

Ewaluacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003

dla Krajowego Centrum ds. AIDS

grudzień 2004



SPIS TREŚCI

Spis Treści	1
Informacje o badaniu	1
Cele Badania	2
Metodologia	3
Główne wyniki - executive summary	4
Wnioski i Rekomendacje	11
Ogólna ocena i wnioski z realizacji I edycji krajowego programu na lata 1996-1998 oraz wytyczne na lata 1999 - 2003	17
Sytuacja epidemiologiczna w latach 1999 - 2003	19
Podział środków przeznaczonych na HIV/AIDS z budżetu Ministra Zdrowia w latach 1999 – 2003	22
Wywiady pogłębione (IDI) z kluczowymi osobami zaangażowanymi w realizację działań II edycji Programu	26
Analiza SWOT	28
Ogólna ocena realizacji II edycji Programu	28
Szczegółowe wyniki analizy SWOT	29
Silne strony Krajowego Programu	30
Słabe strony Krajowego Programu	31
Możliwości dla realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003	33
Zagrożenia dla realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003	35
Najważniejsze osiągnięcia II edycji Programu	37
Najpoważniejsze niepowodzenia II edycji Programu	39
Rekomendacje do opracowywania kolejnych Krajowych Programów oraz do podziału środków finansowych z budżetu ministerstwa zdrowia	39
Wskaźniki UNAIDS dotyczące HIV/AIDS w poszczególnych latach realizowania programu	44
1.) Środki finansowe przeznaczane na zapobieganie HIV	44
2.) Akceptacja osób żyjących z HIV	46
3a.) Wskaźnik WHO/UNAIDS wiedza o HIV/AIDS – wiedza o drogach zakażenia HIV	48
3b.) Poziom fałszywych przekonań dotyczących zakażeń HIV	49
4.) Testowanie w kierunku HIV – osoby, które dobrowolnie zgłosiły się i wykonały test w kierunku HIV	52
I. Ocena w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania zakażenia HIV	56
Wydawnictwa	56
Kampanie społeczne	60
Programy edukacyjne, profilaktyczne	68
Szkolenia i warsztaty	71
Konferencje i sympozja	75
Badania socjologiczne	77
Działania doraźne	81
Bezpłatne i anonimowe punkty testowania w kierunku HIV	84
II. Ocena w zakresie poprawy jakości oraz dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS	89

INFORMACJE O EWALUACJI

KLIENT:	Krajowe Centrum do Spraw AIDS
TEMAT:	Ewaluacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003
CELE BADAWCZE:	Ocena efektywności działań profilaktycznych oraz działań na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS
TERMIN PRZEPROWADZENIA EWALIUACJI:	grudzień 2004
METODOLOGIA BADANIA:	Desk research oraz wywiady pogłębione (IDI) z przedstawicielami kluczowych instytucji zaangażowanych w realizację II edycji Krajowego Programu
AUTOR RAPORTU:	Piotr Sztabiński

CELE BADANIA

1. Ewaluacja w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania zakażenia HIV, w tym ocena w zakresie:
 - przyrostu wiedzy na temat HIV/AIDS i zmiana postaw wśród grup wymienionych w Programie;
 - dostępu do różnych form poradnictwa;
 - zmiany dynamiki zakażeń HIV w wybranych grupach, w tym w grupach o wysokim poziomie zachowań ryzykownych;
2. Ewaluacja w zakresie poprawy jakości oraz dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS, w tym ocena w zakresie:
 - charakterystyki zapadalności na AIDS wśród osób żyjących z HIV;
 - jakości życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS;
 - jakości usług medycznych i socjalnych;
 - przestrzegania praw osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

METODOLOGIA

Ewaluacja realizowana przez TNS OBOP była ewaluacją zewnętrzną, ex-post. Została zlecona przez Krajowe Centrum ds. AIDS i obejmowała Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003.

Ewaluacja dokonana przez TNS OBOP opierała się na analizie następujących materiałów:

- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV , Opieki nad Osobami z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999 – 2003;
- sprawozdania z działalności Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS z lat 1999 – 2003;
- dane epidemiologiczne za lata 1999 – 2003 przekazane przez Krajowe Centrum ds. AIDS;
- wyniki badań społecznych związanych z realizacją II edycji Krajowego Programu;
- wywiady pogłębione (IDI) z kluczowymi osobami zaangażowanymi w realizację działań II edycji Krajowego Programu.

GŁÓWNE WYNIKI - EXECUTIVE SUMMARY

WNIOSKI DOTYCZĄCE REALIZACJI DZIAŁAŃ KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1999-2003 W ZAKRESIE OGRANICZENIA ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻENIA HIV I DOSTĘPNOŚCI I POPRAWY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIC I CHORYCH NA AIDS

I. ANALIZA SWOT - wyniki z wywiadów pogłębionych (IDI) z ekspertami:

- badani eksperci zaangażowani w realizację Krajowego Programu wskazywali jako jego silne strony równoczesne realizowanie działań z zakresu terapii i profilaktyki oraz ich dopasowanie do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Wskazywali również na objęcie działaniami profilaktyczno – edukacyjnymi szerokiego grona osób oraz stworzenie grupy organizacji silnie zaangażowanych w realizację Programu. Zdaniem badanych, silną stroną Programu stanowiła również determinacja osób zaangażowanych w realizację Programu. Silną stroną realizacji Krajowego Programu była również, koordynacyjna pozycja KC ds. AIDS;
- główną słabą stroną realizacji II edycji Krajowego Programu był przede wszystkim brak współpracy przy realizacji Programu ze strony innych ministerstw niż Ministerstwo Zdrowia, co było – zdaniem badanych – spowodowane brakiem umocowania prawnego Krajowego Programu, który nie posiada ani statusu Ustawy, ani Rozporządzenia. Inną słabą stroną Krajowego Programu był brak ciągłości i płynności w finansowaniu działań z jego zakresu. Należy też zwrócić uwagę na słabą współpracę zagraniczną w ramach Programu;
- wśród czynników, które umożliwiły i wspomagały realizację Krajowego Programu badani eksperci wymieniali istnienie instytucji koordynującej realizację Krajowego Programu (Krajowe Centrum ds. AIDS) oraz wsparcie różnych instytucji: medycznych, samorządowych i lokalnych. Ważnym czynnikiem umożliwiającym realizację Programu była też korzystna koniunktura polityczna. Natomiast do potencjalnych czynników wspierających realizację Programu w przyszłości eksperci zaliczyli silniejsze wsparcie ze strony instytucji samorządowych i lokalnych, możliwość wsparcia ze strony instytucji międzynarodowych. W przyszłości ważne będzie również wsparcie ze strony mediów;
- jako czynniki, które utrudniały realizację Krajowego Programu badani eksperci wskazywali przede wszystkim niewystarczające środki finansowe przeznaczone na jego realizację oraz brak możliwości egzekwowania określonych działań ze strony instytucji odpowiedzialnych za jego realizację. Ważnym czynnikiem utrudniającym realizację Programu było społeczne „znużenie” problematyką HIV/AIDS. Z kolei do potencjalnych czynników utrudniających realizację Programu

w przyszłości należy biurokratyzacja związana ze zdobywaniem środków finansowych oraz niekorzystna koniunktura polityczna;

II. GŁÓWNE OSIĄGNIĘCIA II EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU - wyniki z wywiadów pogłębionych (IDI) z ekspertami:

- stworzenie sieci Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych;
- stworzenie grupy dobrze przygotowanych specjalistów z zakresu poradnictwa i edukacji HIV/AIDS;
- szeroko rozwinięta i efektywna terapia osób zarażonych HIV i chorych na AIDS;
- stworzenie sieci organizacji pozarządowych współpracujących przy realizacji Krajowego Programu;
- włączenie w działania profilaktyczno - edukacyjne szerokich kręgów społecznych;
- zmniejszenie się dynamiki zakażeń.

III. WNIOSKI Z DESK RESEARCH:

- sytuacja epidemiologiczna w Polsce w latach realizacji Krajowego Programu (1999-2003) była dość stabilna. Liczba nowych zakażeń utrzymywała się w okolicach 600 przypadków rocznie;
- nakłady na działania profilaktyczne w kolejnych latach realizowania Krajowego Programu malały. Malał również ich udział w całości wydatków na walkę z HIV/AIDS w kolejnych latach realizacji Programu. Sytuacja taka ma potencjalnie niekorzystny wpływ na zakres i jakość działań profilaktycznych, co w dalszej perspektywie może mieć negatywne skutki i grozi załamaniem się stabilnej sytuacji epidemiologicznej;

WSKAŹNIKI UNAIDS:

- w okresie realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003 ogólne wydatki na walkę z HIV/AIDS wzrastały. Wskaźnik finansowy UNAIDS w porównaniu między pierwszym a ostatnim rokiem jego realizacji wzrósł z 1,951¹ do 3,276
- wydatki na profilaktykę w kolejnych latach realizacji Programu były coraz mniejsze. Wskaźnik finansowy UNAIDS liczony wyłącznie dla środków przeznaczonych na profilaktykę w porównaniu między pierwszym a ostatnim rokiem zmalał z 0,487 do 0,331;
- w okresie realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003 zwiększyła się akceptacja dla osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Przed rokiem 1999 odsetek osób cechujących się postawami

¹ Wskaźnik UNAIDS odnoszący się do środków finansowych przeznaczanych na zapobieganie HIV - UNAIDS: National AIDS Programmes, A Guide to Monitoring and Evaluation, czerwiec 2000, str. 32. Bardziej szczegółowo – str. 45 niniejszego opracowania

dyskryminacyjnymi wobec zakażonych i chorych (wskaźnik UNAIDS) wynosił 41%. W roku 2001 był o 9 punktów procentowych niższy, a w roku 2004 wynosił 37%;

- wiedza o drogach zakażenia HIV wśród ogółu społeczeństwa nie wzrosła, a wykazywała raczej tendencję malejącą. Wskaźnik WHO/UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu (rok 2001) był dla ogółu Polaków w wieku 15-49 lat niższy niż przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997). Należy jednak przede wszystkim zwrócić uwagę na fakt, że żadna z kampanii społecznych zrealizowanych w latach 1999-2003 nie miała charakteru edukacyjnego i nie miała na celu informowania o drogach zakażenia HIV;
- również poziom fałszywych przekonań na temat dróg zakażenia HIV nie wykazywał tendencji spadkowej. Wskaźniki UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu (rok 2001) w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997) liczony dla ogółu Polaków wieku 15-49 lat nie wykazywał jednoznacznej tendencji wzrostowej, ani też nie zdradzał tendencji spadkowej;
- w kolejnych latach realizacji Programu odsetek osób, które wykonały kiedykolwiek test w kierunku HIV nieznacznie wzrósł. Wskaźnik UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu (rok 2001) był dla ogółu Polaków wieku 15-49 lat wzrósł o 0,8 punktu procentowego w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997);
- należy jednak szczególnie zwrócić uwagę na niski i malejący w kolejnych latach realizacji Programu odsetek osób, które kiedykolwiek zastanawiały się nad wykonaniem testu w kierunku HIV. W trakcie realizacji Programu (rok 2001) tylko 19,2% ogółu Polaków wieku 15-49 lat kiedykolwiek zastanawiało się nad wykonaniem testu. W okresie przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997) odsetek ten był wyższy i wynosił 21,5%.

WYDAWNICTWA W RAMACH KRAJOWEGO PROGRAMU

- liczba wydawnictw realizowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS w poszczególnych latach ulegała stopniowemu zmniejszeniu.;
- w kolejnych latach okresu 1999-2003 zmieniała się liczba wydawnictw skierowanych do poszczególnych kręgów odbiorców. W początkowych latach realizacji Programu dominowały publikacje skierowane do młodzieży oraz specjalistyczne publikacje przeznaczone dla środowisk medycznych i personelu medycznego. W kolejnych latach zwiększyła się liczba wydawnictw skierowanych do ogółu społeczeństwa, mających charakter edukacyjny;
- publikacje wydawane w ramach II edycji Programu skierowane były do większości grup, które zostały wskazane w założeniach Programu;

- grupą, która w najmniejszym stopniu była odbiorcą wydawnictw realizowanych w ramach II edycji Programu były osoby zakażone HIV i chore na AIDS;
- część wydawnictw realizowanych w ramach II edycji Programu to wydawnictwa cykliczne lub co roku wznawiane. Były wśród nich zarówno pozycje skierowane do środowiska osób i organizacji pracujących w środowisku HIV/AIDS oraz pozycje edukacyjne skierowane do szerokiego kręgu odbiorców. Fakt ten wskazuje po pierwsze, na konsolidację środowiska organizacji walczących z HIV/AIDS, a po drugie może świadczyć o tym, iż działania edukacyjno-profilaktyczne utrzymują ciągły charakter, są realizowane konsekwentnie.

KAMPANIE SPOŁECZNE

- kampanie prowadzone w kolejnych latach realizacji Krajowego Programu były skierowane do grup, w których – na podstawie analiz epidemiologicznych – szczególnie często występują zakażenia HIV. Należy więc stwierdzić, że kampanie te były odpowiednio dopasowane do wymogów profilaktyki;
- w kolejnych latach realizacji Programu (prócz roku 1999) prowadzona była akcja „Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!”. Akcja ta stanowiła istotną zaletę Programu w zakresie kampanii społecznych, gdyż uwzględniała potrzebę edukacji społeczeństwa w obszarze testowania w kierunku HIV;
- tylko część kampanii społecznych realizowanych w ramach Programu była poddana ocenie ich efektywności;
- te kampanie społeczne, które poddano ocenie, należy uznać za efektywne z punktu widzenia ich dotarcia do grup celowych. Świadczy to o dobrym przygotowaniu strategii dotarcia i odpowiednim wyborze kanałów dotarcia;
- kampanie, które zostały poddane ocenie efektywności, wykazały ograniczony wpływ na zachowania i postawy osób, do których były skierowane. Z tego względu należy uznać je za mało efektywne pod względem perswazyjnym;

PROGRAMY PROFILAKTYCZNO – INFORMACYJNE

- dostępne materiały nie pozwoliły na ilościowe ujęcie i ewaluację programów profilaktyczno – informacyjnych prowadzonych w ramach Krajowego Programu;
- programy profilaktyczno – informacyjne zrealizowane w ramach Programu miały zróżnicowany zasięg (zasięg przestrzenny, a także różną liczbę osób objętych działaniami) oraz bardzo zróżnicowany krąg odbiorców;
- zróżnicowane spektrum odbiorców działań o charakterze profilaktyczno – edukacyjnych pokrywało się z założeniami Krajowego Programu;

- należy uznać, że szeroki wachlarz działań i osób objętych programami, był dobrze dopasowany do potrzeb i wymagań sytuacji epidemiologicznej (tzn. zakażenia głównie wśród młodych osób, również heteroseksualnych, nie używających dożylnych środków odurzających);
- wyniki przeprowadzonych badań wskazują na problem niskiej efektywności programów profilaktyczno – edukacyjnych w grupie młodzieży uczącej się. Trzeba zwrócić uwagę, że poziom wiedzy na temat HIV/AIDS wśród uczniów, którzy byli objęci działaniami edukacyjnymi i tych, którzy nie korzystali z żadnej formy edukacji szkolnej w tym zakresie, były podobne;
- należy również zauważyć, że programy edukacyjne prowadzone w szkołach mają w opinii ich odbiorców podrzędne znaczenie, jako źródło wiedzy na temat HIV/AIDS.

SZKOLENIA I WARSZTATY

- z uwagi na ograniczenia dostępnych materiałów, niemożliwe było ilościowe ujęcie i ewaluacja działań szkoleniowych i warsztatowych prowadzonych w ramach Krajowego Programu;
- wszelkie te działania miały jednak szeroki zasięg (przestrzenny, jak i ze względu na różną liczbę osób w nich uczestniczących) oraz zróżnicowany krąg odbiorców;
- zróżnicowane spektrum odbiorców działań o charakterze szkoleniowo – warsztatowym było zgodne z założeniami Krajowego Programu;
- szkolenia i warsztaty prowadzone w ramach II edycji Krajowego Programu, ze względu na zróżnicowany wachlarz grup, do których były skierowane, należy uznać za dopasowane do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej;
- podobnie, jak w przypadku programów edukacyjnych, tak i w odniesieniu do szkoleń i warsztatów, pojawia się problem ich niskiej efektywności. Jak wynika z badań, warsztaty i szkolenia dla młodzieży uczącej się nie wpływają znacznie na poziom wiedzy młodych ludzi. Wiedza uczniów, którzy byli objęci szkoleniami z problematyki HIV/AIDS i tych, którzy nie korzystali z żadnej formy edukacji szkolnej w tym zakresie była zbliżona.

KONFERENCJE I SYMPOZJA

- z uwagi na ograniczenia dostępnych materiałów, niemożliwe jest ilościowe ujęcie i ewaluacja konferencji i sympozjów prowadzonych w ramach Krajowego Programu;
- należy jednak zwrócić uwagę na ich zróżnicowany krąg odbiorców;
- zróżnicowane spektrum odbiorców było zgodne z założeniami Krajowego Programu;
- konferencje i sympozja prowadzone w ramach II edycji Krajowego Programu, z uwagi na zróżnicowanie grupy ich odbiorców i zakres tematyczny, należy uznać za dopasowane do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej.

BADANIA SOCJOLOGICZNE:

- w latach 1999-2003, z tytułu realizacji II edycji Krajowego Programu przeprowadzono w sumie 19 projektów badawczych;
- w kolejnych latach realizacji Programu zwiększała się liczba prowadzonych badań. Wraz z dynamiką badań wzrastało również ich tematyczne zróżnicowanie;
- projekty badawcze dotyczyły różnych kwestii związanych z realizacją Krajowego Programu i zagadnieniami HIV/AIDS. Projekty badawcze zrealizowane w latach 1999-2003 dotyczyły m.in. jakości życia osób z HIV/AIDS, postaw różnych grup społecznych wobec problemu HIV/AIDS oraz osób zakażonych i chorych oraz poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS poszczególnych grup społecznych. Problematyka projektów badawczych obejmowała także efektywność kampanii społecznych prowadzonych w ramach realizacji Krajowego Programu, efektywność działań szkoleniowych i edukacyjnych oraz efektywność finansową Krajowego Programu. Zrealizowane projekty badawcze dotyczyły również grup o wysokim poziomie zachowań ryzykownych i działalności Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych i badań medycznych.
- podejmowana problematyka badawcza dzięki swojej różnorodności objęła wszystkie obszary tematyczne i grupy wskazane w Krajowym Programie;
- część projektów badawczych miała na celu monitorowanie zadań realizowanych w ramach Krajowego Programu, co pozwoliło na ocenę podejmowanych działań w kategoriach ich efektywności;
- część projektów badawczych była kontynuowana w kolejnych latach realizowania Programu.

DZIAŁALNOŚĆ DORAŻNA

- dostępne materiały – z uwagi na ich nie zestandaryzowany charakter - nie umożliwiały ilościowej oceny i ewaluacji doraźnej działalności prowadzonej w ramach Krajowego Programu w latach 1999-2003;
- działania doraźne miały jednak zróżnicowany krąg odbiorców, skierowane były zarówno do osób zakażonych, jak i nie-zakażonych HIV/AIDS;
- zróżnicowane spektrum odbiorców było zgodne z założeniami Krajowego Programu;
- działania doraźne realizowane w ramach II edycji Krajowego Programu, z uwagi na zróżnicowanie grupy ich odbiorców, należy uznać za dopasowane do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej.

PUNKTY KONSULTACYJNO - DIAGNOSTYCZNE

- w trakcie realizacji II edycji Krajowego Programu założono 12 nowych Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych i utrzymano w sumie działalność 15 Punktów;
- w okresie realizacji Krajowego Programu zaledwie w jednym województwie nie uruchomiono Punktu Konsultacyjno – Diagnostycznego, który umożliwiałby wykonanie anonimowego i bezpłatnego testu w kierunku HIV;
- od roku 2001 prowadzone były analizy wywiadów i ankiet realizowanych w związku z testem w kierunku HIV. Działania te pozwalają monitorować osoby zgłaszające się na test pod względem społeczno – demograficznym. Stanowią one również dobre narzędzie do oceny działalności samych Punktów oraz materiałów do budowania dalszych strategii i kampanii informacyjnych związanych z edukacją w zakresie testowania w kierunku HIV;

POPRAWA JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS:

- w latach 1999-2003 liczba zachorowań na AIDS oraz zgonów była stabilna. Należy uznać, że opieka medyczna nad osobami zakażonymi i chorymi cechowała się skutecznością;
- terapia antyretrowirusowa prowadzona w ramach realizacji Programu obejmowała szeroki krąg osób zakażonych i cechowała się efektywnością. W latach realizacji Programu zanotowano spadek zapadalności na AIDS, który można, przynajmniej częściowo, odnieść do prowadzonego leczenia;
- leczenie antyretrowirusowe w zakażeniach wertykalnych matka – dziecko cechowało się wysoką skutecznością. Dzięki podejmowanemu leczeniu udało się znacznie obniżyć odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków, których matki były zakażone HIV. Był to niewątpliwie sukces realizacji II edycji Krajowego Programu;
- wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS obejmowało w latach 1999-2003 działania na wysokim szczeblu ogólności (działania ogólnokrajowe);
- w okresie realizacji Programu wzrosła akceptacja dla osób z HIV/AIDS. W pewnym zakresie była to z pewnością zasługa działań podejmowanych w ramach realizacji Programu;
- w latach 1999-2003 rozpoczęto pierwsze badania socjologiczne nad jakością życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

I. REKOMENDACJE DLA KOLEJNEJ EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU – wyniki z wywiadów pogłębionych (IDI) z ekspertami:

- rozwój działań profilaktycznych i edukacyjnych poprzez intensyfikację oraz zmianę ich formuły. Szczególnie ważne są szeroko zakrojone działania edukacyjne wśród młodzieży szkolnej, które wymagają nie tylko kompleksowości, ale również odpowiednio do tego przygotowanego personelu. Działania te są szczególnie ważne, gdyż w opinii niektórych ekspertów działania edukacyjne zmniejszyły swoją intensywność i zeszły na dalszy plan;
- rozwój działań w kierunku wykonywania testów w kierunku HIV przez kobiety w ciąży;
- dalsze rozwijanie sieci Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych poprzez zwiększanie liczby punktów testowania;
- rozszerzenie działań profilaktycznych wśród grup o ryzykownych zachowaniach, w tym przede wszystkim w grupie mężczyzn mających seks z mężczyznami;
- określenie w kolejny Krajowym Programie priorytetowych obszarów, w których zostanie położony główny nacisk na realizację działań;
- zmiany w strukturach, na których opiera się realizacja działań przewidzianych przez Program, w celu usprawnienia ich działania i poprawy efektywności;
- zwiększenie środków przeznaczanych na działania profilaktyczne;
- wprowadzenie procedur ewaluacji podmiotów, które otrzymują dotacje na realizację zadań w ramach Programów w celu efektywniejszej alokacji środków finansowych;
- zmiana zasad zakupu i dystrybucji leków, odejście od centralnego zakupu leków i przeniesienie tego zadania na podmioty zajmujące się leczeniem zakażonych HIV i chorych na AIDS;

II. REKOMENDACJE DLA KOLEJNYCH EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU – wyniki desk research:

KAMPANIE SPOŁECZNE

- kampanie społeczne realizowane w ramach Krajowego Programu powinny być poddawane ocenie ich efektywności poprzez badania społeczne;
- aby umożliwić porównania efektywności między poszczególnymi kampaniami należałoby ujednolicić system ich oceny, co umożliwiłoby monitorowanie ich efektów i lepsze przygotowanie kampanii na przyszłość;

- działania mające na celu zwiększenie efektywności prowadzonych kampanii powinny iść w kierunku zwiększenia ich perswazyjności, a więc wpływania na postawy i opinie osób z grupy docelowej. Jak wskazują dotychczasowe badania efektywności, słabym punktem kampanii prowadzonych w ramach Krajowego Programu, nie jest dotarcie do grupy celowej, ale wpływ przekazu kampanii na postawy i opinie;
- w przypadku kampanii społecznych dotyczących HIV/AIDS, a skierowanych do ludzi młodych, można w większym stopniu wykorzystać nowe kanały dotarcia, takie jak Internet i usługi na nim oparte. Pozwoli to nie tylko na jeszcze głębszą penetrację grup docelowych, ale również może przynieść zmniejszenie kosztów kampanii;
- rekomenduje się, aby tematyka kampanii dotyczących problematyki HIV/AIDS odnosiła się również do edukacji z zakresu dróg zakażenia wirusem. Wniosek taki jest oparty na wciąż obniżającym się poziomie wiedzy na temat HIV/ADS oraz przekonaniu, że działania edukacyjne wymagają szerokiego kręgu odbiorców;
- rekomenduje się również skierowanie kampanii na rzecz testowania w kierunku HIV szczególnie do grupy kobiet, w tym kobiet w ciąży. Wniosek ten opiera się na obniżaniu się odsetka kobiet, wśród grupy osób wykonujących test w kierunku HIV.

PROGRAMY PROFILAKTYCZNO – INFORMACYJNE

- zróżnicowanie programów profilaktyczno - edukacyjnych (w sensie zróżnicowania grup docelowych) w kolejnych Programach powinno zostać utrzymane i dodatkowo poszerzone, np. o programy skierowane do osób homoseksualnych, kobiety w ciąży, itd. Działania w tym zakresie powinny objąć szczególnie grupy uznanych za priorytetowe dla edukacji w kolejnych edycjach Programu;
- należy dążyć do ewidencjonowania realizowanych programów profilaktyczno – edukacyjnych, zarówno pod kątem ich liczby, jak i kręgu ich odbiorców. Pozwoli to w przyszłości na trafniejszą ewaluację;
- należy opracować zasady i procedury oceny i ewaluacji prowadzonych programów profilaktyczno - edukacyjnych, co umożliwi ich selekcjonowanie z uwagi na wartość merytoryczną, a także umożliwi efektywną alokację środków finansowych.
- w odniesieniu do programów edukacyjnych, szczególnie tych realizowanych wśród młodzieży szkolnej dla zwiększenia ich efektywności, konieczna jest ściślejsza współpraca ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, zarówno w zakresie ich opracowywania, jak i realizacji.

WARSZTATY I SZKOLENIA

- zróżnicowanie warsztatów i szkoleń w kolejnych Programach powinno zostać utrzymane i dodatkowo poszerzone, np. o programy skierowane do osób homoseksualnych, kobiety w ciąży, itd. Działania te powinny objąć szczególnie grupy uznane za priorytetowe dla edukacji w kolejnych edycjach Programu;
- wskazane jest opracowanie i wdrożenie zasad dotyczących wystandaryzowanego rejestrowania i ewidencjonowania prowadzonych szkoleń i warsztatów m.in. pod względem liczby uczestników. Pozwoli to w przyszłości na ich trafniejszą ewaluację;
- rekomenduje się opracowanie zasad i procedur oceny i ewaluacji szkoleń i warsztatów realizowanych w ramach Krajowych Programów. Pozwoli to na selekcję ich wg kryterium wartości merytorycznej, co umożliwi efektywniejszą alokację środków finansowych;
- podobnie, jak w przypadku programów edukacyjnych skierowanych do młodzieży uczącej się, aby zwiększyć efektywność szkoleń konieczna jest współpraca ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, zarówno na poziomie ich opracowywania, jak i ich realizacji.

KONFERENCJE I SYMPOZJA

- należy utrzymać i rozszerzyć zróżnicowanie konferencji i sympozjów organizowanych w ramach Krajowego Programu (w sensie zróżnicowania grup docelowych). Ich tematyka powinna być uzależniona od priorytetów przyjętych dla kolejnych edycji Programu;
- rekomenduje się opracowanie i wdrożenie zasad wystandaryzowanej rejestracji organizowanych konferencji i sympozjów m.in. pod względem liczby uczestników. Pozwoli to w przyszłości na bardziej trafną ewaluację;
- należy także opracować zasady i procedury oceny i ewaluacji organizowanych konferencji, co pozwoli na ich selekcję pod względem wartości merytorycznej, a przez to umożliwi efektywną alokację środków finansowych.

BADANIA SOCJOLOGICZNE

- aby trafniej określać efektywność prowadzonych kampanii społecznych rekomenduje się każdorazowe badania efektywności tych kampanii. Aby umożliwić porównywalność poszczególnych kampanii należałoby opracować jednolity schemat badań ich efektywności. Działania badawcze z tego zakresu powinny stać się standardem postępowania.;
- niezbędne wydaje się również rozszerzenie zasięgu badań również o różnorodne formy ewaluacji programów profilaktycznych i szkoleń;

- rekomenduje się także rozszerzenie działań mających na celu ewaluację efektywności finansowej podejmowanych działań;
- z uwagi na potrzebę monitorowania poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia HIV rekomenduje się coroczne realizowanie badań mających na celu pomiar poziomu wiedzy wśród ogółu społeczeństwa, jak i poszczególnych grup społeczno – demograficznych;
- istotnym wydaje się również rozszerzenie zakresu badań socjologicznych na kolejne grupy osób o zachowaniach ryzykownych. Badania w tych grupach powinny mieć na celu w pierwszym rzędzie pomiar poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS, a także poznanie ich stylu życia i zachowań, co pozwoli na bardziej adekwatne przygotowanie programów profilaktyczno – edukacyjnych skierowanych do tych grup.

DZIAŁANIA DORAŻNE

- w kolejnych edycjach Krajowego Programu, zakres działań doraźnych powinien pozostać utrzymany i dodatkowo rozszerzony, tzn. objąć swoim zasięgiem jeszcze inne grupy, np. osoby homoseksualne, kobiety w ciąży, itd. Działania te powinny się koncentrować na priorytetach określonych dla kolejnych edycji Programu;
- rekomenduje się opracowanie i wdrożenie rejestracji prowadzonych działań doraźnych m.in. pod względem zakresu osób, jakie zostały objęte nimi objęte. Pozwoli to w przyszłości na bardziej trafną ewaluację tych działań i efektywniejszą alokację środków finansowych.

PUNKTY KONSULTACYJNO -DIAGNOSTYCZNE

- rekomenduje się dalsze dynamiczne rozwijanie sieci PKD, zwiększenie ich liczby do min. jednego w województwie oraz tworzenie kolejnych, w innych miastach poszczególnych województw;
- rekomenduje się też dalsze analizowanie danych z ankiet i wywiadów realizowanych w związku z wykonywaniem testu, a także opracowanie jednolitej metodologii do tego celu. Działania takie umożliwią bezpośrednie porównania między poszczególnymi latami i zapewnią ciągły monitoring działalności PKD i profilu społeczno – demograficznego osób zgłaszając się w celu wykonania testu. Analizy takie mogą okazać się wartościowym materiałem do wykorzystania przy budowaniu strategii kampanii społecznych edukujących w dziedzinie testu w kierunku HIV.

POPRAWA JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS

- należy kontynuować leczenie antyretrowirusowe wśród wszystkich grup, które dotychczas zostały nim już objęte;

- powinno się rozszerzyć zakres pomocy psychologicznej dla osób z HIV/AIDS. W tym celu wymagany byłby rozwój siatki poradni prowadzących poradnictwo lub grupy wsparcia dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
- rekomenduje się również rozszerzyć zakres pomocy socjalnej dla najuboższych osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

III. REKOMENDACJE KONSULTANTA NAUKOWEGO:

- należy szukać nowych możliwości finansowania działań z zakresu profilaktyki i terapii HIV/AIDS. Potencjalnie możliwe jest skorzystanie z funduszy organizacji międzynarodowych, lecz należy zwrócić uwagę, że przyjęcie Polski do krajów Unii Europejskiej zmieniło możliwości finansowania i przyznawania dotacji dla polskiego Programu. Środki finansowe z organizacji międzynarodowych są wciąż możliwe do pozyskania przez Polskę, wymaga to jednak przygotowywania wniosków na wysokim poziomie merytorycznym i formalnym, co wymaga większych nakładów pracy przy opracowaniu wniosku. Należy więc zwrócić uwagę, iż być może do pozyskiwania środków międzynarodowych odpowiedniejszymi instytucjami i organizacjami będą osoby działające „w terenie” i umiejące przystosować wnioski o dofinansowanie do wymogów merytorycznych i formalnych jakie są im stawiane;
- mimo rozbudowania sieci Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych i edukacji w zakresie testowania w kierunku HIV, należy kontynuować działania na rzecz rozszerzania sieci PKD i akcji anonimowego, bezpłatnego testowania;
- należy również rozwinąć akcję i możliwości testowania dla kobiet będących w ciąży lub ją planujących. Ten obszar powinien również stać się ważnym terenem działań edukacyjnych;
- priorytetową dla działań kolejnych Krajowych Programów należy uczynić grupę mężczyzn mających seks z mężczyznami. Taka rekomendacja wynika z kilku czynników. Po pierwsze, grupa ta jest słabo poznana zarówno pod względem poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia HIV, jak i pod względem zachowań. Po drugie, należy pamiętać, że jest to grupa o ryzykownych zachowaniach, należy więc poświęcić jej szczególną uwagę, właśnie ze względu na potencjalne ryzyko szerzenia się epidemii w jej obrębie;
- na analogicznej zasadzie, kolejną grupą priorytetową dla działań Krajowego Programu powinna być grupa osób stosujących dożylnie środki odurzające. Grupę tę cechuje bowiem wysoki poziom zachowań ryzykownych, a stan wiedzy na temat dróg zakażenia wśród osób z tej grupy oraz ich zachowania nie są znane;

- rekomenduje się ściślejszą współpracę między podmiotami realizującymi Krajowy Program a instytucjami zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, uzależnień od środków odurzających. Rekomendacja ta wynika z faktu, że wszystkie te obszary działalności obejmują swoim zainteresowaniem obszar zachowań ryzykownych, także i tych z zakresu zachowań ryzykownych w kontekście HIV. Prawdopodobne więc, że konsolidacja działań miałaby pozytywny wpływ na efektywność programów profilaktyczno – edukacyjnych z problematyki HIV/AIDS;
- należy również zwrócić uwagę na efektywność działań instytucji zajmujących się koordynacją realizacji Krajowych Programów na szczeblach lokalnych. Możliwe jest bowiem, że istniejące struktury nie spełniają odpowiednio swoich zadań, są mało efektywne i mało elastyczne. Realizacja zadań koordynacyjnych na szczeblu lokalnym mogłaby być w takim przypadku powierzana podmiotom wybieranym w toku konkursów. Wymagania stawiane podmiotom kwalifikowanym do konkursu odpowiadałyby lokalnemu zapotrzebowaniu i możliwościom;
- z uwagi na zakres zjawiska i jego istotność, rekomenduje się rozwinięcie i usprawnienie systemu opieki medycznej nad kobietami żyjącymi z HIV, w zakresie rozpoznania i leczenia dysplazji i raka szyjki macicy oraz dostępu do specjalistycznej opieki ginekologicznej;
- w polskim Krajowym Programie powinny znaleźć się szersze odniesienia i nawiązania do międzynarodowych programów i działalności UNADIS. Odniesienia te powinny mieć miejsce zarówno na poziomie projektowanych programów, jak i na poziomie konkretnych działań;
- rekomenduje się szersze działania edukacyjno - informacyjne odnośnie sposobów zapobiegania zakażeniom HIV, a w szczególności możliwości uniknięcia zakażenia przy stosowaniu prezerwatywy w czasie kontaktów seksualnych. Wydaje się, że w polskich warunkach akcja edukacyjno – informacyjna realizowana w szerokich kręgach społecznych przyczyniłaby się do wzrostu wiedzy na temat dróg zakażenia HIV i możliwości jego uniknięcia.

OGÓLNA OCENA I WNIOSKI Z REALIZACJI I EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1996-1998 ORAZ WYTTCZNE NA LATA 1999 - 2003

Na podstawie doświadczeń z realizacji Krajowego Programu w latach 1996-1998 sformułowano wnioski dotyczące realizacji Programów w przyszłości. Były one następujące²:

- szeroko pojmowane zdrowie publiczne, będące jedną z podstawowych wartości społecznych, wymaga kontynuowania działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV, opiekę nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS;
- określenie celów, kierunków i zadań szczegółowych powinno mieć charakter konkretny, precyzyjny i praktyczny;
- wydatki na realizację zadań wynikających z Krajowego Programu na lata 1999-2003 powinny być zaplanowane przez podmioty realizujące program w ramach posiadanych środków finansowych;
- monitorowanie realizacji Programu, które jest niezbędne, powinno polegać na ciągłej ocenie metod i efektów wdrażania, by na bieżąco eliminować uchybienia i określać nowe zadania w warunkach stałej wymiany doświadczeń pomiędzy instytucjami realizującymi Program.

W kontekście przedstawionych powyżej postulatów i wniosków, jakie zostały postawione w odniesieniu do Krajowego Programu na lata 1999 – 2003 należy stwierdzić, że:

- Program na lata 1999 – 2003 spełniał w swoich założeniach dwa podstawowe cele: profilaktykę zakażeń HIV oraz obejmował opieką osoby żyjące z HIV i chore na AIDS. W swoich założeniach obejmował on kompleksowo zagadnienia związane z HIV/AIDS i stanowił wytyczne dla kontynuowania działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV, opiekę nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS;
- cele i kierunki działań zostały w Programie wytyczone w sposób jasny i konkretny. Dla każdego z nich zostały przyporządkowane działania skierowane do określonych grup społeczeństwa, a każde z działań zostało skonkretyzowane. Należy również zauważyć, że dla każdego z zadań postulowanych przez Program wskazano instytucje zaangażowane w jego realizację i wsparcie;
- w trakcie realizacji Programu w latach 1999 – 2003 wprowadzono pewne rozwiązania, które pozwalały dokonać ewaluacji metod i efektów wdrażania rozwiązań w ramach Programu. Były to przede wszystkim badania społeczne prowadzone w ramach Programu (badania efektywności

² Program Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003, str. 14

kampanii multimedialnej, analiza ankiet z punktów anonimowego testowania) oraz badania efektywności finansowej prewencji HIV/AIDS.

Należy zauważyć, że kompleksowa ewaluacja działań podejmowanych w ramach Programu jest znacznie utrudniona przez fakt, iż dokumenty sprawozdawcze z realizacji Programu prezentowały dane i informacje w sposób nieujednolicony. Niezestandaryzowany sposób przedstawiania danych w kolejnych sprawozdaniach rocznych uniemożliwił ich łączne zestawienie. W przyszłości należy więc ujednolicić sposób raportowania realizacji Krajowego Programu.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W LATACH 1999 - 2003

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Wg szacunków UNAIDS na koniec roku 2003 na świecie żyło ok. 46 milionów osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Sytuacja epidemiologiczna w poszczególnych częściach świata zdecydowanie różni się. W celu adekwatnego określenia sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju należy ją odnieść do sytuacji w innych krajach europejskich.

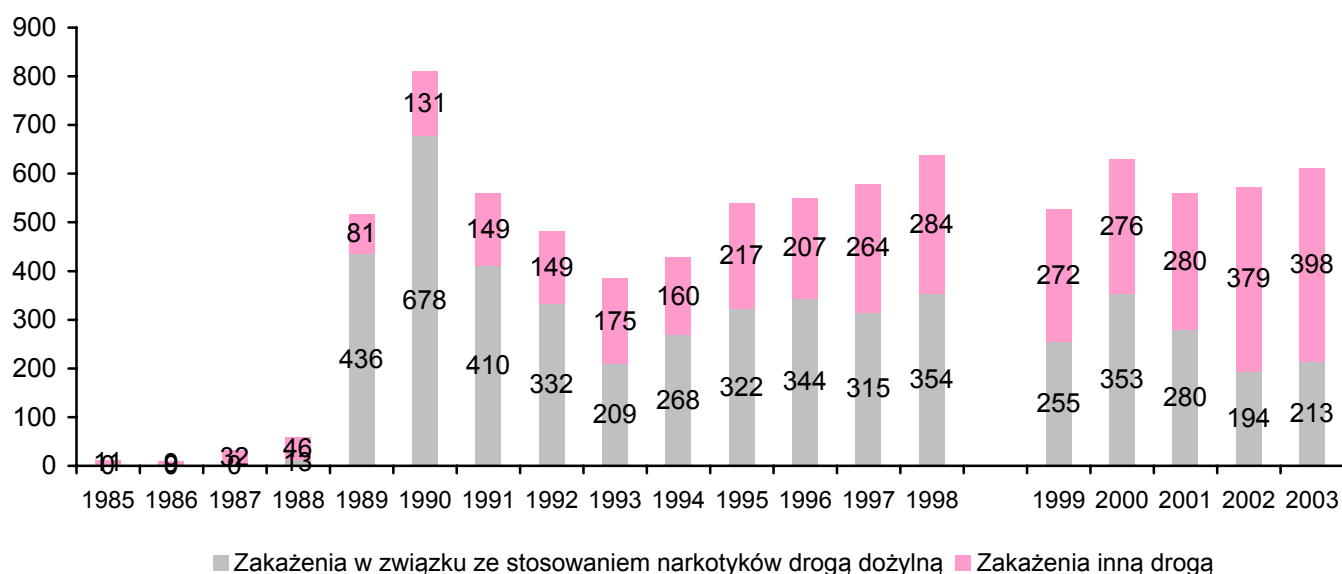
Wśród krajów Europy Zachodniej sytuacja epidemiologiczna uległa pewnej stabilizacji, głównie w efekcie kontynuacji działań prewencyjnych oraz wprowadzeniu terapii antyretrowirusowej. W latach realizowania II edycji Programu, obserwować można było spadek zachorowań na AIDS oraz niewielką dynamikę nowych zakażeń HIV. Dostrzegalnym i niepokojącym zjawiskiem był natomiast wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Z kolei w krajach regionu Europy Wschodniej obserwowano największą dynamikę zakażeń w naszym regionie. W okresie realizowania II edycji Programu, do krajów o największej dynamice zakażeń w porównaniu z latami ubiegłymi należały to Estonia i Uzbekistan. Również niepokojąca sytuacja istniała na Ukrainie, gdzie wg szacunków UNAIDS, żyje ok. pół miliona osób zakażonych HIV i/lub chorych na AIDS. Z kolei w Federacji Rosyjskiej każdego miesiąca rejestruje się ponad 5,5 tys. zakażeń, a szacunkowe dane mówią nawet o dwóch milionach osób zakażonych.

Na tym tle sytuacja epidemiologiczna w Polsce od początku trwania epidemii charakteryzowała się niewielką dynamikę zakażeń. Od roku 1985r., do dnia 30 grudnia 2003 r. wykryto 8491 w sumie przypadków zakażenia wirusem HIV, jednak według danych szacunkowych, liczba zakażonych kształtuje się na poziomie 20 000.

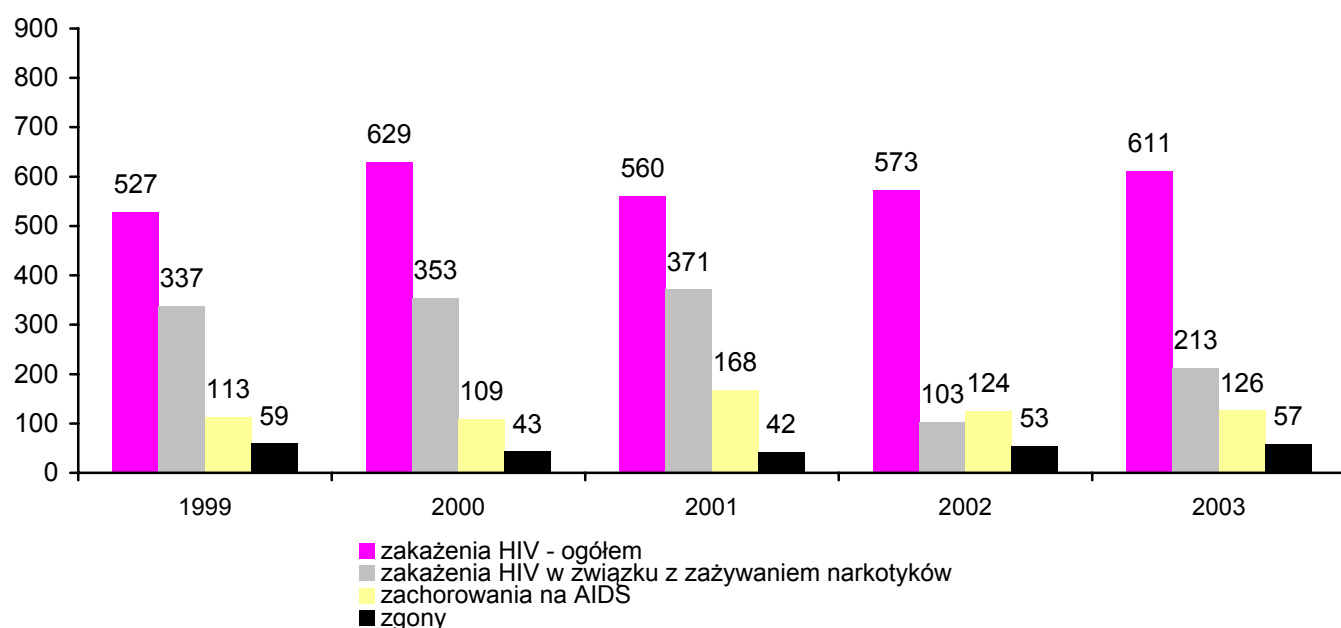
W tym też okresie odnotowano ogółem 1337 zachorowań na AIDS, zaś z tego powodu zmarło 654 pacjentów. Największą, jak dotychczas, liczbę zakażeń (809 osób) odnotowano w roku 1990. W następnych latach liczba ta wahała się w granicach od 384 (w 1993 roku) do 638 (w 1998 roku). Od roku 1999 wykrywa się około 600 zakażeń HIV rocznie. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.

Wykres 1. HIV w Polsce w latach 1985 - 2003 z podziałem na główne drogi zakażeń



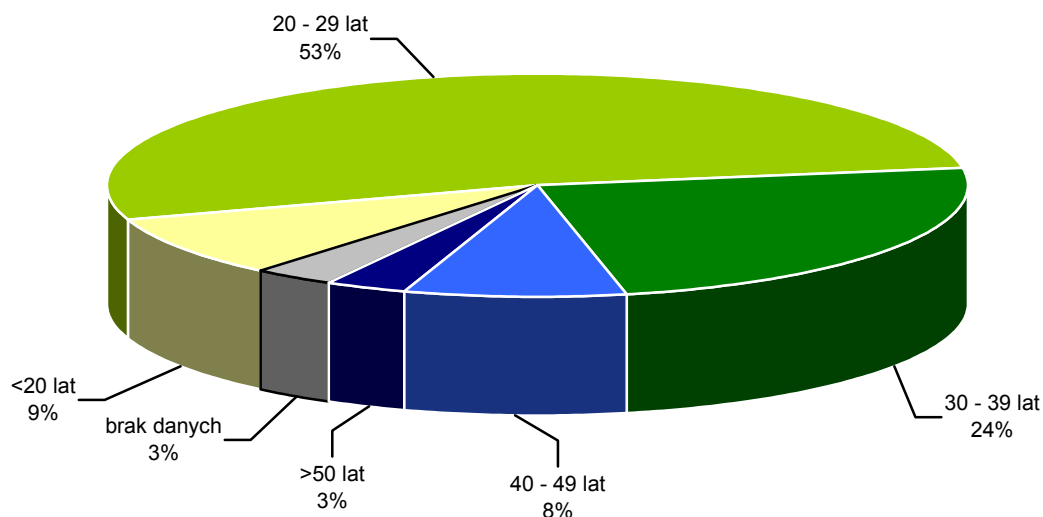
Jak wynika z danych epidemiologicznych, w początkowych latach epidemii, główną drogę rozprzestrzeniania się zakażeń HIV było dożylne stosowanie środków odurzających oraz kontakty homoseksualne. Od roku 2001 obserwowano odwrócenie się trendów. Zakażeniom ulegało coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, które podejmują ryzykowne kontakty seksualne. Kontakty takie często połączone ze spożyciem alkoholu i/lub narkotyków przyjmowanych inną drogą niż dożylnie. W pierwszej połowie r. 2003 zakażenia te stanowiły ponad 73% wszystkich zakażeń

Wykres 2. HIV w Polsce w latach 1999 - 2003 z podziałem na główne drogi zakażeń



Ponadto, podobnie jak w większości krajów, tak i w Polsce AIDS jest głównie problemem ludzi młodych. Największa grupa – 62% osób, które uległy zakażeniu nie ukończyło 29 roku życia, a blisko 10% miało poniżej 20 lat.

Wykres 3. Zakażenia HIV w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych w latach 1985 - 2003



WNIOSKI Z ANALIZY SYTUACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ:

- w latach realizowania II edycji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS, sytuacja epidemiologiczna była stabilna. Liczba nowych zakażeń utrzymywała się w okolicach 600 przypadków rocznie. Najniższa była w roku 1999 – 527 przypadków, a najwyższa w roku 2000 – 629 przypadków;
- również liczba zachorowań na AIDS charakteryzowała się stabilnością i wahała się w poszczególnych latach realizowania programu od 109 do 168 przypadków;
- liczba zgonów wśród chorych na AIDS również była stabilna i wahała się w poszczególnych latach realizowania programu od 42 do 59 przypadków;
- ze względu na rosnący trend zakażeń HIV poprzez inne drogi, niż stosowanie dożylnych środków odurzających, a przede wszystkim narastającą liczbę zakażeń w Polsce poprzez kontakty heteroseksualne, działaniami profilaktycznymi w większym stopniu niż wcześniej, należało objąć osoby heteroseksualne, które nie stosują dożylnych środków odurzających;
- w zdecydowanej większości przypadków, do zakażeń HIV dochodzi wśród osób poniżej 30 roku życia. Dlatego działania profilaktyczne i edukacyjne należało kierować przede wszystkim do osób do 29 wieku życia.

PODZIAŁ ŚRODKÓW PRZEZNACZONYCH NA HIV/AIDS Z BUDŻETU MINISTRA ZDROWIA W LATACH 1999 – 2003

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

W roku 1999 dotychczasowe Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS zostało przekształcone w Krajowe Centrum ds. AIDS, które przejęło rolę instytucji odpowiedzialnej za przygotowanie i koordynację podejmowanych działań w dziedzinie walki z HIV/AIDS oraz za przekazywanie środków finansowych i nadzór nad ich wydawaniem.

Aby umożliwić prowadzenie oceny efektywności nakładów finansowych poniesionych przez Ministerstwo Zdrowia z budżetu Ministra Zdrowia na zadania z zakresu HIV i AIDS, w latach 1994- 2003 przyjęto podział funduszy na dwie grupy:

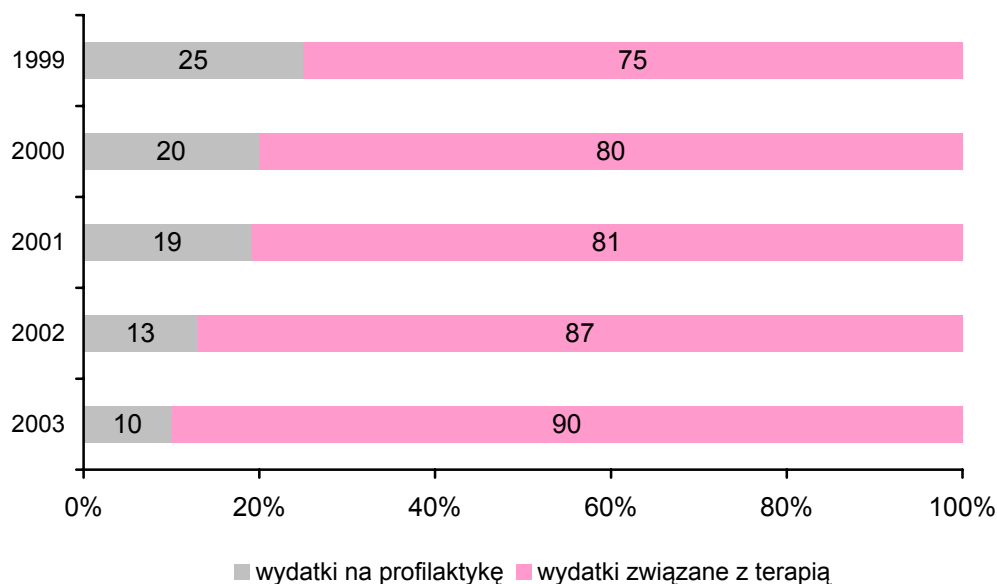
1. wydatki związane z terapią oraz
2. wydatki poniesione na profilaktykę.

Ad. 1 Do grupy wydatków związanych z terapią zaliczono środki finansowe przeznaczone na zakup leków, testów diagnostycznych oraz sprzętu medycznego.

Ad. 2 Do grupy wydatków poniesionych na profilaktykę zaliczono wszystkie zadania finansowane w ramach zadań zleczanych przez Ministra Zdrowia, dotacje programów profilaktycznych realizowanych przez organizacje pozarządowe oraz wydatki na zakupy inwestycyjne związane z funkcjonowaniem Krajowego Centrum ds. AIDS jako koordynatora działań na rzecz zapobiegania zakażeniom HIV i opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS w Polsce.

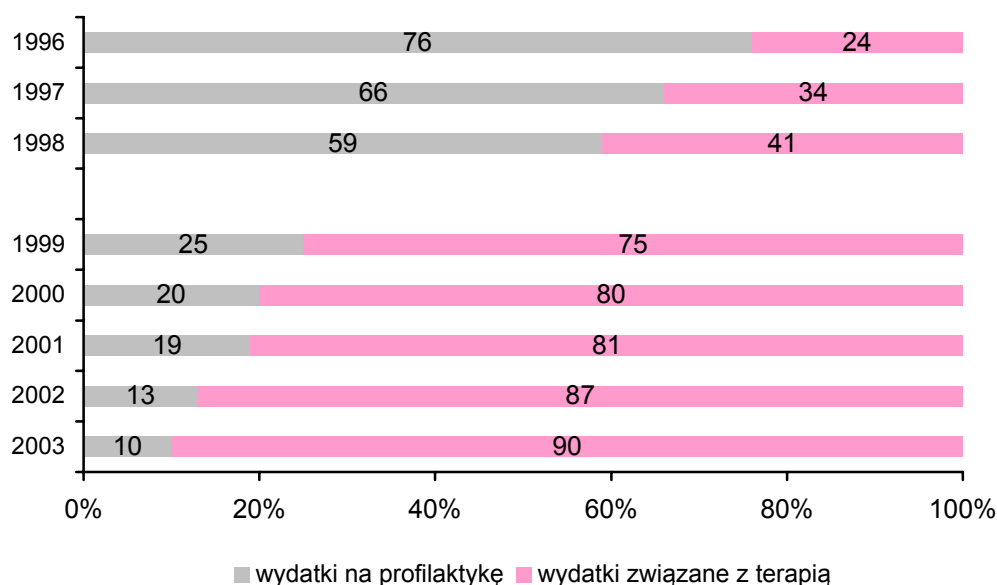
Poniżej został przedstawiony sposób podziału środków między dwie wyróżnione grupy, w poszczególnych latach realizowania Programu (1999 – 2003).

Wykres 4. Struktura wydatków z budżetu Ministerstwa Zdrowia na zadania z zakresu HIV/AIDS
% udział wydatków



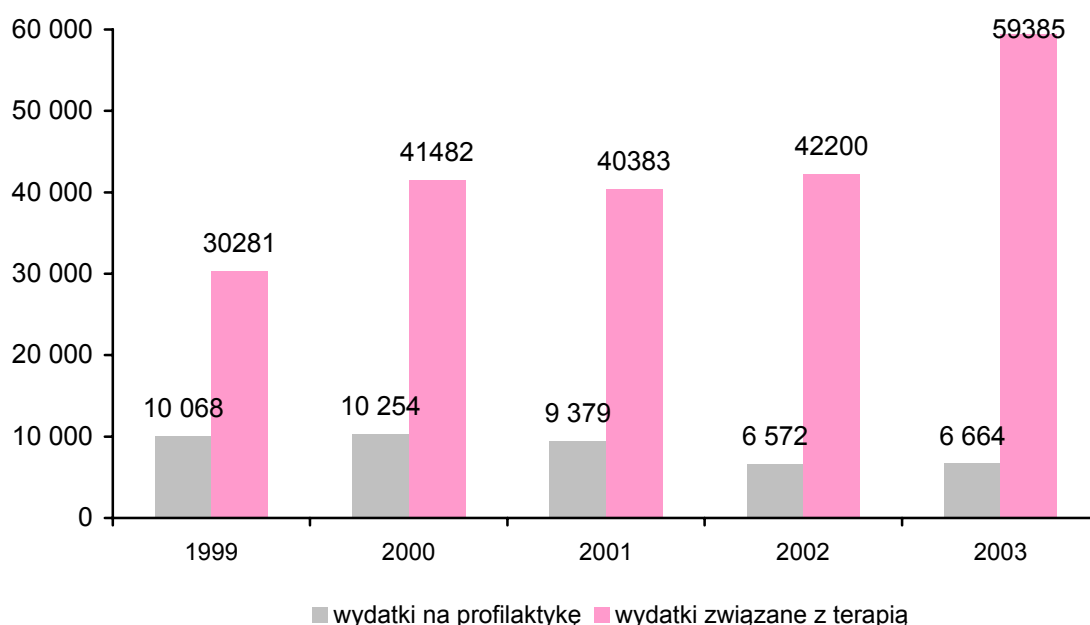
W latach 1999 – 2003 widoczny jest przeszło dwukrotny spadek udziału kwot wydatkowanych na działania profilaktyczne. Jeśli porównać strukturę wydatków z I edycją Krajowego Programu (1996-1998), to widoczne jest, iż nastąpiła zdecydowana zmiana. W porównaniu między I a II edycją programu nastąpiło odwrócenie proporcji między kwotami wydatkowanymi na profilaktykę i leczenie HIV.

Wykres 5. Struktura wydatków z budżetu Ministerstwa Zdrowia na zadania z zakresu HIV/AIDS w latach 1996 – 2003; % udział wydatków



Z punktu widzenia ewaluacji programu istotna jest nie tylko analiza na poziomie udziału poszczególnych zadań z zakresu walki z HIV/AIDS w całości budżetu, ale również analiza na poziomie kwot przeznaczanych na poszczególne cele. Dane te przedstawia poniższy wykres.

Wykres 6. Struktura wydatków z budżetu Ministerstwa Zdrowia na zadania z zakresu HIV/AIDS w latach 1996 – 2003; udział w tysiącach złotych



WNIOSKI Z ANALIZY STRUKTURY WYDATKÓW Z BUDŻETU MINISTERSTWA ZDROWIA NA CELE ZWIĄZANE Z HIV/AIDS W LATACH REALIZOWANIA II EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I OPIEKI NAD ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS (1999 – 2003):

- udział wydatków na profilaktykę w okresie realizowania Programu zmniejszyły w porównaniu między rokiem 1999 a 2003 przeszło dwukrotnie: z 25% do 10% kwot wydatkowanych na zadania z zakresu HIV i AIDS;
- w tym samym okresie czasu, wydatki na leczenie wzrosły z poziomu 75% w roku 1999, do 90% kwot wydatkowanych z budżetu Ministerstwa Zdrowia na zadania z zakresu HIV i AIDS w roku 2003 ;
- kwoty przeznaczone na realizację zadań z zakresu profilaktyki HIV i AIDS w początkowych latach realizacji programu (1999 i 2000) były większe (ok. 10 milionów złotych) niż w końcowych latach realizacji programu (2002 i 2003), kiedy to wynosiły ok. 6 milionów złotych;

- z kolei kwoty przeznaczone na terapię HIV/AIDS, w okresie realizowania II edycji Programu sukcesywnie wrosły i wynosiły ok. 30 milionów złotych w roku 1999 do ok. 59 milionów w roku 2003;
- kwoty wydatkowane z budżetu ministerstwa zdrowia były w II edycji Programu wielokrotnie wyższe niż te przeznaczone na Program w latach 1996 – 1998.
 - o w latach realizowania I edycji programu kwoty przeznaczone na profilaktykę wynosiły 2 mln. w roku 1996, 3 mln. w roku 1997 i 4 mln. w roku 1998;
 - o kwoty wydatkowane na terapię wynosiły odpowiednio: 1 mln. w roku 1996; 2 mln. w roku 1997 oraz 3 mln. w roku 1998.

DALSZE WNIOSKI:

- mimo, że wydatki poniesione na walkę z HIV/AIDS w latach realizowania II edycji Krajowego Programu (1999 – 2003) były znacznie wyższe niż w okresie realizowania I edycji Krajowego Programu, to struktura wydatków była mocno niezrównoważona i niekorzystna dla podejmowania działań profilaktycznych. Spadek udziału wydatków na profilaktykę był równoznaczny z bezwzględnym spadkiem kwot wydatkowanych na ten cel;
- przy malejących z roku na rok nakładach na profilaktykę, rosnących kosztach oraz przy uwzględnieniu inflacji, środki realnie dostępne na działania profilaktyczne były w kolejnych latach realizowania II edycji programu coraz bardziej ograniczone. Sytuacja taka ma potencjalnie niekorzystny wpływ na zakres i jakość wszelkich działań profilaktycznych i grozi załamaniem się stabilnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce.

WYWIADY POGŁĘBIONE (IDI) Z KLUCZOWYMI OSOBAMI ZAANGAŻOWANYMI W REALIZACJĘ DZIAŁAŃ II EDYCJI PROGRAMU

Badaniem objęto czternastu ekspertów z zakresu problematyki HIV/AIDS, którzy na różnym poziomie byli zaangażowani w realizację Krajowego Programu w latach 1999 – 2003. Eksperci zostali dobrani do badania w sposób celowy, spośród szerokiej grupy organizacji i instytucji realizujących Program.

O doborze ekspertów do badania decydowała ich wiedza i możliwość oceny Programu.

Do badania ekspertów zaproszono osoby pełniące kluczowe stanowiska w następujących instytucjach i organizacjach:

- Instytut Matki i Dziecka
- Krajowe Centrum ds. AIDS
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Zdrowia Publicznego
- Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej RES HUMANAe
- Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PAM
- Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w Polsce
- Społeczny Komitet ds. AIDS
- Stowarzyszenie MONAR Kraków
- Stowarzyszenie Na Rzecz Promocji Zdrowia i Prewencji Zagrożeń Społecznych TADA
- Stowarzyszenie Wolontariusz Wobec AIDS „Bądź z nami”
- Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich
- Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego

W trakcie rozmowy z ekspertami zostały poruszone następujące kwestie:

- ogólna ocena realizacji II edycji Programu, jego silne i słabe strony;
- najważniejsze osiągnięcia II edycji Programu;
- czynniki pomagające, wspierające realizację II edycji Programu;
- najpoważniejsze niepowodzenia Programu;
- czynniki utrudniające realizację II edycji Programu;
- rekomendacje do opracowywania kolejnych Krajowych Programów oraz do podziału środków finansowych z budżetu ministerstwa zdrowia.

Zagadnienia poruszane w rozmowie z ekspertami były zbudowane zgodnie ze schematem analizy SWOT, której wyniki przedstawione są w dalszej części opracowania.

ANALIZA SWOT

Analiza SWOT to identyfikacja silnych (*strenghts*) i słabych (*weaknesses*) stron danego przedsięwzięcia, możliwości (*opportunities*) i zagrożeń (*threats*), jakie są z nim związane. W podstawowym schemacie badania wyróżnia się czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, w ich zaś ramach określa się silne i słabe strony, szanse i zagrożenia danego projektu.

Należy pamiętać, że analiza realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS realizowanego w latach 1999-2003 prezentowana w niniejszej ewaluacji jest analizą *ex-post*. Do analizy SWOT zostały wykorzystane wyniki rozmów z kluczowymi osobami z różnych organizacji zaangażowanych w realizację II edycji Programu.

W pierwszej kolejności eksperci zostali poproszeni o ogólną ocenę realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003.

OGÓLNA OCENA REALIZACJI II EDYCJI PROGRAMU

Wszyscy eksperci pozytywnie oceniali realizację Krajowego Programu w latach 1999-2003. Na tej ogólnej bardzo pozytywnej ocenie ważyły rozmaite kwestie, wśród których eksperci najczęściej wymieniali konkretność zadań i sformułowań zawartych w Programie. Często ta zaleta Krajowego Programu na lata 1999-2003 była kontrastowana z mankamentami I Krajowego Programu z lat 1996-1998.

„To był najlepszy program z tych wszystkich trzech. Ten ostatni, niestety jeszcze nie wszedł do realizacji, ale drugi był dużo lepszy niż pierwszy - był po prostu najbogatszy jeśli chodzi o treść.”
(respondent 5)

„Druga edycja programu była znacznie konkretniejsza niż pierwsza. W związku z tym oceniam to korzystnie. To jest niewątpliwie istotny dokument, jeśli chodzi o pewną strategię problematyki związanej z HIV i AIDS. Również to, że uzyskał rekomendacje Rady Ministrów, to też ma swoje dobre strony. Złą stroną jest to, że nie jest to Ustawa, czyli nie zobowiązuje nikogo do niczego. Tylko ewentualnie rekomenduje określone kierunki działania w zakresie problematyki HIV i AIDS.”
(respondent 1)

SZCZEGÓŁOWE WYNIKI ANALIZY SWOT

Poniższy diagram przedstawia wyniki analizy SWOT przeprowadzonej na bazie wywiadów z ekspertami z zakresu problematyki HIV/AIDS.

SILNE STRONY ▪ równoczesna realizacja działań z zakresu terapii i profilaktyki ▪ dopasowanie działań do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej w Polsce ▪ objęcie działaniami profilaktyczno – edukacyjnymi szerokiego grona osób ▪ stworzenie grupy organizacji silnie zaangażowanych w realizację Programu ▪ determinacja osób zaangażowanych w Program ▪ silna, koordynacyjna pozycja KC ds. AIDS	SŁABE STRONY ▪ brak współpracy przy realizacji Programu ze strony innych ministerstw niż Ministerstwo Zdrowia ▪ brak umocowania prawnego Krajowego Programu (nie posiada statutu Ustawy, ani Rozporządzenia) ▪ brak ciągłości, płynności w finansowaniu działań z zakresu Programu ▪ brak zagranicznej współpracy w ramach Programu
MOŻLIWOŚCI realne: ▪ istnienie instytucji koordynującej realizację Krajowego Programu ▪ wsparcie różnych instytucji: medycznych, samorządowych i lokalnych ▪ korzystna koniunktura polityczna potencjalne: ▪ silniejsze wsparcie ze strony instytucji samorządowych i lokalnych ▪ wsparcie ze strony instytucji międzynarodowych ▪ wsparcie ze strony mediów	ZAGROŻENIA realne: ▪ niewystarczające środki finansowe przeznaczone na realizację Krajowego Programu ▪ brak możliwości egzekwowania określonych działań ze strony instytucji przewidzianych do realizacji Programu ▪ społeczne „znużenie” problematyką HIV/AIDS potencjalne: ▪ narastające „znużenie” problematyką HIV/AIDS ▪ biurokratyzacja związana ze zdobywaniem środków finansowych ▪ niekorzystna koniunktura polityczna

Informacje dotyczące poszczególnych silnych i słabych stron, zagrożeń i możliwości są szczegółowo przedstawione w dalszej części opracowania.

SILNE STRONY KRAJOWEGO PROGRAMU

- równoczesna realizacja działań z zakresu terapii i profilaktyki
- dopasowanie działań do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej w Polsce
- objęcie działaniami profilaktyczno – edukacyjnymi szerokiego grona osób

Jako jedna z najważniejszych silnych stron Programu, eksperci jako pozytywny element w ocenie II edycji Programu wskazywali na jego dopasowanie do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej w Polsce, położenie w nim nacisku zarówno na terapię, jak i profilaktykę. Respondenci wskazywali również na kompleksowość działań profilaktycznych w ramach Programu, która przyczyniła się do tego, że objął on działaniami tak wiele grup społecznych.

„Wiem, że dużo rzeczy się dzieje. Wiem, że są realizowane szkolenia, że są realizowane kampanie medialne, że działają w wielu miastach punkty anonimowego testowania, w Polsce. Odbывают się różnego typu akcje dotyczące edukacji przede wszystkim. Mają miejsce programy leczenia anty retro wirusowego w kilku klinikach w Polsce. Odbывают się spotkania osób zakażonych. Dofinansowywane są organizacje działające na polu profilaktyki HIV, AIDS” (respondent 6)

„Na pewno dobre były zamierzenia kampanii, profilaktyczne, szkolenia, wdrożenie szkoleń różnych grup społecznych – to jest znakomity pomysł. W wielu krajach się w ogóle tego nie robi.” (respondent 9)

Zdaniem ekspertów, kompleksowość Programu jest jednym z efektów zaangażowania w tworzenie Programu szerokich gremiów ze środowiska działającego na rzecz walki z HIV/AIDS osób prezentujących rozmaite punkty widzenia i podejścia do problematyki. Ten właśnie fakt, badani eksperci oceniali również jako silną stronę Krajowego Programu.

„Krajowe programy są tworzone przez gremia różne, gdzie się wszyscy spotykają i trwa to kilka dni, kilka tygodni, kilka spotkań. W związku z tym one są naprawdę sensownie dopracowywane i uważam, że jest to dobrze przygotowane.” (respondent 7)

- stworzenie grupy organizacji silnie zaangażowanych w realizację Programu

Inną silną stroną Programu było intensywne współdziałanie szerokiego wachlarza organizacji rządowych i pozarządowych, które nie tylko wspierają się w realizacji Programu, ale również wymieniają się doświadczeniem.

„Widzę bardzo pozytywną cechę, którą jest współdziałanie z bardzo szerokim wachlarzem organizacji poza rządowych bez wykluczania nikogo i również współpracę ze środowiskiem akademickim, ze środowiskiem lekarskim. I nie jest to tylko współpraca papierowa i zdawkowa. Oni rzeczywiście są wciągnięci w decydowanie, w planowanie, w realizację.” (respondent 2)

Myślę, że najsilniejszą stroną programu jest to, że do realizacji programu zapobiegania zakażenia HIV włączone zostały bardzo różne struktury, w tym państwowe, samorządowe, organizacje pozarządowe, które aktywnie biorą udział w realizacji programu. (respondent 9)

- determinacja osób zaangażowanych w Program

W tym kontekście, jedną z ważnych cech, która świadczy o sile Programu jest - w opinii ekspertów - determinacja i zaangażowanie osób opracowujących i realizujących Program.

„(...) W Polsce jest bardzo wiele osób, które są zaangażowane w działania na rzecz szeroko pojętej profilaktyki HIV, AIDS i to myślę jest podstawowa mocna strona, która umożliwia w ogóle realizację tego programu. W Polsce jest wiele osób, które działają społecznie, które działają z zaangażowaniem, dlatego, że zależy im na dobrej realizacji różnych projektów. (...) Znamy się, wymieniamy się doświadczeniami, mamy okazję się spotykać, to jest chyba mocna strona.” (respondent 6)

- silna, koordynacyjna pozycja KC ds. AIDS

Szeroka i silna współpraca między organizacjami pozarządowymi jest również wsparta przez centralną pozycję Krajowego Centrum ds. AIDS, które działa przy Ministerstwie Zdrowia. W oczach badanych ekspertów, jest to nie tylko instytucja, która dystrybuuje środki przeznaczone na realizację Programu, ale również koordynuje działania i stanowi wsparcie dla organizacji pozarządowych.

„Myślę, że taką silną stroną programu było to, że znaczna część programu wykonywana była przez Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Centrum Do Spraw AIDS i w tym zakresie była dobra koordynacja i były zabezpieczone środki na działalność.” (respondent 3)

SŁABE STRONY KRAJOWEGO PROGRAMU

- brak współpracy przy realizacji Programu ze strony innych ministerstw niż Ministerstwo Zdrowia

Słabą stroną Krajowego Programu, którą często podkreślali eksperci, był brak współpracy i włączenia się w jego realizację poszczególnych ministerstw, które miały wspierać Program. Fakt ten jest na tyle istotny, iż zdaniem części ekspertów jest to najpoważniejszy i największy mankament Krajowego Programu w latach 1999-2003.

„Słabą stroną są poszczególne resorty; ja myślę, że współdziałanie z poszczególnymi resortami jest jednym z najsłabszych ogniw.” (respondent 4)

„Podstawową ułomnością tego programu jest brak współpracy między ministrami i ministerstwami sektorowymi. Ten program nie miał być wykonywany jedynie przez Krajowe Centrum Do Spraw AIDS, czyli agendę Ministerstwa Zdrowia, ale miał być wykonywany przez bardzo wiele podmiotów na szczeblu rządowym. A tak nie jest. Nie udało się doprowadzić do tego żeby taka współpraca zaistniała mimo zapisów w tym programie, które w ten sposób okazały się fikcyjnymi zapisami.” (respondent 2)

„Generalnie realizację tego programu na odcinku Ministerstwa Zdrowia, z którym dużą styczność, oceniam dobrze. Natomiast myślę, że pewnym mankamentem było to, że inne resorty, które wymienione są w Krajowym Programie, nie dołożyły starań, żeby przeprowadzić szereg różnych działań, do, których były zobligowane tym programem.” (respondent 3)

Kwestie współpracy poszczególnych ministerstw i ich udział w realizacji programu, zdaniem respondentów, nie dotyczyły wyłącznie kwestii budżetowych. Istotniejsze jest, iż w wielu przypadkach wymóg włączenia się poszczególnych resortów w realizację Programu, to warunek *sin que non*

powodzenia znacznej części działań edukacyjnych i profilaktycznych, który w odczuciu wielu ekspertów nie został spełniony.

„Trudno jest pomyśleć o tym, żeby przeciwdziałanie HIV odbywało się tylko w obszarach Ministerstwa Zdrowia i to tylko w tym wąskim wycinku Krajowego Centrum. (...) Bez tego będziemy mieli ciągle do czynienia z jednorazowymi działaniami, które nie przejdą w działania systemowe. Na przykład Ministerstwo Edukacji musi być zaangażowane.” (respondent 2)

- brak umocowania prawnego Krajowego Programu (nie posiada statutu Ustawy, ani Rozporządzenia)

Z perspektywy badanych ekspertów, nie włączenie się innych resortów do realizacji Programu jest wynikiem braku umocowania prawnego Krajowego Programu. W ich opinii, sytuacja taka stanowi nieprzekraczalną barierę blokującą możliwości realnego włączenia do realizacji Programu innych resortów niż Ministerstwo Zdrowia.

„[Słabą stroną Programu jest to] że nie ma on umocowania ustawodawczego. Gdyby był ustawą bądź rozporządzeniem Ministra, to nakładało by to na poszczególne instancje w strukturze administracji państwowej i samorządowej konieczność jego wdrażania i realizacji. To jest jego mankament. Wszystko, co nie jest ustawą bywa w Polsce bagatelizowane.” (respondent 1)

„Po prostu nie ma, moim zdaniem, żadnych dokładnych wykonawczych zarządzeń do realizacji zadań, które tam zostały postawione. Wszystko się rozmywa gdzieś w jakimś miejscu i nie wiadomo kto za to odpowiada.” (respondent 14)

- brak ciągłości, płynności w finansowaniu działań z zakresu Programu

Poza kwestią braku współpracy między resortami, słabą stroną Krajowego Programu w latach 1999-2003, jaką wskazywali eksperci, były braki finansowe. Brak środków finansowych nie był jednak przez badanych ekspertów absolutyzowany. Respondenci postrzegali go raczej w kategoriach przeszkód w realizowaniu Programu, niż jako słabość samego Programu.

„Założenia są szczytne natomiast pieniądze są za małe.” (respondent 7)

W opinii ekspertów, efektem trudności finansowych w realizacji II edycji Krajowego Programu był brak płynnej, całorocznej jego realizacji. Ich zdaniem, w latach 1999-2003 często zdarzały się sytuacje, iż działania profilaktyczne, czy edukacyjne koncentrowały się tylko w drugim półroczu, przez co brakowało ciągłości w realizowaniu Programu. Związane to było z dystrybucją środków finansowych.

„Myślę, że jeszcze takim kolejnym problemem była nierytmiczność realizacji Krajowego Programu. Polegało to na tym, że w skali roku ze względu na sposób uchwalania budżetu i podejmowania decyzji finansowych przez rząd i Ministerstwo Zdrowia, to w pierwszym półroczu, praktycznie działania Krajowego Programu były prowadzone w sposób bardzo ograniczony i dopiero w drugiej połowie roku ten program był realizowany.” (respondent 3)

- brak zagranicznej współpracy w ramach Programu

Badani eksperci wskazywali również na brak wykorzystania możliwości współpracy z zagranicą. Ich zdaniem włączenie się w międzynarodową współpracę mogłoby przynieść polskim podmiotom

realizującym Program wiele korzyści, polegających nie tylko na dodatkowych finansach, ale również i na wymianie doświadczenia w zakresie walki z HIV/AIDS.

„Myślę, że częściowo takim słabym punktem było nie docenienie współpracy międzynarodowej. W tym zakresie, myślę o współpracy szczególnie pomiędzy bezpośrednimi realizatorami Krajowego Programu, czyli na przykład organizacjami pozarządowymi, które wykonywały gro różnych prac. Udział tych organizacji we współpracy międzynarodowej był bardzo ograniczony gdyż po prostu Polacy nie byli w stanie uczestniczyć w różnego rodzaju wydarzeniach międzynarodowych.” (respondent 3)

MOŻLIWOŚCI DLA REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU W LATACH 1999-2003

Badani eksperci zostali również zapytani jakie ich zdaniem były czynniki wspierające, pomagające w realizacji Krajowego Programu w latach 1999-2003. Lista tych czynników, wymieniana przez ekspertów była ograniczona.

- istnienie instytucji koordynującej realizację Krajowego Programu

Wśród czynników wspierających i pomagających w realizacji Programu na pierwszym miejscu eksperci wymieniali wsparcie Krajowego Centrum Do Spraw AIDS. W pierwszym rządzie odnosiło się ono do wsparcia finansowego.

„Z pewnością największą pomocą tutaj, jakby zewnętrzne czynniki, które zadziałały, to jest możliwość starania się o środki finansowe z Krajowego Centrum Do Spraw AIDS. To przede wszystkim. To jest podstawowa instytucja, która nas tutaj wspiera(...)” (respondent 6)

W następnej kolejności należy zauważyć, że badani eksperci byli zdania, iż wsparcie ze strony Krajowego Centrum nie kończyło się wyłącznie na finansach. Jak stwierdzono wyżej, jedną z silniejszych stron Programu realizowanego w latach 1999-2003 była centralna i koordynacyjna rola Krajowego Centrum.

- wsparcie różnych instytucji: medycznych, samorządowych i lokalnych

Wśród innych czynników, które wspierały realizację II edycji Programu, część badanych ekspertów wymieniła również inne instytucje i organizacje, niż Krajowe Centrum. Najczęściej w tym kontekście wymieniano samorządy, lecz także instytucje medyczne, zaangażowane w walkę z HIV/AIDS. Ich pomoc była jednak ograniczona, przede wszystkim lokalnie.

„Też mamy dużo pomocy ze strony (...) Akademii Medycznej, oraz Kliniki Chorób Zakaźnych w (...), Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych. Kooperuje z nami i cała sieć organizacji poza rządowych z terenu miasta.” (respondent 1)

- korzystna koniunktura polityczna

Niektórzy eksperci dostrzegają, że czynnikami wspierającymi realizację II edycji Programu w latach 1999-2003 była sytuacja polityczna i przychylność władz państwowych wobec problematyki HIV/AIDS.

„Wtedy była dobra koniunktura w Polsce, w tamtych latach i bardzo dobre nastawienie władz, decydentów po prostu.” (respondent 5)

Potencjalne możliwości dla realizacji Krajowego Programu w kolejnych latach

- silniejsze wsparcie ze strony instytucji samorządowych i lokalnych

Część badanych ekspertów, zapytana o czynniki sprzyjające realizacji Krajowego Programu wybiegała w przyszłość i przedstawiła również potencjalne czynniki, które mogą wesprzeć realizację Krajowych Programów w przyszłości. Wśród potencjalnych czynników wspierających realizację Programów eksperci wymieniali władze lokalne i samorządowe.

„Kto jeszcze? Z pewnością tak dzieje się już w (...), ale nie sądzę żeby to było na skalę kraju – Samorządy, czyli działalność Samorządów Województwa, samorządów lokalnych. Tak, jak powiedziałam w ostatnim roku, czyli w tej edycji programu, to się mocno zmieniło w naszym mieście. (...)Urząd Miasta się zmobilizował i finansuje już działalność związaną z problematyką HIV i AIDS.” (respondent 1)

„Po drugie wsparcie sektora samorządowego, który teraz coraz większą rolę odgrywa. Tylko bez tej bzdurnej biurokracji, która oni sobie narzucają i nam wszystkim po kolei. To jest koszmar przygotowywać program według ich zaleceń. Później organizacje międzynarodowe, które mają przedstawicielstwa w Polsce od Banku Światowego, UNDP czyli Narodów Zjednoczonych – Program Rozwoju.” (respondent 5)

- wsparcie ze strony instytucji międzynarodowych

Organizacje międzynarodowe są kolejnymi, jakie wymieniają respondenci, które stanowią potencjalne wsparcie dla realizacji Krajowych Programów w przyszłości. Wśród organizacji i instytucji, które powinny w przyszłości stanowić wsparcie dla programu eksperci widzą również inne ministerstwa niż tylko Ministerstwo Zdrowia. Dla realizacji zadań profilaktycznych szczególnie istotne wydaje się wsparcie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu.

„Pierwsze to konieczność zagwarantowania właściwych nakładów na realizację tego programu, po drugie zaangażowanie również innych resortów w ten program. Szczególnie myślę tu o Ministerstwie Edukacji Narodowej, który angażowało się w sposób minimalny(...)” (respondent 3)

- wsparcie ze strony mediów

Niektórzy badani eksperci widzą również potencjalne wsparcie dla realizacji Programów i ich efektywności w lepszej współpracy i pomocy ze strony mediów.

„(...) i po trzecie rola mediów. Ta rola mediów jest bardzo duża natomiast media angażują się w sposób, moim zdaniem, niedostateczny, gdyż ta problematyka nie przebija się do prasy. Przebijają się takie sytuacje, jak na przykład, tak zwany wypadek poznański chóru, gdzie pisano na ten temat na pierwszych stronach gazet, natomiast w gazetach bardzo rzadko pojawiają się materiały dotyczące tej problematyki, takie materiały, które odgrywałyby znaczenie profilaktyczne.” (respondent 3)

„Tak, media i jeszcze raz media, żeby media się włączały w momencie, kiedy w ogóle mówimy o HIV przez cały rok, a nie tylko z okazji pierwszego grudnia.” (respondent 11)

ZAGROŻENIA DLA REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU W LATACH 1999-2003

- niewystarczające środki finansowe przeznaczone na realizację Krajowego Programu

Wśród głównych czynników utrudniających realizację Krajowego Programu w latach 1999-2003 eksperci wymieniali przede wszystkim te, związane z niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczonymi na walkę z HIV/AIDS.

„Wie pani, tych środków było za mało moim skromnym zdaniem i za pewne były to decyzje związane z tak zwanym problemem „krótkiej kasy”: albo da się więcej na leczenie, albo więcej na profilaktykę. Kiedyś, dawno temu w Polsce, znakomicie więcej środków szło na profilaktykę w tej chwili znakomicie więcej środków, prawie wszystkie, idą na leczenie i tych środków na profilaktykę jest mniej.” (respondent 3)

[Utrudnienia] „to przede wszystkim pieniądze, ale też nie tylko, bo na pieniądzach wszystko się nie opiera.” (respondent 6)

Czynnik finansowy w zdecydowanej mierze był, zdaniem badanych ekspertów, między innymi efektem słabego zaangażowania się w realizację Programu pozostałych resortów, poza Ministerstwem Zdrowia. Jak wspomniano wcześniej, ów brak współpracy był postrzegany jako zasadnicza słaba strona II edycji Krajowego Programu.

Wśród czynników utrudniających realizację Programu w latach 1999-2003, związanych z kwestiami finansowymi eksperci zwracali również uwagę na pewne problemy z trybem pozyskiwania środków na realizację działań przewidzianych przez Program.

„Dotacje nie były w odpowiednim czasie wypłacane, że program jak gdyby było wiadomo, które organizacje, z jakim programem przeszły a że dotacje nie były we właściwym czasie wypłacane. Ale to nie jest znowu wina krajowego centrum i koordynatora tylko ze strony ministerstwa zdrowia jest problem.” (respondent 4)

- brak możliwości egzekwowania określonych działań ze strony instytucji przewidzianych do realizacji Programu

Zupełnie innym czynnikiem, który utrudniał realizację Programu był brak możliwości egzekwowania działań ze strony określonych podmiotów. Brak tej możliwości powodował w opinii niektórych badanych ekspertów pewną inercję i wpływał na brak zaangażowania w realizację Programu. Zdaniem ekspertów za tą sytuację odpowiedzialny jest fakt, iż Krajowemu Programowi brak jest umocowania prawodawczego.

„Za realizację programu są odpowiedzialni wszyscy, w związku z tym to chyba tak naprawdę nikt. Właściwie nie wiem kto, to się trochę rozmywa czyli nawet jeżeli, bo krajowe centrum chyba nie ma umocowania jakiegoś takiego bardzo prawnego w związku z tym nawet jeżeli w jakieś inne miejsca są wpisane w realizację programu to nawet jeżeli nie zrealizują to nie ma żadnych konsekwencji tego.” (respondent 7)

[Słabą stroną] „(...)tego programu było traktowanie go przez wielu ludzi i przez wielu decydentów jako kolejnego aktu formalno-papierowego, nie upatrywanie przez nich w tym dokumencie pewnych prerogatyw dla działania, nie upatrywanie w nim narzędzia mobilizującego do aktywności.” (respondent 12)

- społeczne „znużenie” problematyką HIV/AIDS

Jeszcze inni eksperci, wśród czynników, które utrudniały realizację Programu, wymieniali znużenie tematyką HIV/AIDS wśród osób, do których skierowane są jego działania. Chodziło tu o grupy, do których skierowane są działania profilaktyczne i edukacyjne. Znużenie to powoduje, zdaniem badanych ekspertów, małą otwartość na problematykę, swoiste „oswojenie się z tematem”, a co za tym idzie utrudnione dotarcie i efektywność działań prewencyjnych i edukacyjnych.

„To jest tak, że ludzie są już trochę znudzeni tematem HIV (...) To jest taki efekt przesycenia pewnych środowisk, ale z drugiej strony widać jak bardzo trzeba tę wiedzę przekazywać.” (respondent 6)

„Bardziej mnie martwi to, że edukacja, czyli profilaktyka niestety zeszła na dalszy plan i z przykrością muszę powiedzieć, że używam takiego określenia zarówno w odniesieniu do służby zdrowia jak i do całego społeczeństwa, iż pojawiło się w zakresie wiedzy na temat zakażeń HIV, AIDS zjawisko wtórnego analfabetyzmu. Z jednej strony, jak gdybyśmy się oswoili z problemem, wiemy że jest to choroba, która weszła w standard naszego życia, a zarazem wiemy też, że jest dostępne leczenie, nie ma spektakularnych, dramatycznych doniesień o śmierci, o dziesiątkach ofiar spowodowanych tym zakażeniem i to uspiło oczywiście czujność wszystkich(...)” (respondent 12)

Potencjalne zagrożenia realizacji Krajowego Programu w kolejnych latach

- narastające „znużenie” problematyką HIV/AIDS

Czynnik ten warto jest mieć na uwadze, gdyż eksperci wymieniają go również wśród potencjalnie groźnych czynników, które mogą utrudnić realizację Programów w przyszłości.

„Po prostu HIV i AIDS nie jest to już temat taki nośny, nie jest taki świeży, to nie jest już „news”. Staje się tematem powszechnym. Ja się boję tutaj o zwiększoną ilość zakażeń wśród osób heteroseksualnych(...)” (respondent 5)

Utrata „nośności” tematu HIV/AIDS będzie zdaniem badanych ekspertów powodować, że w przyszłości dotarcie i efektywność działań edukacyjno – profilaktycznych będzie się zmniejszała. W prostej linii grozi to zmniejszeniem się poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w społeczeństwie.

- biurokratyzacja procedur związanych ze zdobywaniem środków finansowych

Wśród innych czynników, które mogą potencjalnie utrudniać realizację Programów w przyszłości są również kwestie związane z biurokratyzacją procedur związanych ze zdobywaniem środków finansowych. W obliczu i niedofinansowania realizacji Programów stanowi to poważny czynnik zagrażający na przyszłość.

*„Przede wszystkim obawiamy się zbiurokratyzowania działań i braku środków finansowych.”
(respondent 3)*

„(...) zostaliśmy pozbawieni (...) środków i wsparcia ze Światowego Funduszu Walki z AIDS, Malaria i Gruźlicą. Dwa razy startowaliśmy w konkursie i niestety odpadliśmy. Raz byliśmy za bogaci, a drugi raz byliśmy już członkami Unii w związku z tym się nie kwalifikujemy. Mimo, że inne kraje dostały pieniądze, na przykład Estonia. (...)” (respondent 5)

- niekorzystna koniunktura polityczna

Niektórzy eksperci dostrzegali również zagrożenia związane z zmianami i niestabilnością na arenie politycznej. Ich zdaniem przełożą się one na w sposób niekorzystny na możliwości realizacji przyszłych Programów.

„Myślę, że mogą być to polityczne utrudnienia ze względu na polityczne zmiany, zmiany w rządzie i w związku z tym też pewnej filozofii rządzenia tym krajem – może być związane z obcinaniem środków na działania profilaktyczne. To widzę jako największe zagrożenie, niestety i tego się najbardziej boję.” (respondent 6)

„Główną przeszkodą jest niestabilność polityczna (...) Program został stworzony, on jest można go poprawiać, natomiast (...) nie został do końca, jak rozumiem, zaakceptowany, podpisany.” (respondent 10)

NAJWAŻNIEJSZE OSIĄGNIĘCIA II EDYCJI PROGRAMU

W celu pogłębienia interpretacji analizy SWOT, badani eksperci zostali również zapytani o najważniejsze osiągnięcia Krajowego Programu w latach 1999-2003.

Należy mieć świadomość, że osiągnięcia II edycji Programu postrzegane przez ekspertów były w dużej mierze zdeterminowane zakresem ich własnej działalności w realizowaniu Programu. Z drugiej strony, dzięki szerokiemu zróżnicowaniu ekspertów biorących udział w badaniu możliwe było uzyskanie bardzo rozległej perspektywy, wskazującej całą gamę osiągnięć Programu realizowanego w latach 1999-2003.

- sieć Punktów Konsultacyjno - Diagnostycznych

Eksperti najczęściej wskazywali, że głównym osiągnięciem Krajowego Programu realizowanego w latach 1999-2003 było stworzenie sieci punktów anonimowego testowania w kierunku HIV.

„(...)z mojego punktu widzenia, to co mnie jest bliskie to jest problematyka dotycząca testowania. Mam wrażenie, że w czasie tej ostatniej edycji nastąpił bardzo znaczący postęp w testowaniu w Polsce: w popularyzacji testowania, w tworzeniu nowych punktów testowania(...)” (respondent 4)

„Kolejnym takim potężnym sukcesem jest sieć punktów anonimowego testowania. To jest rzecz, która może na początku wyglądała mało atrakcyjnie, ale rzeczywiście, z biegiem lat, dzięki działaniom Krajowego Centrum i osób zlokalizowanych w regionach – funkcjonuje tych punktów, aktualnie, czternaście. To jest potężna baza naprawdę świetnie przygotowanych ludzi, także edukatorów, bo to nie tylko kwestia zrobienia testu, ale to też istotny punkt do udzielania informacji wszelkim osobom o ryzykownych zachowaniach” (respondent 1)

„Myślę, że takim kolejnym czynnikiem jest uruchomienie placówek diagnostyczno – konsultacyjnych – punktów testowania anonimowego i bezpłatnego” (respondent 3)

- stworzenie dużej grupy dobrze przygotowanych specjalistów z zakresu poradnictwa i edukacji HIV/AIDS

Znaczna część badanych ekspertów zwracała również uwagę, że nie tylko stworzono siatkę poradni, w których można wykonać test w kierunku HIV, ale również zwracała uwagę na fakt, iż pracują tam osoby, które są doskonale przygotowane do udzielania konsultacji i poradnictwa około testowego. Prócz tych osób, istnieje duża i dobrze przygotowana grupa edukatorów w obszarze psychospołecznych aspektów epidemii HIV.

„Moim zdaniem sukces to to, że się podtrzymuje i kontynuuje (...)program edukacyjny, czyli kształcenie edukatorów w obszarze psychospołecznych aspektów epidemii HIV. To jest ogromnie ważna sprawa, że ten projekt, który zaczęto jeszcze lat temu wiele w Polsce jest kontynuowany. Dzięki temu mamy coraz więcej osób umiejętności i przygotowanych do zajmowania się sprawami profilaktyki epidemii HIV” (respondent 13)

- terapia osób zarażonych HIV i chorych na AIDS

Innym ważnym osiągnięciem Programu realizowanego w latach 1999-2003 były działania w stronę leczenia i terapii zakażonych HIV i chorych na AIDS.

[Osiągnięcia to] „Przede wszystkim kontynuacja leczenia i zwiększona ilość pacjentów, którzy są włączeni do terapii antyretrowirusowej. To jest bezwzględnie najpotężniejszy sukces Krajowego Programu i w kwestii ograniczenia nowych zakażeń i też redukcji szkód, jako taki motywujący pacjentów do zmiany stylu życia niejednokrotnie” (respondent 1)

„To jest akurat rzecz, którą się Polska może pochwalić przed całym światem i Europą dlatego że mamy objętych praktycznie, powtarzam, praktycznie wszystkich zakażonych HIV, którzy potrzebują leczenia i bezwzględnie wszystkich chorych, leczeniem antyretrowirusami.” (respondent 8)

„Umożliwienie wszystkim pacjentom, którzy wymagają takiego leczenia, zaoferowanie im bezpłatnego leczenia, to jest duży sukces(...)” (respondent 11)

- stworzenie sieci organizacji współpracujących przy realizacji Krajowego Programu

Znaczna część respondentów podkreślała również, że ważnym osiągnięciem II edycji Krajowego Programu jest też stworzenie siatki organizacji rządowych i pozarządowych, które współpracują ze sobą w walce z HIV i AIDS.

„Osiągnięcia – to przede wszystkim największe, że rozpoczęto w ogóle budowę struktur współpracy między sektorem państwowym, administracją państwową, a sektorem pozarządowym, czyli organizacjami pozarządowymi. Co jest bardzo ważne, między innymi udział nas ze środowiska pozarządowego w pracach przygotowawczych, a potem w realizacji tego programu, w profilaktyce również, tutaj zarówno osoby zero pozytywne zostały wciągnięte, jak i całe organizacje.” (respondent 5)

- szeroki krąg społeczny objęty działaniami profilaktyczno - edukacyjnymi

Jako inne osiągnięcia II edycji Krajowego Programu, badani eksperci wymieniali również szerokie spektrum grup społeczeństwa, które zostały objęte działaniami profilaktycznymi i edukacyjnymi.

[Osiągnięciem jest też] „prowadzenie szerokich działań szkoleniowych dla różnych grup zawodowych – dla nauczycieli, lekarzy, generalnie dla pracowników Służby Zdrowia, dla policjantów, dla ludzi, którzy wykonując swój zawód mogą mieć styczność z problematyką HIV, AIDS. (...) Jeśli chodzi o szkolenia różnych grup zawodowych, to dlatego, że na razie jedyną skuteczną szczepionką na HIV jest edukacja i właśnie na tych osobach spoczywa jakiś obowiązek prowadzenia edukacji. Dla niektórych grup, jeśli chodzi o lekarzy, ważne jest żeby mieli oni możliwość zapoznania się tą problematyką i przez to podwyższenia standardów opieki zdrowotnej(...)” (respondent 3)

Wśród tych rozmaitych grup społeczeństwa na szczególne wyróżnienie zasługują działania profilaktyczne i edukacyjne wśród grup podwyższonego ryzyka zakażenia HIV.

„Całkiem nieźle wychodzą nam te problemy zainicjowane z pracą z osobami prostytuującymi się aczkolwiek sądzę że ten program mógłby być jeszcze bardziej wspierany.” (respondent 4)

- zmniejszenie się dynamiki zakażeń

Za największy i najważniejszy sukces i osiągnięcie II edycji Krajowego Programu należy uznać, niską dynamikę zakażeń HIV i zachorowań na AIDS, jaką mamy w Polsce.

„[Największym] osiągnięciem jest to, że tempo wzrostu zakażeń, nowych zakażeń w Polsce znacznie zmalała. W ogóle jest ono bardzo nisko w porównaniu z innymi krajami, nawet europejskimi. A już nie wspomnę o wschodnich krajach.” (respondent 5).

NAJPOWAŻNIEJSZE NIEPOWODZENIA II EDYCJI PROGRAMU

Badani eksperci zostali też poproszeni o wskazanie najpoważniejszych niepowodzeń Krajowego Programu w latach 1999-2003.

Byli oni jednak pozytywnie nastawieni do Programu i efektów jego realizacji. Żaden z ekspertów nie wskazał, iż realizacja II edycji Programu była związana z jakimiś istotnymi i wyraźnymi niepowodzeniami. Zdaniem ekspertów, udało się zrealizować zdecydowaną większość Programu, w ich ocenie ok. 70-80% jego założeń.

Fakt, że badani eksperci uważają, iż Program nie był obciążony żadnymi niepowodzeniami nie oznacza jednak, że są oni wobec niego bezkrytyczni i nie dostrzegają jego słabości, czy też czynników, które utrudniają jego realizację.

REKOMENDACJE DO OPRACOWYWANIA KOLEJNYCH KRAJOWYCH PROGRAMÓW ORAZ DO PODZIAŁU ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z BUDŻETU MINISTERSTWA ZDROWIA

Z uwagi na ciągłą realizację Krajowych Programów i fakt, że każda kolejna edycja Programu daje nowe doświadczenia i poszerza zakres wiedzy wśród osób ją realizujących, poprosiliśmy badanych ekspertów o zarekomendowanie działań na przyszłość.

Również w tym przypadku uwagi ekspertów dotyczyły bardzo rozmaitych sfer, w zależności od pola ich działalności. Jednak również w tym przypadku pozwala to na zebranie wielu ciekawych i zróżnicowanych informacji.

- rozwój działań profilaktycznych i edukacyjnych

Znaczna część rekomendacji ze strony ekspertów dotyczyła działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim edukacji. Zdaniem respondentów, działania w tym zakresie należałoby nie tylko zintensyfikować, ale również zmienić ich formułę.

„Myślę, że przede wszystkim należy położyć, w dalszym ciągu, większy nacisk z jednej strony na edukację, ale edukację w miejscach podstawowych – w szkołach, na przykład. Według badań wykonanych przez niektóre ośrodki badawcze poziom wiedzy wśród uczniów szkół o HIV i AIDS – obniżył się. To świadczy, że należy tam coraz więcej działać, a działa się trudno(...)” (respondent 3)

„Powinno rozwinąć się prewencję. Działania prewencyjne, szczególnie współpracę z tym Ministerstwem Edukacji, bo podstawą prewencji była by edukacja i to systematyczna edukacja szkolna.” (respondent 2)

„Myślę, że druga rzecz, to wspólne z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Sportu zrewidowanie programów profilaktycznych, które są tworzone do różnych zagrożeń. Chodzi o to, aby udało się stworzyć bardziej spójny program dotyczący profilaktyki różnych zagrożeń - nie osobno HIV, osobno narkomanii, osobno sekt, osobno jeszcze cięż nieletnich tylko żeby to było bardziej spójne.” (respondent 6)

W opinii znacznej części ekspertów, szczególnie istotne są właśnie szeroko zakrojone działania edukacyjne wśród młodzieży szkolnej. Wymaga ona jednak nie tylko kompleksowości działań, którą może zapewnić tylko ścisła współpraca z Ministerstwem Edukacji i Sportu, ale również odpowiednio do tego przygotowanego personelu.

Edukacja młodzieży, i to powyżej trzynastego roku życia, która budzi tak wiele kontrowersji (...) powinna być bardziej wyeksponowana, jako pilnie potrzebna w Polsce i powinna być prowadzona w szkołach przez odpowiednio do tego celu wyszkolonych edukatorów. (respondent 9)

Na kwestie związane z edukacją młodzieży, zdaniem ekspertów, należy zwrócić szczególną uwagę gdyż w opinii niektórych z nich w ostatnim czasie działania edukacyjne zmniejszyły swoją intensywność i zeszły na dalszy plan.

„Ze wszystkich ankiet i tych wszystkich rozmów i kontaktów wynika, że edukacja na poziomie szkół, która była tak bardzo intensywna na początku lat 90-tych, w końcówce lat 80-tych jakby teraz zeszła na dalszy plan, zmalała.” (respondent 12)

„Mamy takie poczucie w stosunku do Ministerstwa Edukacji Narodowej, które się sprawozdaje i mówi, że wiele robi na rzecz edukacji natomiast poziom wiedzy młodych ludzi spada, więc według mnie nie ma takiego bezpośredniego przełożenia, że te działania niby są, ale nie są w taki sposób czytelnie pokazane(...)” (respondent 11)

Zdaniem niektórych ekspertów, na polu profilaktyki i edukacji istnieje wiele jeszcze, dotąd niewykorzystanych w pełni, możliwości. Dotyczą one między innymi kanałów dotarcia do grup docelowych dla działań profilaktycznych.

„Większe zaangażowanie nowych nośników informacji, takich, jak Internet do działań na rzecz edukacji. Większe wykorzystanie Internetu, bo tutaj poza tym, że istnieją linki i strony, gdzie można znaleźć dużo informacji o HIV, to może warto jeszcze w jakiś inny sposób to medium wykorzystać.” (respondent 6)

Uwagi te dotyczą również zmiany form działań edukacyjnych, szczególnie wśród młodzieży.

„Moim zdaniem organizowanie konkursów „wiedzy o AIDS”, to naprawdę przeżytek i mija się to z celem. Dzieciaki wiedzą wszystko o budowie wirusa natomiast na imprezie w ogóle nie myślą o tym żeby potraktować nowo poznanego partnera w kategoriach takich, że może być zakażony HIV. (...) Dobrze jest pokazać, że pięćset osób uczestniczyło w konkursie w całej Polsce, ale po prostu na to idą pieniądze, a tak naprawdę nie wiadomo, jaki jest z nich pożytek i efekt poza wykazaniem liczby uczestników.” (respondent 6)

- testy w kierunku HIV wśród kobiet w ciąży

Rekomendacje ekspertów dotyczyły też poza-edukacyjnych działań prewencyjnych. Niektórzy z nich rekomendują również rozwijanie działań w kierunku wykonywania testów przez kobiety w ciąży.

„(...)warto byłoby żeby badania w kierunku HIV stały się powszechnie obowiązujące dla kobiet w ciąży.” (respondent 3)

- zwiększenie liczby punktów testowania

Bezpośrednio z tym wiąże się zagadnienie zwiększania liczby punktów testowania. Mówiąc o rekomendacjach dla przyszłych działań w zakresie zapobiegania i terapii HIV/AIDS, eksperci stwierdzali, że należy dalej pracować nad rozwojem sieci punktów anonimowego i bezpłatnego testowania.

„Jest w programie punkt o tworzeniu punktów anonimowego testowania. W Polsce jest ich zdecydowanie za mało. Powinno być ich więcej, żeby ludzie nie musieli jechać nie wiadomo dokąd, bo w swojej miejscowości nie zrobią testu, bo się boją o swoją prywatność. Chodzi o to, żeby ta sieć była z prawdziwego zdarzenia, żeby przynajmniej w każdym wojewódzkim mieście, albo w dwóch miastach w województwie były takie punkty. To jest jedna ze spraw, bardzo ważna.” (respondent 5)

- rozszerzenie działań profilaktycznych wśród grup o ryzykownych zachowaniach

Inni badani eksperci byli zdania, że ważnym jest, aby rozszerzyć działania profilaktyczne w grupach o ryzykownych zachowaniach, w których do tej pory były one prowadzone w dość ograniczonym stopniu.

„Ja bym kładł nacisk na dwie rzeczy. Na promowanie działań wobec kobiet i na mężczyzn. Ja jestem za promowaniem bezpieczniejszych zachowań w grupie mężczyzn mających seks z mężczyznami.” (respondent 4)

- zasady konstruowania kolejnych programów

Uwagi i rekomendacje części ekspertów dotyczyły również ogólnych rozstrzygnięć, już na poziomie projektowania przyszłych Programów. Najistotniejszą kwestią wydaje się w tym kontekście określenie każdorazowo priorytetów, obszarów w których zostanie położony główny nacisk w działaniach skierowanych na walkę z HIV/AIDS. Eksperci dostrzegają jednak, że ustalenie tych priorytetów jest problematyczne ze względu na ograniczone środki finansowe.

„Ja uważam, że to, co jest napisane [w Programie] jest dobre. Dokument jest świetny tylko, że nie starcza zapłać, chęci, siły, finansów na realizację. (...) w takim razie jeżeli mamy tak mało pieniędzy to należy skoncentrować się na jakiejś rzeczy, ale kompletnie nie wiem na jakiej, bo wszystko jest ważne.” (respondent 7)

Niektórzy eksperci zwracali też uwagę, iż w pracy nad tworzeniem kolejnych programów powinno być zaangażowane jeszcze szersze grono ekspertów. Celem tego miałyby być rozszerzenie zakresu podejmowanych działań i podniesienia ich efektywności.

„Ja bym zarekomendował, żeby do tworzenia tych programów włączyć szersze grono ekspertów, nie ograniczać do liczby pięciu, ale włączyć do tego szersze grono również z innych organizacji i ministerstw. No i może na przykład, jeżeli działania dotyczą opieki nad dziećmi, to powinno być w to włączone Naukowe Towarzystwo Pediatryczne, albo Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, czyli towarzystwa naukowe.” (respondent 14)

- zmiana organizacji pracy nad realizacją Programu

Niektórzy z badanych ekspertów byli zdania, iż w niektórych obszarach wcześniej stworzone i do tej pory działające struktury, na których opiera się realizacja działań przewidzianych przez Program, wymaga zmian, w celu usprawnienia ich działania i poprawy efektywności.

„Struktura sanepidów jako istniejący tak zwany network do dystrybucji informacji, materiałów i różnych tam zadań wydaje mi się przestarzała i inercyjna(...) Gdybym tworzył taką strukturę organizacyjną, to włączyłbym do Programu wojewódzkich koordynatorów, czy menadżerów na takim poziomie, aby były to osoby z konkursów, żeby były to osoby, które posługują się, co najmniej angielskim i rosyjskim i mają pojęcie o funduszach unijnych i o sytuacji za wschodnią granicą, (...) ponieważ z tamtej strony są ogromne zagrożenia rozwoju tej epidemii.” (respondent 13)

- zmiana sposobu podziału środków finansowych

Znaczna część badanych ekspertów była również zdania, że należałoby zwrócić w przyszłości uwagę na podział środków finansowych przeznaczonych na walkę z HIV/AIDS. Zasadnicza uwaga ze strony ekspertów dotyczy tu przede wszystkim zwiększenia środków przeznaczanych na działania profilaktyczne.

„Ja rozumiem, że leczenie wymaga określonych środków, ale też diagnostyka wymaga określonych środków. Nie idźmy w ślepą ulicę, bo nie zapominajmy, że są działania naprawcze w postaci redukcji szkód. Nie zapominajmy, że działania profilaktyczne też mają swoje znaczenie, między innymi po to żeby tego leczenia nie było tak bardzo dużo w przyszłości.” (respondent 1)

„No wie pani ja sądzę, że bo teraz bardzo dużo idzie na leki i to jest bardzo ważne. Jednak powinno iść jeszcze więcej na profilaktyczne działania. Edukacyjne i profilaktyczne działania.” (respondent 4)

„Zdaję sobie sprawę, że tutaj są do zrealizowania dwa bardzo ważne zadania, jak zakup leków i profilaktyka i ponieważ na leki, co roku wydaje się pieniędzy więcej, dlatego, że coraz więcej osób przybywa do programów – to uszczuplane są pieniądze z profilaktyki i to wiadomo, że jest rzeczą bardzo niedobłą.” (respondent 6)

„(...)to nie jest dobra sytuacja że większość środków (...) może jest to nawet 80% środków, jest przeznaczone na leczenie czy opiekę medyczną osób już zakażonych a maleńki procent, a profilaktykę. To może się okazać w skutkach niezbyt dobre dla naszego kraju, czy społeczeństwa w dłuższej perspektywie.” (respondent 10)

Również w kontekście podziału środków finansowych, niektórzy badani eksperci byli zdania, że należy wprowadzić procedury ewaluacji podmiotów, które otrzymują środki na realizację zadań w ramach Programów.

- zmiana zasad zakupu i dystrybucji leków

Część badanych ekspertów zwracała również uwagę na możliwość efektywniejszego gospodarowania lekami antyretrowirusowymi. Niektórzy postulowali, iż dobrym rozwiązaniem byłoby odejście od centralnego zakupu leków i przenieść to zadanie na kliniki zajmujące się leczeniem zakażonych HIV i chorych na AIDS.

„Jak się centralnie zakupuje leki to można kupić niekoniecznie takie jak potrzeba pacjentom. Myślę, że sprowadzanie i kupowanie leków drogich może odbywać się na poziomie tych klinik kompetencyjnych, które zajmują się leczeniem.” (respondent 13)

WSKAŹNIKI UNAIDS DOTYCZĄCE HIV/AIDS W POSZCZEGÓLNYCH LATACH REALIZOWANIA PROGRAMU

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

W celu oceny efektywności działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS użyto wskaźników rekomendowanych przez UNAIDS³. Spośród wszystkich dostępnych wskaźników wybrano tylko te, których obliczenie było możliwe na podstawie dostępnych danych. Wybrane wskaźniki dotyczyły różnych aspektów i obszarów Programu⁴:

1. prowadzona polityka prewencyjna – środki finansowe przeznaczane na zapobieganie HIV
2. stygmatyzacja i dyskryminacja osób seropozytywnych - akceptacja dla osób żyjących z HIV i chorych na AIDS;
3. wiedza o HIV/AIDS – znajomość sposobów zakażenia się HIV oraz poziom fałszywych przekonań dotyczących zakażeń HIV;
4. testowanie w kierunku HIV – osoby, które zgłosiły się i wykonały test w kierunku HIV.

Do grupy wskaźników umożliwiających ewaluację Krajowego Programu nie włączono wskaźników odnoszących się do stosowania prezerwatyw w kontaktach seksualnych, gdyż wskaźniki rekomendowane przez UNAIDS odnoszą się jedynie do dostępności i jakości prezerwatyw oraz ich stosowania w sytuacjach zachowań ryzykownych. Dane tego typu nie były dostępne na potrzeby ewaluacji.

1.) ŚRODKI FINANSOWE PRZEZNACZANE NA ZAPOBIEGANIE HIV⁵

Do oceny Krajowego Programu realizowanego w latach 1999-2003 można skorzystać ze wskaźnika UNAIDS pozwalającego ocenić nakład środków przeznaczanych przez rząd na walkę z HIV. Jest on liczony jako stosunek finansów przeznaczonych na walkę z HIV w danym roku do liczby mieszkańców kraju w wieku 15-49 lat. Zgodnie z metodologią tego wskaźnika, dodatkowo rozróżnić można nakłady finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne oraz na działania związane z opieką i terapią. Wartość tych wskaźników w poszczególnych latach przedstawia poniższa tabela.

³ UNAIDS: National AIDS Programmes, A Guide to Monitoring and Evaluation, czerwiec 2000

⁴ ibidem, str. 26

⁵ ibidem, str. 32

Tabela 1. Środki przeznaczone na walkę z HIV/AIDS oraz wskaźnik finansowy UNAIDS

rok	wydatki budżetu MZ na zadania z zakresu HIV/AIDS (w pln)	wydatki związane z terapią (w pln)	wydatki na profilaktykę (w pln)	wskaźnik finansowy - całościowy	wskaźnik finansowy – działania profilaktyczne
1999	40 349 000	30 281 000	10 068 000	1,951	0,487
2000	51 736 000	41 482 000	10 254 000	2,500	0,495
2001	49 762 000	40 383 000	9 379 000	2,406	0,454
2002	48 772 000	42 200 000	6 572 000	2,408	0,324
2003	66 049 000	59 385 000	6 664 000	3,276	0,331

Jak wskazują twórcy tego wskaźnika⁶, jego wadą i ograniczeniem jest to, iż bierze on pod uwagę tylko środki na walkę z HIV desygnowane na ten cel ze szczebla narodowego (w przypadku przedstawionych analiz – z budżetu Ministerstwa Zdrowia). Niemniej jednak wskaźnik ten pozwala obserwować trendy jakie związane są z finansowaniem Krajowego Programu.

W latach jego realizacji (1999-2003) wartość tego wskaźnika (liczonego dla całego budżetu) rośnie z wartości 1,951 w roku 1999, do 3,276 w ostatnim roku realizacji II edycji Programu. Oznacza to, że rząd coraz silniej angażował się w problem walki z HIV.

Z drugiej strony, należy zauważyć, że wartość tego wskaźnika w kolejnych latach znacznie maleje, jeśli chodzi tylko o działania profilaktyczne. Oznacza to, że wsparcie dla działań profilaktycznych w kolejnych latach realizowania II edycji Krajowego Programu było coraz mniejsze. Wartość tego wskaźnika dla działań profilaktycznych była najwyższa w roku 2000 i wynosiła 0,495, natomiast w roku 2003 już tylko 0,331. Pozwala to stwierdzić, że potencjalnie zakres i efektywność wszelkich podejmowanych działań były w kolejnych latach realizowania Programu coraz niższe.

⁶ ibidem, str. 32

2.) AKCEPTACJA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV

Do oceny efektywności Krajowego Programu na lata 1999-2003 można użyć również wskaźnika akceptacji osób żyjących z HIV. Wskaźnik ten budowany jest na odpowiedziach na pytania dotyczące hipotetycznych sytuacji, różnych kontaktów z osobami zakażonymi HIV. Odzwierciedla on stopień, w jakim ludzie są przygotowani i jak reagują w sytuacjach, w których mają kontakt z osobami seropozytywnymi⁷. Wskaźnik ten opiera się na czterech pytaniach dotyczących następujących kwestii:

- opieki nad osobą żyjącą z HIV/AIDS,
- prawa do utrzymania w tajemnicy faktu zakażenia wirusem HIV,
- możliwości kontynuowania swojej pracy zawodowej po zakażeniu wirusem HIV,
- możliwości w jednakowym stopniu korzystania z opieki zdrowotnej przez osoby żyjące z HIV/AIDS.

Poziom postaw dyskryminacyjnych w społeczeństwie wskaźnikuje odsetek osób, które w choć jednej sytuacji zadeklarowały postawę dyskryminującą.

Wartość tego wskaźnika opiera się na wynikach badań socjologicznych prowadzonych wśród Polaków w wieku 15-49 lat. Szczegółowo jego wartości przedstawia poniższa tabela.

Tabela 2. Wskaźnik WHO – wskaźnik postaw dyskryminacyjnych wobec osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, Polacy w wieku 15-49

rok	wartość wskaźnika dyskryminacji osób żyjących z HIV i chorych na AIDS
1997 ¹	41%
2001 ²	32%
2004 ³	37%

¹ badanie z roku 1997 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3209

² badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

³ badanie z roku 2004 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=1005

Jak wynika z analizy wartości wskaźnika w okresie jaki obejmował lata realizacji II edycji Krajowego Programu (1999-2003), akceptacja dla osób żyjących z HIV wzrosła. Wg badań zrealizowanych w roku 1997, czyli przed rozpoczęciem realizacji II edycji Krajowego Programu, postawy dyskryminacyjne wobec żyjących z HIV podzielało 41% Polaków w wieku 15-49 lat. W roku 2001, czyli w dwa lata po rozpoczęciu realizacji II edycji Programu, odsetek Polaków charakteryzujących się postawami dyskryminacyjnymi wobec osób z HIV był o 9 punktów procentowych niższy i wynosił 32%. W rok po zakończeniu realizacji Programu odsetek ten wynosił 37%.

Na podstawie analizy tego wskaźnika można wnioskować, iż działania podjęte w ramach realizacji II Krajowego Programu przyczyniły się do zwiększenia akceptacji dla osób żyjących z HIV w

⁷ ibidem, str. 45

społeczeństwie Polskim. Wniosek taki opiera się na spadku wartości tego wskaźnika w roku 2001 (okres realizacji Programu) i jego niższej wartości w roku 2004 (po zakończeniu Programu) w porównaniu z rokiem 1997 (przed rozpoczęciem II edycji Programu).

Należy w tym miejscu zauważyć, iż wynik z roku 2004 jest zakłócony przez wpływ afery w chorze Polskich Słowików, jaka miała miejsc na początku 2004 roku i związana była z molestowaniem chórzystów przez dyrygenta, który okazał się być osobą zakażoną wirusem HIV.

3A.) Wskaźnik WHO/UNAIDS WIEDZA O HIV/AIDS – WIEDZA O DROGACH ZAKAŻENIA HIV⁸

Do oceny efektywności realizacji II edycji można użyć również wskaźnika WHO, który odzwierciedla znajomość 3 podstawowych praktyk zapobiegawczych zakażeniu HIV, czyli: posiadanie jednego, wiernego, niezakażonego partnera seksualnego, używanie prezerwatyw podczas stosunków płciowych i używanie czystych igieł.

Wskaźnik ten określa odsetek osób, które w badaniu poprawnie rozpoznało przynajmniej 2 z 3 podstawowych sposobów zabezpieczenia się przed zakażeniem HIV/AIDS. Aby uzyskać wartość wskaźnika należy podzielić liczbę osób, które wymieniają przynajmniej dwa sposoby zabezpieczenia przed infekcją HIV przez pełną liczbę badanych osób. Można założyć, że w wzrost wartości tego wskaźnika świadczy o przyroście wiedzy na temat sposobów zabezpieczania się przed infekcją HIV wśród ogółu społeczeństwa.

Szczegółowo wartości tego wskaźnika przedstawia poniższa tabela.

Tabela 3. Wskaźnik WHO – znajomości przynajmniej 2 z 3 podstawowych sposobów zabezpieczenia się przed zakażeniem HIV, Polacy w wieku 15-49

rok	wartość wskaźnika WHO/UNAIDS – wiedza o drogach zakażenia HIV
1997 ¹	0,89
2001 ²	0,81

¹ badanie z roku 1997 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3209

² badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

Między latami 1997 a 2001 wartość tego wskaźnika liczona dla populacji Polaków w wieku 15-49 lat spadła o 0,08. Oznacza to, że ogólny poziom znajomości sposobów zabezpieczania się przed infekcją HIV był w roku 2001 niższy niż 4 lata wcześniej. Wynik ten może wskazywać, że działania profilaktyczne i edukacyjne prowadzone w ramach II Krajowego Programu realizowane w latach 1999-2001, skierowane do poszczególnych grup, jak i do społeczeństwa jako całości, nie cechowały się efektywnością w dziedzinie edukacji odnośnie zabezpieczania się przed zakażeniami HIV i dróg zakażenia wirusem.

Aby zweryfikować taką interpretację zmian wartości tego wskaźnika dodatkowo można przeanalizować jego wartości z innych badań przeprowadzonych w okresie 1999-2003. Należy jednak zauważyć, że wskaźniki te nie są w prosty sposób porównywalne, gdyż opracowywane były dla różnych grup celowych kampanii.

⁸ ibidem, str. 50

Tabela 4. Wskaźnik WHO – znajomości przynajmniej 2 z 3 podstawowych sposobów zabezpieczenia się przed zakażeniem HIV

rok	wartość wskaźnika WHO/UNAIDS – wiedza o drogach zakażenia HIV
2001 15-19 lat ¹	0,77
2002 15-17 lat ²	0,67
2002 18-19 lat ²	0,70
2003 18-39 lat ²	0,94

¹ badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

² badanie z roku 2002 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-19, N=500

³ badanie z roku 2003 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 18-39, N=600

Z uwagi na odmienną metodologię badań, bezpośrednie porównania są nieuprawnione. Należy jednak zwrócić uwagę, że w kolejnych latach (2001 oraz 2002) wartość współczynnika wiedzy o sposobach zakażeń HIV wśród młodych ludzi zmalała. Tak więc, również te wyniki wskazywać mogą, iż działaniom edukacyjnym prowadzonym w ramach II Krajowego Programu brakowało efektywności.

Należy natomiast zwrócić uwagę na wysoką wartość tego współczynnika, jaki wynika z badań prowadzonych w roku 2003. Faktu tego nie można jednoznacznie interpretować, jako dowodu na wzrost poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia HIV. Należy bowiem zwrócić uwagę, że badanie to było realizowane wyłącznie z mieszkańcami dużych miast Polski, w wieku 18-39 lat (grupa docelowa kampanii społecznej prowadzonej w ramach II edycji Krajowego Programu), z wykształceniem średnim zawodowym lub wyższym. Nie była to więc reprezentatywna próba całego społeczeństwa, ale grupa potencjalnie najlepiej wyedukowana i posiadająca najszerszą wiedzę.

Podsumowując, z analizy wskaźnika wiedzy o drogach zakażenia HIV z lat poprzedzających realizację Programu w latach 1999-2003, jak i w latach jego realizacji, wynika raczej wniosek o spadku poziomu wiedzy wśród ogółu społeczeństwa. Co więcej, widoczne jest, że wiedza o drogach zakażenia HIV jest znacznie zróżnicowana wśród poszczególnych grup wiekowych. Jednakże w interpretacji wartości tego wskaźnika należy również wziąć pod uwagę, że żadna z kampanii społecznych prowadzonych w ramach II edycji Krajowego Programu nie odnosiła się bezpośrednio do informowania o drogach zakażenia HIV. Tak więc edukacja w dziedzinie wiedzy o HIV miała ograniczony zasięg.

3B.) POZIOM FAŁSZYWYCH PRZEKONAŃ DOTYCZĄCYCH ZAKAŻEŃ HIV

O poziomie wiedzy wśród społeczeństwa na temat dróg zakażenia HIV można również wnioskować na podstawie innego wskaźnika zalecanego przez UNAIDS do ewaluacji krajowych programów walki z HIV/AIDS. Wskaźnik ten odnosi się do poziomu fałszywych przekonań na temat możliwości zakażenia

się wirusem HIV⁹. Ponieważ wskaźnik ten jest w przypadku każdego kraju zbudowany na pytaniach dopasowanych odpowiednio do sytuacji społecznej, w przypadku Polski można go analizować na podstawie odsetka odpowiedzi na pytania dotyczące możliwości zakażenia się HIV poprzez ukąszenie komara oraz korzystanie z publicznych toalet. W trakcie pomiarów badany przedstawiano do oceny w kategoriach prawda/fałsz, serię stwierdzeń dotyczących różnych aspektów HIV/AIDS, w tym właśnie dwóch stwierdzeń wskaźnikujących fałszywe przekonania dotyczące dróg zakażenia HIV. W tym przypadku, poziom wiedzy jest wskaźnikowany przez odsetek prawidłowych odpowiedzi na oba z tych pytań. Szczegółowo wartości tego wskaźnika przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5. Wskaźnik WHO – fałszywe przekonania na temat dróg zakażenia HIV
Polacy w wieku 15-49, tabela przedstawia odsetek poprawnych odpowiedzi

rok	Można zakażyć się HIV/AIDS przez ukąszenie komara lub podobnych owadów.	Można zakażyć się HIV/AIDS używając publicznych toalet.
1997 ¹	50,4%	44,7%
2001 ²	51,4%	43,0%

¹ badanie z roku 1997 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3209

² badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

Jak widać, między latami 1997 a 2001 wartość tych wskaźników liczona dla populacji Polaków w wieku 15-49 lat wahała się. W przypadku przekonań na temat możliwości zakażenia się wirusem HIV poprzez ukąszenie komara lub innych podobnych owadów wzrost ten wyniósł 1,4 punktu procentowego, natomiast w przypadku stwierdzenia odnoszącego się do korzystania z publicznych toalet wartość tego wskaźnika zmalała o 1,7 punktu procentowego. Oznacza to, że poziom fałszywych przekonań na temat dróg zakażenia HIV w roku 2001 (kolejny rok realizacji Krajowego Programu) jednoznacznie się nie zmniejszył.

Aby zweryfikować taką tezę można dodatkowo przeanalizować wartości tego wskaźnika z innych badań przeprowadzonych w okresie 1999-2003. Należy jednak zauważyć, że wskaźniki te nie są w prosty sposób porównywalne, gdyż opracowywane były dla różnych grup wiekowych.

⁹ ibidem, str. 52

Tabela 6. Wskaźnik WHO – fałszywe przekonania na temat dróg zakażenia HIV
tabela przedstawia odsetek poprawnych odpowiedzi

Rok	Można zakażyć się HIV/AIDS przez ukąszenie komara lub podobnych owadów.	Można zakażyć się HIV/AIDS używając publicznych toalet.
2002, 15-19 lat ¹	38%* / 39%**	brak danych
2002, 20-55 lat ²	41%* / 39%**	brak danych
2003 18-39 lat ²	73,0%* / 74,3%**	64,0%* / 60,3%**

¹ badanie z roku 2002 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-19, N=500

² badanie z roku 2002 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 20-55, N=526

³ badanie z roku 2003 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 18-39, N=600

* - przed kampanią

** - po kampanii

Podobnie jak w przypadku analizy wskaźnika fałszywych przekonań na temat dróg zakażenia HIV dla ogółu społeczeństwa, tak w przypadku analizy w poszczególnych grupach brak jest jednoznacznego wniosku o przyroście poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia. Podobnie, jak w przypadku wskaźnika dotyczącego sposobów zabezpieczenia się przed zakażeniem, tak i w przypadku poziomu fałszywych przekonań na temat dróg zakażenia HIV, wyższy poziom wiedzy charakteryzuje mieszkańców dużych miast, z wykształceniem zawodowym lub wyższym, w wieku 18-39 lat (badanie z roku 2003).

Podsumowując, analiza wskaźnika fałszywych przekonań na temat dróg zakażenia HIV z lat poprzedzających realizację II edycji Krajowego Programu, jak i w latach jego realizacji, nie wynika jednoznaczny wniosek o wzroście poziomu wiedzy na ten temat wśród ogółu społeczeństwa. Widoczne jest natomiast, że poziom fałszywych przekonań o drogach zakażenia HIV jest znacznie zróżnicowany między poszczególnymi grupami wiekowymi. Przy interpretacji tego wskaźnika należy jednak wziąć pod uwagę, że kampanie społeczne prowadzone w ramach II Krajowego Programu nie odnosiły się bezpośrednio do informowania o drogach zakażenia HIV.

4.) TESTOWANIE W KIERUNKU HIV – OSOBY, KTÓRE DOBROWOLNIE ZGŁOSIŁY SIĘ I WYKONAŁY TEST W KIERUNKU HIV¹⁰

Kolejnym ze wskaźników rekomendowanych przez UNAIDS do ewaluacji programów walki z HIV/AIDS jest wskaźnik odnoszący się do wykonywania testów w kierunku HIV. Wskaźnik ten wskazuje na odsetek osób, które kiedykolwiek dobrowolnie zgłosiły się na test w kierunku HIV i otrzymały jego wyniki. Pozwala on na ocenę powszechności testowania w kierunku HIV wśród ogółu populacji, a także daje informację jak duża grupa osób zna swój status serologiczny.

Z uwagi na specyfikę danych jakimi dysponujemy, możliwe jest tylko określenie jaki odsetek Polaków wykonał kiedykolwiek test w kierunku HIV. Informacja ta jest więc szersza niż definicja wskaźnika wg UNAIDS, która zakłada, iż wyniki testu nie są starsze niż 12 miesięcy.

Szczegółowo wartości tego wskaźnika przedstawia poniższa tabela.

Tabela 7. Wskaźnik WHO – odsetek osób, które kiedykolwiek wykonywały test w kierunku HIV Polacy 15-49 lat

rok	tak	nie	brak danych	nie słyszał o HIV/AIDS
1997 ¹	6,1%	89,7%	2,1%	2,1%
2001 ²	6,9%	85,8%	5,0%	2,3%

¹ badanie z roku 1997 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3209

² badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

Z analizy tego wskaźnika wynika, że między latami 1997 a 2001, liczba osób, które dobrowolnie wykonały test w kierunku HIV nieznacznie się zwiększyła. Można więc wnioskować, że kampanie prowadzone w ramach II edycji Krajowego Programu nie wpłynęły w znaczący sposób na odsetek osób, które wykonały test. Należy jednak pamiętać, że takie kampanie społeczne były prowadzone dopiero od roku 2000. Oznacza to, że dane z badań, zebrane pod koniec roku 2001 (listopad – grudzień) pozwalają ocenić efektywność kampanii tylko w odniesieniu do roku 2000. Kampania w roku 2001 trwała równolegle z badaniem, tzn. w miesiącach listopadzie i grudniu.

Dla porównania można jeszcze zanalizować wartość tego wskaźnika w roku 2003. Należy jednak pamiętać, że wskaźniki te nie są w prosty sposób porównywalne, gdyż opracowywane były dla różnych grup wiekowych, a realizowane badania opierały się na odmiennej metodologii.

¹⁰ ibidem, str. 61

Tabela 8. Wskaźnik WHO – odsetek osób, które kiedykolwiek wykonywały test w kierunku HIV

rok	tak	nie	brak danych
2003, 18-39 lat ¹	9,0%	90,7%	0,3%

¹ badanie z roku 2003 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 18-39, N=600

W roku 2003 (ostatni rok realizacji II edycji Krajowego Programu), wśród osób mieszkających w dużych miastach odsetek osób w wieku 18-39 lat, które wykonały test w kierunku HIV wynosił 9%. Jednak ze względów metodologicznych, wyższa wartość tego wskaźnika nie oznacza, wzrostu odsetka osób, które kiedykolwiek wykonały test w kierunku HIV wśród całej populacji.

Aby pogłębić jeszcze interpretację tego wskaźnika w poszczególnych latach można przeanalizować również odsetek osób, które kiedykolwiek zastanawiały się nad wykonaniem testu w kierunku HIV.

Szczegółowo wartości tego wskaźnika przedstawia poniższa tabela.

Tabela 9. Czy kiedykolwiek myślał o testowaniu HIV? – odsetek odpowiedzi, Polacy 15-49 lat

rok	Tak, często	Tak, czasami	Nie, nigdy	Brak danych	Nie słyszał o HIV/AIDS
1997 ¹	4,0%	17,5%	74,5%	1,8%	2,1%
2001 ²	2,9%	16,3%	74,2%	4,3%	2,3%

¹ badanie z roku 1997 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3209

² badanie z roku 2001 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49, N=3200

Jak widać, w roku 2001, w porównaniu z rokiem 1997, odsetek osób, które kiedykolwiek zastanawiały się nad wykonaniem testu w kierunku HIV zmalał o 2,3¹¹ punktów procentowych. Może to oznaczać, że kampanie społeczne prowadzone w ramach II edycji Krajowego Programu nie wpłynęły w znaczący sposób na odsetek osób gotowych do wykonania testu. Trzeba jednak mieć na uwadze, iż kampanie propagujące testy w kierunku HIV były prowadzone w ramach Programu dopiero od roku 2000. Dane z badań zebrane pod koniec roku 2001 (listopad – grudzień) pozwalają ocenić efektywność kampanii tylko w odniesieniu do roku 2000.

Dla porównania można jeszcze zanalizować wartość tego wskaźnika w roku 2003. Ze względów metodologicznych niemożliwe jest jednak bezpośrednie porównywanie wyników w lat 1999, 2001 i 2003.

¹¹ analiza różnic w odsetku odpowiedzi „tak, często” oraz „tak, czasami”

Tabela 10. Czy kiedykolwiek myślał o testowaniu HIV? – odsetek odpowiedzi

rok	Tak, często	Tak, czasami	Nie, nigdy	Brak danych
2003, 18-39 lat ¹	2,3	20,7	76,7	0,3

¹ badanie z roku 2003 na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 18-39, N=600

W badaniu zrealizowanym w roku 2003 nad wykonaniem testu w kierunku HIV kiedykolwiek zastanawiało się 23% badanych mieszkańców dużych miast, w wieku 19-39 lat. W tym przypadku, wyższa wyższy odsetek nie oznacza jednak wzrostu odsetka osób, które kiedykolwiek zastanawiały się nad wykonaniem testu w kierunku HIV wśród całej populacji.

WNIOSKI UNAIDS DOTYCZĄCE HIV/AIDS W LATACH REALIZOWANIA PROGRAMU (1999-2003):

- dostępny materiał empiryczny nie pozwala na pełne – rok po roku - śledzenie wszystkich wartości wskaźników rekomendowanych przez UNAIDS do ewaluacji narodowych programów walki z HIV/AIDS;
- ogólne wydatki na walkę z HIV/AIDS były coraz większe. Wskaźnik finansowy UNAIDS w pierwszym roku realizacji Programu (1999) wynosił 1,951 natomiast w ostatnim (2003) już 3,276. Uległ więc wzrostowi o 67%;
- wydatki na profilaktykę były coraz mniejsze. Analogiczny wskaźnik liczony wyłącznie dla środków przeznaczonych na profilaktykę wynosił w roku 1999 0,487, natomiast w roku 2003 – 0,331. Uległ więc zmniejszeniu o 48%;
- w okresie realizacji II edycji Krajowego Programu zwiększyła się akceptacja dla osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Przed rozpoczęciem realizacji Programu odsetek osób cechujących się postawami dyskryminacyjnymi wobec zakażonych i chorych (wskaźnik UNAIDS) wynosił 41%. W roku 2001 wynosił 32%, a w roku 2004 – 37%;
- wiedza o drogach zakażenia HIV wśród ogółu społeczeństwa nie wzrosła, a wykazywała raczej tendencje malejącą. Wskaźnik WHO/UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu (rok 2001) był dla ogółu Polaków wieku 15-49 lat niższy niż przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997);
- fałszywe przekonania na temat dróg zakażenia HIV utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Wskaźnik UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie realizacji Programu (rok 2001) był dla ogółu Polaków wieku 15-49 lat nie wykazywał jednoznacznie rosnącej tendencji w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997);
- odsetek osób, które wykonały kiedykolwiek test w kierunku HIV nieznacznie wzrósł w okresie realizacji Krajowego Programu. Wskaźnik UNAIDS z badań przeprowadzonych w trakcie

realizacji Programu (rok 2001) był dla ogółu Polaków wieku 15-49 lat wzrost o 0,8 punktu procentowego w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997);

- odsetek osób, które kiedykolwiek zastanawiały się nad wykonaniem testu w kierunku HIV zmalał. W trakcie realizacji Programu (rok 2001) 19,2% ogółu Polaków wieku 15-49 lat zastanawiał się nad wykonaniem testu, a okresie przed rozpoczęciem realizacji Programu (1997) odsetek ten był wyższy i wynosił 21,5%. Jednak ponad 3/4 Polaków nigdy nie myślało o wykonaniu testu w kierunku HIV.

I. OCENA W ZAKRESIE OGRANICZENIA ROZPRZESTRZENIANIA ZAKAŻENIA HIV

WYDAWNICTWA

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

W ramach realizacji II edycji Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS, na przestrzeni 5 lat jakie obejmowały ten program wydano szereg różnych publikacji poruszających problematykę HIV/AIDS, które przeznaczone były dla rozmaitych kręgów odbiorców. Wśród tych wydawnictw znalazły się najrozmaitsze formy wydawnicze: książki, broszury, ulotki informacyjne, programy komputerowe, materiały video oraz gadżety związane z prowadzonymi kampaniami społecznymi.

Wg przybliżonych szacunków, w okresie realizowania II edycji Programu, wydano ponad 100 różnych form wydawniczych. Wśród nich, największa część (przeszło ponad 40) była skierowana do ogółu społeczeństwa. Mniejsza część wydawnictw była skierowana do lekarzy, personelu medycznego, a także studentów medycyny. Grupa ta stanowiła ok. 30 pozycji, zawierających głównie książki z zakresu medycznej wiedzy o HIV/AIDS. Nieco mniejsza część wydawnictw została skierowana do młodzieży i studentów. Prócz tego, około 20 pozycji zostało skierowanych do specyficznych grup, które mogą spotykać się z osobami zakażonymi HIV lub chorymi na AIDS. Mniej więcej 10 wydawnictw było skierowanych do pracujących wśród osób z HIV/AIDS. Pewna grupa wydawnictw była również przeznaczona do samych zarażonych HIV i chorych na AIDS.

Poniższe analizy nie uwzględniają liczby wydanych egzemplarzy, a koncentrują się na zakresie tematycznym wydawnictw.

Specyficzne grupy społeczne, do których była skierowana część publikacji to grupy wśród których z racji wykonywanych zawodów istnieje ryzyko zakażenia HIV. Są to m.in.: wojsko, służby ratownicze, osoby pracujące w gabinetach tatuażu.

Rok 1999

W roku 1999, w ramach realizacji II edycji Programu wydano ok. 40 różnych publikacji, obejmujących różne formy wydawnicze (zarówno książki, jak i plakaty oraz ulotki informacyjne, gadżety), skierowane do różnych grup społeczeństwa objętych programem oraz poświęcone różnej tematyce.

Największa ich część (ok. 40%) skierowana była do młodzieży i studentów. Kolejna duża grupa (ok. 20% wydawnictw) skierowana była do lekarzy, pielęgniarek, a także studentów medycyny. Obejmowała ona

zagadnienia zarówno z zakresu edukacji, jak i profilaktyki. Ok. 15% wydawnictw było skierowanych do ogółu społeczeństwa oraz do specyficznych grup społecznych (wojsko, służby ratownicze).

Najmniejsza liczba publikacji w roku 1999 była skierowana do osób pracujących z żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS oraz do samych żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Rok 2000

Liczba wydawnictw zrealizowanych w ramach realizacji II edycji Programu w roku 2000 była niższa niż w roku 1999 i obejmowała ok. 25 różnych publikacji (książki, plakaty, ulotki informacyjne, itd.).

Największa ich część (ok. 45%) była przeznaczona dla ogółu społeczeństwa. W następnej kolejności największą grupę stanowiły specjalistyczne publikacje poświęcone dla lekarzy, personelu medycznego lub studentów medycyny. Wydawnictwa skierowane do tej grupy stanowiły ok. 40% publikacji z roku 2000. Wśród form wydawniczych znalazły się również publikacje dla młodzieży i studentów oraz skierowane do specyficznych grup społecznych (wojsko, służby ratownicze), osób pracujących z środowisku osób z HIV/AIDS, a także samych zarażonych i chorych.

Rok 2001

W roku 2000 liczba publikacji wydanych w ramach realizacji II edycji Programu nie różniła się od ich liczby w roku poprzednim i obejmowała również ok. 25 różnych wydawnictw (książki, plakaty, ulotki informacyjne, itd.).

Inna była natomiast struktura tych wydawnictw pod względem osób, do których były one skierowane. Największa liczba wydawnictw (ok. 40%) była skierowana do lekarzy, personelu medycznego lub studentów medycyny i zawierała informacje odnoszące się do medycznych aspektów HIV/AIDS. Nieco ponad 1/4 wydawnictw z roku 2001 była skierowana do ogółu społeczeństwa i mniej więcej tyle samo (25%) do specyficznych grup społecznych (wojsko, służby ratownicze), które mogą spotykać się z osobami zakażonymi HIV lub chorymi na AIDS.

Okolo 15% z wydawnictw zrealizowanych w roku 2001 była skierowana do studentów i młodzieży, zaś co dziesiąta publikacja przeznaczona była dla osób pracujących wśród zakażonych HIV i/lub chorych na AIDS.

Rok 2002

Liczba różnych wydawnictw (książki, plakaty, ulotki informacyjne, itd.) w roku 2002 wyniosła ok. 20 pozycji. Przeważająca ich część była skierowana do ogółu społeczeństwa (ok. 50%).

Pozostałe publikacje objęły swym zasięgiem jeszcze inne grupy, w tym: młodzież i studentów, specyficznych grup społecznych (wojsko, służby ratownicze), które mogą spotykać się z osobami zakażonymi HIV lub chorymi na AIDS, osoby pracujące wśród osób zakażonych i chorych, lekarzy,

personel medyczny i studentów medycyny oraz osoby żyjące z HIV i chore na AIDS. Dla poszczególnych spośród tych grup liczba publikacji wahała się od 3 do 1.

Rok 2003

Liczba wydawnictw w ostatnim roku realizacji II edycji programu była nieco wyższa niż w roku 2002. Obejmowała ona nieco ponad 20 różnych publikacji, wśród których były książki, plakaty, ulotki informacyjne, itp.. Jednak podobnie, jak w poprzednim roku, zdecydowana większość tych wydawnictw (ok. 50%) skierowana była do ogółu społeczeństwa. Około 20% wydawnictw z roku 2003 była skierowana do młodzieży, a nieco ponad 10% do specyficznych grup (wojsko, służby ratownicze), które mogą mieć kontakt z zakażonymi HIV lub chorymi na AIDS.

WNIOSKI DOTYCZĄCE WYDAWNICTW ZREALIZOWANYCH W LATACH REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU W LATACH 1999-2003:

- Liczba rozmaitych wydawnictw powiązanych z realizacją Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS w poszczególnych latach ulegała stopniowemu zmniejszeniu. Sytuacja taka była zapewne związana z wciąż zmniejszającym się budżetem przeznaczonym z Ministerstwa Zdrowia na działania profilaktyczne w zakresie HIV/AIDS;
- Publikacje wydane w ramach II edycji Programu skierowane były do wszystkich grup jakie zostały objęte założeniami Programu;
- W poszczególnych latach realizacji Programu zmieniała się jednak liczba wydawnictw skierowanych do różnych grup odbiorców. W pierwszym roku realizacji programu dominowały publikacje skierowane do młodzieży, w latach 2000 – 2001 przeważały specjalistyczne publikacje przeznaczone dla środowisk medycznych i personelu medycznego, natomiast w latach 2002 – 2003 najwięcej było wydawnictw skierowanych do ogółu społeczeństwa;
- Grupą, która w najmniejszym stopniu była odbiorcą wydawnictw realizowanych w ramach II edycji Programu były osoby zakażone HIV i chore na AIDS;
- Pewna część wydawnictw ukazujących się w ramach II edycji Programu to wydawnictwa cykliczne lub co roku wznawiane. Do wydawnictw ukazujących się cyklicznie należy biuletyn „KONTRA” (wraz z dodatkiem), skierowany do środowiska osób i organizacji pracujących w środowisku HIV/AIDS. Wśród wydawnictw wznawianych znajdują się przede wszystkim materiały edukacyjne dotyczące HIV/AIDS skierowane do ogółu społeczeństwa.

Wskazuje to na dwie sprawy. Po pierwsze, cykliczne ukazywanie się biuletynu skierowanego do środowiska konsolidację środowiska organizacji walczących z HIV/AIDS. Po drugie, wznawianie

pewnych wydawnictw skierowanych do ogółu społeczeństwa wskazuje, iż działania edukacyjno-profilaktyczne mają charakter ciągły i są konsekwentnie realizowane.

KAMPANIE SPOŁECZNE

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Rok 1999

W pierwszym roku realizacji II edycji Krajowego Programu (rok 1999) nie przeprowadzono żadnej kampanii społecznej. Było to najprawdopodobniej związane z początkiem realizacji Programu i jego fazą wstępną.

Rok 2000

AKCJA: NIE ŻYJ W NIEPEWNOŚCI! WYKONAJ TEST NA HIV!

Cel akcji: uświadomienie społeczeństwu, że wczesne stwierdzenie zakażenia ogranicza rozprzestrzenianie epidemii; zachęcenie do przeanalizowania własnego stylu życia, podejmowanych ryzykownych zachowań.

Grupa celowa: ogół społeczeństwa.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: umieszczono 200 plakatów na billboardach na terenie całego kraju; zamieszczono ogłoszenie w ogólnopolskim wydaniu Gazety Wyborczej; wydano ulotkę zachęcającą do wykonania testów; po ulicach 8 miast Polski jeździły tramwaje, promujące akcję anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV; za pośrednictwem dwóch portali internetowych „Onet.pl” i „Polbox.pl”, około 400.000 właścicieli kont emailowych otrzymało specjalnie przygotowany materiał profilaktyczny – informacyjny, zachęcający do świadomego wykonywania testów w kierunku HIV

Efektywność akcji: efektywność akcji nie została bezpośrednio zmierzona.

KAMPANIA: „DUŻO ZALEŻY OD MŁODYCH”

Cel kampanii: propagowanie profilaktyki HIV, AIDS wśród młodzieży

Grupa docelowa: licealiści i studenci

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: w magazynie studenckim „Dlaczego?” stworzono stały dział „Wszechobecny wirus”, w którym zamieszczane są najważniejsze wiadomości dotyczące HIV; stworzono witrynę www.aids.pl, zawierającą m.in. wywiady ze specjalistami, leksykon haseł związanych z HIV oraz ankietę z zakresu wiedzy o HIV i AIDS; witrynę internetową promował plakat rozwieszony w 22 miastach.

Efektywność kampanii: efektywność akcji nie została bezpośrednio zmierzona.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KAMPANII PROWADZONYCH W ROKU 2000: odbiorcami kampanii przeprowadzonych w roku 2000 była młodzież i ogół społeczeństwa. Dotarcie z działaniami profilaktycznymi i edukacyjnymi do tych kręgów wydaje się priorytetowe z punktu widzenia celów

Programu. Należy uznać to za niewątpliwą zaletę tych działań. Również zaplanowanie strategii realizowanych kampanii było dobrze przygotowane.

Niestety nie istnieje możliwość określenia ich szczegółowego zasięgu, ani też ich efektywności. Żadna z kampanii nie została poddana ewaluacji ani przez jej uczestników, ani też nie przeprowadzono badań socjologicznych nad efektywnością tych działań. Fakt ten należy uznać za istotny mankament tych działań.

Rok 2001

KAMPANIA PROFILAKTYCZNA: NIE DAJ SZANSY AIDS! BĄDŹ ODPOWIEDZIALNA

Cel kampanii: działania profilaktyczne i edukacyjne w grupie docelowej.

Grupa docelowa: kobiety aktywne seksualnie.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: konferencja prasowa; rozpowszechnienie w prasie, radiu, telewizji i Internecie, na ulotkach oraz plakatach informacji na temat ryzykownych zachowań i sposobów ich unikania oraz zachęcających kobiety do wykonywania testów w kierunku HIV; wydanie materiałów związanych z kampanią (kalendarze trójdzielne, ulotki, torby reklamowe, długopisy i plakaty).

Efektywność kampanii: efektywność akcji nie została bezpośrednio zmierzona.

AKCJA: NIE ŻYJ W NIEPEWNOŚCI! WYKONAJ TEST NA HIV!

Cel akcji: uświadomienie społeczeństwu, że wczesne stwierdzenie zakażenia ogranicza rozprzestrzenianie epidemii; zachęcenie do przeanalizowania własnego stylu życia, podejmowanych ryzykownych zachowań.

Grupa docelowa: ogół społeczeństwa.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: we wszystkich województwach działały punkty bezpłatnego, anonimowego testowania, w których przeprowadzono poradnictwo przed testem oraz wykonano badanie; akcja została nagłośniona w mediach ogólnopolskich;

Efektywność akcji: może być oceniona na podstawie wyników analizy ankiet z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych wykonanej w roku 2001. Analizy te obejmowały wyniki zarówno ze stale działających Punktów, jak i Punktów powołanych *ad hoc*, na potrzeby kampanii.

W roku 2001 (w ramach kampanii i poza jej tokiem) na wykonanie testu w kierunku HIV zdecydowali się przede wszystkim ludzie młodzi i lepiej wykształceni. W grupie osób testujących zanotowano nadreprezentację mężczyzn, a niedoreprezentowana jest grupa osób o niższym wykształceniu.

Wśród osób, które decydowały się na wykonanie testu w trakcie trwania kampanii to:

- nieco częściej kobiety
- częściej osoby w wieku ponad 40 lat
- osoby rzadziej deklarujące orientację homo – lub bi-seksualną
- osoby rzadziej deklarujące kontakty intymne z partnerem innym niż stały

- częściej osoby przyznające się, że nigdy nie stosowały prezerwatyw
- rzadziej osoby podejmujące zachowania ryzykowne
- rzadziej osoby stosujące narkotyki dożylnie
- częściej osoby, które w przeszłości były hospitalizowane
- rzadziej studenci
- częściej technicy, wyspecjalizowani pracownicy administracyjno – biurowi

II OGÓLNOPŁOSKA KAMPANIA PROFILAKTYCZNO – EDUKACYJNA: ŻYJĘ BEZ RYZYKA AIDS

Cel kampanii: przeszkolenie nauczycieli profesjonalnie przygotowanych do prowadzenia zajęć z zakresu profilaktyki HIV, AIDS; dostarczenie młodzieży wiedzy o drogach, mechanizmach przenoszenia HIV oraz o bezpiecznych formach kontaktu z zakażonym.

Grupa docelowa: nauczyciele i uczniowie szkół gimnazjalnych.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: konferencja szkoleniowa dla liderów profilaktyki AIDS; warsztaty szkoleniowe dla nauczycieli prowadzone przez liderów profilaktyki AIDS; warsztaty dla młodzieży; lokalne konkursy na plakat lub ulotkę dotyczące profilaktyki HIV; ogólnopolska konferencja dla młodzieży; konferencję podsumowującą Kampanię.

Efektywność kampanii: efektywność kampanii nie została zmierzona.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KAMPANII PROWADZONYCH W ROKU 2001: również w roku 2001, odbiorcami kampanii przeprowadzonych w ramach Krajowego Programu była przede wszystkim młodzież oraz ogół społeczeństwa. Dotarcie działań profilaktycznych i edukacyjnych do tych kręgów jest priorytetowe z punktu widzenia celów Programu. Należy uznać to za niewątpliwą zaletę tych działań. Należy również podkreślić, że podjęto działania zmierzające do określenia efektywności akcji „Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!” poprzez analizę materiałów zbieranych w PKD od osób zgłaszających się celem wykonania testu. Pośrednio działania te pozwalają również ocenić efekty kampanii „Nie daj szansy AIDS! Bądź odpowiedzialna!”. Jak wynika z analiz materiałów zebranych w PKD, w okresie trwania akcji i kampanii, w porównaniu z „normalnym” trybem pracy Punktów, wśród osób zgłaszających się w celu wykonania testu był częściej kobiety o orientacji heteroseksualnej. Niewątpliwie może to stanowić za dowód na efektywność zarówno akcji, jak i przeprowadzonej kampanii profilaktycznej.

Rok 2002

MULTIMEDIALNA KAMPANIA SPOŁECZNA, ZORGANIZOWANA. POD HASŁEM „HIV NIE WYBIERA. TY MOŻESZ”

Cel kampanii: promowanie świadomych, przemyślane podejmowanych decyzji, dotyczących zachowań seksualnych.

Grupa docelowa: młodzieży w wieku 15 – 19 lat.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: konferencja prasowa; rozpowszechnienie w prasie młodzieżowej, radiu i telewizji (spot radiowy i telewizyjny), Internecie, na ulotkach oraz plakatach informacji na temat ryzykownych zachowań i sposobów ich unikania; przekazanie do 640 szkół na terenie całego kraju drobnych form wydawniczych (ulotki, długopisy, koszulki, torby reklamowe, kalendarze trójdzielne), promujących zdrowy styl życia; w wielu miastach Polski w szkołach i na oświetlonych powierzchniach przystanków autobusowych i tramwajowych zostały umieszczone plakaty; działała specjalnie uruchomiona infolinia na temat HIV/AIDS;

Efektywność kampanii: przeprowadzono badanie efektywności kampanii zrealizowane przez TNS OBOP na przełomie lat 2002/2003. Przeprowadzono dwa pomiary – przed i w trakcie trwania kampanii.

Wyniki badania wskazywały, że z informacjami przekazywanymi w kampanii zetknęło się 42% badanych stanowiących grupę docelową tej kampanii, czyli osób w wieku 15-19 lat. Badani z tej grupy spotykali się z informacjami na temat HIV/AIDS w telewizji (56%), w postaci ulotek dystrybuowanych w szkole (35%), prasie (32%) oraz na plakatach i billboardach (20%). 70% badanych 15-19latków stwierdziło, że było zainteresowanych tym, co materiały kampanijne miały do przekazania.

Wskaźnik UNAIDS wyniósł wśród badanych odpowiednio: 0,67 i 0,70 dla osób w wieku 15-17 lat i 18-19 lat.

Za przejaw efektów kampanii profilaktycznej można uznać średnią ocen osobistego ryzyka zakażenia wirusem HIV z 10 punktowej skali, która w trakcie kampanii wzrosła. Dla ogółu badanych, przed kampanią wynosiła ona 2,68 a w trakcie jej trwania (w drugim pomiarze) - 2,80. Podobnie wzrosła analogiczna średnia w grupie 15-17latków. Wynosiła ona przed kampanią 2,79, a w trakcie jej trwania 2,97.

Za inny przejaw efektywności kampanii można uznać spadek o 7 punktów procentowych odsetka ogółu badanych, którzy nie zabezpieczyli się podczas stosunków seksualnych odbywanych w ciągu ostatniego miesiąca.

Za istotny wniosek płynący z tego badania należy uznać ten, stwierdzający iż 50% badanych nie rozmawiało przed pierwszym stosunkiem ze swoim ostatnim partnerem.

AKCJA: NIE ŻYJ W NIEPEWNOŚCI! WYKONAJ TEST NA HIV!

Cel akcji: uświadomienie społeczeństwu, że wczesne stwierdzenie zakażenia ogranicza rozprzestrzenianie epidemii; zachęcenie do przeanalizowania własnego stylu życia, podejmowanych ryzykownych zachowań.

Grupa docelowa: ogół społeczeństwa.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: w 19 placówkach na terenie Polski, najczęściej na bazie istniejących już punktów konsultacyjno-diagnostycznych, każdy mógł bezpłatnie i anonimowo sprawdzić, czy nie jest zakażony HIV; akcję nagłośniono w Internecie oraz mediach lokalnych; w poradniach i placówkach służby zdrowia rozwieszono plakaty informujące o miejscach, gdzie znajdują się punkty testowania.

Efektywność akcji: z możliwości bezpłatnego testowania w trakcie akcji skorzystało 1425 osób, z czego 1308 wykonano test. Pozostałym pacjentom, po konsultacji i oszacowaniu ryzyka zakażenia, udzielono porady. Spośród osób, które skierowano na badanie, 8 okazało się zakażonymi HIV.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KAMPANII PROWADZONYCH W ROKU 2002: w roku 2002, grupą docelową kampanii przeprowadzonej w ramach Krajowego Programu były osoby w wieku 15-19 lat oraz ogół społeczeństwa. Dotarcie działań profilaktycznych i edukacyjnych do tych kręgów należy uznać za priorytetowe z punktu widzenia celów Programu. Należy to uznać za niewątpliwą zaletę tych działań.

W roku 2002 ocenie efektywności została poddana kampania „HIV nie wybiera. Ty możesz”, skierowana do młodych ludzi. Oceny kampanii dokonano na podstawie badania społecznego przeprowadzonego wśród reprezentatywnej grupy Polaków. Kampania ta dotarła do 42% osób z grupy celowej, a najbardziej efektywnym kanałem dotarcia była telewizja, w której spoty kampanii widziało 56% badanych osób. Należy też zauważyć, że w porównaniu przed i po kampanii wzrosła wśród młodych ludzi ocena osobistego ryzyka zakażenia się HIV. Z tego względu, kampanię społeczną należy uznać za efektywną.

W roku 2002 nie przeprowadzono analiz porównawczych danych pochodzących z Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych. Nie pozwoliło to na ocenę efektywności akcji „Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!”.

Rok 2003

KAMPANIA MULTIMEDIALNA: POROZMAWIAJ O AIDS. PRZESZŁOŚĆ BYWA GROŹNA.

Cel kampanii/programu: ograniczenie liczby zakażeń HIV drogą kontaktów heteroseksualnych; skłonienie kobiet i mężczyzn, którzy są w związku, do tego, aby rozmawiali ze sobą o używaniu prezerwatyw i wykonaniu testu w kierunku HIV.

Grupa docelowa: kobieta i mężczyzna pozostający w związku heteroseksualnym, 18-39 lat, wykształcenie co najmniej średnie.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: konferencja prasowa; rozpowszechnianie w prasie, radiu, telewizji i Internecie, na ulotkach oraz plakatach, billboardach i citylightach informacji, które po uświadomieniu odbiorcy, że problem dotyczy również jego, mobilizowały do działania: rozmowy z partnerem, wykonania testu w kierunku HIV, używania prezerwatywy. W kampanii wykorzystano też drobne formy wydawnicze (koszulki, długopisy, torby reklamowe, kalendarze trójdzielne), które były rozdawane wśród grupy docelowej.

Efektywność kampanii: przeprowadzono badanie efektywności kampanii zrealizowane przez TNS OBOP w lipcu i wrześniu 2003 roku, wśród osób stanowiących grupę docelową kampanii multimedialnej. Przeprowadzono dwa pomiary – przed i w trakcie trwania kampanii.

Wyniki badania wskazywały, że 58% badanych spontanicznie deklarowało, że zetknęło się w czasie trwania kampanii z informacjami na temat HIV/AIDS. Natomiast aż 75% badanych, po pokazaniu materiałów użytych w kampanii, przypominało sobie, że zetknęli się z nimi. Wynika z tego, że kampania prowadzona w roku 2003 była bardzo efektywna pod względem dodarcia do grupy celowej.

34% badanych widziało spot emitowany w telewizji, a 25% spotkało się z materiałami kampanijnymi w prasie.

Najczęściej badani wskazywali, że kampania realizowana w ramach II edycji Programu była informacyjna (58%), życiowa (40%) oraz warta zapamiętania (35%).

45% badanych uznało, że jest zainteresowanych treściami prezentowanymi w kampanii. Nieco większa grupa badanych – 47% była odmiennego zdania. Potwierdza to powszechną tezę podzielaną przez znaczną część społeczeństwa, iż HIV/AIDS ich nie dotyczy.

W wyniku kampanii 2,7% badanych wykonało test w kierunku HIV, a 15% planowało to zrobić. Co czwarta osoba (24%) w wyniku kampanii rozmawiała ze swoim partnerem o przeszłych doświadczeniach seksualnych, a 10% planowało to zrobić. 20% odbyło ze swoim partnerem rozmowę o HIV/AIDS, a 14% miało taki zamiar.

Należy więc stwierdzić, że w wyniku kampanii pewna grupa osób badanych z grupy docelowej, pod wpływem kampanii podjęła jakieś działania zmierzające w kierunku założonym przez autorów kampanii, tzn. rozmawiali ze sobą o używaniu prezerwatyw i wykonaniu testu w kierunku HIV.

AKCJA: POROZMAWIAJ O AIDS. PRZESZŁOŚĆ BYWA GROŻNA. ZRÓB TEST NA HIV.

Cel akcji: zachęcenie ludzi do analizy własnego stylu życia pod kątem zakażenia się HIV, przypomnienia wcześniejszych ryzykownych zachowań i zachęcenie do wykonania testu.

Grupa docelowa: ogół społeczeństwa.

Kanały dotarcia/działania w ramach akcji: we 19 miastach działały punkty bezpłatnego, anonimowego testowania, w których przeprowadzono poradnictwo przed testem oraz wykonano badanie; akcja została nagłośniona w mediach ogólnopolskich i lokalnych, zorganizowano 2 sesje wyjazdowe.

Efektywność akcji: skorzystało z niej 2 286 osób, z czego u 2 037 wykonano test. Pozostałym pacjentom udzielono tylko porady. 8 osób otrzymało wyniki dodatnie w teście w kierunku HIV.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KAMPANII PROWADZONYCH W ROKU 2003: w roku 2003, kampania społeczna była skierowana do osób heteroseksualnych, w wieku 18-39 lat i pozostających w związkach (formalnych i nieformalnych). Wybranie tej grupy jako docelowej było oparte na analizie wyników wcześniejszych badań i rekomendacjach ekspertów. Dotarcie działań profilaktycznych i edukacyjnych do tej grupy należało uznać za priorytetowe z punktu widzenia celów Programu i sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Należy to uznać za niewątpliwą zaletę tych działań.

W roku 2003 przeprowadzono badania społeczne pozwalające ocenić efektywność kampania „Porozmawiaj o AIDS. Przeszłość bywa groźna”. Jak wynika z ich analizy wyników, kampania dotarła w sumie do 75% osób z grupy docelowej. Najbardziej efektywnym kanałem dotarcia była telewizja, w której spoty kampanii widziało 34% badanych osób oraz prasa, w której z materiałami kampanijnymi zetknęło się 25% badanych. Należy też zauważyć, że w wyniku kampanii wzrosła liczba osób, które rozmawiały ze swoimi partnerami o poprzednich doświadczeniach seksualnych i kwestii HIV/AIDS. Z tego względu, kampanię społeczną należy uznać za efektywną.

W roku 2003 nie przeprowadzono analiz porównawczych danych pochodzących z Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych. Nie pozwoliło to na ocenę efektywności akcji „Porozmawiaj o AIDS. Przeszłość bywa groźna! Wykonaj test na HIV!”.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KAMPANII SPOŁECZNYCH PROWADZONYCH W RAMACH II EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV OPIEKI NAD ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS NA LATA 1999-2003:

- w kolejnych latach realizacji Krajowego Programu, prowadzone kampanie koncentrowały się na grupach osób, wśród których – jak wynika z analiz epidemiologicznych - szczególnie często

występują zakażenia HIV. Z tego względu, kampanie należy uznać za dobrze dopasowane do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej;

- w trakcie realizacji programu co roku (poza rokiem 1999) prowadzona była akcja „Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV!”. Cykliczność tych działań należy uznać za istotną zaletę Programu, szczególnie ze względu na potrzebę edukacji społeczeństwa w obszarze testowania w kierunku HIV;
- część kampanii społecznych realizowanych w ramach Programu była poddana ocenie ich efektywności;
- kampanie społeczne, które poddano ocenie efektywności, z punktu widzenia ich dotarcia do grup celowych okazały się efektywne. Strategia dotarcia i wybór kanałów dotarcia została dobrze opracowana;
- prowadzone kampanie, które zostały poddane ocenie efektywności, wykazały ograniczony wpływ na zachowania i postawy osób, do których były skierowane;

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE KAMPANII SPOŁECZNYCH W RAMACH KRAJOWEGO PROGRAMU:

- kampanie społeczne realizowane w ramach Krajowego Programu powinny być każdorazowo poddawane ocenie ich efektywności;
- w celu umożliwienia porównań między poszczególnymi kampaniami należy opracować ujednolicony system ich oceny, który pozwoli na porównania między efektywnością poszczególnych kampanii, co umożliwi monitorowanie efektów i lepsze przygotowanie kampanii na przyszłość. Rekomendujemy wykorzystanie wskaźników UN AIDS.
- działania mające na celu zwiększenie efektywności prowadzonych kampanii powinny iść w stronę zwiększenia ich perswazyjności i wpływania na postawy i opinie osób, do których są skierowane. Wniosek ten opiera się na dotychczasowych wynikach badań efektywności, które wskazują, iż słabym punktem kampanii prowadzonych w ramach Krajowego Programu, nie jest dotarcie do grupy celowej, ale wpływ przekazu kampanii na postawy i opinie;
- w kampaniach społecznych dotyczących HIV/AIDS, szczególnie tych skierowanych do młodych ludzi, można wykorzystać w większym stopniu nowe kanały dotarcia, takie jak Internet i usługi na nim oparte.

PROGRAMY EDUKACYJNE, PROFILAKTYCZNE

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Na podstawie dostępnych danych nie można szczegółowo prześledzić liczby prowadzonych programów edukacyjnych i profilaktycznych. Niemożność ta wynika z nieujednoliconego sposobu prezentowania danych z realizacji Krajowego Programu w poszczególnych latach. Niemniej możliwa jest analiza tego fragmentu działalności profilaktycznej pod kątem zróżnicowania adresatów poszczególnych działań, a przez to określenie przybliżonego zasięgu podjętych działań.

W okresie realizacji Programu w latach 1999-2003 programy edukacyjne i profilaktyczne objęły swoim zasięgiem następujące grupy:

- młodzież uczącą się i studentów;
- osoby z HIV oraz chore na AIDS;
- osoby homo i biseksualne;
- osoby uzależnione od środków odurzających;
- osoby świadczące usługi seksualne oraz
- społeczeństwo jako całość.

W analizowanym okresie największa liczba programów edukacyjno – profilaktycznych objęła młodzież uczącą się i studentów. Programy te miały bardzo zróżnicowaną formę i zasięg przestrzenny (wojewódzki, ponadwojewódzki oraz ogólnopolski). Wśród form działań podejmowanych w ramach programów były zarówno spotkania z młodzieżą, organizowanie warsztatów i stoisk informacyjnych, a także rozmaite formy wydawnicze (książkowe i multimedialne) oraz olimpiady wiedzy o HIV/AIDS.

W szerokim stopniu, działaniami edukacyjnymi został objęty również ogół społeczeństwa. Podobnie, jak w przypadku młodzieży programy te miały rozmaity zasięg i przebieg oraz różną formę. Były wśród nich wydawnictwa (także w formie plakatowej), spotkania i warsztaty grupowe.

Działaniami profilaktycznymi w ramach II edycji Krajowego Programu została objęta również grupa osób zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz ich rodziny i najbliżsi. Działania edukacyjne i profilaktyczne w tym obszarze miały na celu zarówno informowanie i edukację zakażonych i chorych oraz ich otoczenia, ale również miały na celu wsparcie osób z HIV/AIDS. Zasięg przestrzenny tych działań był zróżnicowany, tak samo jak ich formy (publikacje, warsztaty, spotkania).

W szerokim stopniu działaniami profilaktyczno – edukacyjnymi zostały też objęte grupy o wysokim natężeniu zachowań ryzykownych – osoby homo i biseksualne, świadczące usługi seksualne, a także

osoby używające środków odurzających. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na cykliczność działań, szczególnie tych realizowanych jako programy redukcji szkód wśród osób stosujących dożylnie środki odurzające. Warte podkreślenia jest rozszerzanie działalności profilaktyczno – informacyjnej na osoby homo i biseksualne, a także na osoby świadczące usługi seksualne i ich klientów.

WNIOSKI DOTYCZĄCE PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNO – INFORMACYJNYCH

- niemożliwe jest ilościowe porównanie programów profilaktyczno – informacyjnych prowadzonych w poszczególnych latach pod względem ich liczby i liczby uczestników. Należy jednak zwrócić uwagę na ich zróżnicowany zasięg (zarówno rozumianego jako zasięg przestrzenny, jak i jako liczba osób objętych działaniami) oraz zróżnicowany krąg odbiorców;
- zróżnicowane spektrum odbiorców działań o tym charakterze jest zgodne z założeniami Krajowego Programu
- w kontekście sytuacji epidemiologicznej (zakażenia głównie wśród młodych osób, również heteroseksualnych, nie używających dożylnych środków odurzających) zróżnicowanie grup objętych tymi działaniami należy uznać za odpowiednio dopasowane do potrzeb i wymagań sytuacji;
- jak wynika z badań przeprowadzonych na zlecenie KC ds. AIDS¹², wg danych przekazanych przez dyrektorów szkół, w 90% szkół informacje dotyczące HIV/AIDS przekazywane były na lekcjach wychowania do życia w rodzinie, biologii i lekcjach religii za pośrednictwem nauczycieli. Zajęć edukacyjnych prowadzonych przez osoby spoza szkoły było mniej niż połowa. Pojawia się jednak problem ograniczonej efektywności, czy dotarcia tych informacji, gdyż, jak wynika z tych samych badań, tylko połowa ankietowanych uczniów przypomina sobie w ogóle, aby w szkole były przekazywane informacje z zakresu problematyki HIV/AIDS. Podobna sytuacja odnosi się do zewnętrznych szkoleń z tej problematyki. Tezę o ograniczonej efektywności potwierdza również inny wynik omawianych badań. Należy zwrócić uwagę, że poziom wiedzy uczniów, którzy byli objęci programem szkoleń i tych, którzy nie korzystali z żadnej formy edukacji szkolnej w zakresie HIV/AIDS są podobne. Wskazuje to, że efektywność prowadzonych działań szkoleniowych jest bardzo niska. Podrzędną rolę programów edukacyjnych i szkoleń prowadzonych w szkołach potwierdzają również sami uczniowie, którzy stwierdzają, iż o HIV/AIDS najwięcej dowiadują się z telewizji, prasy, ulotek i broszur a edukacja szkolna jest wymieniana na czwartym miejscu.

¹² Badanie wśród dyrektorów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Ankietyzacja szkół, „Szkoła jako źródło wiedzy o HIV/AIDS” (A.R.S., grudzień 2003)

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNO – INFORMACYJNYCH:

- zasięg programów profilaktyczno - edukacyjnych (w sensie zróżnicowania grup docelowych) w kolejnych Programach powinien pozostać utrzymany i dodatkowo poszerzony, np. o programy skierowane do osób homoseksualnych, kobiety w ciąży, itp. grup uznanych za priorytetowe dla edukacji w kolejnych edycjach Programu;
- należy opracować i wdrożyć zasady dotyczące zestandaryzowanego ewidencjonowania realizowanych programów profilaktyczno - edukacyjnych. Pozwoli to w przyszłości na bardziej trafną ewaluację, porównania między poszczególnymi kolejnymi latami realizacji Programu, czy nawet między jego realizacją w poszczególnych województwach;
- należy opracować zasady i procedury oceny i ewaluacji prowadzonych programów profilaktyczno - edukacyjnych, co umożliwi ich selekcję pod względem wartości merytorycznej oraz pozwoli na bardziej efektywną alokację środków finansowych.
- w celu zwiększenia efektywności działań szkoleniowych i programów edukacyjnych, szczególnie tych realizowanych wśród młodzieży szkolnej, konieczne jest zaangażowanie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, w zakresie ich opracowywania, jak i realizacji.

SZKOLENIA I WASZTATY

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Również w przypadku szkoleń i warsztatów prowadzonych w ramach II edycji Programu, na podstawie dostępnych danych nie można szczegółowo prześledzić ich liczby. Wynika to z braku zestandaryzowania sposobu prezentowania danych z realizacji Krajowego Programu w kolejnych sprawozdaniach rocznych. Możliwa jest jednak analiza tego fragmentu działalności profilaktycznej pod kątem zróżnicowania jej adresatów.

W okresie realizacji Programu w latach 1999-2003 szkolenia i warsztaty objęły swoim zasięgiem następujące grupy:

- młodzież uczącą się i studentów;
- nauczyciele i pedagodzy;
- specyficzne grupy społeczne narażone na zakażenia HIV z racji wykonywanych zawodów;
- specjalistów i osoby pracujące z osobami żyjącymi z HIV, chorymi na AIDS (także poradnictwo około testowe, edukatorzy);
- lekarze oraz personel medyczny;
- osoby z HIV oraz chore na AIDS;
- osoby homo i biseksualne;
- osoby uzależnione od środków odurzających oraz
- osoby świadczące usługi seksualne.

Warsztaty i szkolenia objęły swoim zasięgiem przede wszystkim zarówno grupę osób dorosłych, jak i młodzieży, a miały na celu przede wszystkim przygotowanie liderów w tematyce HIV/AIDS, edukatorów oraz osób zajmujących się poradnictwem około testowym. Wiele z tych szkoleń i warsztatów kończyła się otrzymaniem przez uczestników certyfikatów. Zakres tematyczny obejmował zróżnicowaną problematykę HIV/AIDS, zarówno wiedzę medyczną, jak również psychologiczno – społeczne aspekty epidemii.

Część warsztatów i szkoleń skierowana była do środowiska osób pracujących na rzecz żyjących z HIV i chorych na AIDS. Miały one na celu poza edukacją i integrację środowiska skupionego w rozmaitych ośrodkach i instytucjach (zarówno rządowych, jak i pozarządowych), a także projektowanie dalszych działań i rozwiązań w walce z HIV/AIDS.

Inną grupą szeroko objętą warsztatami i szkoleniami byli lekarze, pielęgniarki oraz pozostały personel medyczny. Należy zauważyć, że szkolenia i warsztaty skierowane do tej grupy, poza ściśle medycznym

aspektem związany z pracą z osobami zakażonymi i chorymi, obejmowały również aspekty społeczne, uwzględniały kwestie etyczno-moralne. Miały one więc wymiar nie tylko czysto praktyczny, ale również odnosiły się do praw osób z HIV/AIDS, ich odpowiedniego traktowania i pracy wykraczającej poza udzielanie pomocy medycznej.

Również grupa nauczycieli i pedagogów szkolnych została objęta szerokim zakresem szkoleń. Odbiorcami tych działań byli rozmaici nauczyciele, zarówno nauczyciele Wychowania do Życia w Rodzinie, wychowawcy, jak i nauczyciele uczący przedmiotów przyrodniczych, ale także szeroka grupa katechetów. Zajęcia skierowane do nauczycieli nie koncentrowały się wyłącznie na zagadnieniu HIV/AIDS, ale obejmowały swoim zakresem również profilaktykę uzależnień, zagadnienia związane z narkomanią i zachowaniami ryzykownymi. W ten sposób pozwalały bardziej kompleksowo spojrzeć na mechanizmy rozprzestrzeniania się epidemii i wprowadzić te informacje w tok swojej pracy pedagogicznej.

Znaczna część warsztatów i szkoleń realizowanych w ramach II edycji Krajowego Programu była skierowana do specyficznych grup społecznych i służb narażonych na kontakt z osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. Wśród tych grup i służb znalazły się m.in. służby więzienne, policja, straż miejska oraz pozostałe służby ratownicze. Celem tych szkoleń było zarówno przekazanie szerokiego spektrum informacji dotyczących choroby i epidemii, jak i szkolenie osób, które mogłyby później samodzielnie prowadzić szkolenia z zakresu wiedzy o HIV i AIDS.

Część szkoleń i warsztatów realizowanych w latach 1999-2003 w ramach Krajowego Programu była skierowana do osób uzależnionych od środków odurzających, stosujących je dożylnie. Działania te miały na celu kompleksową redukcję szkód w tym środowisku, poprzez działania edukacyjne, minimalizowanie ryzyka podczas zażywania środków, itp.

Podobne szkolenia i warsztaty, mające na celu redukcję szkód i promujące bezpieczniejsze zachowania były skierowane do środowisk osób homo i biseksualnych oraz osób świadczących usługi seksualne.

Pewna część działań szkoleniowo – warsztatowych podjętych w ramach realizacji Krajowego Programu była skierowana *stricto* do młodzieży. Działania te miały na celu przygotowanie młodzieżowych liderów problematyki HIV/AIDS i edukatorów.

Część szkoleń i warsztatów była skierowana do osób żyjących z HIV i chorych na HIV. Ich celem było zapewnienie wsparcia zarażonym i chorym.

WNIOSKI DOTYCZĄCE SZKOLEŃ I WARSZTATÓW

- należy przede wszystkim zwrócić uwagę na zróżnicowany zasięg (przestrzenny, jak i pod względem liczba osób objętych działaniami) i krąg odbiorców szkoleń i warsztatów realizowanych w ramach II edycji Programu. Nie jest jednak możliwa ilościowa ocena i ewaluacja warsztatów i szkoleń prowadzonych w ramach II edycji Krajowego Programu (np. pod względem ich liczby, liczby osób jakie zostały nimi objęte);
- objęcie tak zróżnicowanych grup działaniami o charakterze szkoleniowo – warsztatowym jest zgodne z założeniami Krajowego Programu;
- szkolenia i warsztaty prowadzone w ramach II edycji Krajowego Programu, ze względu na zróżnicowanie grup do jakich były skierowane, należy uznać za dopasowany do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej;
- podobnie, jak w przypadku programów edukacyjnych pojawia się problem ich niskiej efektywności. Jak wynika z badań przeprowadzonych na zlecenie KC ds. AIDS¹³, warsztaty i szkolenie dla młodzieży uczącej się nie wpływają zasadniczo na poziom wiedzy młodych ludzi – poziom wiedzy uczniów, którzy byli objęci programem szkoleń i tych, którzy nie korzystali z żadnej formy edukacji szkolnej były bowiem podobne.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE SZKOLEŃ I WARSZTATÓW:

- w kolejnych Programach należy utrzymać i dodatkowo poszerzyć zasięg prowadzonych szkoleń i warsztatów (w sensie zróżnicowania grup docelowych), np. o szkolenia i warsztaty dla osób homoseksualnych, kobiety w ciąży, itp. grupy uznane za priorytetowe dla kolejnych edycji Programu;
- należy opracować i wdrożyć zestandaryzowane zasady rejestrowania i ewidencjonowania i prowadzonych szkoleń i warsztatów m.in. pod względem liczby uczestników. Pozwoli to w przyszłości na bardziej trafną ewaluację, porównania między poszczególnymi kolejnymi latami realizacji Programu, czy nawet między jego realizacją w poszczególnych województwach;
- powinny zostać opracowane jednolite zasady i procedury ewaluacji prowadzonych szkoleń i warsztatów. Pozwoliłoby to na ich selekcję pod względem wartości merytorycznej i bardziej efektywną alokację środków finansowych;
- podobnie, jak w przypadku programów edukacyjnych skierowanych do młodzieży uczącej się, w celu zwiększenia efektywności działań szkoleniowych konieczne jest zaangażowanie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, zarówno w zakresie ich opracowywania, jak i ich realizacji.

¹³ Badanie wśród dyrektorów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Ankietyzacja szkół, „Szkoła jako źródło wiedzy o HIV/AIDS” (A.R.S., grudzień 2003)

KONFERENCJE I SYMPOZJA

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Podobnie, jak w przypadku programów profilaktycznych, tak i w przypadku konferencji i sympozjów organizowanych w ramach II edycji Programu, dostępne dane nie umożliwiają szczegółowego prześledzenia ich liczby, jak i liczby ich uczestników. Wynika to z nieujednoliczonego sposobu prezentowania danych z realizacji Krajowego Programu w kolejnych sprawozdaniach rocznych.

W takiej sytuacji jest jednak możliwa analiza tych działań pod względem zróżnicowania ich adresatów.

W okresie realizacji Programu w latach 1999-2003 konferencje i sympozja były skierowane do następujących grup:

- młodzieży uczącej się i studentów;
- specjalistów i osoby pracujące z osobami żyjącymi z HIV, chorymi na AIDS (także poradnictwo okóło testowe, edukatorzy);
- lekarzy oraz personelu medycznego;
- osób z HIV oraz chorych na AIDS;
- osób uzależnionych od środków odurzających oraz
- ogółu społeczeństwa.

Największa część konferencji i sympozjów zorganizowanych w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu była skierowana do lekarzy oraz personelu medycznego. Konferencje te i sympozja nie koncentrowały się wyłącznie na medycznych aspektach HIV/AIDS, ale obejmowały również szerszy zakres pracy z zakażonymi i chorymi, obejmujący psychospołeczne aspekty choroby, możliwości i koncepcje profilaktyki HIV/AIDS.

Wśród konferencji i sympozjów znaczna ich część była poświęcona i przeznaczona dla osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Działania te miały na celu nie tylko wsparcie osób zakażonych i chorych, ale również edukację społeczeństwa poprzez osvajanie tematyki HIV/AIDS. Część konferencji i sympozjów adresowanych do zakażonych HIV i chorych na AIDS realizowanych w ramach Krajowego Programu miała cykliczny charakter (Międzynarodowa Konferencja „Człowiek żyjący z HIV/AIDS w rodzinie i społeczeństwie”, Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS oraz Światowy Memoriał Pamięci i Mobilizacji W Walce Z AIDS).

Część konferencji i sympozjów była skierowana do grupy specjalistów pracujących wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Skierowane były one zarówno do edukatorów, liderów problematyki

HIV/AIDS oraz osób prowadzących poradnictwo około testowe. W okresie realizacji Programu w latach 1999-2003 zostały również zorganizowane sympozja i konferencje skupione wokół tematów poświęconych osobom uzależnionym od środków odurzających, a także młodzieży.

Część działań była również skierowana do całości społeczeństwa. Były to przede wszystkim happeningi, przedstawienia teatralne realizowane szczególnie w ostatnich latach realizacji Krajowego Programu.

WNIOSKI DOTYCZĄCE KONFERENCJI I SYMPOZJÓW

- mimo niemożliwości ilościowego ujęcia i oceny warsztatów i szkoleń prowadzonych w ramach II edycji Krajowego Programu (pod względem ich liczby, jak i liczby osób jakie zostały nimi objęte), należy zwrócić uwagę na ich zróżnicowany zasięg (zarówno przestrzenny, jak i pod względem liczba osób objętych działaniami) oraz na zróżnicowany krąg odbiorców;
- włączenie do udziału w konferencjach i sympozjach tak szerokiego zakresu różnych grup jest zgodne z założeniami Krajowego Programu;
- konferencje i sympozja organizowane w ramach II edycji Krajowego Programu, ze względu na ich szeroki wachlarz działań należy uznać za dopasowany do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE KONFERENCJI I SYMPOZJÓW:

- zasięg konferencji i sympozjów organizowanych w ramach II edycji Krajowego Programu (w sensie zróżnicowania grup docelowych) powinien pozostać w kolejnych Programach utrzymany i dodatkowo rozszerzony, np. o tematykę poświęconą osobom homoseksualnym, kobietom w ciąży, itp. grupy uznane za priorytetowe dla kolejnych edycji Programu;
- należy opracować i wdrożyć zasady dotyczące rejestrowania i ewidencjonowania konferencji i sympozjów np. pod względem liczby uczestników. Pozwoli to na bardziej trafną ewaluację, porównania między poszczególnymi kolejnymi latami realizacji Programu, czy nawet między jego realizacją w poszczególnych województwach;
- należy opracować zestandaryzowane zasady i procedury oceny organizowanych konferencji i sympozjów. Umożliwiłoby to selekcję pod względem ich wartości merytorycznej, a przez to bardziej efektywną alokację środków finansowych.

BADANIA SOCJOLOGICZNE

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

W roku 1999, w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS zrealizowano 3 projekty badawcze:

- badania jakościowe na temat postaw pracowników służb socjalnych wobec wybranych problemów HIV i AIDS (RUN Badania Rynkowe i Społeczne, badanie metodą FGI);
- badania ilościowe na temat postaw pracowników służb socjalnych wobec wybranych problemów HIV i AIDS (RUN Badania Rynkowe i Społeczne, N=750, pracownicy służby zdrowia);
- badania ankietowe na temat postaw i wiedzy społeczeństwa polskiego wobec wybranych problemów HIV i AIDS oraz narkomanii (RUN Badania Rynkowe i Społeczne, N=1200 osób w wieku 18 do 65 lat, ogólnopolska próba reprezentatywna);

W roku 2000, w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu zrealizowano również 3 projekty badawcze:

- badanie ilościowe studentów pierwszego i ostatniego roku akademii medycznych wobec problematyki HIV i AIDS; cel badania: opisanie stanu wiedzy i postaw psychologicznych (RUN Badania Rynkowe i Społeczne, badanie metodą wywiadu kwestionariuszowego);
- badanie jakościowe studentów pierwszego i ostatniego roku akademii medycznych wobec problematyki HIV i AIDS; cel badania: opisanie stanu wiedzy i postaw psychologicznych (RUN Badania Rynkowe i Społeczne, badanie metodą FGI);
- badanie case study „Jakość życia osób seropozytywnych”, poświęcone jakości życia osób zakażonych w środowisku rodzinnym, towarzyskim, zawodowym i emocjonalnym (Stowarzyszenie Na Rzecz Prewencji HIV/AIDS i Innych Chorób Przenoszonych Drogą Płciową „TADA”; badanie objęło 60 osób).

W roku 2001, w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu zrealizowano 1 projekt badawczy:

- badanie ilościowe „WIEDZA, POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC HIV/AIDS I ZACHOWANIA SEKSUALNE” (TNS OBOP, N=3200, osoby w wieku 15 do 49 lat, ogólnopolska próba reprezentatywna). Badania było częścią międzynarodowego projektu, zainicjowanego przez Światową Organizację Zdrowia w 1994, a zrealizowanego przez UNAIDS.

W roku 2002, w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu zrealizowano 4 projekty badawcze:

- analiza porównawcza ankiet z akcji anonimowego i bezpłatnego testowania Nie żyj w niepewności! Wykonaj test na HIV! oraz całorocznej pracy punktów w 2001 r. (RUN Badania Rynkowe i Społeczne);
- badanie efektywności multimedialnej kampanii społecznej pod hasłem „HIV nie wybiera. Ty możesz” (TNS OBP, N=300, młodzież w wieku 15-19 lat, próba reprezentatywna);
- surveillance biologiczny i behawioralny w aspekcie HIV/AIDS, w grupie osób komercyjnie świadczących usługi seksualne na terenie Polski (TNS OBOP, N=400)
- badania efektywności finansowej prewencji HIV/AIDS;

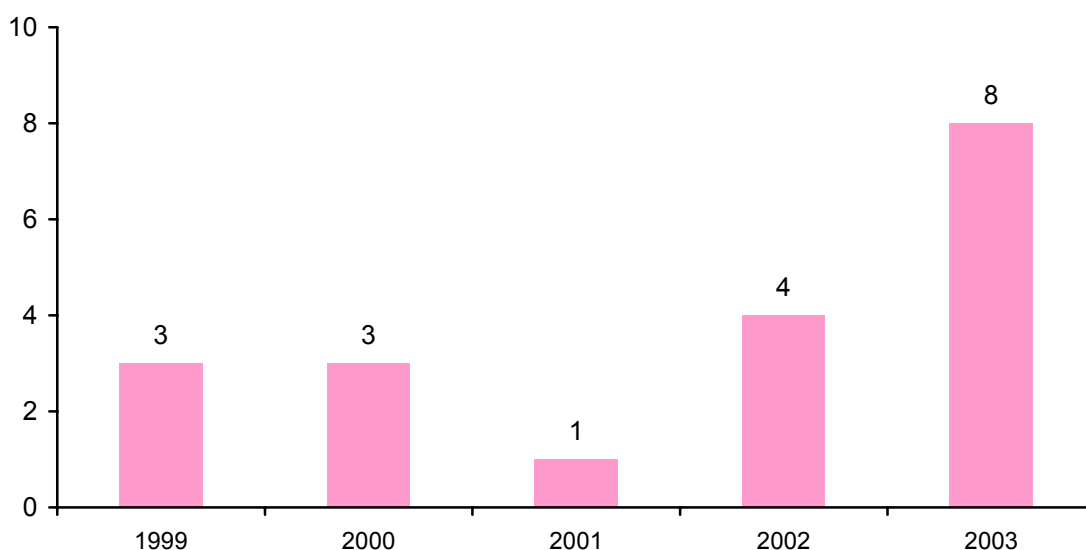
W roku 2003, w ramach realizacji II edycji Krajowego Programu zrealizowano 8 projektów badawczych:

- badanie wiedzy i postaw nauczycieli wobec problematyki HIV/AIDS; badanie ankietowe prowadzone wśród uczestników szkoleń (RUN Badania Rynkowe i Społeczne);
- badanie pilotażowe „Jakości życia osób zakażonych HIV”; badanie prowadzone metodą ankiety audytoryjnej (RUN Badania Rynkowe i Społeczne);
- badanie mające na celu ocenę samorządu terytorialnego w realizacji zadań Krajowego Programu
- badanie wśród dyrektorów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych - ankietyzacja szkół, „Szkoła jako źródło wiedzy o HIV/AIDS” (A.R.S.);
- badanie efektywności multimedialnej kampanii społecznej skierowanej do par heteroseksualnych pod hasłem: Porozmawiaj o AIDS. Przeszłość bywa groźna. (TNS OBOP; N=600, reprezentatywna próba Polaków w wieku 18-39 lat);
- analiza ankiet z punktów konsultacyjno – diagnostycznych w roku 2002 (RUN Badania Rynkowe i Społeczne);
- badanie efektywności działań prewencyjnych w kierunku ograniczenia epidemii HIV/AIDS w Polsce w latach 1998-2001

oraz

- badanie oznaczenia lekooporności izolatów HIV.

Wykres 7. Liczba projektów badawczych realizowanych w ramach II edycji Krajowego Programu



Wykres podsumowuje liczbę projektów badawczych prowadzonych w ramach II edycji Krajowego Programu. W ostatnich latach jego realizacji widoczny jest dynamiczny wzrost liczby realizowanych projektów badawczych.

WNIOSKI DOTYCZĄCE BADAŃ SOCJOLOGICZNYCH PROWADZONYCH W LATACH 1999-2003 W RAMACH KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV OPIEKI NAD ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS I ICH OCENA:

- w trakcie trwania II edycji Krajowego Programu zrealizowano w sumie 19 projektów badawczych;
- w kolejnych latach realizowania Programu można zaobserwować zwiększającą się dynamikę prowadzonych badań. Wraz z dynamiką badań wzrastało ich tematyczne zróżnicowanie;
- w swojej tematyce przeprowadzone projekty badawcze dotyczyły różnych kwestii związanych z realizacją Krajowego Programu. Koncentrowały się one m.in. na problematyce:
 - o jakości życia osób z HIV/AIDS;
 - o postaw różnych grup społecznych wobec problemu HIV/AIDS oraz osób zakażonych i chorych;
 - o poziomie wiedzy różnych grup społecznych na temat HIV/AIDS;
 - o efektywności prowadzonych kampanii społecznych;
 - o efektywności podejmowanych działań szkoleniowych i edukacyjnych;
 - o grup o wysokim poziomie zachowań ryzykownych;

- o działalności Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych;
 - o efektywności finansowej i ewaluacji Krajowego Programu oraz
 - o badania medyczne;
- podejmowana problematyka badawcza dzięki swojej różnorodności obejmowała wszystkie obszary tematyczne i grupy uwzględnione w Krajowym Programie;
- znaczna część projektów badawczych miała na celu monitorowanie zadań realizowanych w ramach Krajowego Programu. Wyniki tych badań pozwalają dokonać oceny podejmowanych działań w kategoriach ich efektywności;
- część projektów badawczych była kontynuowana w kolejnych latach realizowania programu, co pozwala na monitorowanie trendów i zmian. Dzięki temu możliwa jest ocena efektywności podejmowanych działań w dłuższej perspektywie czasowej.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI BADAWCZEJ:

- w celu ściślejszego określenia efektywności prowadzonych kampanii społecznych rekomenduje się kontynuowanie każdorazowych badań efektywności tych kampanii. Aby umożliwić porównywalność poszczególnych kampanii społecznych rekomenduje się dalsze prowadzenie badań ich efektywności wg zbliżonego schematu, zaprezentowanego we wcześniejszych badaniach;
- rekomenduje się rozszerzenie działań mających na celu ewaluację prowadzonych działań szkoleniowych i ocenę ich efektywności;
- rekomenduje się rozszerzenie działań mających na celu ewaluację efektywności finansowej podejmowanych działań.

DZIAŁANIA DORAŻNE

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Na podstawie dostępnych danych nie można szczegółowo prześledzić liczby podjętych działań doraźnych, ani liczby osób jakie zostały nimi objęte. Możliwy jest więc przegląd podejmowanych działań doraźnych, pod kątem ich zróżnicowania.

W okresie realizacji Programu w latach 1999-2003 działania doraźne polegały m.in. na:

- dofinansowywaniu osad readaptacyjnych;
- organizowaniu wczasów rehabilitacyjno – edukacyjnych dla rodzin dotkniętych problemem HIV, AIDS;
- zakupie i rozdawnictwie prezerwatyw wśród różnych kręgów społeczeństwa;
- prowadzeniu ulicznej wymiany igieł i strzykawek;
- organizacji Centrum Edukacji, Dokumentacji i Informacji o AIDS (CEDIA);
- prowadzeniu ogólnopolskiego, całodobowego telefonu zaufania AIDS;
- prowadzeniu internetowej poradni HIV i AIDS;
- prowadzeniu „Zielonej Linii AIDS” oraz
- prowadzeniu strony internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS.

Jak widać, działania doraźne prowadzone w ramach realizacji II edycji Programu skierowane były zarówno do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, miały charakter profilaktyczno – edukacyjny i obejmowały zróżnicowane grupy społeczeństwa, w tym osoby o zachowaniach ryzykownych. Obejmowały również szeroki zakres działań informacyjnych.

Na szczególną uwagę zasługuje ogólnopolski Telefon Zaufania, w ramach którego od początku działalności w roku 1996, do roku 2003 udzielono prawie 64 tys. porad. Jak wynika z danych, osoby korzystające z porad telefonicznych to przede wszystkim mężczyźni, którzy stanowią 2/3 dzwoniących. Największa grupa osób kontaktujących się z Telefonem zaufania to osoby w wieku 20 – 25 lat. W rozmowach dominowały przeważnie tematy ryzykownych zachowań seksualnych. Osoby dzwoniące chciały najczęściej ocenić ryzyko zakażenia, możliwość i potrzebę wykonania testu.

Liczbę rozmów zrealizowanych w kolejnych latach realizacji II programu szczegółowo przedstawia poniższa tabela.

Tabela 11. Liczba osób korzystających z porad ogólnopolskiego Telefonu HIV, AIDS w poszczególnych latach

Rok	Liczba rozmów
1999	7303
2000	9282
2001	10020
2002	11053
2003	10646
razem	48304

Liczba rozmów przeprowadzonych w latach 1999-2003 wyniosła w sumie ponad 48 tys. porad. Ich liczba sukcesywnie wzrastała w kolejnych latach i osiągnęła największą wartość w roku 2002 (11 tys.). W końcowych latach realizacji Programu utrzymywała się na poziomie 10 tys. rozmów rocznie.

Innym wartym podkreślenia elementem działalności doraźnej w zakresie profilaktyki i edukacji była Internetowa Poradnia ds. HIV i AIDS: Rozpoczęła ona swoją działalność 1 września 2002 roku. W roku 2002 odebrano i odpowiedziano na 1 215 emaili, natomiast w roku 2003 porad tych („by email”) było 1 452. Odpowiedzi na pytania udzieli lekarze – specjaliści chorób zakaźnych, a także osoby doradzające, gdzie można uzyskać pomoc i wsparcie psychologiczne. Zakres działalności obejmował więc szerokie spektrum zagadnień, w tym poradnictwo, konsultacje medyczne, profilaktyka HIV/AIDS.

Należy zauważyć, że zarówno Telefon Zaufania, jak i Internetowa Poradnia HIV/AIDS pozwalały na szybką i profesjonalną konsultację w zakresie HIV/AIDS, przy zachowaniu pełnej anonimowości, wykorzystująca nowe kanały komunikacyjne i możliwości, takie jak Internet.

WNIOSKI DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI DORAŻNEJ REALIZOWANEJ W RAMACH II EDYCJI KRAJOWEGO PROGRAMU:

- na podstawie dostępnych materiałów nie jest możliwe ilościowe ujęcie i ocena działalności doraźnej prowadzonej w ramach Krajowego Programu. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że miały one zróżnicowany krąg odbiorców i szeroki zasięg, między innymi dzięki zastosowaniu nowych kanałów dotarcia;
- objęcie szerokiego zakresu grup działaniami doraźnymi jest zgodne z założeniami Krajowego Programu;

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE SZKOLEŃ I WARSZTATÓW:

- zakres działań doraźnych w kolejnych edycjach Krajowego Programu powinien pozostać utrzymany i dodatkowo rozszerzony, tzn. objąć swoim zasięgiem jeszcze inne grupy, np. osoby homoseksualne, kobiety w ciąży, itp. - grupy uznane za priorytetowe dla kolejnych edycji Programu;
- powinno się wdrożyć zestandaryzowane zasady dotyczące rejestrowania i ewidencjonowania prowadzonych działań doraźnych m.in. pod względem zakresu osób, jakie zostały objęte ich zasięgiem. W przyszłości pozwoli to na bardziej trafną ewaluację tych działań, porównania między poszczególnymi kolejnymi latami realizacji Programu, czy nawet między jego realizacją w poszczególnych województwach;

BEZPŁATNE I ANONIMOWE PUNKTY TESTOWANIA W KIERUNKU HIV

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

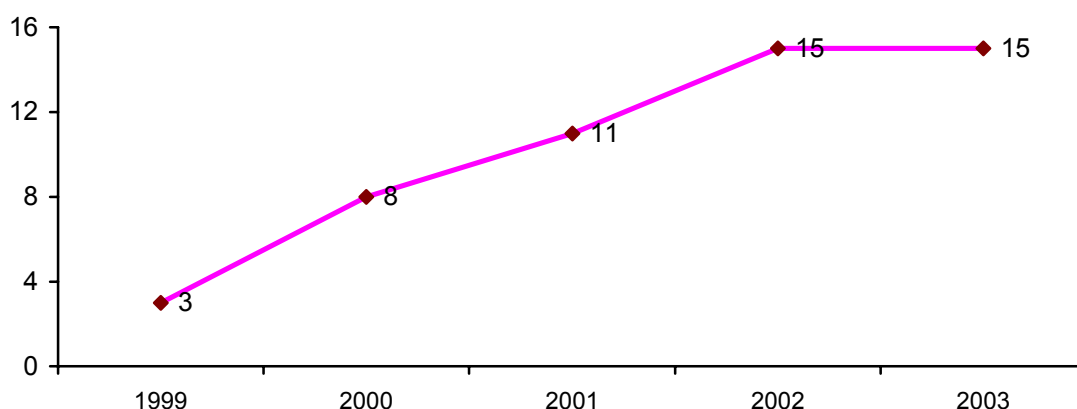
Stworzenie sieci bezpłatnych i anonimowych punktów testowania w kierunku HIV stanowiło istotny cel z zakresu profilaktyki, jaki miał do zrealizowania II Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS. Nadzędnym celem w tym zakresie było stworzenie w każdym z województw przynajmniej jednego punktu anonimowych badań w kierunku zakażenia HIV.

Szczegółowe informacje dotyczące powstawania Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych przedstawia poniższa tabela

Tabela 12. Liczba i lokalizacji PKD w poszczególnych latach realizacji Krajowego Programu

Rok realizacji Programu	Liczba punktów	Miejscowości w jakich mieściły się punkty
1999	3	Szczecin, Koszalin, Warszawa
2000	8	Szczecin, Warszawa, Poznań, Kraków, Lublin, Opole, Zielona Góra, Wrocław
2001	12	Szczecin, Warszawa, Poznań, Kraków, Lublin, Opole, Zielona Góra, Wrocław, Bydgoszcz, Koszalin, Olsztyn, Kielce
2002	15	Warszawa, Bydgoszcz, Kielce, Koszalin, Kraków, Lublin, Olsztyn, Opole, Poznań, Szczecin, Wrocław, Zielona Góra, Białystok, Gdańsk, Chorzów
2003	15	Warszawa, Bydgoszcz, Koszalin, Kraków, Lublin, Olsztyn, Opole, Poznań, Szczecin, Wrocław, Zielona Góra, Białystok, Chorzów, Gdańsk, Kielce

Wykres 8. Liczba Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych zakładanych w latach 1999-2003



Liczba PKD istniejących na terenie całego kraju, wzrastała w kolejnych latach realizacji II edycji Krajowego Programu bardzo dynamicznie. W ciągu całego okresu realizacji Programu (1999-2003) liczba działających PKD wzrosła o 12. Należy jednak zauważyć, że do roku 2003 (zakończenie Programu) działało 15 Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych, czyli o jeden mniej niż założono. PKD nie stworzono m.in. w Łodzi.

Dodatkowo, w celu oceny efektywności działania PKD należy przeanalizować liczbę osób korzystających z możliwości wykonania anonimowych i bezpłatnych testów w kierunku HIV.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 13. Efekty działalności PKD w poszczególnych latach realizacji Krajowego Programu

Rok realizacji Programu	Liczba osób, które wykonały testy	Liczba osób, u których wykryto zakażenie HIV
1999	brak danych	brak danych
2000	brak danych	brak danych
2001	brak danych	33 (61*)
2002	5 857	63
2003	8 423	93

* łącznie z akcją anonimowego testowania w PKD

Mimo ograniczonego spektrum dostępnych danych, można zauważyć, że w kolejnych latach realizacji Programu dynamizuje się zarówno liczba osób dobrowolnie wykonujących w PKD test, jak również liczba tych, u których wykryto zakażenie HIV. Dane te pozwalają pozytywnie ocenić działalność PKD.

Dla oceny działalności PKD w ramach II edycji Programu istotne jest też wprowadzenie od roku 2001 badań wśród osób, które zgłaszały się w celu wykonania testu. Badania te pozwalały spojrzeć na pracę PKD oraz poznać strukturę osób zgłaszających się na testy. Mogą one również służyć ocenie pozostałych działań podejmowanych w ramach II edycji Programu, pod względem ich skuteczności i efektywności. Celem tych działań było monitorowanie charakterystyki osób zgłaszających się na testy pod względem cech demograficznych, przeszłych doświadczeń i zachowań ryzykownych w kontekście HIV/AIDS

Badania te prowadzone były przez RUN Badania Rynkowe i Społeczne. Obejmowały one:

- w roku 2001¹⁴: 559 ankiety ze specjalnej akcji testowania wykonanej w powołanych ad – hoc i w działających stale Punktach Konsultacyjno – Diagnostycznych (24 placówki) oraz 501 ankiet zebranych w trybie standardowym w działających stale Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (10 placówek);
- w roku 2002¹⁵: 1054 ankiety i wywiady pochodzące z 14 Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych działających w standardowym trybie;
- w roku 2003¹⁶: 1045 ankiety i wywiady pochodzące z 13 Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych działających w standardowym trybie;

Materiał zebrany w latach 2001-2003 pozwala na analizy porównawcze. Dzięki temu możliwa jest ocena działalności Punktów Diagnostyczno – Konsultacyjnych, a pośrednio również ocena efektywności kampanii społecznych przekonujących do wykonania testu w kierunku HIV.

Główne wnioski płynące z tych analiz¹⁷ są następujące:

- dostrzegalne są pewne niewielkie zmiany w charakterystyce demograficznej osób zgłaszających się do wykonania testów:
 - o nieznacznie rośnie udział mężczyzn wśród osób zgłaszających się do wykonania testu - 55% w roku 2001, 58% w roku 2002 i 59% w roku 2003;
 - o nieznacznie maleje udział kobiet wśród osób zgłaszających się do wykonania testu – 45% w roku 2001, 42% w 2002 i 41% w roku 2003;
 - o nieznacznie waha się udział osób w wieku 21-25 lat wśród osób, które zgłaszają się do wykonania testu – 36% w roku 2001, 37% w 2001 i 31% w roku 2003;

¹⁴ RUN Badania Rynkowe i Społeczne: Analiza wyników ankiet wypełnianych w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych w roku 2001

¹⁵ RUN Badania Rynkowe i Społeczne: Analiza wyników ankiet wypełnianych w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych w roku 2002

¹⁶ RUN Badania Rynkowe i Społeczne: Analiza wyników ankiet wypełnianych w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych w roku 2003 (wstępna wersja)

¹⁷ RUN Badania Rynkowe i Społeczne: Analiza wyników wywiadów w Punktach Konsultacyjno Diagnostycznych w latach 2001-2003 (wstępna wersja)

- o sukcesywnie wzrasta odsetek mieszkańców województw: pomorskiego, śląskiego i w nieco mniejszym stopniu małopolskiego, maleje natomiast odsetek osób zgłaszających się do wykonania testu w województwie lubelskim i mazowieckim;
- na przestrzeni lat 2001-2003, wśród osób zgłaszających się do PKD w celu wykonania testu, maleje odsetek osób, które w kiedyś w przeszłości wykonywały już test w kierunku HIV – w roku 2001 wynosi on 28%, w 2002 – 25%, w roku 2003 – 23%. Oznacza to, że wśród osób zgłaszających się do PKD zwiększa się odsetek osób, które test wykonują po raz pierwszy;
- w roku 2003, w stosunku do roku 2001, wzrosła liczba osób testowanych deklarujących orientację heteroseksualną – w roku 2001 wynosiła ona 77,9%, a w roku 2003 – 85,5%;
- wśród osób zgłaszających się na wykonanie testu systematycznie, choć powoli, rośnie grupa osób deklarujących, że w kontaktach seksualnych nie stosują prezerwatyw;
- w latach 2001-2003 odsetek osób stosujących drogą dożylną środki odurzające pozostaje stabilny;
- w roku 2002, w porównaniu do roku 2001, wśród osób zgłaszających się do PKD w celu wykonania testu wzrasta odsetek osób, które korzystają z usług seksualnych. W roku 2003 odsetek ten maleje;
- ze względów metodologicznych niemożliwe są porównania danych pod kątem ryzykownych zachowań seksualnych, jakie miały osoby zgłaszające się do PKD w celu wykonania testu;

WNIOSKI DOTYCZĄCE DZIAŁANOŚCI PKD:

- w trakcie realizacji II edycji Krajowego Programu założono 12 nowych Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych i utrzymano w sumie działalność 15 Punktów;
- nie udało się w pełni zrealizować założeń Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003, gdyż na koniec realizacji Programu nie w każdym z istniejących 16 województw istniał przynajmniej jeden Punkt anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV;
- prowadzone od roku 2001 analizy wywiadów i ankiet przeprowadzanych w związku z testem w kierunku HIV pozwalają monitorować charakterystykę społeczno – demograficzną osób zgłaszających się na test. Stanowi to dobre narzędzie do oceny działalności samych Punktów oraz odpowiedni materiał do budowania dalszych strategii i kampanii informacyjnych.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PUNKTÓW KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNYCH:

- dalsze rozwijanie sieci PKD, zwiększenie ich liczby do min. jednego w województwie oraz tworzenie kolejnych w innych miastach poszczególnych województw;
- dalsze zbieranie informacji na temat liczby osób zgłaszających się do PKD, wykonujących test i osób u których wykryto zakażenie HIV. Rekomenduje się też jednolity sposób raportowania tych danych;
- dalsze analizowanie danych z ankiet i wywiadów realizowanych w związku z wykonywaniem testu oraz opracowanie jednolitej metodologii zbierania danych i sposobu ich opracowywania. Umożliwi to bezpośrednie porównania między poszczególnymi latami i zapewni stały monitoring działalności PKD i profilu społeczno – demograficznego osób zgłaszając się w celu wykonania testu. Analizy takie stanowić mogą cenny materiał do wykorzystania przy budowaniu strategii kampanii społecznych nakłaniających do wykonania testu w kierunku HIV.

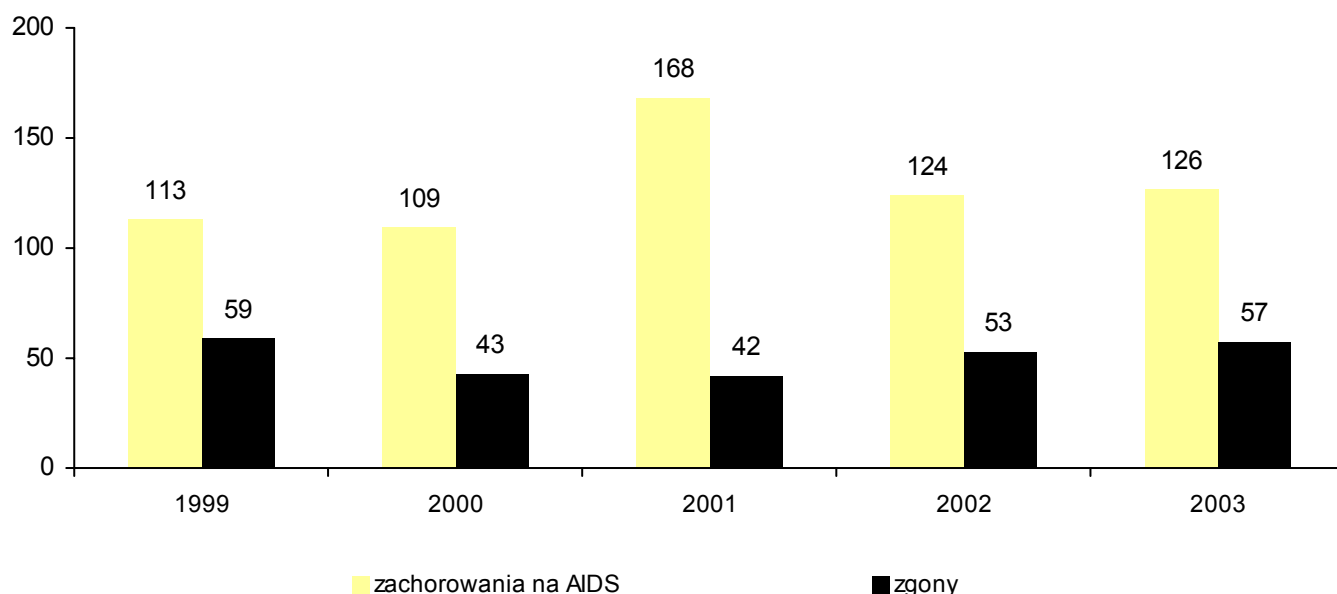
II. OCENA W ZAKRESIE POPRAWY JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Drugim z celów, przyjętych w Krajowym Programie było doskonalenie systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, który miał być realizowany przede wszystkim poprzez leczenie antyretrowirusowe.

Jak wynika z danych¹⁸ w Polsce od początku epidemii, tj. od 1985 r. do dnia 31 grudnia 2003 r. wykryto 8491 przypadków zakażenia wirusem HIV. Ogółem od 1986 odnotowano 1366 zachorowań na AIDS - zmarło 665 pacjentów. Szczegółowe dane dla okresu realizacji II edycji Krajowego Programu przedstawia poniższy wykres.

Wykres 9. Liczba zachorowań na AIDS oraz zgonów w latach 1999-2003



Jak wynika z tych danych, w okresie realizacji II edycji Krajowego Programu (1999-2003) sytuacja w zakresie zachorowań na AIDS i zgonów była raczej stabilna. Dlatego też można uznać, że działania zmierzające w tym kierunku były efektywne. Jest to przede wszystkim zasługą prowadzonego leczenia antyretrowirusowego.

W latach 1999 – 2000 terapia antyretrowirusowa była realizowana w Polsce w ramach tzw. procedur wysokospecjalistycznych, na podstawie umów zawartych między Ministerstwem Zdrowia, a 14

¹⁸ Sprawozdanie roczne za rok 2003, str. 108, Krajowe Centrum ds. AIDS

ośrodkami referencyjnymi, prowadzącymi opiekę stacjonarną i ambulatoryjną nad ludźmi żyjącymi z HIV. W okresie tym leczeniem objęto łącznie grupę około 1 100 osób.

Od 2001 roku leczenie antyretrowirusowe osób wymagających terapii oraz osób, które wymagały kontynuacji już rozpoczętego leczenia było realizowane dzięki wprowadzeniu programu polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia - „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”.

Na dzień 31 grudnia 2003 r. leczeniem antyretrowirusowym zostało objętych 2100 pacjentów, w tym 81 dzieci zakażonych HIV.

Z danych wynika więc, że liczba osób objętych leczeniem w okresie realizacji Krajowego Programu na lata 1999-2003 stale wzrastała. Ponadto należy zauważyć, że w latach 1999 – 2002 zanotowano spadek zapadalności na AIDS, który można, przynajmniej częściowo, uznać za efekt prowadzonego leczenia. Z drugiej strony, obserwowana jest w ostatnich latach znaczna dynamika wzrostu liczby pacjentów wymagających leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Sytuacja ta może stwarzać problemy w kolejnych latach realizacji Krajowych Programów.

W ramach realizacji Krajowego Programu na lata 1999-2003 była również prowadzona profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko. Profilaktyka zakażeń wertykalnych stosowana jest w Polsce od 1994 roku.

W okresie realizacji II edycji Programu, w skali roku leki antyretrowirusowe otrzymywało w sumie ok. 125 kobiet ciężarnych zakażonych HIV i ich narodzonych dzieci. Należy zauważyć, iż dzięki stosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej odsetek zakażeń wertykalnych matka – dziecko zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do 0,5% zakażeń HIV w grupie noworodków w roku 2003. Ten wynik należy uznać za niewątpliwy sukces odniesiony w ramach realizacji Krajowego Programu.

Leczenie antyretrowirusowe było również wdrażane u pacjentów poekspozycyjnych, jako element profilaktyki zakażeń.

Działania w zakresie poprawy jakości oraz dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS nie dotyczyły wyłącznie kwestii związanych z leczeniem. Innym istotnym elementem Krajowego Programu na lata 1999-2003 było zapewnienie osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS wsparcia psychicznego i socjalnego.

Jak wynika z analizy dostępnych danych, zadania z zakresu wsparcia psychologicznego osób z HIV/AIDS i ich bliskich były realizowane na dość ogólnym poziomie. W okresie realizowania II edycji Krajowego Programu organizowane były cyklicznie konferencje i spotkania osób żyjących z HIV i

chorych na AIDS oraz warsztaty dla osób o odmiennych statusach serologicznych. Wśród działań na rzecz tej grupy były również inicjatywy międzynarodowe. Jak wspomniano, działania te miały jednak dość ogólny charakter i ograniczony zasięg.

Brak jest natomiast informacji o sukcesywnej pomocy psychologicznej i poradnictwu dla osób z HIV/AIDS prowadzonych na poziomie regionalnym. Brak jest też informacji o prowadzonej działalności w zakresie pomocy socjalnej dla osób zakażonych i chorych.

Krajowy Program na lata 1999-2003 zakładał również poprawę w sposobie traktowania osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. W tym kontekście należy zauważyć, że jak wynika z analizy danych z badań, wartość wskaźnika dyskryminacji osób z HIV/AIDS w okresie realizacji Programu zmalała, w porównaniu z rokiem 1997¹⁹. Należy to uznać za wymierny sukces. Na uwagę w tym kontekście zasługuje również realizacja rozmaitych programów, warsztatów i szkoleń prowadzonych na rzecz tolerancji wobec osób z HIV/AIDS. Wśród nich były również działania skierowane do trudnych grup społecznych, choćby takich jak osoby osadzone w zakładach penitencjarnych.

Trzeba też wspomnieć o działalności wydawniczej realizowanej w ramach II edycji Krajowego Programu. Część z realizowanych wydawnictw miała na celu szerzenie postaw tolerancji wobec osób z HIV/AIDS, zarówno poprzez edukację, jak i przybliżanie sytuacji życiowej osób zakażonych i chorych (publikacje beletrystyczne). Z kolei część wydawnictw była skierowana do szerokiego i zróżnicowanego kręgu specjalistów i odnosiła się do kwestii prawnych w kontekście ochrony i respektowania praw człowieka w odniesieniu do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Stanowiły one element realizacji założeń Krajowego Programu, który miał również na celu dbanie o przestrzeganie praw człowieka wobec osób z HIV/AIDS.

Należy też wspomnieć, iż w latach 1999-2003 na rzecz poprawy jakości oraz dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS prowadzone były projekty badawcze mające na celu określenie szeroko rozumianego poziomu i warunków życia osób zakażonych, segmentację zakażonych ze względu na źródła zakażeń oraz warunki i komfort życia w rozbiciu na różne czynniki, a także analizę jakości życia i opieki nad osobami zakażonymi i chorymi, aspekty socjalne i medyczne.

WNIOSKI DOTYCZĄCE POPRAWY JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS:

¹⁹ patrz str. 49 niniejszego opracowania

- w latach realizowania II edycji Krajowego Programu liczba zachorowań na AIDS oraz zgonów była stabilna. Wskazuje to na fakt, że opieka medyczna nad osobami zakażonymi i chorymi cechowała się skutecznością;
- terapia antyretrowirusowa prowadzona w ramach realizacji Programu obejmowała szeroki krąg osób zakażonych i cechowała się efektywnością. W latach realizacji Programu zanotowano spadek zapadalności na AIDS, który można, przynajmniej częściowo, odnieść do prowadzonego leczenia;
- wysoką skutecznością cechowało się profilaktyczne leczenie antyretrowirusowe w zakażeniach wertykalnych matka – dziecko. Dzięki podejmowanemu leczeniu udało się znacznie obniżyć odsetek zakażeń HIV w grupie noworodków, których matki były zakażone HIV. Był to niewątpliw sukces realizacji II edycji Krajowego Programu;
- wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS obejmowało w latach 1999-2003 działania na wysokim szczeblu ogólności (działania ogólnokrajowe);
- w okresie realizacji Programu wzrosła akceptacja dla osób z HIV/AIDS. W pewnym zakresie była to z pewnością zasługa działań podejmowanych w ramach realizacji Programu;
- w latach 1999-2003 rozpoczęto pierwsze badania socjologiczne nad jakością życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS:

- kontynuacja leczenia antyretrowirusowego wśród wszystkich grup, które dotychczas zostały objęte leczeniem;
- rozwinięcie i usprawnienie systemu opieki medycznej nad kobietami żyjącymi z HIV w zakresie rozpoznania i leczenia dysplazji i raka szyjki macicy oraz dostępu do specjalistycznej opieki ginekologicznej;
- należy również rozszerzyć zakres pomocy psychologicznej dla osób z HIV/AIDS. W tym celu należy rozwinąć siatkę poradni prowadzących poradnictwo lub grupy wsparcia dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
- należy również rozszerzyć zakres pomocy socjalnej dla najuboższych osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.