priestorov.

Odvádzanie dažďovej a záplavovej vody: Nedostatočné odvádzanie dažďovej a záplavovej vody môže zásadne obmedzovať obytný priestor ľudí, ich mobilitu a prístup k službám. Výber miesta a rozvoj infraštruktúry vo všeobecnosti ovplyvňuje charakter odvodňovacích systémov veľkého rozsahu. Vyhýbajte sa výberu miest, ktoré sú v záplavovom území – mohlo by to ohroziť bezpečnosť a ochranu, a to najmä v preplnených a uzavretých priestoroch. Voda, ktorá vniká do obytného, vzdelávacieho a pracovného prostredia a hromadí sa tam, vo všeobecnosti ohrozuje zdravie, dôstojnosť a blaho.

Chráňte toalety a kanalizáciu pred záplavami, aby nedošlo k ich poškodeniu a únikom. Hlavnou hrozbou verejného zdravia spojenou s nedostatočným odvodňovaním je zvýšené vystavenie hnačkovým ochoreniam pri kontakte s kontaminovanou vodou.

Nekontrolovaná voda tiež môže poškodiť ďalšiu infraštruktúru, obydľia a majetok, obmedzovať príležitosti na živobytie a spôsobovať stres. Nedostatočné odvodnenie vytvára aj podmienky na množenie škodcov. ⊕ *Pozri štandardy WASH, Bránenie šírenia prenášačov 4.1 a 4.2.*

Prístup: Berte ohľad na stav miestnych ciest a blízkosť dopravných uzlov kvôli dodávkam pomoci a ďalšieho tovaru. Dodávky pomoci nesmú poškodzovať miestnu cestnú infraštruktúru. Myslite na sezónne obmedzenia, hrozby a bezpečnostné riziká. Osídlenie a všetky primárne miesta na skladovanie a distribúciu potravín musia byť prístupné ťažkým nákladným vozidlám z cesty, ktorá odolá všetkým poveternostným vplyvom. Ďalšie zariadenia musia byť prístupné ľahkým vozidlám. Vytvorte bezpečné a chránené cesty a chodníky vnútri osídlení a prístup k všetkým obydliam a komunitným zariadeniam, ktorý odolá všetkým poveternostným vplyvom. Zohľadnite potreby ľudí s obmedzenou mobilitou a prístupom.

Protipožiarna ochrana: Pri plánovaní osídlenia sa musí vychádzať z hodnotení rizika požiaru. V zastavaných táboroch vytvorte 30-metrové protipožiarné prieseky každých 300 metrov. Medzera medzi budovami musí mať aspoň 2 metre. V ideálnom prípade by to mal byť dvojnásobok výšky budovy, aby padajúce kusy nezasiahli vedľajšie budovy.

Berte ohľad na miestne zvyklosti, pokiaľ ide o varenie a ohrievanie (napríklad typy sporákov a ich uprednostňované umiestnenie). Zvážte poskytnutie bezpečných sporákov, protipožiarného vybavenia a informačných školení obyvateľom. Uprednostňujte nehorľavé stavebné materiály a výbavu domácnosti. Informujte

obyvateľov (vrátane ľudí s obmedzenou mobilitou a prístupom) o protipožiarňach opatreniach, postupoch a evakuačných plánoch.

Znižovanie zločinnosti: Usporiadanie osídlenia môže prispieť k zníženiu zločinnosti a rodovo podmieneného násillia. Zamyslite sa nad umiestnením a prístupnosťou prístreší, budov a zariadení, nočného osvetlenia, vzdialenosti prístrešia a toaliet a umyvární a nad pasívnym dozorom s využitím výhľadu. Budovy používané ako spoločné strediská musia mať alternatívne únikové cesty.

Meniace sa hrozby a riziká: S meniacou sa situáciou pravidelne prehodnocujte kontext, nebezpečenstvá a riziká. Môže to zahŕňať sezónne nebezpečenstvá, zmeny v bezpečnostnej situácii, nevybuchnutú muníciu v osídlení z predchádzajúceho alebo aktuálneho konfliktu alebo následky meniacej sa demografie.

Bezpečnosť spoločných stredísk a komunitnej infraštruktúry: Technickí špecialisti by mali vyhodnotiť statiku stavby komunitných budov, spoločných stredísk a ďalších stavieb v obývaných oblastiach zasiahnutých krízou. Zohľadňujte skutočné a potenciálne bezpečnostné a zdravotné hrozby.

Podpora živobytia: Berte ohľad na ekonomické činnosti spred katastrofy a potenciálne príležitosti na živobytie po katastrofe. Identifikujte dostupné pozemky na pestovanie plodín a pastvu, ako aj prístup na trhy a k možnostiam zamestnania. Reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia majú potenciál vytvárať možnosti zamestnania v miestnom prostredí, napríklad pozície v rámci technickej pomoci, zásobovania a na trhu práce. Na posilnenie miestnych kapacít s cieľom dosiahnuť výsledky v stanovenom časovom rámci využite školiace a vzdelávacie programy. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 5 a štandardy Potravinová bezpečnosť a výživa, Živobytie 7.1 a 7.2.*

Prevádzka a údržba: Vytvorte prevádzkový a údržbový plán na zaistenie efektívneho chodu všetkých zariadení, služieb a technickej infraštruktúry (ako je voda, sanitácia, odvodňovanie, odpadové hospodárstvo, školy). Kľúčové zložky plánu počítajú s účasťou komunity, vytvorením skupín používateľov, vymedzením úloh a povinností a zavedením plánu na úhrady alebo rozdelenie nákladov.

Vyradenie osídlenia z prevádzky a jeho odovzdanie: Vhodné opatrenia na obnovu životného prostredia môžu posilniť prirodzenú regeneráciu prostredia v dočasných osídleniach a okolo nich. Osídlenia by mali mať plán vyradenia z prevádzky, ktorý by sa mal ideálne vypracovať už v štádiu navrhovania humanitárneho zásahu. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Miestne obyvateľstvo je nutné oboznámiť s metódami udržateľného hospodárenia s pôdou, ktoré zabezpečia obnovu osídlenia a miestneho prostredia. Na odpratávanie a vyradenie z prevádzky pokiaľ možno využívajte miestne pracovné sily.



3. Životný priestor

Životný priestor je veľmi dôležitý pre blaho človeka. Miesto, kde môže rodina bývať, kde sa cíti bezpečne a môže vykonávať rôzne základné domáce činnosti, je základnou ľudskou potrebou a právom.

Štandard Prístrešie a osídlenie 3: Životný priestor

Ľudia majú prístup k bezpečným a primeraným životným priestorom a ktoré umožňujú dôstojné vykonávanie základných činností zameraných na chod domácnosti a zaistenie živobytia.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte, aby mala každá zasiahnutá domácnosť dostatok obytného priestoru na základné domáce činnosti.
 - Zabezpečte životný priestor, ktorý vyhovuje odlišným potrebám členov domácnosti, pokiaľ ide o spánok či prípravu a konzumáciu pokrmov, a rešpektuje miestnu kultúru a životný štýl.
 - Zabezpečte obyvateľom domácnosti a ich majetku strechu a steny, ktoré zaistia fyzické bezpečie, dôstojnosť, súkromie a ochranu pred nečasom.
 - Vytvorte optimálne svetelné a vetracie podmienky a tepelný komfort.
- 2 Zaisťte, aby priestor v bezprostrednej blízkosti obytného priestoru umožňoval bezpečný prístup k základným činnostiam.
 - Zahrňte priestory na varenie, toalety, pranie, umývanie, činnosti na zaistenie živobytia, socializáciu a hracie plochy.
- 3 Presadzujte využívanie prístrešia, stavebných techník a materiálov, ktoré sú kultúrne a spoločensky prijateľné a udržateľné z hľadiska životného prostredia.

Kľúčové ukazovatele

Percento zasiahnutého obyvateľstva, ktoré má v prístrešiach a ich bezprostrednom okolí k dispozícii primeraný životný priestor na každodenné činnosti

- Minimálne 3,5 metra štvorcového obytného priestoru na osobu okrem priestoru na varenie, umývanie a sanitárnych zariadení.
- 4,5 – 5,5 metra štvorcového obytného priestoru na osobu v studenom podnebí alebo v mestskom prostredí so zahrnutím vnútorného priestoru na varenie a umývanie a sanitárnych zariadení.
- Vnútorná výška od podlahy po strop aspoň 2 metre (2,6 metra v horúcom podnebí) v najvyššom bode.

Percento prístreší, ktoré spĺňajú technické a výkonnostné normy a sú kultúrne prijateľné

Percento ľudí dostávajúcich pomoc vo forme prístrešia, ktorí sa v prístreší cítia bezpečne

Pokyny

Životný priestor: Životný priestor musí byť vhodný na každodenné činnosti, ako je spánok, príprava a konzumácia pokrmov, pranie, obliekanie, skladovanie potravín a vody a ochrana majetku domácnosti a iných dôležitých vecí. Musí zaisťovať súkromie a potrebné oddelenie medzi pohlaviami, rôznymi vekovými skupinami a rodinami v danej domácnosti podľa kultúrnych a spoločenských noriem. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 2: Plánovanie polohy a osídlenia.*

Vytvorte životný priestor, kde sa budú môcť členovia domácnosti zhromažďovať a starať sa o dočiatá, deti a choré alebo zranené osoby. Myslite na meniace sa využitie priestoru cez deň a v noci a naplánujte umiestnenie okien, dverí a priečok tak, aby sa maximalizovalo využitie vnútorného priestoru a všetkých príslušných vonkajších priestorov, ako je kuchyňa alebo hracie plochy.

Aby sa tieto činnosti mohli vykonávať dôstojne, prístrešia potrebujú uzavretý priestor (steny, okná, dvere a strechu) s dostatočnou podlahovou plochou. Preplnenie alebo vystavenie zlým poveternostným podmienkam zvyšuje riziko nákaz a ochorení. Obmedzený priestor môže viesť k rizikám z hľadiska ochrany a zníženiu bezpečnosti a súkromia.

Minimálny životný priestor by mal zodpovedať kultúrnym a spoločenským normám, kontextu, fáze reakcie a usmerneniam vnútroštátnych orgánov alebo humanitárnych organizácií. Dôkladne zvážte potenciálne následky zavedenia minimálneho vypočítaného priestoru (3,5 metra štvorcového na osobu, 4,5 metra štvorcového v studenom podnebí) a dohodnite sa s partnermi na prípadných úpravách tak, aby sa minimum dosiahlo čo najskôr a pre všetkých.

Ak je potrebné konať rýchlo kvôli záchrane životov, zvážte prvotnú pomoc s cieľom:

- buď postaviť strešné krytie nad minimálnym životným priestorom s nadväzujúcou pomocou pri budovaní stien, dverí a okien, alebo
- postaviť prístrešie s menšou podlahovou plochou s jej nadväzujúcim zväčšením.

V niektorých situáciách môže byť štandard pre priestor definovaný fyzickými obmedzeniami. Môže to byť v uzavretom osídlení, hustých mestských prostrediach alebo v extrémnych klimatických podmienkach, kde nie sú ľahko dostupné materiály na prístrešie. Uvedený minimálny priestor sa vzťahuje na núdzovú fázu a na riešenia dočasného alebo prechodného prístrešia. Ak sa pobyt predĺži, výpočty obytného priestoru sa musia upraviť. Vo fáze obnovy sa musia zohľadniť prijateľné miestne normy a odchodné stratégie.

Čo najviac zapájajte zasiahanuté komunity a domácnosti do určovania typu pomoci, ktorá sa má poskytovať. Poradte sa s ľuďmi, ktorí trávajú viac času v krytom obytnom



priestore, a s ľuďmi s obmedzenou mobilitou alebo prístupom. Zabezpečte, aby bol životný priestor prístupný osobám so zdravotným postihnutím a ľuďom, ktorí s nimi žijú. Osoby so zdravotným postihnutím, najmä s duševným a psychosociálnym postihnutím, môžu potrebovať viac priestoru.

Kultúrne zvyklosti, bezpečnosť a súkromie: Rešpektujte zavedené zvyklosti a praktiky a berte ohľad na to, ako ovplyvňujú potrebu vnútorného rozdelenia (závesy, steny). Môžete napríklad navrhnúť obydlie tak, aby v ňom mohli prespávať členovia rozšírenej rodiny alebo rôzne rodiny z tej istej domácnosti.

V prípade spoločného ubytovania môžu dobre naplánované a osvetlené priechody cez obytný priestor s pričkami, ktoré oddelujú osobný priestor a priestor domácnosti, zabezpečiť súkromie osôb a ich bezpečie.

Umožnite zdieľanie priestoru v spoločnom ubytovaní priateľmi. Niektorí LGBTQI ľudia budú napríklad radšej žiť s priateľmi a partnermi ako s vlastnými rodinami.

Ochrana: Zabezpečte, aby existovalo viacero únikových ciest z obydlia a aby sa vnútorné priestory otvárali do verejných oblastí. Zabezpečte, aby pracovníci vedeli, kam odkazovať ľudí s obavami v oblasti ochrany súvisiacimi s domácim násilím alebo zneužívaním, násilím, vykorisťovaním či zanedbávaním detí. Ženy, dievčatá a ľudia, ktorí potrebujú pomoc s osobnou hygienou, často potrebujú viac priestoru. ⊕ *Pozri štandard WASH, Podpora hygieny 1.3: Menštruačná hygiena a inkontinencia.*

Ak sa využíva dočasné spoločné ubytovanie, podniknite konkrétne opatrenia na predchádzanie sexuálnemu vykorisťovaniu a sexuálnemu násiliu. V spolupráci s členmi komunity sa snažte pochopiť riziká a riešiť ich. Zavedte kvalitný systém sťažností s okamžitými a overiteľnými opatreniami.

Psychosociálne aspekty: Usporiadanie a dizajn ubytovania by mali zahŕňať otvorené verejné obytné priestory domácnosti, ktoré rozširujú možnosti socializácie.

V teplom a vlhkom podnebí navrhujte a orientujte prístrešia tak, aby sa maximalizovalo vetranie a minimalizovalo prenikanie priameho slnečného svetla. Prúdeniu vzduchu pomáha vyšší strop. Pripojený krytý vonkajší priestor pomáha tlmieť priame slnečné svetlo a chráni pred dažďom. Na prípravu pokrmov a varenie zvážte využitie priloženého tieneneho alebo krytého vonkajšieho priestoru so samostatným priestorom na iné každodenné činnosti. Strecha by sa mala zvažovať a mala by dostatočne prečnievať, aby umožnila odvádzanie dažďovej vody, okrem miest s výskytom silného vetra. Stavebný materiál prístrešia by mal byť ľahký s nízkou tepelnou kapacitou, napríklad drevo. Používajte zvýšené podlahy, aby sa do krytého obytného priestoru nedostala voda. ⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 2: Plánovanie polohy a osídlenia.*

V horúcom a suchom podnebí zaistí ťažký stavebný materiál (napríklad hlina alebo kameň) tepelný komfort napriek rozdielom medzi nočnou a dennou teplotou. Prípadne môžete použiť ľahký stavebný materiál s dostatočnou izoláciou. V oblastiach seizmického rizika venujte pozornosť konštrukčnému návrhu ťažkých stavieb. Ak je to možné a vhodné, vytvorte tienené a vetrané priestory. Ak sú k dispozícii iba plastové plachty alebo stany, vytvorte dvojvrstvovú strechu s vetraním medzi

vrstvami, aby sa znížilo prenikanie sálavého tepla. Otvory dverí a okien umiestnite mimo prevažujúceho smerovania teplého vetra. Vnútorne podlahy by mali priliehať k vonkajším múrom bez medzier, aby sa dnu nedostával prach a prenášači chorôb.

V studenom podnebí sa uprednostňuje nižší strop, aby sa minimalizoval vnútorný objem vyžadujúci vykurovanie. Prístrešia, ktoré sú obývané počas dňa, si vyžadujú ťažkú konštrukciu s vysokou tepelnou kapacitou. Na prístrešia obývané len v noci je vhodnejšia ľahká konštrukcia s nízkou tepelnou kapacitou a silnou izoláciou. Minimalizujte prúdenie vzduchu najmä okolo dverí a okien tak, aby sa zaistil osobný komfort, no zároveň sa dosiahlo dostatočné odvetrávanie vykurovacích telies alebo kuchynských sporákov.

Dostatočné vetranie pomáha udržiavať zdravé vnútorné prostredie, predchádzať kondenzácii a znižovať šírenie prenosných chorôb. Znižuje účinky dymu z vnútorných domácich sporákov, ktoré môžu spôsobovať respiračné infekcie a problémy s očami. Pokiaľ je to možné, využívajte prirodzené vetranie.

Bránenie šíreniu prenášačov: V nízko položených oblastiach, troskách a opustených budovách sa môžu množiť prenášače, čo môže ohrozovať verejné zdravie. V prípade spoločných osídlení je kľúčom k zníženiu vplyvu chorôb prenášaných prenášačmi výber miesta a aktívne zmierňovanie súvisiacich rizík. ⊕ *Pozri štandard WASH, Bránenie šíreniu prenášačov 4.2: Opatrenia na úrovni domácnosti a jednotlivcov pri bránení šíreniu prenášačov.*



4. Výbava domácnosti

Pomoc v oblasti potrieb pre domácnosť sa zameriava na obnovu a udržiavanie zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti a na možnosť vykonávať každodenné domáce činnosti doma a v okolí domova. Tento štandard sa týka potrieb slúžiacich na spanie, prípravu a skladovanie potravín, jedenie a pitie, tepelný komfort, osvetlenie a osobné oblečenie. Kapitola WASH obsahuje ďalšie podrobnosti o potrebách, ako sú postelne siete, koše, pomôcky na skladovanie vody a hygienické potreby.

Štandard Prístrešie a osídlenie 4: Výbava domácnosti

Pomoc v oblasti potrieb pre domácnosť sa zameriava na obnovu a udržiavanie zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti a na možnosť vykonávať každodenné domáce činnosti doma a v okolí domova.

Kľúčové kroky

- 1 Vyhodnotte a zaistite prístup k potrebám, ktoré umožňujú domácnostiam obnoviť a udržiavať základné domáce činnosti.
 - Zohľadnite odlišné potreby podľa veku, pohlavia, zdravotného postihnutia, spoločenských a kultúrnych zvyklostí a veľkosti rodiny.
 - Prioritou má byť prístup k potrebám na domáce činnosti, osobnému oblečeniu, potrebám na osobnú hygienu a na podporu bezpečia a zdravia.
- 2 Stanovte, ako účinne a primerane poskytovať pomoc v oblasti potrieb pre domácnosť.
 - Uvažujte o tom, čo možno získať z miestnych zdrojov formou peňažnej podpory alebo poukážok a s využitím obstarávania materiálnej pomoci na miestnej, regionálnej alebo medzinárodnej úrovni.
 - Pokiaľ ide o balenie a doručovanie potrieb, berte ohľad na životné prostredie.
- 3 Monitorujte dostupnosť, kvalitu a používanie potrieb pre domácnosť a podľa potreby ich upravte.
 - V prípade dlhšieho vysídlenia naplánujte dopĺňovanie zásob.
 - Monitorujte vybrané trhy z hľadiska dostupnosti, cien a kvality. S vyvíjajúcou sa situáciou prispôbujte spôsoby poskytovania pomoci.

Kľúčové ukazovatele

Ľudia majú dostatok oblečenia primeranej kvality

- Minimálne dve kompletne súpravy oblečenia na osobu v správnej veľkosti vhodné z hľadiska kultúry, ročného obdobia a podnebia a prispôsobené všetkým osobitným potrebám.

Ľudia majú dostatok potrieb primeranej kvality na bezpečný a zdravý spánok v súkromí

- Minimálne jedna deka a posteľná bielizeň (podložka, matrac, plachta) na osobu. V studenom podnebí sú potrebné ďalšie deky/podlahová izolácia.
- Podľa potreby odolné siete ošetrené insekticídmi.

Ľudia majú dostatok vhodných potrieb na prípravu, konzumáciu a skladovanie potravín

- Na domácnosť alebo skupinu štyroch až piatich ľudí: dva hrnce na varenie rodinnej veľkosti s rúčkami a pokrievkami, jedna misa na prípravu alebo podávanie pokrmov, jeden kuchynský nôž a dve servírovacie lyžice.
- Na osobu: jeden hlboký tanier, jedna súprava príboru a jedna nádoba na pitie.

Percento zasiahnutého obyvateľstva, ktoré má prístup dostatočným, bezpečným a cenovo dostupným dodávkam energie na udržanie tepelného komfortu, prípravu pokrmov a osvetlenie

Počet poranení ľudí pri používaní sporákov alebo uskladňovaní či obstarávaní paliva

- Stanovte základnú hodnotu a merajte pokrok k hodnote 0.

Pokyny

Základná výbava domácnosti by mala byť dostupná v dostatočnom množstve a kvalite na tieto účely:

- spánok, tepelný komfort a osobné oblečenie,
- skladovanie vody, prípravu a skladovanie potravín, jedenie a pitie,
- osvetlenie,
- varenie, prevarenie vody a vykurovanie vrátane paliva alebo energie, ⊕ *pozri štandard Potravinová bezpečnosť a výživa 5: Všeobecná potravinová bezpečnosť,*
- hygienu vrátane menštruačnej hygieny a pomôcok pre prípady inkontinencie, ⊕ *pozri štandardy WASH, Podpora hygieny 1.2 a 1.3,*
- ochranu pred prenášačmi, napríklad siete proti komárom, ⊕ *pozri štandard WASH, Bránenie šíreniu prenášačov 4.2, a*
- protipožiarnu a protidymovú ochranu.

Výber vhodných potrieb pre domácnosť: Výbava domácnosti by sa mala poskytovať ako súčasť celkového plánu. Pri určovaní typu, množstva a kvality potrieb uprednostňujte tie, ktoré zachraňujú životy. Berte ohľad na tieto aspekty:

- základné každodenné činnosti na úrovni jednotlivca, domácnosti a komunity,
- kultúrne normy, vhodnosť a tradície,
- bezpečnosť a jednoduchosť používania (s minimom ďalších pokynov alebo technického poradenstva),
- trvanlivosť, rýchlosť spotreby a nutnosť dopĺňovania,
- aktuálne životné podmienky a usporiadanie,



- miestna dostupnosť,
- osobitné potreby podľa kategórií zasiahnutého obyvateľstva vrátane žien, dievčat, mužov, chlapcov, dojíciat, starších ľudí, ľudí so zdravotným postihnutím a ďalších zraniteľných jednotlivcov a skupín a
- vplyv vybraných potrieb na životné prostredie, ⊕ *pozri štandard Prístrešie a osídlenie 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Bezpečnosť: Všetky plastové predmety by mali byť z potravinárskeho plastu. Všetky kovové predmety by mali byť z nehrdzavejúcej ocele alebo smaltované.

Zaistite bezpečné oddelenie medzi sporákom a ďalšími súčasťami prístrešia. Vnútorne sporáky umiestnite na nehorľavú podložku. Okolo dymovodu, ktorý prechádza cez prístrešie do exteriéru, namontujte nehorľavú objímku. Sporáky umiestnite mimo vchodov a umožnite bezpečný prístup počas im používania. Palivo sa má skladovať v bezpečnej vzdialenosti od sporáka a kvapalných palív, ako je petrolej, sa majú skladovať mimo dosahu detí a dojíciat.

Tepelný komfort znamená, že ľuďom je príjemne teplo alebo chladno, sú pod strechou a v suchu. Osobný komfort zabezpečuje oblečenie, deky a posteľná bielizeň. Vhodné životné podmienky pomôžu vytvoriť podložky na spanie a vykurovacie a chladiace telesá. Je nutné podniknúť všetky možné opatrenia na úrovni jednotlivca a domácnosti na zabránenie podchladeniu alebo úpalu.

Cenovo dostupné dodávky paliva a energie do domácnosti: Palivo a ďalšie energetické zdroje sú nutné na osvetlenie, varenie, tepelný komfort a komunikáciu. Obstarávanie alebo nakupovanie paliva alebo energie je opakujúcim sa nákladom a musí sa náležite napláňovať. Presadzujte energeticky efektívne varenie vrátane používania sporákov s nízkou spotrebou, prípravy dreva na kúrenie, starostlivosti o oheň, techník prípravy pokrmov a spoločného varenia. Poradte sa s ľuďmi zasiahnutými krízou a hostiteľskou komunitou o miestach a spôsoboch obstarávania paliva a venujte sa aj otázkam osobnej bezpečnosti a udržateľnosti životného prostredia.

Ak nie je k dispozícii verejné osvetlenie, podľa potreby by sa malo zabezpečiť **umelé osvetlenie**, ktoré prispieva k osobnej bezpečnosti v osídleniach a v ich okolí. Okrem zápaliek a sviečok zvážte využitie energeticky efektívneho umelého osvetlenia, ako sú svetelné diódy (LED) a solárne panely.

Trhovo založené plánovanie potrieb pre domácnosť: Prieskum trhu zameraný na výstavbu domácnosti by mal byť súčasťou širšieho systémového prieskumu trhu. Pri zabezpečovaní potrieb pre domácnosť by sa podľa možnosti mali podporovať miestne trhy. Analyzujte výdavky na tieto potreby ako súčasť celkového plánovania výdavkov domácnosti. Výdavky priebežne monitorujte, aby ste ich mohli prispôbovať a upravovať. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Distribúcia: Po porade s miestnymi orgánmi a zasiahnutými osobami naplánujte efektívne a spravodlivé distribučné metódy. Zaistite, aby zraniteľné osoby alebo domácnosti zaradili do distribučných zoznamov a mali prístup k informáciám aj samotnej distribúcii. Distribučné miesta sa musia voliť obozretne s ohľadom na

pešiu vzdialenosť, terén a praktické aspekty prepravy väčších predmetov, napríklad predmety na podporu prístreškov. Zvážte zahrnutie kontajnerov na skladovanie a prepravu osobných potrieb a potrieb pre domácnosť.

Monitorovanie po distribúcii: Vyhodnoťte primeranosť distribučného procesu a samotných potrieb pre domácnosť. Ak sa potreby nepoužívajú či sa predávajú na trhu alebo ak dochádza k oneskoreniu v prístupe k potrebám, upravte proces alebo typ produktov. Pripomínáme, že potreby ľudí sa budú postupne meniť a programy sa týmto zmenám musia prispôbiť.



5. Technická pomoc

Technická pomoc je neoddeliteľnou súčasťou reakcií v oblasti prístrešia a osídlenia. Podporuje svojpomocnú obnovu zasiahnutých osôb a zlepšuje kvalitu a bezpečnosť ich prístrešia a osídlenia. Rozhodujúce je, aby sa zasiahnuté domácnosti alebo komunity aktívne zapájali do výberu ubytovania, navrhovania prístreší, usporiadania a materiálov obydli, ako aj do prác pri budovaní prístreší alebo iných stavieb či dohľadu nad nimi.

Štandard Prístrešie a osídlenie 5: Technická pomoc

Ľudia majú prístup k včasnej a vhodnej technickej pomoci.

Kľúčové kroky

- 1 Snažte sa porozumieť predkrízovému plánovaniu a stavebnej praxi, dostupným materiálom, odbornosti a možnostiam.
 - Na základe rozhovoru so zasiahnutými osobami, miestnymi stavebnými odborníkmi a orgánmi schváľte stavebné postupy a materiály a zabezpečte požadovanú odbornosť na zaistenie kvality.
- 2 Do stavebného procesu zapojte zasiahnuté osoby, miestnu samosprávu a miestnych odborníkov a podporujte ich.
 - Dodržiavajte plány a stavebné kódexy, materiálové špecifikácie a štandardy kvality zodpovedajúce plánovanej životnosti prístrešia a osídlenia a trvaníu zásahu v oblasti domácnosti.
 - Optimalizujte stavebné postupy a miestne príležitosti na živobytie.
- 3 Presadzujte bezpečnejšie stavebné postupy, ktoré spĺňajú aktuálne potreby prístreší a znižujú budúce riziká.
 - V prípade poškodených alebo zničených domov či prístreší identifikujte statické riziká a nebezpečenstvá, dôvody kolapsu a potenciál budúceho kolapsu.
 - Pokiaľ je to možné, inšpirujte sa miestnou stavebnou praxou a technikami, vylepšujte ich a inovujte. Umožnite účinný prenos poznatkov na podporu vhodnej stavebnej praxe.
- 4 Zabezpečte, aby mali ľudia prístup k dostatočnej technickej pomoci.
 - Zvážte potrebu špecializovaných odborných poznatkov, dbajte na dodržiavanie stavebných kódexov a noriem a zvyšovanie technických možností zasiahnutého obyvateľstva.

- Berte ohľad na ľudí, ktorí majú obmedzené možnosti, schopnosti či príležitosti bezpečne a technicky zdatne vykonávať stavebné činnosti, prípadne dohodnite osídlenie už existujúcej bezpečnej a technicky vyhovujúcej nehnuteľnosti.
- 5 Zavedte primerané projektové riadenie materiálov, financií, práce, technickej pomoci a procesov, ktoré vyhovuje regulačným požiadavkám na schválenie, aby sa dosiahli kvalitné výsledky.
- Riadte sa príslušnými procesmi riadenia verejných súťaží, ponukových konaní, obstarávania, zmlúv a výstavby a pravidlami správania.
- Nabádajte na používanie miestne dostupných, udržateľných a dobre známych technológií, nástrojov a materiálov, a najímajte miestne pracovné sily na údržbu a renováciu priestreší.

Kľúčové ukazovatele

Percento programov, v ktorých sa miestne orgány podieľajú na definovaní stavebných noriem a monitorovaní stavebných činností

Percento stavebných aktivít, ktoré preukazujú aktívne zapojenie zasiahnutého obyvateľstva

Percento priestreškov, ktoré boli vybudované, opravené, renovované, modernizované alebo udržiavané v súlade s dohodnutými bezpečnými stavebnými postupmi pre konkrétny kontext a riziká

Percento domácností, ktoré uvádzajú, že dostali primeranú technickú pomoc a poradenstvo

Pokyny

Účasť a zapojenie zasiahnutých ľudí: Účasť na priestreškoch a stavebných činnostiach by mala byť v súlade s existujúcimi miestnymi postupmi. Školiace programy a programy odbornej prípravy môžu maximalizovať možnosti účasti všetkých zasiahnutých osôb (priamo zasiahnutých osôb a hostiteľskej komunity) počas výstavby. Vytvorte príležitosti na zapojenie žien a ľudí so zdravotným postihnutím. Ľudia, ktorí nie sú natoľko schopní vykonávať fyzické úlohy, môžu prispieť k činnostiam, ako je monitorovanie staveniska, kontrola zásob, administratívna pomoc, starostlivosť o deti alebo príprava jedla pre tých, ktorí sú zapojení stavebných prác. Zohľadnite, že zasiahnutí ľudia môžu mať iné protichodné časové obmedzenia. Dobrovoľnícke komunitné tímy alebo zmluvná pracovná sila môžu podporiť stavebné úsilie jednotlivých domácností, najmä tých, ktoré vedú ženy, deti, starší ľudia alebo osoby so zdravotným postihnutím. Takáto pomoc je dôležitá, pretože tieto skupiny môžu byť pri hľadaní pomoci pri stavebných prácach vystavené riziku sexuálneho vykorisťovania.

Zapojenie mladých ľudí do stavebných činností: Účasť na stavbe môže mladým ľuďom ponúknuť cenné zručnosti, sebadôveru, sebaúctu a prepojenie s komunitou.



Zabezpečte, aby sa deti v neproduktívnom veku nezapájali do výstavby prístreškov ani do programov hotovosti za prácu. Deti v minimálnom produktívnom veku (zvyčajne 14 alebo 15 rokov) až 18 rokov by sa mali zapájať spôsobom, ktorý je primeraný ich veku a vývoju. Zabezpečte, aby ich účasť bola v súlade s vnútroštátnymi právnymi predpismi v danom kontexte. Musia sa zaviesť opatrenia na dodržiavanie medzinárodných noriem a vnútroštátneho pracovného práva, aby sa predišlo nebezpečnej práci a práci neploletých detí. Prípadné problémy alebo otázky týkajúce sa detskej práce by mali byť smerované na špecialistov na ochranu detí alebo sociálne služby.

⊕ *Pozri príručku CPMS.*

Profesionálna odbornosť: Poskytujte poradenstvo v otázkach, ako je stavenisko a územné plánovanie, miestne stavebné techniky, hodnotenie škôd, demolácia a odstraňovanie sutín, výstavba, správa staveniska, hodnotenie existujúceho stavebného fondu a istoty bývania. Vďaka tomu je možné zabezpečiť, aby prístrešky spĺňali stanovené normy. Užitočné budú aj znalosti o materiálnom a pracovnom trhu, ako aj právna a administratívna podpora. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 6: Istota bývania.*

Dodržiavanie stavebných predpisov: Zistite, či sa zvyčajne dodržiavajú alebo presadzujú miestne či vnútroštátne stavebné predpisy. Ak nie, podporujte ich používanie a dodržiavanie. Tieto predpisy by mali odrážať miestnu kultúru bývania, klimatické podmienky, zdroje, kapacitu budov a údržby, prístupnosť a cenovú dostupnosť. Zabezpečte, aby programy bývania umožnili domácnostiam splniť alebo postupne naplniť dohodnuté predpisy a štandardy, najmä v programoch využívajúcich hotovostnú pomoc na uspokojenie potrieb týkajúcich sa prístrešia. Ak neexistujú žiadne normy, v spolupráci s miestnymi úradmi a zainteresovanými stranami (vrátane zasiahnutých osôb, ak je to možné) stanovte minimálne normy, aby ste zaistili splnenie požiadaviek na bezpečnosť a výkon.

Zvýšenie technických možností: Zvýšte možnosti komunity prispievaním ku školeniam a zvyšovaniu povedomia medzi zasiahnutým obyvateľstvom, miestnymi orgánmi, miestnymi stavebnými odborníkmi, kvalifikovanými a nekvalifikovanými pracovníkmi, prenajímateľmi, právnymi expertmi a miestnymi partnermi.

V lokalitách náchylných na sezónne alebo cyklické krízy zapojte technických špecialistov a miestnych odborníkov, ktorí majú skúsenosti s vhodnými lokálnymi riešeniami alebo osvedčenými postupmi. Títo ľudia môžu ovplyvňovať postupy pri navrhovaní a výstavbe a pomáhať pri vývoji vylepšených riešení.

Zdroj materiálov: Ak je možné rýchlo zabezpečiť stavebný materiál, môže si zasiahnuté obyvateľstvo postaviť prístrešie samo. Tieto prístrešia môžu pozostávať zo samostatných komponentov alebo vopred definovanej súpravy s príslušnými stavebnými nástrojmi. Základ pri výbere materiálov by malo byť rýchle posúdenie a analýza trhu a posúdenie environmentálneho dopadu.


Obstarávanie materiálov z miestnych zdrojov môže ovplyvniť miestnu ekonomiku, pracovnú silu alebo prírodné prostredie. V niektorých situáciách nemusia mať lokálne dostupné materiály primeranú kvalitu. Vtedy použite alternatívne materiály

alebo výrobné procesy či komerčné obytné systémy, ale zvážte dopad použitých materiálov, ktoré miestna kultúra nepozná. Vyhýbajte sa materiálom vyrobeným vykorisťovaním miestnych pracovníkov a detí.

Bezpečné verejné budovy: Dočasné alebo trvalé verejné budovy, ako sú školy a zdravotné strediská, stavajte alebo opravujte tak, aby neohrozovali verejné zdravie a odolávali katastrofám. Takéto zariadenia by mali spĺňať stavebné normy a schvaľovacie postupy. Zabezpečte bezpečnosť a prístup pre všetkých, vrátane ľudí so sťaženým pohybom a v komunikáciou (ak je to možné, spojte sa s organizáciami zastupujúcimi ľudí so zdravotným postihnutím). Pri oprave a výstavbe takýchto budov sa poraďte s príslušnými úradmi. Vytvorte cenovo dostupnú stratégiu prevádzky a údržby.

Manažment obstarávania a výstavby: Vypracujte harmonogram výstavby, ktorý zahŕňa kľúčové cieľové mílniky, ako sú dátumy začiatku a ukončenia výstavby, a dátumy a trvanie presunu vysídlených osôb. To platí bez ohľadu na to, či výstavbu riadi vlastník alebo dodávateľ. Harmonogram by mal zohľadňovať očakávaný nástup sezónneho počasia a zahŕňať pohotovostný plán pre nepredvídané udalosti. Zavedte systém riadenia a monitorovania výstavby pre materiály, prácu a stavebný dozor. To by sa malo týkať zdrojov, obstarávania, prepravy, manipulácie a administratívy počas celého procesu.

Zamestnajte čo najviac miestnych pracovníkov, aby si rozšírili schopnosti a aby ste podporili živobytie zasiahnutých osôb. Na špecifické úlohy zamestnajte špecializovaných odborníkov (ako sú inžinieri, architekti, urbanisti, manažéri zmlúv alebo právnicki).

Dbajte na to, aby sa riešili otázky životného prostredia. Podporujte spoločensky prijateľné opätovné používanie zachránených materiálov tam, kde je možné potvrdiť práva na takýto materiál a jeho kvalitu.  *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 7: Udržateľnosť životného prostredia.*

Modernizácia a údržba: Počiatočné reakcie týkajúce sa prístrešia zvyčajne zabezpečujú iba minimálnu úroveň krytého alebo uzavretého obytného priestoru. Počiatočné stavebné metódy a materiály by však mali umožniť domácnostiam udržiavať, prispôbovať alebo modernizovať prístrešok tak, aby spĺňal ich dlhodobé potreby. Ak je to možné, úpravy by sa mali vykonávať bezpečne pomocou miestne dostupných, známych a cenovo dostupných nástrojov a materiálov.

Komunitné nástroje: Zaviesť postupy, ktoré stanovujú, ako používať, udržiavať a bezpečne skladovať komunitné alebo zdieľané nástroje a materiály.



6. Istota bývania

Istota bývania znamená, že ľudia môžu žiť v domovoch bez strachu z núteného vystaňovania, či už v komunitných a neformálnych osídleniach, v hostielskych komunitách alebo po návrate. Je základom práva na primerané bývanie a mnohých ďalších ľudských práv. V humanitárnom kontexte môže byť najvhodnejší postupný prístup. Ten uznáva, že vysídlených ľudí možno podporiť pri zlepšovaní životných podmienok v rôznych typoch ubytovania. Neznamená to uprednostňovanie pomoci vlastníkom nehnuteľností, ani to nevyhnutne neznamená trvalosť či vlastníctvo. Aktéri pôsobiaci v oblasti zaistovania prístrešia sa zaujímajú o to, aké bývanie poskytujú „dostatočnú istotu“ pri navrhovaní možností bývania, ktoré podporujú najzraniteľnejšie osoby a ľudí s najväčšou neistotou bývania. Viac informácií o náležitosti starostlivosti a pojme „dostatočná istota“ [☉ nájdete v citovaných zdrojoch: Payne and Durand-Lasserre \(2012\).](#)

Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 6: Istota bývania

Dotknuté obyvateľstvo dosiahne istotu bývania v podobe možnosti prístrešia a osídlenia.

Kľúčové kroky

- 1 Venujte náležitú pozornosť pri navrhovaní a implementácii programu.
 - S ohľadom na kontext a obmedzenia sa usilujte o čo najväčšiu právnu istotu v oblasti bývania („dostatočne bezpečný“ prístup).
 - Koordinujte postup a spolupracujte s miestnymi orgánmi, právnikmi a medzigentúrnymi fórami.
- 2 Snažte sa pochopiť právny rámec a skutočnú situáciu v teréne.
 - Mapujte systémy vlastníckych vzťahov a riešenia v rámci rôznych pokrízových scenárov v oblasti prístrešia a osídlenia, a identifikujte ich vplyv na najohrozenejšie skupiny.
 - Spolpracujte s miestnymi orgánmi, aby ste pochopili, ktoré nariadenia sa budú vykonávať a ktoré nie, a v akom časovom horizonte.
 - Snažte sa pochopiť správu vlastníckych vzťahov a spôsob riešenia sporov, rovnako ako možné zmeny, ktoré nastali od začiatku krízy.
- 3 Snažte sa pochopiť, ako systémy vlastníckych vzťahov, ich ustanovenia a prax ovplyvňujú bezpečnosť vlastníckych vzťahov u ohrozených skupín.
 - Začleňte istotu bývania medzi ukazovatele zraniteľnosti.
 - Snažte sa pochopiť, aké dokumenty sa môžu vyžadovať od osôb zapojených do programu, pričom tí najzraniteľnejší nemusia mať tieto dokumenty, prípadne k nim nemusia mať prístup.

- Uistite sa, že pomoc nezvýhodňuje osoby bývajúce vo vlastnom alebo prenajímateľov nehnuteľnosti.
- 4 Zavádzajte programy v oblasti prístrešia a osídlenia, aby ste podporili istotu bývania.
- Využite miestne odborné vedomosti na prispôsobenie plánovania rozličným typom vlastníckych vzťahov, najmä pri zraniteľných skupinách.
 - Zabezpečte, aby boli dokumenty ako dohody o vlastníckych vzťahoch riadne pripravené a dodržiavali práva všetkých strán.
 - Znížte riziko, ktoré môže program pre oblasť prístrešia spôsobiť, alebo riziko, že by mohol prispieť k napätiam v rámci komunity a s okolitými miestnymi komunitami.
- 5 Zabezpečte ochranu pred núteným vystaňovaním.
- V prípade vystaňovania alebo hroziaceho vystaňovania odkážte osoby na služby, ktoré im pomôžu nájsť riešenie vo forme alternatívneho prístrešia a ďalšie sektorové služby.
 - Pomáhajte pri riešení sporov.

Kľúčové ukazovatele

Percento prijímateľov prístrešia, ktorí dosiahnu istotu bývania v podobe možnosti prístrešia a osídlenia prinajmenšom počas trvania konkrétneho programu pomoci

Percento prijímateľov prístrešia, ktorí majú k možnosti prístrešia zodpovedajúcu dohodu o zabezpečení bývania

Percento prijímateľov prístrešia, ktorí majú z dôvodu problémov s istotou bývania samostatne alebo prostredníctvom odkázania prístup k právnym službám a/alebo mechanizmom riešenia sporov

- ⊕ *Pozri Zásadu ochrany č. 4.*

Pokyny

Vlastnícky vzťah je vzťah medzi skupinami alebo jednotlivcami k bývaniu a pôde založený zákonom alebo zvykovým právom, neformálnymi či náboženskými dohodami. Systémy vlastníckych vzťahov určujú, kto môže využívať konkrétne zdroje, na akú dlhú dobu a za akých podmienok. Známe sú mnohé formy ustanovení vlastníckeho vzťahu, od plného vlastníctva a formálnych dohôd o prenájme po núdzové bývanie a zabratie pôdy v rámci neformálneho osídlenia. Bez ohľadu na usporiadanie vlastníckych vzťahov si všetci ľudia zachovávajú právo na bývanie, pôdu a majetok. Ľudia žijúci v neformálnych osídleniach, ktorí sú často vnútorne vysídlení, nemusia mať zákonné právo využívať danú pôdu, ale stále majú právo na primerané bývanie a ochranu pred núteným vystaňovaním zo svojich domovov. Na rozhodnutie o tom, či ľudia majú primeranú istotu bývania, sú potrebné informácie, ako napr. dokumenty o vlastníckom vzťahu a o využití metód náležitej starostlivosti zo strany organizácie.



Istota bývania je integrálnou súčasťou práva na primerané bývanie. Garantuje právnu ochranu pred núteným vystaňovaním, obťažovaním a inými hrozbami a umožňuje ľuďom žiť v ich domovoch v bezpečí, mieri a dôstojnosti. Všetci ľudia vrátane žien by mali disponovať určitým stupňom istoty bývania. Dôležité je porozumieť spôsob riadenia a uplatňovania vlastníckych vzťahov vrátane mechanizmov na riešenie sporov, a tiež ich možný posun od počiatku krízy. K údajom na hodnotenie istoty bývania patrí počet sporov, miera núteného vystaňovania a vnímanie istoty bývania.

Posilňovanie istoty bývania: Jedným z najefektívnejších spôsobov posilnenia istoty bývania je vychádzať z existujúcich systémov vlastníckych vzťahov, ktoré už majú istý stupeň spoločenskej legitimity. ⊕ *Pozri Citované zdroje: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, and Payne and Durand-Lasserve (2012).*

Úvahy v súvislosti s mestami: Väčšina ľudí vysídlených z mestského prostredia žije v neformálnych osídleniach alebo v nájmomnom ubytovaní bez formálneho vlastníckeho vzťahu, bez zmlúv o nájme a/alebo využívaní. Preto je riziko núteného vystaňovania a súvisiace formy vykorisťovania a zastrešovania určujúcim prvkom ich životov. Možnosti pomoci v oblasti prístrešia a osídlenia v mestskom prostredí by mali riešiť komplexné situácie v oblasti bývania a zvažovať prístupy na posilňovanie istoty bývania pri nájomcoch, neformálnych osadníkoch, neoprávnených obyvateľoch (squatteroch) a iných.

Neškodiť: V niektorých kontextoch môže zásah v oblasti humanitárneho prístrešia viesť k vystaňovaniu zraniteľných skupín. Za iných okolností môže zdôrazňovanie otázok ohľadom istoty bývania zvyšovať riziko vystaňovania zraniteľných skupín. Prístup využívajúci náležitú starostlivosť identifikuje riziká súvisiace s istotou bývania, ktorým čelia jednotlivé skupiny. Ak sú riziká voči istote bývania príliš vysoké, je v niektorých prípadoch najlepšie nerobiť nič.

Spoločné spúšťače vystaňovania: Hrozbu vystaňovania môže spôsobiť zložité spolupôsobenie faktorov, z ktorých väčšina je tiež príčinou vykorisťovania a zneužívania. Patria k nim:

- neschopnosť platiť nájomné, ktorá je často spôsobená obmedzením živobytia, ako napr. práva pracovať;
- absentujúce písomné dohody o prenájme s prenajímateľmi, kvôli čomu sú ľudia vystavení zvyšovaniu cien a vystaňovaniu;
- spory s prenajímateľmi;
- diskriminácia zasiahnutých osôb;
- obmedzenia v prístupe k zlepšeniu obývaného prostredia, keďže ľudia, ktorí porušujú stavebné povolenia, čelia neustálej hrozbe vystaňovania;
- nemožnosť legalizovať situáciu užívateľov alebo obyvateľov zastaviteľných oblastí na administratívnej úrovni;
- transakcie súvisiace s bývaním sa odohrávajú vo zvykových alebo náboženských rámcoch, preto nie sú uznané zákonom alebo naopak;
- pre ženy: rozvod, násilie zo strany partnera a iné formy domáceho násillia, alebo smrť manžela; a

- chýbajúce civilné doklady u žien (môžu byť zapísané v dokladoch svojho otca alebo manžela) a u iných marginalizovaných alebo prenasledovaných skupín.

Vystahovania a presídlenie: Presídlenie môže byť v súlade s právom v oblasti ľudských práv s cieľom chrániť zdravie a bezpečnosť obyvateľov vystavených prírodným katastrofám, environmentálnym rizikám alebo s cieľom zachovať kritické environmentálne zdroje. Zneužívanie nariadení zameraných na ochranu verejného zdravia a bezpečnosti alebo životného prostredia na ospravedlnenie vystahovania, ak nie je prítomné skutočné riziko, alebo ak sú k dispozícii iné možnosti, je v rozpore s medzinárodným právom ľudských práv.



7. Udržateľnosť životného prostredia

Udržateľnosť životného prostredia sa zameriava na zodpovedné plánovanie, ktoré spĺňa aktuálne potreby bez toho, aby ohrozilo schopnosť budúcich generácií naplňovať vlastné potreby. Ignorovanie environmentálnych problémov v krátkodobom horizonte môže ohroziť obnovu, zhoršiť existujúce problémy alebo spôsobiť nové.

⊕ *Pozri Zásadu ochrany 1 a Základnú humanitárnu normu, Záväzky 3 a 9.*

Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 7: Udržateľnosť životného prostredia

Pomoc v oblasti prístrešia a osídlenia minimalizuje negatívny dopad programu na prírodu.

Kľúčové kroky

- 1 Zaradte posudzovanie a manažment environmentálneho dopadu do všetkých plánov v oblasti prístrešia a osídlenia.
 - Posudzujte environmentálne dopady krízy, riziká a zraniteľné miesta s cieľom minimalizácie negatívnych dopadov prístrešia a osídlenia.
 - Začleňte plán environmentálneho manažmentu do pracovných a monitorovacích postupov.
- 2 Vyberte si najudržateľnejšie materiály a techniky spomedzi realizovateľných možností.
 - Uprednostňujte také, ktoré nevyčerpávajú miestne prírodné zdroje a neprispievajú k dlhodobému poškodzovaniu životného prostredia.
 - Zachovajte a opätovne použite, recyklujte alebo zmeňte využitie dostupných materiálov, vrátane suťín.
- 3 S pevným materiálom nakladajte vo všetkých osídleniach bezpečne, včas, s ohľadom na kultúru a environmentálne udržateľne.
 - Na zavedenie alebo obnovenie udržateľných postupov nakladania s odpadom sa koordinujte s WASH, zdravotníctvom, úradom pre verejné práce a inými orgánmi, súkromným sektorom a ďalšími zainteresovanými stranami.
- 4 Vytvorte, obnovte a podporte bezpečné, spoľahlivé, dostupné a environmentálne udržateľné systémy dodávky energie.
 - Určite, či existujúce systémy zásobovania energiou nemajú negatívny environmentálny dopad na prírodné zdroje, čistotu, zdravie a bezpečnosť.
 - Zabezpečte, aby všetky nové alebo revidované možnosti zásobovania energiou spĺňali potreby používateľov, a podľa potreby zabezpečte školenia a stanovte nadväzujúce opatrenia.

5) Chráňte, obnovujte a navyšujte ekologickú hodnotu operačných lokalít (ako sú dočasné osídlenia) počas ich používania a po ňom.

- V každej lokalite posúďte základné environmentálne podmienky a dostupné lokálne prírodné zdroje a identifikujte environmentálne nebezpečenstvá, vrátane tých, ktoré sú spôsobené predchádzajúcim komerčným alebo priemyselným využitím.
- Odstráňte bezprostredné a zjavné nebezpečenstvá z oblasti a napravte každú vážnu degradáciu životného prostredia, pričom obmedzte odstraňovanie prírodnej vegetácie a narušenie prírodného odvodňovania na minimum.
- Lokalitu ponechajte v stave, ktorý umožní miestnemu obyvateľstvu ju okamžite využívať, pokiaľ možno v lepšom stave ako doteraz.

Kľúčové ukazovatele

Percento aktivít v oblasti prístrešia a osídlenia, ktorým predchádza environmentálne hodnotenie

Počet implementovaných odporúčaní z plánu environmentálneho manažmentu a monitorovania

Percentuálny podiel stavieb s použitím stavebných materiálov a metód obstarávania s nízkymi emisiami uhlíka

Percentuálny podiel pevného odpadu na mieste, ktorý sa opätovne používa, používa na iné účely alebo recykluje

- Cieľ > 70 % podľa objemu

Percentuálny podiel miest dočasného osídlenia, ktoré sa obnovili na lepšie environmentálne podmienky ako predtým

Pokyny

Hodnotenie dopadu na životné prostredie pozostáva z troch prvkov: základného opisu miestneho prostredia, ktoré sa hodnotí; pochopenia navrhovanej činnosti a jej možného ohrozenia životného prostredia; a pochopenia následkov, ak k ohrozeniu dôjde.

Môže byť vhodné poradiť sa s príslušnými environmentálnymi agentúrami. Medzi kľúčové body, ktoré treba zohľadniť pri posudzovaní vplyvov na životné prostredie, patrí:

- predkrízový prístup k miestnym prírodným zdrojom a ich využívanie vrátane palív a stavebných materiálov, získavania vody a odpadového hospodárstva;
- rozsah miestne dostupných prírodných zdrojov a dopad krízy na tieto aktíva; a
- spoločenské, ekonomické a kultúrne otázky (vrátane rodových rolí), ktoré môžu ovplyvniť udržateľnosť reakcie a zlepšiť jej celkovú účinnosť a efektívnosť.



Zdrojové materiály: Pri obstarávaní prírodných zdrojov, ako je voda, drevo, piesok, pôda a tráva, a palivo na pálenie tehál a strešných škridiel zohľadnite dopad na životné prostredie. Podporujte používanie viacerých zdrojov, opätovné použitie zachránených materiálov a výrobu alternatívnych materiálov. Zalesňovanie môže byť vhodným spôsobom výroby udržateľných stavebných materiálov. Vyhnite sa používaniu materiálov, ktoré boli vyrobené vykorisťovaním dospelých a detí. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Výber lokality: Základom pri výbere lokality by malo byť hodnotenie dopadu na životné prostredie. Napríklad postavenie sídel v blízkosti existujúcej infraštruktúry môže znížiť dopad na životné prostredie spojený s budovaním novej infraštruktúry. Zvážte vystavenie rizikám súvisiacim s klímou. ⊕ *Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2: Plánovanie polohy a osídlenia.*

Erózia: Zachovajte stromy a inú vegetáciu, aby ste stabilizovali pôdu a maximalizovali tieň a ochranu pred počasím. Použitie prirodzeného terénu na služby, ako sú cesty, chodníky a kanalizačné siete minimalizuje eróziu a záplavy. Ak je to potrebné, vytvorte drenážne kanály, potrebné odvodňovacie trasy pod vozovkami alebo vysadené zemné brehy na zabránenie erózii pôdy. Ak má svah viac ako 5 %, musia sa na zabránenie nadmernej erózie použiť inžinierske techniky.

Nakladanie s troskami a opätovné použitie odpadu alebo iný účel použitia: Plánovanie narábania so sutinami bezprostredne po kríze podporuje ich odloženie na opätovné alebo iné použitia či bezpečnú likvidáciu.

Pevný odpad, ktorý sa nachádza v humanitárnom prostredí, môže mať potenciál znovu sa použiť alebo sa použiť inak. Opätovné použitie materiálov v humanitárnom prostredí ako súčasť systematickejšej stratégie nakladania s pevným odpadom závisí od kultúrnych postojov a od blízkosti podnikov ochotných vykupovať separované materiály. Humanitárne prostredie vytvára príležitosti na invenčné opätovné použitie materiálov. ⊕ *Pozri Štandard WASH nakladania s exkrementmi 3.1 a Štandard WASH nakladanie s pevným odpadom 5.1 a 5.3.*

Energia: Pri práci na spotrebe energie zohľadnite klímu, dostupné prírodné zdroje, vnútorné a vonkajšie znečistenie, vplyv na zdravie, bezpečnosť a preferencie používateľov. Ak je to možné, programy by mali znížiť energetické potreby domácností. Energeticky úsporné prevedenie využívajúce pasívne prístupy k vykurovaniu alebo chladeniu stavieb a používanie energeticky úsporných vecí pre domácnosť, ako sú solárne lampy, znižuje náklady na domácnosť a dopad na životné prostredie. ⊕ *Pozri Štandard potravinovej bezpečnosti a výživy 5: Všeobecná potravinová bezpečnosť.*

Identifikujte riziká pre civilné obyvateľstvo spôsobené poškodeným zásobovaním energiou, napríklad poškodeným elektrickým vedením a presakujúcim zásobníkom propánu alebo vykurovacieho oleja. Pri obnove, zabezpečovaní a údržbe energetických služieb sa koordinujte s miestnou samosprávou a dodávateľmi energie. Dotácie alebo iné stimuly môžu byť možnosťou na zaistenie bezpečnosti a zníženie znečistenia alebo nárokov na prírodné zdroje.

Manažment prírodných zdrojov: Tam, kde na podporu podstatného skvalitnenia obydľí existujú obmedzené prírodné zdroje, je nevyhnutný plán ich manažmentu. V prípade potreby sa obráťte na externých odborníkov. Plán riadenia zdrojov môže navrhnúť externé zásobovanie palivom a možnosti na pasenie dobytku, poľnohospodársku výrobu a iné zdroje príjmov, ktoré závisia od prírodných zdrojov. Veľké, dobre spravované osídlenia môžu byť environmentálne udržateľnejšie ako početné menšie, roztrúsené osídlenia, ktoré nie je také ľahké riadiť alebo monitorovať. Veľké komunitné osídlenia však môžu vyvíjať väčší tlak na blízke hostiteľské komunity než menšie, rozptýlené sídla. Aktéri pôsobiaci v oblasti zaistovania prístrešia by mali vždy zohľadňovať dopad svojich zásahov na potreby hostiteľského obyvateľstva z pohľadu prírodných zdrojov. ⊕ *Pozri Základnú humanitárnu normu, Závazok 9 a Príručku LEGS.*

Mestský a vidiecky kontext: Ľudia vo vidieckych oblastiach sú v porovnaní s obyvateľmi miest vo všeobecnosti závislejší od prírodných zdrojov vo svojom bezprostrednom okolí. Mestské oblasti však absorbujú veľké množstvo prírodných zdrojov, ako je drevo, piesok, cement, tehly a iné prírodné stavebné materiály, ktoré pochádzajú z oveľa väčšej spádovej oblasti. Pri používaní veľkého množstva stavebných materiálov v mestských alebo iných rozsiahlych programoch bývania, kde vplyvy na životné prostredie môžu ďaleko presahovať oblasť implementácie programu, by sa malo rozhodovať informovane.



Príloha 1

Kontrolný zoznam pri hodnotení prístrešia a osídlenia

Tento zoznam s otázkami slúži ako kontrolný zoznam, aby sa zabezpečilo zhromaždenie vhodných údajov, ktoré budú základom pokrízovej reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia. Zoznam s otázkami nie je povinný. Použite a upravte ho podľa potreby.

Samostatne bude potrebné zistiť informácie o základných príčinách krízy, bezpečnostnej situácii, základnej demografii vysídlenej a akejkolvek hostiteľskej populácie a kľúčových osôb, s ktorými je potrebné konzultovať a ktorých je potrebné kontaktovať.

Posúdenie a koordinácia

- Vytvorili príslušné orgány a humanitárne organizácie dohodnutý koordinačný mechanizmus?
- Aké základné údaje o zasiahnutých ľuďoch sú k dispozícii a aké sú známe nebezpečenstvá, riziká a zraniteľné miesta týkajúce sa prístrešia a osídlenia?
- Existuje pohotovostný plán, ktorý by bol základom reakcie?
- Aké informácie o prvotnom posúdení sú už k dispozícii?
- Plánuje sa medziagentúrne a/alebo multisektorové posúdenie a zahŕňa prístrešie, osídlenie a veci pre domácnosť?

Demografia

- Koľko osôb tvorí priemernú domácnosť?
- Koľko zasiahnutých ľudí žije v rôznych typoch domácností? Zohľadnite skupiny žijúce mimo rodinných väzieb, ako sú skupiny detí bez sprievodu, domácnosti, ktoré nemajú priemernú veľkosť a iné. Rozčleňte údaje podľa pohlavia, veku, zdravotného postihnutia a etnickej, jazykovej alebo náboženskej príslušnosti podľa kontextu.
- Koľko zasiahnutých domácností nemá primerané prístrešie a kde sa nachádzajú?
- Koľko ľudí rozčlenených podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia, ktorí nie sú členmi jednotlivých domácností, nemá žiadne alebo má neprimerané prístrešie, a kde sa nachádzajú?
- Koľko zasiahnutých domácností, ktorým chýba primerané prístrešie, nie je vysídlených a môžu využiť pomoc na mieste svojich pôvodných domovov?
- Koľko zasiahnutých domácností, ktorým chýba primerané prístrešie, je vysídlených a vyžaduje si pomoc týkajúcu sa prístrešia s hostiteľskými rodinami alebo v dočasných osídleniach?
- Koľko osôb rozčlenených podľa pohlavia a veku nemá prístup ku komunitným zariadeniam, ako sú školy, zdravotnícke zariadenia a komunitné centrá?

Riziká

- Aké sú bezprostredné hrozby pre život, zdravie a bezpečnosť vyplývajúce z nedostatku primeraného prístrešia a koľko ľudí je ohrozených?
- Aké sú menšie bezprostredné hrozby pre život, zdravie a bezpečnosť ľudí vyplývajúce z neexistencie primeraného prístrešia?
- Ako ovplyvňujú systémy, usporiadania a postupy v oblasti vlastníckych vzťahov bezpečnosť vlastníckych vzťahov u zraniteľných a marginalizovaných skupín obyvateľstva?
- Aké sú osobitné riziká pre zraniteľné osoby, vrátane žien, detí, maloletých bez sprievodu a osôb so zdravotným postihnutím alebo chronickými chorobami v dôsledku nedostatku primeraného prístrešia a prečo?
- Aký vplyv má na hostiteľskú populáciu prítomnosť vysídlených osôb?
- Aké sú potenciálne riziká konfliktov alebo diskriminácie medzi skupinami v rámci zasiahnutého obyvateľstva, najmä pre ženy a dievčatá?

Zdroje a obmedzenia

- Aké materiálne, finančné a ľudské zdroje majú zasiahnuté osoby k dispozícii na uspokojenie niektorých alebo všetkých svojich naliehavých potrieb v oblasti prístrešia?
- Aké sú problémy týkajúce sa dostupnosti, vlastníctva a využívania pôdy, ktoré ovplyvňujú schopnosť ľudí uspokojiť naliehavé potreby v oblasti prístrešia, vrátane dočasných komunitných osídlení, ak je to potrebné?
- Akým rizikám môžu potenciálne hostiteľské populácie čeliť pri ubytovaní vysídlených ľudí vo vlastných obydlíach alebo na priľahlých pozemkoch?
- Aké príležitosti a obmedzenia ovplyvňujú využívanie existujúcich dostupných a nezasiadnutých budov alebo stavieb na dočasné ubytovanie vysídlených ľudí?
- Je dostupný voľný pozemok vhodný na dočasné osídlenie vzhľadom na topografiu a iné environmentálne obmedzenia?
- Aké regulačné požiadavky a obmedzenia môžu ovplyvniť vývoj riešení v oblasti prístrešia?

Materiály, návrh a výstavba

- Aké počiatočné riešenia alebo materiály v oblasti prístrešia majú k dispozícii zasiahnutí ľudia, obyvateľstvo alebo iní aktéri?
- Aké existujúce materiály sa dajú z poškodenej lokality zachrániť a použiť pri rekonštrukcii prístreškov?
- Aké sú typické stavebné postupy zasiahnutých ľudí a aké materiály používajú na kostru budovy, strechu a vonkajšie steny?
- Aké alternatívne riešenia pri navrhovaní alebo ktoré materiály sú potenciálne dostupné, prijateľné alebo ich zasiahnutí ľudia poznajú?
- Aké konštrukčné prvky zaisťujú bezpečný a pohodový prístup k riešeniam v oblasti prístrešia a ich používania všetkými zasiahnutými ľuďmi?
- Ako môžu identifikované riešenia prístrešia minimalizovať budúce riziká a zraniteľné miesta?



- Ako sa zvyčajne stavia prístrešie a kto ho stavia?
- Ako sa zvyčajne získavajú stavebné materiály a kto ich získava?
- Ako možno ženy, mládež, osoby so zdravotným postihnutím a starších ľudí vyškoliť alebo im pomôcť, aby sa podieľali na stavaní vlastného prístrešia, a aké sú obmedzenia?
- Ak jednotlivcom alebo domácnostiam chýba možnosť alebo príležitosť postaviť si prístrešie, bude potrebná dodatočná pomoc na ich podporu? Príklady zahŕňajú dobrovoľnícku či zmluvnú prácu alebo technickú pomoc.

Činnosti spojené s domácnosťou a živobytím

- Aké činnosti na podporu domácností a živobytia zvyčajne prebiehajú v prístrešiach zasiahnutých ľudí alebo v ich blízkosti a ako ich odráža výsledné priestorové zabezpečenie a návrh?
- Aké právne a environmentálne udržateľné možnosti pomoci so živobytím možno zabezpečiť cez obstaranie materiálov a výstavbu riešení v oblasti prístrešia a osídlenia?

Základné služby a komunitné zariadenia

- Aká je súčasná dostupnosť vody na pitie a osobnú hygienu a aké sú možnosti a obmedzenia pri plnení predpokladaných hygienických potrieb?
- Aké je súčasné zabezpečenie sociálnych zariadení (ako sú zdravotné ambulancie, školy a miesta na bohoslužby) a aké sú obmedzenia a príležitosti prístupu k týmto zariadeniam?
- Ak sa komunálne budovy, najmä školy, používajú ako prístrešie pre vysídlených ľudí, aký je proces a časový harmonogram návratu k pôvodnému používaniu?

Hostiteľská populácia a dopad na životné prostredie

- Aké problémy znepokojujú hostiteľskú populáciu?
- Aké organizačné a fyzické obmedzenia súvisia s ubytovaním vysídlených ľudí v rámci hostiteľskej populácie alebo v rámci dočasných osídlení?
- Aké sú environmentálne obavy týkajúce sa miestnych zdrojov stavebných materiálov?
- Aké sú environmentálne obavy týkajúce sa potrieb vysídlených osôb, okrem iného paliva, sanitácie, likvidácie odpadu a pastviny pre zvieratá?

Potreby v oblasti položiek do domácnosti

- Aké zásadné nepotravinové položky potrebujú zasiahnutí ľudia?
- Dá sa niektorá z požadovaných nepotravinových položiek získať lokálne?
- Je možné použiť hotovosť alebo poukážky?
- Bude na doplnenie dodávaných predmetov na podporu prístrešia potrebná technická pomoc?

Oblečenie a posteľná bielizeň

- Aké druhy oblečenia, prikrývok a posteľnej bielizne zvyčajne používajú ženy, muži, deti a dojčatá, tehotné a dojčiace ženy, ľudia so zdravotným postihnutím

a starší ľudia? Existujú osobitné sociálne a kultúrne aspekty, ktoré treba zohľadniť?

- Koľko žien a mužov všetkých vekových kategórií a detí a dojíciat má neadekvátne alebo nedostatočné oblečenie, prikrývky či posteľnú bielizeň na ochranu pred negatívnymi vplyvmi počasia a na udržanie zdravia, dôstojnosti a pohody?
- Čo potenciálne ohrozuje životy, zdravie a osobnú bezpečnosť zasiahnutých ľudí, ak nie je splnená potreba primeraného oblečenia, prikrývok alebo posteľnej bielizne?
- Aké opatrenia na bránenie šíreniu prenášačov, najmä siete proti komárom, sú potrebné na zabezpečenie zdravia a pohody domácností?

Varenie a stravovanie, sporáky a palivo

- K akému riadu na varenie a stravovanie mala typická domácnosť prístup pred krízou?
- Koľko domácností nemá prístup k dostatočnému množstvu riadu na varenie a stravovanie?
- Ako si zasiahnutí ľudia zvyčajne varili a vykurovali obydlia pred krízou a kde sa varilo?
- Aké palivo sa zvyčajne používalo na varenie a vykurovanie pred krízou a odkiaľ bolo?
- Koľko domácností nemá prístup k sporáku na varenie a vykurovanie a prečo?
- Koľko domácností nemá prístup k dostatočným zásobám paliva na varenie a vykurovanie?
- Aké sú možnosti a obmedzenia (najmä environmentálne problémy) pri obstarávaní primeraného množstva paliva pre obyvateľstvo zasiahnuté krízou a susediace obyvateľstvo?
- Aký dopad má na zasiahnuté obyvateľstvo a najmä na ženy všetkých vekových kategórií obstarávanie primeraného množstva paliva?
- Je potrebné vziať do úvahy kultúrne problémy týkajúce sa varenia a stravovania?

Nástroje a vybavenie

- Aké základné nástroje na opravu, konštrukciu alebo údržbu prístrešia majú domácnosti k dispozícii?
- Ktoré činnosti zamerané na podporu živobytia môžu súčasne využívať aj základné nástroje na stavbu, údržbu a odstraňovanie sutín?
- Aké školenia alebo aktivity na zvyšovanie povedomia umožnia bezpečné používanie nástrojov?



Príloha 2

Opis možností osídlenia

Možnosti osídlenia umožňujú prvostupňovú kategorizáciu toho, kde a ako zasiahnutí ľudia žijú. Pochopenie krízy prostredníctvom možností osídlenia pomôže pri plánovaní stratégií pomoci. Zistite si ďalšie podrobnosti na podrobné plánovanie. [+](#) *Pozri Prílohu 3: Ďalšie charakteristiky možností osídlenia.*

Skupina populácie	Možnosť osídlenia	Opis	Príklady
Nevysídlení ľudia	Vlastníkom obývané bývanie alebo pozemok	Obyvateľ vlastní nehnuteľnosť a/alebo pozemok (vlastníctvo môže byť formálne alebo neformálne) alebo je jeho čiastočný vlastník či spoluvlastník.	Domy, byty, pozemky
	Prenajaté bývanie alebo pozemok	Prenájom umožňuje jednotlivcovi alebo domácnosti využívať bývanie alebo pozemok na určitú dobu za stanovenú cenu bez prevodu vlastníctva na základe písomnej alebo ústnej zmluvy so súkromným alebo verejným vlastníkom.	
	Neformálne obývané bývanie alebo pozemok	Domácnosti obývajú nehnuteľnosť a/alebo pozemok bez výslovného súhlasu vlastníka priestorov či jeho menovaného zástupcu.	Prázdne domy, byty, voľné pozemky
Rozptýlení vysídlení ľudia	Dohoda o prenájme	Prenájom umožňuje jednotlivcovi alebo domácnosti využívať bývanie alebo pozemok na určitú dobu za stanovenú cenu bez prevodu vlastníctva. Je založený na písomnej alebo ústnej zmluve so súkromným či verejným vlastníkom. Môže byť financovaný individuálne alebo prostredníctvom spoločenstva, prípadne dotovaný vládou alebo humanitárnou komunitou.	Domy, byty, pozemky z existujúceho bytového fondu

Skupina populácie	Možnosť osídlenia	Opis	Príklady
Vysídlení ľudia	Dohoda o hostiteľstve	Hostiteľské byvanie zabezpečí prístrešie vysídleným ľuďom alebo jednotlivým rodinám.	Domy, byty, pozemky už obývané alebo sprístupnené hostiteľskou populáciou
	Spontánna dohoda	Vysídlené domácnosti sa spontánne usadia na mieste bez dohody s príslušnými aktérmi (ako je vlastník, miestna samospráva, humanitárne organizácie a/alebo hostiteľská populácia).	Prázdne domy a byty, voľné pozemky, pri ceste
Komunitné	Hromadné bývanie	Už existujúce zariadenie alebo stavba, kde nájde prístrešie viacero domácností. Infraštruktúra a základné služby sa zabezpečujú na komunálnej báze alebo je k nim prístup.	Verejné budovy, evakuačné, prijímacie a tranzitné strediská, opustené budovy, areály firiem, nedokončené stavby
	Plánované osídlenie	Účelovo postavené osídlenie pre vysídlených ľudí, kde sa plánuje a riadi dispozícia osídlenia a kde je k dispozícii infraštruktúra, zariadenia a služby.	Formálne osídlenia spravované vládou, OSN, mimovládny organizáciami alebo občianskou spoločnosťou. Môžu sem patriť tranzitné alebo prijímacie strediská alebo evakuačné miesta
	Neplánované osídlenie	Viacere domácnosti sa spontánne a kolektívne usadia na mieste, čím vznikne nové osídlenie. Domácnosti alebo kolektív môžu mať nájomné zmluvy s vlastníkom pôdy. Často je to bez predchádzajúcej dohody s príslušnými aktérmi (ako je vlastník, miestna samospráva a/alebo hostiteľská populácia). Základné služby na mieste nie sú pôvodne plánované.	Neformálne lokality a osídlenia



Príloha 3

Ďalšie charakteristiky možností osídlenia

Táto tabuľka uvádza sekundárne charakteristiky, ktoré rozširujú možnosti osídlenia načrtnuté v **⊕ Dodatku 2 Opis možností osídlenia**. Jej použitie na podrobnejšie pochopenie krízy by malo byť základom pre detailné plánovanie postupov.

Poznámka: Výber charakteristík a ich definícia sa líši podľa kontextu a mala by byť v súlade s príslušným usmernením. Vypracujte dodatočné charakteristiky podľa konkrétneho kontextu.

Kategória	Príklady	Poznámky
Typy vysídlených populácií	Utečenci, žiadatelia o azyl, vnútorné vysídlení ľudia (IDP), navrátilci z radov utečencov, navrátilci z radov IDP, iné relevantné osoby (napríklad migranti)	⊕ Pozri Príručku podpory humanitárneho profilu (www.humanitarianresponse.info).
Nepriamo zasiahnutí	Predchádzajúce populácie, hostiteľské populácie	Na hostiteľské populácie často vplývajú priamo zasiahnuté populácie, napríklad zdieľaním komunitných služieb ako sú školy, alebo tým, že vystupujú ako hostiteľské rodiny.
Geografický kontext	Mestský, prímestský, vidiecky	Prímestská oblasť: oblasť medzi konsolidovanými mestskými a vidieckymi regiónmi.
Stupeň poškodenia	Bez poškodenia, čiastočné poškodenie, úplne zničené	Kategorizácia úrovne poškodenia by mala informovať o tom, či je obývanie domu alebo prístrešku bezpečné.
Trvanie/fáza	Krátkodobé, strednodobé, dlhodobé, trvalé Núdzové, prechodné, obnovené, trvalé	Definície týchto termínov sa líšia a mali by sa stanoviť na úrovni reakcie.
Systémy vlastníckych vzťahov	Zákonné, zvykové, náboženské, hybridné	Neformálne dohody o pôde a bývaní sú tie, ktoré zahŕňajú regulovaný a neregulovaný squatting, neoprávnené rozdelenie legálne vlastnenej pôdy a rôzne formy neoficiálnych dohôd o prenájme. V niektorých prípadoch môže na tom istom pozemku existovať niekoľko foriem držby, pričom každá strana má nárok na určité práva.
Formy držby bývania	Vlastníctvo, užívacie práva, prenájom, kolektívna držba	
Formy držby pôdy	Súkromné, komunitné, kolektívne, s otvoreným prístupom, štátne/verejné	

Kategória	Príklady	Poznámky
Typ prístrešia	Stany, provizórne prístrešia, prechodné prístrešie, základné prístrešie, domy, byty, prenajatý priestor vo väčšej jednotke, garáže, karavany, kontajnery	⊕ <i>Pozri Prílohu 4: Možnosti pomoci.</i>
Manažment miesta	Spravované, diaľkovo alebo mobilne spravované, samostatne spravované, bez správy	Spravované: bez námietok zo strany vlastníka pozemku a schválené úradmi. Vzdialené alebo mobilne spravované: prípady, keď jeden tím spravuje viacero lokalít. Samostatne spravované: štruktúrou vedenia komunity alebo internými výbormi.



Príloha 4

Možnosti pomoci

Na uspokojenie potrieb zasiahnutých ľudí je možné kombinovať celý rad kontextovo špecifických možností pomoci. Zvážte výhody a nevýhody každej z možností a vytvorte najvhodnejší program.

Možnosť pomoci	Opis
Výbava domácnosti	⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 4: Výbava domácnosti.</i>
Súpravy na bývanie	Stavebný materiál, nástroje a príslušenstvo potrebné na vytvorenie alebo zlepšenie obytného priestoru. Zvážte, či dodať stavebné materiály, ako sú stĺpy a koľky alebo či si ich vedia zabezpečiť domácnosti. Zvážte potrebu ďalších pokynov, propagácie, vzdelávania alebo zvyšovania povedomia.
Súpravy nástrojov na bývanie	Stavebné náradie a materiál na vytvorenie alebo zlepšenie obytného priestoru a osídlenia.
Stany	Vopred vyrábané prenosné prístrešia s krytom a konštrukciou.
Pomoc pri návrate a tranzite	Podpora zasiahnutých osôb, ktoré sa rozhodnú vrátiť na miesto pôvodu alebo sa presťahovať na nové miesto. Môže zahŕňať širokú škálu služieb, ako je doprava, cestovné alebo poukážky či veci, ako sú nástroje, materiály a zásoby osiva.
Opravy	Oprava znamená obnovu poškodenej alebo rozpadávajúcej sa budovy do riadneho prevádzkového stavu, ktorý spĺňa požadované normy a špecifikácie. Ak budovy utrpeli menšie škody, je možné ich opraviť bez väčšej rekonštrukcie. Pre vysídlených ľudí môže byť potrebné opraviť kolektívne centrá na hromadné prístrešie alebo modernizovať už existujúce budovy, ako sú školy.
Renovácia	Renovácia budov zahŕňa spevnenie a/alebo úpravu konštrukčného systému štruktúry budov. Cieľom je zvýšiť odolnosť budovy voči budúcim rizikám tým, že sa namontujú bezpečnostné prvky. Budovy, ktoré poškodila kríza, môžu okrem opravy potrebovať aj renováciu. Vysídlení ľudia si možno budú musieť renovovať domy hostiteľských rodín, ak im hrozí nebezpečenstvo.
Pomoc hostiteľa	Ľudia, ktoré sa nemôžu vrátiť do pôvodných domovov, často zostávajú s rodinou a priateľmi alebo komunitami so spoločnými historickými, náboženskými či inými väzbami. Podpora hostiteľa, aby naďalej ponúkal prístrešie zasiahnutým osobám, zahŕňa podporu zameranú na rozšírenie alebo prispôsobenie existujúceho prístrešku hostiteľskej rodiny alebo finančnú a materiálnu podporu na prevádzkové náklady.

Možnosť pomoci	Opis
Pomoc pri prenájme	Pomoc zasiahnutým domácnostiam pri prenájme ubytovania a pozemku môže zahŕňať finančné príspevky, podporu na dosiahnutie spravodlivej dohody alebo poradenstvo v oblasti majetkových noriem. Nájomné je priebežný výdavok, preto stratégie odchodu, podporu sebestačnosti alebo prepojené činnosti živobytia plánujte včas. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 3: Životný priestor a štandard 6: Istota bývania.</i> (Poznámka: Pomoc pri prenájme môže byť finančná injekcia hostiteľskej populácii alebo môže tiež vyčerpať trh a vyvolať infláciu.)
Dočasné prístrešia	Krátkodobé prístrešia, ktoré sa po ponúknutí ďalšej etapy riešenia prístrešia majú odstrániť. Zvyčajne sa stavajú s obmedzenými nákladmi.
Prechodné prístrešia	Rýchle prístrešia z materiálov a techník, ktoré sú určené na prechod do trvalejších stavieb. Prístrešie by sa malo dať vylepšiť, opätovne použiť, opätovne predať alebo premiestniť z dočasných miest na trvalé.
Základné bývanie	Bytové jednotky plánované, navrhnuté a postavené tak, aby boli nakoniec súčasťou trvalého domu, ale s možnosťou rozšírenia. Základné bývanie umožňuje budúci proces rozšírenia domácnosťou vlastnými prostriedkami a zdrojmi. Cieľom je vytvoriť bezpečný a primeraný obytný priestor z jednej alebo dvoch miestností spolu s vodovodnými a sanitárnymi zariadeniami a potrebným vybavením domácnosti. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 3: Životný priestor a štandard 4: Výbava domácnosti.</i>
Rekonštrukcia/ prestavba	Zbúranie a prestavba stavieb, ktoré sa nedajú opraviť.
Informačné centrá	Informačné centrá ponúkajú zasiahnutým osobám poradenstvo a usmernenia. Informácie z miestnych centier môžu objasniť práva na poradenstvo a pomoc, možnosti a postupy návratu; práva na pôdu, prístup ku kompenzácií, technickému poradenstvu a pomoci, návratu, integrácii a relokácii; mechanizmy na poskytovanie spätnej väzby; a spôsoby domáhania sa nápravy vrátane arbitráže a právnej pomoci.
Právna a administratívna odbornosť	Právne a administratívne odborné znalosti pomáhajú zasiahnutým ľuďom uviesť si svoje práva a bezplatne alebo za zníženú cenu požiadať o potrebnú administratívnu podporu. Osobitná pozornosť by sa mala venovať potrebám najzraniteľnejších skupín.
Zabezpečenie bývania	Pomoc pri zabezpečení práva na bývanie a/alebo obsadenie pôdy pre zasiahnutých ľudí zaručuje právnu ochranu pred núteným vystaňovaním, obťažovaním a inými hrozbami a poskytuje bezpečnosť, pokoj a dôstojnosť. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 6: Istota bývania.</i>
Plánovanie infraštruktúry a osídlenia	Pomoc pri plánovaní infraštruktúry a osídlenia sa používa na zlepšenie komunitných služieb a na pomoc pri plánovaní trvalo udržateľných prechodných riešení osídlenia a rekonštrukcie. Pomoc pri plánovaní infraštruktúry a osídlenia možno rozdeliť do dvoch kategórií: tá, ktorú primárne koordinuje sektor prístrešia, a tie, ktoré primárne koordinujú iné sektory.



Možnosť pomoci	Opis
Podpora kolektívneho ubytovania	Existujúce budovy možno využiť na kolektívne alebo evakuačné centrá a zabezpečiť v nich rýchle prístrešie. Môžu to byť školy, komunitné budovy, kryté ihriská, náboženské priestory alebo voľné nehnuteľnosti. Takéto nehnuteľnosti si môžu vyžadovať úpravu alebo modernizáciu bývania. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 3: Životný priestor.</i> Pri používaní školských budov na ubytovanie krízou zasiahnutých ľudí okamžite identifikujte a využite alternatívne stavby, aby sa umožnilo pokračovanie v školskej dochádzke. ⊕ <i>Pozri Smernice kolektívneho centra a Príručku INEE.</i>
Riadenie osídlení a kolektívnych centier	⊕ <i>Pozri Smernice kolektívneho centra.</i>
Odstraňovanie sutín a nakladanie s mŕtvymi	Odstraňovanie sutín pomáha zlepšiť verejnú bezpečnosť a prístup k zasiahnutým osobám. Zohľadnite aj vplyv na životné prostredie. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2 a 7.</i> S mŕtvymi zaobchádzajte primerane a zabezpečte ich identifikáciu. ⊕ <i>Pozri Zdravie 1.1 a WASH 6.</i>
Obnova a/alebo montáž spoločnej infraštruktúry	Obnovte alebo vybudujte infraštruktúru, ako je zásobovanie vodou, sanitácia, cesty, kanalizácia, mosty a elektrina. ⊕ <i>Pokyny nájdete v kapitole WASH a v Štandarde v oblasti prístrešia a osídlenia 2: Plánovanie polohy a osídlenia.</i>
Obnova a/alebo postavenie komunitných zariadení	Vzdelávanie: Školy, priestory vhodné pre deti, bezpečné ihriská. ⊕ <i>Pozri Príručku INEE;</i> Zdravotné služby: Zdravotné strediská a nemocnice. ⊕ <i>Pozri štandard Zdravotné systémy 1.1: Poskytovanie zdravotných služieb;</i> Bezpečnosť: Policajné stanovišťa alebo komunitné hliadkovicie mechanizmy; Komunitné aktivity: Miesta na rozhodovanie, rekreáciu a bohoslužby, skladovanie paliva, zariadenia na varenie a likvidáciu tuhého odpadu; a Ekonomické aktivity: Trhy, pôda a priestor pre dobytok, priestor na živobytie a podnikanie.
Plánovanie a zónovanie miest/ dedín	Do opätovného plánovania obytných štvrtí po kríze zapojte miestne úrady a urbanistov, aby sa rešpektovali nariadenia a spoločné záujmy všetkých zainteresovaných strán. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 2: Plánovanie polohy a osídlenia.</i>
Relokácia	Relokácia je proces, ktorý zahŕňa prestavbu rodinných alebo komunitných obydľí, majetku a verejnej infraštruktúry na inom mieste.

Príloha 5

Možnosti implementácie

Spôsob poskytovania pomoci ovplyvňuje jej kvalitu, načasovanie, rozsah a náklady. Možnosti implementácie si vyberte na základe znalosti miestnych trhov, vrátane trhov s komoditami, trhov práce a prenájmu ako podporu oživenia ekonomickej obnovy. ⊕ *Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.* Zohľadnite vplyv vybraných implementačných možností na mieru participácie a pocit vlastníctva, rodovú dynamiku, sociálnu kohéziu a možnosti živobytia.

Možnosti implementácie	Opis
Technická pomoc a zabezpečenie kvality	Technická pomoc je neoddeliteľná súčasť každej reakcie v oblasti prístrešia a osídlenia bez ohľadu na pomoc. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 5: Technická pomoc.</i>
Finančná podpora	Prostredníctvom finančnej podpory môžu mať domácnosti a komunity prístup k tovarom a službám alebo si uspokojiť potreby v oblasti prístrešia a osídlenia. Podľa rizika a zložitosti úlohy rozšírite finančnú podporu o technickú pomoc a rozširovanie možností. Trhové prevody zahŕňajú nasledujúce možnosti: Podmienečné prevody hotovosti: Sú užitočné, keď je potrebné splniť špecifické podmienky; napríklad systém Tranche. Obmedzená hotovosť alebo poukážky: Sú užitočné pre konkrétny tovar alebo motiváciu predajcov. Bezpodmienečné, neobmedzené alebo viacúčelové Prístup k finančným službám, ako sú sporiteľské skupiny, pôžičky, mikroúvery, poistenie a záruky. ⊕ <i>Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.</i>
Vecná materiálna podpora	Obstaranie a nadväzujúca distribúcia vecí a materiálov priamo zasiahnutým domácnostiam je možnosťou, keď miestne trhy nie sú schopné dodať tieto položky v primeranej kvalite alebo množstve alebo včas ⊕ <i>Pozri Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.</i>
Práca na objednávku a uzatváranie zmlúv	Zadávanie alebo uzatváranie pracovných zmlúv na dosiahnutie cieľov v oblasti prístrešia a osídlenia prostredníctvom modelov riadených vlastníkom, dodávateľom alebo agentúrou. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 5: Technická pomoc.</i>
Rozširovanie možností	Zlepšenie zručností a školenia ponúkajú zainteresovaným stranám príležitosť na individuálne a kolektívne zvýšenie reakčných schopností a na interakciu a spoločné riešenie spoločných výziev a nástrojov, ako je vývoj a zavádzanie stavebných noriem a predpisov. ⊕ <i>Pozri Štandard v oblasti prístrešia a osídlenia 5: Technická pomoc.</i> Úspešné rozširovanie možností by malo umožniť odborníkom sústrediť sa na dohľad nad činnosťami miestnych zainteresovaných strán a pomáhať vyššiemu počtu osôb, ktoré dostávajú pomoc.

Tabuľku s potenciálnymi možnosťami pomoci a implementácie prepojenými so scenármi osídlenia nájdete na stránke www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Príloha 6

Potenciálne možnosti pomoci a zapojenia prepojené s možnosťami osídlenia

		Možnosť osídlenia																				
		Neosídlené					Vysídlené															
		Vlastníkom obývané bývanie alebo pozemok	Prenajaté bývanie alebo pozemok	Neformálne obývané bývanie alebo pozemok	Dohoda o prenájme	Dohoda o dohode o hostiteľstve	Spontánna dohoda	Hromadné bývanie	Plánované osídlenie	Neplánované osídlenie	Nepriamo zasiahnutí											
Možnosti pomoci	Stupnica prístrešia pre domácnosti	Výbava domácnosti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Súpravy na bývanie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Súpravy nástrojov na bývanie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Stany	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Pomoc pri návrate a tranzite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Opravy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Renovácia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Pomoc hostiteľu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Pomoc pri prenájme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Dočasné prístrešia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Prechodné prístrešia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Základné bývanie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Rekonštrukcia/prestavba	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Stupnica osídlenia		Možnosť osídlenia												
		Nevyšídlené						Vyšídlené						
		Rozptýlené						Komunitné						
	Informačné centrá	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Právna a administratívna odbornosť	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zabezpečenie bývania	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Plánovanie infraštruktúry a osídlenia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Plánovanie a zónovanie miest/dedín	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Podpora kolektívneho ubytovania													X
	Riadenie osídlení a kolektívnych centier													X
	Odsťahovanie sútní a nakladanie s mŕtvymi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Obnova a/alebo montáž spoločnej infraštruktúry	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Obnova a/alebo postavenie komunitných zariadení	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Plánovanie a zónovanie miest/dedín	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Relokácia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Možnosť osídlenia		Možnosť osídlenia											
		Nevysídlené					Vysídlené						
		Rozptýjené					Komunitné						
Možnosti implementácie	Technická pomoc a zabezpečenie kvality	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Finančná podpora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Vecná materiálna podpora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Práca na objednávku a uzatváranie zmlúv	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Rozširovanie možností	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Citované a ďalšie zdroje

Medzinárodné právne nástroje

Článok 25 Všeobecnej deklarácie ľudských práv. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant) [Všeobecný komentár č. 4: Právo na primerané bývanie (čl. 11.1 Paktu)]. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions [Všeobecný komentár č. 7: Právo na primerané bývanie (č. 11.1 Paktu): nútené vystaňovanie]. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement [Hlavné zásady v súvislosti s vnútorným vysídlením]. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons [Zásady v oblasti bývania a reštitúcie majetku utečencov a vysídlených osôb]*. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention [Dohovor o utečencoch]. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

Všeobecne

Camp Closure Guidelines [Pokyny na zatvorenie tábora]. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Minimálne štandardy ochrany detí (CPMS)]. Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Handbook, 4th Edition [Núdzová príručka, 4. vydanie]. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military [Humanitárna civilno-vojenská koordinácia: Sprievodca pre armádu]. UNOCHA, 2014. <https://docs.unocha.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Štandard humanitárneho začlenenia starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Usmernenia a štandardy pre mimoriadnu situáciu v oblasti hospodárskych zvierat (LEGS)]. LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy (MERS)]. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Minimálne štandardy pre vzdelávanie: pripravenosť, obnova a reakcia]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálny štandard pre analýzu trhu (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org



Post-Disaster Settlement Planning Guidelines [Usmernenia pre plánovanie osídlenia po katastrofe]. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook [Terénna príručka UN-CMCoord]. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org>

Možnosti osídlenia

Humanitarian Profile Support Guidance [Príručka podpory humanitárneho profilu]. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster [Prístrešie po katastrofe]. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Dočasné spoločné osídlenie

Collective Centre Guidelines [Smernice pre kolektívne centrá]. UNHCR and IOM, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

Hotovosť, poukážky, hodnotenie trhu/Zdravotné postihnutie

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies [Všetci pod jednou strechou: Núdzové prístrešie a osídlenie pre osoby so zdravotným postihnutím]. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Rod a rodovo podmienené násilie

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Usmernenia pre integráciu intervencií rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti] Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery [Časť 3, oddiel 11: Prístrešie, osídlenie a obnova]. <https://gbvguidelines.org>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action [IASC Rodová príručka pre humanitárnu činnosť]. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations [Istota bývania v operáciách humanitárneho prístrešia]. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

Ochrana detí

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: [Minimálne štandardy na ochranu detí pri humanitárnej činnosti]: Standard 24 [Štandard 24]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>

Školy a verejné budovy

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit) [Poznámky k usmerneniam pre bezpečnejšiu výstavbu škôl (Súprava nástrojov INEE)]. INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

Mestský kontext

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses [Neformálni osadníci v mestách vysídlení z dôvodu katastrof: Výzvy v oblasti bývania]. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines [Usmernenia pre prístrešie v mestách]. NRC, Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Istota bývania

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard [Pozemkové práva a prístrešie: Štandard náležitej starostlivosti]. Shelter Cluster, 2013.

www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges [Vyržanie: Istota bývania – typy, zásady, postupy a výzvy]*. 2012.

www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning [Pokyny pre rýchle hodnotenie bývania pre plánovanie reakcie po katastrofe]. IFRC, 2015.

www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response [Zabezpečenie bývania v operáciach v oblasti prístrešia: Usmernenia pre humanitárnu pomoc]. NRC, 2016. <https://www.sheltercluster.org>

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1) [Právo na primerané bývanie, informačný list 25 (Rev.1)]. OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1) [Právo na primerané bývanie, informačný list 21 (Rev.1)]. OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na

www.spheredstandards.org/handbook/online-resources



Ďalšie zdroje

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons [Vystahovania v Bejrúte a v Libanone: Miera a dôvody]. NRC, 2014. <https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons>

Housing, Land and Property Training Manual [Školiaca príručka pre bývanie, pôdu a vlastníctvo]. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians [Pôda a konflikt: Príručka pre humanitárnych pracovníkov]. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor [Osobitný spravodajca pre primerané bývanie (2015) Hlavné zásady zabezpečenia bývania pre chudobných v mestách].* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners [Istota bývania v mestských oblastiach: Usmernenie pre humanitárnych pracovníkov]. NRC, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Social Tenure Domain Model [Model domény sociálneho bývania]. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.gltln.net/>

Stavebný manažment

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects [Návod: Riadenie projektov výstavby/obnovy po katastrofe]. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

Životné prostredie

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG) [Výber a použitie stavebného materiálu: Environmentálna príručka (BMEG)]. WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming [Nástroje environmentálneho hodnotenia a usmernenia pre humanitárne programovanie]. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation [Hodnotenie environmentálnych potrieb v situáciách po katastrofe: Praktická príručka na implementáciu]. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Flash Environmental Assessment Tool [Nástroj na bleskové environmentálne hodnotenie]. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/



FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations [Súprava nástrojov FRAME: Rámec pre posúdenie, monitorovanie a hodnotenie životného prostredia v operáciách súvisiacich s utečencami]. UNHCR and CARE, 2009.

www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT) [Zelená obnova a rekonštrukcia: Súprava školiacich nástrojov pre humanitárnu činnosť (GRRT)]. WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters [Usmernenia pre rýchle hodnotenie vplyvov na životné prostredie (REA) pri katastrofách]. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3 [Nástroj na posúdenie environmentálneho dopadu prístrešia a akčný nástroj 2008, revízia 3]. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND) [Kvantifikácia trvalej udržateľnosti v dôsledku prírodných katastrof (QSAND)]. IFRC and BRE Global. www.qsand.org



Zdravie



Humanitárna
charta



Zásady
ochrany



Základná
humanitárna
norma



Zdravie

Zdravotné systémy	Základná zdravotná starostlivosť*						
	Prenosné choroby	Zdravie detí	Sexuálne a reprodukčné zdravie	Starostlivosť v prípade zranenia a traumu	Psychické zdravie	Neprenosné choroby	Paliatívna starostlivosť*
ŠTANDARD 1.1 Poskytovanie zdravotnej služby	ŠTANDARD 2.1.1 Prevenícia	ŠTANDARD 2.2.1 Detské choroby, ktorým je možné predchádzať* očkovaním	ŠTANDARD 2.3.1 Reprodukčná, materská a novorodenecká zdravotná starostlivosť*	ŠTANDARD 2.4 Starostlivosť v prípade zranenia a traumu	ŠTANDARD 2.5 Starostlivosť o psychické zdravie	ŠTANDARD 2.6 Starostlivosť pri neprenosných chorobách	ŠTANDARD 2.7 Paliatívna starostlivosť*
ŠTANDARD 1.2 Zdravotnícka pracovná sila	ŠTANDARD 2.1.2 Dohľad, detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia	ŠTANDARD 2.2.2 Starostlivosť* pri novorodeneckých a detských chorobách	ŠTANDARD 2.3.2 Sexuálne násilie a klinická starostlivosť* v prípade znásilnenia				
ŠTANDARD 1.3 Základné lieky a zdravotnícke pomôcky	ŠTANDARD 2.1.3 Diagnóza a liečba prípadov		ŠTANDARD 2.3.3 HIV				
ŠTANDARD 1.4 Financovanie zdravotníctva	ŠTANDARD 2.1.4 Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy						
ŠTANDARD 1.5 Zdravotnícke informácie							

DODATOK 1 Kontrolný zoznam hodnotenia zdravia

DODATOK 2 Vzorové formuláre týždenných hlásení na účely dohľadu

DODATOK 3 Vzorce na výpočet kľúčových zdravotných ukazovateľov

DODATOK 4 Otrava

Obsah

Základné koncepty v oblasti zdravia.....	302
1. Zdravotné systémy	307
2. Základná zdravotná starostlivosť.....	321
2.1 Prenosné choroby.....	321
2.2 Zdravie detí.....	332
2.3 Sexuálne a reprodukčné zdravie.....	337
2.4 Starostlivosť v prípade zranenia a traumy.....	345
2.5 Psychické zdravie.....	349
2.6 Neprenosné choroby	353
2.7 Paliatívna starostlivosť.....	356
Príloha 1: Kontrolný zoznam hodnotenia zdravia	359
Príloha 2: Vzorové formuláre týždenných hlásení na účely dohľadu	361
Príloha 3: Vzorce na výpočet kľúčových zdravotných ukazovateľov.....	366
Príloha 4: Otrava.....	368
Citované a ďalšie zdroje.....	370



Základné koncepty v oblasti zdravia

Každý má právo na včasnú a primeranú zdravotnú starostlivosť

Minimálne štandardy zdravotnej starostlivosti Sphere sú praktickým vyjadrením práva na zdravotnú starostlivosť v humanitárnom kontexte. Štandardy vychádzajú z presvedčení, zásad, povinností a práv deklarovaných v Humanitárnej charte. Patrí medzi ne právo na dôstojný život, právo na ochranu a bezpečnosť a právo na humanitárnu pomoc.

Zoznam kľúčových právnych a strategických dokumentov, z ktorých Humanitárna charta vychádza, vrátane vysvetľujúcich poznámok pre humanitárnych pracovníkov [⊕ si pozrite v prílohe 1: Právny základ projektu Sphere.](#)

Cieľom zdravotnej starostlivosti počas krízy je znížiť nadmernú chorobnosť a úmrtnosť

Humanitárne krízy majú významný vplyv na zdravie a blaho zasiahnutého obyvateľstva. V prvotných fázach mimoriadnej situácie je rozhodujúci prístup k život zachraňujúcej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť v každej fáze reakcie môže zahŕňať aj podporu zdravia, prevenciu, liečbu, rehabilitáciu a paliatívnu starostlivosť.

Vplyv krízy na verejné zdravie môže byť priamy (zranenie alebo smrť v dôsledku krízy ako takej) aj nepriamy (zmeny v životných podmienkach, nútené vysídlenie, chýbajúca právna ochrana alebo zhoršený prístup k zdravotnej starostlivosti).

Preľudnenie, nedostatočné prístrešie, zlá sanitácia, nedostatočné množstvo a kvalita vody a znížená potravinová bezpečnosť zvyšuje riziko podvýživy a šírenia prenosných chorôb. Extrémne stresové faktory môžu vyvolávať aj psychické problémy. Narušenie mechanizmov sociálnej podpory a svojpomocných systémov môže viesť k negatívnym mechanizmom zvládania situácie a obmedzeniu správania smerujúceho na vyhľadanie pomoci. Horší prístup k zdravotnej starostlivosti a prerušenie dodávok liekov môže narušiť prebiehajúcu liečbu, napríklad zdravotnú starostlivosť o matky či liečbu HIV, cukrovky a psychických problémov.

Primárnym cieľom zdravotníckej reakcie počas krízy je prevencia a zníženie nadmernej úmrtnosti a chorobnosti. Vzory úmrtnosti a chorobnosti, a teda aj potreby zdravotnej starostlivosti, sa budú líšiť podľa typu a rozsahu krízy.

Najužitočnejšími ukazovateľmi na monitorovanie a hodnotenie krízy sú hrubá miera úmrtnosti (CMR) a citlivejšia hrubá miera úmrtnosti detí do päť rokov (U5CMR). Dvojnásobná alebo vyššia hodnota oproti základnej miere CMR alebo U5CMR poukazuje na závažnú mimoriadnu situáciu v oblasti verejného zdravia a vyžaduje si okamžitú reakciu. [⊕ Pozri Prílohu 3: Vzorce na výpočet kľúčových zdravotných ukazovateľov.](#)

Ak základná miera nie je známa, platia nasledujúce prahové hodnoty mimoriadnej situácie:

- CMR > 1/10 000/deň,
- U5CMR > 2/10 000/deň.

O prahových hodnotách mimoriadnej situácie sa musí rozhodovať na úrovni krajiny. Ak však už základná miera U5CMR presahuje prahové hodnoty mimoriadnej situácie, čakanie na jej zdvojnásobenie by bolo neetické.

Podpora a rozvoj existujúcich zdravotníckych systémov

V závislosti od prístupu k zdravotníckym systémom sa počas krízy a obnovy bude postupne uplatňovať právo na zdravie, preto je dôležité zvážiť, ako podporiť existujúce systémy. Prijímanie pracovníkov (domácich aj zahraničných) bude mať krátkodobý aj dlhodobý vplyv na vnútroštátne zdravotné systémy. V nadväznosti na analýzu môžu dobre naplánované zásahy v oblasti zdravia zlepšiť existujúce zdravotnícke systémy, ako aj ich budúcu obnovu a rozvoj.

V prvej fáze krízy uprednostnite cielené rýchle hodnotenia v oblasti zdravia a multisektorové hodnotenia. Neúplné informácie a neprístupnosť zasiahnutých oblastí nesmú brániť včasnému rozhodovaniu o verejnom zdraví. Čo najskôr situáciu zhodnoťte aj komplexnejšie.

Mestské krízy si vyžadujú odlišný prístup k reakciám v oblasti zdravia

Reakcie v prostredí mesta musia zohľadňovať hustotu obyvateľstva, stratégie pre zastavané prostredie, spoločenské štruktúry a existujúce sociálne služby. Veľkou výzvou je identifikovanie ohrozených ľudí alebo ľudí bez prístupu k zdravotnej starostlivosti. Rozsah potrieb môže rýchlo prerásť možnosti poskytovanej pomoci. Ľudia hľadajúci útočisko v menších aj veľkých mestách málokedy poznajú existujúce zdravotné služby či spôsob, ako ich využiť, čím sa ďalej zvyšuje riziko prenosných chorôb. Terénna činnosť pomôže ľuďom zvládať novú mestskú záťaž, ako je nedostatočný prístup k prístrešiu, potravinám, zdravotnej starostlivosti, zamestnaniu alebo sieťam sociálnej podpory.

V mestách sa rýchlo šíria fámy a dezinformácie. Na okamžité a presné informovanie o zdravotnej starostlivosti a službách využívajte technológie. V mestách sú často aktívnejší sekundárni a terciárni poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, preto rozšírite ich schopnosť poskytovať primárnu zdravotnú starostlivosť. Zapojte ich do systémov včasného varovania a reakcie na prenosné choroby a rozšírite ich kapacitu poskytovať zvyčajne špecializované služby.

Minimálne štandardy sa nemajú uplatňovať izolovane

Minimálne štandardy v tejto kapitole odzrkadľujú kľúčový obsah práva na primeranú zdravotnú starostlivosť a prispievajú k jeho postupnému uplatňovaniu na celom svete. Toto právo je spojené s právami na vodu, sanitáciu, potraviny a prístrešie. Dosiahnutie Minimálnych štandardov Sphere v jednej oblasti má vplyv na pokrok v ostatných oblastiach. Koordinujte postup a úzko spolupracujte s ostatnými sektormi.



Pri koordinácii s miestnymi orgánmi a ďalšími zodpovednými agentúrami dbajte na uspokojenie príslušných potrieb, aby sa nezdvojovalo úsilie a aby sa optimalizovala kvalita reakcie v oblasti zdravotnej starostlivosti. Dôležitá je aj koordinácia medzi aktérmi zdravotnej starostlivosti, aby sa potreby plnili nestranne a aby prístup k starostlivosti mali aj ľudia, ktorí sa ťažko oslovujú, sú ohrození alebo marginalizovaní. Krížové odkazy v príručke navrhujú potenciálne prepojenia.

Ak sú vnútroštátne štandardy nižšie ako minimálne hodnoty Sphere, spolupracujte so štátnymi orgánmi na ich postupnom zvyšovaní.

O prioritách sa má rozhodovať na základe relevantných informácií medzi sektormi a majú sa prehodnocovať s ohľadom na vývoj situácie.

Medzinárodné právo osobitne chráni právo na zdravotnú starostlivosť

Zdravotná starostlivosť sa musí poskytovať bez diskriminácie a musí byť prístupná, čo znamená fyzicky a cenovo dostupná, prijateľná a kvalitná. Štáty sú povinné zabezpečovať toto právo aj počas kríz. [⊕ Pozri Prílohu 1: Právny základ projektu Sphere.](#)

Právo na zdravotnú starostlivosť možno zabezpečiť len vtedy, ak:

- má obyvateľstvo ochranu,
- odborníci zodpovední za zdravotný systém sú riadne vyškolení a dodržiavajú univerzálne etické zásady a profesné normy,
- zdravotný systém spĺňa minimálne štandardy, a
- štát je schopný a ochotný vytvoriť a udržiavať bezpečné a stabilné podmienky, v ktorých možno poskytovať zdravotnú starostlivosť.

Útoky, hrozby a iné násilné obmedzovanie práce zdravotníckych pracovníkov, zariadení a zdravotníckej prepravy sú porušením medzinárodného humanitárneho práva. Táto ochrana sa odvodzuje od základných záväzkov rešpektovať a chrániť ranených a chorých.

Humanitárne organizácie by mali dôkladne posúdiť charakter každej hrozby a spôsob reakcie na ňu. Napríklad pri útoku armády určitého štátu bude možno potrebné postupovať inak ako v prípade hrozby zo strany miestnej komunity. [⊕ Pozri Osobitné aspekty ochrany v oblasti zdravotnej starostlivosti nižšie.](#)

Odkazy na Zásady ochrany a Základnú humanitárnu normu

Aktéri zdravotnej starostlivosti sa musia o ranených a chorých starať humánne a bez rozlišovania im poskytovať nestrannú starostlivosť na základe ich potrieb. Z hľadiska ochrany jednotlivcov pred násilím, zneužívaním a ďalšími problémami je rozhodujúce zaistenie dôverylosti, ochrany údajov a súkromia.

Zdravotnícki pracovníci často ako prví reagujú na prípady násilia voči jednotlivcom vrátane rodovo podmieneného násilia a zneužívania a zanedbávania detí. Vyškolte pracovníkov, aby tieto prípady dokázali identifikovať a obeť za pomoci systémov dôvernej komunikácie a odkazovania odkázať na príslušných aktérov sociálneho zabezpečenia alebo ochrany. Osobitnú výzvu predstavujú odlúčené deti alebo deti bez sprievodu, ktoré potrebujú kritickú zdravotnú starostlivosť, ale nemajú

opatrovníka, ktorý by mohol dať potrebný súhlas. Podľa možnosti postupujte na základe konzultácie s dieťaťom a miestnymi orgánmi. Pri zohľadňovaní najlepších záujmov dieťaťa je rozhodujúce právo na život a zdravotnú starostlivosť, ktoré môže mať prednosť pred právom na súhlas. Rozhodnutia musia byť citlivé na kontext, kultúrne normy a zvyklosti. Medzinárodná zdravotnícka evakuácia, ako aj odovzdanie a presun detí bez sprievodu, si vyžadujú dôkladné zdokumentovanie a zapojenie služieb ochrany a miestnych orgánov.

Čoraz častejšie sa zdravotná starostlivosť musí poskytovať na mori, a to aj v medzinárodných vodách alebo po dopravení ľudí na pevninu. To predstavuje politické komplikácie a osobitné ťažkosti z hľadiska ochrany a vyžaduje si dôkladné plánovanie, pripravenosť a zmiernenie rizík v oblasti ochrany.

Dôkladne zhodnotte spoluprácu civilných a vojenských orgánov najmä v prípade konfliktov. Vojenské a ozbrojené skupiny môžu byť dôležitými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti aj pre civilistov. Humanitárne agentúry môžu byť nútené použiť – ako poslednú možnosť – vojenské možnosti, napríklad podporu infraštruktúry pri obnove dodávok energie zdravotníckym zariadeniam alebo logistickej pomoci, napríklad pri preprave zdravotníckych pomôcok alebo zdravotníckej evakuácii. O využívaní armády sa však musí uvažovať v kontexte prístupu k zdravotnej starostlivosti a vnímania neutrality a nestrannosti. ⊕ *Pozri Humanitárnu chartu a Dohody s domácimi alebo medzinárodnými vojenskými silami v kapitole Čo je Sphere?*

Pri uplatňovaní minimálnych štandardov je nutné dodržiavať všetky deväť záväzkov Základnej humanitárnej normy. Pri reakcii v oblasti zdravotnej starostlivosti sa musia zaviesť mechanizmy spätnej väzby. ⊕ *Pozri Záväzok č. 5 Základnej humanitárnej normy.*

Osobitné aspekty ochrany v oblasti zdravotnej starostlivosti

Predchádzanie útokom na zdravotnícke zariadenia, sanitky a zdravotníckych pracovníkov si vyžaduje nepretržité úsilie na medzinárodnej, vnútroštátnej aj komunitnej úrovni. Charakter hrozieb sa bude veľmi líšiť podľa kontextu a je nutné sa im venovať a zaznamenávať ich. V záujme ochrany zdravotnej starostlivosti musia zdravotnícki aktéri pri práci a podpore ministerstiev zdravotníctva alebo iných relevantných subjektov zohľadňovať nasledujúce otázky.

Počas všetkých mimoriadnych situácií – a najmä počas konfliktu – musia zdravotnícki aktéri vystupovať neutrálne a nestranne a musia konať podľa týchto zásad, pretože strany konfliktu, komunita alebo pacienti tomu nemusia dostatočne rozumieť.

Pri kritických, život zachraňujúcich zdravotníckych službách sa riadte humanitárnymi zásadami a zabezpečte nestrannú zdravotnú starostlivosť len na základe potrieb. V záujme podpory neutrality ošetrujte všetkých ranených a chorých bez rozdielu, zaistite bezpečnosť pacientov a zachovávajúte dôvernosť zdravotníckych informácií a osobných údajov.

Pri ochrane zdravotnej starostlivosti môže pomôcť prijatie zo strany miestnych komunít, predstaviteľov a strán konfliktu. Zdravotnícki aktéri by mali vzdelávať ľudí



okolo seba a zároveň zachovávať dojem nestrannosti a neutrality. Na tento dojem bude mať vplyv aj štandardná starostlivosť, kvalita služieb a poloha zdravotníckeho zariadenia (napríklad ak sa nachádza v blízkosti vojenskej základne).

Zdravotnícke zariadenia zvyčajne uplatňujú pravidlo „žiadne zbrane“, pričom zbrane sa nechávajú mimo zariadenia alebo sanitky. Tým sa podporuje neutrálne prostredie, môže to pomôcť vyhnúť sa napätiu a eskalácii konfliktu v zariadení a zabrániť tomu, aby sa cieľom stalo samotné zariadenie.

Podniknite fyzické bezpečnostné opatrenia na ochranu zariadenia a zamestnancov pred nebezpečenstvom. Zároveň sa snažte porozumieť tomu, ako ovplyvňujú vnímanie a prijatie zdravotníckeho zariadenia zo strany širokej verejnosti.

Humanitárne organizácie musia pri profilovaní služieb zvážiť ich riziká a výhody a to, aký budú mať dopad na dôveru a prijatie zo strany komunity. Pri niektorých operáciách môže byť vhodná nenápadnosť (napríklad neoznačovanie predmetov alebo lokalít), kým pri iných môže byť lepšie označiť predmety alebo lokality veľkými logami.

1. Zdravotné systémy

Dobre fungujúci zdravotný systém dokáže reagovať na všetky potreby zdravotnej starostlivosti v kríze, takže ostatná zdravotná starostlivosť môže pokračovať aj v prípade zdravotnej krízy veľkého rozsahu, ako je vypuknutie nákazy ebolou. Bude sa pokračovať v liečbe ľahko liečiteľných ochorení a naďalej budú fungovať programy primárnej zdravotnej starostlivosti o matky a deti, čím sa zníži nadmerná úmrtnosť a chorobnosť. Každý aktér pôsobiaci v oblasti podpory, obnovy alebo udržiavania zdravia prispieva k celkovému zdravotnému systému. Zdravotný systém zahŕňa všetky úrovne od vnútroštátnej cez regionálnu, okresnú a komunitnú až po poskytovateľov domácej starostlivosti, armádu a súkromný sektor.

V kríze sú zdravotné systémy a poskytovanie zdravotnej starostlivosti často oslabené, a to ešte pred nárastom dopytu. Môže dôjsť k strate zdravotníckych pracovníkov, prerušeniu dodávok zdravotníckych potrieb alebo poškodeniu infraštruktúry. Na to, aby bolo možné stanoviť priority humanitárnej pomoci, je dôležité pochopiť vplyv krízy na zdravotné systémy.

Humanitárni aktéri môžu zriedka pracovať v mimoriadnej situácii, pokiaľ nie je k dispozícii fungujúci zdravotný systém. Ak je systém slabý, bude nutné ho posilniť alebo rozvinúť (napríklad pomocou odkazovacích mechanizmov, zhromažďovania a analýzy zdravotných informácií).

Štandardy v tejto časti sa týkajú piatich kľúčových aspektov dobre fungujúceho zdravotného systému:

- poskytovanie kvalitných zdravotných služieb,
- vyškolená a motivovaná zdravotnícka pracovná sila,
- primerané dodávky, spravovanie a používanie liekov, diagnostického materiálu a technológií,
- dostatočné financovanie zdravotnej starostlivosti a
- riadne informácie o zdraví a ich analýza.

Tieto aspekty sa navzájom ovplyvňujú mnohými spôsobmi. Nedostatok zdravotníckych pracovníkov alebo základných liekov napríklad ovplyvní poskytovanie služieb.

Vedenie a koordinácia sú rozhodujúce pri nestrannom uspokojovaní potrieb. Ministerstvo zdravotníctva (MZ) zvyčajne riadi a koordinuje reakciu a môže požiadať o pomoc ďalších zdravotníckych aktérov. Ak mu chýbajú kapacity alebo ochota efektívne a nestranne sa ujať svojej roly, túto zodpovednosť by mal prevziať iný orgán. Ak MZ nemá prístup do všetkých oblastí krajiny alebo by ho tam neprijali, humanitárni aktéri sa musia snažiť podporovať akceptovaný zabehnutý systém, a to najmä v akútnej mimoriadnej situácii. Dôkladne posúďte, ako pracovať s nešťastnými aktérmi a inými subjektmi, a ich schopnosť poskytovať alebo koordinovať zdravotnú starostlivosť obyvateľstvu.



Prístup k obyvateľstvu je dôležitý, ale musí sa zohľadniť pri jasnom pochopení humanitárnych zásad a dôsledkov na neustrannú a neutrálnu pomoc. Koordinácia musí fungovať na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti: od vnútroštátnej po komunitnú a medzi nimi, ako aj s ďalšími sektormi, ako je WASH, výživa a vzdelávanie, a s medzisektorovými technickými pracovnými skupinami, napríklad v oblasti psychickej a psychosociálnej podpory, rodovo podmieneného násillia (RPN) a HIV.

Štandard Zdravotné systémy 1.1: Poskytovanie zdravotnej služby

Ľudia majú prístup k integrovanej, kvalitnej a na pacienta orientovanej bezpečnej a účinnej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové kroky

- 1 Poskytujte dostatočnú a primeranú zdravotnú starostlivosť na rôznych úrovniach zdravotného systému.
 - V akútnych mimoriadnych situáciách uprednostnite zdravotné služby na úrovni krajiny alebo na najbližšej operačnej úrovni na základe typu krízy, epidemiologického profilu a možností zdravotného systému.
 - Identifikujte rôzne typy starostlivosti, ktoré majú byť dostupné na rôznych úrovniach (domácnosť, komunita, zdravotnícke zariadenie a nemocnica).
- 2 Vytvorte alebo posilnite mechanizmy triáže a odkazovacie systémy.
 - V zdravotníckych zariadeniach alebo v terénnych lokalitách pri konflikte zaveďte triážne protokoly, aby bolo možné identifikovať a rýchlo liečiť alebo stabilizovať ľudí, ktorí potrebujú okamžitú pozornosť ešte pred ich odkázaním a prevozom na iné miesto kvôli ďalšej starostlivosti.
 - Zabezpečte efektívne odkazovanie medzi jednotlivými úrovňami starostlivosti a službami vrátane služieb chránenej a bezpečnej pohotovostnej prepravy a medzi sektormi, ako je výživa či ochrana detí.
- 3 Upravte a využite štandardizované protokoly zdravotnej starostlivosti, liečby prípadov a racionálneho používania liekov.
 - Uplatňujte vnútroštátne normy vrátane zoznamov základných liekov a prispôbte ich kontextu mimoriadnej situácie.
 - Ak sú vnútroštátne usmernenia zastarané alebo nie sú dostupné, použite medzinárodné usmernenia.
- 4 Zabezpečte zdravotnú starostlivosť, ktorá zaručuje právo pacientov na dôstojnosť, súkromie, dôvernosť, bezpečnosť a informovaný súhlas.
 - Zaisťte bezpečnosť a súkromie, aby mal k starostlivosti prístup každý vrátane ľudí s často stigmatizujúcimi ochoreniami, ako je HIV alebo pohlavne prenosné infekcie (PPI).

- 5 Zabezpečte bezpečnú zdravotnú starostlivosť a predchádzajte ujámam na zdraví, nežiaducim zdravotným udalostiam alebo zneužívaniu.
 - Zavedte systém hlásenia a skúmania nežiaducich zdravotných udalostí.
 - Vytvorte pravidlá na hlásenie zneužívania alebo sexuálneho násillia.
- 6 Uplatňujte vhodné opatrenia na prevenciu a bránenie šírenia infekcií (PBŠI) vrátane minimálnych štandardov WASH a mechanizmov likvidácie zdravotníckeho odpadu vo všetkých zdravotníckych prostrediach.
 - V prípade šírenia ochorení, ako sú cholera alebo ebola, využite komplexné usmernenia od špecializovaných orgánov, ako je Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), UNICEF a Lekári bez hraníc/Médecins Sans Frontières (MSF).
- 7 S mŕtvymi nakladajte a pochovávajte ich bezpečne, dôstojne a kultúrne primeraným spôsobom podľa osvedčených postupov v oblasti verejného zdravia.

Kľúčové ukazovatele

Percento obyvateľstva s prístupom k primárnej zdravotnej starostlivosti do jednej hodiny chôdze od obydliá

- Minimálne 80 %

Percento zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú prioritné zdravotné služby

- Minimálne 80 %

Počet lôžok na hospitalizáciu (okrem tehotenských lôžok) na 10 000 ľudí

- Minimálne 18

Percento obyvateľstva, ktoré vyžaduje odkázanie na ďalšiu úroveň zdravotnej starostlivosti

Percento pacientov odkázaných v riadnom čase

Pokyny

Prístup k zdravotnej starostlivosti závisí od jej dostupnosti vrátane fyzickej dosiahnuteľnosti, prijateľnosti a cenovej dostupnosti pre všetkých.

Dostupnosť: Zdravotnú starostlivosť možno poskytovať prostredníctvom kombinácie komunitných, mobilných a pevných zdravotníckych zariadení. Počet, typ a umiestnenie jednotlivých zariadení sa bude líšiť podľa kontextu. Všeobecné usmernenie na plánovanie pokrytia pevnými zdravotníckymi zariadeniami je:

- jedno zdravotnícke zariadenie na 10 000 ľudí a
- jedna okresná alebo vidiecka nemocnica na 250 000 ľudí.

Tieto kapacity však nezaistia dostatočné pokrytie zdravotnou starostlivosťou vo všetkých situáciách. Vo vidieckych oblastiach môže byť lepší cieľ jedno zariadenie na 50 000 ľudí v kombinácii s komunitnými programami liečby prípadov a mobilnými



klinikami. V mestských oblastiach môžu byť prvým miestom prístupu sekundárne zdravotnícke zariadenia, ktoré tak môžu pokryť viac ako 10 000 obyvateľov.

V mimoriadnych situáciách má rozhodujúci význam vytvorenie núdzovej zdravotnej kapacity. Vyhnite sa zdvojovaniu existujúcich služieb, čo by bolo mrhaním prostriedkov a znížilo by to dôveru v jestvujúce zariadenia. Keď sa dočasné zariadenia zatvoria, ľudia sa do týchto zariadení musia s dôverou vrátiť.

Monitorujte mieru využívania služieb. Nízka miera poukazuje na zlú kvalitu, priame alebo nepriame cenové bariéry, uprednostňovanie iných služieb, prehnaný odhad počtu obyvateľov alebo iné problémy s prístupom. Vyššia miera môže nasvedčovať problému verejného zdravia alebo podhodnoteniu cieľového počtu obyvateľov, prípadne môže poukazovať na problémy s prístupom na iných miestach. Všetky údaje je potrebné analyzovať podľa pohlavia, veku, zdravotného postihnutia, etnického pôvodu a ďalších faktorov, ktoré môžu byť relevantné v danom kontexte. Spôsob výpočtu miery využitia ⊕ *nájdete v Prílohe 3.*

Prijateľnosť: Na základe konzultácie so všetkými sektormi komunity identifikujte a odstráňte prekážky v prístupe k službám pre rôzne časti komunity a všetky strany konfliktu, najmä ohrozené skupiny. Venujte sa ženám, mužom, deťom, ľuďom s HIV a ohrozeným HIV, osobám so zdravotným postihnutím a starším ľuďom, aby rozumeli významu vyhľadania zdravotnej starostlivosti. Začlenenie ľudí do budovania zdravotnej starostlivosti motivuje pacientov a zlepšuje včasnosť poskytovania starostlivosti.

Cenová dostupnosť: ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.4: Financovanie zdravotníctva.*

Starostlivosť na úrovni komunity: Primárna zdravotná starostlivosť zahŕňa domácu a komunitnú starostlivosť. Prístup k primárnej zdravotnej starostlivosti sa môže realizovať prostredníctvom komunitných zdravotníckych pracovníkov (KZP) alebo dobrovoľníkov, školiteľov z radov komunity alebo v spolupráci s obecnými zdravotnými výbormi s cieľom zvýšiť zapojenie pacientov a komunity. Starostlivosť môže zahŕňať preventívne programy, podporu zdravia alebo liečbu prípadov a závisí od kontextu. Všetky programy by sa mali prepojiť s najbližším zariadením primárnej zdravotnej starostlivosti, aby sa zabezpečila integrovaná starostlivosť, klinický dohľad a monitorovanie programu. Ak robia KZP skrining akútnej podvýživy, vyžaduje sa odkazovanie na výživové služby v zdravotníckych zariadeniach alebo na iných miestach. ⊕ *Pozri Potravinovú bezpečnosť a výživu, štandard hodnotenia 1.2: Hodnotenie výživy.* Integrujte starostlivosť s komunitnými programami v iných sektoroch, ako je WASH a výživa. ⊕ *Pozri WASH, štandard Podpora hygieny 1.1 a Potravinovú bezpečnosť a výživu, štandard Riadenie v oblasti výživy 2.1.*

Systémy **núdzového odkazovania** s vopred stanovenými, bezpečnými a chránenými mechanizmami prepravy musia byť dostupné 24 hodín denne, sedem dní v týždni. Medzi odkazujúcou osobou a prijímajúcim zdravotníkom musí existovať systém klinického postúpenia.

Práva pacientov: Zdravotnícke zariadenia a služby navrhujte tak, aby zaručovali súkromie a dôvernosť, napríklad v samostatných ambulanciách. Pred lekáorskými alebo chirurgickými zákrokmi požiadajte pacientov alebo ich opatrovateľov o informovaný súhlas. Zohľadnite všetky osobitné aspekty, ktoré môžu ovplyvniť informovaný súhlas a bezpečnosť, ako je vek, pohlavie, zdravotné postihnutie, jazyk a etnická príslušnosť. Čo najskôr zavedte mechanizmy spätnej väzby zo strany pacientov. Chráňte údaje o pacientoch. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.5: Zdravotnícke informácie.*

Vhodné a bezpečné zariadenia: Postupujte podľa protokolov racionálneho používania liekov a systému bezpečnej správy liekov a pomôcok. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.*

Zabezpečte vhodnosť zariadení aj pri mimoriadnych situáciách. Zabezpečte osobitné priestory na vyšetrenia, organizovaný tok pacientov, 1-metrové odstupy medzi lôžkami, vetranie, sterilizačnú miestnosť (nie na otvorenom priestranstve) pre nemocnice, dostatočné dodávky energie na podporu kritického vybavenia a dostatočné zariadenia v oblasti WASH. V prípade vypuknutia nákazy si pozrite požiadavky a smernice týkajúce sa infraštruktúry, napríklad zón určených na triáž, pozorovanie a izoláciu.

Opatrenia navrhujte tak, aby boli zdravotnícke zariadenia bezpečné, chránené a prístupné aj počas krízy, napríklad v prípade záplavy alebo konfliktu.

Prevenia a bránenie šíreniu infekcií (PBŠI) je rozhodujúca vo všetkých prostrediach určených na prevenciu chorôb a antimikrobiálnej rezistencie. Celosvetovo sa aj v nekrízových situáciách u 12 % pacientov rozvinie infekcia pri zdravotnej starostlivosti, pričom 50 % infekcií po chirurgickom zákroku je rezistentných voči známym antibiotikám.

Medzi kľúčové prvky PBŠI patrí vypracovanie a uplatňovanie smerníc (o štandardných bezpečnostných opatreniach, bezpečnostných opatreniach súvisiacich s prenosom a klinických aseptických technikách), existencia tímu PBŠI v každom zariadení, vyškolenie zdravotníckej pracovnej sily, monitorovanie programov a začlenenie detekcie infekcií a antimikrobiálnej rezistencie súvisiacej so zdravotnou starostlivosťou do dozorných systémov. Zdravotnícke zariadenia musia mať vhodných pracovníkov a primeranú pracovnú záťaž, obsadenosť lôžok (nie viac ako jeden pacient na lôžko), vybudované prostredie a musia sa v nich dodržiavať bezpečné hygienické postupy. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.2: Zdravotnícka pracovná sila*, ⊕ *Pozri Vhodné a bezpečné zariadenia vyššie* a pre infraštruktúru a vybavenie v oblasti WASH ⊕ *pozri štandard WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*

Súčasťou opatrení na PBŠI sú štandardné bezpečnostné opatrenia, medzi ktoré patria:

- *Prevenia poranení ostrými predmetmi:* S ihlami, skalpelmi a ďalšími ostrými predmetmi manipulujte opatrne, napríklad pri čistení použitých nástrojov alebo likvidácii použitých ihliel. Každéj osobe s poranením ostrým predmetom



by mala byť do 72 hodín ponúknutá postexpozičná profylaxia (PEP) proti HIV.

⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.3: HIV.*

- **Používanie osobných ochranných prostriedkov (OOP):** Na základe predpokladaného rizika a vykonávanej úlohy poskytujte vhodné OOP. Vyhodnotte typ očakávaného vystavenia (napríklad šplechnutie, postriekanie, kontakt alebo dotyk), kategóriu prenosu choroby, odolnosť a vhodnosť OOP pre danú úlohu (napríklad odolnosť voči tekutinám, nepremokavosť) a vhodnú veľkosť prostriedku. Doplnkové OOP budú závisieť od typu prenosu: kontakt (napríklad plášť alebo rukavice), kvapka (nutnosť nosiť chirurgické rúška vo vzdialenosti do 1 metra od pacienta) alebo vzduch (časticové respirátory).
⊕ *Pozri štandard WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*
- Medzi ďalšie opatrenia patria hygiena rúk, odpadové hospodárstvo v zdravotnej starostlivosti, udržiavanie čistého prostredia, čistenie zdravotníckych pomôcok, hygiena pri dýchaní a kašli a pochopenie aseptických zásad. ⊕ *Pozri štandard WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*

Nežiaduce udalosti: Celosvetovo sa u 10 % pacientov v nemocnici vyskytne nežiaduca udalosť (aj mimo humanitárnej krízy), a to väčšinou v dôsledku chirurgických nebezpečných zákrokov, chýb v užívaní liekov a infekcií súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. V každom zdravotníckom zariadení je nutné viesť register nežiaducich udalostí, ktorý je potrebné podrobovať auditu, aby sa podporovalo vzdelávanie.

Nakladanie s mŕtvymi: Pri nakladaní s mŕtvymi konajte s rešpektom podľa miestnych zvykov a náboženských zvyklostí. Identifikujte ostatky a vráťte ich rodinám. Nakladanie s mŕtvymi si vyžaduje koordináciu medzi sektormi zdravotníctva, WASH, práva, ochrany a forenznej medicíny, či už ide o epidémiu, prírodnú katastrofu, konflikt alebo hromadné zabíjanie.

Mŕtve telá len zriedka bezprostredne ohrozujú zdravie. Niektoré choroby (napríklad cholera alebo ebola) si vyžadujú osobitnú manipuláciu. Vyzdvihnutie mŕtvych si môže vyžadovať OOP, vybavenie na vyzdvihnutie, prepravu a skladovanie, ako aj dokumentáciu. ⊕ *Pozri štandard WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*

Štandard Zdravotné systémy 1.2: Zdravotnícka pracovná sila

Na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti majú ľudia prístup k zdravotníckym pracovníkom s dostatočnými zručnosťami.

Kľúčové kroky

- 1 Na stanovenie chýbajúcich pozícií a nedostatočne obslužených oblastí si pozrite jestvujúce úrovne personálneho obsadenia a pridelenie pracovníkov podľa vnútroštatných klasifikácií.

- Úrovně personálneho obsadenia sledujte v prepočte na 1 000 ľudí podľa funkcie a miesta zamestnania.
- 2) Vyškoolte pracovníkov podľa ich úloh v súlade s vnútroštátnymi normami alebo medzinárodnými smernicami.
- Zohľadnite, že pracovníci v akútnych mimoriadnych situáciách môžu mať rozšírené úlohy a potrebovať školenie a podporu.
- V prípade vysokej fluktuácie zavedte systém opakujúcich sa školení.
- 3) Podporujte prácu zdravotníckych pracovníkov v bezpečnom pracovnom prostredí.
- Zavádzajte a presadzujte všetky možné opatrenia na ochranu zdravotníckych pracovníkov v konfliktach.
- Klinickým pracovníkom zabezpečte školenia v oblasti ochrany zdravia pri práci a očkovania proti hepatitíde B a tetanu.
- Zabezpečte pracovníkom primerané PBŠI a OOP na vykonávanie ich povinností.
- 4) Vypracujte motivačné a mzdové stratégie, ktoré minimalizujú rozdiely v platoch a nerovnomerné rozdelenie zdravotníckych pracovníkov medzi MZ a iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- 5) Zdieľajte údaje o zdravotníckej pracovnej sile a informácie o pripravenosti s MZ a ďalšími orgánmi na miestnej aj celoštátnej úrovni.
- Dávajte pozor na vysídľovanie a odchod zdravotníckych pracovníkov počas konfliktu.

Kľúčové ukazovatele

Počet komunitných zdravotníckych pracovníkov na 1 000 ľudí

- Minimálne 1 – 2 komunitní zdravotnícki pracovníci

Percento pôrodov, na ktorých sa zúčastnili kvalifikovaní pracovníci (lekári, zdravotné sestry, pôrodné asistentky)

- Minimálne 80 %

Počet kvalifikovaných pracovníkov, ktorí sa zúčastňujú na pôrodných (lekári, zdravotné sestry, pôrodné asistentky) na 10 000 ľudí

- Minimálne 23 na 10 000 ľudí

Všetci zdravotnícki pracovníci vykonávajúci klinickú prácu absolvovali školenie v oblasti klinických protokolov a vedenia prípadov

Pokyny

Dostupnosť zdravotníckych pracovníkov: Zdravotnícka pracovná sila zahŕňa lekárov, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, klinických pracovníkov, laboratórnych technikov, lekárnikov a KZP, ako aj riadiacich a pomocných pracovníkov. Počet



a profil pracovníkov musí zodpovedať potrebám obyvateľstva a služieb. Personálna poddimenzovanosť môže mať za následok nadmernú pracovnú záťaž a zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je bezpečná. Začleňte existujúcich zdravotníkov do systému núdzovej reakcie.

Pri nábore a školeniach miestnych zamestnancov sa riadte vnútroštátnymi smernicami (alebo medzinárodnými, ak vnútroštátne nie sú dostupné). Nábor zahraničných zamestnancov sa musí riadiť vnútroštátnymi predpismi a predpismi MZ (napríklad doklad o kvalifikácii, najmä v prípade klinickej praxe).

Zohľadnite starostlivosť o ľudí v ťažko dostupných vidieckych a mestských oblastiach vrátane oblastí v blízkosti konfliktu. Pracovníci musia poskytovať starostlivosť ľuďom všetkých etníc, jazykov a príslušností. Zamestnávajte a vyškolte zdravotníckych pracovníkov nižšej úrovne na terénnu prácu v komunite, liečbu prípadov v mobilných tímoch alebo na zdravotníckych stanoviskách a vypracujte kvalitné odkazovacie mechanizmy. Pri práci v zložitých oblastiach môžu byť nutné motivačné opatrenia.

Komunitní zdravotnícki pracovníci (KZP): Komunitné plánovanie s využitím KZP (vrátane dobrovoľníkov) zlepšuje prístup k ťažko dostupnému obyvateľstvu vrátane marginalizovaných alebo stigmatizovaných skupín. Pri geografických obmedzeniach alebo problémoch s prijatím v rozmanitých komunitách môže byť jeden KZP prakticky k dispozícii len pre 300 ľudí, nie 500.

Práca KZP bude rôznorodá. Môžu byť vyškolení v poskytovaní prvej pomoci alebo vo vedení prípadov, prípadne môžu robiť zdravotný skrining. Musia byť prepojení s najbližším zdravotníckym zariadením, aby sa zabezpečil primeraný dohľad a integrovaná starostlivosť. Často sa stáva, že KZP nie je možné začleniť do systému zdravotnej starostlivosti, keď mimoriadna situácia ustúpi. V niektorých kontextoch KZP pracujú iba vo vidieckych prostrediach, takže pri mestských krízach môže byť potrebné prijať iný model.

Prijateľnosť: Uspokojenie sociálno-kultúrnych očakávaní ľudí zvýši motiváciu pacientov. Zloženie pracovnej sily musí zohľadňovať rozmanitosť obyvateľstva so zmesou rôznych sociálno-ekonomických, etnických či jazykových skupín a skupín podľa sexuálnej orientácie, ako aj vhodnú rovnováhu z hľadiska pohlavia.

Kvalita: Organizácie musia pracovníkov vyškoliť a kontrolovať, aby sa zaistila aktuálnosť ich poznatkov a bezpečnosť ich praxe. Zosúlajte školiace programy s vnútroštátnymi (prispôbenými mimoriadnym situáciám) alebo schválenými medzinárodnými smernicami.

Zahrňte školenia v týchto oblastiach:

- klinické protokoly a vedenie prípadov,
- štandardné pracovné postupy (ako PBŠI, zdravotné odpadové hospodárstvo),
- ochrana a bezpečnosť (prispôbené úrovni rizika) a
- pravidiel správania (ako sú lekárska etika, práva pacientov, humanitárne zásady, ochrana detí, ochrana pred sexuálnym vykorisťovaním a zneužívaním).

⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.2: Sexuálne násilie a klinický postup v prípade znásilnenia a Zásady ochrany.*

Osvedčené postupy podporí pravidelný dohľad a monitorovanie kvality. Jednorazové školenie nezabezpečí vhodnú kvalitu. Poskytnite MZ záznamy o tom, kto bol vyškolený, v akej oblasti, kým, kedy a kde.

Štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky

Ľudia majú prístup k základným liekom a bezpečným a účinným zdravotníckym pomôckam so zaistenou kvalitou.

Kľúčové kroky

- 1 Vypracujte štandardizované zoznamy základných liekov a zdravotníckych pomôcok na prioritnú zdravotnú starostlivosť.
 - V skorej fáze reakcie skontrolujte jestvujúce vnútroštátne zoznamy základných liekov a zdravotníckych pomôcok a prispôbte ich kontextu mimoriadne situácie.
 - Venujte zvýšenú pozornosť kontrolovaným liekom, ktoré si môžu vyžadovať osobitné opatrenia pri zabezpečovaní ich dostupnosti.
- 2 Na zabezpečenie dostupnosti bezpečných základných liekov a zdravotníckych pomôcok zavedte účinné systémy riadenia.
 - Zabezpečte reťazec prepravy, uchovávaní a chladenia očkovacích látok ako aj pri odbere a uchovávaní krvných produktov.
- 3 Darované lieky a zdravotnícke pomôcky prijímajte iba vtedy, ak sa riadia medzinárodne uznávanými smernicami.

Kľúčové ukazovatele

Počet dní, keď nie sú dostupné základné lieky

- Maximálne 4 dni z 30

Percento zdravotníckych zariadení so základnými liekmi

- Minimálne 80 %

Percento zdravotníckych zariadení s funkčnými základnými zdravotníckymi pomôckami

- Minimálne 80 %

Všetky lieky vydávané pacientom sú v rámci expiračnej doby

Pokyny

Riadenie základných liekov: Medzi základné liečivá patria lieky, očkovacie látky a krvné produkty. Primerané riadenie liekov znamená, že je zaistená ich dostupnosť



a zároveň sú zakázané nebezpečné a expirované lieky. Hlavnými prvkami riadenia sú výber, plánovanie, obstarávanie, uchovávanie a distribúcia.

Výber by sa mal zakladať na vnútroštátnom zozname základných liekov. Podporujte dopĺňanie chýbajúcich liekov, napríklad na neprenosné choroby, v oblasti reprodukčného zdravia, na úľavu od bolesti v paliatívnej starostlivosti a chirurgii, anestetík, liekov v oblasti psychického zdravia, kontrolovaných liekov (pozri nižšie) a ďalších.

Plánovanie by sa malo zakladať na spotrebe, údajoch o chorobnosti a analýze kontextu. Pri narušení miestnej výroby, poškodení skladov alebo oneskorení medzinárodného obstarávania – okrem iných faktorov – sa vnútroštátne dodávky liekov môžu prerušiť.

Metódy **obstarávania** musia byť v súlade s vnútroštátnymi a colnými predpismi a mechanizmami na zabezpečenie kvality pri medzinárodnom obstarávaní. Presadzujte zlepšenie mechanizmov pre prípad oneskorení (prostredníctvom MZ, riadiacej agentúry, vnútroštátneho orgánu na riadenie katastrof alebo humanitárneho koordinátora). Ak príslušné systémy neexistujú, obstarávajte vopred schválené produkty, ktorým neuplynula doba expirácie, a sú v jazyku danej krajiny a zdravotníckej pracovnej sily.

Uchovávanie: Lieky sa musia bezpečne uchovávať počas celého dodávateľského cyklu. Požiadavky medzi produktmi sa líšia. Lieky sa nesmú uchovávať priamo na podlahe. Zabezpečte samostatné priestory pre expirované položky (uzamknuté), horľavé produkty (dobře vetrané, s protipožiarnou ochranou), kontrolované látky (so zvýšeným zabezpečením) a produkty vyžadujúce reťazec chladenia alebo reguláciu teploty.

Distribúcia: Zavedte bezpečné, chránené, predvídateľné a zdokumentované mechanizmy prepravy z centrálnych zásob do zdravotníckych zariadení. Partneri môžu využiť systém automatických dodávok alebo dodávok na požiadanie.

Bezpečná likvidácia expirovaných liekov: Zabráňte kontaminácii životného prostredia a ohrozeniu ľudí. Dodržiavajte vnútroštátne predpisy (prispôbené mimoriadnym situáciám) alebo medzinárodné smernice. Spaľovanie pri extrémne vysokých teplotách je nákladné a hromadenie zásob liekov funguje iba v krátkodobom horizonte. ⊕ *Pozri štandard WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*

Základné zdravotnícke pomôcky: Na každej úrovni zdravotnej starostlivosti definujte a obstarajte potrebné pomôcky a vybavenie (vrátane laboratórnych činidiel, väčších prístrojov), ktoré sú v súlade s vnútroštátnymi alebo medzinárodnými normami. Zahrňte asistenčné pomôcky pre ľudí so zdravotným postihnutím. Zaisťte bezpečné používanie pomôcok vrátane ich pravidelnej údržby a dodávky náhradných dielov, ideálne na miestnej úrovni. Pomôcky bezpečne vyradujte z prevádzky. Distribuuje alebo vymieňajte nefunkčné asistenčné pomôcky a jasne informujte o ich používaní a údržbe. Informujte sa v rehabilitačných službách o ich správnej veľkosti, prispôbení, používaní a údržbe. Vyhnite sa jednorazovej distribúcii.

Vopred pripravené súpravy sú užitočné v skorých fázach krízy alebo pri zavádzaní opatrení predbežnej pripravenosti. Obsahujú vopred schválené základné lieky

a zdravotnícke pomôcky a líšia sa podľa zdravotného zásahu. Hlavným dodávateľom medziagentúrnych lekárníciok, súprav pre neprenosné choroby, ako aj súprav na liečbu hnačky, traumy a ďalších, je WHO. Hlavným dodávateľom súprav pre sexuálne a reprodukčné zdravie je Populačný fond OSN (UNFPA).

Lieky na predpis: Lieky na úľavu od bolesti, psychické zdravie a popôrodné krvácanie sú zvyčajne na predpis. Keďže 80 % nízkopríjmových krajín nemá prístup ku vhodným liekom na úľavu od bolesti, presadzujte na MZ a vo vláde zlepšovanie dostupnosti liekov na predpis.

Krvné produkty: Ak existuje, spolupracujte s vnútroštátnou službou krvnej transfúzie. Krv odoberajte jedine dobrovoľníkom. Všetky produkty testujte minimálne na HIV, hepatitídu B a C a syfilis a testujte krvnú skupinu a kompatibilitu. Produkty bezpečne uchovávajte a distribuujte. Vyškoolte klinických pracovníkov v racionálnom používaní krvi a krvných produktov.

Štandard Zdravotné systémy 1.4: Financovanie zdravotníctva

Ľudia majú počas trvania krízy prístup k bezplatnej prioritnej zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové kroky

- 1 Naplánujte zrušenie alebo dočasné pozastavenie užívateľských poplatkov, ak sa účtujú prostredníctvom štátnych systémov.
- 2 Znížte nepriame náklady alebo iné finančné bariéry prístupu k službám a ich používaniu.

Kľúčové ukazovatele

Percento zdravotníckych zariadení, ktoré si neúčtujú používateľské poplatky za prioritnú zdravotnú starostlivosť (vrátane konzultácií, liečby, vyšetrení a poskytovania liekov)

- Cieľ 100 %

Percento ľudí, ktorí nemusia priamo platiť za prístup k zdravotnej starostlivosti ani jej využívaniu (vrátane konzultácií, liečby, vyšetrení a poskytovania liekov)

- Cieľ 100 %

Pokyny

Užívateľské poplatky: Vyžadovanie platieb za služby počas mimoriadnej situácie bráni prístupu a môže odradiť ľudí od vyhľadania zdravotnej starostlivosti.

Pozastavenie užívateľských poplatkov pri štátnych poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti nevyhnutne spôsobí finančné ťažkosti. Zvážte podporovanie zariadení



MZ alebo iných zodpovedných poskytovateľov prostredníctvom miezd a stimulov pre zamestnancov a zvýšených dodávok liekov a zdravotníckych a asistenčných pomôcok. Ak dôjde k dočasnému pozastaveniu užívateľských poplatkov, zaistite, aby užívatelia dostali jasné informácie o časovom rámci a dôvodoch pozastavenia, a monitorujte prístupnosť a kvalitu služieb.

Nepriame náklady možno minimalizovať dostatočnými službami v komunitách a využívaním naplánovaných mechanizmov prepravy a odkazovania.

Peňažná podpora: Ciele programu všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti do roku 2030 hovoria, že ľudia majú dostávať zdravotnú starostlivosť bez neúmerných finančných útrap. Neexistujú jasné dôkazy, že peňažná podpora špecificky pri zdravotníckych reakciách v humanitárnych kontextoch má pozitívny dopad na zdravotné výsledky. ⊕ *Pozri Čo je Sphere? vrátane časti Poskytovanie pomoci prostredníctvom trhov.*

Skúsenosti nasvedčujú tomu, že využívanie peňažnej podpory pri zdravotníckych reakciách môže pomôcť, ak:

- je mimoriadna situácia stabilizovaná,
- existuje predvídateľná služba, ktorú možno podporiť, napríklad predpôrodná starostlivosť alebo liečba chronických ochorení,
- existuje pozitívne správanie zamerané na vyhľadávanie zdravotnej starostlivosti a vysoký dopyt, a
- sú naplnené iné kritické potreby domácností, ako sú potraviny a prístrešie.

Štandard Zdravotné systémy 1.5: Zdravotnícke informácie

Zdravotná starostlivosť vychádza z dôkazov získavaných zberom, analýzou a používaním relevantných verejných zdravotných údajov.

Kľúčové kroky

- 1 Posilnite alebo vytvorte zdravotný informačný systém, ktorý poskytuje dostatočné, presné a aktuálne informácie ako pomoc pri efektívnej a spravodlivej reakcii v zdravotníctve.
 - Dbajte na to, aby zdravotný informačný systém zahŕňal všetky zainteresované strany, jednoducho sa zavádzal a umožňoval ľahký zber, analýzu a interpretovanie informácií v záujme riadenia reakcie.
- 2 Posilnite alebo vytvorte mechanizmy včasného varovania, výstrahy a reakcie (VVVR) na choroby pri všetkých nebezpečenstvách, ktoré si vyžadujú okamžitú reakciu.
 - O zahrnutí prioritných chorôb a udalostí rozhodujte na základe profilu epidemiologického rizika a kontextu mimoriadnej situácie.
 - Zapracujte zložky založené na ukazovateľoch aj na udalostiach.
- 3 Schváľte a používajte spoločné pracovné údaje a definície.

- Zvážte, aké hodnoty sledovať v jednotlivých ukazovateľoch, napríklad rozčlenenie podľa počtu obyvateľov, veľkosti rodiny či veku.
- Stanovte administratívne oblasti a geografické kódy.
- 4 Pri používaní zdravotných informácií schváľte štandardné pracovné postupy pre všetkých zdravotníckych aktérov.
- 5 Vytvorte mechanizmy ochrany údajov, ktoré zaistia práva a bezpečnosť jednotlivcov, nahlasovacích jednotiek a populácií.
- 6 Podporujte hlavného zdravotníckeho aktéra, aby včas a pravidelne zhromažďoval, analyzoval, interpretoval a poskytoval zdravotnícke informácie všetkým zainteresovaným stranám a aby usmerňoval rozhodovanie o zdravotných programoch.
- Zahrňte sem pokrytie zdravotnými službami a ich využívanie, ako aj analýzu a interpretáciu epidemiologických údajov.

Kľúčové ukazovatele

Percento vypracovaných správ včasného varovania, výstrahy a reakcie (VVVR)/ správ o dohľade, ktoré boli predložené načas

- Minimálne 80 %

Frekvencia správ o zdravotných informáciách vypracovaných hlavným zdravotníckym aktérom

- Minimálne raz mesačne

Pokyny

Zdravotný informačný systém: Dobre fungujúci zdravotný informačný systém zabezpečuje vytváranie, analýzu, šírenie a používanie spoľahlivých a včasných informácií o zdravotných ukazovateľoch, výkonnosti zdravotných systémov a zdravotnom stave. Údaje môžu byť kvalitatívne alebo kvantitatívne a môžu pochádzať z rôznych zdrojov, ako je sčítania obyvateľstva, zápisy novorodencov, prieskum medzi obyvateľstvom, prieskum vnímaných potrieb, individuálne záznamy a záznamy zdravotníckych zariadení (ako sú informačné systémy na správu zdravotných údajov). Systém by mal byť dostatočne pružný na to, aby dokázal zapracovať a zohľadniť neočakávané problémy, ako sú vypuknutia nákaz alebo celkový kolaps zdravotného systému alebo služieb. Na základe informácií sa identifikujú problémy a potreby na všetkých úrovniach zdravotného systému.

Chýbajúce informácie zhromažďujte ďalším hodnotením alebo prieskumami. Berte do úvahy cezhraničný pohyb ľudí a to, aké informácie sú potrebné alebo dostupné. Pravidelne analyzujte, kto, čo a kde robí.

Informačné systémy na správu zdravotných údajov (ISSZÚ) alebo systémy pravidelného nahlasovania využívajú zdravotnícke informácie vytvárané zdravotníckymi zariadeniami. Slúžia na hodnotenie výkonnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Systém ISSZÚ monitoruje realizáciu konkrétnych zásahov, liečbu chorôb, prostriedky, ako je dostupnosť sledovaných liekov, ľudské zdroje a miera využívania.



Dohľad nad zdravím vyžaduje nepretržitý a systematický zber, analýzu a interpretáciu zdravotných údajov. V rámci dohľadu nad chorobami sa konkrétne monitorujú rôzne choroby a ich priebeh a je často sa súčasťou vykazovania ISSZÚ.

Systém včasného varovania, výstrahy a reakcie (VVVR) je súčasťou štandardného systému zdravotného dohľadu. Slúži na detekciu a vydávanie výstrah pri každom ohrození verejného zdravia, ktoré si vyžaduje okamžitú reakciu, ako je napríklad chemická otrava alebo choroby, pri ktorých hrozí epidémia. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.2: Dohľad, detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia.*

Štandardné pracovné postupy: Vypracujte spoločné definície a spôsoby poskytovania informácií naprieč geografickými lokalitami, úrovňami starostlivosti a zdravotníckymi aktérmi. Minimálne schválnite:

- definície prípadov,
- ukazovatele, ktoré sa majú monitorovať,
- nahlasovacie jednotky (ako sú mobilné kliniky, poľné nemocnice, zdravotnícke stanoviská),
- štruktúry nahlasovania, a
- frekvenciu predkladania, analýzy a hlásenia údajov.

Rozčlenenie údajov: Zdravotnícke informácie je potrebné rozčleniť podľa pohlavia, veku, zdravotného postihnutia, vysídleného a hostiteľského obyvateľstva, kontextu (napríklad prostredie tábora/iné ako tábor) a správnej úrovne (oblasť, kraj), aby sa zistili prípadne nerovnosti v ohrozených skupinách a mohli sa robiť adekvátne rozhodnutia.

V prípade VVVR rozčleňte údaje o úmrtnosti a chorobnosti pri deťoch mladších a starších ako päť rokov. Cieľom je rýchlo vydať výstrahu, takže sú prijateľné aj menej podrobné údaje. Rozčlenené údaje sa vyžadujú pri vyšetovaní vypuknutí nález, sledovaní kontaktov, tabuľkových zoznamoch a ďalšom monitorovaní trendov chorôb.

Spravovanie, zabezpečenie a dôvernosť údajov: Zaved'te primerané bezpečnostné opatrenia na ochranu bezpečnosti jednotlivcov a údajov. Pracovníci nikdy nesmú bez jeho dovolenia poskytovať informácie o pacientovi nikomu, kto nie je priamo zapojený do starostlivosti o pacienta. Myslite na osoby s mentálnou, duševnou alebo senzorickou poruchou, ktoré môžu ovplyvniť ich schopnosť dať informovaný súhlas. Zohľadnite, že mnohí ľudia s ochoreniami ako HIV nemuseli o svojom stave povedať ani najbližším rodinným príslušníkom. Citlivo nakladajte s údajmi týkajúcimi sa zranení spôsobených mučením alebo iným porušením ľudských práv vrátane sexuálneho napadnutia. Zvážte postúpenie týchto informácií príslušným aktérom alebo inštitúciám, ak k tomu daná osoba dá informovaný súhlas. ⊕ *Pozri Zásadu ochrany 1 a záväzok Základnej humanitárnej normy 4.*

Hrozby pre zdravotnú starostlivosť: Hrozby zdravotníckym pracovníkom alebo násilné incidenty, ktoré sa ich týkajú, je nutné nahlásiť cez schválené miestne a celoštátne mechanizmy. ⊕ *Pozri Základné koncepcie v oblasti zdravia (vyššie) a Citované a ďalšie zdroje (nižšie).*

2. Základná zdravotná starostlivosť

Základná zdravotná starostlivosť rieši hlavné príčiny úmrtnosti a chorobnosti v obyvateľstve zasiahnutom krízou. V koordinácii s ministerstvami zdravotníctva a inými oficiálnymi zdravotníckymi aktérmi sa dohodnite na službách, ktoré sa majú uprednostniť, kedy a kde. Pri prioritách vychádzajte z kontextu, hodnotení rizika a dostupných dôkazov.

Obyvateľstvo zasiahnuté krízou bude mať nové a odlišné potreby, ktoré sa budú stále vyvíjať. Zasiahnuté obyvateľstvo môže čeliť preľudneniu, viacnásobnému vysídleniu, podvýžive, nedostatočnému prístupu k vode alebo pokračujúcemu konfliktu. Na potreby môže ďalej vplývať vek, pohlavie, zdravotné postihnutie, stav z hľadiska HIV a jazyková či etnická identita. Tieto faktory môžu predstavovať významné prekážky v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Zohľadnite potreby ľudí žijúcich v nedostatočne obsluhovaných alebo ťažko dostupných oblastiach.

S MZ a ďalšími zdravotníckymi aktérmi sa dohodnite na prioritných službách s dôrazom na riziká, ktoré môžu nastať s najvyššou pravdepodobnosťou a ktoré môžu spôsobiť najvyššiu chorobnosť a úmrtnosť. Zdravotné programy musia zabezpečiť primeranú a účinnú starostlivosť zohľadňujúcu kontext, logistiku a potrebné prostriedky. Priority sa môžu meniť podľa toho, ako sa kontext bude zlepšovať alebo zhoršovať. Určovanie priorít musí prebiehať pravidelne na základe dostupných informácií a zmien kontextu.

Keď klesne miera úmrtnosti alebo keď sa situácia stabilizuje, je možné poskytovať komplexnejšie zdravotné služby. V dlhšie trvajúcich krízach môže ísť o základný balík zdravotných služieb definovaný na úrovni krajiny.

V tejto časti je načrtnutá základná minimálna zdravotná starostlivosť v kľúčových oblastiach núdzovej reakcie: sú to prenosné choroby, zdravie detí, sexuálne a reprodukčné zdravie, starostlivosť v prípade zranenia a traumy, psychické zdravie, neprenosné choroby a paliatívna starostlivosť.

2.1 Prenosné choroby

Humanitárna kríza, či už spôsobená prírodnou katastrofou, konfliktom alebo hladom, často prináša zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť na prenosné choroby. Presun ľudí do preplnených spoločných osídlení alebo prístreší znamená, že sa v nich ľahko šíria choroby ako hnačka a osýpky. Poškodenie sanitárnych zariadení alebo nedostatok čistej vody vedie k rýchlemu prenosu chorôb prenášaných vodou a prenášačmi. Znížená imunita obyvateľstva má za následok vyššiu náchylnosť na choroby. Narušenie zdravotných systémov môže viesť k prerušeniu dlhodobej liečby, napríklad HIV alebo tuberkulózy (TBC), bežných očkovaní a liečby jednoduchých ochorení, napríklad respiračných infekcií.



Akútne respiračné infekcie, hnačka, osýpky a malária predstavujú najvyššiu chorobnosť v obyvateľstve zasiahnutom krízou. Tieto ochorenia zhoršuje akútna podvýživa, a to najmä u detí vo veku menej ako päť rokov a u starších ľudí.

Cieľom v prípade krízy je prevencia prenosných chorôb už od začiatku, riešenie všetkých prípadov a zaistenie rýchlej a primeranej reakcie v prípade vypuknutia nákazy. Zásahy pri boji s prenosnými chorobami by mali zahŕňať prevenciu, dohľad, detekciu vypuknutia nákazy, diagnózu a liečbu prípadov ako aj reakciu na vypuknutie nákazy.

Štandard Prenosné choroby 2.1.1: Prevencia

Ľudia majú prístup k zdravotnej starostlivosti a informáciám o prevencii prenosných chorôb.

Kľúčové kroky

- 1 Stanovte riziko prenosných chorôb v zasiahnutom obyvateľstve.
 - Ak sú dostupné, pozrite si existujúce zdravotnícke informácie a údaje o dohľade, ako aj stav výživy a prístup k bezpečnej vode a sanitácii.
 - Posúďte rizikách v spolupráci so zasiahnutým obyvateľstvom vrátane miestnych lídrov a zdravotníckych pracovníkov.
- 2 Na tvorbe všeobecných preventívnych opatrení spolupracujte s ďalšími sektormi a zavedte integrované programy zdravotnej podpory na komunitnej úrovni.
 - Venujte sa konkrétnym obavám, fámam a bežným presvedčeniam, ktoré môžu ohrozovať zdravé správanie.
 - Spolu s ďalšími sektormi vykonávajúcimi terénnu činnosť zabezpečte harmonizované informovanie. Patria sem aktéri podpory hygieny alebo komunitní pracovníci v oblasti výživy.
- 3 Zavedte opatrenia na očkovanie s cieľom predchádzať chorobám.
 - Na základe rizika, uskutočniteľnosti a kontextu stanovte potrebu očkovacích kampaní pre konkrétne prenosné choroby.
 - Čo najskôr obnovte bežné očkovanie prostredníctvom zavedeného očkovacieho programu.
- 4 Podľa potreby zavedte špecifické preventívne opatrenia pre dané choroby.
 - Vo všetkých malarických oblastiach zabezpečte odolné insekticídne siete (LLIN) a zaistite, aby sa používali pri všetkých hospitalizovaných pacientoch.
- 5 Na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti zavedte opatrenia na prevenciu a bránenie šíreniu infekcií (PBSI) podľa rizika. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.1 a časť Podpora WASH v štandarde WASH 6: WASH v zdravotníckych prostrediach.*

Kľúčové ukazovatele

Percento ľudí, ktorí začnú používať kľúčové postupy propagované prostredníctvom činností a informácií zdravotnej výchovy

Percento zasiahnutých domácností, ktoré uvádzajú, že majú primerané informácie o rizikách a preventívnych opatreniach súvisiacich s prenosnými chorobami


Percento zasiahnutých domácností, ktoré dokážu opísať tri opatrenia, ktoré používajú pri prevencii prenosných chorôb

Všetci hospitalizovaní pacienti v zdravotníckych prostrediach starostlivosti v malarických oblastiach používajú odolné insekticídne siete (LLIN)

Incidencia hlavných prenosných chorôb je stabilná alebo sa nezvyšuje oproti úrovni pred krízou

Pokyny

Hodnotenie rizika: Vyhodnoťte riziko v spolupráci so zasiahnutým obyvateľstvom, miestnymi lídrami a zdravotníckymi pracovníkmi. Analyzujte riziká, ktoré vyplývajú z kontextu a prostredia, napríklad v preplnených spoločných osídleniach a mestských oblastiach. Aktívne posudzujte rôzne segmenty obyvateľstva z hľadiska faktorov špecifických pre konkrétne ochorenie, slabej imunity alebo iných rizík.

Medzisektorové preventívne opatrenia: Vypracujte všeobecné preventívne opatrenia, napríklad v oblasti správnej hygieny, likvidácie odpadu, dostatku bezpečnej vody a bránenia šíreniu prenášačov. Prenos chorôb pomôže znížiť dostatočné prístrešie, rozstupy medzi prístrešiami a vetranie. Výhradné dočinenie a prístup k dostatočnej výžive priamo prispieva k zdravotnému stavu.  *Pozri záväzok Základnej humanitárnej normy 3, kapitolu WASH, štandard Podpora hygieny 1.1, kapitolu WASH, štandardy Zásobovanie vodou 2.1 a 2.2, kapitolu WASH, štandardy Nakladanie s pevným odpadom 5.1 až 5.3, štandard Prístrešie a osídlenie 2 a kapitolu Potravinová bezpečnosť a výživa, štandardy Kŕmenie dojčiat a malých detí 4.1 a 4.2.*

Podpora zdravia: Zapojte komunity do informovania vo formátoch a jazykoch, ktoré sú prístupné starším ľuďom, osobám so zdravotným postihnutím, ženám a deťom. Vyhradte si čas na overenie informácií o citlivých otázkach.

Očkovanie: Rozhodnutie zaviesť očkovaciu kampaň bude vychádzať z troch faktorov:

- **Hodnotenie všeobecných rizikových faktorov**, ako je podvýživa, vysoké zaťaženie chronickými chorobami, preľudnenie, nedostatočné podmienky v oblasti WASH a riziká špecifické pre konkrétne choroby, ako je geografická oblasť, klíma, ročné obdobie a imunita obyvateľstva.
- **Uskutočniteľnosť kampane** založená na hodnotení vlastností očkovacej látky vrátane dostupnosti, účinnosti, bezpečnosti, toho, či ide o jeden alebo viacero antigénov, či je perorálna alebo injekčná, a jej stability. Zvážte prevádzkové faktory, ako sú prístup k obyvateľstvu, časové obmedzenia, doprava, požiadavky na materiál, náklady a schopnosť získať informovaný súhlas.



- **Všeobecný kontext** vrátane etických a praktických obmedzení, ako je odpor komunity, nerovnosti v dôsledku nedostatku prostriedkov, politické alebo bezpečnostné obmedzenia či známe hrozby voči očukujúcim pracovníkom.

⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Zdravie detí 2.2.1: Detské choroby, ktorým je možné predchádzať očkovaním, a publikáciu Očkovanie v akútnych humanitárnych krízach: rámeček rozhodovania, WHO, 2017, ktorá obsahuje 23 antigénov vrátane cholery, meningitídy, osýpok a rotavírusu.*

Prevenca malárie: Ak dochádza k vysokému alebo stredne vysokému prenosu malárie, poskytnite LLIN vážne podvýživným ľuďom a domácnostiam, tehotným ženám, deťom mladším ako päť rokov, deťom bez sprievodu a ľuďom s HIV. Potom uprednostnite ľudí v programoch doplnkového kŕmenia, domácnosti s deťmi mladšími ako päť rokov a domácnosti s tehotnými ženami. Tehotným ženám zabezpečte chemoprofylaxiu podľa vnútroštátnych protokolov a vzorov rezistencie. V oblastiach s vysokou úmrtnosťou v dôsledku podvýživy alebo osýpok zvažte cieleňú sezónnu chemoprofylaxiu proti malárii.

Choroby prenášané komárom rodu aedes: Komár rodu *aedes* prenáša horúčku dengue, chikunguny, vírus zika a žltú horúčku. Týmto chorobám predchádzajte prostredníctvom integrovaného bránenia šíreniu prenášačov. Jednotlivci by mali nosiť odev na prevenciu bodnutia a domácnosti by mali používať osvedčené postupy vodného a odpadového hospodárstva, ako aj repelenty alebo LLIN pre malé deti a dojčatá, ktoré spia počas dňa. ⊕ *Pozri kapitolu WASH, štandard Bránenie šíreniu prenášačov 4.2: Opatrenia na úrovni domácnosti a jednotlivcov pri bránení šírenia prenášačov.*

Štandard Prenosné choroby 2.1.2: Dohľad, detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia

Systémy dohľadu a hlásenia umožňujú včasnú detekciu vypuknutia nákazy a včasnú reakciu.

Kľúčové kroky

- 1 Posilnite alebo zavedte kontextovo špecifický mechanizmus včasného varovania, výstrahy a reakcie (VVVR).
 - Na základe epidemiologického rizika rozhodnite, ktoré prioritné choroby a udalosti sa doň majú zahrnúť.
 - Vyškólte zdravotníckych pracovníkov na všetkých úrovniach v oblasti prioritných chorôb, mechanizmov hlásenia zdravotníckym orgánom a vydávania výstrah.
 - Posielajte týždenné správy o VVVR všetkým zainteresovaným stranám, aby mohli prijímať potrebné opatrenia.
- 2 Vytvorte tímy na vyšetovanie vypuknutia nákaz.
 - Zabezpečte, aby sa po vydaní výstrahy rýchlo zaviedli príslušné opatrenia.

- Ak tímy nemajú prístup k zasiahnutému obyvateľstvu, napríklad v oblastiach aktívnych konfliktov, iniciujte vyšetrovanie na diaľku.
- 3 Zabezpečte, aby boli vzorky na potvrdenie vypuknutia nákazy otestované rýchlymi diagnostickými testami alebo v laboratóriách. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.3: Diagnóza a liečba prípadov.*

Kľúčové ukazovatele

Percento výstrah nahlásených v priebehu 24 hodín

- 90 %

Percento nahlásených výstrah, ktoré sa overili v priebehu 24 hodín

- 90 %

Percento overených výstrah, ktoré sa vyšetrili v priebehu 24 hodín

- 90 %

Pokyny

Včasně varovanie, výstraha a reakcia (VVVR): V koordinácii so všetkými zainteresovanými stranami vrátane MZ, partnerov a komunity posilnite alebo zavedte systém VVVR, ktorý bude zodpovedať potrebám zasiahnutého obyvateľstva. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.5: Zdravotnícke informácie.* Systém by mal byť schopný zachytiť fámy, nezvyčajné udalosti a hlásenia z komunity.

Dohľad a včasné varovanie: Za pomoci partnerov posilnite systém VVVR a dohodnite sa na nahlasovacích jednotkách, toku údajov, nahlasovacích nástrojoch, nástrojoch na analýzu údajov, definíciách prípadov a frekvencii hlásení.

Vydávanie a hlásenie výstrah: Výstrahy sú nezvyčajné zdravotné udalosti, ktoré môžu signalizovať skoré fázy vypuknutia nákazy. Definujte prahové hodnoty výstrah špecifické pre každú chorobu a čo najskôr ich nahlasujte. Používajte systém okamžitého hlásenia udalostí zdravotníckymi pracovníkmi alebo analyzujte správy založené na ukazovateľoch (týždenne alebo častejšie). Všetky výstrahy ihneď zaznamenajte a postúpte ich tímu na prešetrenie vypuknutia nákaz za účelom overenia.

Overenie výstrah: Informácie o výstraha overte v priebehu 24 hodín. Overenie môže prebehnúť na diaľku, napríklad telefonicky, a zahŕňa zber ďalších údajov a analýzu prípadov na základe príznakov, dátumu výskytu, miesta, pohlavia, veku, zdravotných následkov a diferenciálnej diagnostiky.

Detekcia vypuknutia nákazy: Ak sa výstraha overila, v priebehu 24 hodín absolvujte terénne prešetrenie. Zabezpečte, aby mali tímy dostatočné zručnosti na overovanie výstrah, terénne prešetrenie, nájdenie možného vypuknutia nákazy a odber laboratórnych vzoriek. Prešetrenie potvrdí vypuknutie nákazy, ak sa dosiahla prahová hodnota epidémie, alebo stanoví, či výstraha odzrkadľuje sporadické prípady alebo sezónne vrcholy.



Overte prípady, odoberte vzorky a vyhodnoťte riziko. Možné výsledky sú:

- nejde o prípad,
- prípad sa potvrdí, ale nejde o vypuknutie nákazy,
- prípad sa potvrdí a je podozrenie na vypuknutie nákazy/vypuknutie nákazy sa potvrdí.

Niektoré nákazy možno potvrdiť len laboratórnou analýzou, no aj podozrenia na nákazu si môžu vyžadovať okamžité opatrenia.

Prahové hodnoty výstrahy a vypuknutia nákazy

	Prahová hodnota výstrahy	Prahová hodnota vypuknutia nákazy
Cholera	2 prípady s akútnou vodnatou hnačkou a závažnou dehydratáciou u ľudí vo veku 2 roky a viac alebo úmrtie na akútnu vodnatú hnačku v rovnakej oblasti v rozmedzí jedného týždňa 1 úmrtie následkom závažnej akútnej vodnatej hnačky u osoby vo veku 5 rokov a viac 1 prípad akútnej vodnatej hnačky s pozitívnym testom na cholera pomocou rýchleho diagnostického testu v danej oblasti	1 potvrdený prípad
Malária	Rozhoduje sa na úrovni krajiny a podľa kontextu.	Rozhoduje sa na úrovni krajiny a podľa kontextu.
Osýpky	1 prípad	Definuje sa na úrovni krajiny.
Meningitída	2 prípady v jednom týždni (v populácii < 30 000) 3 prípady v jednom týždni (v populácii 30 000 – 100 000)	5 prípadov v jednom týždni (v populácii < 30 000) 10 prípadov na 100 000 obyvateľov v jednom týždni (v populácii 30 000 – 100 000) 2 potvrdené prípady v jednom týždni v tábore
Vírusové hemoragické horúčky	1 prípad	1 prípad
Žltá horúčka	1 prípad	1 prípad

Prešetrenie vypuknutia nákazy a včasná reakcia: V prípade potvrdenia vypuknutia nákazy alebo podozrenia naň vykonajte ďalšie prešetrenie. Stanovte príčinu/zdroj, kto je postihnutý, spôsoby prenosu a komu hrozí riziko, aby bolo možné prijať primerané opatrenia, ktoré zabránia šíreniu.

Vykonajte deskriptívne epidemiologické prešetrenia vrátane nasledujúcich:

- prípady, úmrtia, osoba, u ktorej došlo k nástupu, čas a miesto výskytu, aby bolo možné vytvoriť epidemickú krivku a bodovú mapu,

- tabuľkové zoznamy, ktoré sledujú jednotlivé prípady a analyzujú rozsah nákazy, napríklad počet hospitalizácií, komplikácie, mieru úmrtnosti prípadov a
- výpočet miery napadnutí na základe schválených populačných hodnôt.

Vypracujte hypotézu, ktorá vysvetľuje vystavenie chorobe a ochorenie. Zohľadnite patogén, zdroj a cestu prenosu.

Vyhodnotte hypotézu a dohodnite sa na definícii prípadu vypuknutia nákazy. Môže byť konkrétnejšia ako definícia prípadu na účely dohľadu. Keď laboratórne vyšetrenia potvrdia vypuknutie nákazy z viacerých zdrojov, riadte sa definíciou prípadu vypuknutia nákazy. Nemusí už byť potrebné ďalej odoberať vzorky.

Zistenia oznamujte a aktualizujte rýchlo a pravidelne. Čo najskôr prijmite opatrenia na zabránenie šíreniu v populácii.

Všetky tieto činnosti sa môžu vykonávať naraz, a to najmä počas prebiehajúcej nákazy. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.4: Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy.*

Štandard Prenosné choroby 2.1.3: Diagnóza a liečba prípadov

Ľudia majú prístup k účinnej diagnostike a liečbe infekčných ochorení, ktoré najvýznamnejšie prispievajú k chorobnosti a úmrtnosti.

Kľúčové kroky

- 1 Vypracujte jasné informácie, ktoré budú motivovať ľudí, aby vyhľadali zdravotnú starostlivosť v prípade príznakov, ako sú horúčka, kašeľ a hnačka.
 - Pripravte písomné materiály, rozhlasové vysielanie alebo SMS v prístupných formátoch a jazykoch.
- 2 Pri zdravotnej starostlivosti využite schválené štandardné protokoly liečby prípadov.
 - Zvážte zavedenie liečby prípadov na úrovni komunity, napríklad v prípade malárie, hnačky a zápalu pľúc.
 - Závažnejšie prípady odkážte na vyššie úrovne starostlivosti alebo do izolácie.
- 3 Zabezpečte dostatočné laboratórne a diagnostické kapacity, zásoby a zabezpečenie kvality.
 - Rozhodnite o použití rýchlych diagnostických testov alebo laboratórneho testovania patogénov a úrovni zdravotnej starostlivosti, na ktorej ich treba zabezpečiť (napríklad rýchle diagnostické testy v komunite).
- 4 Zabezpečte, aby sa neprerušila liečba ľudí dostávajúcich dlhodobú starostlivosť v prípade prenosných chorôb ako TBC alebo HIV.
 - Programy na liečbu TBC zavedte až po splnení uznaných kritérií.
 - Postupujte v súlade s programami HIV s cieľom zaistiť zdravotnú starostlivosť pre ľudí so súbežnými infekciami HIV a TBC.



Kľúčové ukazovatele

Percento zdravotných stredísk podporujúcich obyvateľstvo zasiahnuté krízou, ktoré pri danom ochorení používajú štandardizované liečebné protokoly

- Použite mesačnú kontrolu záznamov na monitorovanie trendov.

Percento prípadov podozrenia potvrdených diagnostickou metódou stanovenou vo schválenom protokole

Pokyny

Liečebné protokoly: Protokoly by mali zahŕňať pokyny na diagnózu, liečbu a odkazovanie. Ak pokyny nie sú v kríze dostupné, využite medzinárodné usmernenia. Oboznámte sa s miestnymi vzormi rezistencie na lieky (aj s ohľadom na vysídľovanie), najmä pri malárii, TBC a týfuse. Zohľadnite klinicky vysokorizikové skupiny, ako sú deti vo veku do dvoch rokov, tehotné ženy, starší ľudia, ľudia s HIV a akútne podvýživene deti, u ktorých hrozí vyššie riziko niektorých prenosných chorôb.

Akútne respiračné infekcie: V krízach sa zvyšuje zraniteľnosť v dôsledku preľudnenia, dymu v interiéri a slabého vetrania, podvýživy a/alebo nedostatku vitamínu A. Znížte mieru úmrtnosti prípadov prostredníctvom včasnej identifikácie, podávania perorálnych antibiotík a odkazovania závažných prípadov.

Hnačka a krvavá hnačka: Znížte mieru úmrtnosti lepším prístupom k perorálnej rehydratačnej liečbe a doplňovaním zinku a ich používaním na úrovni domácnosti, komunity alebo primárnej zdravotnej starostlivosti. Liečba môže prebiehať v komunitných miestach perorálnej rehydratácie.

Liečba prípadov v komunite: Pacientov s maláriou, zápalom pľúc alebo hnačkou môžu liečiť vyškolení KZP. Zabezpečte, aby boli všetky programy prepojené a aby boli pod dohľadom najbližšieho zdravotníckeho zariadenia. Zaisťte spravodlivý a nestranný prístup pre všetkých.

Laboratórne testovanie: Vytvorte sieť odkazovania spomedzi vnútroštátnych, regionálnych a medzinárodných laboratórnych zariadení na testovanie vzoriek. Zabezpečte rýchle diagnostické testovanie na maláriu, cholera a horúčku dengue a testovanie hladiny hemoglobínu v krvi. Zabezpečte vhodné prepravné zariadenia na vzorky, ktoré sa majú testovať na ďalšie patogény (napríklad Cary-Blairovo médium na cholera).

Vyškolte zdravotníckych pracovníkov v diagnostických metódach, zabezpečení kvality a v odbere, preprave a dokumentácii vzoriek. Vypracujte protokol na konečné testovanie v referenčných laboratóriách na vnútroštátnej, regionálnej alebo medzinárodnej úrovni. Konečné testovanie zahŕňa kultúry zo vzoriek, sérologické a antigénové testovanie alebo testovanie RNA na žltú horúčku, vírusové hemoragické horúčky a hepatitídu E. Vypracujte protokoly na bezpečné mechanizmy prepravy patogénov, najmä pre vírusovú hemoragickú horúčku, mor alebo podobné choroby. Zvážte vypracovanie predpisov o leteckej preprave vzoriek.

Bránenie šírenia **tuberkulózy (TBC)** je zložité z dôvodu zvyšujúcej sa rezistencie voči liekom. Programy zavádzajte iba ak je zaistený nepretržitý prístup k obyvateľstvu a poskytovanie starostlivosti aspoň na 12 – 15 mesiacov. Bola identifikovaná multirezistentná TBC (MDR TBC rezistentná voči dvom kľúčovým liekom proti TBC izoniazidu a rifampicínu) a rozsiahlo rezistentná TBC (EDR TBC rezistentná voči štyrom kľúčovým liekom proti TBC). Oba tieto typy si vyžadujú dlhšiu, nákladnejšiu a komplexnejšiu liečbu. V krízach je často náročné dostať sa k diagnostickému testovaniu a testovaniu citlivosti potrebnému na zaistenie správneho výberu a použitia liekov proti TBC.

Štandard Prenosné choroby 2.1.4: Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy

Existuje dostatočná príprava na vypuknutie nákaz, ktorých šíreniu sa dá včasne a účinne brániť.

Kľúčové kroky

- 1 Vypracujte a šírte integrovaný plán pripravenosti a reakcie na vypuknutie nákazy spolu so všetkými zainteresovanými stranami a sektormi.
 - Školenia zamerajte na kľúčových pracovníkov vo vysokorizikových oblastiach.
 - Do oblastí náchylných na epidémie a oblastí s obmedzeným prístupom vopred dopravte základné lieky, zdravotnícke pomôcky, rýchle testy, OOP a súpravy (napríklad na cholera a hnačkové ochorenia).
- 2 Po detekcii vypuknutia nákazy zaveďte opatrenia, ktoré bránia šíreniu konkrétnej choroby.
 - Určite potrebu cielenej očkovacej kampane.
 - V prípade vypuknutia cholery, hepatitídy E alebo iných nákaz zintenzívňte opatrenia na PBŠI vrátane vytvorenia izolačných zón.
- 3 Vytvorte a koordinujte logistické a reakčné kapacity špecifické pre danú nákazu.
 - Zabezpečte prepravnú a skladovaciu kapacitu na lieky a spotrebný materiál vrátane chladového reťazca na očkovacie látky.
 - Navštívte kapacity zdravotníckych zariadení, napríklad stany pre prípad cholery alebo meningitídy.
 - Zaistite prístup a prepravu testovaných vzoriek do laboratórií na miestnej, vnútroštátnej a medzinárodnej úrovni.
- 4 Podľa potreby spolupracujte s ďalšími sektormi vrátane ochrany detí.

Kľúčové ukazovatele

Percento zdravotníckych pracovníkov vo vysokorizikových oblastiach, ktorí sú vyškolení v oblasti plánov a protokolov reakcie na vypuknutie nákazy



Miera úmrtnosti prípadov sa zníži na prijateľnú úroveň

- Cholera < 1 %
- Meningitída < 15 %
- Hepatitída E < 4 % vo všeobecnej populácii, 10 – 50 % u tehotných žien v treťom trimestri
- Záškrť (respiračný) < 5 – 10 %
- Čierny kašeľ < 4 % u detí vo veku jedného roka, < 1 % u detí vo veku jeden až štyri roky
- Dengue < 1 %

Pokyny

Plán pripravenosti a reakcie na vypuknutie nákazy: Plán vypracujte spolu s partnermi v oblasti zdravia, MZ, členmi komunity a lídrami. Je potrebné zapojiť aj partnerov v oblasti WASH, výživy, prístrešia a vzdelávania, hosťiteľskú vládu, väznice a armádu (ak je to relevantné). Zabezpečte, aby sa pri reakcii na vypuknutie nákazy nenarušili iné zásadné zdravotné služby.

Plán by mal definovať tieto aspekty:

- mechanizmus koordinácie reakcie na vypuknutie nákazy na vnútroštátnej, regionálnej a komunitnej úrovni,
- mechanizmus mobilizácie komunity a komunikácie o rizikách,
- posilnenie VVVR: dohľadu nad ochoreniami, detekcie vypuknutí nákaz, (epidemiologického) vyšetovania vypuknutí nákaz,
- liečba prípadov,
- kontrolné opatrenia špecifické pre danú chorobu a kontext,
- medzisektorové opatrenia,
- protokoly na bezpečnú prepravu a štruktúry odkazovania vzoriek na laboratórne vyšetrenie,
- pohotovostné plány na posilnenie služieb na rôznych úrovniach starostlivosti vrátane vytvorenia izolačných zón v liečebných centrách,
- kapacity kontrolných tímov po vypuknutí nákaz a požiadavky na zdravotníckych pracovníkov v prípade núdze, a
- dostupnosť základných liekov, očkovacích látok, zdravotníckych pomôcok, laboratórnych potrieb a OOP pre zdravotníckych pracovníkov vrátane medzinárodného obstarávania (napríklad globálne zabezpečenie očkovacích látok).

Kontrola vypuknutia nákazy závisí od vhodného informovania o rizikách a špecializovaných kontrolných tímov po vypuknutí nákazy. Ohniská nákazy kontrolujte dôsledne tak, aby sa nákaza nešírila do nových oblastí a aby sa v priebehu nákazy znížil počet nových prípadov. To si bude vyžadovať aktívne vyhľadávanie prípadov, rýchlu diagnostiku a liečbu prípadov. Podľa potreby vytvorte izolačné zóny (napríklad v prípade cholery alebo hepatitídy E). Squalitnite kontrolu prenášačov s cieľom znížiť vystavenie infekcii. Používajte LLIN a zlepšite správanie v oblasti hygieny.

Očkovacie kampane

Meningitída: Séroskupiny A, C, W a Y môžu v krízach spôsobiť nákazy. Počas epidémií sú k dispozícii očkovacie látky pre séroskupiny A a C. Bežné očkovanie sa v krízach neodporúča a nie je možné pre séroskupiny C a W. Očkovanie cieľte na špecifické vekové skupiny na základe známej miery napadnutia alebo na ľudí vo veku od šiestich mesiacov do 30 rokov. Vzhľadom na potrebu lumbálnej punkcie na konečnú diagnózu vytvorte jasnú definíciu prípadov.

Vírusová hemoragická horúčka: Liečba a diagnostika vírusových hemoragických horúčok, ako sú ebola alebo horúčka Lassa, sa zakladá na prísnych vnútroštátnych a medzinárodných usmerneniach. To zahŕňa protokoly na nové očkovacie látky a inovačné metódy liečby. Počas týchto nákaz je rozhodujúce efektívne zapojenie komunity.

Žltá horúčka: Hromadné očkovanie sa odporúča po potvrdení jedného prípadu v osídlení pre vysídlené a hostiteľské obyvateľstvo. Skombinujte ho s opatreniami na bránenie šíreniu prenášačov *aedes* prísnou izoláciou prípadov.

Detská obrna: Detská obrna je v Rozšírenom programe očkovania (EPI) WHO, pričom očkovanie sa má obnoviť po úvodných fázach mimoriadnej situácie. Hromadné očkovanie začnite, ak sa objaví prípad paralytickej detskej obrny.

Cholera: Musia byť k dispozícii jasné a naprieč sektormi koordinované protokoly na liečbu a kontrolu vypuknutia nákazy. Používajte očkovacie látky proti cholere podľa rámca WHO a doplňte existujúce stratégie bránenia šírenia cholery.

Hepatitída A a E: Predstavujú významné riziko najmä v utečeneckých táboroch. Predchádzajte vypuknutiam nákaz a bráňte ich šíreniu lepšou sanitáciou, hygienou a prístupom k bezpečnej vode.

Osýpky: ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Zdravie detí 2.2.1: Detské choroby, ktorým je možné predchádzať očkovaním.*

Čierny kašeľ a záškrt: Vypuknutia nákazy čierneho kašľa sú u vysídlených ľudí bežné. Pokiaľ ide o očkovaciu kampaň v súvislosti s vypuknutím nákazy čiernym kašľom, vzhľadom na obavy v súvislosti s rizikami medzi staršími príjemcami celobunkovej očkovacej látky DPT (záškrt, čierny kašeľ a tetanus) postupujte obozretne. V prípade nákazy riešte otázku nedostatočnej bežnej preočkovanosti. Liečba prípadov zahŕňa antibiotickú liečbu a včasnú profylaktickú liečbu kontaktov v domácnostiach, v ktorých sa nachádza dojča alebo tehotná žena. Vypuknutia nákaz záškrtu nie sú také časté, no sú hrozbou v preplnených prostrediach s nízkou imunitou proti záškrtu. V táboroch nie sú neobvyklé hromadné očkovacie kampane proti záškrtu tromi samostatnými dávkami očkovacej látky. Liečba prípadov zahŕňa podanie antitoxínu aj antibiotika.

Miera úmrtnosti prípadov: Prijateľná miera úmrtnosti prípadov (CFR) pre konkrétne choroby sa líši podľa kontextu a existujúcej imunity. Snažte sa čo najviac znížiť mieru úmrtnosti prípadov. Vysoká miera úmrtnosti prípadov môže poukazovať na nedostatočný prístup k primeranej zdravotnej starostlivosti, neskorý príchod a liečbu prípadov, významnú pridruženú úmrtnosť medzi obyvateľstvom a nízkou kvalitou



zdravotnej starostlivosti. Často monitorujte mieru úmrtnosti prípadov, a ak je vyššia ako očakávaná, podniknite okamžité nápravné opatrenia.

Starostlivosť o deti: Počas nálezov pri navrhovaní a realizácii programov uvažujte o deťoch ako o špecifickej skupine. Postup koordinujte so sektormi zdravotníctva a ochrany detí a zabezpečte vzájomné odkazovanie prípadov. Riešte riziká odlúčenia detí od ich rodičov. Riziká môžu byť spôsobené chorobnosťou a úmrtnosťou rodičov alebo štruktúrou programu. Zamerajte sa na prevenciu odlúčenia rodín a zabezpečte súhlas rodičov alebo dieťaťa s liečbou. Podniknite opatrenia, aby vzdelávacie zariadenia zostali otvorené, pričom myslíte na nutné kontrolné opatrenia a zdravotnú výchovu.

2.2 Zdravie detí

Počas kríz sú deti ešte zraniteľnejšie voči infekciám, chorobám a iným rizikám pre ich zdravie a život. Nielenže sa im zhoršia životné podmienky, ale prerušia sa aj očkovacie programy. Riziká sú ešte vyššie v prípade detí bez sprievodu alebo odlúčených detí.

Vyžaduje sa spoločná reakcia zameraná na deti. Prvotne sa bude sústreďovať na život zachraňujúcu starostlivosť, ale v konečnom dôsledku musia zásahy zmieriť utrpenie a podporovať rast a vývin detí. Programy sa musia zaoberať hlavnými príčinami chorobnosti a úmrtnosti. Na celosvetovej úrovni sú týmito rizikami akútne respiračné infekcie, hnačka, osýpky, malária, podvýživa a novorodenecké príčiny chorobnosti a úmrtnosti.

Štandard Zdravie detí 2.2.1: Detské choroby, ktorým je možné predchádzať očkovaním

Deti vo veku od šesť mesiacov do 15 rokov sú imúnne voči príslušným chorobám a počas kríz majú prístup k bežným službám Rozšíreného programu očkovania (EPI).

Kľúčové kroky

- 1 Rozhodnite, či existuje potreba očkovať, a stanovte vhodný prístup pre prípad mimoriadnej situácie.
 - Tento proces založte na hodnotení rizika (napríklad podľa obyvateľstva, ročného obdobia), uskutočniteľnosti očkovacej kampane (vrátane potreby viacerých dávok, dostupnosti) a kontexte (napríklad bezpečnosť, ostatné potreby). Malo by ísť o priebežný proces, ktorý sa vyvíja spolu s krízou. [+](#) *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.1: Prevencia.*
- 2 Ak je odhadované pokrytie pri osýpkach nižšie ako 90 % alebo je neznáme, zorganizujte hromadné očkovanie proti osýpkam pre deti vo veku od šesť mesiacov do 15 rokov bez ohľadu na históriu očkovania proti osýpkam.
 - Deťom vo veku 6 – 59 mesiacov pridajte vitamín A.

- Zabezpečte, aby všetky dojčatá očkované vo veku od šesť do deväť mesiacov dostali ďalšiu dávku očkovacej látky proti osýpkam vo veku deväť mesiacov.
- 3 Znova čo najskôr zavedte služby EPI definované na str. 401 a 402.
- Usilujte sa o to, aby zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti alebo systémy mobilných/terénnych tímov aspoň 20 dní v mesiaci poskytovali služby vnútroštátneho očkovacieho programu pri chorobách, ktorým sa dá predchádzať očkovaním.
- 4 Kontrolujte stav očkovania u detí navštevujúcich zdravotnícke zariadenia alebo mobilné kliniky a podajte im potrebné očkovacie látky.

Kľúčové ukazovatele

Percento detí vo veku od šesť mesiacov do 15 rokov na konci osýpkovej očkovacej kampane, ktoré dostali očkovaciu látku proti osýpkam

- > 95 %

Percento detí vo veku od šesť do 59 mesiacov na konci osýpkovej očkovacej kampane, ktoré dostali primeranú dávku vitamínu A

- > 95 %

Percento detí vo veku 12 mesiacov, ktoré dostali tri dávky DPT

- > 90 %

Percento zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú základné služby EPI aspoň 20 dní/mesiac

Pokyny

Očkovanie: Očkovacie látky majú rozhodujúci význam pri prevencii nadmerných úmrtí v akútnych krízach. Vnútroštátne usmernenia nemusia pokrývať mimoriadne situácie ani ľudí, ktorí prešli cez hranice, preto bezodkladne pracujte na určení potrebných očkovacích látok a vytvorte implementačný plán zahŕňajúci procesy obstarávania. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.1, kde sú usmernenia o hodnotení rizika a rozhodovaní v oblasti očkovania, a štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky, ktorý obsahuje informácie o obstarávaní a uchovávaní očkovacích látok.*

Očkovanie proti osýpkam: Očkovanie proti osýpkam je v krízach prioritným zdravotným zásahom.

- *Pokrytie:* Pozrite si údaje o pokrytí vysídleného a hostiteľského obyvateľstva s cieľom vyhodnotiť, či bolo pokrytie bežného očkovania proti osýpkam alebo osýpkovej kampane v predchádzajúcich troch rokoch vyššie ako 90 %. Ak bolo pokrytie očkovaním nižšie ako 90 %, je neznáme alebo existujú pochybnosti, zaočkujte obyvateľstvo proti osýpkam. Zároveň podávajte doplnkový vitamín A. Zabezpečte, aby aspoň 95 % detí čerstvo prichádzajúcich do osídlenia vo veku od šesť mesiacov do 15 rokov bolo očkovaných.



- **Vekový rozsah:** Niektoré staršie deti mohli vynechať bežné očkovanie či kampane očkovania proti osýpkam, prípadne ešte nemali osýpky. Tieto deti naďalej ohrozuje infekcia osýpok a môžu nakaziť dočatá a mladšie deti, ktorým hrozí vyššie riziko úmrtia na toto ochorenie. Očkujte preto deti do veku 15 rokov. Ak to nie je možné, uprednostnite deti vo veku 6 – 59 mesiacov.
- **Opakované očkovanie:** Všetky deti vo veku od deväť mesiacov do 15 rokov majú v rámci štandardných vnútroštátnych očkovacích programov dostať dve dávky očkovacej látky proti osýpkam. Deti vo veku šesť až deväť mesiacov, ktoré dostali očkovaciu látku proti osýpkam (napríklad pri očkovaní v rámci mimoriadnej situácie), majú dostať ďalšie dve dávky v odporúčanom veku podľa vnútroštátneho harmonogramu (zvyčajne vo veku deväť mesiacov a 15 rokov vo vysokorizikových oblastiach).

Detská obrna: O očkovaní proti detskej obrne uvažujte, ak dôjde k vypuknutiu nákazy detskej obrny alebo sú ohrozené kampane na elimináciu tohto ochorenia, ako je stanovené v publikácii *Očkovanie v akútnych humanitárnych krízach: rámec rozhodovania*. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.1: Prevencia.*

Národný program EPI: Okamžite obnovte program EPI na ochranu detí pred osýpkami, záškrtom a čiernym kašľom a na zníženie rizika respiračných ochorení. Národné programy EPI môžu vyžadovať doplnkové očkovacie látky. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.4: Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy.*

Bezpečnosť očkovacích látok: Vždy zaistite bezpečnosť očkovacích látok. Dodržiavajte pokyny výrobcu na uchovávanie a chladenie. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.*

Informovaný súhlas: Požiadajte rodičov alebo opatrovateľov o informovaný súhlas s podaním očkovacej látky. To zahŕňa informovanie o rizikách a potenciálnych vedľajších účinkoch.

Štandard Zdravie detí 2.2.2: Starostlivosť pri novorodeneckých a detských chorobách

Deti majú prístup k prioritnej zdravotnej starostlivosti, ktorá rieši hlavné príčiny novorodeneckej a detskej chorobnosti a úmrtnosti.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte primeranú zdravotnú starostlivosť na rôznych úrovniach (zariadenia, mobilné kliniky alebo komunitné programy).
 - Použite smernice „Zdravie novorodencov v humanitárnych kontextoch“, ktoré obsahujú informácie o základnej starostlivosti o novorodencov. ⊕ *Pozri Citované a ďalšie zdroje.*

- Zvážte prijatie štandardov integrovanej komunitnej liečby prípadov (iCCM) a integrovanej liečby detských chorôb (IMCI).
- 2 Vytvorte štandardizovaný systém hodnotenia a triáže vo všetkých zariadeniach, ktoré sa starajú o chorých novorodencov alebo deti.
 - Zabezpečte, aby deti s prejavmi ohrozenia (neschopné piť alebo byť dojčené, deti, ktoré všetko vyvrátia, majú kŕče a sú letargické alebo v bezvedomí) dostali okamžitú liečbu.
 - V kontextoch so zvýšeným rizikom zahrňte hodnotenie traumy a chemickej otravy.
- 3 Na všetkých úrovniach starostlivosti sprístupnite základné lieky na liečbu bežných detských chorôb vo vhodných dávkach a formách.
- 4 Kontrolujte u detí rast a stav výživy.
 - Všetky podvýživné deti odkážte na výživové služby.
 - Zabezpečte liečbu v zariadení pre deti trpiace závažnou akútnou podvýživou s komplikáciami.
- 5 Pri vysokom riziku vypuknutia nákazy vytvorte primeraný protokol liečby prípadov detských chorôb a chorôb, ktorým je možné predchádzať očkovaním, ako sú záškrt a čierny kašeľ.
 - Pokiaľ možno používajte existujúce protokoly.
- 6 Vypracujte informácie o zdravotnej výchove, ktoré budú podnecovať rodiny, aby si osvojili zdravé správanie a používali postupy prevencie ochorení.
 - Podporujte opatrenia, ako sú výhradné dojčenie, kŕmenie dojčiat, umývanie rúk či udržiavanie dojčiat v teple, a podporujte vývin v ranom detstve.
- 7 Vypracujte informácie o zdravotnej výchove, ktoré podnietia ľudí vyhladať včasnú starostlivosť v prípade ochorenia detí alebo novorodencov, ako je napríklad horúčka, kašeľ alebo hnačka.
 - Podniknite opatrenia na začlenenie detí bez dospeljej osoby alebo rodiča, ktorí by sa o ne starali.
- 8 Identifikujte deti so zdravotným postihnutím alebo oneskoreným vývinom.
 - Poskytujte poradenstvo o rehabilitačných alebo ošetrovateľských službách a umožnite odkazovanie na ne.

Kľúčové ukazovatele

Hrubá miera úmrtnosti detí do päť rokov

- Menej ako 2 úmrtia na 10 000 osôb za deň. ⊕ *Pozri Prílohu 3 s výpočtami*

Účinná a včasná antimalarická liečba pre všetky deti mladšie ako päť rokov s maláriou

- Do 24 hodín od nástupu príznakov
- Výnimka pre deti mladšie ako päť rokov so závažnou akútnou podvýživou



Doplnkové orálne rehydratačné soli (ORS) a zinok poskytované včas všetkým deťom mladším ako päť rokov s hnačkou

- Do 24 hodím od nástupu príznakov

Vhodná a včasná starostlivosť pre všetky deti mladšie ako päť rokov so zápalom pľúc

- Do 24 hodím od nástupu príznakov

Pokyny

Základná starostlivosť o novorodencov: Všetkým novorodencov zabezpečte odbornú starostlivosť pri narodení, ideálne v zdravotníckom zariadení a podľa usmernení, ktoré [☺ si pozrite v publikáciách „Integrované riadenie tehotenstva a pôrodu“ \(IMPAC\)](#) a „Zdravie novorodencov v humanitárnych kontextoch“. Bez ohľadu na to, či pôrod prebehne s odbornou starostlivosťou alebo bez nej, zahŕňa základná starostlivosť o novorodencov tieto prvky:

- starostlivosť o teplo (oddiaľte kúpanie a udržiavajte dieťa v suchu a teple v kontakte s matkou koža na kožu),
- prevencia infekcií (podporujte postupy čistého pôrodu, umývanie rúk, postupy čistej pupočnej šnúry a starostlivosť o kožu a oči),
- podpora kŕmenia (okamžité a výhradné dojčenie, nevyhadzovanie kolostra),
- monitorovanie (vyhodnoťte príznaky ohrozenia infekciami alebo stavov, ktoré si môžu vyžadovať odkázanie) a
- popôrodná starostlivosť (v prvom týždni života ju zabezpečte doma alebo v blízkosti domova, pričom prvých 24 hodín je najvhodnejších na návštevu s popôrodnou starostlivosťou; cieľom sú tri domáce návštevy počas prvého týždňa života).

Integrovaná liečba detských chorôb (IMCI) sa zameriava na starostlivosť o deti mladšie ako päť rokov na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti. Po zavedení IMCI zapracujte do štandardných protokolov klinické usmernenia a riadne vyškolte zdravotníckych pracovníkov.

Integrovaná liečba prípadov v komunite (iCCM) je metóda včasnej a účinnej liečby malárie, zápalu pľúc a hnačky u ľudí s obmedzeným prístupom k zdravotníckym zariadeniam, najmä u detí mladších ako päť rokov.

Liečba hnačky: Deti s hnačkou liečte doplnkovými orálnymi rehydratačnými soľami (ORS) s nízkou osmolalitou a zincom. Zinok skracuje trvanie hnačky a ORS bráni dehydratácii. Nabádate ošetrovateľov, aby počas choroby pokračovali v dojčení alebo ho zvýšili a aby po jej skončení celkovo zvýšili kŕmenie.

Liečba zápalu pľúc: Ak majú deti kašeľ, vyšetríte, či nemajú zrýchlené dýchanie, či sa im nedýcha ťažko a či nevťahujú hrudník. Prítomnosť týchto príznakov liečte vhodným perorálnym antibiotikom. Deti so známkami ohrozenia alebo so závažným zápalom pľúc odkážte na prioritnú starostlivosť.

Zrýchlené dýchanie je vekovo špecifické:

Narodenie – 2 mesiace: > 60/min.	12 mesiacov: > 50/min.
1 – 5 rokov: > 40/min.	5 rokov: > 20/min.

HIV: Ak je prevalencia HIV vyššia ako 1 %, otestujte všetky deti so závažnou akútnou podvýživou. Matky a ošetrovatelia detí vystavených HIV potrebujú upravenú podporu a poradenstvo. ⊕ *Pozri štandardy Potravinová bezpečnosť a výživa.*

Kŕmenie odlúčených detí: Zabezpečte kontrolované kŕmenie odlúčených detí alebo detí bez sprievodu.

Aspekty ochrany detí: Na identifikovanie zanedbávania, zneužívania a vykorisťovania detí využite bežné zdravotné služby. Prípady odkážte na služby ochrany detí. Do bežných zdravotných služieb pre matky a dojčatá, deti a dospievajúcich začleňte postupy identifikácie a rodovo citlivej liečby prípadov.

Odkazovanie na výživové služby: ⊕ *Pozri štandard Potravinová bezpečnosť a výživa 3: Nedostatok mikroživín a štandard Riadenie v oblasti výživy 2.2: Závažná akútna podvýživa.*

Znečistenie vzduchu v domácnostiach: Zvážte zabezpečenie alternatívnych sporákov na zníženie dymu a výparov pri varení a respiračných ochorení, ktoré spôsobujú.

⊕ *Pozri štandard Prístrešie a osídlenie 3: Obytný priestor a štandard 4: Výbava domácnosti.*

Otrava: ⊕ *Pozri Prílohu 4.*

2.3 Sexuálne a reprodukčné zdravie

Od začiatku krízy musí byť dostupná kritická, život zachraňujúca sexuálna a reprodukčná starostlivosť. Len čo to bude možné, zavedte komplexné služby.

Tieto kritické služby sú súčasťou integrovanej reakcie v oblasti zdravia a podporuje ich používanie súprav reprodukčného zdravia. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.*

Komplexná sexuálna a reprodukčná zdravotná starostlivosť zahŕňa rozšírenie existujúcich služieb, pridanie chýbajúcich služieb a zvýšenie kvality. Pochopenie architektúry zdravotných systémov pomôže stanoviť, ako tieto aspekty podporiť.

⊕ *Pozri štandardy Zdravotné systémy 1.1 až 1.5.*

Všetci ľudia vrátane ľudí v humanitárnych situáciách majú právo na sexuálne a reprodukčné zdravie. Sexuálna a reprodukčná zdravotná starostlivosť musí rešpektovať kultúrne pozadie a náboženské presvedčenia komunity a zároveň spĺňať univerzálne uznávané medzinárodné štandardy ľudských práv. K potrebám dospievajúcich, starších ľudí, osôb so zdravotným postihnutím a ohrozeného obyvateľstva bez ohľadu na sexuálnu orientáciu či rodovú identitu pristupujte citlivo.

V mimoriadnych situáciách sa zvyšuje riziko sexuálneho násillia vrátane vykorisťovania a zneužívania. Pri prevencii a reakcii musia všetci aktéri spolupracovať v úzkej



spolupráci so sektorom ochrany. Informácie zhromažďujte bezpečne a eticky. Údaje poskytujte jedine podľa schválených protokolov. ⊕ *Pozri Zásady ochrany a štandard Zdravotné systémy 1.5: Zdravotnícke informácie.*

Štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.1: Reprodukčná, materská a novorodenecká zdravotná starostlivosť

Ľudia majú prístup k zdravotnej starostlivosti a plánovaniu rodiny, čím sa predchádza nadmernej materskej a novorodeneckej chorobnosti a úmrtnosti.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte, aby boli vždy dostupné služby čistého a bezpečného pôrodu, základnej starostlivosti o novorodencov a núdzovej pôrodníckej a novorodeneckej starostlivosti.
 - Vytvorte systém odkazovania s komunikáciou a prepravou z komunity do zdravotníckeho zariadenia alebo nemocnice s nepretržitým fungovaním.
- 2 Ak nemožno zaručiť prístup ku kvalifikovaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckym zariadeniam, zabezpečte všetkým viditeľne tehotným ženám balíčky pre čistý pôrod.
- 3 Na základe konzultácií s komunitou sa usilujte pochopiť miestne preferencie, postupy a postoje voči antikoncepcii.
 - S mužmi, ženami a dospievajúcimi chlapcami a dievčatami diskutujte samostatne a v súkromí.
- 4 V zdravotníckych zariadeniach na základe dopytu v súkromnom a dôvernom prostredí sprístupnite rôzne dlhodobé pôsobiacie reverzibilné a krátkodobé pôsobiacie antikoncepčné metódy.
 - Zabezpečte poradenstvo, ktoré zdôrazňuje informovanú voľbu a účinnosť.

Kľúčové ukazovatele

Odborná núdzová pôrodnícka a novorodenecká starostlivosť je vždy dostupná

- Základná núdzová pôrodnícka a novorodenecká starostlivosť: minimálne päť zariadení na 500 000 ľudí
- Komplexná núdzová pôrodnícka a novorodenecká starostlivosť: minimálne jedno zariadenie na 500 000 ľudí

Percento pôrodov s účasťou kvalifikovaného pracovníka

- Minimálny cieľ: 80 %

Dostupný systém odkazovania v prípade pôrodníckej a novorodeneckej pohotovosti

- Dostupný 24 hodín denne, 7 dní v týždni

Percento pôrodov cisárskym rezom v zdravotníckych zariadeniach

- Cieľ: 5 – 15 %

Všetky primárne zdravotné strediská hlásia dostupnosť aspoň štyroch metód antikoncepcie v rozmedzí troch až šiestich mesiacov od začiatku krízy.

Pokyny

Núdzová pôrodníčka a novorodenecká starostlivosť: Približne 4 % z každej populácie tvoria tehotné ženy a približne 15 % z nich sa počas tehotenstva alebo v čase pôrodu stretne s neočakávanou komplikáciou pri pôrode, ktorá si vyžiada núdzovú pôrodníčku starostlivosť. Približne 5 – 15 % pôrodov si bude vyžadovať chirurgický zákrok, napríklad cisársky rez. Celosvetovo 9 – 15 % novorodencov potrebuje život zachraňujúcu núdzovú starostlivosť. Približne 5 – 10 % novorodencov pri narodení nedýcha spontánne a potrebuje stimuláciu a polovica z nich potrebuje resuscitáciu. Medzi hlavné dôvody neschopnosti dýchať patria predčasný pôrod alebo akútne pôrodné udalosti vedúce k závažnej asfyxii. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Zdravie detí 2.2.2: Starostlivosť pri novorodeneckých a detských chorobách*

Základná núdzová pôrodníčka a novorodenecká starostlivosť zahŕňa parenterálne antibiotiká, uterotoniká (parenterálny oxytocín, mizoprostol), parenterálne antikonvulzíva (sírán horečnatý), vybratie zachovaných produktov pôrodu vhodnými pomôckami, ručné vybratie placenty, asistovaný vaginálny pôrod (vákuová extrakcia) a resuscitáciu matky a novorodenca.

Komplexná núdzová pôrodníčka a novorodenecká starostlivosť zahŕňa všetky uvedené vyššie časti, ako aj chirurgický zákrok pod všeobecnou anestéziou (cisársky rez, laparotómia) a racionálnu a bezpečnú transfúziu krvi so štandardnými bezpečnostnými opatreniami. Popôrodná starostlivosť je život zachraňujúcim zásahom a je súčasťou núdzovej pôrodnickej a novorodeneckej starostlivosti. Jej cieľom je znížiť počet úmrtí a utrpenie následkom komplikácii (spontánneho potratu a nebezpečnej interrupcie). Liečba zahŕňa zabránenie krvácaniu (podľa možnosti chirurgickým zákrokom) a sepse, a profylaxiu proti tetanu.

Rozhodujúce je, aby boli vždy dostupné služby základnej aj komplexnej núdzovej pôrodnickej a novorodeneckej starostlivosti.

Systém odkazovania by mal zabezpečiť, aby ženy alebo novorodenci mali k dispozícii prostriedky na cestovanie do a zo zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti so základnou núdzovou pôrodníčkou a novorodeneckou starostlivosťou a do nemocnice s komplexnou núdzovou pôrodníčkou a novorodeneckou starostlivosťou.

Plánovanie rodiny: Rozprávajte sa s rôznymi skupinami v komunite, aby ste pochopili preferencie a kultúrne postoje. Zaisťte, aby členovia komunity vedeli, kde a ako sa môžu dostať k antikoncepcii. Poskytujte informácie vo viacerých formátoch a jazykoch, aby ste zaistili ich prístupnosť. Do šírenia informácií zapojte lídrov komunity.

Poradenstvo v oblasti antikoncepcie by mali poskytovať vyškolení pracovníci, ktorí rozumejú preferenciám, kultúre a kontextu klienta. Poradenstvo musí klást' dôraz



na dôvernosť a súkromie, dobrovoľnú a informovanú voľbu a súhlas, účinnosť lekárskejších a nelekárskych metód, možné vedľajšie účinky, liečbu a nadväzujúce sledovanie, ako aj na usmernenia na prípadné odstránenie antikoncepčnej pomôcky.

Na uspokojenie očakávaného dopytu musí byť bezprostredne dostupná škála rozličných typov antikoncepcie. Pracovníci by mali byť vyškolení v odstraňovaní dlhodobopôsobiacich reverzibilných antikoncepčných pomôcok.

Ďalšie služby: Čo najskôr zabezpečte ďalšiu materskú a novorodeneckú starostlivosť vrátane predpôrodnej a popôrodnej starostlivosti.

Koordinácia s inými sektormi: V spolupráci so sektorom výživy zaistíte, aby tehotné a dojčiacie ženy boli podľa potreby odkázané na výživové služby, napríklad v súvislosti s cieľným doplnkovým kŕmením. ⊕ *Pozri Potravinovú bezpečnosť a výživu, štandardy Riadenie v oblasti výživy 2.1 a 2.2.*

Štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.2: Sexuálne násilie a klinická starostlivosť v prípade znásilnenia

Ľudia majú prístup k bezpečnej zdravotnej starostlivosti, ktorá reaguje na potreby osôb, ktoré zažili sexuálne násilie.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte vedúcu organizáciu, ktoré bude koordinovať medzisektorový prístup k znižovaniu rizika sexuálneho násillia, zaistiť odkazovanie a poskytnúť obetiam holistickú podporu.
 - V spolupráci s ďalšími sektormi posilnite prevenciu a reakciu.
- 2 Informujte komunitu o dostupných službách a význame vyhľadania okamžitej lekárskej starostlivosti po sexuálnom násillí.
 - Čo najskôr (do 72 hodín od vystavenia) poskytnite postexpozičnú profylaxiu HIV.
 - V priebehu 120 hodín poskytnite núdzovú antikoncepciu.
- 3 V zdravotníckych zariadeniach vytvorte bezpečné priestory na prijímanie osôb, ktoré zažili sexuálne násillie, a na klinickú starostlivosť a odkazovanie.
 - Viditeľne prezentujte a používajte jasné protokoly a zoznam práv pacientov.
 - Vyškolte zdravotníckych pracovníkov v podpornej komunikácii, zachovávaní dôvernosti a ochrane informácii a údajov obetí.
- 4 Osobám, ktoré zažili sexuálne násillie, sprístupnite klinickú starostlivosť a možnosť odkázania na iné podporné služby.
 - V prípade život ohrozujúcich, komplikovaných alebo závažných stavov zabezpečte mechanizmy odkazovania.
 - Vytvorte mechanizmy odkazovania medzi zdravotnými, právnymi, ochrannými, bezpečnostnými, psychosociálnymi a komunitnými službami.

Kľúčové ukazovatele

V súlade s vnútroštátnymi alebo medzinárodnými protokolmi majú všetky zdravotnícke zariadenia vyškolených pracovníkov a dostatok potrieb a vybavenia na klinické zabezpečenie služieb pre ľudí, ktorí zažili znásilnenie

Všetky osoby, ktoré zažili sexuálne násilie, potvrdia, že dostali bezpečnú a dôvernú zdravotnú starostlivosť

Všetky oprávnené osoby, ktoré zažili sexuálne násilie, dostanú:

- postexpozičnú profylaxiu do 72 hodín od incidentu alebo vystavenia,
- núdzovú antikoncepciu do 120 hodín od incidentu alebo vystavenia.

Pokyny

Prevenia sexuálneho násillia a znásilnenia si vyžaduje opatrenia naprieč všetkými sektormi. ⊕ *Pozri kapitolu WASH, štandard Zásobovanie vodou 2.1, ⊕ Pozri kapitolu WASH, štandard Nakladanie s výkalmi 3.2, ⊕ Pozri kapitolu Potravinová bezpečnosť a výživa, štandard Potravinová pomoc a výživa 6.3 a štandard Živobytie 7.2, štandardy Prístrešie a osídlenie 2 a 3, ⊕ Pozri zásadu ochrany 1 a záväzky Základnej humanitárnej normy 4 a 8. ⊕ Pozrite si štandard Zdravotné systémy 1.1 až 1.3, kde nájdete ďalšie informácie o budovaní bezpečných zdravotníckych zariadení a bezpečnej starostlivosti.*

Vo všetkých zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti a mobilných tímoch musí byť k dispozícii klinická starostlivosť vrátane starostlivosti o psychické zdravie a odkazovacích mechanizmov pre obeť. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.2 a štandard Základná zdravotná starostlivosť 2.5.* To zahŕňa vyškolených pracovníkov, ktorí poskytujú empatickú, včasnú a dôvernú liečbu a poradenstvo všetkým deťom, dospelým a starším ľuďom v týchto oblastiach:

- núdzová antikoncepcia,
- tehotenské testy, informácie o možnostiach tehotenstva a odkázanie na bezpečnú interrupciu v maximálnej nožnej zákonnej miere,
- preventívna liečba pohlavných chorôb,
- postexpozičná profylaxia na prevenciu prenosu HIV, ⊕ *pozri štandard Zdravie 2.3.3: HIV*
- prevencia hepatitídy B,
- starostlivosť o rany a prevencia tetanu, a
- odkázanie na ďalšie služby, napríklad iné zdravotné, psychologické, právne a sociálne služby.

Zabezpečte spravodlivé rodové rozloženie zdravotníckych pracovníkov, ktorí plynulo hovoria miestnym jazykom a jazykom pacientov, a vyškolte ženských a mužských sprievodcov a tlmočníkov, ktorí budú poskytovať nediskriminačné a nezaujaté služby. Vyškolte zdravotníckych pracovníkov v oblasti klinickej starostlivosti o osoby, ktoré zažili sexuálne násilie, s dôrazom na podpornú komunikáciu, anamnézu, vyšetrenie, liečbu a poradenstvo. Pokiaľ je to možné a potrebné, zabezpečte školenie o lekársko-právnom systéme a zbere forenzných dôkazov.



Deti, ktoré zažili sexuálne násilie: O deti sa majú starať zdravotnícki pracovníci vyškolení v starostlivosti o deti po znásilnení. Umožnite deťom zvoliť si pohlavie zdravotníckeho pracovníka. Do všetkých prípadov rýchlo zapojte špecializovaných aktérov v oblasti ochrany.

Zapojenie komunity: Pracujte s pacientmi a komunitou s cieľom zvýšiť prístupnosť a prijateľnosť starostlivosti a zavádzať preventívne programy počas celej krízy. Zabezpečte mechanizmy dôvernej a rýchlej spätnej väzby. Zapojte ženy, mužov, dospievajúce dievčatá a chlapcov, ako aj ohrozené obyvateľstvo, ako sú osoby so zdravotným postihnutím a skupiny LGBTQI.

Právne rámce: Berte ohľad na vnútroštátny lekársko-právny systém a príslušné právne predpisy o sexuálnom násilí. Informujte obeť o prípadných zákonoch o povinnom nahlasovaní, ktoré by mohli obmedziť dôvernosť informácií, ktoré pacienti poskytnú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Môžu mať vplyv na ich rozhodnutie pokračovať vo vyhľadávaní starostlivosti, je však nutné ich dodržiavať.

V mnohých krajinách je vyvolaný potrat zákonný v prípadoch, ako je znásilnenie. Ak je to tak, je potrebné zabezpečiť nediskriminujúci prístup k týmto službám a odkazovanie na ne.

Hoci kľúčové je riešenie problému sexuálneho násillia, počas humanitárnych kríz sú rozšírené aj formy rodovo podmieneného násillia (RPN), ako je domáce násillie, detské a nútené manželstvo a mrzačenie ženských pohlavných orgánov. V niektorých situáciách počas krízy sa výskyt týchto foriem môže dokonca zvýšiť, čo má významný a jedinečný dopad na zdravie (fyzické, pohlavné, psychické) jednotlivcov a vyžaduje si špecifické reakcie. V medzinárodných usmerneniach sa čoraz častejšie spomína nielen sexuálne násillie, ale aj iné formy RPN a ich vplyv na zdravie. [⊕ Pozri Usmernenia IASC pri integrácii zásahov voči rodovo podmienenému násilliu do humanitárnej činnosti.](#)

Štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.3: HIV

Ľudia majú prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorá predchádza prenosu HIV a znižuje chorobnosť a úmrtnosť v dôsledku tohto ochorenia.

Kľúčové kroky

- 1 Zavedte a dodržiavajte štandardné bezpečnostné opatrenia a postupy na bezpečné a racionálne používanie transfúzií krvi.
- 2 Poskytnite antiretrovírusovú liečbu (ARL) každému, kto ju už užíva, vrátane žien v programoch prevencie prenosu z matky na dieťa.
 - Aktívne vyhľadávajújte ľudí s HIV, aby mohli pokračovať v liečbe.
- 3 Zabezpečte lubrikované pánske kondómy, a ak ich už obyvatelia používajú, aj ženské kondómy.

- Spolupracujte s lídrami a zasiahnutým obyvateľstvom s cieľom pochopiť miestne používanie kondómov, zvýšiť ich prijímanie a zaistiť ich kultúrne primeranú distribúciu.
- 4 Ak je prevencia HIV vyššia ako 1 %, ponúknite testovanie všetkým tehotným ženám.
 - 5 V prípade osôb, ktoré zažili sexuálne násilie alebo vystavenie v práci, začnite s postexpozíčnou profylaxiou (PEP) čo najskôr, v každom prípade do 72 hodín od vystavenia.
 - 6 Zabezpečte profylaxiu kotrimoxazolom na oportunistické infekcie:
 - a. pacientom s HIV a
 - b. deťom vo veku štyri až šesť týždňov narodeným matkám s HIV.
Pokračujte, kým bude možné vylúčiť infekciu HIV.
 - 7 Zabezpečte, aby mali zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti k dispozícii antibiotiká a pacientom s príznakmi STI podávali syndrómovú liečbu.

Kľúčové ukazovatele

Všetka krv používaná na transfúziu je testovaná a neobsahuje infekcie prenášané transfúziou vrátane HIV

Percento ľudí, ktorí predtým dostávali antiretrovírusovú liečbu (ART), aj naďalej dostáva lieky na ART

- 90 %

Percento žien, ktoré vyhľadajú zdravotné služby a absolvujú testovanie na HIV, ak je prevencia HIV vyššia ako 1 %

- 90 %

Percento osôb, ktoré boli potenciálne vystavené HIV, navštívili zdravotnícke zariadenia a dostali PEP do 72 hodín od vystavenia

- 100 %

Percento dojčiat vystavených HIV, ktoré dostali kotrimoxazol vo veku štyri až šesť mesiacov

- 95 %

Pokyny

Kľúčové opatrenia uvedené vyššie by mali platiť vo všetkých humanitárnych krízach bez ohľadu na miestnu epidemiológiu HIV.

Do poskytovania služieb v oblasti HIV zapojte zasiahnutú komunitu a kľúčové skupiny obyvateľstva (zdravotnícki pracovníci, lídri, ženy, LGBTQI ľudia, osoby so zdravotným postihnutím) a zaistite, aby vedeli, kde sa dostanú k antiretrovírusovým



(ARV) liekom. Ak už existuje združenie ľudí s HIV, poraďte sa s nimi a zapojte ich do návrhu a realizácie programu.

Užitočná je komunitou organizovaná distribúcia kondómov v rámci jednotlivých skupín. Predstavitelia kľúčových skupín obyvateľstva a dospievajúci často vedia, kde sa členovia ich skupín a vrstovníci združujú, a môžu im rozdávať kondómy ako dobrovoľníci. Vzdelávajte kľúčové skupiny obyvateľstva s použitím kultúrne primeraných informácií o správnom používaní a likvidácii použitých kondómov. Sprístupnite kondómy komunite, pracovníkom podporných agentúr, uniformovaným pracovníkom, vodičom vozidiel rozvážajúcich pomoc a ďalším osobám.

Transfúzia krvi: ⊕ Pozri štandardy Zdravotné systémy 1.1 a 1.3.

Postexpozičná starostlivosť a liečba by mali zahŕňať poradenstvo, hodnotenie rizika vystavenia HIV, informovaný súhlas, hodnotenie zdroja a podávanie antiretrovirových liekov. Neposkytujte PEP osobe, o ktorej je známe, že má HIV. Hoci pred začatím PEP sa odporúča poradenstvo a testovanie, ak sa to nedá, neodkladajte začatie PEP.

⊕ Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.2: Sexuálne násilie a klinická starostlivosť v prípade znásilnenia.

Komplexné činnosti súvisiace s HIV v krízach: Len čo to bude možné, zavedte nasledujúce činnosti:

Povedomie o HIV: poskytujte verejnosti, najmä ohrozenejším skupinám obyvateľstva, prístupné informácie o prevencii HIV a ďalších pohlavných chorobách.

Prevencia HIV: poskytujte vysokorizikovým skupinám obyvateľstva služby na zníženie ujmy, ako sú sterilné injekčné pomôcky a opiátová substitučná terapia pre ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy, pokiaľ tieto služby už existujú. ⊕ Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť 2.5: Starostlivosť o psychické zdravie.

Poradenstvo a testovanie na HIV: Vytvorte (alebo obnovte) poradenské a testovacie služby spojené so začatím ART. Pri testovaní HIV sú prioritné skupiny tehotné ženy a ich partneri, deti so závažnou akútnou podvýživou, ak je prevencia HIV vyššia ako 1 %, a ďalšie ohrozené skupiny.

Stigmatizácia a diskriminácia: Rozhodujúce je zaistiť, aby stratégie a programy nezvyšovali stigmatizáciu. Snažte sa aktívne znižovať stigmatizáciu a diskrimináciu v oblastiach s ich známym vysokým indexom.

Zásahy pomocou ART: Čo najskôr rozšírite antiretrovirosovú liečbu na všetkých, ktorí ju potrebujú – nielen na ľudí, ktorí ju dostávali už predtým.

Prevencia prenosu z matky na dieťa: Testujte tehotné ženy a ich partnerov a zabezpečte včasnú diagnostiku HIV u dočiat. Podávajte ART ženám, o ktorých sa už vie, že sú pozitívne, alebo ktoré majú nové pozitívne testy na HIV. Dojčatá s pozitívnym testom odkážte na pediatrické služby v oblasti HIV. Zabezpečte poradenstvo o kŕmení dočiat pre ženy s HIV, ako aj pomoc pri udržaní a dodržiavaní kŕmenia. ⊕ Pozri Potravinovú bezpečnosť a výživu, štandardy Kŕmenie dočiat a malých detí 4.1 a 4.2.

Poznámka: Organizácia Caritas Internationalis ani jej členovia nepodporujú používanie žiadnej formy umelej antikoncepcie ani ju nedistribujú.

Služby v prípade súbežnej infekcie HIV/TBC: zabezpečte skrining na TBC a mechanizmy odkazovania ľuďom s HIV. Zabezpečte liečbu TBC ľuďom, ktorí boli už predtým zapojení do programu liečby. ⊕ *Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť, štandard Prenosné choroby 2.1.3: Diagnóza a liečba prípadov.* Prepojte služby testovania na TBC a HIV v prostrediach s vysokou prevalenciou a zaveďte kontrolu infekcie TBC v zdravotníckych prostrediach.

2.4 Starostlivosť v prípade zranenia a traumy

V každej kríze je vysoká chorobnosť a úmrtnosť spôsobená úrazmi. Zvýšený dopyt po traumatologickej starostlivosti pravdepodobne rýchlo prekročí kapacity miestnych zdravotných systémov. V záujme zníženia vplyvu zranení a rizika kolapsu zdravotného systému zabezpečte systematickú triáž a liečbu hromadných úrazov spolu so základnou pohotovostnou, bezpečnou operačnou a rehabilitačnou starostlivosťou. Táto časť sa týka reakcie zdravotného systému na fyzické zranenia. Špecifické smernice o otrave, psychickom zdraví a sexuálnom násilí sa nachádzajú v iných častiach. ⊕ *Pozri Prílohu 4: Otrava, štandard Základná zdravotná starostlivosť 2.5 a štandard Základná zdravotná starostlivosť, Sexuálne a reprodukčné zdravie 2.3.2.*

Štandard Starostlivosť v prípade zranenia a traumy 2.4: Starostlivosť v prípade zranenia a traumy

Ľudia majú počas kríz prístup k bezpečnej a účinnej traumatologickej starostlivosti zameranej na predchádzanie úmrtnosti, chorobnosti, utrpeniu a zdravotnému postihnutiu, ktorým sa dá zabrániť.

Kľúčové kroky

- 1 Zabezpečte starostlivosť v prípade úrazu na všetkých úrovniach a pre všetkých pacientov.
 - Rýchlo vytvorte bezpečné systémy odkazovania medzi zariadeniami a zo zasiahnutých komunít do zariadení.
 - Ak obyvateľstvo nemá prístup k starostlivosti v zariadeniach s pevnou konštrukciou, vytvorte mobilné kliniky alebo poľné nemocnice.
- 2 Zabezpečte, aby mali zdravotnícki pracovníci zručnosti a poznatky potrebné na ošetrovanie zranení.
 - Zapojte všetky úrovne: od špecialistov prvého zásahu až po lekárov poskytujúcich konečnú chirurgickú a anesteziologickú starostlivosť.
- 3 Vypracujte alebo posilnite štandardizované protokoly na triáž a starostlivosť v prípade zranenia a traumy.
 - Zahrňte systémy odkazovania na ochranu detí, ľudí, ktorí zažili sexuálne násilie, a osoby vyžadujúce psychickú a psychosociálnu pomoc.



- 4 Zabezpečte prevenciu proti tetanu všetkým ľuďom, ktorým hrozí riziko zranenia, zraneným ľuďom s otvorenými ranami a pracovníkom zapojeným do záchranných a čistiacich operácií.
- 5 Zabezpečte minimálne štandardy bezpečnosti a liečby vo všetkých zariadeniach poskytujúcich starostlivosť pri traume a zranení vrátane poľných nemocníc.
- 6 Zaisťujte včasný prístup zranených pacientov k rehabilitačným službám, prioritným asistenčným zariadeniam a k mobilným pomôckam.
 - Dbajte na to, aby sa asistenčné pomôcky, ako sú invalidné vozíky a barle, alebo iné mobilné pomôcky, dali opraviť na miestnej úrovni.
- 7 Zabezpečte včasný prístup k službám psychického zdravia a psychosociálnej pomoci.
- 8 Zavedte alebo posilnite zdravotné informačné systémy tak, aby zahŕňali údaje o zraneniach a traume.
 - U všetkých traumatologických pacientov uprednostnite základnú klinickú dokumentáciu, ako sú individuálne zdravotné záznamy.
 - Na začlenenie zranení do súborov údajov zdravotného informačného systému používajte štandardné definície.

Kľúčové ukazovatele

Percento zdravotníckych zariadení, ktoré majú plán pre prípad katastrofy zahŕňajúci liečbu hromadných zranení, ktorý sa pravidelne kontroluje a nacvičuje

Percento zdravotníckych zariadení s protokolmi pre akútne zranenia zahŕňajúcimi formálne nástroje triáže

Percento zdravotníckych zariadení s pracovníkmi, ktorí absolvovali základné školenie o prístupe k akútnym zraneniam

Percento zdravotníckych zariadení, ktoré zaviedli opatrenia na zlepšenie kvality s cieľom znížiť základnú chorobnosť a úmrtnosť podľa dostupných údajov

Pokyny

Školenie a rozvoj zručností v starostlivosti pri zranení a traume by mali zahŕňať:

- liečbu hromadných zranení pre pracovníkov, ktorí realizujú a koordinujú reakciu,
- základnú prvú pomoc,
- štandardizovanú triáž v teréne a v zdravotníckych zariadeniach, a
- včasné rozpoznanie, resuscitáciu, ošetrovanie rán, zmiernenie bolesti a časovo primeranú psychosociálnu pomoc.

Mali by existovať alebo by sa mali vypracovať **štandardizované protokoly** týkajúce sa týchto aspektov:

- klasifikácia triáže na základe závažnosti v bežných a núdzových situáciách, ktorá zahŕňa hodnotenie, prioritizáciu, základnú resuscitáciu a kritériá núdzového odkazovania,
- núdzová starostlivosť prvej línie v mieste prístupu, a
- odkazovanie na pohotovostnú a rozšírenú starostlivosť vrátane chirurgie, pooperačnej starostlivosti a rehabilitácie.

Minimálne štandardy bezpečnosti a kvality: Minimálne štandardy je potrebné zaistiť aj v prípadoch, keď sa poskytuje traumatologická starostlivosť v reakcii na akútnu udalosť alebo prebiehajúci konflikt. Medzi oblasti, ktorým sa treba venovať, patria:

- bezpečné a racionálne používanie liekov, pomôcok a krvných produktov vrátane dodávateľského reťazca,
- prevencia a kontrola infekcií,
- zabezpečenie dostatočného množstva energie na osvetlenie, komunikáciu a prevádzku základných zdravotníckych pomôcok, ako je zariadenie na núdzovú resuscitáciu a sterilizačné zariadenia, a
- odpadové hospodárstvo v oblasti zdravotníctva.

Prvá pomoc na úrovni komunity: Včasná a vhodná prvá pomoc neprofesionálov zachraňuje životy, ak sa poskytuje bezpečne a systematicky. Všetky osoby poskytujúce prvú pomoc by mali používať štruktúrovaný prístup k zraneným. Rozhodujúce je školenie v oblasti základnej starostlivosti o rany, ako je čistenie a obväzovanie.

Zahrňte prvú pomoc na úrovni domácnosti a komunity, ako aj usmernenia, kedy a kde je potrebné vyhľadať lekársku pomoc. Zvyšujte povedomie o rizikách závislých od kontextu, ako je nestabilná infraštruktúra alebo riziko zranenia pri pokusoch o záchranu.

Triáž je kategorizácia pacientov podľa závažnosti zranení a nárokov na starostlivosť. Identifikuje osoby, pre ktoré by bol okamžitý lekársky zásah najväčším prínosom. Existuje viacero systémov triáže. Jeden z najpoužívanejších systémov využíva päť farieb: červená pre pacientov najvyššej priority, žltá pre strednú prioritu, zelená pre nízku prioritu, modrá pre pacientov nad možnosťou technickej kapacity zariadenia alebo pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť a sivá pre mŕtvych.

Odborná núdzová starostlivosť v prvej línii: Všetci zdravotnícki pracovníci na vyššej úrovni, ako sú lekári, by mali mať kvalifikáciu v systematickom prístupe k akútne chorým a zraneným. ⊕ *Pozri prístup ABCDE v Medzinárodných usmerneniach IFRC pre prvú pomoc a resuscitáciu.* V mnohých situáciách možno pred prevozom pacienta do pokročilejších zariadení vykonať prvotné resuscitačné a život zachraňujúce zásahy, ako je podávanie tekutín a antibiotík, zastavenie krvácania a liečba pneumotoraxu.

Anestéziologická, traumatologická a chirurgická starostlivosť: Núdzovú, operačnú a rehabilitačnú starostlivosť by mali zabezpečovať iba organizácie s príslušnou



odbornosťou. Poskytovatelia by mali pôsobiť v rozsahu svojej odbornej praxe s dostatočnými prostriedkami na vykonávanie činností. Nevhodná alebo nedostatočná starostlivosť môže spôsobiť viac škody, ako keby sa neurobilo nič. Chirurgický zákrok bez primeranej predoperačnej a pooperačnej starostlivosti a priebežnej rehabilitácie môže viesť k neúspechu pri obnove funkčných schopností pacienta.

Polné nemocnice: Využitie dočasných polných nemocní môže byť nutné najmä v akútnych krízach a malo by sa koordinovať s MZ alebo riadiacimi agentúrami či ďalšími zdravotníckymi aktérmi. Štandardy a bezpečnosť starostlivosti by mali spĺňať vnútroštátne a medzinárodné normy. [⊕ Pozri Citované a ďalšie zdroje](#) s ďalšími usmerneniami.

Rehabilitácia a sociálna reintegrácia: Včasná rehabilitácia môže zvýšiť šance na prežitie, maximalizovať vplyv lekárskeho a chirurgického zákroku a zvýšiť kvalitu života osôb, ktoré utrpeli zranenie. Zdravotnícke tímy s možnosťou hospitalizácie musia byť schopné zabezpečiť skorú rehabilitáciu. Zmapujte existujúce rehabilitačné možnosti a štruktúry odkazovania a oboznámte sa s prepojeniami medzi jestvujúcimi systémami sociálneho zabezpečenia a peňažnou podporou. V záujme nadväzujúcej starostlivosti nadviažte spoluprácu s miestnymi rehabilitačnými strediskami alebo komunitnými rehabilitačnými organizáciami.

Pred prepustením vezmite do úvahy ďalšie potreby pacientov s traumou a zranením vrátane osôb s už existujúcim zdravotným postihnutím. Zabezpečte nadväzujúcu kontrolu u lekára a kontrolu rehabilitácie, vzdelávanie pacientov a opatrovateľov, základné asistenčné pomôcky (ako sú barle a invalidné vozíky), psychickú a psychosociálnu podporu a prístup k ďalším základným službám. Vypracujte multidisciplinárne plány starostlivosti a založte tímy odborníkov na fyzickú rehabilitáciu a pracovníkov z oblasti starostlivosti o psychické zdravie a psychosociálnej podpory. Psychická a psychosociálna podpora pre ľudí so život meniacimi zraneniami sa má začať už v priebehu hospitalizácie. Rozhodujúce je prepojenie na služby priebežnej podpory. [⊕ Pozri Základnú zdravotnú starostlivosť 2.5: Starostlivosť o psychické zdravie.](#)

Osobitné aspekty starostlivosti – liečba bolesti: Kvalitná liečba bolesti po zranení znižuje výskyt zápalu pľúc a hlbokej žilovej trombózy a pomáha pacientom začať fyzioterapiu. Znižuje reakciu na fyziologický stres, čo vedie k menšej kardiovaskulárnej chorobnosti, a znižuje psychologický stres. Akútna bolesť z traumy sa má liečiť podľa obráteného rebríčka WHO pre bolesť. Od začiatku môže byť prítomná neuropatická bolesť v dôsledku poranenia nervov, ktorá sa musí primerane liečiť. [⊕ Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky a štandard Základná zdravotná starostlivosť 2.7: Paliatívna starostlivosť](#), [⊕ Pozri rebríček WHO pre bolesť](#).

Osobitné aspekty starostlivosti – starostlivosť o rany: Vo väčšine kríz sa množstvo pacientov dostane k starostlivosti až viac ako šesť hodín po zranení. Oneskorený prístup výrazne zvyšuje riziko infikovania rany a s tým spojenej úmrtnosti. Zdravotnícki pracovníci musia poznať protokoly starostlivosti o rany (vrátane popálenín) a prevencie a liečby infekcií pri akútnych aj oneskorených ošetreniach.

Tieto protokoly zahŕňajú podanie vhodných antibiotík, chirurgické odstránenie cudzieho materiálu a mŕtveho tkaniva a obviazanie.

Tetanus: Pri prírodných katastrofách s náhlym začiatkom môže byť riziko tetanu pomerne vysoké. Ľuďom s otvorenými ranami podajte očkovaciu látku s toxoidom proti tetanu (DT alebo Td – očkovacie látky proti záškrtu a tetanu – alebo DPT v závislosti od veku a anamnézy očkovaní). Ľudia so znečistenými alebo mimoriadne kontaminovanými ranami musia dostať aj dávku tetanového imunoglobulínu (TIG), ak nie sú očkované proti tetanu.

2.5 Psychické zdravie

Psychické a psychologické problémy sú bežné u dospelých, dospievajúcich aj detí vo všetkých humanitárnych situáciách. Extrémne stresové faktory spojené s krízami vyvolávajú u ľudí zvýšené riziko sociálnych, behaviorálnych, psychologických a psychiatrických problémov. Psychická a psychosociálna podpora zahŕňa multisektorové opatrenia. Tento štandard sa zameriava na opatrenia, ktoré majú zaviesť zdravotnícki aktéri. ⊕ *Pozri* Základnú humanitárnu normu a Zásady ochrany, kde sú ďalšie informácie o psychosociálnych zásahoch naprieč sektormi.

Štandard Psychické zdravie 2.5: Starostlivosť o psychické zdravie

Ľudia vo všetkých vekových kategóriách majú prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorá sa zaoberá psychickými problémami a pridruženým zhoršeným fungovaním.

Kľúčové kroky

- 1 Koordinujte psychickú a psychosociálnu podporu naprieč sektormi.
 - Vytvorte medzisektorovú technickú pracovnú skupinu pre psychické a psychosociálne problémy. Môže ju spoločne viesť zdravotnícka organizácia a humanitárna organizácia zameraná na ochranu.
- 2 Vyvíjajte programy na základe identifikovaných potrieb a prostriedkov.
 - Analyzujte jestvujúce systémy psychického zdravia, kompetencie pracovníkov a ďalšie prostriedky alebo služby.
 - Vyhodnoťte potreby, pričom je potrebné zohľadniť, že psychické problémy už môžu existovať, mohla ich vyvolať kríza, prípadne môžu platiť obe možnosti.
- 3 Pracujte s členmi komunity vrátane marginalizovaných ľudí s cieľom posilniť svojpomoc a sociálnu podporu v rámci komunity.
 - Presadzujte v komunite dialóg o tom, ako riešiť problémy prostredníctvom spolupráce, pričom čerpajte z múdrosti, skúseností a prostriedkov komunity.
 - Udržiavajte jestvujúce mechanizmy podpory, napríklad pre ženské a mládežnícke skupiny a ľudí žijúcich s HIV, alebo podporte ich obnovenie.



- 4 Poučte zamestnancov a dobrovoľníkov, ako poskytovať psychologickú prvú pomoc.
- Uplatňujte zásady psychologickéj prvej pomoci na zvládanie akútneho stresu po nedávnom vystavení potenciálnym traumatizujúcim udalostiam.
- 5 Sprístupnite základnú starostlivosť o psychické zdravie v každom zdravotníckom zariadení.
- Zorganizujte krátke školenie všeobecných zdravotníckych pracovníkov o hodnotení a riešení prioritných psychických problémov.
 - Zavedte mechanizmus odkazovania pacientov medzi špecialistami v oblasti psychického zdravia, všeobecnými lekármi, komunitnými podpornými službami a inými službami.
- 6 Podľa možnosti sprístupnite psychologickú starostlivosť ľuďom postihnutým dlhodobým utrpením.
- Ak je to uskutočniteľné, vyškolte a kontrolujte nešpecializovaných pracovníkov.
- 7 Chráňte práva ľudí so závažnými psychickými problémami v komunite, nemocniciach a ústavoch.
- Od začiatku krízy pravidelne navštevujte psychiatrické ústavy a ústavy sociálnej starostlivosti pre ľudí so závažnými psychickými problémami.
 - Riešte zanedbávanie a zneužívanie v ústavoch a zabezpečte starostlivosť.
- 8 Minimalizujte ujmy súvisiace s alkoholom a drogami.
- Vyškolte pracovníkov v oblasti detekcie a krátkodobých zásahov, znižovania ujmy a zvládania abstinenčných príznakov a intoxikácie.
- 9 Počas plánovania skorej obnovy a dlhotrvajúcich kríz prijmite kroky na vytvorenie udržateľného systému psychického zdravia.

Kľúčové ukazovatele

Percento sekundárnych služieb zdravotnej starostlivosti s vyškolenými a kontrolovanými zamestnancami a systémami na zvládanie psychických problémov

Percento primárnych služieb zdravotnej starostlivosti s vyškolenými a kontrolovanými zamestnancami a systémami na zvládanie psychických problémov

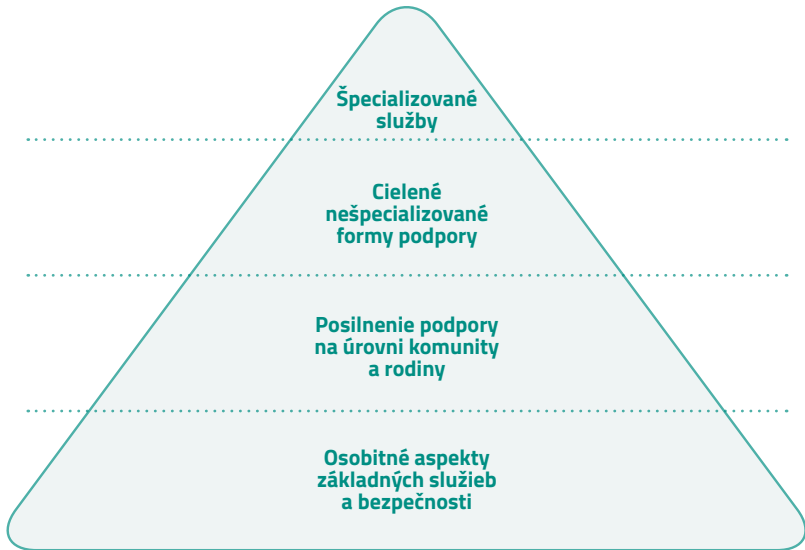
Počet ľudí podieľajúcich sa na svojpomoci a sociálnej podpore v rámci komunity

Percento používateľov zdravotných služieb, ktorí dostávajú starostlivosť v súvislosti s psychickými problémami

Percento ľudí, ktorí dostali starostlivosť v súvislosti s psychickými problémami a hlásia lepšie fungovanie a menej príznakov

Počet dní v priebehu posledných 30 dní, kedy neboli dostupné základné psychotropné lieky

- Menej ako štyri dni



Pyramída viacvrstvových služieb a foriem podpory (obrázok 10)

Zdroj: Referenčná skupina IASC pre psychickú a psychosociálnu podporu v mimoriadnych situáciách (2010)

Pokyny

Viacúrovňová podpora: Krízy na ľudí vplývajú rôznymi spôsobmi a vyžadujú si rôzne druhy podpory. Kľúč k poskytovaniu psychickej a psychosociálnej podpory je v rozvoji viacvrstvového systému vzájomne sa dopĺňajúcej podpory, ktorá reaguje na rozličné potreby, ako ilustruje obrázok 10. Táto pyramída ukazuje, ako sa rôzne opatrenia navzájom dopĺňajú. Všetky vrstvy pyramídy sú dôležité a v ideálnom prípade by sa mali uplatňovať súbežne.

Hodnotenie: Miera psychických problémov je v každej kríze vysoká. Na to, aby sa mohli začať poskytovať služby, nie sú nutné štúdie prevalencie. Využívajte rýchle prístupy založené na účasti a podľa možnosti zapracujte psychické zdravie do ďalších hodnotení. Neobmedzujte hodnotenie na jeden klinický problém.

Svojpomoc a podpora v rámci komunity: Zapojením komunitných zdravotníckych pracovníkov, lídrov a dobrovoľníkov motivujte členov komunity vrátane marginalizovaných ľudí k zvyšovaniu svojpomoci a sociálnej podpory. Činnosti by mohli zahŕňať vytváranie bezpečného priestoru a podmienok pre dialóg v rámci komunity.

Psychologická prvá pomoc: Psychologická prvá pomoc musí byť k dispozícii ľuďom vystaveným potenciálnym traumatizujúcim udalostiam, ako je fyzické alebo sexuálne násilie, ľuďom, ktorí boli svedkami krutosti, a ľuďom s vážnymi zraneniami. Nepredstavuje klinický zásah. Je to základná, ľudská a podporná reakcia na utrpenie. Zahŕňa pozorné načúvanie, vyhodnotenie základných potrieb



a zaistenie ich splnenia, presadzovanie sociálnej podpory a ochranu pred ďalšou ujmom. Je neinvazívna a netlačí na ľudí, aby hovorili o svojich problémoch. Po krátkej inštrukcii dokážu komunitní lídri, zdravotnícki pracovníci a ďalšie osoby zapojené do humanitárnej pomoci poskytnúť psychologickú prvú pomoc ľuďom s problémami. Hoci by psychologická prvá pomoc mala byť široko dostupná, celková psychická a psychologická podpora by sa nemala obmedzovať len na ňu.

Pri **jednorazovej psychologickej úľave** sa ventilovanie stresu podporuje nabádaním ľudí, aby stručne, ale systematicky opísali vnemy, myšlienky a emočné reakcie, ktoré mali počas nedávnej stresujúcej udalosti. Tento prístup je v najlepšom prípade neúčinný a nemal by sa využívať.

Ďalšie psychologické zásahy: Ak sú nešpecializovaní zdravotnícki pracovníci dobre vyškolení, kontrolovaní a podporovaní, môžu vykonávať psychologické zásahy v prípade depresie, úzkosti a posttraumatického stresu. To zahŕňa kognitívnu behaviorálnu terapiu alebo interpersonálnu terapiu.

Klinická starostlivosť o psychické zdravie: Poučte všetkých zdravotníckych pracovníkov a dobrovoľníkov o dostupnej starostlivosti o psychické zdravie. Poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vyškolte v súlade s protokolmi založenými na dôkazoch, ako je mhGAP. Podľa možnosti zaradte do všeobecných zdravotníckych zariadení odborníka na psychické zdravie, napríklad psychiatrickú zdravotnú sestru. Vytvorte súkromný priestor na konzultácie. ⊕ [Pozri Príručku mhGAP pre humanitárne zásahy.](#)

Najčastejšie problémy, s ktorými sa zdravotné služby stretávajú v mimoriadnych situáciách, sú psychóza, depresia a neurologický stav epilepsia. Mimoriadny význam má psychické zdravie matiek pre potenciálny vplyv na starostlivosť o deti.

Do zdravotného informačného systému zaradte kategórie psychického zdravia. ⊕ [Pozri Prílohu 2: Vzorový formulár HMIS.](#)

Základné psychotropné lieky: Zorganizujte nepretržitú dodávku základných psychotropných liekov s aspoň jedným liekom z každej terapeutickú kategórie (antipsychotiká, antidepresíva, anxiolytiká, antiepileptiká a lieky na potlačenie vedľajších účinkov antipsychotík). ⊕ [Pozri odporúčané psychotropné lieky v medziagentúrnej pohotovostnej zdravotníckej súprave a štandard Zdravotnícke systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.](#)

Ochrana práv ľudí s psychickými problémami: Počas humanitárnych kríz sú ľudia so závažnými psychickými problémami extrémne citliví na porušovanie ľudských práv, ako je zneužívanie, zanedbávanie, opustenie a chýbajúce prístrešie, potraviny či zdravotná starostlivosť. Určite aspoň jeden orgán, ktorý sa bude zaoberať potrebami ľudí v ústavnej starostlivosti.

Prechod do pokrízového obdobia: Humanitárne krízy zvyšujú dlhodobú mieru mnohých psychických problémov, preto je dôležité napláňovať trvalo zvýšené pokrytie liečbou celej postihnutej oblasti. To zahŕňa posilnenie jestvujúcich vnútroštátnych systémov psychického zdravia a presadzovanie začlenenía marginalizovaných skupín (vrátane

utečencov) do týchto systémov. Demonštratívne projekty s krátkodobým núdzovým financovaním môžu overiť koncepciu a vytvoriť potenciál na ďalšiu podporu a finančné prostriedky na rozvoj systémov psychického zdravia.

2.6 Neprenosné choroby

Potreba zamerať sa na neprenosné choroby (NPCH) v humanitárnych krízach reflektuje na zvýšenú celosvetovú strednú dĺžku života v kombinácii s rizikovými faktormi správania, ako je fajčenie a nezdravá strava. Približne 80 % úmrtí na NPCH sa vyskytuje v krajinách s nízkymi alebo strednými príjmami a mimoriadne situácie tento stav zhoršujú.

V priemernej dospeljej populácii 10 000 ľudí bude v priebehu normálneho 90-dňového obdobia pravdepodobne 1 500 – 3 000 ľudí s hypertenziou, 500 – 2 000 s cukrovkou a 3 – 8 akútnych infarktov.

Choroby sa budú líšiť, ale často zahŕňajú cukrovku, kardiovaskulárne ochorenie (vrátane hypertenzie, zlyhania srdca, mozgovej mŕtvice, chronického ochorenia obličiek), chronické ochorenie pľúc (ako je astma a chronická obštrukčná choroba pľúc) a rakovinu.

V rámci prvej reakcie je nutné riešiť akútne komplikácie a zabrániť prerušeniu liečby, potom majú nasledovať komplexnejšie programy.

Otázky psychického zdravia a paliatívnej starostlivosti sa konkrétne riešia v [⊕ štandardoch Základnej zdravotnej starostlivosti 2.5: Starostlivosť o psychické zdravie](#) a [2.7: Paliatívna starostlivosť](#).

Štandard Neprenosné choroby 2.6: Starostlivosť pri neprenosných chorobách

Ľudia majú prístup k preventívnym programom, diagnostike a základnej liečbe akútnych komplikácií a dlhodobej liečbe neprenosných chorôb.

Kľúčové kroky

- 1 Identifikujte zdravotné potreby v rámci NPCH a analyzujte dostupnosť služieb pred krízou.
 - Identifikujte skupiny s prioritnými potrebami vrátane skupín s rizikom život ohrožujúcich komplikácií, ako je cukrovka vyžadujúca inzulín alebo závažná astma.
- 2 Zavedte rozfázované programy založené na život zachraňujúcich prioritách a zmiernení utrpenia.
 - Zabezpečte primeranú starostlivosť pre pacientov s diagnostikovanými život ohrožujúcimi komplikáciami (napríklad závažný astmatický záchvat, diabetická ketoacidóza). Ak nie je dostupná, ponúknite paliatívnu a podpornú starostlivosť.
 - Zabráňte náhlemu prerušeniu liečby pacientov diagnostikovaných pred krízou.



3 Do zdravotných systémov na všetkých úrovniach začleňte starostlivosť v oblasti NPCH.

- Vytvorte systém odkazovania na liečbu akútnych komplikácií a komplexných prípadov v sekundárnej alebo terciárnej starostlivosti a na paliatívnu a podpornú starostlivosť.
- Podľa potreby odkazujte pacientov na služby v oblasti výživy a potravinovej bezpečnosti.

4 Vytvorte vnútroštatne programy pripravenosti v oblasti NPCH.

- Zahrňte základné lieky a potreby do vopred pripravených pohotovostných zdravotníckych potrieb pre prípad mimoriadnej situácie.
- Pre konkrétnych pacientov pripravte záložnú zásobu liekov a pokyny, kde majú vyhľadať pohotovostnú starostlivosť v prípade krízy.

Kľúčové ukazovatele

Percento zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti zabezpečujúcich starostlivosť o prioritné NPCH

Počet dní v priebehu posledných 30 dní, kedy neboli dostupné základné lieky na NPCH

- Menej ako štyri dni

Počet dní v priebehu posledných 30 dní, kedy nebolo dostupné (alebo funkčné) základné vybavenie na NPCH

- Menej ako štyri dni

Všetci zdravotnícki pracovníci poskytujúci liečbu NPCH absolvovali školenie o starostlivosti pri NPCH

Pokyny

Potreby a hodnotenie rizika pri identifikácii prioritných NPCH: Postupy navrhujte podľa kontextu a fázy mimoriadnej situácie. Môže to zahŕňať kontrolu záznamov, použitie údajov spred krízy a prieskumy v domácnostiach alebo epidemiologické hodnotenie prostredníctvom medzisektorového prieskumu. Zhromažďujte údaje o prevalencii a incidencii konkrétnych NPCH a identifikujte potreby v prípade život ohrozujúcich alebo závažných symptomatických stavov.

S cieľom vyhodnotiť očakávania a možnosti zdravotného systému v kontexte analyzujte dostupnosť a využitie služieb pred krízou, a to najmä v komplexných prípadoch, ako je rakovina alebo chronické ochorenie obličiek. Strednodobým až dlhodobým cieľom je podporovať a znova sfunkčnit' tieto služby.

Potreby komplexnej liečby: Podľa možnosti zabezpečte neprerušenu starostlivosť o pacientov s komplexnými potrebami, ako je dialýza obličiek, rádioterapia a chemoterapia. Jasne a prístupne informujte o štruktúrach odkazovania. Vytvorte mechanizmy odkazovania na pomoc pri paliatívnej starostlivosti, ak je dostupná.

⊕ *Pozri štandard Základná zdravotná starostlivosť 2.7: Paliatívna starostlivosť.*

Integrácia starostlivosti v oblasti NPCH do zdravotného systému: V súlade s vnútroštátnymi štandardmi zabezpečte základnú liečbu NPCH na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti, a ak vnútroštátne štandardy neexistujú, v súlade s medzinárodnými smernicami pre mimoriadne situácie.

Pri zlepšovaní včasnej detekcie a odkazovania spolupracujte s komunitami. Zaradte KZP do zariadení primárnej starostlivosti a angažujte lídrov komunity, tradičných liečiteľov a súkromný sektor. Terénne služby môžu zabezpečiť zdravotné služby v oblasti NPCH izolovanému obyvateľstvu.

Prispôbte existujúci zdravotný informačný systém okolnostiam krízy alebo vypracujte nový systém, ktorý bude zahŕňať monitorovanie hlavných NPCH: hypertenzie, cukrovky, astmy, chronickej obštrukčnej choroby pľúc, ischemickej choroby srdca a epilepsie. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.5: Zdravotnícke informácie a dodatok 2.*

Lieky a zdravotnícke pomôcky: Pozrite si vnútroštátny zoznam základných liekov a pomôcok vrátane technológií a základných laboratórnych testov v oblasti NPCH. Zamerajte sa na primárnu zdravotnú starostlivosť. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky.* V prípade potreby presadzujte začlenenie kľúčových základných liekov a zdravotníckych pomôcok v súlade s medzinárodnými smernicami a smernicami pre mimoriadne situácie v oblasti NPCH. Zabezpečte prístup k základným liekom a zdravotníckym pomôckam na primeranej úrovni starostlivosti. Súpravy pre NPCH možno v skorých fázach krízy použiť v spojení s medziagentúrnymi pohotovostnými zdravotníckymi súpravami na zvýšenie dostupnosti základných liekov a vybavenia. Tieto súpravy nepoužívajte na zabezpečenie dlhodobých dodávok.

Školenia: Vyškolte všetky úrovne klinických pracovníkov vo vedení prípadov NPCH a všetkých pracovníkov v oblasti starostlivosti o prioritné NPCH vrátane štandardných operačných postupov odkazovania. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.2: Zdravotnícka pracovná sila.*

Podpora zdravia a vzdelávanie: Poskytujte informácie o službách NPCH a o miestach prístupu k starostlivosti. Informácie spojené s podporou zdravého správania, zmiernením rizikových faktorov a zlepšením individuálnej starostlivosti o zdravie a dodržiavania liečby musia byť dostupné všetkým, vrátane starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím. Zdravé správanie môže zahŕňať napríklad pravidelnú fyzickú aktivitu alebo zníženie konzumácie alkoholu a tabaku. Pri vypracovaní informácií a distribučných stratégií tak, aby boli primerané veku, pohlaviu a kultúrnym zvyklostiam, spolupracujte s rôznymi časťami komunity. Stratégie prevencie a kontroly kontextu prispôbte obmedzeniam, ako sú obmedzené dodávky potravín alebo preľudnenie.

Plány prevencie a pripravenosti: Začleňte starostlivosť v oblasti NPCH do vnútroštátnych plánov pre prípad katastrofy a mimoriadnej situácie a zaistite, aby sa zohľadňovali rôzne typy zdravotníckych zariadení (napríklad malé zdravotné strediská alebo veľké nemocnice s dialyzačnými jednotkami). V nestabilných



podmienkach alebo v kontextoch s rizikom katastrofy by zdravotné strediská mali byť pripravené na poskytovanie služieb v oblasti NPCH.

Založte register pacientov s komplexnými ochoreniami a kritickými potrebami a vypracujte štandardizované pracovné protokoly na odkazovanie pacientov v prípade krízy.

2.7 Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť je prevencia a zmierňovanie utrpenia a úzkosti spojenej so starostlivosťou na sklonku života. Zahŕňa identifikáciu, hodnotenie a liečenie bolesti, ako aj ďalších fyzických, psychosociálnych a duchovných potrieb. Pri fyziologickej, psychologickú a duchovnej starostlivosti sa riadte výlučne požiadavkami pacienta alebo rodiny, a na pomoc pacientom, rodinám a opatrovateľom využite podporné systémy. Starostlivosť na sklonku života sa musí poskytovať bez ohľadu na príčinu stavu.

Štandard Paliatívna starostlivosť 2.7: Paliatívna starostlivosť

Ľudia majú prístup k paliatívnej starostlivosti a starostlivosti na sklonku života, ktorá zmierňuje bolesť a utrpenie, maximalizuje pohodlie, dôstojnosť a kvalitu života pacientov a pomáha rodinným príslušníkom.

Kľúčové kroky

- 1 Zavedte usmernenia a postupy, ktoré budú podporovať dôslednú paliatívnu starostlivosť.
 - Začleňte vnútroštátne alebo medzinárodné usmernenia pre potláčanie bolesti a príznakov v zdravotníckych zariadeniach.
 - Vypracujte usmernenia na triáž pacientov na základe zdravotného stavu, prognózy a dostupnosti zdrojov.
- 2 Vypracujte plán starostlivosti a zabezpečte paliatívnu starostlivosť umierajúcim pacientom.
 - V akútnych prípadoch zabezpečte aspoň úľavu od bolesti a dôstojnú smrť.
 - Zistite, ako pacient alebo jeho rodina vnímajú situáciu, a zaujímajte sa o ich obavy, hodnoty a kultúrne presvedčenia.
- 3 Integrujte paliatívnu starostlivosť do všetkých úrovní zdravotného systému.
 - Vytvorte rozsiahle siete odkazovania na zabezpečenie nepretržitej podpory a starostlivosti.
 - Uprednostnite komunitný manažment zahŕňajúci domácu starostlivosť.
- 4 Vyškolte zdravotníckych pracovníkov v poskytovaní paliatívnej starostlivosti vrátane potláčania bolesti a príznakov, ako aj v oblasti psychickej a psychosociálnej podpory.
 - Dodržiavajte vnútroštátne, prípadne medzinárodné štandardy, ak vnútroštátne neexistujú.

- 5 Zabezpečte základné zdravotnícke potreby a vybavenie.
 - V zdravotníckych zariadeniach vytvorte zásoby paliatívnych liekov a vhodných zdravotníckych pomôcok, ako sú inkontinenčné vložky a katétre.
 - Dbajte na predpisy o kontrolovaných liekoch, ktoré môžu oneskoriť dostupnosť základných liekov.
- 6 Spolupracujte s miestnymi systémami a sieťami na podporu pacientov, ošetrovateľov a rodín v komunite a v domácom prostredí.
 - Zabezpečte potreby na domácu starostlivosť, ako sú inkontinenčné vložky, močové katétre a balenia obväzov.

Kľúčové ukazovatele

Počet dní v priebehu posledných 30 dní, kedy neboli dostupné základné lieky na paliatívnu starostlivosť

- Menej ako 4 dni

Percento pracovníkov vyškolených v základnej liečbe bolesti a príznakov alebo v paliatívnej starostlivosti v každom zdravotnom stredisku, nemocnici, mobilnej klinike a poľnej nemocnici

Percento pacientov, u ktorých systém zdravotnej starostlivosti identifikoval potrebu a ktorí využili starostlivosť na sklonku života

Pokyny

Humanitárni zdravotnícki aktéri musia poznať a rešpektovať miestne spôsoby lekárskeho rozhodovania a miestne hodnoty týkajúce sa ochorení, utrpenia, umierania a smrti. Zmierňovanie utrpenia je dôležité. Umierajúcim pacientom sa musí zabezpečiť starostlivosť zameraná na vytvorenie pohodlia nezávisle od toho, či ochorenie zapríčinili smrteľné poranenia, infekčné ochorenie alebo iná príčina.

Vypracovanie plánu starostlivosti: Určite relevantných pacientov a rešpektujte ich právo na informované rozhodnutia o ich starostlivosti. Poskytujte objektívne informácie a zohľadňujte ich potreby a očakávania. Plán starostlivosti musí vychádzať z preferencií pacienta, ktorý ho musí schváliť. Ponúknite prístup k psychickej a psychosociálnej pomoci.

Dostupnosť liekov: Súčasťou základných a doplnkových modulov medziagentúrnej pohotovostnej zdravotníckej súpravy a zoznamu základných liekov sú niektoré paliatívne lieky, napríklad lieky proti bolesti. Medziagentúrne pohotovostné zdravotnícke súpravy (MPZS) sú užitočné v počiatočných fázach krízy, ale nie sú vhodné v dlhotrvajúcich situáciách, pri ktorých sa musia vytvoriť udržateľnejšie systémy. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.3: Základné lieky a zdravotnícke pomôcky a Citované a ďalšie zdroje.*

Rodina, komunita a sociálna pomoc: Pri zabezpečovaní integrovanej pomoci spolupracujte s ostatnými sektormi a dohodnite sa na štruktúre odkazovania



pacientov a ich rodín. Patrí sem prístup k vnútroštátnym systémom sociálnej starostlivosti a zabezpečenia alebo k organizáciám, ktoré ponúkajú pomoc v oblasti prístrešia, hygienické súpravy a súpravy pre ženy, peňažnú pomoc, psychickú a psychosociálnu podporu a právnu pomoc, aby sa zabezpečilo uspokojenie základných každodenných potrieb.

V koordinácii s relevantnými sektormi vyhľadávajte odlúčené rodiny, aby s nimi prípadní pacienti mohli komunikovať.

Spolupracujte s existujúcimi sieťami komunitnej starostlivosti, ktoré často disponujú vyškolenými sprostredkovateľmi domácej starostlivosti a komunitnými psychosociálnymi pracovníkmi. Pomôžu vám pri ďalšej pomoci pacientom a ich rodinným príslušníkom a pri prípadnom zabezpečovaní domácej starostlivosti (napríklad pre ľudí s HIV).

Duchovná podpora: Všetka podpora musí vychádzať z požiadaviek pacienta alebo jeho rodiny. Spolupracujte s miestnymi duchovnými lídrami, ktorí vám môžu pomôcť nájsť poskytovateľov duchovnej starostlivosti s rovnakým vierovyznaním alebo presvedčením, ako má pacient. Môžu zároveň pôsobiť ako zdroj podpory pre pacientov, opatrovateľov alebo humanitárnych aktérov.

Poučte miestnych duchovných lídrov o kľúčových zásadách psychosociálnej podpory pre pacientov, ktorí čelia závažným zdravotným problémom.

Každému pacientovi, opatrovateľovi alebo rodinnému príslušníkovi, ktorý o to požiadava, vytvorte spoľahlivé mechanizmy dvojstranného odkazovania medzi systémom zdravotnej starostlivosti a duchovnými lídrami.

V spolupráci s miestnou komunitou zabezpečte pomoc pri bezpečných a dôstojných pohrebných zvyklostiach v súlade s vnútroštátnymi alebo medzinárodnými usmerneniami. ⊕ *Pozri štandard Zdravotné systémy 1.1: Poskytovanie zdravotnej služby.*

Príloha 1

Kontrolný zoznam hodnotenia zdravia

Príprava

- Zhromaždite dostupné informácie o obyvateľstve zasiahnutom krízou.
- Obstarajte si dostupné mapy, letecké fotografie alebo satelitné snímky postihnutej oblasti a údaje z geografického informačného systému (GIS).
- Obstarajte si demografické, úradné a zdravotné údaje.

Bezpečnosť a prístup

- Overte existenciu prebiehajúcich prírodných hrozieb alebo hrozieb spôsobených ľudskou činnosťou.
- Stanovte celkovú bezpečnostnú situáciu vrátane prítomnosti ozbrojených síl.
- Stanovte prístup humanitárnych organizácií k obyvateľstvu zasiahnutému krízou.

Demografické údaje a spoločenská štruktúra

- Stanovte veľkosť obyvateľstva zasiahnutého krízou s rozčlenením podľa pohlavia, veku a zdravotného postihnutia.
- Identifikujte skupiny so zvýšeným rizikom, ako sú ženy, deti, starší ľudia, osoby so zdravotným postihnutím, ľudia s HIV alebo marginalizované skupiny.
- Stanovte priemernú veľkosť domácnosti a odhadnite počet domácností, v ktorých je hlavou rodiny žena alebo dieťa.
- Stanovte existujúcu sociálnu štruktúru a rodové normy vrátane pozícií, ktoré majú autoritu a/alebo vplyv v komunite a domácnosti.

Základné zdravotnícke informácie

- Identifikujte zdravotné problémy, ktoré v oblasti postihnutej krízou existovali už pred mimoriadnou situáciou.
- Identifikujte dlhodobé zdravotné problémy v krajine pôvodu utečencov alebo v oblasti pôvodu vnútorne vysídlených osôb.
- Identifikujte existujúce zdravotné riziká, napríklad potenciálne epidemické ochorenia.
- Identifikujte dlhodobé a existujúce prekážky zdravotnej starostlivosti, spoločenské normy a presvedčenia vrátane pozitívnych a škodlivých praktík.
- Identifikujte predchádzajúce zdroje zdravotnej starostlivosti.
- Analyzujte rôzne aspekty zdravotného systému a ich výkonnosť. ⊕ *Pozri štandardy Zdravotné systémy 1.1 až 1.5.*

Miera úmrtnosti

- Vypočítajte hrubú mieru úmrtnosti.
- Vypočítajte vekovo špecifickú mieru úmrtnosti (napríklad mieru úmrtnosti detí do päť rokov).



- Vypočítajte mieru úmrtnosti špecifickú pre jednotlivé príčiny.
- Vypočítajte pomernú mieru úmrtnosti.

Miera chorobnosti

- Stanovte incidencie najzávažnejších chorôb, ktoré majú význam z hľadiska verejného zdravia.
- Ak je to možné, stanovte špecifické incidencie najzávažnejších chorôb podľa veku a pohlavia.

Dostupné zdroje

- Stanovte možnosti MZ v krajine zasiahnutej krízou.
- Stanovte stav vnútroštátnych zdravotníckych zariadení vrátane ich celkového počtu podľa typu poskytovanej starostlivosti, stupňa poškodenia infraštruktúry a prístupu.
- Stanovte počet a zručnosti dostupných zdravotníckych pracovníkov.
- Stanovte dostupné zdravotnícke rozpočty a mechanizmus financovania.
- Stanovte možnosti a funkčný stav jestvujúcich programov verejného zdravia, ako je rozšírený program očkovania.
- Stanovte dostupnosť štandardizovaných protokolov, základných liekov, zdravotníckych pomôcok, vybavenia a logistických systémov.
- Určite stav jestvujúcich systémov odkazovania.
- Stanovte úroveň štandardov pre PBŠI v zdravotníckych zariadeniach.
- Určite stav jestvujúceho zdravotného informačného systému.

Údaje z iných relevantných sektorov

- Výživový stav.
- Environmentálne podmienky a WASH.
- Potravinový kôš a potravinová bezpečnosť.
- Prístrešie – kvalita prístrešia.
- Vzdelávanie – vzdelávanie v oblasti zdravia a hygieny.

Príloha 2

Vzorové formuláre týždenných hlásení na účely dohlādu

2.1 Formulár na sledovanie úmrtnosti (súhrnej)*

Pracovisko:

Dátum od pondelka: Do nedele:

Celkový počet obyvateľov na začiatku tohto týždňa:

Narodenia tento týždeň: Úmrtia tento týždeň:

Príchody tento týždeň (podľa potreby): .. Odchody tento týždeň:

Celkový počet obyvateľov na konci týždňa:

Celkový počet obyvateľov vo veku menej ako 5 rokov:

	< 5 rokov		≥ 5 rokov		Spolu
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
Bezprostredná príčina					
Akútna infekcia dolných dýchacích ciest					
Cholera (podozrenie)					
Hnačka – krvavá					
Hnačka – vodnatá					
Zranenie – nie nehoda					
Malária					
Smrť matky – priama					
Osýpky					
Meningitída (podozrenie)					
Novorodenec (0 – 28 dní)					
Iná					
Neznáma					
Spolu podľa veku a pohlavia					
Základná príčina					
AIDS (podozrenie)					
Podvýživa					
Smrť matky – nepriama					
Neprenosné choroby (uved'te)					
Iná					
Spolu podľa veku a pohlavia					

* Tento formulár sa používa, ak dochádza k množstvu úmrtí, keď z dôvodu časových obmedzení nemožno zhromaždiť podrobnejšie informácie o jednotlivých úmrtiach.

– Možno pridať ďalšie príčiny úmrtnosti podľa kontextu a epidemiologických vzorcov.

– Vek možno ďalej rozčleniť, napríklad 0 – 11 mesiacov, 1 – 4 roky, 5 – 14 rokov, 15 – 49 rokov, 50 – 59 rokov, 60 – 69 rokov, 70 – 79 rokov, 80+ rokov.

– Úmrtia sa nemajú nahlasovať len zo zdravotníckych zariadení, ale majú zahŕňať aj hlásenia od miestnych a duchovných lídrov, komunitných pracovníkov, ženských skupín a nemocníc, kam pacientov odkázali.

– Pokiaľ možno, na zadnú stranu tohto formulára sa majú uviesť definície prípadov.



2.2 Formulár na sledovanie úmrtnosti (individuálne záznamy)*

Pracovisko:

Dátum od pondelka: Do nedele:

Celkový počet obyvateľov na začiatku tohto týždňa:

Narodenia tento týždeň: Úmrtia tento týždeň:

Príchody tento týždeň (podľa potreby): ... Odchody tento týždeň:

Celkový počet obyvateľov na konci týždňa:

Celkový počet obyvateľov vo veku menej ako 5 rokov:

Č.	Pohlavie (m, ž)	Vek (dni = d, mesiace = m, roky = r)	Priama príčina smrti										Základné príčiny								
			Akútna infekcia dolných dýchacích ciest	Cholera (podozrenie)	Hnačka – krvavá	Hnačka – vodnatá	Zranenie – nie nehoda	Malária	Smrť matky – priama	Osýpky	Meningitída (podozrenie)	Novorodenci (0 – 28 dní)	Neprenosné choroby (uved'te)	Iné (uved'te)	Neznáma	AIDS (podozrenie)	Podvýživa	Smrť matky (nepriama)	Iné (uved'te)	Dátum (dd/mm/rr)	Miesto v rámci pracoviska (napr. č. bloku)
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*Tento formulár sa používa, ak je dostatok času na zaznamenanie údajov o jednotlivých úmrtiach. Umožňuje analýzu podľa veku, miesta a miery využitia zariadenia.

- Frekvencia hlásenia (denne alebo týždenne) závisí od počtu úmrtí.
- Podľa situácie možno pridať ďalšie príčiny smrti.
- Úmrtia sa nemajú nahlasovať len zo zdravotníckych zariadení, ale majú zahŕňať aj hlásenia od miestnych a duchovných lídrov, komunitných pracovníkov, ženských skupín a nemocníc, kam boli pacienti odkázaní.
- Pokiaľ možno, na zadnú stranu tohto formulára sa majú uviesť definície prípadov.
- Vek možno ďalej rozčleniť; napríklad 0 – 11 mesiacov, 1 – 4 roky, 5 – 14 rokov, 15 – 49 rokov, 50 – 59 rokov, > 60 rokov.

2.3 Vzorový nahlasovací formulár pri včasnom varovaní, výstrahe a reakcii (VVVR)

Tento formulár sa používa v akútnej fáze krízy, keď hrozí vysoké riziko udalostí s ohrozením verejného zdravia, ako je trauma, otrava alebo šírenie chorôb s hrozbou epidémie.

Dátum od pondelka: Do nedele:

Mesto/dedina/osídlenie/tábor:

Kraj: Okres:

Oblasť: Názov pracoviska:

▪ Nemocnica ▪ Ambulancia ▪ Zdravotné stredisko ▪ Mobilná klinika

Podporné úrady:

Nahlasujúci pracovník a kontaktné číslo:

Celkový počet obyvateľov:

Celkový počet obyvateľov vo veku menej ako 5 rokov:

A. TÝŽDENNÉ SÚHRNNÉ ÚDAJE

Nové prípady:	Chorobnosť'		Úmrtnosť'		Spolu
	< 5 rokov	5 a viac rokov	< 5 rokov	5 a viac rokov	
PRIJATÝCH SPOLU					
ÚMRTÍ SPOLU					
Akútna respiračná infekcia					
Akútna vodnatá hnačka					
Akútna krvavá hnačka					
Malária – podozrenie/potvrdená					
Osýpky					
Meningitída – podozrenie					
Syndróm akútnej hemoragickej horúčky					
Syndróm akútnej žltčky					
Akútna ochabnutá paralýza (AFP)					
Tetanus					
Iná horúčka > 38,5 °C					
Trauma					
Chemická otrava					
Iné					
Spolu					

– Je možné viacero diagnóz. Zaznamenajte tú najdôležitejšiu. Každý prípad sa má započítať len raz.

– Zahrňte len prípady, ktoré sa pozorovali (alebo úmrtia, ku ktorým došlo) počas týždňa, kedy sa vykonával dohľad.

– Ak sa pri niektorom zo syndrémov uvedených vo formulári nevyskytol počas týždňa žiadny prípad ani úmrtie, napíšte „0“ (nula).

– Úmrtia sa majú zaznamenávať iba do časti s úmrtnosťou, NIE do časti s chorobnosťou.

– Definície prípadov pre každý stav, nad ktorým sa vykonáva dohľad, sa majú napísať na zadnú stranu tohto formulára.

– Prípady chorobnosti možno pridať alebo odstrániť podľa epidemiológie a hodnotenia rizika ochorenia.

– Účelom dohľadu v oblasti VVVR je včasná detekcia ohrozenia verejného zdravia, ktoré si vyžaduje okamžitú reakciu.

– Údaje o stavoch, ako je podvýživa, sa majú zhromažďovať zisťovaním (prevalencia), nie dohľadom (incidencia).

B. VÝSTRAHA PRI VYPUKNUTÍ NÁKAZY

Pri každom podozrení na niektoré z nasledujúcich ochorení pošlite SMS alebo zatelefonojte na číslo, prípadne pošlite e-mail na adresu s maximálnym množstvom informácií o čase, mieste a počte prípadov a úmrtí: cholera, šigelóza, osýpky, detská obrna, týfus, tetanus, hepatitída A alebo E, dengue, meningitída, záškrt, čierny kašeľ, hemoragická horúčka, trauma a chemická otrava. Tento zoznam ochorení sa môže líšiť v závislosti od epidemiológie ochorenia v danej krajine.



2.4 Vzorový formulár pravidelného dohľadu pre informačný systém na správu zdravotných údajov (HMIS)

Pracovisko:

Dátum od pondelka: Do nedele:

Celkový počet obyvateľov na začiatku tohto týždňa/mesiaca:

Narodenia tento týždeň/mesiac: Úmrtia tento týždeň/mesiac:

Príchody tento týždeň/mesiac (podľa potreby):

Odchody tento týždeň/mesiac:

Celkový počet obyvateľov na konci týždňa/mesiaca:

Celkový počet obyvateľov vo veku menej ako 5 rokov:

Chorobnosť	Do 5 rokov (nové prípady)		5 a viac rokov (nové prípady)		Spolu			Opakované prípady	
	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Nové prípady	Spolu	
Akútna respiračná infekcia									
Akútna vodnatá hnačka									
Akútna krvavá hnačka									
Malária – podozrenie/ potvrdená									
Osýpky									
Meningitída – podozrenie									
Syndróm akútnej hemoragickej horúčky									
Syndróm akútnej žltacky									
Akútna ochabnutá paralýza (AFP)									
Tetanus									
Iná horúčka > 38,5 °C									
HIV/AIDS									
Ochorenie očí									
Ochorenie kože									
Akútna podvýživa									
Pohlavne prenosná infekcia									
Pohlavná ulcerózna choroba									
Urínálny výtok u mužov									
Vaginálny výtok									
Zápalové ochorenie panvy (PID)									
Novorodenecká konjunktivitída									
Vrodený syfilis									

Chorobnosť	Do 5 rokov (nové prípady)		5 a viac rokov (nové prípady)		Spolu		Opakované prípady	
	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Nové prípady	Spolu
Neprenosné choroby								
Hypertenzia								
Ischemická choroba srdca								
Cukrovka								
Astma								
Chronická obštrukčná choroba pľúc								
Epilepsia								
Iná chronická neprenosná choroba								
Psychické zdravie								
Porucha užívania alkoholu alebo inej látky								
Mentálne postihnutie a vývinové poruchy								
Psychotická porucha (vrátane bipolárnej poruchy)								
Demencia alebo delírium								
Stredne závažná až závažná emočná porucha/depresia								
Lekársky nevysvetlený somatický problém								
Sebapoškodzovanie (vrátane pokusu o samovraždu)								
Iný psychologický problém								
Zranenia								
Ťažké zranenie hlavy/ chrbtice								
Ťažké zranenie trupu								
Ťažké zranenie končatiny								
Stredne ťažké zranenie								
Ľahké zranenie								
Spolu								

Vek možno ďalej rozčleniť, napríklad 0 – 11 mesiacov, 1 – 4 roky, 5 – 14 rokov, 15 – 49 rokov, 50 – 59 rokov, > 60 rokov.



Príloha 3

Vzorce na výpočet kľúčových zdravotných ukazovateľov

Hrubá miera úmrtnosti (CMR)

Definícia: Miera úmrtí v celom obyvateľstve vrátane žien aj mužov každého veku.

Vzorec:

$$\frac{\text{Celkový počet úmrtí počas časového obdobia}}{\text{Počet ohrozených obyvateľov v polovici obdobia x počet dní v časovom období}} \times 10\,000 \text{ osôb} = \text{Úmrtia/10 000 osôb/deň}$$

Miera úmrtnosti detí do 5 rokov (U5MR)

Definícia: Miera úmrtí medzi deťmi vo veku do päť rokov v obyvateľstve.

Vzorec:

$$\frac{\text{Celkový počet úmrtí detí vo veku < 5 rokov počas časového obdobia}}{\text{Celkový počet detí vo veku < 5 rokov x počet dní v časovom období}} \times 10\,000 \text{ osôb} = \text{Úmrtia/10 000 detí vo veku do 5 rokov/deň}$$

Incidenca

Definícia: Počet nových prípadov ochorenia, ktoré sa vyskytli počas stanoveného časového obdobia v obyvateľstve ohrozenom rozvojom ochorenia.

Vzorec:

$$\frac{\text{Počet nových prípadov v dôsledku konkrétneho ochorenia v časovom období}}{\text{Obyvateľstvo ohrozené rozvojom ochorenia x počet mesiacov v časovom období}} \times 1\,000 \text{ osôb} = \text{Nové prípady v dôsledku konkrétneho ochorenia/1 000 osôb/mesiac}$$

Miera úmrtnosti prípadov (CFR)

Definícia: Počet ľudí, ktorí zomrú na ochorenie, vydelený počtom ľudí, ktorí ním trpia.

Vzorec:

$$\frac{\text{Počet ľudí, ktorí zomrú na ochorenie v časovom období}}{\text{Ľudia, ktorí majú ochorenie v časom období}} \times 100 = \%$$

Miera využitia zdravotníckeho zariadenia

Definícia: Počet ambulantných návštev na osobu a rok. Pokiaľ možno rozlišujte medzi novými a starými návštevami. Na výpočet tejto miery sa majú použiť **nové** návštevy. Často je však zložité rozlišovať medzi novými a starými návštevami, takže sa kombinujú ako celkový počet návštev počas krízy.

Vzorec:

$$\frac{\text{Celkový počet návštev v jednom týždni}}{\text{Celkový počet obyvateľov}} \times \frac{52}{\text{týždňov}} = \text{Návštevy/osoba/rok}$$

Počet vyšetrení na lekára a deň

Definícia: Priemerný počet všetkých vyšetrení (nových a opakovaných prípadov) vykonaných každým lekárom za deň.

Vzorec:

$$\frac{\text{Celkový počet vyšetrení v jednom týždni}}{\text{Počet lekárov EPÚ*}} \div \frac{\text{Počet dní v týždni, kedy je zdravotnícke zariadenie otvorené}}{\text{v zdravotníckom zariadení}}$$

**EPÚ (ekvivalent plného úväzku) je ekvivalentný počet lekárov pracujúcich v zdravotníckom zariadení. Ak napríklad v ambulancii pracuje šesť lekárov, ale dvaja z nich pracujú na polovičný úväzok, počet lekárov EPÚ = 4 pracovníci na plný úväzok + 2 pracovníci na polovičný úväzok = 5 lekárov EPÚ.*



Príloha 4

Otrava

K otrave cez ústa, nos, kožu, oči, uši alebo požitím môže dôjsť vtedy, keď sú ľudia vystavení toxickým chemickým látkam. Deťom hrozí vyššie riziko, pretože dýchajú rýchlejšie, majú veľkú povrchovú plochu v pomere k telesnej hmotnosti, priepustnejšiu kožu a sú bližšie k zemi. Vystavenie toxickým látkam môže mať vplyv na vývoj dieťaťa vrátane spomalenia rastu a poruchy výživy a môže spôsobiť ochorenie alebo smrť.

Počiatočný postup

Ak je pri príchode pacienta do zdravotníckeho zariadenia známe, že bol vystavený chemickým látkam alebo má prejavy a príznaky takého vystavenia:

- podniknite bezpečnostné opatrenia pre zdravotníckych pracovníkov vrátane nosenia vhodných osobných ochranných prostriedkov (OOP),
- spravte triáž pacientov,
- vykonajte život zachraňujúce zásahy,
- vykonajte dekontamináciu (napríklad vyzlečte pacienta alebo opláchnite postihnuté oblasti mydlovou vodou), ideálne mimo zdravotníckeho zariadenia, aby nedošlo k ďalšiemu vystaveniu, a potom
- postupujte podľa ďalších liečebných protokolov vrátane podpornej liečby.

Liečebné protokoly

Môžu sa líšiť podľa krajiny. Vo všeobecnosti je nutné podať protiliek a pomocnú liečbu (napríklad na podporu dýchania).

V tabuľke nižšie sú uvedené príznaky vystavenia chemickým látkam a bežne podávané protilieky.

Príznyky vystavenia toxickým chemickým látkam a možná liečba

Trieda toxickej chemickej látky	Bežné prejavy vystavenia	Protileiky (usmernenia sa v jednotlivých krajinách líšia)
Nervové látky, ako je sarín, tabun alebo VX	Veľmi malé zrenice, rozmazané videnie, bolesť hlavy, rozsiahla tvorba sekrétov, ťarcha na hrudníku a ťažkosti s dýchaním, nevoľnosť, vracanie, hnačka, svalové zŕškľby, záchvaty, strata vedomia.	Atropín Oxímý (pralidoxím, obidoxím) Benzodiazepíny (na záchvaty)
Pľuzgierotvorné látky, napríklad horčičný plyn	Slenie, podráždenie očí, zápal spojiviek, poškodenie rohovky, sčervenanie kože a pľuzgiere na koži s bolesťou, sťažené dýchanie.	Pomocná liečba +/- tiosíran sodný Napríklad výplach očí, lokálne antibiotikum, umytie kože, bronchodilatátory. V závažných prípadoch použite tiosíran sodný.
Kyanid	Lapanie po dychu, asfyxiácia, záchvaty, zmätenosť, nevoľnosť.	Amylnitrit (prvá pomoc) Tiosíran sodný a dusitan sodný s 4 DMAP alebo hydroxokobalamin alebo dikobalt edetát
Inkapacitačné látky, napríklad BZ	Sucho v ústach a suchá koža, tachykardia, zmenené vnímanie, bludy, halucinácie, hypertermia, strata koordinácie, rozšírené zrenice.	Fyzostigmín
Slzný plyn a látky na zvládanie davu	Štípanie a pálenie slizníc, slzenie, slinenie, výtok z nosa, ťarcha na hrudníku, bolesť hlavy, nevoľnosť.	Hlavne pomocná liečba
Chlór	Sčervenanie očí a slzenie, podráždenie nosa a hrdla, kašeľ, pocit dusenia sa alebo priškrtienia, dýchavičnosť, sipot, chrapľavý hlas, pľúcny edém.	N-acetylcysteín (NAC)
Tálium (jed na potkany)	Bolesť brucha, nevoľnosť, vracanie, hnačka, zápcha, záchvaty, delírium, depresia, vypadávanie vlasov a ochlpenia, bolestivá periférna neuropatia a distálna motorická slabosť, ataxia, neurokognitívne poruchy.	Pruská modrá
Olovo	Anorexia, vracanie, zápcha, bolesť brucha, bledosť, nepozornosť, slabosť, periférna paralýza.	Chelácia
Organofosfáty (patrí sem niektoré insekticídy a nervový plyn)	Slinenie, slzenie, močenie, defekácia, žalúdočné kŕče, vracanie.	Atropín Oxímý (pralidoxím, obidoxím)

Upravené podľa WHO, Usmernenia pre environmentálne zdravie v mimoriadnych situáciách.



Citované a ďalšie zdroje

Zdravie a ľudské práva

The Right to Health: Fact Sheet No.31 [Právo na zdravie: prehľad základných skutočností č. 31]. OHCHR and WHO, 2008. <http://www.ohchr.org>

Civilno-vojenská koordinácia

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action [Civilno-vojenská koordinácia v humanitárnej činnosti v oblasti zdravia]. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military [Humanitárna civilno-vojenská koordinácia: usmernenia pre armádu]. UN OCHA, 2014. <http://www.unocha.org>

Ochrana a medzinárodné humanitárne právo

Ambulance and pre-hospital services in risk situations [Ambulantné a prednemocničné služby v rizikových situáciách]. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies [Všeobecné etické zásady zdravotnej starostlivosti v časoch ozbrojeného konfliktu a iných mimoriadnych situácií]. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies [Zaistenie pripravenosti a bezpečnosti zdravotníckych zariadení v ozbrojenom konflikte a iných mimoriadnych situáciách]. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health [Usmernenie o zdravotnom postihnutí a núdzovom riadení rizík v oblasti zdravia]. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies [Zdravotná starostlivosť v nebezpečnosti: povinnosti zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v ozbrojených konfliktoch a iných mimoriadnych situáciách]. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection [Minimálne štandardy pre ochranu detí v humanitárnej činnosti: štandard 24 Prístrešie a ochrana detí]. Child Protection Working Group (teraz Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict [Mechanizmy monitorovania a nahlasovania (MRM) pri závažných porušeníach práv detí v situáciách ozbrojeného konfliktu]. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>

Koordinácia

Health Cluster Guide [Príručka organizácie Health Cluster]. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level [Referenčný modul pre klastrovú koordináciu na úrovni krajiny]. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Zdravie v mimoriadnych situáciách

Blanchet, K et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises [Dôkazy o zásahoch v oblasti verejného zdravia v humanitárnych krízach].* The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters [Klasifikácia a minimálne štandardy pre zahraničné lekárske tímy v katastrofách s náhlym začiatkom]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas [Zaistenie prístupu k operačným usmerneniam o zdravotnej starostlivosti v oblasti ochrany utečencov a k riešeniam v mestských oblastiach]. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Public Health Guide in Emergencies [Príručka pre verejné zdravie v mimoriadnych situáciách]. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Refugee Health: An approach to emergency situations [Zdravie utečencov: prístup k mimoriadnym situáciám]. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks [Potreby zdravotnej starostlivosti o ľudí zasiahnutých konfliktom: budúce trendy a meniace sa rámce].* The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

Klinické usmernenia

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual [Klinické usmernenia – príručka pre diagnostiku a liečbu]. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

Zdravotné systémy

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual [Analýza narušených zdravotníckych sektorov: modulárna príručka]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone [Vplyv vypuknutia nákazy eboly na zdravotné systémy a zdravie obyvateľstva v Sierre Leone].* Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes [Týka sa to všetkých: posilnenie zdravotných systémov na zlepšenie zdravotných výsledkov]. WHO, 2007. <http://www.who.int>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0 [Prístup k hodnoteniu zdravotných systémov: podrobná príručka 2.0]. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa [Účinky reakcie na vypuknutie nákazy eboly v rokoch 2014 – 2015 na počet úmrtí na maláriu, HIV/AIDS a tuberkulózu v západnej Afrike].* *Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>



Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience [Súbor nástrojov na obnovu: podpora krajín s cieľom dosiahnuť odolnosť zdravotnej služby]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants [Súbor nástrojov na hodnotenie kapacity zdravotných systémov pri zvládaní veľkého počtu utečencov, žiadateľov a azyl a migrantov]. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>

Bezpečnosť

Comprehensive Safe Hospital Framework [Komplexný rámec pre bezpečné nemocnice]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer [Bezpečnosť pacientov: aby zdravie bolo bezpečnejšie]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Prevenca a bránenie šíreniu infekcií

Essential environmental health standards in health care [Základné štandardy environmentálneho zdravia v zdravotnej starostlivosti]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures [Základné požiadavky na vodu a sanitáciu pre zdravotnícke štruktúry]. MSF, 2009. <http://oops.msf.org>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Usmernenie pre bezpečnostné opatrenia v oblasti izolácie: predchádzanie prenosu infekčných látok v prostrediach zdravotníckej starostlivosti]. CDC, 2007, aktualizované 2017. <https://www.cdc.gov>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings [Usmernenie na výber a používanie osobných ochranných prostriedkov (OOP) v prostrediach zdravotnej starostlivosti]. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies [Usmernenia na bezpečnú likvidáciu neželaných farmaceutík v mimoriadnych situáciách a po nich]. WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level [Usmernenia o kľúčových zložkách programov prevencie a kontroly infekcií na vnútroštátnej úrovni a úrovni zdravotníckych zariadení akútnej starostlivosti]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition [Nakladanie s mŕtvymi telami po katastrofách: terénna príručka pre špecialistov prvého zásahu, druhé vydanie]. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition [Bezpečné nakladanie s odpadom pri činnostiach zdravotnej starostlivosti, druhé vydanie]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Zdravotnícka pracovná sila

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards [Klasifikácia zdravotníckych pracovníkov: mapovanie zamestnaní podľa medzinárodných štandardov]. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030 [Globálna stratégia pre ľudské zdroje v oblasti zdravia. Pracovná sila 2030]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry [Ľudské zdroje pre zdravotný informačný systém, minimálny súbor údajov pre register zdravotníckej pracovnej sily]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs [Požiadavky na zdravotnícku pracovnú silu pre program všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti a ciele udržateľného rozvoja]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables [Medzinárodná štandardná klasifikácia povolani: štruktúra, definície skupín a korešpondenčné tabuľky]. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual [Ukazovatele pracovnej záťaže WISN pre personálne potreby, používateľská príručka]. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Working together for health. World Health Report 2006 [Spoločná práca v prospech zdravia. Správa o zdraví vo svete 2006]. WHO 2006. <http://www.who.int>

Lieky

Emergency Reproductive Health Kit [Pohotovostná reprodukčná zdravotnícka súprava]. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>

Guidelines of Medicine Donations [Usmernenia o daroch liekov]. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit [Medziagentúrna pohotovostná zdravotnícka súprava]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Model Formulary for children [Modelový liekopis pre deti]. WHO, 2010. <http://apps.who.int>

Model List of Essential Medicines 20th List [Modelový zoznam základných liekov, 20. zoznam]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit [Súprava pre neprenosné choroby]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Revised Cholera Kits [Revidované súpravy pre cholera]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months [Medziagentúrna pohotovostná zdravotnícka súprava 2017: lieky a zdravotnícke pomôcky pre 10 000 ľudí na približne tri mesiace]. WHO, 2017.

Zdravotnícke pomôcky vrátane asistenčných pomôcok

Core Medical Equipment [Základné zdravotnícke vybavenie]. WHO, 2011. <http://www.who.int>



Decommissioning Medical Equipment and Devices [Vyradenie zdravotníckeho zariadenia a pomôcok z prevádzky]. WHO <http://www.who.int>

Global Atlas of Medical Devices [Globálny atlas zdravotníckych pomôcok]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings [Usmernenia o poskytovaní ručných invalidných vozíkov v prostrediach s nedostatkom prostriedkov]. World Health Organization, 2008. <http://www.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview [Technická séria o zdravotníckych pomôckach: právne predpisy o zdravotníckych pomôckach, zdravotnícke pomôcky podľa zdravotníckych zariadení, hodnotenie potrieb zdravotníckych pomôcok, príručka prostriedkov pre proces obstarávania, dary zdravotníckych pomôcok, prehľad programov údržby zdravotníckeho vybavenia]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Priority Assistive Products List [Zoznam prioritných asistenčných produktov]. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. <http://www.who.int>

Kontrolované lieky

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note [Prístup k programu kontrolovaných liekov, poznámka WHO]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes [Dostupnosť medzinárodne kontrolovaných liekov: zaistenie dostatočného prístupu na lekárske a vedecké účely]. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37 [Dostupnosť narkotík a psychotropných látok v mimoriadnych situáciách, správa INCD, strany 36 – 37]. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines [Zabezpečenie rovnováhy vo vnútroštátnych predpisoch o kontrolovaných látkach. Usmernenie o dostupnosti a prístupnosti kontrolovaných liekov]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Krvné produkty

Blood safety and availability [Bezpečnosť a dostupnosť krvi]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3 [Usmernenia o nakladaní s krvou a krvnými zložkami ako základnými liečivami, príloha 3]. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion [Univerzálny prístup k bezpečnej transfúzii krvi]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Financovanie zdravotníctva

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review [Peňažné zásahy v rámci zdravotných programov v utečeneckom prostredí]. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan [Peniaze na zdravie: kľúčové výsledky zásahu „peniaze na zdravie“ v Jordánsku]. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels [Monitorovanie pokroku smerom k všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti na úrovni krajiny a na celosvetovej úrovni]. WHO, 2014. <http://apps.who.int>

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises [Zrušenie používateľských poplatkov za služby primárnej zdravotnej starostlivosti počas humanitárnych kríz]. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

Zdravotnícke informácie

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response [Usmernenia IASC: spoločné operačné súbory údajov v oblasti pripravenosti a reakcie na katastrofu]. IASC, 2011. <https://interagencystandingcommittee.org>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators [Globálny referenčný zoznam 100 kľúčových zdravotných ukazovateľov]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms [Štandardy pre informačné služby v oblasti verejného zdravia v aktivovaných zdravotných klastroch a ďalšie mechanizmy koordinácie v oblasti zdravia v humanitárnom kontexte]. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Hodnotenia potrieb v oblasti zdravia a prioritizácia služieb zdravotnej starostlivosti

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises [Súbor nástrojov hodnotenia: praktické kroky na hodnotenie zdravotných a humanitárnych kríz]. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country [Depozitár údajov organizácie Global Health Observatory: hrubá miera narodení a úmrtí podľa krajiny]. World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health [Rýchle hodnotenia akútneho rizika pre verejné zdravie]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey [Zisťovanie SARA o dostupnosti služieb a hodnostení pripravenosti]. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

Prevenca prenosných chorôb

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit [Súbor nástrojov pre integrovanú kontrolu prenášačov v humanitárnych mimoriadnych situáciách]. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>



Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making [Očkovanie v akútnych humanitárnych krízach: rámec rozhodovania]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Prenosné choroby (špecifické choroby)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition [Dengue: usmernenia pre diagnostiku, liečbu, prevenciu a kontrolu: nové vydanie]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis [Usmernenia na kontrolu šigelózy]. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance [Dokument s predbežnými usmerneniami o dohlade nad choleroou]. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia [Liečba TBC v dlhodobej komplexnej mimoriadnej situácii: výsledky liečby a skúsenosti v Somálsku].* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa [Riadenie epidémií meningitídy v Afrike]. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Management of a measles epidemic [Riadenie epidémie osýpok]. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa [Reakcia na vypuknutie nákazy meningitídy v subsaharskej Afrike]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits [Rámec pripravenosti na pandémiu chrípky (PPCH) na zdieľanie vírusov chrípky a prístup k očkovacím látkam a iným výhodám]. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

Detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance [Včasná detekcia, hodnotenie a reakcia na akútne ohrozenie verejného zdravia, zavedenie systému skorého varovania a reakcie s dôrazom na dohľad založený na udalostiach]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies [Včasné varovanie, výstraha a reakcia (VVVR): kľúčová oblasť pre pripravenosť krajín na mimoriadne zdravotné situácie]. WHO, 2018. *Weekly Epidemiological Record [Týždenný epidemiologický záznam].* WHO. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies [Včasné varovanie, výstraha a reakcia (VVVR): kľúčová oblasť pre pripravenosť krajín na mimoriadne zdravotné situácie]. WHO, 2018. <http://apps.who.int>

Weekly Epidemiological Record [Týždenný epidemiologický záznam]. WHO. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARD implementation [Dohľad nad vypuknutím nákaz a reakcia v humanitárnych krízach, usmernenia WHO na zavedenie systému EWARD]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy

Communicable disease control in emergencies, A field Manual [Kontrola prenosných chorôb v mimoriadnych situáciách]. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers [Epidemická pripravenosť a reakcia v prostrediach utečeneckých táborov, usmernenie pre pracovníkov v oblasti verejného zdravia]. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline [Usmernenie pre plánovanie komunikácie v prípade vypuknutia nákazy]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Zdravie detí a novorodencov

IMCI Chart Booklet [Brožúra s grafom IMCI]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan [Integrované komunitné vedenie prípadov v akútnych a dlhotrvajúcich mimoriadnych situáciách: prípadová štúdia v Južnom Sudáne]. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version [Predbežná verzia terénnej príručky pre zdravie novorodencov v humanitárnych prostrediach]. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs [Prehľad a novinky o iCCM: potenciálny prínos pre programy malárie]. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record [Očkovacie látky proti detskej obrne: pozíčný dokument WHO – týždenný epidemiologický záznam]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding [Nové informácie o HIV a kŕmení dojčiat]. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

Sexuálne a reprodukčné zdravie

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [Súbor nástrojov pre sexuálne a reprodukčné zdravie dospievajúcich v humanitárnych prostrediach]. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://iawg.net>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition [Medziagentúrne súbory pre reprodukčné zdravie v krízových situáciách, 5. vydanie]. UNFPA/IAWG, 2011. <http://iawg.net>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings [Medziagentúrna terénna príručka o sexuálnom a reprodukčnom zdraví v humanitárnych prostrediach]. IAWG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <http://www.who.int>



Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use [Kruhový graf zdravotných kritérií oprávnenosti na použitie antikoncepcie]. WHO, 2015. <http://who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module [Balík minimálnych prvotných služieb (MISP) pre reprodukčné zdravie v krízových situáciách: modul dištančného vzdelávania]. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition [Vybrané odporúčané postupy používania antikoncepcie, tretie vydanie]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems [Bezpečná interrupcia: technické a strategické usmernenie pre zdravotné systémy]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Sexuálne násilie a klinická starostlivosť v prípade znásilnenia

Clinical Care for Sexual Assault Survivors [Klinická starostlivosť o osoby, ktoré zažili sexuálne napadnutie]. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings [Usmernenia pre starostlivosť o deti, ktoré zažili sexuálne zneužívanie, pre poskytovateľov zdravotných a psychosociálnych služieb v humanitárnych prostrediach]. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp. 44 – 47 [Klinická starostlivosť o osoby, ktoré zažili znásilnenie: vypracovanie protokolov na použitie u utečencov a vnútorne vysídlených osôb, upravené vydanie, str. 44 – 47]. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning [Klinická starostlivosť o osoby, ktoré zažili znásilnenie: elektronické vzdelávanie]. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery [Usmernenia na začlenenie zásahov v oblasti rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti, zníženie rizika, podpora odolnosti a pomoc pri zotavovaní sa]. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence [Usmernenia pre lekársko-právnu starostlivosť o obeť sexuálneho násillia]. WHO, 2003. <http://www.who.int>

HIV

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition [Konsolidované usmernenia o používaní liekov ART na liečbu a prevenciu infekcie HIV: odporúčania pre prístup k verejnému zdraviu – druhé vydanie]. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings [Usmernenia na riešenie infekcie HIV v humanitárnych prostrediach]. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa [Usmernenia na poskytovanie antiretrovírusovej liečby migrujúcemu a krízou zasiahnutému obyvateľstvu v subsaharskej Afrike]. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org>

Guidelines for management of sexually transmitted infections [Usmernenia na riadenie sexuálne prenosných infekcií]. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children [Usmernenia o postexpozičnej profylaxii pre HIV a používaní profylaxie kotrimoxazolom pri infekciách súvisiacich s HIV u dospelých, dospievajúcich a detí]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies [Prevenencia HIV v mimoriadnych situáciách]. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide [PMTCT v humanitárnych prostrediach – medziagentúrna pracovná skupina na riešenie infekcie HIV v humanitárnych mimoriadnych situáciách, časť II: vykonávacia príručka]. Inter-Agency Task Team, 2015. <http://iawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders [Stratégia WHO pre činnosti spolupráce v oblasti TBC/HIV – usmernenia pre vnútroštátne programy a ďalšie zainteresované strany]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Starostlivosť v prípade zranenia a traumy

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC [Usmernenia združenia American Heart Association pre CPR a EKG]. American Heart Association, 2015 and 2017. <https://ecguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder [Príručka pre anestéziu, príloha 3: zvládanie bolesti podľa ICRC. Obrátený rebríček WHO pre zvládanie bolesti]. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries [Preskúmanie ochrany detí v humanitárnej činnosti: nebezpečenstvá a zranenia]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation [Klasifikácia a minimálne štandardy pre zahraničné lekárske tímy v technických štandardoch pre mimoriadne situácie s náhlym začiatkom a odporúčania na rehabilitáciu]. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Disasters [Katastrofy]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid [Zdravotná a prvá pomoc na úrovni komunity podľa rámca eCBHFA]. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecbhfa.org>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams [Minimálny súbor údajov EMT na nahlasovanie pohotovostnými zdravotníckymi tímami]. WHO, 2016. <https://extranet.who.int>



Guidelines for trauma quality improvement programmes [Usmernenia pre programy na zlepšenie kvality traumatologickej starostlivosti]. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines [Medzinárodné usmernenia pre prvú pomoc a resuscitáciu]. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions [Medziagentúrna iniciatíva pre vytvorenie súboru integrovaných nástrojov na bežnú, núdzovú a prednemocničnú triáž umožňujúcu rýchly prechod medzi bežnými a núdzovými podmienkami]. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel [Odporúčané kľúčové kompetencie pre pracovníkov nemocníc v prípade katastrofy]. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage [Technické stretnutie na tému celosvetového konsenzu v otázke triáže]. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation [Usmernenia Európskej resuscitačnej rady pre resuscitáciu]. Európska resuscitačná rada, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist [Kontrolný zoznam WHO pre traumatologickú starostlivosť]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan [Zahraničné polné nemocnice pri nedávnych katastrofách s náhlym začiatkom v Iráne, na Haiti, v Indonézii a Pakistane].* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence [Chirurgia vo vojne – práca s obmedzenými prostriedkami v ozbrojenom konflikte a v iných situáciách s hrozbou násillia]. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

Psychické zdravie

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Prístup citlivý k vierovyznaniu pri humanitárnej reakcii: usmernenie pre plánovanie v oblasti psychického zdravia a psychosociálnej podpory]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Rámec bežného monitorovania a hodnotenia pre psychickú a psychosociálnu podporu v mimoriadnych situáciách]. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings [Hodnotenie psychických a psychosociálnych potrieb a prostriedkov: súbor nástrojov pre humanitárne prostredia]. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better: sustainable mental health care after emergencies [Obnova k lepšiemu: udržateľná starostlivosť o psychické zdravie po mimoriadnych situáciách]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Uľahčenie svojpomoci a sociálnej podpory v komunite (akčný dokument 5.2) v usmerneniach o psychickej a psychosociálnej podpore v mimoriadnych situáciách]. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression [Skupinová interpersonálna terapia (IPT) pri depresii]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Formulár medziagentúrneho odkazovania a usmernenie pre psychickú a psychosociálnu podporu v mimoriadnych situáciách]. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings [Príručka mhGAP pre humanitárne zásahy: klinické riadenie podmienok z hladiska psychického zdravia, neurologického stavu a užívania zakázaných látok v humanitárnych prostrediach]. WHO and UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity [Riešenie problémov Plus (PM+): individuálna psychologická pomoc pre dospelých ľudí postihnutých úzkosťou v komunitách vystavených ťažkostiam]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid: Guide for Field Workers [Psychologická prvá pomoc: pokyny pre terénnych pracovníkov]. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners [Školiaca príručka o psychologickej prvej pomoci pre detských lekárov]. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know [Referenčná skupina pre psychickú a psychosociálnu podporu v mimoriadnych situáciách v publikácii Psychická a psychosociálna podpora v mimoriadnych situáciách: čo majú vedieť humanitárni zdravotníci aktéri]. IASC, 2010. <http://www.who.int>

Neprenosné choroby

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011 [Riadenie rizík v oblasti zdravia pri katastrofách: prehľad základných skutočností o neprenosných chorobách 2011]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises [Tri kroky k zlepšeniu riadenia neprenosných chorôb v humanitárnych krízach].* PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>



Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010* [Celosvetová a regionálna úmrtnosť na 235 príčin smrti v 20 vekových skupinách v rokoch 1990 a 2010: systematická analýza pre Globálnu štúdiu záťaže v oblasti chorôb 2010]. *The Lancet*, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework [Globálny rámec monitorovania neprenosných chorôb]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs [Neprenosné choroby v mimoriadnych situáciách – Medziagentúrna pracovná skupina OSN pre neprenosné choroby]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies* [Starostlivosť v prípade neprenosných chorôb v mimoriadnych situáciách]. *The Lancet*, 2016. <http://www.thelancet.com>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN [Balík WHO pre základné zásahy pri neprenosných chorobách, nástroje na vykonanie WHO PEN]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Paliatívna starostlivosť

Caring for Volunteers Training Manual [Školiaca príručka o starostlivosti pre dobrovoľníkov]. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Disaster Spiritual Care Handbook [Príručka pre duchovnú starostlivosť pri katastrofách]. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks [Usmernenie na riadenie etických otázok pri vypuknutí nálezov infekčných ochorení]. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings [Usmernenia IASC o psychickej a psychosociálnej podpore v mimoriadnych situáciách]. IASC, 2007. <http://www.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care [Zoznam základných liekov IAHPC na paliatívnu starostlivosť]. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources* [Aspekty paliatívnej starostlivosti pri udalostiach s hromadnými zraneniami v prípade nedostatku zdrojov]. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer* [Paliatívna starostlivosť v humanitárnych krízach: vždy je čo ponúknuť]. *The Lancet*, 2017. <http://www.thelancet.com>

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes [Paliatívna starostlivosť, kontrola rakoviny: od poznatkov k akcii. Pokyny WHO pre efektívne programy]. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings* [Model ADAPT: koncepčný rámec pre plánovanie v oblasti psychického zdravia a psychosociálnej podpory v prostrediach po konflikte]. War Trauma Foundation, 2013. <https://www.interventionjournal.com>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, L.J. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua* [Vyzeráte to dobre, ale škodí to? Vnímanie krátkodobých zdravotníckych misií v Nikaragve]. Global public health, NCBI, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2.2, Medicines for pain and palliative care [19. modelový zoznam základných liekov WHO, kapitola 2.2: Lieky proti bolesti a paliatívna starostlivosť]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Otrava

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons [Prvotná klinická starostlivosť o pacientov vystavených chemickým zbraňam]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Ďalšie zdroje

Ďalšie odporúčané zdroje nájdete na adrese:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Ďalšie zdroje

Civilno-vojenská koordinácia

UN-CMCoord Field Handbook [Terénna príručka UN-CMCoord]. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>

Koordinácia

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

Zdravotné systémy

Approach to Health Systems Strengthening [Prístup k posilneniu zdravotných systémov]. UNICEF, 2016.

https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning [Posilnenie zdravotných systémov, od diagnózy k plánovaniu]. Action Contre Le Faim, 2017.

<https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning>

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies [Monitorovanie stavebných kameňov zdravotných systémov: príručka ukazovateľov a stratégií ich merania]. WHO, 2010.

<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states [Rekonštrukcia a posilnenie zdravotných systémov a poskytovanie základných zdravotných služieb v krehkých štátoch]*. NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook [Stratégie pre zdravie na vnútroštátnej úrovni v 21. storočí: príručka]. WHO, 2017.

<http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas [Rámce zdravotných systémov a ich politický kontext: zosúladenie navzájom odlišných programov]*. BMC Public Health, 2012.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774>

Bezpečnosť

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care [Diagnostické chyby: vzdelávanie a školenie, elektronické nástroje, ľudské faktory, chyby v liekoch, viacnásobná chorobnosť, prechody medzi typmi starostlivosti]. WHO, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. [Príručka o indexe bezpečnosti nemocníc pre hodnotiteľov, 2. vydanie] WHO, 2015.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>



Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors [Technická séria o bezpečnejšej primárnej starostlivosti: zapojenie pacientov. Administratívne chyby]. WHO, 2016.

http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Lieky

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual [Správa liekov na úrovni zdravotného strediska, školiaca príručka]. WHO, 2004.

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>

Zdravotnícke pomôcky vrátane asistenčných pomôcok

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices [Globálny model regulačného rámca pre zdravotnícke pomôcky vrátane diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro]. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products [Zoznam vopred schválených diagnostických produktov in vitro]. WHO, 2011.

http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Kontrolované lieky

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care [Modelové usmernenia pre medzinárodné poskytovanie kontrolovaných liekov na núdzovú zdravotnú starostlivosť]. International Narcotics Control Board, 1996.

www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Financovanie zdravotníctva

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review [Peňažné prístupy v humanitárnych mimoriadnych situáciách, systematický prehľad].* International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda [Vplyv zdravotného poistenia na využívanie zdravotnej starostlivosti o matky: dôkazy z Ghany, Indonézie a Rwandy].* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Zdravotnícke informácie

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action [Preskúmanie metód a ich používania na účely ich presadzovania a prijímania opatrení].* The Lancet, 2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list [Vytvorenie zoznamu hlavných zdravotníckych zariadení]. WHO, 2013.

http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies [Zdravotnícke informácie v mimoriadnych situáciách]*. WHO Bulletin, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

Hodnotenia potrieb v oblasti zdravia a prioritizácia služieb zdravotnej starostlivosti

Cecchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61 [Verejné zdravie obyvateľstva zasiahnutého krízou. Praktická príručka pre osoby zodpovedné za rozhodovanie, sieťový dokument 61]*. Humanitarian Practice Network, December 2007. <https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/>

Prioritising Health Services in humanitarian crises [Uprednostňovanie zdravotných služieb v humanitárnych krízach]. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.health-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crisis/>

Waldman, R.J. *Prioritising health care in complex emergencies [Uprednostňovanie zdravotnej starostlivosti v komplikovaných mimoriadnych situáciách]*. The Lancet, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=logIn](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=logIn)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs [Štatistické údaje o zdraví vo svete, 2016: monitorovanie cieľov udržateľného rozvoja]. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Prevenca prenosných chorôb

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide [Očkovanie v humanitárnych mimoriadnych situáciách, vykonávacia príručka]. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties [Kontrolný zoznam a ukazovatele na monitorovanie pokroku v rozvoji kľúčových kapacít medzinárodných predpisov v oblasti zdravia v členských štátoch]. WHO, 2013. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual [Integrovaný dohľad na chorobami a reakcia – školiaca príručka pre dohľad na úrovni komunity]. WHO, 2015. <http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based>

Pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola [Kľúčové informácie pre sociálnu mobilizáciu a zapojenie komunity v oblastiach s intenzívnym prenosom, ebola]. WHO, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>



Zdravie detí a novorodencov

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters [Poradná rada pre pripravenosť na katastrofy, zabezpečenie zdravia detí pri katastrofách]. Pediatrics. 2015.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought [Rast dieťaťa v čase sucha].* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.

https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet [Začlenenie detí so zdravotným postihnutím do humanitárnej činnosti, brožúra Zdravie]. UNICEF, 2017.

<http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries [Revidovaná klasifikácia WHO a liečba zápalu pľúc u detí v zdravotníckych zariadeniach, súhrny dôkazov]. WHO, 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Starostlivosť v prípade zranenia a traumy

Emergency Trauma Care [Núdzová traumatologická starostlivosť]. World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/>

EMT initiative [Iniciatíva EMT]. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/page/home>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Globálne usmernenia na prevenciu infekcií v mieste chirurgického zákroku]. WHO, 2016.

<http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition [Vykonávacia príručka – kontrolný zoznam pre chirurgickú bezpečnosť, prvé vydanie]. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™ [Definovanie nových smerov pre efektívnejšie zvládanie bolesti pri chirurgických zákrokoch v USA: to najlepšie z úvodného kongresu Surgical Pain Congress™].* The American Surgeon, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism [Rozvoj zvládania bolesti u kriticky chorých traumatologických pacientov: nové koncepcie z globálnej vojny proti terorizmu].* Critical Care Medicine, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded [Poskytovanie starostlivosti pri veľkom množstve zranených]. MSF, 2008.

<http://oops.msf.org/OCSBlog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf>

Psychické zdravie

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings [Súbor nástrojov na začlenenie psychického zdravia do všeobecnej zdravotnej starostlivosti v humanitárnych prostrediach]. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Neprenosné choroby

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013 [Akčný plán pre globálnu stratégiu prevencie a kontroly neprenosných chorôb 2008/2013]. WHO, 2009.

<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action [Neprenosné choroby v mimoriadnych situáciách: výzva k akcii]*. PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Global Status Report on Non-communicable diseases [Správa o globálnom stave v oblasti neprenosných chorôb]. WHO, 2010.

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings [Riadenie kardiovaskulárnych ochorení, cukrovky, astmy a chronickej obštrukčnej choroby pľúc v mimoriadnych a humanitárnych situáciách]. WHO, 2008.

Paliatívna starostlivosť

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Prístup citlivý k vierovyznaniu pri humanitárnej reakcii: usmernenie pre plánovanie v oblasti psychického zdravia a psychosociálnej podpory]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018.

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith/>

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response [Štandardy starostlivosti v kríze: rámec systémov pre reakciu na katastrofy]. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual [Etika v epidémiách, mimoriadnych situáciách a katastrofách: výskum, dohľad a starostlivosť o pacientov: školiaca príručka]. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit [Súbor nástrojov pre duchovného lídra]. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control [Správa komisie časopisu Lancet o globálnom prístupe k paliatívnej starostlivosti a kontrole bolesti]*. The Lancet, 2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>



Otrava

Chemical Hazards Compendium [Prehľad chemických nebezpečenstiev]. UK Government, 2013. <https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents [Pripravenosť a reakcia na mimoriadne situácie, prehľady základných skutočností o špecifických chemických látkach]. Center for Disease control and prevention, 2013. <https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women [Usmernenia na identifikáciu a riadenie vystavenia olovu u tehotných a dojčiacich žien]. CDC, 2010.

<https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual [Riadenie chemických incidentov z hľadiska verejného zdravia, príručka WHO]. WHO, 2009.

http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html



Príloha

Obsah

Príloha 1: Právny základ projektu Sphere	388
Príloha 2: Pravidlá správania pre Medzinárodné organizácie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie (MVO) pri odstraňovaní následkov katastrof	403
Príloha 3: Skratky a akronymy	411

Príloha 1

Právny základ projektu Sphere

Humanitárna charta stanovuje spoločné názory a princípy humanitárnej činnosti a povinností pri katastrofách alebo konfliktoch a upozorňuje, že sa odrážajú v medzinárodnom práve. Nasledujúci zoznam kľúčových dokumentov s vysvetlivkami obsahuje najdôležitejšie medzinárodné právne nástroje medzinárodného práva v oblasti ľudských práv, medzinárodného humanitárneho práva (IHL), utečeneckého práva a humanitárnej činnosti. Nesnaží sa reprezentovať regionálne právo a vývoj. Ďalšie zdroje a webové odkazy na množstvo ďalších smerníc, princíпов, štandardov a rámcov na podporu implementácie sú na webovej stránke Sphere, www.spherestandards.org. Poznámky sa uvádzajú len pri dokumentoch, ktoré si vyžadujú vysvetlenie, sú nové alebo obsahujú špecifické časti o katastrofách alebo konfliktoch.

Príručka Sphere sa týka špecifických oblastí, ktoré sú súčasťou medzinárodného právneho rámca. Vo všeobecnosti medzi ne patrí právo na osobnú bezpečnosť a dôstojnosť; zásada nediskriminovania; a právo na vodu, sanitáciu, prístrešie, potravinovú bezpečnosť, výživu a zdravotnú starostlivosť. Zatiaľ čo niektoré z týchto práv sa uvádzajú v špecifických medzinárodných dohovoroch, všetky sú súčasťou jedného zo všeobecných nástrojov ľudských práv buď v oblasti občianskych a politických práv alebo v oblasti hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv.

Táto príloha obsahuje dokumenty s tematickým usporiadaním do piatich kategórií:

1. **Ľudské práva, ochrana a zraniteľnosť**
2. **Ozbrojený konflikt a humanitárna pomoc**
3. **Utečenci a vnútorne vysídlené osoby**
4. **Katastrofy a humanitárna pomoc**
5. **Rámce, usmernenia a zásady humanitárnej politiky v oblasti ľudských práv, ochrany a zraniteľné miesta v rámci pripravenosti a reakcie na núdzové situácie** www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Dokumenty sú klasifikované ako a) zmluvy a zvykové právo alebo b) OSN a iné formálne prijaté medzivládne usmernenia a zásady, aby bol jasný právny status každého dokumentu v rámci týchto kategórií.

1. Medzinárodné nástroje v oblasti ľudských práv, ochrany a zraniteľnosti

Nasledujúce dokumenty sa týkajú predovšetkým ľudských práv uznaných vo všeobecných zmluvách a deklaráciách. Ich súčasťou je aj niekoľko kľúčových dokumentov týkajúcich sa veku (detí a starších ľudí), pohľavia a zdravotného postihnutia, pretože tieto faktory sú najčastejšie základom pri určovaní zraniteľnosti pri katastrofe alebo konflikte.

1.1 Zmluvy a zvykové právo v oblasti ľudských práv, ochrany a zraniteľnosti

Zmluvné právo v oblasti ľudských práv sa vzťahuje na štáty, ktoré sú zmluvnými stranami príslušnej zmluvy, ale zvykové právo (napríklad zákaz mučenia) sa vzťahuje na všetky štáty. Právo v oblasti ľudských práv platí vždy, s dvomi možnými výnimkami:

- Niektoré obmedzené občianske a politické práva nemusia platiť počas vyhlásených mimoriadnych vnútroštátnych situácií v súlade s článkom 4 Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach (ďalej len „výnimka“).
- Ak počas uznaných ozbrojených konfliktov dôjde k nesúladu s právom ľudských práv, MHP sa uplatňuje ako prvé.

1.1.1 Všeobecné ľudské práva

Všeobecná deklarácia ľudských práv z roku 1948 (UDHR), prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 217 A(III) z 10. decembra 1948. www.un.org

Komentár: Všeobecná deklarácia ľudských práv vyhlásená Valným zhromaždením OSN v roku 1948 po prvý raz stanovila základné ľudské práva, ktoré spadajú pod všeobecnú ochranu. Nie je to zmluva, ale všeobecne sa uznáva, že je súčasťou medzinárodného zvykového práva. Prvá veta preambuly zavádza pojem „prirodzená dôstojnosť“ ľudí ako základnú podstatu ľudských práv a v článku 1 sa uvádza, že: „Všetci ľudia sa rodia slobodní a rovní v dôstojnosti a právach.“

Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach z roku 1966 (ICCPR) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 2200A (XXI) zo 16. decembra 1966 vstúpil do platnosti 23. marca 1976, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 999, s. 171 a zv. 1057, s. 407. www.ohchr.org

Druhý opčný protokol k ICCPR 1989 (zameraný na zrušenie trestu smrti), prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 44/128 z 15. decembra 1989 vstúpil do platnosti 11. júla 1991, Organizácia spojených národov, súbor zmlúv, zv. 1642, s. 414. www.ohchr.org

Komentár: Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami ICCPR, musia rešpektovať a zabezpečiť práva všetkých jednotlivcov na svojom území alebo pod ich jurisdikciou, pričom musia uznávať právo „národov“ na sebaurčenie a rovnaké práva mužov a žien. Niektoré práva (označené hviezdíčkou*) nesmú byť nikdy pozastavené, a to ani v prípade najväčšieho ohrozenia štátu.

Práva ICCPR: právo na život;* zákaz mučenia a iného krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania;* zákaz otroctva;* zákaz svojvoľného zatknutia alebo zadržavania; ľudskosť a dôstojnosť pri zadržení; zákaz uväznenia za porušenie zmluvy;* sloboda pohybu a pobytu; iba zákonné vyhostenie cudzincov; rovnosť pred zákonom, spravodlivý proces a prezumpcia neviny v trestných konaniach; zákaz retrospektivity pri trestných činoch;* rovnosť pred zákonom;* súkromný život; sloboda myslenie, náboženstva a svedomia;* sloboda názoru, prejavu a pokojné zhromažďovanie; sloboda združovania; právo na manželstvo a rodinný život; ochrana detí; právo voliť a zúčastňovať sa na veciach verejných; právo menší na vlastnú kultúru, náboženstvo a jazyk.*

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach z roku 1966 (ICESCR) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 2200A (XXI) zo 16. decembra 1966 vstúpil do platnosti 3. januára 1976, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 993, s. 3. www.ohchr.org

Komentár: Štáty ako zmluvné strany súhlasia s tým, že vyčlenia maximum dostupných zdrojov na „postupné dosiahnutie“ zmluvných práv, ktoré majú rovnako požívať muži aj ženy.

Práva ICESCR: právo na prácu; na spravodlivú odmenu; na vstup do odborov; na sociálne zabezpečenie alebo poistenie; na rodinný život vrátane ochrany matiek po pôrode a ochrany detí pred vykorisťovaním; na primeranú životnú úroveň vrátane jedla, oblečenia a bývania; na fyzické a psychické zdravie; na vzdelanie; na účasť na kultúrnom živote a na výhody vedeckého a kultúrneho pokroku.

Medzinárodný dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie z roku 1969 (ICERD) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 2106 (XX) z 21. decembra 1965 vstúpil do platnosti 4. januára 1969, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 660, s. 195. www.ohchr.org

Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien z roku 1979 (CEDAW) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 34/180 z 18. decembra 1979 vstúpil do platnosti 3. septembra 1981, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 1249, s. 13. www.ohchr.org

Dohovor o právach dieťaťa z roku 1989 (CRC) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 44/25 z 20. novembra 1989 vstúpil do platnosti 2. septembra 1990, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 1577, s. 3. www.ohchr.org

Opčný protokol k CRC o účasti detí v ozbrojených konfliktoch z roku 2000, prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN A/RES/54/263 z 25. mája 2000 vstúpil do platnosti 12. februára 2002, Organizácia spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2173, s. 222. www.ohchr.org

Opčný protokol k CRC o predaji detí, detskej prostitúcii a detskej pornografii z roku 2000, prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN A/RES/54/263 z 25. mája 2000 vstúpil do platnosti 18. januára 2002, Organizácia spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2171, s. 227. www.ohchr.org

Komentár: K CRC pristúpili takmer všetky štáty sveta. Opätovne potvrdzuje základné ľudské práva detí a určuje, kedy potrebujú osobitnú ochranu (napríklad pri odlúčení od rodiny). Protokoly vyžadujú pozitívne opatrenia v špecifických otázkach ochrany detí v štátoch, ktoré sú ich zmluvnými stranami.

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím z roku 2006 (CRPD) prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN A/RES/61/106 z 13. decembra 2006 vstúpil do platnosti 3. mája 2008, Organizácia Spojených národov, zbierka zmlúv, kapitola IV, 15. www.ohchr.org

Komentár: CRPD podporuje práva ľudí so zdravotným postihnutím podľa všetkých ďalších zmlúv o ľudských právach, a zároveň sa konkrétne zaoberá zvyšovaním povedomia o ľuďoch so zdravotným postihnutím, nediskrimináciou a dostupnosťou služieb a zariadení. Osobitne sa spomínajú aj „rizikové situácie a humanitárne núdzové situácie“ (článok 11).

1.1.2 Genocída, mučenie a iné trestné zneužívanie práv

Dohovor o zabránení a trestaní zločinu genocídy z roku 1948 prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 260 (III) z 9. decembra 1948 vstúpil do platnosti 12. januára 1951, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 78, s. 277. www.ohchr.org

Dohovor proti mučeniu a inému krutému, neludskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu z roku 1984, prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 39/46 z 10. decembra 1984 vstúpil do platnosti 26. júna 1987, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 1465, s. 85. www.ohchr.org

Komentár: Tento dohovor má veľmi vysoký počet zmluvných štátov. Zákaz mučenia sa teraz všeobecne uznáva aj ako súčasť medzinárodného zvykového práva. Na ospravedlnenie mučenia sa nemožno odvolávať na výnimočný stav alebo vojnu. Štáty nesmú nikoho vrátiť (vyhostiť) na územie, kde má opodstatnené dôvody domnievať sa, že by mu hrozilo mučenie.

Rímsky štatút Medzinárodného trestného súdu z roku 1998, prijatý Diplomacickou konferenciou v Ríme 17. júla 1998, vstúpil do platnosti 1. júla 2002, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2187, s. 3. www.icrc.org

Komentár: Článok 9 štatútu (Prvky trestných činov), ktorý prijal Medzinárodný trestný súd (ICC) v roku 2002, podrobne popisuje vojnové zločiny, zločiny proti ľudskosti a genocídu, čím kodifikuje veľkú časť zvykového medzinárodného trestného práva. ICC môže vyšetrovať a stíhať záležitosti, ktoré mu predloží Bezpečnostná rada OSN (aj ak štát obvinenej osoby nie je zmluvnou stranou zmluvy), ako aj trestné činy údajne spáchané občanmi štátov, ktoré sú zmluvnými stranami zmluvy, alebo na ich území.

1.2 Organizácia Spojených národov a iné formálne prijaté medzivládne zásady a smernice týkajúce sa ľudských práv, ochrany a zraniteľnosti

Madridský medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia 2002, Druhé svetové zhromaždenie OSN o problematike starnutia, Madrid, 2002, schválený rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 37/51 z 3. decembra 1982. www.ohchr.org

Zásady Organizácie Spojených národov pre starších ľudí 1991, Rezolúcia Valného zhromaždenia OSN 46/91 zo 16. decembra 1991. www.ohchr.org

2. Medzinárodné nástroje týkajúce sa ozbrojených konfliktov, medzinárodného humanitárneho práva a humanitárnej pomoci

2.1 Zmluvy a zvykové právo o ozbrojených konfliktoch, medzinárodné humanitárne právo a humanitárna pomoc

Medzinárodné humanitárne právo (MHP) špecifikuje zásady, kedy sa násilný konflikt stane „ozbrojeným konfliktom“, a uplatní sa tento osobitný právny režim. Medzinárodný výbor Červeného kríža (MVČK) spravuje oficiálny archív zmlúv MHP a na jeho webovej stránke sú rozsiahle informácie a zdroje vrátane oficiálneho komentára k Ženevským dohovorom a ich protokolom a k pravidlám Štúdie o zvykovom medzinárodnom humanitárnom práve. www.icrc.org

2.1.1 Základné zmluvy MHP

Štyri Ženevské dohovory z roku 1949

Dotankový protokol k Ženevským dohovorom, Ochrana obetí medzinárodných ozbrojených konfliktov z roku 1977 (Protokol I)

Dotankový protokol k Ženevským dohovorom, Ochrana obetí nemedzinárodných ozbrojených konfliktov z roku 1977 (Protokol II). www.icrc.org

Komentár: Štyri Ženevské dohovory, ktorých zmluvnými stranami sú všetky štáty sveta a ktoré sa tiež všeobecne akceptujú ako súčasť zvykového práva, sa týkajú ochrany a liečby ranených a chorých v pozemnej vojne (I) a na mori (II), zaobchádzania s vojnovými zajatcami (III) a ochrany civilného obyvateľstva počas ozbrojeného konfliktu (IV). Vzťahujú sa predovšetkým na medzinárodné ozbrojené konflikty s výnimkou článku 3 spoločného pre všetky dohovory, ktorý sa týka nemedzinárodných konfliktov, a niektorých ďalších prvkov, ktoré sa v súčasnosti akceptujú ako zvykové právo v nemedzinárodných konfliktoch. Dva protokoly z roku 1977 aktualizovali vtedajšie dohovory, najmä z hľadiska definície bojovníkov a kodifikácie nemedzinárodných konfliktov. Niekoľko štátov k protokolom nepristúpilo.

2.1.2 Zmluvy o zakázaných zbraniach, nášľapných mìnach a kultúrnom dedičstve

Okrem vyššie uvedeného „ženevského zákona“ existuje aj súbor zákonov, ktorý sa často označuje ako „haagsky zákon“ o ozbrojených konfliktoch. Patrí sem Dohovor o ochrane kultúrneho bohatstva a množstvo dohovorov o typoch zbraní, ktoré sú obmedzené alebo zakázané, vrátane plynov a iných chemických a biologických zbraní, konvenčných zbraní, ktoré nerozlišujú alebo spôsobujú zbytočné utrpenie, a nášľapných mìn a kazetovej munície. www.icrc.org

2.1.3 Zvykové MHP

Zvykové MHP sa vzťahuje na právo ozbrojených konfliktov, ktoré štáty prostredníctvom vyhlásení a postupov akceptujú ako zvykové pravidlá, ktoré platia pre všetky štáty bez ohľadu na ich prístupenie k zmlúvam MHP. Dohodnutý zoznam zvykových pravidiel neexistuje, no ich najuznávanejší výklad je štúdia uvedená nižšie.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study [Štúdia zvykového medzinárodného humanitárneho práva (OMHP)], ICRC, Henckaerts, J-M. and Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge and New York, 2005. www.icrc.org

Komentár: Štúdia pokrýva takmer celý rozsah práva v ozbrojených konfliktoch. Uvádza 161 konkrétnych pravidiel a to, či sa každé z nich uplatňuje v medzinárodnom a/alebo nemedzinárodnom ozbrojenom konflikte. Zatiaľ čo niektorí právni komentátori kritizujú jej metodológiu, štúdia CIHL vzišla z rozsiahleho a dôkladného konzultačného a výskumného procesu, ktorý trval desať rokov, a jej autorita ako súboru výkladu zvykových pravidiel má široké uznanie.

2.2 OSN a iné formálne prijaté medzivládne zásady a smernice o ozbrojených konfliktoch, MHP a humanitárnej pomoci

Bezpečnostná rada OSN „Aide Memoire“ o ochrane 2002, aktualizovaná v roku 2003 (S/PRST/2003/27). undocs.org

Komentár: Nejde o záväznú rezolúciu pre štáty, ale o usmerňujúci dokument pre Bezpečnostnú radu OSN o udržiavaní mieru a naliehavých konfliktných situáciách, ktorý je výsledkom konzultácií s množstvom agentúr OSN a stálych medziagentúrnych výborov (IASC).

Rezolúcie Bezpečnostnej rady OSN o sexuálnom násilí a ženách v ozbrojených konfliktoch, najmä prvá rezolúcia číslo 1325 (2000) o ženách, mieri a bezpečnosti, ktorá bola míľnikom v riešení násilia páchaného na ženách v ozbrojených konfliktoch, a neskôr rez. 1820 (2008), rez. 1888 (2009), rez. 1889 (2009) a rez. 1325 (2012). Všetky rezolúcie Bezpečnostnej rady OSN podľa roku a čísla sú dostupné na: www.un.org

3. Medzinárodné nástroje týkajúce sa utečencov a vnútorne vysídlených osôb (IDP)

3.1 Zmluvy o utečencoch a vnútorne vysídlených osobách

Okrem medzinárodnej zmluvy obsahuje táto časť aj dve zmluvy o Africkej únii (predtým Organizácia africkej jednoty alebo OAJ), pretože obe predstavujú historické precedensy.

Dohovor o právnom postavení utečencov z roku 1951 (v znení neskorších predpisov) prijatý Konferenciou splnomocnencov Organizácie Spojených národov o právnom postavení utečencov a osôb bez štátnej príslušnosti, Ženeva, 2. až 25. júla 1951, vstúpil do platnosti 22. apríla 1954, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 189, s. 137. www.unhcr.org

Protokol o právnom postavení utečencov z roku 1967, ktorý vzalo na vedomie Valné zhromaždenie OSN, v rezolúcii 2198 (XXI) 2 zo 16. decembra 1966, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 606, s. 267. www.unhcr.org

Komentár: Dohovor ako prvá medzinárodná dohoda o utečencoch definuje utečenca ako osobu, ktorá „má oprávnené obavy pred prenasledovaním z rasových, náboženských a národnostných dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania určitých politických názorov, nemôže byť prijatá alebo v dôsledku uvedených obáv odmieta ochranu svojho štátu...”

Dohovor OAJ o špecifických aspektoch problémov utečencov v Afrike, 1969 prijatý Zhromaždením hláv štátov a vlád na šiestom riadnom zasadnutí, Addis Ababa, 10. septembra 1969. www.unhcr.org

Komentár: Tento dohovor prijíma a rozširuje definíciu Dohovoru z roku 1951 tak, aby zahrnila ľudí, ktorí boli nútení opustiť svoju krajinu nielen v dôsledku prenasledovania, ale aj v dôsledku vonkajšej agresie, okupácie, cudzej nadvlády alebo udalostí vážne narúšajúcich verejný poriadok. Ako prenasledovateľov uznáva aj neštátne skupiny a nevyžaduje, aby utečenci preukázali priame spojenie medzi sebou a budúcim nebezpečenstvom.

Dohovor Africkej únie o ochrane a pomoci vnútorne vysídleným osobám v Afrike (Kampalský dohovor) z roku 2009 prijatý na osobitnom samite Africkej únie, ktorý sa konal v Kampale a vstúpil do platnosti 6. decembra 2012. au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Komentár: Ide o prvý multilaterálny dohovor týkajúci sa vnútorne vysídlených osôb.

3.2 OSN a iné formálne prijaté medzivládne zásady a smernice o utečencoch a vnútorne vysídlených ľuďoch

Hlavné zásady o vnútornom vysídľovaní z roku 1998 uznané v septembri 2005 hlavami štátov a vlád zhromaždenými na Svetovom samite v New Yorku v rezolúcii Valného zhromaždenia OSN 60/L.1 (132, dokument OSN A/60/L.1) ako „dôležitý medzinárodný rámec na ochranu vnútorne vysídlených osôb“. www.ohchr.org

Komentár: Tieto zásady vychádzajú z medzinárodného humanitárneho práva a práva v oblasti ľudských práv a z analógie k utečeneckému právu, a majú slúžiť ako medzinárodná norma pri usmerňovaní vlád, medzinárodných organizácií a ostatných relevantných aktérov pri pomoci a ochrane vnútorne vysídlených osôb.

4. Medzinárodné nástroje pri katastrofách a humanitárnej pomoci

4.1 Zmluvy o katastrofách a humanitárnej pomoci

Dohovor o bezpečnosti personálu Organizácie Spojených národov a pridruženého personálu z roku 1994 prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN 49/59 z 9. decembra 1994, vstúpil do platnosti 15. januára 1999, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2051, s. 363.

Opčný protokol k Dohovoru o bezpečnosti personálu Organizácie Spojených národov a pridruženého personálu z roku 2005 prijatý rezolúciou Valného zhromaždenia OSN A/60/42 z 8. decembra 2005, vstúpil do platnosti 19. augusta 2010, Organizácia spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2689, p.59. www.un.org

Komentár: V Dohovore sa ochrana obmedzuje na mierové misie OSN, pokiaľ OSN nevyhlási „výnimočné riziko“ – čo predstavuje ťažko splniteľnú požiadavku. Protokol opravuje tento podstatný nedostatok Dohovoru a rozširuje právnu ochranu na všetky operácie OSN, od núdzovej humanitárnej pomoci po budovanie mieru a humanitárnu, politickú a rozvojovú pomoc.

Dohovor z Tampere o poskytovaní telekomunikačných zdrojov na zmiernovanie následkov katastrof a záchranné operácie z roku 1998 schválený Medzivládnu konferenciou o núdzových telekomunikáciách z roku 1998, vstúpil do platnosti 8. januára 2005, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2296, s. 5. www.itu.int

Rámcový dohovor OSN o zmene klímy z roku 1992 (UNFCCC) prijatý Konferenciou Organizácie Spojených národov o životnom prostredí a rozvoji v Rio de Janeiro 4. až 14. júna 1992, ktorý Valné zhromaždenie OSN uvítalo v rezolúcii 47/195 z 22. decembra 1992, vstúpil do platnosti 21. marca 1994, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 1771, s. 107. unfccc.int

- **Kjótsky protokol k UNFCCC 1997** prijatý na 3. zasadnutí Konferencie zmluvných strán (COP-3) k Rámcovému dohovoru, Kjóto, Japonsko, 1997, vstúpil do platnosti 16. februára 2005, Organizácia Spojených národov, súbor zmlúv, zv. 2303, s. 148. unfccc.int
- **Parížska dohoda 2015** prijatá na 21. zasadnutí Konferencie zmluvných strán k Rámcovému dohovoru (COP-21), Paríž, Francúzsko, december 2015, vstúpila do platnosti v novembri 2016. unfccc.int

Komentár: UNFCCC, Kjótsky protokol a Parížska dohoda sú súčasťou jedného zmluvného rámca. Riešia naliehavú potrebu implementácie stratégií na prispôsobenie sa zmene klímy, znižovania rizík a budovania lokálnych možností a odolnosti najmä v krajinách, ktoré sú náchylné na prírodné katastrofy. Zdôrazňujú stratégie na zmiernovanie katastrof a riadenie rizík, najmä pokiaľ ide o zmenu klímy.

4.2 OSN a iné formálne prijaté medzivládne zásady a smernice o katastrofách a humanitárnej pomoci

Posilnenie koordinácie humanitárnej núdzovej pomoci Organizácie Spojených národov s prílohou, Hlavné zásady, rezolúcia Valného zhromaždenia 46/182 z 19. decembra 1991. www.unocha.org

Komentár: Tento nástroj viedol k zriadeniu Oddelenia OSN pre humanitárne záležitosti, ktoré sa v roku 1988 stalo Úradom OSN pre koordináciu humanitárnych záležitostí (OCHA).

Sendajský rámec na znižovanie rizika katastrof 2015 – 2030 (Sendajský rámec). www.unisdr.org

Komentár: Sendajský rámec je nástupníckym nástrojom Akčného rámca Hyogo (HFA) 2005 – 2015: Budovanie odolnosti národov a spoločenskí voči katastrofám. Bol prijatý deklaráciou na 3. svetovej konferencii OSN o zmierňovaní katastrof v roku 2015 a schválený Valným zhromaždením OSN (v rezolúcii 69/283). Úrad OSN na znižovanie rizika katastrof (UNISDR) podporuje jeho implementáciu. Cieľom tejto 15-ročnej dobrovoľnej nezáväznej dohody je podstatne znížiť riziko katastrof a ujmy na životoch, majetku a zdraví.

Smernice pre vnútroštátnu podporu a reguláciu medzinárodnej pomoci pri katastrofách a počiatočnej pomoci pri obnove, (Smernice IDRL) 2007 prijaté 30. medzinárodnou konferenciou Červeného kríža a Červeného polmesiaca (ktorá zahŕňa štáty, ktoré sú zmluvnými stranami Ženevských dohovorov). www.ifrc.org

5. Rámce, smernice a zásady humanitárnych postupov v oblasti ľudských práv, ochrany a zraniteľnosti v rámci pripravenosti a reakcie na núdzové situácie

V súčasnosti existuje celý rad všeobecných a špecifických pracovných smerníc o humanitárnej reakcii v núdzových situáciách. Keďže tieto nástroje už nerozlišujú medzi ozbrojeným konfliktom, utečeneckými situáciami a reakciou na katastrofy, uvádzame tu výber podľa tematických názvov: všeobecné štandardy; rodová rovnosť a ochrana pred rodovo podmieneným násilím; deti v núdzových situáciách; a utečenci a vnútorne vysídlené osoby (IDP).

1. Sprievodné štandardy Sphere

Minimálne štandardy na ochranu detí v humanitárnej činnosti (CPMS). Aliancia na ochranu detí v humanitárnej činnosti (Aliancia), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Minimálne štandardy pre analýzu trhu (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. [Pripravenosť, reakcia, zotavenie.] Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010. <http://s3.amazonaws.com>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Usmernenia a štandardy pre mimoriadnu situáciu v oblasti hospodárskych zvierat]. LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Minimálne štandardy hospodárskej obnovy (MERS)]. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Štandard humanitárneho začlenenia starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím]. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. <https://reliefweb.int>

2. Ďalšie kódexy, smernice a návody podľa témy

2.1 Všeobecné normy ochrany a kvality pri humanitárnej reakcii

Pravidlá správania pre Medzinárodné organizácie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie (MVO) pri odstraňovaní následkov katastrof. ⊕ *Pozri prílohu 2.*

Základné zásady Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca z roku 1965 prijaté 20. medzinárodnou konferenciou Červeného kríža. www.ifrc.org

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. [Pracovné pokyny IACS k ochrane osôb pri prírodných katastrofách]. Stály medziagentúrny výbor a projekt Brookings–Bern o vnútornom vysídľovaní. 2011. <https://www.brookings.edu>

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007 [Smernice IASC o psychickom zdraví a psychosociálnej podpore v núdzových situáciách 2007]. Stály medziagentúrny výbor OSN. www.who.int

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action [Smernice IASC o začlenení osôb so zdravotným postihnutím do humanitárnej činnosti]. <https://interagencystandingcommittee.org>

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016 [Predpis IASC o ochrane pri humanitárnej činnosti 2016]. Stály medziagentúrny výbor OSN. <https://interagencystandingcommittee.org>

Zásady a osvedčené postupy humanitárneho darčovstva 2003 schválené Štokholmskou konferenciou darcovských krajín, agentúr OSN, mimovládnych organizácií a Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca a podpísané Európskou komisiou a 16 štátmi. www.ghdinitiative.org

Professional Standards for Protection Work [Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany]. 2018. Medzinárodný výbor Červeného kríža (MVČK). <https://shop.icrc.org>

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009 [Medzinárodné právo a normy aplikovateľné pri prírodných katastrofách (Právna príručka IDLO) 2009], Medzinárodná organizácia pre rozvojové právo (IDLO). <https://www.sheltercluster.org>

2.2 Rodová rovnosť a ochrana pred rodovo podmieneným násilím (GBV)

GBV Constant Companion [Rodovo podmienené násilie – neustály spoločník]. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://sheltercluster.org>

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006 [Rodová príručka v humanitárnej činnosti 2006], „Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action [Ženy, dievčatá, chlapci a muži: rôzne potreby – rovnaké príležitosti, rodová príručka pre humanitárnu činnosť]“. Stály medziagentúrny výbor OSN. <http://www.unhcr.org>

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance [Plánovanie táborov rodovej pripravenosti: plánovanie osídlenia, formálne tábory, poradenstvo pri neformálnom osídlení]. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://www.sheltercluster.org>

IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Usmernenia IASC pre integráciu intervencií rodovo podmieneného násillia do humanitárnej činnosti] 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs [Zaradenie rodovo citlivého riadenia rizika do programov rozvoja riadených komunitou]. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management [Usmerňujúce poznámky k rodovému riadeniu rizika a riadeniu rizika katastrof]. No.6. World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines [Znižovanie rizika katastrof s ohľadom na rod: politika a praktické smernice]. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org>

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement [Príručka k tomu, čo treba vedieť: Práca s mužmi a chlapcami, ktorí prežili sexuálne a rodovo podmienené násilie pri nútenom vysídľovaní]. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. [Príručka k tomu, čo treba vedieť: Práca s lesbickými, homosexuálnymi, bisexuálnymi, transrodovými a intersexuálnymi osobami pri vynútenom vysídlení]. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters [Predvídateľné, odvrátiteľné: Osvedčené postupy na riešenie medzil'udského násillia a násillia páchaného na sebe počas katastrof a po nich]. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org

2.3 Deti v núdzových situáciách

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children [Terénna príručka o deťoch bez sprievodu a odlúčených deťoch]. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. <https://reliefweb.int>

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action [Minimálne štandardy na ochranu detí pri humanitárnej činnosti]. 2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group). cpwg.net

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. [Medziagentúrne hlavné zásady pre deti bez sprievodu a odlúčené deti]. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. <https://www.icrc.org>

2.4 Utečenci a vnútorne vysídlené osoby (IDP)

UNHCR (Agentúra OSN pre utečencov) má osobitný právny mandát na ochranu utečencov podľa Dohovoru a protokolu o utečencoch. UNHCR má na svojej webovej stránke rozsiahle zdroje. www.unhcr.org

Príručka IASC o ochrane vnútorne vysídlených osobách (marec 2010). Stály medziagentúrny výbor OSN. 2010. www.unhcr.org

Príloha 2

Pravidlá správania pre Medzinárodné organizácie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie (MVO) pri odstraňovaní následkov katastrof

Pripravené spoločne Medzinárodnou federáciou spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca a Medzinárodným výborom Červeného kríža¹

Účel

Cieľom tohto kódexu správania je chrániť naše normy správania. Nejde o pracovné detaily napríklad o tom, ako sa počítajú prídely jedla alebo stavia utečenecký tábor. Skôr ide o snahu zachovať vysoké štandardy nezávislosti, účinnosti a vplyvu, o ktoré sa pri reakcii na katastrofy usilujú mimovládne organizácie a Medzinárodné hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca. Ide o dobrovoľný kódex, ktorý sa presadzuje vôľou organizácie, ktorá ho prijala, dodržiavať normy stanovené v kódexe.

V prípade ozbrojeného konfliktu sa tento Kódex správania bude vykladať a uplatňovať v súlade s medzinárodným humanitárnym právom.

Ako prvý je uvedený Kódex správania. K dokumentu sú pripojené tri prílohy, ktoré opisujú pracovné prostredie, ktoré by sme chceli, aby hostiteľské vlády, darcovské vlády a medzivládne organizácie vytvorili s cieľom uľahčiť účinné poskytovanie humanitárnej pomoci.

Definície

MVO: MVO (mimovládne organizácie) tu označujú vnútroštátne a medzinárodné organizácie, ktoré sú zriadené oddelene od vlády krajiny, v ktorej boli založené.

NGHA: Na účely tohto textu je termín mimovládne humanitárne agentúry (NGHA) vytvorený tak, aby zahŕňal zložky Medzinárodného hnutia Červeného kríža a Červeného polmesiaca – Medzinárodný výbor Červeného kríža, spoločnosti Medzinárodnej federácie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a ich členské štátne spoločnosti – a mimovládne organizácie, ako je definované vyššie. Tento kódex sa konkrétne vzťahuje na tie NGHA, ktoré sú zapojené do reakcie na katastrofu.

1 Sponzorované: Caritas Internationalis,* Katolícke záchranné služby,* Medzinárodná federácia spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca,* Medzinárodná aliancia Save the Children,* Svetová luteránska federácia,* Oxfam,* Svetová rada cirkví,* Medzinárodný výbor Červeného kríža (* členovia Riadiaceho výboru pre humanitárnu pomoc).

IGO: IGO (medzivládne organizácie) označujú organizácie vytvorené dvoma alebo viacerými vládami. Zahŕňajú všetky agentúry OSN a regionálne organizácie.

Katastrofy: Katastrofa je katastrofická udalosť, ktorá má za následok straty na životoch, veľké ľudské utrpenie a núdzu a veľké materiálne škody.

Pravidlá správania

Zásady správania pre Medzinárodné hnutie Červeného kríža a Červeného polmesiaca a mimovládne organizácie v programoch reakcie na katastrofy

1. Na prvom mieste je humanitárny imperatív

Právo prijímať a ponúkať humanitárnu pomoc je základnou humanitárnou zásadou, ktorú by mali môcť využívať všetci občania všetkých krajín. Ako členovia medzinárodného spoločenstva uznávame svoju povinnosť zabezpečiť humanitárnu pomoc všade tam, kde je to potrebné. Pri tejto povinnosti má preto zásadný význam potreba neobmedzeného prístupu k zasiahnutému obyvateľstvu. Hlavnou motiváciou našej reakcie na katastrofu je zmierniť ľudské utrpenie medzi tými, ktorí majú najmenšiu schopnosť odolať stresu spôsobenému katastrofou. Keď poskytujeme humanitárnu pomoc, nie je to stranícky ani politický akt a nemalo by sa to tak vnímať.

2. Pomoc sa poskytuje bez ohľadu na rasu, vierovyznanie alebo národnosť príjemcov a bez nepriaznivého rozlišovania. Priority pomoci sa určujú len na základe potreby

Vždy, keď to bude možné, založíme poskytovanie pomoci na dôkladnom posúdení potrieb obetí katastrofy a miestnych možností, ktoré sú už k dispozícii a reagujú na tieto potreby. V rámci všetkých našich programov budeme brať do úvahy otázky proporcionality. Ľudské utrpenie je nutné zmiernovať vždy, keď k nemu dôjde; život v jednej časti krajiny je rovnako vzácny ako v inej. Naša pomoc bude teda odrážať mieru utrpenia, ktoré sa snaží zmierniť. Pri uplatňovaní tohto prístupu uznávame kľúčovú úlohu, ktorú zohrávajú ženy v komunitách ohrozených katastrofami, a zabezpečíme, aby ju naše programy pomoci podporovali, nie obmedzovali. Implementácia takéhoto univerzálneho, nestranného a nezávislého postupu môže byť účinná len vtedy, ak my a partneri budeme mať prístup k potrebným zdrojom na spravodlivú pomoc a rovnaký prístup ku všetkým obetiam katastrof.

3. Pomoc sa nepoužije na podporu konkrétneho politického ani náboženského stanoviska

Humanitárna pomoc sa bude poskytovať na základe potrieb jednotlivcov, rodín a komunit. Bez ohľadu na právo NGHA zastávať konkrétne politické alebo náboženské názory potvrdzujeme, že pomoc nebude závisieť od toho, či ich príjemcovia budú dodržiavať. Prísľub, poskytovanie ani distribúciu pomoci nebudeme spájať s prijatím konkrétneho politického alebo náboženského vyznania.

4. Budeme sa snažiť nepôsobiť ako nástroj zahraničnej politiky vlády

NGHA sú agentúry, ktoré konajú nezávisle od vlád. Preto tvoríme vlastné pravidlá a implementačné stratégie a nesnažíme sa implementovať postupy žiadnej vlády okrem prípadov, keď sa zhodujú s našou vlastnou nezávislou politikou. Nikdy vedome – ani z nedbanlivosti – nedovolíme zneužitie nás ani našich zamestnancov na zhromažďovanie politicky, vojensky alebo ekonomicky citlivých informácií pre vlády či iné orgány, ktoré môžu slúžiť iným ako prísne humanitárnym účelom, ani nebudeme pôsobiť ako nástroj zahraničnej politiky darcovských vlád. Prijatú pomoc využijeme na reakciu na potreby a nemala by sa riadiť potrebou zbaviť sa prebytkov darcovských komodít, ani politickým záujmom konkrétneho darcu. Ceníme si a podporujeme dobrovoľnícku prácu a financie od zasiahnutých jednotlivcov ako podporu našej práce a uznávame nezávislé konanie podporované dobrovoľníckou motiváciou. V záujme ochrany vlastnej nezávislosti sa budeme snažiť vyhnúť závislosti od jedného zdroja financovania.

5. Budeme rešpektovať kultúru a zvyky

Budeme sa snažiť rešpektovať kultúru, štruktúry a zvyky komunit a krajín, v ktorých pracujeme.

6. Pokúsime sa vybudovať reakciu na katastrofy na základe miestnych možností

Všetci ľudia a komunity – dokonca aj v prípade katastrofy – majú možnosti, ale sú aj zraniteľní. Tam, kde to bude možné, posilníme tieto možnosti zamestnávaním miestnych zamestnancov, nákupom miestnych materiálov a obchodovaním s miestnymi spoločnosťami. Ak to bude možné, budeme pri plánovaní a implementácii spolupracovať prostredníctvom miestnych NGHA ako partnerov a v prípade potreby spolupracovať so štruktúrami miestnej samosprávy. Veľký dôraz budeme klásť na správnu koordináciu našich reakcií na núdzové situácie. Najlepšie sa to dá v rámci dotknutých krajín prostredníctvom ľudí, ktorí sú priamo zapojení do prác v rámci pomoci, a mali by zahŕňať zástupcov príslušných orgánov OSN.

7. Je potrebné nájsť spôsoby, ako zapojiť príjemcov programu do riadenia pomoci

Pomoc pri reakcii na katastrofy by sa príjemcom nikdy nemala vnučovať. Účinná pomoc a trvalá rehabilitácia sa najlepšie dosahuje, ak sa do navrhovania, riadenia a implementácie programu pomoci zapoja plánovaní príjemcovia. Budeme sa snažiť o plnú účasť komunity na našich programoch pomoci a rehabilitácie.

8. Pomoc sa musí snažiť o zníženie budúcej zraniteľnosti voči katastrofám, ako aj o uspokojovanie základných potrieb

Všetky záchranné akcie pozitívnym alebo negatívnym spôsobom ovplyvňujú vyhladky na dlhodobý rozvoj. Uvedomujeme si to, a preto sa budeme snažiť zavádzať programy pomoci, ktoré aktívne znížia zraniteľnosť príjemcov voči budúcim katastrofám a pomôžu im budovať udržateľný životný štýl. Pri navrhovaní a riadení programov pomoci budeme venovať osobitnú pozornosť otázkam životného prostredia. Budeme sa tiež snažiť minimalizovať negatívny dopad humanitárnej pomoci a snažiť sa vyhnúť dlhodobej závislosti od vonkajšej pomoci.

9. Zodpovedáme sa ľuďom, ktorým máme pomáhať, aj ľuďom, od ktorých prijímame zdroje

Často pôsobíme ako inštitucionálne prepojenie pri partnerstve medzi tými, ktorí chcú pomáhať, a tými, ktorí počas katastrof potrebujú pomoc. Preto sa zodpovedáme obom skupinám. Všetky naše kontakty s darcami a príjemcami budú odrážať otvorenosť a transparentnosť. Uvedomujeme si potrebu podávať výkazy o našich aktivitách, a to z finančného hľadiska aj z hľadiska efektívnosti. Uznávame povinnosť zabezpečiť primerané monitorovanie distribúcie pomoci a pravidelne hodnotiť dopad pomoci pri katastrofách. Budeme sa tiež snažiť otvorene podávať správy o dopade našej práce a faktoroch, ktoré ho obmedzujú alebo zvyšujú. Naše programy sa budú zakladať na vysokých štandardoch profesionality a odbornosti, aby sa minimalizovalo plytvanie cennými zdrojmi.

10. V našich informačných, propagačných a reklamných aktivitách budeme uznávať obeť katastrof ako dôstojné ľudské bytosti, nie zúfalé objekty

Nikdy by sa nemala stratiť úcta k obeť katastrofy ako k rovnocennému partnerovi humanitárnej činnosti. V našich verejných informáciách vykreslíme objektívny obraz katastrofy, kde sú zdôraznené možnosti a ambície obeť katastrof, nielen ich zraniteľnosť a obavy. Hoci budeme spolupracovať s médiami na podpore reakcie zo strany verejnosti, nedovolíme, aby mali externé či interné požiadavky na publicitu prednosť pred zásadou maximálnej celkovej humanitárnej pomoci. Vyhneme sa súpereniu s inými agentúrami zameranými na reakciu na katastrofy o mediálne pokrytie v situáciách, ak by takéto pokrytie mohlo byť na úkor služby príjemcom alebo bezpečnosti našich zamestnancov či príjemcov.

Pracovné prostredie

Keďže sme sa jednostranne dohodli, že sa budeme snažiť dodržiavať vyššie uvedený Kódex, nižšie uvádzame niekoľko orientačných usmernení, ktoré opisujú pracovné prostredie, ktorého vytvorenie by sme chceli od vlády darcov, hostiteľských vlád a medzivládnych organizácií – predovšetkým agentúry Organizácie Spojených národov – s cieľom uľahčiť efektívnu účasť NGHA pri reakcii na katastrofy.

Tieto pokyny slúžia ako usmernenie. Nie sú právne záväzné a neočakávame, že vlády a medzivládne organizácie vyjadria súhlas s pokynmi podpisom dokumentu, hoci to môže byť cieľ, na ktorom by sme v budúcnosti mali pracovať. Predstavujeme ich v duchu otvorenosti a spolupráce, aby si naši partneri boli vedomí ideálneho vzťahu, ktorý sa s nimi snažíme nadviazať.

Príloha I: Odporúčania vládam krajín zasiahnutých katastrofou

1. Vlády by mali uznávať a rešpektovať nezávislé, humanitárne a nestranné kroky NGHA

NGHA sú nezávislé orgány. Hostiteľské vlády by mali rešpektovať túto nezávislosť a nestrannosť.

2. Hostiteľské vlády by mali NGHA uľahčiť rýchly prístup k obetiam katastrof

Ak majú NGHA konať v plnom súlade s humanitárnymi zásadami, mali by mať rýchly a nestranný prístup k obetiam katastrof, aby im mohli poskytnúť humanitárnu pomoc. Povinnosťou hostiteľskej vlády v rámci uplatňovania suverénnej zodpovednosti je neblokovať túto pomoc a akceptovať nestranné a apolitické konanie NGHA. Hostiteľské vlády by mali uľahčiť rýchly vstup pomocného personálu, najmä zrušením požiadaviek na tranzitné, vstupné a výstupné víza alebo zabezpečením ich rýchleho udelenia. Vlády by mali udeliť povolenie na prelet a právo na pristátie pre lietadlá prepravujúce medzinárodné humanitárne zásoby a personál počas fázy núdzovej pomoci.

3. Vlády by mali zabezpečiť včasný tok humanitárneho tovaru a informácií počas katastrof

Zásoby materiálnej pomoci a vybavenie sa do krajiny dovážajú výlučne na zmiernenie ľudského utrpenia, nie na komerčný prospech alebo zisk. Takéto dodávky by mali mať za normálnych okolností povolený voľný a neobmedzený prechod a nemali by podliehať požiadavkám na konzulárne osvedčenia o pôvode ani faktúry, dovozné a/alebo vývozné licencie ani iné obmedzenia, ani dovoznému zdaneniu, prístávacím či prístavným poplatkom.

Dočasný dovoz potrebného vybavenia materiálnej pomoci vrátane vozidiel, ľahkých lietadiel a telekomunikačných zariadení by mala hostiteľská vláda uľahčovať dočasným zrušením licenčných alebo registračných obmedzení. Rovnako by vlády nemali obmedzovať spätný export humanitárneho vybavenia na konci záchranej operácie.

Na uľahčenie komunikácie pri katastrofe sa hostiteľským vládam odporúča, aby stanovili určité rádiové frekvencie, ktoré môžu humanitárne organizácie používať v rámci krajiny a na medzinárodnú komunikáciu pri katastrofách, a aby tieto frekvencie oznámili komunite zabezpečujúcej reakciu na katastrofu pred katastrofou. Mali by oprávniť pomocný personál, aby mohol využívať všetky komunikačné prostriedky potrebné na záchranné operácie.

4. Vlády by sa mali snažiť o koordinované informovanie a plánovanie počas katastrof

Za celkové plánovanie a koordináciu pomoci je v konečnom dôsledku zodpovedná hostiteľská vláda. Plánovanie a koordinácia sa môže výrazne zlepšiť, ak NGHA dostanú informácie o potrebách materiálnej pomoci a vládnych systémoch

plánovania a realizáciu pomoci, ako aj informácie o potenciálnych bezpečnostných rizikách, s ktorými sa môžu stretnúť. Vlády vyzývame, aby takéto informácie poskytli NGHÁ.

Na efektívnu koordináciu a účinné využitie pomoci vyzývame hostiteľské vlády, aby pred katastrofou určili jednotné kontaktné miesto pre prichádzajúce NGHÁ, ktoré sa spojí s vnútroštátnymi orgánmi.

5. Pomoc pri katastrofách v prípade ozbrojeného konfliktu

V prípade ozbrojeného konfliktu sa pomocné akcie riadia ustanoveniami medzinárodného humanitárneho práva.

Príloha II: Odporúčania darcovským vládam

1. Darcovské vlády by mali uznávať a rešpektovať nezávislé, humanitárne a nestranné kroky NGHÁ

NGHÁ sú nezávislé orgány, ktorých nezávislosť a nestrannosť by mali darcovské vlády rešpektovať. Darcovské vlády by nemali NGHÁ využívať na presadzovanie politických ani ideologických cieľov.

2. Darcovské vlády by mali poskytovať finančné prostriedky so zárukou pracovnej nezávislosti

NGHÁ prijímajú finančnú a materiálnu pomoc od darcovských vlád v rovnakom duchu, v akom ju poskytujú obetiam katastrof; v duchu ľudskej a nezávislého konania. Za realizáciu pomoci je v konečnom dôsledku zodpovedná NGHÁ a bude sa vykonávať v súlade so zásadami tejto NGHÁ.

3. Darcovské vlády by mali NGHÁ ochotne pomáhať v prístupe k obetiam katastrof

Darcovské vlády by si mali uvedomiť dôležitosť prijatia určitej úrovne zodpovednosti za bezpečnosť a slobodu prístupu zamestnancov NGHÁ na miesta katastrofy. V prípade potreby by mali byť pripravení podniknúť v týchto otázkach diplomatické kroky s hostiteľskými vládamy.

Príloha III: Odporúčania medzivládnyh organizáciám

1. Medzivládne organizácie by mali uznávať NGHÁ, miestne aj zahraničné, ako cenných partnerov

NGHÁ sú ochotné spolupracovať s OSN a inými medzivládnymi agentúrami, aby lepšie reagovali na katastrofy. Robia tak v duchu partnerstva, ktorý rešpektuje integritu a nezávislosť všetkých partnerov. Medzivládne agentúry musia rešpektovať nezávislosť a nestrannosť NGHÁ. NGHÁ by sa pri príprave plánov pomoci mali obrátiť na agentúry OSN.

2. Medzivládne organizácie by mali pomáhať hostiteľským vládam pri zabezpečovaní celkového koordinačného rámca medzinárodnej a miestnej pomoci pri katastrofách

NGHA zvyčajne nemajú mandát na zabezpečenie celkového koordinačného rámca pre katastrofy, ktoré si vyžadujú medzinárodnú reakciu. Túto povinnosť má hostiteľská vláda a orgány Organizácie Spojených národov. Túto službu majú poskytovať včas a efektívne, aby slúžili zasiahnutému štátu a vnútroštátnej a medzinárodnej komunite pri reakcii na katastrofy. V každom prípade by NGHA mali vyvinúť maximálne úsilie na efektívnu koordináciu vlastných služieb.

V prípade ozbrojeného konfliktu sa pomocné akcie riadia ustanoveniami medzinárodného humanitárneho práva.

3. Medzivládne organizácie by mali rozšíriť bezpečnostnú ochranu poskytovanú organizáciám OSN na NGHA

Ak sa medzivládnym organizáciám poskytujú bezpečnostné služby, v prípade potreby by sa mali rozšíriť na ich pracovných partnerov NGHA.

4. Medzivládne organizácie by mali NGHA zabezpečiť rovnaký prístup k relevantným organizáciám, aký majú organizácie OSN

Medzivládne organizácie by mali s pracovnými partnermi NGHA zdieľať všetky informácie, ktoré sú relevantné pre realizáciu účinnej reakcie na katastrofy.

Príloha 3

Skratky a akronymy

ART	antiretrovírusová liečba
BMI	index telesnej hmotnosti
CBA	hotovostná pomoc
CDC	Centrá na kontrolu a prevenciu chorôb
CHS	Základná humanitárna norma o kvalite a zodpovednosti
CHW	komunitný zdravotnícky pracovník
cm	centimeter
CMR	hrubá miera úmrtnosti
CPMS	Minimálne štandardy ochrany detí
CRPD	Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím
DPT	záškrt, čierny kašeľ a tetanus
EPI	rozšírený program očkovania
EWAR	Včasné varovanie a reakcia
FANTA	Potravinová a výživová technická pomoc
FAO	Organizácia Spojených národov pre výživu a poľnohospodárstvo
FRC	voľný zvyškový chlór
GBV	rodovo podmienené násilie
HMIS	informačný systém na správu zdravotných údajov
HWTSS	úprava vody na úrovni domácnosti a bezpečné uchovávanie
IASC	Stály medziagentúrny výbor
iCCM	Integrovaná liečba prípadov v komunite
ICCPR	Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach
MVČK	Medzinárodný výbor Červeného kríža
IDP	vnútorne vysídlená osoba
IFRC	Medzinárodná federácia spoločností Červeného kríža a Červeného polmesiaca
MHP	medzinárodné humanitárne právo
IMCI	integrovaná liečba detských chorôb
INEE	Medziagentúrna sieť na vzdelávanie v núdzových situáciách
PBŠI	prevencia a bránenie šíreniu infekcií
IYCF	kŕmenie dojčiat a malých detí
km	kilometer
LEGS	Núdzové smernice a štandardy pre hospodárske zvieratá
LGBTQI	Lesby, gejovia, bisexuáli, transrodoví, kvír, intersexuálni ľudia
LLIN	sieť s dlhou životnosťou ošetrovaná insekticídmi
MAM	stredne ťažká akútna podvýživa
MEAL	monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie
MERS	Minimálne štandardy hospodárskej obnovy
MISMA	Minimálne štandardy pre analýzu trhu

MOH	ministerstvo zdravotníctva
MSF	<i>Médecins sans Frontières</i> (Lekári bez hraníc)
MUAC	stredný obvod hornej časti ramena
NCDs	neprenosné choroby
NGO	mimovládna organizácia
NTU	nefelometrické jednotky zákalu
OAU	Organizácia africkej jednoty (teraz Africká únia)
OCHA	Úrad OSN pre koordináciu humanitárnych záležitostí
OHCHR	Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva
PEP	postexpozičná profylaxia
PPE	osobné ochranné prostriedky
RNI	referenčný príjem živín
SEEP	Vzdelávanie a podpora malých podnikov (sietí)
STIs	pohlavne prenosné infekcie
TB	tuberkulóza
U5CMR	hrubá miera úmrtnosti do 5 rokov
UN	Spojené národy
UNFPA	Populačný fond OSN
UNHCR	Úrad vysokého komisára OSN pre utečencov (Agentúra OSN pre utečencov)
UNICEF	Detský fond OSN
WASH	zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny
WFH	hmotnosť na výšku
WFP	Svetový potravinový program
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia



Register

Register

A

AIDS. *pozri* HIV/AIDS
akronymy 411
analýza odozvy 20
analýza trhu
 analýza odozvy 20
 hodnotenie potravinovej bezpečnosti 172
anestézia 347
antiretrovirové liečby 344
antropometrické prieskumy: 174
audit 84

B

balená voda 110
bezpečnosť. *pozri aj* ochrana
 distribúcie 101, 211
 humanitárna pomoc 39
 očkovacie látky 334
 osídlenia 246, 259
 požiar 258
 práca 221
 starostlivosť v prípade traumy 347
 toalety 118
 verejné budovy 271
 vodný reťazec 111
 výbava domácnosti 266
 zdravotnícke zariadenia 311
 zdravotnícki pracovníci 320
 životný priestor 262
bezpečnosť, právo 30
boj proti mŕtvam 47
bránenie šíreniu prenášačov
 biologické a nechemické bránenie šíreniu 124
 environmentálne technické opatrenia 124
 kontrolný zoznam 144
 liečba malárie 125
 štátne a medzinárodné protokoly 125
 úroveň domácnosti a osobná úroveň 125
 úroveň osídlenia 122
 všeobecný 122
 životný priestor 263
bývanie, pôda a vlastnícke práva 47

C

celozrnné obilniny 207
CFR (miera úmrtnosti prípadov) 330, 331, 366
chirurgická starostlivosť 347
cholera 331
choroby. *pozri aj* HIV/AIDS; *pozri aj* HIV/AIDS; *pozri aj* infekcie; *pozri aj* vypuknutie chorôb
 cholera 331
 čierny kašeľ 331
 detská obrna 331, 334
 fekálno-orálny prenos 146

 hepatitída 331
 hnačka 146, 328, 336
 meningitída 331
 neprenosné 353
 osýpky 333
 prenášané komárom rodu aedes 324
 prenosné 321
 súvisiaci s vodou a sanitáciou 149
 tuberkulóza 329
 vírusová hemoragická horúčka 331
 zápal pľúc 336
 záškrt 331
 žltá horúčka 331
choroby prenášané komárom rodu aedes 324
čierny kašeľ 331
CMR (hrubá miera úmrtnosti) 302, 335, 366

D

darcovské vládny 408
dávkový 203, 210, 211
deti. *pozri aj* dojčatá a malé deti; *pozri aj* zdravotná starostlivosť
 fekálie 116
 kŕmenie 189, 337
 kŕmenie, umelé 191, 194
 ochorenia 334
 ochrana 12, 337
 očkovanie 332, 333
 odlúčené 337
 podvýživa 229
 rodovo podmienené násilie 196
 sexuálne násilie 342
 smernice 401
 WASH 98
 zdravotná starostlivosť 332
detská obrna 331, 334
dezinfekcia, voda 112
diagnostika
 nedostatok mikroživín 187
 prenosné choroby 327
diagram F 146
distribúcia
 bezpečnosť počas 101, 211
 body 211
 informácie 212
 mokré dávkový 211
 plánovanie 211
 potraviny 208, 212
 suché dávkový 210
 výbava domácnosti 266
 základné lieky 316
dlhotrvajúce krízy 17
dobrovoľníci 79
dodávky. *pozri aj* distribúcia
dojčatá a malé deti. *pozri aj* kŕmenie dojčiat
 fekálie 116
 ochorenia 334
 očkovanie 332, 333
dojčenie 184, 194
dojčenská výživa 194
doklady 44

domáce práce 222
 dopĺňanie, mikroživiny 186
 doručenie, *pozri aj* distribúcia
 potraviny 208, 212
 dospelí, *pozri aj* ľudia
 podvýživa 230
 dôstojnosť
 ochrana 38, 406
 právo na 29
 dôvernosť 66, 320
 držba
 bezpečnosť 272
 definícia 273

E

energia
 produkcia potravín 217
 spotreba 278
 zásobovanie 266
 EPI (Rozšírený program očkovania) 332, 334
 erózia 278

F

fekálno-orálny prenos, choroby 146
 finančná pomoc, produkcia potravín 217

G

genocída, zmluvy 391

H

hepatitída 331
 HIV/AIDS
 deti 337
 kŕmenie dojčiat 195
 manažment podvýživy 184
 potravínová pomoc 204
 prehľad 342
 riziká z hľadiska ochrany 15
 hmotné dary 84
 hnačka 146, 328, 336
 hodnotenia
 NPCH 354
 plánovanie prístrešia a osídlenia 253
 psychické problémy 351
 hodnotenia kŕmenia 175
 hodnotenie
 Minimálne štandardy 10
 hodnotenie IYCF-E 193
 hodnotenie rizika, prevencia chorôb 323
 hostiteľské komunity 254
 hostiteľské vlády 71, 407
 hrubá miera úmrtnosti (CMR) 302, 335, 366
 Humanitárna charta
 prehľad 28
 spoločné princípy 29
 všeobecné 5, 388
 zázvok 31

humanitárna pomoc
 bezpečnosť 39
 efektívnosť 56
 komplementarita 71
 komunikácia 63
 koordinácia 71
 miestne možnosti 59, 405
 náboženstvo 404
 negatívne dopady 59
 nestrannosť 40, 55, 56, 404
 nezávislosť od vlád 405
 operačné prostredie 16
 peňažná podpora 22
 politika 404
 právo na prijímanie 30, 404
 primeranosť 54
 prístup 40
 relevantnosť 54
 smernice 398, 399
 spätná väzba 63
 sťažnosti 67
 včasnosť 56
 vojenské sily 18, 73
 všeobecné normy ochrany a kvality 399
 zamerané na ľudí 88
 zapojenie 63, 65
 zmluvy 397

humanitárne organizácie

 mechanizmy v oblasti sťažností 68, 70
 monitorovanie 59
 obmedzenia 58
 postupy na prevenciu negatívnych dopadov 62
 postupy v oblasti inovácií 74
 rozhodovanie 59
 spravovanie znalostí 77
 vzdelávanie 74

hygiena, *pozri aj* podpora hygieny
 menštruačný 102, 119, 155
 položky 99
 potraviny 213

I

ICCM (integrovaná liečba prípadov v komunite) 336
 IGO (medzivládne organizácie)
 odporúčania 408
 vymedzenie 404
 IMCI (integrovaná liečba detských chorôb) 336
 implementácia
 peňažná podpora 22
 prístrešie a osídlenie 253
 riadenie dodávateľského reťazca 24
 infekcie, *pozri aj* tuberkulóza (TBC)
 prevencia a bránenie šírenia (PBŠI) 137, 158,
 311
 respiračné 328
 informácie, *pozri aj* komunikácia
 citlivosť 40, 43
 distribúcie 212
 dôvernosť 66, 320
 hodnotenie výživy 174

osobný 61, 62
 povinnosti organizácie 64
 prístupnosť 44
 rozčlenenie 12, 56, 320
 sprístupňovanie 65, 72, 74
 tok 407
 verejné zdravie 318
 informačné a plánovacie služby pri katastrofách 407
 informačné systémy
 riadenie v oblasti zdravia 319, 364
 výživa a potravinová bezpečnosť 171
 zdravie 319
 informačné systémy na správu zdravotných údajov (ISSZÚ) 319, 364
 informovaný súhlas 65
 inkontinencia 102, 155
 integrovaná liečba detských chorôb (IMCI) 336
 integrovaná liečba prípadov v komunite (ICCM) 336
 ISSZÚ (informačné systémy na správu zdravotných údajov) 319, 364

K

kanalizácia
 dažďová a povodňová voda 258
 odpadová voda 110
 katastrofy
 smernice 398
 vymedzenie 404
 zmluvy 397
 klíma, životné priestory 262
 kľúčové kroky 6
 kľúčové ukazovatele 7
 kolaboratívne vzdelávanie 76
 komplementarita 71
 komunikácia. *pozri aj* informácie
 bránenie šíreniu prenášačov 126
 etický 65, 67
 postupy pri krmení 190
 povinnosti organizácie 64
 všeobecný 63, 65
 WASH 98
 komunitná angažovanosť
 bránenie šíreniu prenášačov 126
 environmentálny manažment 222
 ochranné mechanizmy 40, 42
 podvýživa 179
 reakcia na vypuknutie nákazy 133
 sexuálne násilie 342
 WASH 92
 zdravotná starostlivosť 310
 komunitná podpora
 psychické zdravie 351
 štruktúry 199
 WASH 98
 komunitné nástroje 271
 komunitné zariadenia 256, 282
 komunitní zdravotnícki pracovníci (KZP) 314, 328.
pozri aj zdravotnícki pracovníci

komunity
 mechanizmy v oblasti sťažností 67
 nakladanie s tuhým odpadom 131
 napätia 218
 odolnosť 61
 prvá pomoc 347
 koncept „neubližovať“ 274
 kontaminácia, voda 113
 kontrolné zoznamy
 bránenie šíreniu prenášačov 144
 hodnotenie bezpečnosti osiva 225
 hodnotenie výživy 227
 podpora hygieny 141
 potravinová bezpečnosť 223
 spracovanie tuhého odpadu 145
 WASH všeobecné 141
 zásobovanie vodou 142
 živobytie 223
 koordinácia
 humanitárna pomoc 71
 medzisektorový 73
 občiansko-vojenský 18, 73
 partnerské organizácie 74
 spojené distribúcie 101
 korupcia 82, 83
 kritériá prepúšťania, manažment podvýživy 183
 kŕmenie dojčiat
 dojčenie 184
 doplnkový 194
 HIV 195
 meranie podvýživy 229
 multisektorová podpora 191
 prehľad 189
 umelé 191
 krvné produkty 317
 kultúra/zvyky 262, 405
 kultúrne dedičstvo 393
 kúpacie zariadenie 110
 kúpna sila 221
 kvalita
 potraviny 205
 voda 111, 137
 výživa 203
 zdravotnícki pracovníci 314
 KZP (komunitní zdravotnícki pracovníci) 314, 328

L

laboratórne testovanie 328
 liečba
 malária 125
 nedostatok mikroživín 188
 podvýživa 178
 voda 156
 liečba bolesti 348
 liečebný protokol 328
 lieky
 dostupnosť 357
 psychotropné 352
 základné 315, 355

lieky na predpis 317
 lieky, na predpis 317
 likvidácia
 lieky 316
 odpad 128
 výkaly 120, 143
 logistika 26
 ľudia. *pozri aj* deti; *pozri aj* osoby so zdravotným postihnutím; *pozri aj* starší ľudia; *pozri aj* ľudia so zdravotným postihnutím; *pozri aj* dojčatá a malé deti; *pozri aj* migrujúci ľudia
 definícia 10
 práva, s psychickými problémami 352
 ľudské práva
 smernice 392
 zmluvy a zvykové právo 389
 ľudské výkaly. *pozri aj* nakladanie s výkalmi
 vymedzenie 114

M

malária
 liečba 125
 prevencia 126, 324
 malé deti. *pozri* dojčatá a malé deti
 manažment. *pozri* riadenie dodávateľského reťazca;
 pozri spravovanie znalostí; *pozri* nakladanie s mŕtvymi; *pozri* nakladanie s výkalmi; *pozri* spracovanie tuhého odpadu; *pozri* podvýživa: riadenie; *pozri* starostlivosť o rany
 MEAL (monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie) 10
 medzinárodné humanitárne právo
 smernice 394
 zmluvy 393
 medzinárodné právo. *pozri aj* medzinárodné humanitárne právo
 právo na primerané prístrešie 250
 právo na včasnú a primeranú zdravotnú starostlivosť 304
 právo na vodu a sanitáciu 94
 Medzinárodný marketingový kódex náhrad materského mlieka 191
 medzivládne organizácie (IGO)
 odporúčania 408
 vymedzenie 404
 meningitída 331
 menštruačná hygiena 102, 119, 155
 mestské oblasti
 osídlenie a prístrešie 247
 prírodné zdroje 279
 reakcie v oblasti zdravia 303
 spracovanie tuhého odpadu 129
 výzvy 17, 166
 WASH 93
 miera úmrtnosti 360
 miera úmrtnosti 359. *pozri aj* hrubá miera úmrtnosti (CMR); *pozri aj* VVVR (včasné varovanie, výstraha a reakcia)
 miera úmrtnosti prípadov (CFR) 330, 331, 366
 miestne možnosti 59, 405
 miestne vedenie 60, 61
 miestni aktéri, podpora 17
 miesto
 plánovanie 257
 výber 123, 278
 migrujúci ľudia
 tvorba tuhého odpadu 129
 WASH 99
 mikroživiny
 nedostatok 186, 195, 232
 mimovládne humanitárne agentúry (NGHA)
 všeobecné 407, 408
 vymedzenie 403
 mimovládne organizácie (MVO) 403
 Minimálne štandardy 6
 hodnotenie a analýza 9
 implementácia 10
 MEAL 10
 návrh programu 9
 použitie v kontexte 8
 právo na primeranú stravu 164
 právo netrpieť hladom 164
 rozvoj stratégie 9
 všeobecný 31
 mládež, stavebné aktivity 269
 množstvá
 toalety 148
 voda 108, 137, 147
 monitorovanie
 distribúcia potravín 212
 doručenie potravín 212
 manažment podvýživy 180
 Minimálne štandardy 10
 peňažná podpora 23
 porušenia 42
 prístup k potravinám 203
 produkcia potravín 218
 riadenie dodávateľského reťazca 25
 všeobecný 59
 využívanie potravín 204, 214
 monitorovanie, hodnotenie, zodpovednosť a učenie (MEAL) 10
 možnosti osídlenia
 opisy 284
 pokrízový 248
 vlastnosti 286
 mučenie 391
 MVO (mimovládne organizácie) 403

N

náboženstvo
 humanitárna pomoc 404
 paliatívna starostlivosť 358
 náhrady materského mlieka 194
 nakladanie s mŕtvymi 140, 312
 nakladanie s výkalmi
 fáza 115
 infekcie 150
 kontrolný zoznam 143

prístup k toaletám a ich využívanie 116
 všeobecný 114, 138
 zber, preprava, likvidácia a spracovanie 120
 náklady na stravu 172
 nášlapné míny 47, 393
 návrat, vysídlené osoby 254
 návrh programu. *pozri aj* plánovanie na základe trhu
 manažment podvýživy 178, 182
 Minimálne štandardy 9
 peňažná podpora 22
 riadenie dodávateľského reťazca 24
 negatívne dopady
 humanitárna pomoc 59
 zneužívanie 61
 neprenosné choroby (NPCH) 353
 nestrannosť, humanitárna pomoc 40, 55, 56, 404
 nevysídlené domácnosti 253
 nežiaduce udalosti 312
 NGHА. *pozri* mimovládne humanitárne agentúry
 (NGHA)
 novorodenecká starostlivosť 336, 338

O

obohacovanie, potravinárske výrobky 186
 obstarávanie, základných liekov 316
 ochrana
 činnosti 37
 deti 12, 337
 dôstojnosť 38
 mechanizmy 40, 42
 osobné informácie 61, 62
 osoby so zdravotným postihnutím 14
 osoby z komunity LGBTIQI 15
 pacienti HIV/AIDS 15
 práva 38
 právo 30
 starší ľudia 13
 WASH 154
 životný priestor 262
 očkovanie
 deti 332, 333
 dojčatá a malé deti 332, 333
 kampane 323, 331
 odkalenie 120
 odlúčené deti 337
 odpad. *pozri aj* nakladanie s výkalmi; *pozri aj* odpad
 z trhu; *pozri aj* spracovanie tuhého odpadu
 bitúnok 132
 opätovné použitie 278
 recyklovanie 278
 odpad z bitúnku 132
 odpad z trhu 132
 odstraňovanie sutín 254
 ohrozenie verejného zdravia, WASH 92
 OOP (osobné ochranné prostriedky) 139, 312
 opätovné použitie
 odpad 278
 tuhý odpad 130
 opatrenia záchrannej siete, živobytie 220
 opatrovatelia, potravinová pomoc 205

organizácie. *pozri* humanitárne organizácie
 osídlenia/prístrešie
 bezpečnosť 246, 259
 držba 272
 kľúčové pojmy 246
 kontrolný zoznam 280
 mestské oblasti 247
 možnosti implementácie 253, 291
 možnosti pomoci 288
 plánovanie 252, 255
 plánovanie lokality 257
 povrchové oblasti 257
 požiarna bezpečnosť 258
 prevádzka a údržba 259
 prístup 258
 technická pomoc 268
 tepelná pohoda 266
 výbava domácnosti 264
 výber lokality 123, 278
 vyradenie z prevádzky a odovzdanie 259
 základné služby a zariadenia 256
 zásobovanie energiou 266
 živobytie 254, 259, 282
 životné prostredie 276
 životný priestor 260
 zníženie kriminality 259
 osivo 218, 225
 osobné ochranné prostriedky (OOP) 139, 312
 osoby manipulujúce s odpadom 130
 osoby so zdravotným postihnutím. *pozri* osoby
 so zdravotným postihnutím; *pozri* ľudia so
 zdravotným postihnutím
 meranie podvýživy 231
 ochrana 14
 potravinová pomoc 204
 osoby z komunity LGBTIQI 15
 osýpky 333
 otrava 368
 ozbrojené konflikty
 pomoc pri katastrofách 408
 smernice 394
 zákonné ustanovenie 30
 zmluvy a zvykové právo 393

P

pacienti
 nežiaduce udalosti 312
 práva 311
 rehabilitácia 348
 sociálna reintegrácia 348
 paliatívna starostlivosť 356
 palivo 266
 partnerské organizácie 74
 PBŠI (prevencia a bránenie šíreniu infekcií) 137,
 158, 311
 peňažná podpora
 kontrolný zoznam 22
 všeobecné 9
 WASH 160
 pitná voda 99

- plánovanie
 - poloha a osídlenie 255
 - prístrešie a osídlenie 252
 - spracovanie tuhého odpadu 131
- plánovanie na základe trhu
 - hygienické položky 101
 - voda 109
 - všeobecné 9, 20
 - výbava domácnosti 266
- plánovanie rodiny 339
- plánovanie, základných liekov 316
- plány starostlivosti 357
- platby 221
- podpora. *pozri aj* komunitná podpora
 - kŕmenie dojčiat a malých detí 191
 - miestni aktéri 17
 - paliatívna starostlivosť 357
 - právny 44
 - psychosociálny 15, 184
 - štátni aktéri 17
 - zamestnanci 77
- podpora hygieny
 - hygienické položky 99
 - inkontinencia 102
 - kontrolný zoznam 141
 - menštruačná hygiena 102
 - prehľad 96
- podvod 84
- podvýživa. *pozri aj* výživa; *pozri aj* podvýživa; *pozri aj* podvýživa
 - interpretáčn é úrovne 175
 - meranie 229
 - príčiny 164
 - riadenie 176, 177, 181
 - riziká 227
 - všeobecné 176
 - zraniteľné skupiny 166
- pokyny 7
- politika 404
- polné nemocnice 348
- pôrodn íctvo 338
- porušovanie práv, monitorovanie 42
- posilňovanie istoty bývania 274
- potravinová bezpečnosť
 - hodnotenia 169, 170
 - kontrolný zoznam 223
 - odkazy na ďalšie práva 166
 - prijateľnosť 200
 - všeobecné 197
 - základné koncepcie 164
- potravinová pomoc
 - hotovosť a poukážky 214
 - požiadavky na výživu 202
 - všeobecné 201
 - zacielenie 209
- potraviny
 - balenie 207
 - dávky 203, 210, 211
 - distribúcie 208, 212
 - doručenia 208, 212
 - hygiena 213
 - kvalita 205
 - možnosti 207
 - použitie 204, 213, 214
 - příprava/spracovanie 208, 214
 - prístup 203
 - uchovávanie 214, 219
- potreby liečby, komplexné 354
- použitie potravín v rámci domácnosti 214
- povinnosti organizácie
 - efektívnosť a včasnosť 58
 - informácie 64
 - komunikácia 64
 - negatívne dopady humanitárnej pomoci 61
 - pravidlá v oblasti vzdelávania 75
 - primeranosť a relevantnosť humanitárnej pomoci 55
 - riadenie zdrojov 82
 - spätná väzba 66
 - spolupráca 72
 - sťažnosti 68
 - zamestnanci 78
- požiarna bezpečnosť 258
- pracovníci pomoci. *pozri* zamestnanci; *pozri* komunitní zdravotníck i pracovníci (KZP); *pozri* zdravotníck i pracovníci
- práva
 - ochrana 38
 - pacienti 311
 - spoluvína pri porušovaní práv 39
 - uplatňovanie nároku 43
- Pravidlá správan ía
 - prehľad 403
 - Základné princípy 6, 404
- právna podpora 44
- právne rámce, sexuálne násilie 342
- právny základ, Sphere 388
- právo na dôstojný život 29
- právo na humanitárnu pomoc 30, 41, 404
- právo na ochranu a bezpečnosť 30
- právo na primerané prístrešie
 - odkazy na in é práva 248
 - odkazy na medzinárodn é právo 250
 - odkazy na Základnú humanitárnu normu 250
 - odkazy na Zásady ochrany 250
 - všeobecný 246
- právo na primeranú stravu 164, 167
- právo na včasnú a primeranú zdravotnú starostlivosť
 - odkazy na medzinárodn é právo 304
 - odkazy na Základnú humanitárnu normu 304
 - odkazy na Zásady ochrany 304
- právo na vodu a sanitáciu 92
 - medzinárodn é právo 94
 - odkazy na in é práva 94
 - odkazy na Základnú humanitárnu normu 95
 - odkazy na Zásady ochrany 95
- právo netrpieť hladom 164
- právo požiadať o azyl alebo útočisko 31
- predkrízové údaje, hodnotenie potravinovej bezpečnosti 171

prenosné choroby
 diagnóza a liečba prípadov 327
 dohľad, detekcia vypuknutia nákazy a včasná reakcia 324
 prevencia 322
 pripravenosť a reakcia na vypuknutie nákazy 329
 všeobecné 321
 prenos z matky na dieťa, HIV 344
 prevencia. *pozri* aj očkovanie HIV 344
 hodnotenie rizika 323
 infekcie 137, 158, 311
 malária 126, 324
 nedostatok mikroživín 187
 podvýživa 178
 prenosné choroby 322
 prijateľnosť
 potravinová bezpečnosť 200
 zdravotnícki pracovníci 314
 príjemcovia, zapojenie 405
 prijímajúce vlády. *pozri* hostiteľské vlády
 príprava/spracovanie, potraviny 214
 prírodné zdroje 278, 279
 Príručka Sphere
 kapitoly 5
 všeobecné 4
 prístrešie. *pozri* osídlenia/prístrešie
 prístup
 humanitárna pomoc 40
 osídlenia/prístrešie 258
 potraviny 203
 právna podpora 44
 súdne systémy 44
 toalety 116
 voda 106
 produkcia potravín
 energia 217
 finančná pomoc 217
 kolísanie cien 217
 monitorovanie 218
 sezónnosť 217
 stratégie 216
 zásobovací reťazec 218
 Profesionálne štandardy pri práci v oblasti ochrany 45
 Program všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti 2030 318
 programy doplnkového kŕmenia 181
 prostredie
 bránenie šíreniu prenášačov 124
 prvá pomoc 347, 351
 psychické zdravie
 prehľad 349
 psychosociálna podpora 15, 184
 psychosociálna podpora 15, 184
 psychosociálne zásahy 351
 psychotropné lieky 352

R

recyklácia, odpad 130, 278
 registračné procesy, potravinová pomoc 210
 rehabilitácia, pacienti 348
 reprodukčné zdravie. *pozri* sexuálne a reprodukčné zdravie
 respiračné infekcie 328
 riadenie dodávateľského reťazca 23, 26
 riziká
 bezpečnosť 218
 bránenie šíreniu prenášačov 123
 podvýživa 227
 WASH 97
 rizikové skupiny
 podpora hygieny 101
 potravinová bezpečnosť 171, 199
 potravinová pomoc 204
 rod 14, 87
 rodinné povinnosti 222
 rodová rovnosť 400
 rodovo podmienené násilie
 smernice 400
 všeobecné 14
 rozčlenenie, údajov 12, 56, 320
 Rozšírený program očkovania (EPI) 332, 334
 roztoky chlóru 137
 rýchle reakcie, hodnotenie výživy 174

S

s dobrou chuťou, voda 112
 sexuálne a reprodukčné zdravie
 HIV 342
 sexuálne násilie 340
 všeobecné 337
 sexuálne násilie 340
 sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie (SEA)
 mechanizmy v oblasti sťažností 69, 70
 zo strany zamestnancov 62
 školy, WASH 104
 skratky 411
 sledovanie úmrtnosti 361
 sociálna reintegrácia, pacienti 348
 spätná väzba
 humanitárna pomoc 63
 povinnosti organizácie 66
 Sphere 4, 388
 spojené distribúcie 101
 spoločné osídlenia
 bránenie šíreniu prenášačov 123
 nakladanie s tuhým odpadom 130
 všeobecné 18
 spoločné toalety 119
 spolupráca 72, 76, 193
 spoluvina, porušenie práv 39
 spotreba
 energia 278
 potraviny 2

spracovanie tuhého odpadu
 činnosti domácnosti a osobné činnosti 130
 komunitná úroveň 131
 kontrolný zoznam 145
 prehľad 128
 spravovanie znalostí 77
 sprievodné štandardy 7
 sprievodné štandardy 399
 štandardy. *pozri aj* Minimálne štandardy; *pozri aj* Minimálne štandardy
 prepojenia s inými štandardmi 399
 prepojenie s inými štandardmi 7
 štruktúra 6
 všeobecná ochrana a kvalita 399
 starostlivosť na sklonku života. *pozri* paliatívna starostlivosť
 starostlivosť o matky 338
 starostlivosť o rany 348
 starší ľudia
 ochrana 13
 podvýživa 231
 potravinová pomoc 204
 štátni aktéri, podpora 17
 stavebné materiály 270
 stavebné predpisy 270
 sťažnosti 67
 sťažovatelia 70
 stratégie. *pozri aj* stratégie odchodu; *pozri aj* stratégie prechodu; *pozri aj* stratégie zvládania situácie
 rozvoj 9
 stratégie odchodu
 potravinová bezpečnosť 199
 všeobecný 60, 61
 stratégie prechodu
 potravinová bezpečnosť 199
 všeobecný 60
 stratégie zvládania situácie 172
 súdne systémy 44
 súkromie 262
 súkromný sektor
 humanitárna pomoc 72
 ochrana životy 222
 systémy v oblasti ľudských zdrojov 56
 systémy zdravotného dohľadu 320

T

tábory. *pozri* spoločné osídlenia
 TBC (tuberkulóza) 329
 tepelná pohoda 266
 toalety
 domácnosť 119
 komunitné 119
 množstvá 148
 podpora 99
 prístup 116
 ústny prenos 114
 toalety v domácnosti 119
 tok, tovar materiálnej pomoci/informácie 407
 transfúzie krvi 344
 transparentnosť 84

traumy. *pozri* zranenia
 trestné zneužívanie práv 391
 triáž 347
 tuberkulóza (TBC) 329

U

účasť
 stavba prístrešia 269
 uchovávanie
 potraviny 214, 219
 voda 101, 109, 113
 základné lieky 316
 údaje. *pozri* informácie
 ujma. *pozri aj* koncept „neublížiť“
 zabránenie vystaveniu 38
 ukazovatele výkonosti, manažment podvýživy 183
 umelé kŕmenie dojčiat a malých detí 191, 194, 207
 umelé osvetlenie 266
 umývanie rúk 99, 119
 úprava vody a bezpečné skladovanie na úrovni domácnosti (HWTSS) 113, 152
 utečenci
 smernice 401
 zmluvy 395

V

včasné varovanie, výstraha a reakcia (VVVR) 320, 325, 363
 včasnosť 56
 vetranie 263
 vidiecke oblasti 279
 vírusová hemoragická horúčka 331
 vlády. *pozri* hositeľské vlády; *pozri* darcovské vlády
 vnútorne vysídlené osoby. *pozri* vnútorne vysídlené osoby (IDP)
 vnútorne vysídlené osoby (IDP)
 smernice 396, 401
 zmluvy o 395
 voda
 balená/upravená 110
 cesta tam a späť a čakacia doba 109
 chránený zdroj 112
 dezinfekcia 112
 fekálny materiál 115
 infekcie 149
 kontaminácia 113
 kontaminácia po dodaní 113
 kvalita 111, 137, 157
 liečba 156
 meranie 108
 množstvá 108, 137, 147
 nádoby 101, 109
 prijateľnej chuti 112
 prístup 106
 roztoky chlôru 137
 systémy a infraštruktúra 109
 uchovávanie 101, 109, 113
 výber zdroja 107
 zásoby 142

vojenské sily 18, 73
 vopred schválené správy 316
 vstupné kritériá
 manažment podvýživy 179, 183
 programy kŕmenia 229
 VVVR (včasná varovanie, výstraha a reakcia) 320,
 325, 363
 výbava domácnosti 264
 distribúcia 266
 kontrolný zoznam 282
 umelé osvetlenie 266
 výber, základných liekov 316
 vykorisťovanie 61. *pozri aj* sexuálne vykorisťovanie
 a zneužívanie (SEA)
 vypuknutie chorôb
 detekcia 325
 kontrola 329
 prahové hodnoty 326
 reakcie 133
 vyšetrovanie 326
 výstrahy 363
 WASH 158
 vysídlení ľudia 253. *pozri aj* vnútorne vysídlené
 osoby (IDP)
 vysoko-rizikové skupiny, bránenie šíreniu
 prenášačov 126
 vystahovania 274
 výstavba, prístrešie 268
 výživa. *pozri aj* podvýživa
 hodnotenie 169, 173, 227
 kvalita 203
 požiadavky 202, 235
 WASH 159
 základné koncepcie 164
 výživové príručky 6
 vzdelávanie
 humanitárne organizácie 74, 6
 spolupráca 76

W

WASH. *pozri* zásobovanie vodou, sanitácia a
 podpora hygieny (WASH)

Z

zacielenie, potravinová pomoc 209
 zainteresované strany. *pozri* hostiteľské vlády;
 pozri humanitárne organizácie
 zakázané zbrane 393
 Základná humanitárna norma o kvalite
 a zodpovednosti (ZHN)
 efektívnosť a včasnosť 56
 komunikácia, zapojenie a spätná väzba 63
 koordinácia a komplementarita 71
 mechanizmy v oblasti sťažností 67
 miestne možnosti a negatívne dopady 59
 odkazy na právo na adekvátne prístrešie 250
 odkazy na právo na včasnú a primeranú
 zdravotnú starostlivosť 304

prepojenia na právo na vodu a sanitáciu 95
 primeranosť a relevantnosť 54
 štruktúra 52
 všeobecné 5
 všeobecný 52
 vzdelávacie a inovatívne postupy 74
 zamestnanci 77
 Základná humanitárna norma týkajúca sa kvality
 a zodpovednosti (ZHN)
 potravinová bezpečnosť a výživa 167
 základné služby 256, 282
 zamestnanci
 blaho 79, 80
 dobrovoľníci 79
 kompetencie 78, 80
 konflikt záujmov 84
 podpora pre 77
 postupy 78, 79, 80
 rozvoj zručností 79, 80
 sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie zo strany
 62
 správanie a pravidiel správania 70
 vykorisťovanie a zneužívanie zo strany 61
 zápal pľúc 336
 zapojenie
 humanitárna pomoc 63, 65
 zariadenia. *pozri aj* toalety
 inkontinencia 103
 komunitné 256, 282
 umývanie/kúpanie 110
 zariadenia na pranie 110
 Zásady ochrany
 odkazy na právo na adekvátne prístrešie 250
 odkazy na právo na včasnú a primeranú
 zdravotnú starostlivosť 304
 potravinová bezpečnosť a výživa 167
 prepojenia na právo na vodu a sanitáciu 95
 uplatňovanie 37
 všeobecné 5
 všeobecný 36
 zásahy pomocou ART 344
 zásahy pomocou ARV 344
 záškrť 331
 zásobovanie
 inkontinencia 103
 menštruačná hygiena 103
 zásobovanie vodou, sanitácia a podpora hygieny
 (WASH)
 bránenie šíreniu prenášačov 122
 kontrolný zoznam 141
 nakladania s výkalmi 114
 ochrana 154
 peňažná podpora 160
 podpora hygieny 96
 prístupy 94
 program 153
 riziká 97
 spracovanie tuhého odpadu 128
 vplyv na zdravie 153
 výživa 159

- základné koncepty 92
- zásobovanie vodou 106
- zdravotná starostlivosť 133
- zástupné opatrenia, hodnotenie potravinovej bezpečnosti 172
- zdravotná starostlivosť. *pozri aj* zdravotné systémy detí 332
- financovanie 317
- kontrolný zoznam 359
- neprenosné choroby 353
- odkazy na iné práva 303
- odpad 138
- osobitné aspekty ochrany 305
- paliatívna starostlivosť 356
- poskytovanie 308
- prijateľnosť 310
- psychické zdravie 349
- sexuálne a reprodukčné zdravie 337
- starostlivosť v prípade zranenia a traumy 345
- WASH 133
- základné 321
- základné koncepty 302
- zdravotné informačné systémy 319
- zdravotné systémy. *pozri aj* zdravotná starostlivosť
 - financovanie 317
 - podpora a rozvoj 303
 - poskytovanie zdravotnej starostlivosti 308
 - potravínová pomoc 204
 - starostlivosť v prípade neprenosných chorôb 355
 - údaje o verejnom zdraví 318
 - všeobecné 307
 - základné lieky a zdravotnícke pomôcky 315
 - zdravotnícki pracovníci 312
- zdravotné ukazovatele 366
- zdravotnícke pomôcky 315, 316, 355
- zdravotnícki pracovníci 312, 320. *pozri aj* komunitní zdravotnícki pracovníci (KZP)
- zdroje. *pozri aj* prírodné zdroje
 - manažment 81
 - výkaly ako 121
- ženy, tehotné a dojčiacie 193
- ZHN. *pozri* Základná humanitárna norma o kvalite a zodpovednosti (ZHN); *pozri* Základná humanitárna norma týkajúca sa kvality a zodpovednosti (ZHN)
- živobytie
 - kontrolný zoznam 223
 - osídlenia 259, 282
 - príjem a zamestnanie 219
 - primárna výroba 215
 - všeobecné 215
- životné prostredie
 - hostiteľská populácia 282
 - humanitárna pomoc 19, 62
 - osídlenia/prístrešie 276
 - potravínová bezpečnosť 171, 199
 - prírodné zdroje 82, 83
- životný priestor 260
- žltá horúčka 331
- znásilnenie 340
- znečistenie vzduchu 337
- zneužívanie 61. *pozri aj* ochrana; *pozri aj* rodovo podmienené násilie; *pozri aj* sexuálne vykorisťovanie a zneužívanie (SEA)
- zníženie kriminality 259
- zodpovednosť
 - Minimálne štandardy 10
 - všeobecné 406
- zranenia
 - a starostlivosť v prípade traumy 345
 - z ostrých predmetov 311
- zraniteľné miesta 10, 56, 405
- zraniteľné skupiny
 - podvýživa 166




Príručka Sphere predstavuje zásadový prístup ku kvalite a zodpovednosti v oblasti humanitárnej pomoci. Je praktickým prejavom kľúčového presvedčenia organizácie Sphere, že ľudia postihnutí katastrofou alebo konfliktom majú právo na dôstojný život a právo na humanitárnu pomoc.

Základným kameňom príručky je Humanitárna charta, pričom východiskovým bodom sú Zásady ochrany a Základná humanitárna norma, z ktorých čerpajú všetky sektory pomoci. Technické normy opisujú priority, ktoré zaisťujú reakciu v štyroch hlavných život zachraňujúcich sektoroch: voda, sanitácia a podpora hygieny, potravinová bezpečnosť a výživa, prístrešie a osídlenie, a zdravie.

Merateľné minimálne štandardy obsahujú ciele, ktoré je pri humanitárnej pomoci potrebné dosiahnuť na to, aby ľudia dokázali prežiť a obnoviť svoje životy a živobytie spôsobom, ktorý rešpektuje ich potreby a podporuje ich dôstojnosť. Kľúčové kroky, ukazovatele a pokyny poskytujú možnosti, ako tieto štandardy uplatňovať v rôznych kontextoch. Kapitoly sú prepojené a navzájom sa rozvíjajú.

Sila príručky Sphere spočíva v jej univerzálnosti a prispôbitelnosti všetkým humanitárnym prostrediam. Bola vytvorená v úzkej spolupráci s humanitárnym sektorom, a preto poskytuje spoločný pracovný jazyk pre všetky zainteresované strany v záujme dosiahnutia kvality a zodpovednosti v humanitárnych kontextoch.



 spherestandards.org
 www.facebook.com/SphereNGO
 www.twitter.com/spherepro

Partnerstvo pre humanitárne štandardy predstavuje spoluprácu medzi iniciatívami v oblasti štandardov s cieľom zhromažďovať dôkazy, názory odborníkov a osvedčené postupy a využívať ich na zlepšenie kvality a zodpovednosti v oblasti humanitárnej pomoci.

ISBN 978-1-908177-00-1



9 781908 177001