



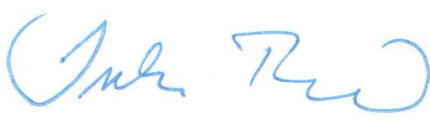
*Empowered lives.
Resilient nations.*

Závěrečná zpráva z evaluace projektu

Prevence, výživa a komplexní podpora
pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS
v distriktě Kisumu
(SAMRS 2007/03/40)

Ing. Inka Píbilová, MAS

Závěrečná zpráva z evaluace projektu Prevence, výživa a komplexní podpora pro děti
a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)

Název projektu ve slovenštině:	Prevencia, výživa a komplexná podpora detí a rodiny postihnutých HIV/AIDS v distrikte Kisumu (SAMRS 2007/03/40)
Název projektu v angličtině:	Prevention, nutrition and complex support for children and families living with HIV/AIDS (SAMRS 2007/03/40)
Název projektu v češtině:	Prevence, výživa a komplexní podpora pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)
Místo realizace:	Kisumu, Provincie Nyanza, Keňa
Období realizace:	II / 2008 – VI / 2009
Celková výška nákladů na projekt:	Plán 10.484.750 Sk (348.030 EUR), skutečnost 266.940,24 EUR
Čerpání z prostředků ODA SK:	Plán 7.000.000 Sk (232.357 EUR), skutečnost 207.780,39 EUR
Spolufinancování:	Plán 3.484.750 Sk (115.673 EUR, tj. 33,24%), skutečnost 59.159,85 EUR, tj. 22,16%
Realizátor projektu:	MAGNA Deti v núdzi Slovensko, Nám. 1.mája 15, 81106 Bratislava, www.magna.sk , Tel: 421 905 682 524
Autorka evaluační zprávy:	Ing. Inka Píbilová, MAS Husova 11, CZ - 58601 Jihlava Mob.: +420 732 43 70 70 E-mail: inka@evaluace.com Web: http://www.evaluace.com ID No.: 75275350 Tax ID: 7862044366
Místo, datum, podpis:	 V Praze, 24. 9. 2012

Tato zpráva z evaluace projektu byla zadána UNDP Bratislava a financována MZV SR. Názory v ní uvedené jsou názory výhradně evaluátorky / autorky a nemohou být v žádném případě vykládány jako oficiální pozice MZV SR či UNDP. Evaluátorka by ráda poděkovala zejména realizátorovi projektu za pomoc s přípravou evaluační mise a ukázkovou součinnost. Další poděkování patří všem zúčastněným stranám zejména za cenné podněty a připomínky.

Obsah

1.	Shrnutí	1
2.	Summary.....	3
3.	Úvod	5
4.	Informace o projektu.....	5
4.1.	Základní informace o zemi a sektoru	5
4.2.	Popis projektu.....	7
4.3.	Rozpočet	8
4.4.	Klíčové předpoklady a rizika	8
4.5.	Revize matice logického rámce	9
4.6.	Realizátor	9
5.	Evaluace.....	10
5.1.	Kontext evaluace	10
5.2.	Cíle evaluace, rozsah a výstupy	10
5.3.	Hlavní zúčastněné strany.....	10
5.4.	Metodika	11
5.5.	Metodické nástroje pro sběr dat.....	11
5.6.	Zpracování dat.....	12
5.7.	Omezení evaluace	12
6.	Zjištění	13
6.1.	Relevance	13
6.2.	Hospodárnost (efektivita).....	15
6.3.	Účinnost (efektivnost)	16
6.4.	Udržitelnost	19
6.5.	Dopad	21
6.6.	Průřezová témata	23
7.	Závěry	24
8.	Doporučení.....	27
9.	Přílohy.....	28
9.1.	Seznam zkratk.....	28
9.2.	Zrevidovaná matice logického rámce.....	29
9.3.	Přehled zúčastněných stran zapojených do evaluace	31
9.4.	Itinerář, seznam uskutečněných setkání a komunikace.....	33
9.5.	Přehled osob konzultovaných pouze korespondenčně.....	36
9.6.	Případové studie.....	37
9.7.	Další fotodokumentace	43
9.8.	Seznam použitých dokumentů a zdrojů	50
9.9.	Evaluační tabulka (Evaluation Design Matrix)	53

Tabulky a obrázky

Obrázek č. 1: Základní intervenční logika projektu	7
Obrázek č. 2: Model práce s HIV pozitivními matkami a jejich rodinnými příslušníky.....	17
Obrázek č. 3: Zapojení státních institucí do projektu.....	23
Tabulka č. 1: Rozpočet projektu a skutečné náklady	8
Tabulka č. 2: Dosažení indikátorů projektových výstupů.....	18
Tabulka č. 3: Souhrnné údaje o beneficiitech ze strany zapojených nemocnic.....	22
Tabulka č. 4: Doporučení.....	27

1. Shrnutí

Tato zpráva se týká evaluace projektu „**Prevence, výživa a komplexní podpora pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu**“ (SAMRS 2007/03/40), realizovaném v období únor 2008 až červen 2009. Zadavatelem byla Slovenská agentura pro mezinárodní rozvojovou spolupráci (dále jen SAMRS), realizátorem pak Magna Deti v nůdži ve spolupráci s místními partnery. Dotační prostředky pocházely z oficiální rozvojové pomoci Slovenska (dále jen ODA SR). Dlouhodobým cílem projektu byl plnohodnotný život novorozenců (bez nákazy HIV), dětí a jejich rodinných příslušníků infikovaných a/či postižených HIV/AIDS v provincii Nyanza na západě Keni.

Cílem evaluace bylo jednak získat objektivně podložené informace o výsledcích a dopadu projektu, využitelné při rozhodování MZV SK a SAMRS o budoucích rozvojových intervencích ODA SR ve zdravotnictví v Keni a dále o možnostech posílení vlastnictví, řízení rizik a udržitelnosti projektů ODA SR. Dalším cílem bylo poskytnout zpětnou vazbu realizátorovi projektu, jakož i dalším zúčastněným stranám, za účelem posílení přínosů projektu a pro plánování, realizaci, monitorování a evaluaci dalších projektů. Metodika byla participativní, neexperimentální, založená na triangulaci kvantitativních i kvalitativních dat a zároveň metod, které zahrnovaly rešerše, rozhovory, fokusní skupiny, observace během návštěvy terénu a případové studie. Hlavní závěry jsou představeny níže.

Relevance

Míra relevance byla **vysoká**. Projekt byl v souladu s Keňským národním strategickým plánem pro AIDS (KNASP II, pro léta 2005/6 – 2009/10). Výběr provincie Nyanza odrážel vysoké rozšíření HIV (14,9%); konkrétní zdravotnická zařízení pak byla vybrána ve spolupráci s místními úřady na základě jasně stanovených kritérií. Projekt byl komplementární s činnostmi dalších realizátorů a donorů, zejména Walter Reed/PEPFAR, CDC/KEMRI a UNICEF Kenya. Distriktní technický výbor (DTC) vedený úřadem NACC zajišťoval komplementaritu. Cíle projektu jsou stále relevantní, a to jak pro Nyanzu, tak pro další oblasti Keni, přičemž důležité je posílení komunitního rozvoje a místních kapacit.

Hospodárnost (efektivita)

Míra hospodárnosti projektu byla dle dostupných informací **spíše vysoká**. Oproti schválenému rozpočtu se zvýšily zejména přímé projektové náklady na výživu a léčbu oportunitních infekcí. Celkové náklady dosáhly pouhých 76,7% plánu při současném dosažení či překročení většiny výstupů a záměru projektu. Realizátor zdarma využíval pro realizaci projektu jak prostor partnerů, tak jejich personálu, tak i dostupných léků. K hospodárnosti existují výhrady: nekonzistentní projektová dokumentace, vyšší ohodnocení zaměstnanců Magny oproti ostatnímu zdravotnickému personálu partnerských zařízení, plné hrazení veškerých léčebných nákladů a hmotná motivace pacientek i komunitních pracovníků; dále též zapojení slovenské pediatričky – konzultantky oproti alternativnímu využití místních lékařů specializovaných na HIV.

Účinnost (efektivnost)

Také míru účinnosti lze na základě dostupných dat (tedy bez kvantitativního prokázání části indikátorů, jako např. snížení přenosu HIV z matky na dítě aj.) za **vysokou**. Všechny tři hlavní programy (prevence přenosu HIV z matky na dítě – PMTCT; komplexní léčba ARV a oportunitních infekcí dětí a jejich rodinných příslušníků; výživa dětí, matek a dalších rodinných příslušníků) byly úspěšně realizovány v Kombewě i Nyaheře. Hlavní přidanou hodnotou byla integrace zdravotní péče o matku a dítě, a dále zapojení celé rodiny do zdravotní péče. Byla přínosná souběžná práce proškoleného personálu Magny a ostatních pracovníků zařízení. Některých indikátorů výstupů nebylo dosaženo, jiné byly významně překročeny, což souvisí s aktuální situací v terénu. Realizované aktivity byly v souladu s výstupy a plánovaným dopadem. Přínos projektu byl oceněn všemi konzultovanými aktéry.

Udržitelnost

Evaluace výsledků a přínosů projektu 3 roky po ukončení prokázala, že míra udržitelnosti projektu byla **nizká**. Přímé poskytování léků, výživy a hmotné motivace zúčastněným stranám bylo dlouhodobě neudržitelné. Nastavení spolupráce se státním zařízením slibovalo pokračování programů, ovšem ve

finální fázi projektu nedošlo k oficiálnímu jednání o předání zdravotním zařízením. Předání majetku probíhalo víceméně neformálně, nedošlo k předání dokumentace, ani interní evaluaci projektu. Pacientky Magny musely náhle přejít na méně efektivní praktiky, což mohlo mít vliv na zvýšení pravděpodobnosti nákazy HIV. V činnosti pokračovala Magna Children At Risk, ovšem jen do konce roku 2009. Program PMTCT a léčba ARV/OI dále fungují díky Walter Reed v Kombewě a faces v Nyaheře, ovšem domácí návštěvy a práce s komunitou jsou omezeny. Přibližně 10 bývalých zaměstnanců Magny nadále působí v Kombewě, žádný v Nyaheře, několik zavedených pozic v obou nemocnicích není obsazeno.

Dopad

Míra dopadu projektu byla zpočátku **spíše velká, ovšem postupně byla oslabena na spíše nízkou úroveň**. Magna přímo zapojila 1.746 žen, 746 mužů a 689 dětí, nepřímě pak odhadem 20.000 osob. Dle všech konzultovaných aktérů i případových studií projekt dosáhl pozitivních efektů a přínosů v oblasti prevence přenosu HIV, zdravotní a psychosociální péče i výživy. Zvýšila se spokojenost pacientek, počet porodů v nemocnicích a míra dodržování léčby, komunitní práce i dětské kluby byly zavedeny i do dalších zdravotních zařízení. Díky projektu je valná většina dětí, které prošly programem Magny, HIV negativních (přesná data nejsou k dispozici). Dodržování pravidel ovšem kleslo po ukončení projektu a míra přenosu HIV se údajně opět zvýšila. Pokračující silná stigmatizace může mít dokonce vliv na nedodržení pravidel prevence a léčby HIV. Místní kapacity byly posíleny jen částečně, což má v kombinaci s vysokou fluktuací zaměstnanců vliv na další snížení dopadů.

Doporučení	Hlavní adresát	Závažnost
Doporučení týkající se hodnoceného projektu		
Informovat o závěrech evaluace a doporučeních hlavní zúčastněné strany.	UNDP BRC	1
V dalších projektech zaměřených na HIV/AIDS zvážit: – posílení komunitní práce, včetně většího zapojení mužů do zdravotní péče o rodinu, posílení ekonomické soběstačnosti rodin žijících s HIV; – systematické posilování místních partnerů.	Magna Deti v nůdži/ SAMRS	2
Doporučení k budoucím projektům ODA SR v Keni		
Posílit spolupráci s ministerstvy a národními úřady s cílem podpořit zapojení slovenských realizátorů a financování projektů ODA SR i z prostředků keňské vlády či/a mezinárodních donorů.	Velvyslanectví SR	3
Doporučení / ponaučení procesního a systémového charakteru		
Posílit systematické monitorování projektů, včetně: – revize nastavení projektu včetně matice logického rámce; – detailnější struktury zpráv a jejich revize, aby bylo patrné dosažení výsledků; – půlroční souhrnné vyúčtování spíše než kvartální s kopiemi všech dokladů a zároveň audit náhodně vybraných projektů; – zapojení Velvyslanectví SR do monitorování zejména velkých projektů. Vzhledem k současným omezeným kapacitám Velvyslanectví SR je vhodné v rámci monitoringu zvážit konkrétně pozici rozvojového pracovníka se sídlem v Nairobi pro Keňu a Jižní Sudán.	SAMRS/ MZV SR	1
Zavést interní evaluace jako součást projektů. Do těchto evaluací participativně zapojit místní aktéry včetně cílových skupin.	SAMRS	2
Klást při výběru projektů větší důraz na udržitelnost, tedy posilování místních kapacit včetně systematického proškolení místních zaměstnanců, spolufinancování, podpory při přípravě navazujících žádostí o financování a strategie odchodu jasné od počátku projektu.	SAMRS	1
Používat angličtinu jako jazyk projektových dokumentů a evaluačních zpráv; ve slovenštině lze ponechat shrnutí.	MZV SR /SAMRS	2
Zvážit úhradu nákladů realizátora nutně vynaložených na poskytnutí součinnosti v průběhu externí evaluace.	MZV SR	1



2. Summary

This Evaluation report concerns the project „**Prevention, nutrition and complex support for children and families living with HIV/AIDS**“ (SAMRS 2007/03/40), implemented from February 2008 to June 2009. It was commissioned by the Slovak Agency for International Development Cooperation (further as SAMRS) and implemented by Magna Children at Risk in cooperation with local partners. The grant was awarded from the Official Development Assistance budget of the Slovak Republic (further as ODA SR). The overall, long-term project objective was a “full and deserving life of new-born children free of HIV infection, and children and their family members affected by HIV/AIDS” in Nyanza province in Western Kenya.

The objective of the evaluation was to obtain evidence-based data about the results and effects of the project that can be utilised for decision making of the Ministry of Foreign Affairs of the Slovak Republic (further as MZV SK) and SAMRS with respect to future development interventions within the framework of the ODA SR especially in health sector in Kenya and further about the possibilities of strengthening ownership, risk management and sustainability of ODA SR. Further objective was to provide feedback to the implementing organisation as well as other stakeholders in order to strengthen the project benefits and to enhance planning, implementation, monitoring and evaluation of other projects. The methodology was participatory, non-experimental, based on triangulation of quantitative and qualitative data as well as of methods, which included desk research, interviews, focus groups, observation during field trip and case studies. Key conclusions are provided below.

Relevance

The level of relevance was **high**. The project was in line with the Kenya National AIDS Strategic Plan (KNASP II, for the years 2005/6 to 2009/10). The selection of Nyanza province reflected high HIV prevalence rate (14,9%); specific health centres were chosen jointly with local administration based on clear criteria. The project was complementary to activities of other implementing organisations and donors, namely Walter Reed/PEPFAR, CDC/KEMRI and UNICEF Kenya. District Technical Committee (DTC) coordinated by National Aids Control Council (NACC) ensured the complementarity. Project objectives are still relevant both for Nyanza and the rest of Kenya, whereby strengthening of community development and of local capacities are essential.

Efficiency

The level of efficiency was **rather high** as per available information. In comparison to the approved budget, direct project costs of nutrition and treatment of opportunistic infections have increased. The total project costs reached mere 76,7% of the original plan, whereby most project indicators and the project objective were reached or even overachieved. The implementer utilised premises, available medicines and personnel of its partners free of charge for the project implementation. There are several reservations with respect to cost-efficiency: inconsistency of project documentation, high remuneration of Magna employees in comparison to other medical staff in partner health centres, full coverage of health costs and material incentives of patients and community workers; as well as the involvement of a Slovak paediatrician – consultant versus an alternative to engage local doctors specialized in HIV.

Effectiveness

The level of effectiveness can be assessed based on the available data (i.e. without the evidence of some quantitative indicators' achievement, such as the reduction of HIV transmission from mother to child etc.) as **high**. All three main programmes (Prevention of Mother to Child HIV Transmission – PMTCT; Complex ARV and opportunistic infections treatment of children and their family members; nutrition of children, mothers and other family members) were successfully implemented in both Kombewa and Nyahera. The main added value was the integration of healthcare of mothers and children, and further the engagement of the whole family in their health care. Parallel work of trained personnel of Magna and other medical staff in the health care centres was beneficial. A few indicators were not achieved; others were significantly overachieved, which depended on the situation in the field. Implemented activities were in line with outputs and planned effects. Project benefits were appreciated by all consulted stakeholders.

Sustainability

Evaluation of project results and benefits 3 years after implementation end has shown that the level of project sustainability was **low**. Direct provision of medicines, nutrition and material incentives to stakeholders was unsustainable in long-term. The cooperation with state health centres assumed programmes continuation; however, there was no official handover in the final project phase to the hospitals. The handover of assets was undertaken rather informally, furthermore, documentation was not officially handed over and there was no internal project evaluation. Patients of Magna had to abruptly adopt less effective practices, which could have increased the probability of HIV transmission. Activities were continued by Magna Children At Risk, however, only till the end of 2009. PMTCT programme and ARV/OI treatment continue further thanks to Walter Reed in Kombewa and faces in Nyahera. Nevertheless, home visits and community work are limited. Around 10 former employees of Magna still work at Kombewa, but none remained at Nyahera and several former project positions are vacant.

Impact

The level of impact was **first rather high, but gradually decreased to low** level. Magna's project directly benefited 1.746 women, 746 men and 689 children, and indirectly around 20.000 persons. As per all consulted actors and case studies, project brought positive effects and benefits in the area of HIV transmission, health and psychosocial care and nutrition. Patients' satisfaction increased and so did the number of hospital delivery and treatment adherence. Community work and child clubs were introduced also to other health centres. Thanks to the project, the vast majority of children, which have gone through the programme of Magna, are HIV negative (accurate data are not available). The adherence, however, dropped after project end and the HIV transmission rate has reportedly increased. Continuous strong stigmatisation may even affect the adherence to prevention and HIV treatment. Local capacities were strengthened only partially, which contributed to the decreasing effects together with high staff mobility.

<u>Recommendations</u>	Main addressee	Importance
<u>Recommendations to the evaluated project</u>		
Inform main stakeholders about the evaluation conclusions and recommendations.	UNDP BRC	1
In other HIV/AIDS projects consider: – Strengthening community development, including higher involvement of men in family health care and enhancing economic self-sufficiency of families living with HIV; – Systematic strengthening of local partners.	Magna Children at Risk / SAMRS	2
<u>Recommendations to future ODA SR projects in Kenya</u>		
Strengthen cooperation with ministries and national institutions in order to support engagement of Slovak implementers and funding of ODA SR projects by the Kenyan government and/or international donors.	Embassy of the SR	3
<u>Recommendations / Lessons learnt with respect to (ODA SR) processes and systems</u>		
Strengthen systematic project monitoring, including: – Revision of project set-up including its logical framework. – More structured reports and their review, focusing on results / indicators fulfilment. – Bi-annual overall financial report (rather than quarterly report with copies of all receipts/invoices) and audit of randomly selected projects. – Involvement of the Slovak Embassy in monitoring mainly of big projects. Taking into account its current capacity limits, consider a monitoring and development specialist position based in Nairobi, focusing on Kenya and South Sudan.	SAMRS / MZV SR	1
Introduce internal evaluations as a part of project implementation. Engage in such evaluations local stakeholders including target groups in a participatory manner.	SAMRS	2
In project selection, stress more sustainability, i.e. local capacities strengthening, including systematic training of local staff, co-financing, support in subsequent grant applications and exit strategies clear from the project beginning.	SAMRS	1
Use English for all project documents and evaluation report; summaries can be kept in Slovak.	MZV SR / SAMRS	2
Consider covering costs of evaluated implementing organisations necessarily incurred while ensuring collaboration during external evaluation.	MZV SR	1



3. Úvod

Tato zpráva se týká evaluace projektu „**Prevence, výživa a komplexní podpora pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu**“ (SAMRS 2007/03/40), realizovaném v období únor 2008 až červen 2009. Zadavatelem byla Slovenská agentura pro mezinárodní rozvojovou spolupráci (dále jen SAMRS), realizátorem pak Magna Deti v nůdži (dále jen Magna) ve spolupráci s místními partnery. Dotační prostředky pocházely z oficiální rozvojové pomoci Slovenska (dále jen ODA SR). Dlouhodobým cílem projektu byl plnohodnotný život novorozenců (bez nákazy HIV), dětí a jejich rodinných příslušníků infikovaných a/či postižených HIV/AIDS v provincii Nyanza na západě Keni.

Zadavatelem evaluace bylo United Nations Development Programme Regional Centre Bratislava – Slovak-UNDP Trust Fund (dále jen UNDP BRC) z pověření Ministerstva zahraničních věcí Slovenské republiky (dále jen MZV SR) a Velvyslanectvím Slovenské republiky v Nairobi. Cílem evaluace bylo získat objektivně podložené informace o výsledcích a dopadu projektu, využitelné při rozhodování MZV SK a SAMRS o budoucích rozvojových intervencích ODA SR ve zdravotnictví v Keni a dále o možnostech posílení vlastnictví, řízení rizik a udržitelnosti projektů ODA SR. Dalším cílem bylo poskytnout zpětnou vazbu realizátorovi projektu, jakož i dalším zúčastněným stranám, za účelem posílení přínosů projektu a pro plánování, realizaci, monitorování a evaluaci dalších projektů.

4. Informace o projektu

4.1. Základní informace o zemi a sektoru

Keňa má rozlohu 580,367 km² (téměř dvanáctinásobek rozlohy Slovenska) a odhadem 43 mil. obyvatel, přičemž populace roste ročně o 2,4%. Keňská populace je velmi mladá – střední věk je pouze 18,8 let a 42,2% populace jsou děti do věku 14 let. Většina (78%) obyvatel žije ve vesnicích.¹ Přibližně 43% (rok 2005) obyvatel žije pod hranicí chudoby, definované 1,25 USD / den. O nízkém stupni rozvoje Keni svědčí jak HND na obyvatele ve výši pouhých 1.800 EUR (rok 2011, dle parity kupní síly)², tak Index lidského rozvoje (HDI), který umístil Keňu na 143. místě na světě.³ Většina obyvatel (75%) pracuje v zemědělství, ovšem asi 40% Keňanů a Keňanek je nezaměstnaných (odhad z roku 2008)⁴. Problematické nakládání s veřejnými prostředky a vysoký stupeň korupce potvrzuje Index vnímání korupce (CPI) Transparency International, která posunula Keňu v roce 2011 dokonce na 154. místo ve světě⁵.

Přestože dle poměru výdajů na zdravotnictví ke státnímu rozpočtu je Keňa 9. na světě, zdravotní péče je v zemi obecně na nízké úrovni, což odráží mimo jiné např. vysoká úmrtnost matek (v roce 2010 připadlo 380 úmrtí na 100.000 porodů) a dětí (ve stejném roce 44 úmrtí na 1.000 narozených dětí).⁶ S počtem 1.6 mil. obyvatel žijících s HIV/AIDS se umísťuje Keňa na 4. místě na světě, přičemž pouze 10% obyvatel Keni bylo na HIV testováno. S ohledem na alarmující šíření viru HIV keňská vláda v roce 1999 založila Národní úřad pro kontrolu AIDS (NACC). Aktuální zpráva⁷ tohoto úřadu uvádí, že míra rozšíření HIV mezi dospělými se snížila na 6.2%, ovšem počet nových infekcí od roku 2000 neklesá pod 100.000 osob ročně. Pozitivním faktem je, že míra přenosu HIV z matky na dítě se snížila z 27% v roce 2007 na 15% v roce 2011 (oproti 25-50% bez preventivní péče a léčby). Mezi další úspěchy patří obřezání 60% mužské populace v provincii Nyanza, což snižuje riziko přenosu HIV o 60%. V roce 2011 mělo již 83,1% dospělých žijících

¹ CIA: The World Factbook: Kenya, 2012

² World Bank: World Development Indicators, 2011, údaje z roku 2005 a přepočty dle parity kupní síly.

³ UNDP, Kenya Country Profile: <http://hrds.undp.org/en/countries/profiles/KEN.html> (10. 9. 2012)

⁴ World Bank: World Development Indicators, 2011.

⁵ Transparency International: 2011 Corruption Perception Index, <http://cpi.transparency.org/cpi2011/> (10. 9. 2012)

⁶ World Bank: World Development Indicators, 2011.

⁷ NACC: The Kenya AIDS epidemic Update 2011, 2012

s HIV/AIDS přístup k léčbě ARV. Děti jsou však velmi ohroženou skupinou - děti žijící s HIV/AIDS získaly přístup k ARV jen v 31,1% případů⁸. V zemi navíc žije kvůli epidemii HIV/AIDS 1,2 mil. sirotků.⁹

Hlavní finanční zdroje na boj proti HIV/AIDS v Keni poskytuje vláda USA (ročně přes 500 mil. USD¹⁰) a Globální fond pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (GFATM, vynaložené prostředky 296 mil. USD v roce 2011, v roce 2012 plánováno 361 mil. USD¹¹). Světová banka, která poskytuje také financování formou půjčky v rámci Total War on AIDS (TOWA, v roce 2011 odhadem 47 mil. USD, celkem 135 mil. USD v letech 2007 – 2013¹²), se spojila s řadou dalších mezivládních institucí v programu OSN „Joint UN Programme of Support for HIV/AIDS in Kenya“. Jeho celkové zdroje na boj proti HIV/AIDS byly v roce 2011 jen 4 mil. USD a výdaje necelé 2 mil. USD (kumulativní zdroje dosáhly 14 mil. USD a kumulativní výdaje 8,5 mil. USD, oproti původně plánovaným 93 mil. USD v letech 2007 – 2012).¹³ Hlavními bilaterálními donory jsou USA, Dánsko, (Evropská komise), Francie, Finsko, Německo, Itálie, Japonsko, Nizozemí, Norsko, Španělsko a Velká Británie (údaj z roku 2008).¹⁴ V boji proti HIV/AIDS se angažují stovky místních a mezinárodních nevládních neziskových organizací.

Od roku 2000 se financování boje proti HIV/AIDS v Keni zesedminásobilo.¹⁵ Oproti období před rokem 2004 došlo k výraznému nárůstu financí od mezinárodních institucionálních dárců. Ovšem zároveň poklesly vládní, jakož i domácí soukromé výdaje na boj proti HIV/AIDS (např. téměř vymizelo zapojení pojišťoven a soukromých firem, naopak se více jak ztrojnásobilo zapojení nevládních neziskových organizací).¹⁶ Konkrétně v roce 2011 poskytli financování na péči spojenou s HIV/AIDS z 80% právě mezinárodní institucionální dárci (oproti 51% v roce 2002). Pouze 7% přispěl soukromý sektor včetně domácností (oproti 28%) a 13% keňská vláda (oproti 21%).¹⁷ To je v rozporu s principem adicionality neboli doplňkovosti většiny donorů (např. PEPFAR či GFATM), tedy zajištění toho, aby poskytnuté prostředky nenahrazovaly národní rozpočet. Tento nepoměr má i vliv na nízkou udržitelnost programů.

Dále ve zvýšené míře pokrývá zahraniční rozvojová pomoc výdaje soukromých nemocnic, ať již zaměřených na zisk či neziskových. Alarmující jsou i rostoucí výdaje obyvatel žijících s HIV/AIDS na léčbu v soukromých nemocnicích, které byly v roce 2006 financovány dokonce z 98% přímo domácnostmi, což je bezprecedentní i mezi ostatními státy v regionu. Dle KAIS 2007¹⁸ jsou výdaje na zdravotní péči těchto lidí o 56% vyšší než výdaje lidí HIV negativních. Dalším dlouhodobým požadavkem donorů je vedle adicionality tedy i posílení role soukromého sektoru a partnerství soukromého a veřejného sektoru¹⁹.

Nadace Billa a Melindy Gates, která poskytovala 11 mil. USD ročně, ohlásila útlum aktivit zaměřených na HIV/AIDS již v roce 2010. V dubnu 2012 PEPFAR ohlásil snížení příspěvku na boj proti HIV/AIDS o 44% částečně kvůli neefektivnímu hospodaření ministerstva. V souvislosti s odlivem donorů NACC aktuálně

⁸ NACC/NASCOP: National HIV Indicator for Kenya: 2011, 2012.

⁹ U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): 2011 PEPFAR Operational Plan, 2011

¹⁰ detto

¹¹ Web Globálního fondu portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/KEN

¹² World Bank: Implementation Status and Results, Kenya, Total War Against HIV and AID Project (P081712), 2012

¹³ Joint UN Programme of Support for HIV/AIDS in Kenya: Annual Narrative Progress Report 2011, publikováno v roce 2012, dále též JP – Kenya HIV AIDS Financial Reporting on Sources and Uses of Funds for the period ending 31 December 2011, UNDP 2012. Zapojené instituce: UNFPA, WHO, UNDP, UNICEF, UNHCR, ILO, IOM, UNAIDS, OCHA, FAO, UN Women, UNESCO, UNODC a WFP, jako institucionální dárci rovněž DFID. Implementačními partnery jsou NACC, NASCOP, nevládní neziskové organizace, soukromé instituce aj.

¹⁴ International donors and IPPF Africa Region Member Associations (Mas): What donor money is available for Mas 2009 – 2014?, IPPF, 2008

¹⁵ NACC: The Kenya AIDS epidemic Update 2011, 2012

¹⁶ HealthSystems2020: What Happens to HIV/AIDS Funds at the Country Level? Comparative Analysis, 2009.

¹⁷ NACC: The Kenya AIDS epidemic Update 2011, 2012

¹⁸ Kenya AIDS Information Survey 2007

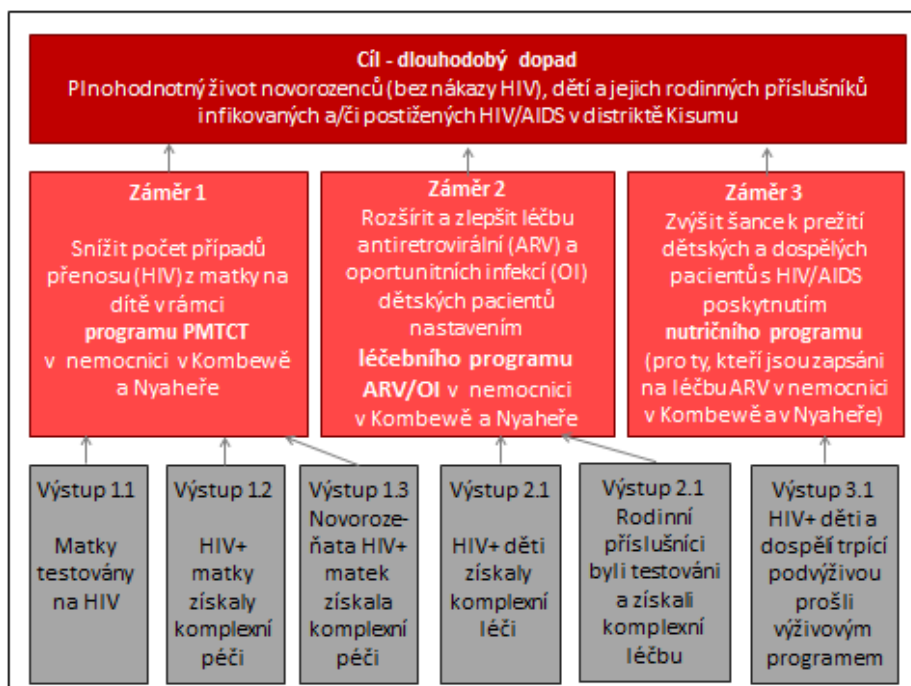
¹⁹ Public-Private Partnership (PPP).

navrhl zvýšit vládní výdaje na 1% ze státního rozpočtu. Zároveň však NACC upozorňuje na chybějící fondy pro finanční rok 2012–2013 na úrovni 569 mil. USD (54% z celkového rozpočtu dle KNASP III). Proto byl ve spolupráci s UNAIDS vytvořen v roce 2011 nový finanční rámec pro boj proti HIV/AIDS s důrazem na hospodárnost a dlouhodobý dopad.²⁰

Keňa je prioritní zemí oficiální rozvojové pomoci (ODA) SR od roku 2003 (projektovou zemí do roku 2008 a následně zemí programovou).²¹ Roční rozpočet je určen v příslušném Národním programu oficiální rozvojové pomoci, přičemž výdaje za rok 2011 dosáhly 1,089 mil. EUR²². Hlavními oblastmi dosavadní spolupráce bylo vzdělávání a zdravotnictví včetně oblasti HIV/AIDS. Vláda SR schválila Dohodu o rozvojové spolupráci mezi SR a Keňou dne 2. 11. 2011.²³ Do plánování, monitorování a evaluace projektů ODA SR v Keni je od roku 2003 (a od roku 2011 i v Jižním Sudánu) zapojeno Velvyslanectví SR v Nairobi. Monitorování projektů provádí SAMRS, monitorování lokálních projektů zaměřených zejména na vzdělávání, sociální práci a zemědělství, financovaných mikrogranty do 5.000 EUR, pak v rámci možností samotné Velvyslanectví SR.

4.2. Popis projektu

Projekt navazoval na pilotní program PMTCT (prevence přenosu HIV z matky na dítě) občanského sdružení MAGNA Deti v nůdži z roku 2007 v Nyaheře a vycházel z údajů o rozšíření HIV ve výši 24% v oblasti Kombewa a 22% v Nyaheře. Intervenční logika projektu byla následující (k revizi matice viz. níže):



Obrázek č. 1: Základní intervenční logika projektu

Oblastní nemocnice v Kombewě slouží spádové oblasti o počtu 72.500 osob a má dle posledních údajů 58.087 pacientů ročně. Podoblastní zdravotnické středisko v Nyaheře slouží spádové oblasti o 15.590 osobách, přičemž počet pacientů uvádí ve stejné výši.

²⁰ NACC: The Kenya AIDS epidemic Update 2011, 2012

²¹ MZV SR: Strednodobá koncepcia oficiálnej rozvojovej pomoci na roky 2003 – 2008, 2003 a MZV SR: Strednodobá koncepcia oficiálnej rozvojovej pomoci na roky 2009 – 2013

²² SAMRS: Vyrosna sprava 2011, Bratislava 2012

²³ Poskytování ZRS SR ovlivňuje také zákon č. 617 z 5. 12. 2007 o oficiální rozvojové pomoci a zákon č. 545 z roku 2010 o poskytování dotací (pro daný projekt není časově relevantní), dále také výnosy vlády č. 134 a 135/2011.

Projekt byl zahájen o měsíc později, v únoru 2008, vzhledem k povolebním nepokojům a byl ukončen v červnu 2009. Magna Children at Risk Kenya následně ukončila činnost v oblasti v prosinci 2009. V obou místech realizace byly realizovány všechny tři programy. Magna zrekonstruovala nutriční středisko v Kombewě (viz. příloha, středisko v Nyaheře bylo zrekonstruováno během předchozího projektu v roce 2007) a najala a proškolila personál v obou zařízeních. Od dubna 2008 probíhala v obou nemocnicích registrace a průběžná zdravotní péče nových pacientek programu PMTCT, včetně testování HIV, předporodní, porodní a poporodní péče, léčby oportunních infekcí a poskytování antiretrovirálních léků (ARV), ale také psychologicko-sociálního poradenství. Program speciální výživy byl zahájen dle realizátora z důvodu rekonstrukce, nastavení spolupráce, náboru a proškolení zaměstnanců, jakož i špatnému počasí až na přelomu roku 2008. Ve stejném období byl v plné míře zahájen i program komplexní ARV/OI léčby, který probíhal od dubna 2008 jen omezeně.

4.3. Rozpočet

Dle závěrečné narativní zprávy vyplývá, že skutečné celkové náklady na projekt dosáhly 266.940 EUR, přičemž částka poskytnutá z ODA SR ve schválené výši 7.000.000 Sk, neboli 232.357 EUR měla být zcela vyčerpána. Závěrečné vyúčtování však uvádí nižší částku ve výši 221.108,45 EUR. Vzhledem k přesunům mezi rozpočtovými položkami nad 10% (zejména ve prospěch projektových aktivit oproti personálním a provozním nákladům) bez schválení SAMRS navíc došlo v souladu s Finanční příručkou pro projekty slovenské ODA platnou v době implementace k dodatečnému krácení o 13.328,07 EUR na 207.780,39 EUR. Závěrečné vyúčtování již nebylo na tuto částku upraveno, pouze byla na žádost Magny vyplacena zkrácená závěrečná splátka.

Z níže uvedené tabulky vyplývá, že skutečné náklady na projekt tedy byly o 23,3 % nižší oproti plánovaným. Došlo zejména k nižšímu spolufinancování ze strany Magny, které však bylo dle informací SAMRS nepovinné (původní výzva nebyla během evaluace k dispozici). Realizátor se ve smlouvě se SAMRS ke spolufinancování nezavazuje, proto nebyla uplatněna klauzule z finanční příručky o poměrném krácení příspěvku z ODA SR²⁴.

Rozpočet projektu	Celkový Rozpočet	Příspěvek z ODA SR	Spolufinancování Magny	Poměr spolufinancování
Plán	10.484.750 SKK (cca 348.030 EUR) ²⁵	7.000.000 SKK (cca 232.357 EUR)	3.484.750 SKK (cca 115.673 EUR)	33,24%
Skutečnost	266.940,24 EUR	207.780,39 EUR	59.159,85 EUR	22,16%.
Skutečnost oproti plánu	76,7%	89,4%	51,1%	-

Tabulka č. 1: Rozpočet projektu a skutečné náklady

4.4. Klíčové předpoklady a rizika

Externí faktory ovlivňující průběh a úspěšnost projektu, tj. předpoklady uvedené v projektové žádosti v matici logického rámce byly vysoce relevantní (viz. příloha). Mezi výchozí předpoklady patřila i nezbytná podpora projektu ze strany relevantních úřadů (NACC, NASCOP, DMOH). Implicitní byl i předpoklad důvěry rodin ve státní zdravotnická zařízení, přičemž Magna tuto důvěru podporovala skrze komunitní práci. Pro dosažení a udržení cílů byla důležitá dostatečně nízká mobilita proškolených pracovníků. Stejně tak byla velmi relevantní i uvedená rizika, tedy rezistence vůči léčbě ARV, nekvalitní pitná voda používaná k přípravě umělého mléka, nedostatečná zodpovědnost rodinných příslušníků pacientek a pacientů, jakož i jejich nesouhlas s testem HIV a také předsudky vůči osobám žijícím s HIV/AIDS.

²⁴ Str. 9 Finanční příručky pro projekty slovenské ODA, část Spolufinancování projektu. Zákon č. 545 z roku 2010 o poskytování dotací již závazek stanovuje, na tento projekt se však nevztahuje.

²⁵ Fixní směnný kurz z 1.8.2008, tj. 30,1260 SKK za 1 euro.

V průběhu projektu se prosadila dle Světové zdravotnické organizace (WHO) preference výhradního kojení dětí HIV pozitivních matek s cílem snížit riziko přenosu a zároveň zamezit nákazám z nekvalitní pitné vody. V rámci programu PMTCT byly matky vždy proškoleny a měly svobodnou volbu si způsob kojení určit. Zájem matek o zapojení do PMTCT Magna podpořila příspěvky na dopravu, bezplatnými zdravotními službami a dary (balíčky pro novorozence, léky, výživa). Sociální problémy se Magna snažila řešit skrze komunitní pracovníce – ambasadorky a sociální pracovníci, a to přímo formou návštěv v místě bydliště pacientů a pacientek. Zdlouhavé testování HIV a nedostupnost léků zejména na oportunitní infekce, což omezovalo účinnost léčby HIV+ pacientek a pacientů, Magna vyřešila ve spolupráci s organizací Walter Reed²⁶, která zahájila testování HIV v kratším čase než organizace CDC. Magna rovněž poskytla přímo pacientům a pacientkám chybějící léky.

4.5. Revize matice logického rámce

Projekt byl velmi krátký na to, aby na jeho konci byly patrné jeho výsledky a dopady. Protože jsou matky zapojovány do programu PMTCT většinou již v průběhu těhotenství a závěrečné testování dítěte probíhá obvykle 18 měsíců po porodu, lze o zamezení přenosu HIV z matky na dítě mluvit až přibližně po 2 letech od vstupu matky do programu PMTCT. Dosažení účelu projektu víceméně nebylo možné zhodnotit na konci 17 měsíčního projektu i s ohledem na to, že do programů byli pacienti/ky zapojováni průběžně. Rovněž i dlouhodobý dopad, tedy plnohodnotný život beneficentů projektu je možné hodnotit nejdříve 2-3 roky po jejich zapojení do projektu. Z tohoto důvodu evaluátorka přistoupila k revizi projektové logiky.

Ve zrevidované matici logického rámce (viz. příloha, změny oproti původní matici jsou označeny *kurzivou*) byly částečně upraveny cíle, resp. účel projektu a příslušné ukazatele. Dále bylo zredukováno velké množství výsledků, které svou formou byly spíše aktivitami či indikátory. Ukazatele byly přeformulovány tak, aby bylo zřetelné jejich dosažení či nedosažení a aby byla jasně stanovena data pro srovnání – většinou data před počátkem projektu v roce 2007. V řádku aktivit byly „ukazatele“ vymazány v souladu se standardní formou matice logického rámce např. Evropské komise²⁷ a dalších institucionálních dárců.

4.6. Realizátor

Magna Deti v nůdži je humanitární a rozvojová organizace, která byla založena na Slovensku v roce 2001. Poskytuje lékařskou a sociální pomoc dětem a jejich rodinám v krizových a znevýhodněných oblastech světa, včetně Kambodži, Keni, Vietnamu, Konga, Jižního Sudánu, Haiti a Nikaragui. Mezi její hlavní aktivity patří rehabilitace nemocnic a zdravotnických středisek zasažených humanitární krizí, boj s epidemiemi, vakcinační kampaně, výkon akutních chirurgických zákroků, provoz výživových středisek, budování studní a suchých toalet. Rovněž léčí dětské pacienty s HIV/AIDS a poskytuje terapii sirotkům a dětem z ulice.

V Keni Magna působí od roku 2006. Tým partnerské organizace Magna Children at Risk Kenya se skládá z 5 mezinárodních a 75 lokálních pracovníků. Magna uzavřela svoji misi v Kisumu na konci roku 2009 a nyní působí v distriktech Msambweni na jihovýchodě Keni a Garissa na severovýchodě u hranic se Somálskem. Soustředí se na léčbu a prevenci HIV / AIDS, zdravotní péči, léčbu podvýživy a dále na humanitární pomoc po katastrofách.²⁸

²⁶ Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR), viz. <http://wrair-www.army.mil/> a informace o aktivitách v Keni: <http://www.hivresearch.org/network.php?place=kenya>

²⁷ Viz. např. Vzor matice logického rámce Evropské komise v Manuálu projektového řízení z roku 2004, http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/publications/manuals-tools/t101_en.htm

²⁸ <http://www.magna.sk/sk/kena/>

5. Evaluace

5.1. Kontext evaluace

Externí evaluační tým, pověřený UNDP BRC, na konci roku 2011 v místě realizace nezjistil, že by projekt v uvedeném čase a v uvedených zařízeních proběhl tak, jak bylo uvedeno ve zprávách. Zjistil, že v obou zařízeních je funkční VCT/ARV středisko, kde probíhá výživový program, který (již) není podporován organizací Magna Deti v nůdži. Dále shledal logo realizátora a SlovakAid v nemocnici v Nyaheře z pilotního, ne hodnoceného projektu. V nemocnici v Kombewě se hodnotitelům nepodařilo setkat s vedením, místní sestra pozitivně zhodnotila pilotní projekt v roce 2007, informovala však údajně evaluátory, že se předmětný projekt neuskutečnil vzhledem k neadekvátní spolupráci s Magnou (např. neposkytnutí statistik z projektu). Od roku 2007 údajně funguje výživové středisko v Oblastní nemocnici v Kombewě díky spolupráci s USAID/NHP. Realizaci hodnoceného projektu následně písemně potvrdil místní zástupce NACC i oblastní koordinátorka HIV/AIDS (DASCO). Vzhledem k rozporům ohledně procesu a výstupů evaluace byla doporučena opětovná evaluace projektu.

5.2. Cíle evaluace, rozsah a výstupy

Cíle evaluace:

- A. Získat objektivně podložené informace o výsledcích a dopadu projektu, využitelné při rozhodování MZV SK a SAMRS, ve spolupráci s UNDP BRC, jakož i Velvyslanectvím Slovenské republiky v Nairobi o **zaměření rozvojových intervencí ODA SR ve zdravotnictví v Keni a dále o možnostech posílení vlastnictví, řízení rizik a udržitelnosti projektů ODA SR.**
- B. Poskytnout zpětnou vazbu realizátorovi projektu, jakož i dalším zúčastněným stranám, ohledně zvoleného přístupu, projektových výstupů a úspěchů, a to i s ohledem na mezinárodní zkušenosti v dané oblasti. Vytvořená doporučení měla být využitelná pro **posílení přínosů projektu a pro plánování, realizaci, monitorování a evaluaci dalších projektů.**

Zaměření evaluace:

1. Vyhodnocení projektu z hlediska mezinárodně uznávaných evaluačních kritérií OECD/DAC, tj. **relevance, efektivity, efektivnosti, udržitelnosti a dopadů**, a to s ohledem na budoucí intervence v dané oblasti.
2. Vyhodnocení uplatnění relevantních **průřezových principů ODA SR**, zejména řádné (dobré) správy věcí veřejných a genderové rovnosti.²⁹
3. Komplexní posouzení **intervenční logiky** hodnoceného projektu, včetně klíčových předpokladů a rizik pro dosažení cílů, případně rekonstrukce intervenční logiky.

Výstupem evaluace byla průběžná zpráva a tato závěrečná evaluační zpráva; dále též závěrečná prezentace referenční skupině a dalším zúčastněným stranám.

5.3. Hlavní zúčastněné strany

Do evaluace byly zapojeny (v souladu s projektovou dokumentací, zadáním UNDP BRC a úvodními setkáními s MZV SR, SAMRS a realizátorem) zúčastněné strany, jejichž přehled je uveden v příloze 9.3. Seznam byl na místě doplněn o další zúčastněné strany (DMOH, CDC, faces), které poskytly informace o současném stavu obou zdravotnických zařízení a jejich financování, což bylo nutné kvůli ověření zjištění a závěrů. Celkem bylo konzultováno 85 osob (viz. příloha 9.4. a 9.5.).

²⁹ Dle výnosu č. 135 MZV SR jsou aktuálními průřezovými tématy ODA SR: ochrana životního prostředí, boj proti změně klimatu, genderová rovnost, řádná (dobrá) správa věcí veřejných, koherence mezi politikou migrace a rozvoje. Ostatní témata byla vyhodnocena jako méně relevantní s ohledem na daný projekt.

5.4. Metodika

Navržená metodika (tzv. evaluační design) vycházela jednak z cílů evaluace, rozpracovaných do evaluačních otázek, a potřeby získat objektivně podložené, důvěryhodné, spolehlivé a užitečné informace pro rozhodování, jednak z předpokládaného seznamu zúčastněných stran a nutnosti jejich maximální možné participace ve všech fázích evaluace. Zapojení jak referenční skupiny, tak realizátora, potažmo beneficentů kromě terénní fáze i do přípravy evaluace a zejména interpretace mělo za cíl ověřit závěry a doporučení, podpořit jejich lepší přijetí, jakož i zavedení doporučení do praxe a dále i posílit evaluační kapacit všech stran.

Evaluační design byl neexperimentální, neboť neexistovala ekvivalentní kontrolní (či srovnávací) skupina, na které by se zkoumal vývoj bez intervence, tedy podpůrné léčby a výživy zajištěné v rámci projektu. Dále nebyly v projektové dokumentaci stanoveny hodnoty cílových indikátorů (míra nemocnosti a úmrtnosti, míra přenosu nákazy z matky na dítě apod.), ani nebyly k dispozici kompletní vstupní data. Proto lze aplikovat pouze analýzu dat v závěru projektu (tzv. post-test analyses) a srovnat je s průměrnými výsledky v léčbě HIV/AIDS, popřípadě s výsledky daných zařízení před a po projektu, přičemž spolehlivost těchto dat se prokázala jako limitovaná (např. údaje z nemocnice v Kombewě za léta 2008 a 2009 jsou neúplné). Vedle této analýzy kvantitativních dat byly důležité zejména výstupy z kvalitativního výzkumu. V rámci něj byly srovnány pohledy různých skupin aktérů (realizátora, zaměstnanců zdravotnických zařízení, státních úřadů i cílové skupiny) z obou míst implementace.

Protože nelze vyloučit další faktory, které měly vliv na dosažení cílů projektu a jeho dlouhodobých přínosů, jako např. souběžné či následné intervence dalších donorů a realizátorů (zejména činnosti Walter Reed, UNICEF Kenya, USAID a CDC), nelze dosažené cíle a střednědobé přínosy jednoznačně přisoudit projektu. Proto byla provedena kontribuční analýza, tj. analýza přínosů aktivit a výstupů k dosažení cíle a účelu projektu. Přínos, očekávaný i neočekávaný, pozitivní, případně i negativní, byl vyhodnocen kvalitativně a omezeně i kvantitativně.

V příloze je k dispozici evaluační matice schválená referenční skupinou. Obsahuje evaluační otázky, příslušné indikátory, zapojené aktéry a zdroje dat, jakož i metody sběru dat. Každá otázka byla ověřena pokud možno z několika zdrojů, resp. pomocí vícero metodických nástrojů, čímž byla provedena triangulace dat a metod. Závěry evaluace tak jsou více spolehlivé a také průkazné, měřitelné a ověřitelné.

Tato metodika je v souladu s mezinárodními evaluačními standardy a přístupy, zejména Standardy kvality rozvojových evaluací a evaluačními kritérii dle OECD/DAC, evaluační politikou UNDP, etickým kodexem pro evaluace UNDP a dalšími relevantními profesionálními normami a standardy (např. dle Evaluační skupiny OSN či Globálního fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií).

5.5. Metodické nástroje pro sběr dat

Dle specifik projektu, cílů evaluace, evaluačních otázek, indikátorů a zapojených aktérů byly využity následující nástroje pro sběr primárních i sekundárních, kvantitativních i kvalitativních dat:

a. Rešerše dokumentů

Šlo zejména o projektovou dokumentaci (zadávací podmínky, projektovou žádost, průběžné a závěrečné zprávy, finanční zprávy, předávací protokoly apod., dokumentace realizátora a partnerů k jednotlivým aktivitám a výstupům, např. prezenční listiny, dále publikace, výzkumné zprávy a strategické dokumenty týkající se boje s HIV/AIDS a ODA SR). Seznam dokumentů je uveden v příloze.

b. Polostrukturované rozhovory

Během všech fází evaluace probíhaly rozhovory, které napomohly formulovat strukturu dotazníků, ale i odpovědi na jednotlivé evaluační podotázky. Rozhovory byly vedeny se zúčastněnými stranami dle přílohy 9.3., resp. 9.4. Byly polostrukturované, aby bylo možné lépe zachytit individuální zkušenost

každého dotazovaného (či každé dotazované). Seznam osob byl upřesněn se zadavatelem a byl průběžně upravován dle jejich aktuální dostupnosti a nutnosti dalšího ověření dat.

c. Fokusní skupiny

S matkami a komunitními pracovníci zapojenými do projektu byly vedeny fokusní skupiny, tedy v každém místě realizace jedna. Protože nebylo možné realizovat fokusní skupiny přímo v komunitách kvůli sociálnímu stigma a řada matek navíc žije v odlehlých místech, byly fokusní skupiny zrealizovány v prostorách zdravotnických zařízení. Bývalá sociální pracovníce projektu zajistila ve spolupráci s komunitními pracovníci účast matek (s dětmi), přičemž byly hrazeny náklady účastnic na dopravu. U každé fokusní skupiny byl kladen velký důraz na vytvoření atmosféry důvěry a další aspekty skupinové dynamiky. Diskusi vedla evaluátorka ve spolupráci s komunitní pracovnící, která je pacientkám známa a která zajistila tlumočení.

d. Návštěva obou zapojených zdravotnických zařízení

Návštěvy Oblastní nemocnice v Kombewě a Podoblastní nemocnice v Nyaheře napomohly ověření výstupů projektu v místě. Evaluátorka se setkala s vedoucími pracovníky, jakož i dalšími zaměstnanci zapojenými do projektu, či do navazujících aktivit. Zároveň byla navštívena i výživová centra.

e. Případové studie matek a dětí

Díky úzké spolupráci se zástupci Magny se podařilo navštívit 6 rodin, zapojených do hodnoceného projektu, přímo v jejich domovech. Vzhledem k vysoce citlivému tématu (dle komunitních pracovníků asi polovina žen kvůli obavám o sociální a ekonomické vyčlenění nesdělila svůj status HIV rodině) nebylo možné, ani vhodné provést výběr náhodně. Proto byly zvoleny různorodé případy, které reprezentují širokou škálu příjemců projektu a jejich příběhů.

5.6. Zpracování dat

Sběr dat proběhl v rámci přípravné i terénní fáze evaluace. Data bohužel zdravotnická zařízení neposkytla dle pohlaví. Veškerá data byla průběžně analyzována, zjištění zpětně ověřována a syntetizována dle evaluačních kritérií, resp. otázek. V závěrečné fázi došlo k syntéze zjištění dle jednotlivých evaluačních kritérií a formulaci závěrů, doporučení, resp. ponaučení. Tyto byly dále připomínkovány a upraveny se zadavatelem, referenční skupinou i realizátorem.

5.7. Omezení evaluace

Hlavním omezením evaluace byla neúplnost a nekonzistentnost dat i s ohledem na důvěrnost zdravotnické dokumentace, neúplné databáze obou zdravotnických zařízení, nastavení příliš ambiciózních indikátorů (viz. revize matice logického rámce), nepřehlednost zpráv z projektu, jakož i zájem zařízení o další financování, což mohlo ovlivnit důvěryhodnost poskytnutých dat. Proto byla zrevidována zmíněná matice a byly porovnány údaje z různých zdrojů, tedy z databází zmíněných zařízení a realizátora. Kvantitativní data nutně neodráží kvalitu poskytnuté péče (např. stejný počet žen zapojených do programu prevence neznamená stagnaci programu), proto se evaluace do velké míry zaměřila právě na kvalitativní aspekt všech programů, který měl projekt za cíl pozvednout. Výběr cílové skupiny zapojené do evaluace nemohl být proveden náhodně vzhledem ke značné citlivosti tématu a nedostupnosti žen. Díky spolupráci Magny byl počet konzultovaných matek zvýšen celkem na 31 (plus 1 otec a členi 6 rodin).

Vzhledem k místním specifikům (způsoby šíření HIV, osvěty, nutnost souhlasu manžela s léčbou manželky apod.), jakož i limitovaným kvantitativním datům a omezenému vzorku respondentů daném časovým harmonogramem zadavatele nelze v žádném případě z výsledků evaluace usuzovat na funkčnost obdobných projektů v jiných lokalitách nebo tvořit obecné závěry o boji proti HIV/AIDS v Keni či jinde. Zároveň je důležité zmínit, že úkolem evaluace nebyl audit vynaložených prostředků. Analýza hospodárnosti vycházela z konsolidovaných finančních zpráv poskytnutých realizátorem a SAMRS.

6. Zjištění

6.1. Relevance

- **Byl projekt v souladu s dlouhodobými cíli Keni v oblasti zdravotní péče a podpory dětí a rodin žijících s HIV nebo HIV ovlivněnými?**

V provincii Nyanza byl v roce 2007 virus HIV nejvíce rozšířen (14,9% populace) ze všech provincií Keni³⁰. Distrikt Kisumu byl v roce 2007 mezi městskými oblastmi na špičce v rozšíření HIV mezi dospělou populací ve výši 18% oproti 2-13% v ostatních městských oblastech Keni (národní průměr se pohyboval okolo 7%)³¹. Z tohoto důvodu se realizátor rozhodl po konzultaci s národními úřady o intervenci právě v Nyanze.

Konkrétní zdravotnická zařízení v rámci oblasti Kisumu, provincie Nyanzy, byla pro intervenci vybrána již v roce 2006 pro pilotní projekt v roce 2007, a to ve spolupráci s provinčním představitelem Národního úřadu pro kontrolu AIDS (NACC), distriktními představiteli Ministerstva zdravotnictví (DMOH) a Národního kontrolního programu AIDS/STD (DASCO). Hlavními kritérii výběru bylo rozšíření HIV, existence základního vybavení, dostatečně velké spádové oblasti, aktuální přístup k léčbě a existence podpory ze strany jiných realizátorů. V Kombewě nebylo dle DASCO i Magny funkční centrum pro poskytování komplexní péče (CCC), reálně neexistoval program PMTCT, pacientky nedodržovali předepsaný způsob léčby a testování dítěte, podvýživa snižovala pravděpodobnost přežití pacientů a veřejnost zařízení příliš nedůvěřovala. V Nyaheře v roce 2007 zahájila Magna pilotní projekt a vystavěla výživové a testovací centrum, i zde však bylo nutné dále pokračovat v zefektivnění programů.

Hodnocený projekt byl vytvořen v roce 2007 s výše zmíněnými cílovými zdravotními zařízeními a ostatními institucemi na základě těchto skutečných potřeb zjištěných v pilotní fázi. Konkrétní programy byly v souladu s Keňským národním strategickým plánem pro AIDS (KNASP II, pro léta 2005/6 – 2009/10) a jeho 2 prioritními oblastmi, tedy prevencí nových infekcí (skrze zpřístupnění testování, postexpoziční profylaxe a program komplexní prevence přenosu HIV z matky na dítě - PMTCT) a zlepšení kvality života osob žijících s HIV/AIDS nebo HIV/AIDS ovlivněnými (podpora rovného přístupu mužů a žen k léčbě a péči včetně péče domácí, integrace léčby, výživa, snižování stigma). Třetí prioritní oblast, boj se sociálně-ekonomickým dopadem HIV/AIDS včetně osvěty, nebyla v projektu příliš zohledněna. Projekt rovněž odrážel i klíčové priority KNASP, zejména multisektorální přístup, zaměření na nejvíce zranitelné skupiny (děti), zohlednění potřeb žen a mládeže, maximální zapojení osob žijících s HIV/AIDS do implementace a intervence založené na průkazných údajích. Důležité je zmínit, že projekt podpořil rozvoj péče ve státních zařízeních, což je jednou z hlavních priorit keňské vlády.

Projekt byl rovněž i v souladu se slovenským Národním programem oficiální rozvojové pomoci 2007, kde byla uvedena alokace pro Keňu ve výši 46 mil. SKK a jednou ze 3 prioritních oblastí bylo vedle rozvoje infrastruktury a energetiky právě zdravotnictví.

- **Byl projekt komplementární s aktivitami dalších dárců v Keni v oblasti poskytování zdravotní péče a podpory dětí a rodin žijících s HIV nebo HIV ovlivněnými, zejména v oblasti snížení přenosu HIV z matky na dítě a poskytování ARV (antiretrovirální léčby)?**

Dle kapitoly 4.1. působí v Keni v oblasti HIV/AIDS stovky donorů, nevládních neziskových institucí, výzkumných institucí a dalších subjektů. Velvyslanectví SR se v rámci možností účastní mimo jiné setkání rozvojových rádců v rámci Delegace EK, koordinace se všemi dárci je však nad jeho kapacity.

V hodnoceném období realizovaly projekty boje proti HIV/AIDS také Trnavská univerzita v Trnavě a Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce Sv. Alžběty, a to s místními partnery, zejména Mukuru Promotion

³⁰ Dle the Kenya AIDS Information Survey 2007 (KAIS 2007)

³¹ Dle NACC/NASCOP: National HIV Indicator for Kenya: 2011, z roku 2012.

Centre v Nairobi, což je soukromé dobrovolné centrum pro testování HIV a poradenství (tzv. VCT). Zmíněné centrum realizuje program PMTCT v Nairobi již od roku 2001 a je podporováno mimo jiné SlovakAid. Od přijímání slovenských lékařů a mediků na podporu léčby ARV centrum dle vlastního vyjádření upustilo vzhledem k nízké hospodárnosti stáží, jazykové bariéře, nízké kontinuitě a potřebě specifických znalostí a zkušeností v oblasti HIV/AIDS. Nyní se soustředí na ARV léčbu a výživový program.

V oblasti Kisumu tito realizátoři nepracovali, ve spádové oblasti Kombewy a Nyahery však působily další instituce, zejména Walter Reed/PEPFAR (výzkum, testování HIV, rovněž i léčba ARV a PMTCT po odchodu Magny), CDC/KEMRI (výzkum, testování HIV, rovněž financováno z PEPFAR) a UNICEF Kenya (zejména boj proti podvýživě, dětské úmrtnosti, ale zejména od roku 2010 také PMTCT v rámci iniciativy Maisha), se kterými Magna neformálně pracovala, tj. bez memoranda o porozumění. Na základě zdlouhavému procesu testování HIV ze strany CDC Magna ve spolupráci s Walter Reed podpořila změny v testování vedoucí ke snížení doby čekání na výsledky z měsíců na přibližně 2 týdny. Od UNICEF Kenya, Nestlé a INSTA Magna využívala speciální výživu. Zástupce ministerstva zdravotnictví, DMOH, NACC a další členové distriktního technického výboru (DTC) zajišťovali, aby nedošlo k duplicitě služeb.

- **Do jaké míry jsou projektové cíle stále platné s ohledem na aktuální potřeby a priority v Keni?**

Dle Velvyslanectví SR, DASCO, DMOH i NACC je nutné další zlepšení zdravotní péče, a to mimo jiné skrze budování kapacit místních, zejména státních zařízení, zlepšení plánování (dodávek léků), zvýšení počtu zaměstnanců a jejich proškolení tzv. „on-the-job“, tedy přímo v praxi. Tím lze následně podpořit důvěru ve státní zařízení, která je v současnosti stále nízká.³² S tímto cílem byla v roce 2011 spuštěna mimo jiné nová poradenská telefonická linka Uliza, specializující se na podporu lékařů v otázkách HIV³³.

Dle NACC je nutné sledovat nejen četnost výskytu HIV, ale především počet nových infekcí. Zatímco výskyt HIV se v oblasti Nyanzy mírně snižuje (dle různých zdrojů na úroveň 10-15%, údaj Keňského národního statistického úřadu z roku 2010 je 13,9%³⁴), počet nových infekcí zůstává na stejné úrovni a počet testovaných je stále nízký (kolem 22%, což zahrnuje duplicitní testování jedné osoby).

V oblasti HIV/AIDS je vedle nutnosti komplexní léčby (tj. nejen ARV, ale i léčba oportunitních infekcí, podpora výživy apod.) klíčový tzv. follow-up, tedy práce s pacienty poté, co se dozví o jejich HIV statusu, v případě PMTCT rovněž péče o narozené dítě. Proto je potřebná komunitní práce s pacientkami a jejich rodinami, čímž lze zvýšit dodržování léčby ARV, ale také řešit sociální stigma související s HIV. Zástupce ministerstva zdravotnictví DMOH v Kisumu rovněž upozornil na nutnost rozšíření laboratoří testujících HIV či balíčků k rychlému testování. DMOH začíná preferovat integraci osob infikovaných HIV, spíše než jejich segregaci v jednotkách CCC. Dalším způsobem řešení sociálně-ekonomického vyčlenění je i zakládání svépomocných skupin (tzv. self-help groups), které zavádí např. Mukuru Promotion Centre v Nairobi. Tyto skupiny jsou dle vyjádření centra schopny osamostatnění, vlastního řízení, financování a organizace výdělečných aktivit již po roce fungování. V důsledku zvýšeného příjmu si členky skupin mohou dovolit léčbu, což zlepší jejich zdravotní stav, napomůže rehabilitaci ve společnosti a posílí vlastní nezávislost.

V širším kontextu zmínila řada konzultovaných aktérů, že pro prevenci i léčbu HIV/AIDS je vhodná podpora holistického, sociálně-ekonomického rozvoje postižených komunit, včetně vzdělání, péče o znevýhodněné děti a rodiny, podpory ekonomické činnosti, osvěty a dalších aktivit na snižování sociálně-ekonomického stigma spojeného s HIV/AIDS. To potvrzuje i analýza posledních výzkumných poznatků³⁵. Stále chybí

³² Na nepřipustné, neetické chování zdravotníků ve státních zařízeních upozorňuje aktuální skandál s nedobrovolnou sterilizací HIV pozitivních žen, viz. The Body, The Complete HIV/AIDS Resource, Kenya to Investigate Allegations of Forced Sterilizations Among HIV-Positive Women, 5. 9. 2012.

³³ Uliza, Clinicians' HIV Hotline, +254 726 460 000 či +254 732 620 000.

³⁴ NACC: The Kenya AIDS epidemic Update 2011, 2012

³⁵ Karen Kampada: Vertical Transmission of HIV in sub-Saharan Africa: Applying Theoretical Frameworks to Understand social Barriers to PMTCT, University of Colorado, USA, 2012 - tvrdí, že sociálněekonomické faktory (strukturální, sociální institucionální, komunitní a interpersonální) mají na změnu chování a využívání zdravotní péče větší vliv než zdravotní osvěta a poradenství.

větší zapojení mužů do péče o zdraví matek a dětí, jakož i do plánování rodiny, např. skrze pravidelná komunitní setkání. Vedle toho je důležitá i implementace keňské Komunitní zdravotní strategie³⁶, včetně decentralizace služeb a národního informačního systému (ve spolupráci s japonskou rozvojovou agenturou JICA). Nutná je rovněž prevence a léčba dalších nemocí, jakými jsou malárie, tuberkulóza či cholera. Do těchto aktivit jsou zapojeny další dárcovské instituce, včetně velkých nadací jako např. Bill and Melinda Gates Foundation, proto je třeba úzce koordinovat všechny donory a realizátory.

V tomto kontextu jsou cíle projektu stále relevantní jak co do oblasti (Nyanza), tak zaměření. Je důležité posílení aktivit směřujících ke snižování sociálně-ekonomického stigma spojeného s HIV/AIDS.

6.2. Hospodárnost (efektivita)

- Jak hospodárná byla realizace projektu, včetně výběru přístupů, kde existovaly alternativy?

Personální náklady tvořily dle závěrečného finančního vyúčtování³⁷ 29%, projektové náklady (léky, testy, porodné, dopravné pacientek, výživa apod.) 24%, provozní náklady 18% (nájem kanceláře a ubytování včetně služeb, místní doprava, komunikace), mezinárodní cestovní náklady včetně diet 9% a ostatní náklady (zejména nákup auta) 20%. Projekt byl prodloužen do června 2009 s tím, že byla překročena řada indikátorů pro výstupy a záměr projektu (viz. účinnost níže). V porovnání se sníženými skutečnými náklady ve výši 76.7% oproti plánu lze zhodnotit projekt jako hospodárný, ovšem s výhradami níže.

Je pozitivní, že oproti původnímu rozpočtu se zvýšily na úkor ostatních rozpočtových kapitol zejména provozní náklady. Nárůst dosáhl 255% zřejmě kvůli podhodnocení této kapitoly, jakož i nárůstu nákladů zejména na výživu (vyššího počtu zapojených osob oproti plánu) a léčbu oportunitních infekcí vzhledem k výpadkům dodávek léků v zapojených zdravotních zařízeních. V rámci provozních nákladů se téměř ztrojnásobily výdaje na poplatky (za zdravotní pojištění, účetnictví a právní poradenství), které tak dosáhly dokonce 6.5% celkových skutečných nákladů. Díky úsporám se podařilo uhradit zařízení pro zapojené nemocnice ve výši 11 884 EUR (byl k dispozici pouze částečný seznam zařízení v Kombewě).

Využívání prostor zapojených zdravotnických zařízení zdarma (ošetřeno memorandem o porozumění), zapojení zdravotnického personálu do programů Magny, jakož i společný monitoring a tvorbu zpráv lze považovat za velmi efektivní.

Magna vedle úzkého projektového týmu ze Slovenska ve velké míře využívala místní zaměstnance, které zaškolila, což přispívá jak k větší hospodárnosti, tak udržitelnosti projektu. Tito zaměstnanci, integrovaní do směnového systému nemocnic s výjimkou nočních směn, obdrželi vyšší platové ohodnocení než státní zaměstnanci. Důvodem bylo dle Magny ocenění nižší jistoty zaměstnání s ohledem na časové omezení projektu a zvýšení motivace. Část zaměstnanců Magny v Kombewě zůstala a jejich platy jsou nyní hrazeny organizací Walter Reed, přičemž toto ohodnocení je na stejné úrovni jako u ostatních, státních zaměstnanců. Ovšem platové limity se dle informací z Kombewy zvýšilo. Protože nebyly během evaluace k dispozici výplatní pásky zaměstnanců, nelze učinit přesné závěry, na kolik byly vyšší platy opodstatněné a hospodárné.

Magna rovněž využívala finanční a jiné hmotné motivace (balíčky pro novorozence, úhrada dopravy aj.), aby zvýšila počet porodů v nemocnici a dodržování pravidel léčby a testování. Organizace jako např. The Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL), prokázaly pomocí rigorózních evaluací, že poskytování darů, např. moskytiér, je smysluplné s ohledem na co nejširší adaptaci nové praxe³⁸. Názory na takovouto podporu se různí, tato relativně nízká investice se však vzhledem k výsledku – nižšímu přenosu HIV

³⁶ Community health strategy např. dle USAID / Keňská vláda: Global Health Initiative Kenya Strategy 2011-2014, Update Revision January 18, 2011.

³⁷ Závěrečné finanční vyúčtování nákladů projektu, poskytnuté ze strany SAMRS i Magny.

³⁸ J-PAL Website: <http://www.povertyactionlab.org/> (10. 9. 2012)

z matky na dítě – jeví jako opodstatněná. Dle této logiky je hmotná podpora porodů, následné pravidelné léčby a testování poměrně hospodárné. Současná preference porodů v nemocnici poukazuje na fakt, že díky této počáteční podpoře ženy získaly povědomí o výhodách porodů v nemocnici. Na druhou stranu však tato praxe výrazně snižuje udržitelnost (viz. níže). Zejména bezplatná distribuce léků a dlouhodobě i úhrada služeb či hmotná motivace by tak měla být zvážena a poskytována jen v odůvodněných případech (např. nemožnost rodiny ani částečně uhradit náklady, viz. případové studie níže).

Dále je na zvážení, zda je vhodné zapojovat slovenské lékaře bez specifické znalosti HIV ³⁹, či zda v rámci stejných nákladů spíše nezapojit místní lékaře specializované na problematiku HIV, jak doporučuje několik jiných realizátorů.

Realizátor vedl obsáhlou dokumentaci k projektu. Nastavil a udržoval databázi s řadou relevantních dat. Zprávy (průběžné a závěrečná, narativní a finanční) nebyly vnitřně zcela konzistentní. Z dat není jasné, které výstupy byly realizovány v Nyaheře, kde dle informací z terénu pokračovala léčba OI/ARV i výživový program (původně byl plánován jen program PMTCT). Zpoždění projektu byla různě interpretována v průběžné zprávě č. 4 a v žádosti o prodloužení, resp. zprávě závěrečné. Na základě povolebních nepokojů na počátku roku 2008 Magna požádala asi 2 týdny před původním ukončením projektu o jeho prodloužení o 2 měsíce do června 2009, přičemž ředitel SAMRS žádost obratem schválil. Bohužel však Magna nepožádala o změnu výstupů a adekvátní úpravu rozpočtu dle vlastního vyjádření kvůli nutnosti okamžitě reagovat na aktuální potřeby v terénu.

6.3. Účinnost (efektivnost)

- Byly výstupy implementovány uspokojivě, v souladu s projektovým dokumentem včetně změn?

Všechny tři hlavní programy (PMTCT, léčba ARV/OI a výživa) byly realizovány v **Kombewě i Nyaheře**, neboť programy jsou navzájem komplementární. V Nyaheře měl být realizován dle projektového dokumentu jen program PMTCT, což by však snižovalo celkovou efektivnost projektu.

Program prevence přenosu viru HIV z matky na dítě (PMTCT)

Magně se dle vyjádření NACC i zdravotnických zařízení podařilo rychle získat důvěru žen. Program PMTCT si mohly zvolit všechny ženy, které byly HIV pozitivní a čekaly dítě. Dle údajů Magny bylo zapojeno 766 z celkového počtu 1746 žen, které prošly poradenstvím k HIV. Do programu však nebyly zapojeny pacientky nemocnice v Nyaheře, které bydlely v jiné spádové oblasti, a tudíž spadaly pod jiné nemocnice a komunitní pracovníky. V jejich případě hrozila mimo jiné duplicita léčby. Vysvětlit jim tato pravidla však bylo dle pracovníků Nyahery náročné.

Program PMTCT i výživy byl dle vyjádření vícero aktérů v souladu s národními pravidly NACC, jakož i WHO a USAIDS. Byl komplexní a zavedl integrovaný přístup k léčbě matky i dítěte, o které pečoval stejný personál. Matky se dozvěděly základní informace k porodu, jakož i následné péči, výživě a hygieně na „školeních pro matky“. Během projektu obdržely předporodní, porodní i poporodní péči včetně balíčků pro novorozence a preferované výživy. Komunitní pracovníce efektivně zajišťovaly práci s pacientkou v domácím prostředí (vícekrát týdně až jednou měsíčně dle potřeb pacientky), od podpory porodu v nemocničním prostředí, přes včasné převzetí a užívání léků, po testování dítěte na HIV. Rovněž vykonávaly i návštěvy bez ohlášení, aby zkontrolovaly hygienické podmínky či správné poskytování výživy. Veškeré služby a zákroky byly poskytovány zdarma, a to dle informovaného rozhodnutí pacientek, které dle vlastního vyjádření porozuměly výhodám porodu v nemocnici a dalších poskytovaných služeb. Tato péče byla značným rozšířením PMTCT oproti dřívějšímu úzkému zaměření pouze na poskytování léků.

³⁹ Letenka 1127 EUR, pojištění, víza a diety 1060 USD

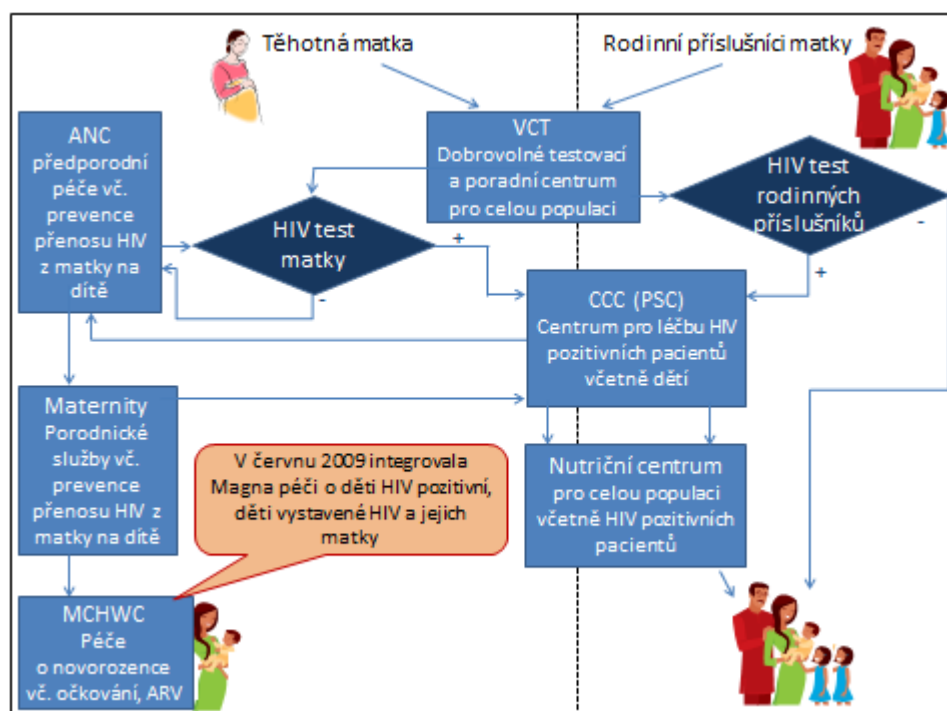
Léčebný program pro děti a jejich rodiny (ARV/OI)

Magna zaměstnala zdravotnický personál, který poskytoval odborné poradenství a péči dětem i matkám. Ve spolupráci s Walter Reed se Magně podařilo snížit čekací dobu na výsledky testů z několika měsíců na několik týdnů, což bylo důležité pro podporu zapojení celé rodiny do léčby. Magna rovněž podpořila testování dětí a zjednodušila jejich přístup k lékům ARV, který byl před zahájením projektu omezený. Kromě státem poskytovaných léků ARV Magna v případě potřeby hradila léky na oportunitní infekce. Dále podpořila i činnost dětských klubů, které byly dle vyjádření zaměstnanců úspěšné a napomohly formou psychosociální terapie mimo jiné i k dodržování režimu zdravotní péče. Magna také v rámci domácí péče podpořila testování rodinných příslušníků, řada otců však testování odmítla, popřípadě přistoupila k testování HIV až po zaznamenání vážných obtíží (746 mužů bylo testováno na HIV, údaje z období před projektem nejsou k dispozici).

Výživový program pro děti a jejich rodiny

Magna poskytovala náhradní stravu v souladu s národními pravidly i doporučením WHO. Dále reagovala na podvýživu pacientů zvýšeným poskytováním doplňkové stravy, a to 680 dětem a 668 matkám.

Celý model práce nejen s HIV+ matkou a dítětem, ale i s celou rodinou je znázorněn níže, přičemž od července 2009 došlo k integraci HIV pozitivních a negativních pacientů (není znázorněno):



Obrázek č. 2: Model práce s HIV pozitivními matkami a jejich rodinnými příslušnými

Specifikem tohoto projektu a jeho hlavní přidanou hodnotou je právě integrace zdravotní péče o matku a dítě, s důrazem na komplexní, pružnou a kvalitní péči, a dále pokud možno zapojení celé rodiny do zdravotní péče. Aby bylo dosaženo změny přístupu zapojených zdravotních zařízení, byli zaměstnanci Magny školeni (tzv. on-the-job, tedy v praxi) a pracovali po boku ostatního, státního zdravotnického personálu. Všichni konzultovaní aktéři potvrdili opravdový zájem a aktivní zapojení pracovníků Magny v nemocnicích i komunitě, což vedlo k dosažení většiny výstupů. Magna rovněž prováděla sběr dat dle vlastního vyvinutého systému, sdílela klíčová data s nemocnicemi dle jejich struktury reportování a na základě výsledků průběžně upravovala realizaci.

Závěrečná zpráva z evaluace projektu Prevence, výživa a komplexní podpora pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)

Dosažení klíčových výstupů lze shrnout následovně:

Klíčové výstupy projektu ⁴⁰	Klíčové ukazatele	Skutečnost ⁴¹
1.1 Nastávající matky jsou zapojovány do dobrovolného poradenství a testování HIV.	– 2.148 žen zapojených do poradenství a dobrovolného testování HIV	– 1.746 žen zapojených do poradenství, 1.357 prošlo testováním HIV a následným poradenstvím (<i>nedosaženo, ovšem zvýšena kvalita péče oproti roku 2007 a obslouženy všechny ženy ze spádových oblastí se zájmem o testy</i>)
1.2 Nastávající HIV+ matky získaly komplexní zdravotní a sociální péči dle svých potřeb (PMTCT).	– 500 žen zapojených do komplexního PMTCT na základě pozitivního testu HIV – 250 HIV+ žen porodilo ve spolupracujícím zdravotnickém zařízení	– 766 žen zapojených do komplexního PMTCT na základě pozitivního testu HIV (<i>významně překročeno</i>) – 261 HIV+ žen porodilo ve spolupracujícím zdravotnickém zařízení (<i>dosaženo</i>) – 299 těhotných žen dostalo předporodní ARV profylaxi, 215 žen obdrželo ARV profylaxi při porodu
1.3 Novorozeňata HIV+ matek obdržela ARV, byla kojena a testována na HIV dle národních pravidel	– 500 novorozeňat obdrželo poporodní ARV profylaxi – 150 HIV+ žen využívajících pouze náhradní výživu pro kojení – 350 HIV+ žen výlučně kojících – 500 dětí obdrželo ARV a bylo testováno na HIV dle národních pravidel	– 256, resp. 269 novorozeňat obdrželo poporodní ARV profylaxi (dle typu léku, <i>nedosaženo</i>) – 75 HIV+ žen využívajících pouze náhradní výživu pro kojení (<i>nedosaženo, také v souladu s mezinárodním výzkumem bylo preferováno výhradní kojení</i>) – 360 žen HIV+ žen výlučně kojících (<i>dosaženo</i>) – 435 dětí obdrželo dětské balíčky, ARV a bylo testováno na HIV dle národních pravidel (<i>nedosaženo zřejmě vzhledem ke krátkému trvání projektu, část dětí byla testována až po jeho ukončení</i>) – 980 těhotných žen a matek bylo proškoleny.
2.1 HIV+ dětští pacienti obdrželi komplexní léčbu ARV / OI.	– Zvýšený počet personálu v programu léčby nemocnice Kombewa, pracujícího dle zlepšeného systému, oproti roku 2007.	– Růst počtu personálu v Kombewě během o 10 osob. (<i>dosaženo</i>) – 435 dětí obdrželo ARV, případně léky na oportunitní infekce.
2.2 HIV+ rodinní příslušníci byli testováni na HIV a obdrželi komplexní léčbu ARV / OI.	– Zvýšený počet rodinných příslušníků testovaných na HIV oproti roku 2007.	– 746 mužů (partnerů HIV+ matek) dobrovolně testováno na HIV. – 462 dětí dobrovolně testováno na HIV. – Počet HIV+ pacientů v centru PSC se zvýšil z 2.783 (srpen 2008) na 4.000 (červen 2009), přičemž část z nich zajistila Magna
3.1 HIV+ děti a dospělí zapojení do komplexní léčby (výstup 2.1. a 2.2.) a trpící podvýživou prošli výživovým programem.	– 150 dětí (věk 0-6 měsíců) obdrželo náhradní mléčnou výživu – 500 dětí (věk 6-12 měsíců) obdrželo kašovitou stravu – 100 rodin se 4-6 členy obdrželo potravinový koš. – 100 dětí zapojených do ARV léčby obdrželo výživu.	– 75 dětí (věk 0-6 měsíců) obdrželo náhradní mléčnou výživu (<i>nedosaženo, preferováno výhradní kojení</i>) – 689 dětí (věk 6-12 měsíců) obdrželo kašovitou stravu (<i>překročeno</i>) – 668 ženám byla poskytnutá speciální výživa (<i>významně překročeno</i>) – Celkem 863 pacientů zapojených do výživového program (<i>počet zapojených rodin / dětí není znám</i>). – 98 nutričních školení (počet účastníků není znám)

Tabulka č. 2: Dosažení indikátorů projektových výstupů

Mezi hlavní limitující faktory realizace byla jednak nestabilní politická situace na počátku projektu, jiný systém práce státních zařízení (vysoká administrativa, neefektivní postupy, korupční praktiky, vysoká mobilita pracovníků), přičemž spolupráce se po počátečním vyjasnění zlepšila, a také nevraživost manželů či jiných rodinných příslušníků HIV+ matek zapojených do programu Magny, což individuálně řešily komunitní a sociální pracovnice Magny.

- Do jaké míry zrealizované výstupy vedly či přispěly k očekávaným výsledkům?

⁴⁰ Výstupy a ukazatele dle zrevidované matice logického rámce.

⁴¹ Dle závěrečné zprávy Magny souhrně za Kombewu i Nyaheru, data v místě realizace byla neúplná.

Příspěvek výše uvedených výstupů k naplnění účelu projektu (v matici logického rámce výsledky nebyly zformulovány) nelze dle indikátorů jednoznačně zhodnotit ke konci implementačního období. Snížený přenos HIV z matky na dítě lze s konečnou jistotou potvrdit až ve 12., resp. dle aktuálních postupů v 18. měsíci dítěte. Protože byly ženy a děti do projektu zařazeny průběžně, větší část z nich neabsolvovala všechna tři kola testů HIV⁴². Během evaluace rovněž nebyl přístup ke zdravotnické dokumentaci, aby bylo možné snížení přenosu HIV zhodnotit. Z 37 matek, resp. rodin konzultovaných během evaluace byl však identifikován pouze 1 případ HIV+ dítěte. Také komunitní pracovníce a zdravotnický personál obou zařízení potvrdil snížení přenosu HIV.

Obdobně nelze kvantitativně zhodnotit rozšíření léčby ARV / OI dětských pacientů a jejich rodinných příslušníků, jakož i posílení jejich imunity díky výživě, a to z důvodu neexistence spolehlivých dat z roku 2007. Komunitní pracovníce a zdravotnický personál obou zařízení opět potvrdili, že Magna přispěla k rozšíření a zlepšení léčby a výživy zejména dětí a matek. Pokud byl účelem projektu udržitelný růst počtu zdravotnického personálu, pak toho bylo dosaženo pouze v Kombewě, v Nyaheře byli všichni pracovníci propuštěni (dále viz. udržitelnost).

Na základě zhodnocení intervenční logiky a posouzení dopadů projektu ze strany zúčastněných aktérů však lze podpořit závěr, že zrealizované programy a jejich výstupy vedly k očekávaným výsledkům, resp. k projektovému účelu.

- **Do jaké míry jsou projektové výstupy a aktivity v souladu s plánovaným dopadem a efektem?**

Aktivity a výstupy byly v souladu s plánovaným účelem projektu a také dlouhodobým efektem, tedy dopadem projektu. Provinční koordinátor Nyanzy pro AIDS a STDs veřejně sdělil⁴³, že v roce 2011 bylo do ARV léčby zapojeno celkem 6.700 těhotných žen, přičemž preventivní ARV získalo 8.920 dětí. Z tohoto pohledu je rozsah projektu Magny, a tudíž příspěvek ke snížení míry přenosu HIV z matky na dítě poměrně značný. V důsledku podávání léků ARV a prevence přenosu HIV z matky na dítě lze očekávat i snížení úmrtnosti dětí způsobené HIV. Zejména komunitní práce, důraz na kvalitní exekuci a spolupráce se státními zařízeními přispěly ke kvalitativním změnám směřujícím k plnohodnotnému životu novorozenců (bez nákazy HIV), dětí a jejich rodinných příslušníků infikovaných či ovlivněných HIV/AIDS, což je patrné v kapitole o dopadech projektu a v případových studiích v příloze.

6.4. Udržitelnost

- **Jak je pravděpodobné, že výsledky projektu zůstanou udržitelné po ukončení projektu?**

Výsledky a přínos projektu byly v době evaluace, tedy přibližně 3 roky po ukončení projektu, pouze velmi omezeně udržitelné, a proto je pravděpodobnost jejich dalšího udržení relativně nízká.

Plán udržitelnosti vycházel v projektové dokumentaci ze zapojení klíčových institucí do plánování i realizace projektu, z využití dostupných léků a postupů, jakož i z předpokladu, že zaměstnanci programu ARV a PMTCT zůstanou součástí zdravotnických zařízení, které je budou nadále platit, což však nebylo smluvně zakotveno. Magna dále předpokládala, že její „Magna centrum“ bude po ukončení dále pokračovat v poskytování doplňkových služeb. Zaměření na státní zdravotní zařízení bylo jedním z klíčových podmínek udržitelnosti projektu.

Určité realizované aktivity projektu, zejména přímé poskytování léků, výživy a hmotné motivace zúčastněným stranám, byly vzhledem ke kompletnímu financování ze strany Magny, potažmo ODA SR a nezajištění následného financování dlouhodobě neudržitelné. Alternativní, více udržitelné způsoby

⁴² Dle závěrečné zprávy Magny 217 dětí prošlo prvním HIV testem (17 bylo HIV+), 177 dětí druhým HIV testem (22 HIV+) a 67 třetím testem (1 HIV+).

⁴³ AllAfrica: Kenya: Nyanza Has Highest Rate of HIV/AIDS Infections, 14. 6. 2012

podpory rodin žijících s HIV/AIDS, např. formou svépomocných skupin, a také ovlivňování státních úřadů za účelem zefektivnění služeb a jejich alespoň částečného hrazení, však vyžadovaly delší působení, než byl časový rámec projektu. Poskytování odměn komunitním pracovním mělo za následek ztrátu motivace po ukončení programu, zatímco ztráta hmotných výhod ze strany zapojených matek nevedla v případech ověřených evaluací k odmítnutí již osvojených praktik, protože ženy díky projektu Magny pochopily přednosti porodu v nemocnicích a pravidelné léčby ARV. Z finančních důvodů však nadměrně kojily nad rámec 6 měsíců věku dítěte či nedodržovaly přesný testovací a léčebný režim.

V každém případě ve finální fázi projektu, tedy v první polovině roku 2009, bohužel nedošlo k oficiálnímu jednání o předání se zapojením DMOH, NACC a DASCO. Neproběhlo oficiální předání dokumentace, ani interní evaluace projektu, resp. zhodnocení hlavních úspěchů, formulace doporučení/ponaučení a komunikace o převzetí ze strany nových partnerů. Vyvinutý systém monitorování dat (včetně databáze) nebyl předán. Fyzická dokumentace byla údajně ponechána ve zdravotních zařízeních, ovšem v Kombewě k ní nebyl přístup a zástupci nemocnice v Nyaheře převzetí nepotvrdili. Hlavní data z programů Magny byla průběžně zpracovávána ve zprávách nemocnic, výstupy jsou však různé kvality. Pacientky Magny byly náhlým ukončením projektu zaskočeny, část z nich musela z finančních důvodů přejít z umělé výživy zpět na kojení, což mohlo mít vliv na zvýšení pravděpodobnosti nákazy HIV aj. Někteří beneficianti si stěžovali na ukončení působení Magny přímo NACC. Všichni konzultovaní aktéři závěrečnou fázi postrádali. V důsledku absence oficiálního předání a interní evaluace je informovanost o realizaci projektu (např. na DMOH) omezená.

SAMRS ve smlouvě s realizátorem nepožadovala předání hmotného (a nehmotného) majetku místním subjektům, resp. příjemcům. Magna pořízený majetek předávala průběžně, k dispozici však nejsou všechny předávací protokoly. Při návštěvě evaluátorky obě zrenovovaná střediska, která sloužila pro účel projektu, nadále fungovala, ovšem nutriční středisko v Kombewě bylo částečně využíváno pro administrativní účely. Místní nábytek byl údajně pořízen z grantu ODA SR, nebylo však na něm umístěno logo SlovakAid, aby to bylo možné ověřit. Auto bylo předáno Magně Children at Risk Kenya a je údajně používáno v oblastech aktuálního působení Magny.

Převzetí zaměstnanců Magny (lékařů, sester a výživových specialistů) bylo pouze neformálně projednáno s Walter Reed i faces⁴⁴, nebylo však oficiálně naplánováno s DMOH, a proto byla mezi službami poskytovanými Magnou a novými partnery nemocnic (Walter Reed a faces) několikaměsíční pauza. Zatímco přibližně 10 zaměstnanců Magny v Kombewě bylo následně najato ve výběrovém řízení, v Nyaheře po ukončení projektu z důvodu nedostatečných financí nebyl zaměstnán žádný proškolený zaměstnanec Magny. Převzetí komunitní práce nebylo projednáváno vůbec, noví partneři tedy bohužel najali nové komunitní pracovníce. Ani jedna z asi 40 komunitních pracovníků – ambasaderek Magny již oficiálně nevykonává činnost. Tři z 9 pracovníků konzultovaných během evaluace však uvedly, že jsou z vlastní iniciativy v kontaktu s třetinou až polovinou svých pacientek, ovšem bez systematické podpory nemocnice. Pozice sociální pracovníce je v současnosti neobsazená, což má negativní efekt na psychosociální rozměr péče a motivaci komunitních pracovníků.

Magna Children at Risk Kenya, které byla činnost předána, ukončila působení v oblasti v prosinci 2009 vzhledem k množství dalších realizátorů a přesunula pozornost na keňské distrikty Msambweni a Garissa. Doplnkové služby tudíž v Nyanze neposkytuje. Evaluační mise v srpnu 2012 zjistila, že program PMTCT a léčba ARV/OI dále fungují díky organizacím Walter Reed (v Kombewě) a faces (v Nyaheře), které sice pracují v několika desítkách zařízení napříč provincií, neposkytují však psychosociální podporu a nepracují tak úzce s komunitou. Jejich práce je proto méně účinná, neboť ženy méně dodržují pravidla prevence a léčby. V důsledku se tedy dle pracovníků nemocnic opět zvýšilo procento přenosu HIV z matky na dítě. Navíc Walter Reed má podle komunitních pracovníků menší důvěru obyvatel. Obě organizace hradí platy části personálu v Kombewě, resp. Nyaheře, ovšem sociální pracovníci chybí a počet komunitních

⁴⁴ Family AIDS Care and Education Services (faces), viz. <http://www.faces-kenya.org/>

pracovníků je omezen. Komunitní práce koordinuje DMOH a v dané oblasti ji zajišťuje i Ampath, s jeho přítomností v terénu se však evaluátorka nesetkala. Výživu poskytují USAIDS a další, v Nyaheře však bohužel není k dispozici nutriční specialista a ucelený výživový program chybí.

Pro budoucí intervence NACC klade důraz na udržitelnou implementaci, tedy dobrovolnou komunitní práci (bez odměn komunitním pracovníkům, neboť odejmutí financí má za následek snížení motivace k návštěvám pacientů a pacientek) a minimalizaci poskytování léků zdarma. Dle NACC je klíčová osvěta v komunitách a posilování kapacit zdravotnických zařízení spíše než poskytování služeb zdarma, což může vést krátkodobě ke zvýšení jejich využití, ale je dlouhodobě neudržitelné. Jak zmínil zástupce NACC: „Lidé by si Vás měli pamatovat kvůli Vašemu přístupu, ne kvůli darům a službám zdarma“. Také dle NACC a DMOH je v budoucnosti nutné včasné projednání strategie odchodu (tzv. exit strategy).

6.5. Dopad

- **Jaké změny projekt přinesl beneficiťům; kolik lidí mělo přínos z projektu či bude mít z projektu přínos nepřímý? Jaké změny projekt přinesl přímým i nepřímým beneficiťům?**

Projekt dle výše uvedené tabulky č. 4 (zdroj Magny) přímo zapojil 1.746 žen, 746 mužů a 689 dětí. Z projektu měly přímo či nepřímo přínos rodiny těchto beneficiťů, odhadem tedy 1.746 rodin po přibližně 5 až 20 osobách (v oblasti je běžná polygamie), což činí odhadem 20.000 nepřímých beneficiťů. Projekt dosáhl dle všech konzultovaných aktérů pozitivních efektů a přínosů v oblasti prevence přenosu HIV, zdravotní a psychosociální péče i výživy.

Případové studie, popisující přínos projektu a současný stav pacientek a jejich rodin, jsou uvedeny v příloze. Demonstrují velkou různorodost rodinného zázemí, komplexitu problematiky HIV, přetrvávající chudobu a nedostatek výživy většiny rodin i silnou stigmatizaci a snahu proti ní bojovat skrze sociálně-ekonomickou soběstačnost. Zároveň byl v rámci nejnovější studie v provincii Nyanza⁴⁵ zaznamenán negativní dopad programu PMTCT. Mezi 1.777 ženami (16% žije s HIV, 44% rodilo ve zdravotnickém zařízení) byla zaznamenána zvýšená stigmatizace aktivit spojených s programem PMTCT, např. návštěva nemocnice, porod v nemocnici či výhradní kojení implikovalo pro většinu žen HIV pozitivní status matky. Tato označení s sebou přináší další stereotypy o HIV pozitivních ženách, které jsou podle komunity promiskuitní apod. Lze předpokládat, že i pacientky Magny mohou kvůli této stigmatizaci zanevřít na osvojené efektivní praktiky z obavy o prozrazení jejich HIV statutu.

Obecně lze říci, že v důsledku komplexní péče v programu PMTCT se zvýšila spokojenost pacientek, počet porodů v nemocnicích a míra dodržování léčby. Díky tomu je valná většina dětí, které prošly programem Magny, HIV negativních. Dodržování léčby ovšem částečně kleslo po ukončení projektu (matky si např. nevyzvedávají výsledky HIV testů, neboť jim není hrazena doprava a nejsou jinak dostatečně motivovány). Všechny matky zapojené do projektu, které byly konzultovány během evaluace a které v posledních 3 letech opět otěhotněly (celkem 8 pacientek), porodily v nemocnici a dodržovaly výlučné kojení, ovšem po dobu delší než 6 měsíců z důvodu nedostatku jiné výživy.

Negativní HIV testy dětí i dalších rodinných příslušníků pro rodiny znamenaly velkou úlevu a motivaci pro případné opětovné zapojení do programu PMTCT, jakož i snížení potenciálních nákladů na zdravotní péči.

Některé matky se samy staly komunitními pracovníkmi, což bylo vzhledem k jejich vlastní zkušenosti velmi přínosné pro jejich klientky. Jedna takováto pacientka dokonce sdělila příběh, kdy sama asistovala při porodu pacientky v nemocnici, když v noci nebylo možné najít zdravotní sestru. Zároveň jim tato práce poskytovala smysluplné zapojení do komunity. Z finančních důvodů tyto pracovníce po ukončení projektu přestaly systematicky vykonávat komunitní práci, tento efekt je tak spíše krátkodobý. Na druhou stranu

⁴⁵ Turan J. M. et al.: The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Perspective Mixed-Methods Study, PLOS Medicine, August 2012

Závěrečná zpráva z evaluace projektu Prevence, výživa a komplexní podpora
pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)

Ize v rámci postupující implementace Komunitní zdravotní strategie očekávat jejich potenciální znovuzapojení. Ovšem komunitní pracovníce, zapojené do evaluace, z velké většiny nejsou ochotny dále poskytovat své služby zdarma či za symbolickou odměnu, kterou poskytuje Walter Reed (2.000 KSH, tj. cca 18,5 EUR/měsíc).

- **Do jaké míry projekt přispěl k posílení kapacit na místní úrovni?**

Magna se zasazovala o dlouhodobý dopad svých programů skrze práci se státními zařízeními, které mohou dále pokračovat v započatých aktivitách. Školení se v rámci projektu účastnili bohužel pouze zaměstnanci Magny, kteří byli dále proškolení v rámci své práce (tzv. on-the-job). Vzhledem k novým vládním požadavkům na povinnou rotaci se do programu PMTCT dostávali také nezaškolení pracovníci zařízení, což mohlo mít vliv na poskytování služeb. Přibližně 10 bývalých zaměstnanců Magny nadále pracuje v Kombewě a jejich přístup i zkušenosti jsou dle představitele centra pro osoby žijící s HIV/AIDS vysoce ceněny. V Nyaheře bohužel nedošlo k podobnému zapojení bývalých zaměstnanců. Vzhledem k vysoké fluktuaci pracovníků lze očekávat, že počet pracovníků přímo i nepřímo vystavených projektu Magny se bude snižovat. Protože nebylo systematicky nastaveno proškolení nových zaměstnanců v zavedených postupech, lze očekávat snižování přínosů projektu v obou nemocnicích. Testy HIV jsou nadále zajišťovány organizací Walter Reed, přičemž čekací dobu na výsledky se údajně podařilo udržet v řádu několika týdnů, což je důležité pro zpětnou vazbu pacientům.

Systém komunitní práce i dětské kluby byly vysoce ceněny a následně dle DASCO zavedeny i do dalších zdravotních zařízení spadajících pod nemocnici v Kombewě. Bohužel však nebylo možné zhodnotit, do jaké míry tyto aktivity skutečně efektivně dostávají požadavkům původních programů.

Protože dokumentace nebyla zcela předána nemocnicím, byla omezena jejich další monitorovací kapacita. Z aktuálních, neúplných databází obou nemocnic nevyplyvá (viz. tabulka níže) jasný vliv projektu. V Nyaheře je patrné zvýšené zapojení matek do programu PMTCT v období implementace projektu, nárůst porodů v nemocnici a posílená podpora dětí. Tento efekt však vymizel po odchodu Magny. V případě Kombewy je efekt sporný, ovšem poskytnutá data nebyla vnitřně konzistentní.

Podoblastní nemocnice v Nyaheře	2007	2008	2009	2010	2011
Indikátor / rok					
Počet žen zapojených do poradenství a dobrovolného testování HIV	1625	1879 ↑	1943 ↑	1934 →	1656 ↓
Počet žen, které prošly testováním HIV a následným poradenstvím	1615	1868 ↑	1925 ↑	1885 ↓	1621 ↓
Počet HIV+ žen	103	132 ↑	101 ↓	93 ↓	104
Počet žen zapojených do komplexního PMTCT	103	132 ↑	101 ↓	Chybí údaj	Chybí údaj
Počet dětí, které se narodily v nemocnici	92	129 ↑	96 ↓	86 ↓	75 ↓
Počet dětí, které se narodily v domácím prostředí	3	3 →	5 →	7 →	29 ↑
Počet (HIV+) dětí, které obdržely ARV profylaxi	103	132 ↑	101 ↓	93 ↓	104 ↑
Počet (HIV+) dětí, které obdržely výživu	95	84 ↓	0 ↓	0 →	0 →
Celkový počet dětí, které byly podpořeny	95	132 ↑	101 ↓	93 ↓	104 ↑
Počet žen, které nedodržovaly pravidla PMTCT	2	0 →	12 ↑	22 ↑	31 ↑
Oblastní nemocnice v Kombewě	2007	2008	2009	2010	2011
Indikátor / rok					
Počet žen zapojených do poradenství a dobrovolného testování HIV	Chybí údaj	Chybí údaj	729	918 ↑	960 ↑
Počet žen, které prošly testováním HIV a následným poradenstvím	1135	855 ↓	706 ↓	854 ↑	922 ↑
Počet HIV+ žen	378	158 ↓	173 ↑	167 ↓	182 ↑

Tabulka č. 3: Souhrnné údaje o beneficiitech ze strany zapojených nemocnic

6.6. Průřezová témata

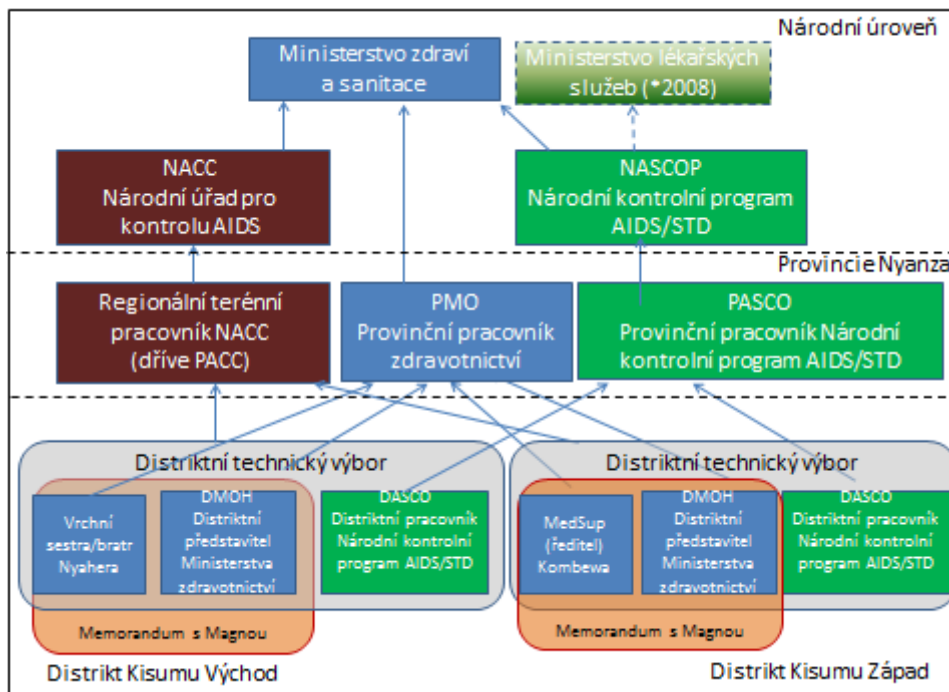
- Byla identifikována a reflektována průřezová témata (ZRS SR)?

Dobrá správa věcí veřejných

Realizátor na počátku projektu nastavil spolupráci s hlavními zúčastněnými stranami včetně Národního výboru pro HIV/AIDS (NACC), Oblastní nemocnice v Kombewě, Zdravotního střediska v Nyaheře, organizací zabezpečující testování Walter Reeds, dalším realizátorem - CDC a dodavateli speciální výživy a léků. Memoranda o porozumění byla uzavřena vždy s klíčovými aktéry v daném zdravotnickém zařízení – DMOH a zástupcem nemocnice (tzv. nursing officer či medical superintendent dle úrovně nemocnice).

Magna z praktických důvodů vedla separátní setkání svých zaměstnanců a snažila se s představiteli nemocnic průběžně řešit konflikty pramenící z různého platového ohodnocení, rozdílných pravidel pro rotace (omezení nočních směn pro zaměstnance Magny kvůli posílení denních směn), zapojení zaměstnanců Magny do úkolů mimo jejich pracovní náplň aj. Projekt nezahrnoval školení ostatních pracovníků nemocnice, tradičních porodních asistentek a dalších, kteří mohou šířit nevhodné praktiky. Databáze pacientů se nesdílela, zástupci Magny se ovšem účastnili měsíčních setkání, kde reportovali aktuální počet pacientů a zákroků dle požadavků zařízení. Magna se v průběhu projektu začala účastnit oblastních technických výborů (DTC), kde Regionální terénní pracovník NACC ve spolupráci s DASCO koordinovali plán prevence a léčby HIV/AIDS včetně hlavních aktivit, rozpočtu, zapojených realizátorů, zhodnocení činnosti apod. Mezi faktory, které ovlivňovaly řádnou správu projektu, patřila nejen častá mobilita úředníků a vedoucích pracovníků zdravotnických zařízení, ale i korupční požadavky těchto osob.

Poměrně složité institucionální uspořádání včetně druhého ministerstva zdravotnictví, zavedeného v průběhu projektu, lze znázornit následovně:



Obrázek č. 3: Zapojení státních institucí do projektu

Komunita byla zapojena do realizace projektu skrze komunitní pracovníky i napřímo. DMOH doporučilo zapojení místních pracovníků (z konkrétní oblasti, neboť Keňan z jiné oblasti, resp. z jiného kmene je vnímán jako cizinec), a to i na řídicí úrovni. Toho lze dosáhnout např. zapojením 2 manažerů, slovenského a místního. Tak se posílí akceptace projektu ze strany místního zařízení a komunity i udržitelnost.

Realizátor vedl obsáhlou dokumentaci k projektu. Kvartální narativní a finanční zprávy byly za různá období, což znesnadňovalo monitoring. Narativní zprávy jsou méně přehledné, částečně zmiňovaly aktivity již předchozích období a jasně neoddělovaly aktivity v Kombewě a Nyaheře. Nevyplyvá z nich jasné dosažení či nedosažení ukazatelů. Ty jsou navíc částečně nerealistické (viz. revize matice logického rámce). Finanční zprávy včetně závěrečné nebyly ve stejné struktuře jako plánovaný rozpočet a souhrnné vyúčtování, což znesnadňovalo monitoring a žádosti o změny. Souhrnné vyúčtování neobsahuje počet jednotek, pouze celkovou částku za určitou rozpočtovou položku, což znesnadňuje kontrolu jednotkových nákladů a počet jednotek (např. zaměstnanců). Zpráva nebyla upravena o částku krácenou SAMRS. Tyto nedostatky komplikují také ověření hospodárnosti. Data pacientů byla omezeně sdílená, neboť existuje obava ze zneužití. Monitoring ze strany SAMRS se omezil na revizi dokumentů. Nedošlo ani k monitorovací návštěvě projektu, ani k interní evaluaci, a to i přes poměrně značnou výši rozpočtu projektu.

Gender

Projekt se z definice programu PMTCT zaměřoval na ženy a jejich děti. Ženy tvoří v Keni většinu HIV pozitivní populace. V případě zveřejnění svého pozitivního HIV statutu jsou vážně obviňovány např. z promiskuity a silně stigmatizovány. Tento problém se snažily řešit sociální a komunitní pracovníce Magny, které zajišťovaly ženám všestrannou zdravotní a psychosociální péči. Děti jsou stále nově infikovány HIV (asi 15% z celkového počtu nových infekcí) kvůli nedostatečné prevenci přenosu HIV od rodičů. Projekt snížením přenosu HIV na děti přispěl k odlehčení břemena HIV pozitivní matky, a to jak z pohledu ekonomického, tak psychosociálního. Také z ostatních programů těžily ženy více než muži. I dlouhodobý efekt projektu zasahuje spíše ženy (bezpečnější porody, menší starost o zdravé HIV negativní děti apod.). Projekt zároveň v možné míře podpořil testování mužů a jejich zapojení do zdravotní péče o rodinu. Komunitní pracovníce Magny a pacientky se však často setkávaly s agresivním či apatickým chováním mužů, což znemožňovalo efektivní spolupráci. Zapojení mužů zůstává nadále problematické, je proto třeba hledat nové způsoby jejich oslovení a ovlivnění.

7. Závěry

7.1. Relevance

Míra relevance byla **vyšoká**. Projekt byl v souladu s Keňským národním strategickým plánem pro AIDS (KNASP II, pro léta 2005/6 – 2009/10) i slovenským Národním programem oficiální rozvojové pomoci 2007. Výběr provincie Nyanza odrážel vysoké rozšíření HIV (14,9%); konkrétní zdravotnická zařízení pak byla vybrána pro intervenci ve spolupráci s místními úřady, a to s ohledem na míru rozšíření HIV, existence základního vybavení, dostatečnému množství pacientů, nízkému přístupu k prevenci (PMTCT) a léčbě a dále chybějící podpoře ze strany jiných realizátorů. Projekt byl komplementární s činností dalších realizátorů a donorů, zejména Walter Reed/PEPFAR, CDC/KEMRI a UNICEF Kenya. Distriktní technický výbor (DTC) vedený úřadem NACC zajišťoval komplementaritu.

Aktuální potřeby a priority stále kopírují projektové cíle a zahrnují budování kapacit místních, zejména státních zařízení, komplexní léčbu a integraci osob žijících s HIV/AIDS. V rámci komunitní práce je zdůrazňována práce na osvětě, včetně většího zapojení mužů, podpora dodržování léčby ARV, ale také ekonomické i psychosociální podpora rodin žijících s HIV/AIDS. Na systémové úrovni je pak nutná konsolidace informačního systému, decentralizace služeb, prevence a léčba dalších nemocí, jakož i úzká koordinace všech donorů a realizátorů. V tomto kontextu jsou záměry a cíl projektu stále relevantní, a to jak pro Nyanzu, tak pro další oblasti Keni, přičemž důležité je posílení aktivit směřujících ke snižování sociálně-ekonomického stigmatu spojeného s HIV/AIDS a dále posílení místních kapacit.

7.2. Hospodárnost (efektivita)

Míru hospodárnosti lze na základě konsolidovaných finančních zpráv a závěrečného vyúčtování, jakož i na základě návštěvy obou míst realizace a diskuse s dalšími realizátory hodnotit jako **spíše vysokou**. Oproti schválenému rozpočtu se zvýšily zejména náklady na výživu a léčbu oportunitních infekcí. Celkové náklady dosáhly pouhých 76,7% plánu při současném dosažení či překročení většiny výstupů a záměru projektu. Realizátor zdarma využíval pro realizaci projektu jak prostor partnerů, tak jejich personálu, tak i dostupných léků. K hospodárnosti však existuje několik výhrad. Projektová dokumentace byla nekonzistentní – zejména zdůvodnění zpoždění, nepřehledné zprávy a nejasná data např. ohledně Nyahery, omezené informování o změnách. Zaměstnanci Magny byli finančně ohodnoceni více jak ostatní zdravotnický personál partnerských zařízení, což sice podpořilo motivaci zaměstnanců Magny, zároveň však měl tento přístup negativní vliv na zbývajících personál zařízení, a je tudíž otázkou, nakolik byl opodstatněný. Finanční a jiná hmotná motivace HIV pozitivních matek a jejich rodin byla důležitá pro adaptaci nové praxe (porod v nemocnici, přesné pobírání léků ARV a testování dítěte na HIV). Ovšem plné hrazení veškerých nákladů včetně léků na oportunitní infekce omezuje hospodárnost, jakož i udržitelnost projektu, a tudíž mohlo být omezeno pouze na odůvodněné případy. Obdobně se lze vyjádřit i k finanční motivaci komunitních pracovníků. Dále je na zvážení přínos slovenských lékařů bez specifické znalosti HIV oproti nákladům a alternativní využití místních lékařů specializovaných na HIV.

7.3. Účinnost (efektivnost)

Míru účinnosti lze označit dle kvalitativního výzkumu a splněných indikátorů za **vysokou**, ovšem data vzhledem ke krátké době implementace a nepřístupnosti zdravotnické dokumentace částečně chybí. Všechny tři hlavní programy (prevence přenosu HIV z matky na dítě – PMTCT; komplexní léčba ARV a oportunitních infekcí dětí a jejich rodinných příslušníků; výživa dětí, matek a dalších rodinných příslušníků) byly realizovány v Kombewě i Nyahere více než uspokojivě. Hlavní přidanou hodnotou byla integrace zdravotní péče o matku a dítě, s důrazem na komplexní, pružnou a kvalitní péči, a dále pokud možno zapojení celé rodiny do zdravotní péče. Dále byla přínosná souběžná práce proškoleného personálu Magny a dalších pracovníků zapojených státních zařízení. Některých indikátorů výstupů nebylo dosaženo (počet žen zapojených do poradenství či počet novorozenců, které obdržely ARV profylaxi), jiné byly významně překročeny (počet žen PMTCT či příjemců výživy), což souvisí s aktuální situací v terénu, neboť péče byla poskytnuta všem zájemcům z příslušných spádových oblastí nemocnic. Realizované aktivity byly v souladu s výstupy, a s plánovaným dopadem. Výsledný přínos projektu byl velmi oceněn všemi konzultovanými aktéry.

7.4. Udržitelnost

Evaluace výsledků a přínosů projektu 3 roky po ukončení prokázala, že míra udržitelnosti projektu byla **nízká**. Určité realizované aktivity projektu, zejména přímé poskytování léků, výživy a hmotné motivace zúčastněným stranám, byly dlouhodobě neudržitelné, zatímco nastavení spolupráce se státním zařízením slibovalo pokračování programů. Ovšem ve finální fázi projektu nedošlo k oficiálnímu jednání o předání se zapojením DMOH, NACC a DASCO. Neproběhlo oficiální předání dokumentace, ani interní evaluace projektu. Pacientky Magny byly náhlým ukončením projektu zaskočeny, část z nich musela z finančních důvodů přejít z umělé výživy zpět na kojení, což mohlo mít vliv na zvýšení pravděpodobnosti nákazy HIV. SAMRS ve smlouvě s realizátorem nepožadovala předání hmotného (a nehmotného) majetku místním subjektům, resp. příjemcům, které proběhlo z velké části neformálně.

V činnosti pokračovala Magna Children At Risk, ovšem jen do konce roku 2009. Program PMTCT a léčba ARV/OI dále fungují díky organizacím Walter Reed v Kombewě a faces v Nyahere. Tyto organizace sice pracují v několika desítkách zařízení napříč provincií, neposkytují však psychosociální podporu a nepracují tak úzce s komunitou, a jejich práce je proto méně účinná. Převzetí zaměstnanců Magny s nimi bylo pouze neformálně projednáno, nebylo však oficiálně naplánováno s DMOH. Zatímco přibližně 10 zaměstnanců

Magny v Kombewě bylo po určité pauze najato ve výběrovém řízení, v Nyaheře nebyl zaměstnán žádný proškolený zaměstnanec Magny. Převzetí komunitní práce nebylo projednáváno vůbec, noví partneři tedy bohužel najali nové komunitní pracovníce. Část komunitních pracovníků Magny nadále navštěvuje nejbližší pacientky, nekoná tak systematicky a ve spolupráci s nemocnicemi. Tři ze sedmi komunitní pracovníce – ambasadorka Magny již oficiálně nevykonává činnost. Pozice sociální pracovníce v Kombewě chybí. Omezený je i výživový program zejména v Nyaheře, kde chybí výživový specialista.

7.5. Dopad

Míra dopadu projektu byla zpočátku **spíše velká, ovšem postupně byla oslabena na spíše nízkou úroveň**. Projekt přím zapojil 1.746 žen, 746 mužů a 689 dětí, nepřím pak odhadem 20.000 osob. Dle všech konzultovaných aktérů i případových studií projekt dosáhl pozitivních efektů a přínosů v oblasti prevence přenosu HIV, zdravotní a psychosociální péče i výživy. Obecně lze říci, že v důsledku komplexní péče v programu PMTCT se zvýšila spokojenost pacientek, počet porodů v nemocnicích a míra dodržování léčby. Díky tomu je valná většina dětí, které prošly programem Magny, HIV negativních. Dodržování pravidel ovšem částečně kleslo po ukončení projektu. Kvůli předchozímu vyššímu ohodnocení komunitní pracovníce zapojené do evaluace nebyly ochotny pracovat za symbolickou odměnu. Pokračující silná stigmatizace může mít další vliv na nedodržování pravidel prevence a léčby HIV.

Projekt jen částečně přispěl k posílení kapacit na místní úrovni. Školení a setkání se v rámci projektu účastnili povětšinou pouze zaměstnanci Magny, což neumožnilo růst odbornosti dalším pracovníků zapojených nemocnic. Přibližně 10 bývalých zaměstnanců Magny nadále pracuje v Kombewě, v Nyaheře však není zapojen žádný. Testy HIV jsou nadále zajišťovány efektivně a s relativně nízkou čekací dobou na výsledky. Systém komunitní práce i dětské kluby byly vysoce ceněny a následně dle DASCO zavedeny i do dalších zdravotních zařízení spadajících pod nemocnici v Kombewě, jejich efektivnost však nebylo možné zhodnotit.

7.6. Průřezová témata

7.6.1. Dobrá správa věcí veřejných

Dobrou správu věcí veřejných se projektu podařilo naplnit **spíše v nižší míře**, a to i přes systematickou práci se státními institucemi, koordinaci s ostatními aktivitami zaměřenými na HIV/AIDS a také zapojením komunity. Mezi faktory, které ovlivňovaly řádnou správu projektu, patřila nejen častá mobilita úředníků a vedoucích pracovníků zdravotnických zařízení, ale i korupční požadavky těchto osob. Chybělo systematictější posilování místních kapacit, např. školení všech zaměstnanců a tradičních porodních asistentek, jakož i sdílení dokumentace. Projekt byl řádně administrován ze strany realizátora. Ovšem složitá a částečně nerealistická matice logického rámce, absence žádostí o změny, nepřehlednost a nejasnost zpráv i neexistence finální závěrečné zprávy po krácení ze strany SAMRS komplikuje monitoring a evaluaci projektu. Absence monitoringu v terénu ze strany donora a interní evaluace, jakož i problematické předání projektu snižuje míru naplnění tohoto principu.

7.6.2. Gender

Projekt **ve vysoké míře** zohledňoval gender, neboť se zaměřoval především na ženy a jejich děti. Jejich stigmatizaci se snažily řešit sociální a komunitní pracovníce Magny, které zajišťovaly ženám všestrannou zdravotní a psychosociální péči. Projekt snížením přenosu HIV na děti přispěl k odlehčení břemena HIV pozitivní matky, a to jak z pohledu zdravotního, tak psychosociálního, tak i ekonomického. Také z ostatních programů těžily ženy více než muži. I dlouhodobý efekt projektu zasahuje spíše ženy (bezpečnější porody, menší starost o zdravé HIV negativní děti apod.). Projekt zároveň v možné míře podpořil testování mužů a jejich zapojení do zdravotní péče o rodinu.

8. Doporučení

Doporučení týkající se hodnoceného projektu	Hlavní adresát	Stupeň závažnosti
Informovat o závěrech evaluace a doporučeních hlavní zúčastněné strany , aby byla posílena informovanost o projektu, jakož i jeho dlouhodobé dopady a udržitelnost.	UNDP BRC	1
V dalších projektech zaměřených na HIV/AIDS zvážit : – posílení komunitní práce , včetně většího zapojení mužů do zdravotní péče o rodinu, posílení ekonomické soběstačnosti rodin žijících s HIV/AIDS, např. formou svépomocných skupin i jinak; – systematické posilování místních partnerů , např. formou proškolení trenérů a následného školení všech zaměstnanců, komunitních pracovníků a tradičních porodních asistentek, sdílení manuálů apod.	Magna Deti v nůdži / SAMRS	2
Doporučení k budoucím projektům ODA SR v Keni	Hlavní adresát	Stupeň závažnosti
Posílit spolupráci s ministerstvy a národními úřady (v případě HIV/AIDS s oběma ministerstvy zdravotnictví a s NACC) s cílem podpořit zapojení slovenských realizátorů a částečné financování projektů ODA SR z prostředků keňské vlády či/a mezinárodních donorů.	Velvyslanectví SR	3
Doporučení / ponaučení procesního a systémového charakteru	Hlavní adresát	Stupeň závažnosti
Posílit systematické monitorování projektů , včetně: – revize nastavení projektu včetně matice logického rámce; – detailnější struktury zpráv a jejich revize , aby byly jasné patrné výsledky včetně dosažení indikátorů; – půlroční souhrnné vyúčtování spíše než kvartální s kopiemi všech dokladů a zároveň audit náhodně vybraných projektů; – zapojení Velvyslanectví SR do monitorování zejména velkých projektů. Vzhledem k současným omezeným kapacitám Velvyslanectví SR je vhodné v rámci monitoringu zvážit konkrétně pozici rozvojového pracovníka se sídlem v Nairobi pro 2 prioritní země SR – Keňu a Jižní Súdán.	SAMRS / MZV SR	1
Zavést interní evaluace jako součást projektů (obdobně jako u projektů financovaných EK). Do těchto evaluací participativně zapojit místní aktéry včetně cílových skupin a diskutovat s nimi rovněž i hlavní závěry a doporučení.	SAMRS	2
Klást při výběru projektů větší důraz na udržitelnost , tedy posilování místních kapacit včetně systematického proškolení místních zaměstnanců, spolufinancování, podpory při přípravě navazujících žádostí o financování a strategie odchodu jasné od počátku projektu. V souvislosti s udržitelností zvážit přiměřenou délku a zaměření projektů.	SAMRS	1
Používat angličtinu jako jazyk projektových dokumentů a evaluačních zpráv ; ve slovenštině lze ponechat shrnutí. Tím se zvýší transparentnost zejména vůči aktérům v partnerské zemi a zároveň se sníží administrativa, což pozitivně ovlivní efektivitu.	MZV SR / SAMRS	2
Zvážit úhradu nákladů realizátora nutně vynaložených na poskytnutí součinnosti v průběhu externí evaluace (na dopravu, ubytování, komunikaci apod.)	MZV SR	1

Tabulka č. 4: Doporučení

9. Přílohy

9.1. Seznam zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
ANC	Předporodní péče (Antenatal Care)
ARV	Antiretrovirální
ARV	antiretrovirální (léčba)
CCC	Comprehensive Care Centre
CDC	The Center for Disease Control and Prevention
DASCO	Distriktní představitel/ka Národního kontrolního programu AIDS/STD
DMOH	Distriktní představitel Ministerstva zdravotnictví (District Medical Officer of Health)
faces	Family AIDS Care and Education Services
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HIV	Human Immuno-deficiency Virus
ILO	International Labour Organisation
IOM	International Organisation for Migration
JICA	Japan International Cooperation Agency
KEMRI	Kenya Medical Research Institute
KNASP I-III	Keňský národním strategický plán pro AIDS I-III
MZV SR	Ministerstvo zahraničních věcí Slovenské republiky
NACC	National Aids Control Council
NACC	Národní úřad pro kontrolu AIDS (National AIDS Control Council)
NASCOP	Národní kontrolní program AIDS/STD (National AIDS and STD Control Programme)
ODA	oficiální rozvojová pomoc
OI	Oportunitní infekce
PACC	Provincial AIDS Control Committee
PASCO	Provinční představitel/ka Národního kontrolního programu AIDS/STD
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMO	Provinční pracovník zdravotnictví (Provincial Medical Officer)
PMTCT	Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě (Prevention of Mother To Child Transmition)
PPP	Public-Private Partnership
PSC	Patient Support Centre
SAMRS	Slovenská agentura pro mezinárodní rozvojovou spolupráci
SR	Slovenská republika
STD	sexuálně přenosná nemoc (Sexually Transmitted Disease)
TBA	Tradiční porodní asistentka (Traditional Birth Attendant)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP BRC	United Nations Development Programme Regional Centre Bratislava
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VCT	Středisko dobrovolného testování HIV a poradenství (Voluntary Counselling & Testing)
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organisation

9.2. Zrevidovaná matice logického rámce

	Popis projektu (intervenční logika)	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje ověření ukazatelů	Předpoklady a rizika
Celkový cíl	Plnohodnotný život novorozenců (bez nákazy HIV), dětí a jejich rodinných příslušníků infikovaných a/či postižených HIV/AIDS <i>v distriktě Kisumu</i>	<i>Relativní snížení</i> míry nemocnosti dětí a dospělých a následné úmrtnosti způsobené HIV v oblasti implementace projektu <i>oproti provinčním a národním statistikám</i>	<i>Zprávy zapojených zdravotnických zařízení</i> Zprávy UNAIDS o globální epidemii Národní rada pro kontrolu AIDS (NACC), hodnotící zprávy Keňský národní program pro kontrolu AIDS/STDs, hodnotící zprávy	-
	1) Snížit počet případů přenosu HIV z matky na dítě <i>v rámci</i> programu PMTCT (Preventing Mother-to-child Transmission of HIV) <i>v nemocnici v Kombewě a Nyaheře</i>	Růst počtu žen zapojených do PMTCT <i>oproti roku 2007. (přesunuto z cíle 2)</i> Nižší míra přenosu HIV z matky na kojenče <i>oproti roku 2007.</i>	Zdravotní záznamy <i>a zprávy zapojených zdravotnických zařízení</i> Statistické údaje Magny (<i>a dalších zapojených institucí</i>) o počtu dětí s <i>pozitivními a negativními výsledky HIV</i> testů.	Úspěšná implementace projektu a jeho dlouhodobá sociální a ekonomická udržitelnost. <i>Nízká mobilita a udržení proškoleného personálu.</i>
	2) Rozšířit a zlepšit léčbu ARV a OI dětských pacientů <i>a jejich rodinných příslušníků</i> nastavením léčebního programu ARV / OI <i>v nemocnici v Kombewě a Nyaheře</i>	Růst počtu dětí zapojených do léčby ARV <i>oproti roku 2007. Zvýšení imunity a snížení nemocnosti těchto dětí (pokud je možné zhodnotit).</i> Růst počtu personálu, který poskytuje léčbu ARV a OI <i>dle nastaveného systému oproti roku 2007.</i>	Zdravotní záznamy <i>a zprávy zapojených zdravotnických zařízení</i> Statistiky národních a mezinárodních nevládních organizací (<i>včetně Magny</i>) o kojencích, dětech a dospělých zapojených do programu	Přetrvávající poptávka po zákrocích MTCT ze strany budoucích matek na základě dobře vykonávaného dobrovolného poradenství a následné zdravotní a sociální péče. <i>Nízká mobilita a udržení proškoleného personálu.</i>
	3) Zvýšit šance na přežití dětských a dospělých pacientů s HIV/AIDS poskytnutím nutričního programu (pro registrované na léčbu ARV v nemocnici v Kombewě <i>i Nyaheře</i>)	<i>Zvýšení MUAC zapojených pacientů nad limit pro podvýživu stanovený národními pravidly. (či obdobný relevantní indikátor)</i> Růst počtu personálu, který poskytuje nutriční program <i>dle nastaveného systému oproti roku 2007.</i>	Keňská národní pravidla pro výživu a HIV/AIDS (guidelines) <i>Zdravotní záznamy a zprávy zapojených zdravotnických zařízení (zdroj „místní záznamy o úmrtnosti dětí a dospělých způsobené HIV/AIDS“ není relevantní)</i>	Poptávka po ARV, léčbě OI a podoře výživy pro dětské i dospělé obyvatele. <i>Nízká mobilita a udržení proškoleného personálu.</i>
Výstupy	1.1 Nastávající matky <i>jsou zapojovány</i> do dobrovolného testování HIV <i>a poradenství</i> . 1.2 Nastávající HIV+ matky <i>získaly</i> komplexní zdravotní a sociální péči dle svých potřeb. 1.3 Novorozeňata HIV+ matek <i>obdržela</i> ARV, byla kojena a testována na HIV dle národních pravidel	2148 žen zapojených do dobrovolného testování HIV <i>a poradenství</i> 500 žen <i>zapojených</i> do komplexního PMTCT na základě pozitivního testu HIV 250 HIV+ žen porodí ve spolupracujícím zdravotnickém zařízení 150 HIV+ žen <i>využívajících pouze</i> náhradní výživu pro kojenče 350 HIV+ žen <i>vylučně kojících</i> 500 dětí <i>obdrželo</i> ARV a bylo testováno na HIV dle národních pravidel 500 novorozeňat <i>obdrželo</i> poporodní ARV profylaxi	Záznamy o návštěvě <i>zdravotnických zařízení</i> a registraci do programu. Statistiky Magny k PMTCT plus, ARV a testům HIV. Statistiky laboratorních HIV testů. Zprávy komunitních pracovníků – ambasaderek z domácích návštěv. <i>(zkráceno)</i>	Důkladná a kvalitní realizace zákroků PMTCT. <i>Otevřenost matek a jejich rodin k péči.</i>
	2.1 HIV+ dětské pacienty obdrželi komplexní léčbu antiretrovirální (ARV) a oportunitních infekcí (OI). 2.2 HIV+ rodinní příslušníci byli testováni na HIV a obdrželi komplexní léčbu antiretrovirální (ARV) a oportunitních infekcí (OI).	<i>Zvýšený počet personálu v programu léčby nemocnice Kombewa, pracujícího dle zlepšeného systému, oproti roku 2007.</i> <i>Zvýšený počet rodinných příslušníků testovaných na HIV oproti roku 2007.</i>	<i>Personální záznamy nemocnice Kombewa.</i> Statistiky Magny <i>k léčbě antiretrovirální (ARV) a oportunitních infekcí (OI).</i> Statistiky laboratorních HIV testů.	Disciplína, vytrvalost a úsilí matek v programu v průběhu intervence.
	3.1 HIV+ děti a dospělí zapojení do komplexní léčby (výstup 2.1. a 2.2.) <i>a trpící podvýživou</i> prošli <i>výživovým programem.</i>	<i>150 dětí (0-6 měsíců) obdrželo náhradní mléčnou výživu</i> <i>500 dětí (6-12 měsíců) obdrželo kašovitou stravu</i> <i>100 rodin se 4-6 členy obdrželo potravinový koš.</i>	Dodávací listy a distribuční listy výživy. Statistiky Magny k programu pro výživu.	Dlouhodobá rodinná podpora a tendence matek k testování rodinných příslušníků. Kvalita zdravotnického personálu a asistence sociálních pracovníků.



Závěrečná zpráva z evaluace projektu Prevence, výživa a komplexní podpora
pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)

Hlavní aktivity		100 dětí zapojených do ARV léčby obdrželo výživu.		
	Ad 1) Konzultace a testování HIV, poskytování předporodní / porodní / poporodní zdravotní a sociální péče včetně domácích návštěv (v rámci PMTCT), poskytování mléka a náhradní výživy, HIV testy dětí. Ad 2) Nábor a proškolení nových zaměstnanců, zavedení komplexního systému léčby ARV ve spolupráci se státními zaměstnanci. Ad 3) Nábor a proškolení odborníka na výživu, zajištění a distribuce výživy, výživové poradenství.	(indikátory byly vymazány, na tomto místě lze uvést prostředky / zdroje)	(na tomto místě lze uvést rozpočet)	Nepřetržitá dostupnost léků, mléka a výživy a možnost jejich zajištění za dostupnou cenu. Pokračující akceptace intervence ze strany budoucích matek a jejich nejbližších rodinných příslušníků. Důvěra rodin ve státní zdravotnická zařízení a jejich dostupnost. Funkční logistický systém zajištění léků, mléka a potravin. Dobře fungující zdravotní zařízení a personál Centra Magna a zdravotnických zařízení. Dobře fungující jednotka pro testování HIV. Tendence matek zaregistrovaných do PMTCT přivést své rodinné příslušníky na testování. Dostupnost přiměřeného počtu zdravotnických vyškolených kandidátů. Výchozí podmínky Záruka spolupráce a partnerství s oběma zdravotnickými zařízeními. Úspěch pilotního projektu PMTCT poskytujícího příslušné údaje z terénu. Dostatečná zdravotnická infrastruktura umožňující intervenci na pravidelné bázi. Dostupnost místního odborného zdravotního personálu, jeho ochota zapojit se do intervence. Podpora projektu ze strany relevantních úřadů (NACC, NASCOP, DMOH).

Poznámka: Změny oproti původní matici jsou označeny **kurzivou**.

9.3. Přehled zúčastněných stran zapojených do evaluace

Typ	Zúčastněná strana	Zapojení do evaluace
Zadavatel	UNDP BRC – Slovak Trust Fund, zodpovědné za provedení evaluace.	Průběžná komunikace se zadavatelem.
Gestor	Ministerstvo zahraničních věcí SR (MZV SR), odpovědné za koncepční řízení ODA SR včetně evaluací a programování. Slovenská agentura pro mezinárodní rozvojovou spolupráci (SAMRS) byla zodpovědná za implementaci bilaterálních projektů ODA ČR, včetně tohoto projektu.	Rozhovory s 2 zástupci ORS/MZV a se 2 zástupci SAMRS. Korespondence se zástupci referenční skupiny skrze zástupce UNDP BRC a finální prezentace celé referenční skupině.
Realizátor	MAGNA Deti v Núdži, občianske združenie, realizovalo hodnocený projekt spolufinancovaný formou dotace udělené SAMRS.	Rozhovor s bývalou projektovou manažerkou, zakladatelem - výkonným ředitelem.
Partnerské organizace	Magna Children at Risk Kenya (Magna Deti v Núdži Keňa) realizovala projekt v místě. National AIDS Control Council (Národní výbor pro HIV/AIDS - NACC), resp. jeho provinční pracovník, pověřený Ministerstvem zdravotnictví k boji s HIV/AIDS v místě intervence. Zástupci ministerstva zdravotnictví (DMOH) a Distriktní pracovník Národní kontrolní program AIDS/STD (DASCO) se rovněž přímo účastnili implementace. Oblastní nemocnice v Kombewě a Zdravotní středisko v Nyaheře, které realizovaly ve spolupráci Magnou Deti v Núdži projektové aktivity a převzaly výstupy projektu.	Rozhovor se zakladatelkou - bývalou vedoucí mise, dále též se sociální pracovníci, která zajišťovala setkání v místě realizace se zástupci zdravotnických zařízení i příjemci. Skupinová diskuse s komunitními pracovníky/cemi a sestrou v nemocnici v Kombewě. Rozhovor se zástupcem NACC, DMOH a DASCO. Rozhovory, resp. skupinové diskuse s dostupnými zástupci obou nemocnic, tj. doktory, asistujícími doktory, sestrami, nutričním specialistou a asistentkou, komunitními pracovníky a dobrovolníky.
Cílové skupiny a příjemci	Primárními cílovými skupinami jsou těhotné matky s HIV/AIDS a jejich děti , druhotně též jejich partneři a ostatní děti . Příjemci jsou celé rodiny těchto matek / dětí a nepřímo také místní komunita.	Návštěva vybraných 6 rodin, které absolvovaly projektové aktivity - rozhovor s nimi. Fokální skupina s 15 matkami a 1 otcem, léčenými v Kombewě a 14 matkami léčenými Nyaheře, rozhovory s dalšími 2 matkami.
Ostatní – stát-ní i nestátní aktéři	Velvyslanectví Slovenské republiky v Nairobi – účast na plánování, monitorování a evaluaci ODA SR v Keni, vč. realizace malých lokálních projektů. Ostatní realizátoři a donoři působící v boji proti HIV/AIDS či zdravotnictví v Keni: Walter Reed / PEPFAR zajišťoval v Kombewě v průběhu projektu zejména laboratorní testy a následně část projektových aktivit v Kombewě převzal. UNICEF Kenya do Kombewy dodával v letech 2008-9 speciální výživu pro podvyživené (ne nutně HIV pozitivní) děti. Speciální výživu dodávalo Nestlé a INSTA. Taky World Food Programme (WFP) údajně poskytoval výživu komunitám v době implementace projektu. S Magnou nespolečně pracoval. Central Disease Control (CDC) původně zajišťoval laboratorní testy HIV a také vedl výzkum v oblasti HIV, ovšem s Magnou nespolečně pracoval. FACES pokračovalo v aktivitách PMTCT v Nyaheře po ukončení hodnoceného projektu, s Magnou však	Rozhovor se zástupcem Velvyslanectví SR, dále též s Walter Reed, CDC/KEMRI a FACES. Rovněž i e-mailová korespondence s dalšími organizacemi.

Závěrečná zpráva z evaluace projektu Prevence, výživa a komplexní podpora
pro děti a rodiny postižené HIV/AIDS v distriktě Kisumu (SAMRS 2007/03/40)

	nespolupracovalo. Další realizátoři, výzkumné instituce a donoři – např. Innovations for Poverty Action.	
<i>Další (slovenští) realizátoři v Keni</i>	Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety a Trnavská univerzita v Trnavě realizují řadu zdravotnických projektů včetně oblasti HIV/AIDS. Spolupracují mimo jiné s místní organizací Mukuru Promotion Centre.	E-mailová korespondence s univerzitami. Rozhovor s projektovou manažerkou a skupinová diskuse s dalšími 3 zástupci Mukuru Promotion centre.

9.4. Itinerář, seznam uskutečněných setkání a komunikace

Datum	Místo	Organizace	Konzultované osoby
31.7.2012	Hluboká cesta 2, 833 36 Bratislava	MZV SR, ORPO, Hlboká cesta 2, 833 36 Bratislava 37	Karla Wursterová, ředitelka odboru rozvojové a humanitární pomoci do 31. 7. 2012, tel.: +421 2 59783821, Karla.Wursterova@mzv.sk Peter Hulényi, ředitel od 1. 8. 2012, +421 918 660 105, peter.hulenyi@mzv.sk
31.7.2012	Drotárska cesta 46, 811 02 Bratislava	SAMRS - Slovenska agentura pre medzinarodnu rozvojovu spolupracu	Lucia Lacková, zastupujúca riaditeľka: lucia.lackova@slovakaid.sk (68205011), Jana Koreňová, projektová manažerka, Tel: +421-2-6820-5035, Fax: +421-2-6820-5012, Mobil +421-918-400-593, jana.korenova@slovakaid.sk , www.slovakaid.sk
31.7.2012	Grosslingova 35, 81109 Bratislava	Slovak-UNDP Trust Fund	Zuzana Letková, Tel: +421 2 59337 215, Fax: +421 2 59337 142 zuzana.letkova@undp.org www.undp.org/europeandcis
31.7.2012	Pražská 31, 811 04 Bratislava	Magna Deti v núdzi	Miroslava Cerulová, projektová koordinátorka v Kisumu od července 2009 , nyní desk officer pro Afriku, cerulova@magna.sk , mobil: +421 0903818209
31.7.2012	Bratislava	P MVRO	Nora Beňáková, Koordinátorka pro rozvojovou politiku, nora.benakova@mvro.sk
9.8. 2012	Pražská 31, 811 04 Bratislava	Magna Deti v núdzi	Miroslava Cerulová, dříve projektová koordinátorka v Kisumu od července 2012, nyní desk officer pro Afriku, cerulova@magna.sk , mobil: +421 0903818209
9.8.2012	Drotárska cesta 46, 811 02 Bratislava	SAMRS - Slovenska agentura pre medzinarodnu rozvojovu spolupracu	Lucia Lacková, riaditeľka: lucia.lackova@slovakaid.sk , +421 68205011, Jana Koreňová, projektová manažerka, Tel: +421-2-6820-5035, Fax: +421-2-6820-5012, Mobil +421-918-400-593, jana.korenova@slovakaid.sk , www.slovakaid.sk
12.8.	<i>Přílet do Nairobi 13 .8. ve 02:25</i>		
13.8.	Milimani Road, P.O.Box 30 204, 00 100, Nairobi	The Embassy of the Slovak Republic	Josef Bandžuch, Deputy Head of Mission, Tel.: +254 20 272 1896, Fax: +254 20 272 7291, Mob.: +254 735 700 217, Jozef.Bandzuch@mzv.sk (Michal Mlynár, Tel.: +254 20 272 1896 /98, Fax: +254 20 271 7291, Michal.Mlynar@mzv.sk nebyl k dispozici z důvodu dovolené), http://www.mzv.sk/App/WCM/ZU/NairobiZU/main.nsf?Open
13.8.	P.O Box 17837 00500, Nairobi, Industrial Area, off Enterprise Road, opp. Express Kenya	Mukuru Promotion Centre	Damaris Mule, Deputy Project Director/HR; deputydirector@mukuruex.org , Mob.: +254 722 505 904 Sammy Karauki, Clinic in-Charge; Viktor Okech, nutritionist; Vitalis Okoth, counselor; Tel: +254-020-2044498 Mob.: +254-722505904, mpc@mukuruex.org , http://www.mukurupromotioncentre.org/
13.8.	<i>Cesta do Kisumu</i>		
14.8.	Nyanza Club, Kisumu	Magna Deti v núdzi Keňa	Denisa Augustinová – zakladatelka, operativní ředitelka a vedoucí mise, augustin@magna.sk Martin Bandžák – zakladatel, ředitel a projektový manažer, Tel: +421 905 682 524, bandzak@magna.sk
14.8.	Kisumu	Magna Deti v núdzi Keňa	Elisabeth Wanyama – sociální pracovnice v Kombewě v době implementace, nyní pracuje pro Magnu Deti v núdzi Keňa v jiné oblasti, Mob.: +254 723 106 737

Datum	Místo	Organizace	Konzultované osoby
15.8.	Kombewa District Hospital, Kisumu West – Busia Road, dále Kisumu – Bondo Road, doprava na Maseno Kombewa Road. (30 km od Kisumu)	NASCOP (resp. oblastní DASCO Kisumu West)	Yuanita Anyango Hongo, District HIV/AIDS Coordinator (DASCO) na konci implementace projektu, Tel: +254 722 663 945, yuanita203@yahoo.com
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, Comprehensive Care Centre (CCC)	Dr. Otieno Ogutu, Clinical Officer in Charge (také v době hodnoceního projektu působil v místě); Aran Yaren, Clinical Officer at PMTCT, Evelyn Awind, nutrition assistant; Vincent Opinya, nutrition officer (poslední 3 osoby byly zaměstnanci Magny po dobu hodnoceního projektu), kontaktní osobou je Millicent Oloo, Tel.: +254 725 449 284.
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, nutriční centrum	<i>Návštěva nutričního centra, které bylo v rámci projektu zrenovováno a zařízeno</i>
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, maternity	Judith Kauma, volunteer – casual worker, maternity / traditional birth attendant (TBA), působila ve stejné roli již v období hodnoceního projektu
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, nutriční centrum	Fokusní skupina s 15 matkami a 1 otcem, beneficiary hodnoceního projektu (z důvodu ochrany osobních údajů nejsou uvedena jména)
15.8.	Opp. Kombewa District Hospital, Kisumu	Walter Reed	Agnes Clynngo Michael, Clinical Research
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, nutriční centrum	Fokusní skupina se 4 komunitními pracovníci – ambasadorkami, které působily v hodnoceném projektu, nyní již nepůsobí v dané pozici: Everlyne Awino, Jecinter Odhiambo, Esther Okeno, Linef Ouko
15.8.	Kombewa District Hospital	Kombewa District Hospital, nutriční centrum	Rozhovor s pacientkou, beneficienkou hodnoceního projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
16. 8.	Nyahera Sub-District Hospital, off Kisumu Kakamega Road (20 km od Kisumu)	Nyahera Sub-District Hospital	Esther Nyamusi, Clinical Officer in Charge (ředitelka zařízení), Tel.: +254 722 688 774; John Mwanzi, Nursing Officer in Charge, johnmwanzi63@yahoo.com ; Elisabeth Donde, Nursing Officer;
16.8.	Nyahera Sub-District Hospital	Nyahera Sub-District Hospital	Fokusní skupina se 14 matkami, beneficienkami hodnoceního projektu (z důvodu ochrany osobních údajů nejsou uvedena jména)
16.8.	Nyahera Sub-District Hospital	Nyahera Sub-District Hospital	Fokusní skupina se 4 komunitními pracovníci – ambasadorkami, které působily v hodnoceném projektu, nyní již nepůsobí v dané pozici: Jarusa Bodo, Beatrice Onjwanj, Jane Amatha, Esther Aloo
15.8.	Nyahera Sub-District	Nyahera Sub-District	<i>Návštěva nutričního a dobrovolného testovacího a poradenského centra, které bylo v rámci projektu</i>

Datum	Místo	Organizace	Konzultované osoby
	Hospital	Hospital	<i>využíváno (bylo zrekonstruováno z prostředků ODA SR v rámci předchozího projektu)</i>
16.8.	Nyahera Sub-District Hospital	Nyahera Sub-District Hospital	Rozhovor s pacientkou, beneficienkou hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
16.8.	Nyahera Sub-District Hospital	Nyahera Sub-District Hospital	Rozhovor s komunitní pracovnící - ambasadorkou, která působila v hodnoceném projektu, nyní již nepůsobí v dané pozici: Beatrice Akini, Tel: +254 712 785 076
16.8.	Nyahera	Nyahera Sub-District Hospital	Domácí návštěva manželů, rozhovor s pacientkou a jejím manželem, beneficienty hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
16.8.	Nyahera	Nyahera Sub-District Hospital	Domácí návštěva matky se 3 dětmi, rozhovor s pacientkou, beneficienkou hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
16.8.	Nyahera	Nyahera Sub-District Hospital	Domácí návštěva babičky a 8 dětí, rozhovor se ženou, beneficienkou hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
17.8.	P.o. Box 54, 40100 Kisumu, at Nyanza Provincial Hospital, Kakamega Road	Walter Reed Project / HJF Medical Research International Inc.	Milton Omondi, Walter Reed Project HIV/AIDS Program Director, Tel.: +254 57 202 2942, +254 715 836 353, momondi@wrp-ksm.org
17.8.	Provincial Headquarters Nyanza, Wvor Otiende Road, off Kenya Barka, beh. Central Road, Kisumu	National Aids Control Council (NACC)	Edwin Lwanya, dříve Field Officer Nyanza zodpovědný za hodnocený projekt, nyní Field Officer Western Province, Tel.: +254 563 0738, Mob.: +254 733 726 718, elwanya@nacc.or.ke
17.8.	at Nyanza Provincial Hospital, Kakamega Road, Kisumu	Centre for Disease Control (CDC) / Kemri	Dr. Daniel Kwaro, HISS Program / Kemri Manager
17.8.	P.O. Box 614, 40100 Kisumu	Family AIDS Care and Education Services (faces)	Dr. Patrick Oyaro, Country Director, Tel.: +254-057-202 3779, Mob.: +254 732 390 254, owitipatrick@yahoo.com , poyaro@kemri-ucsf.org , www.faces-kenya.org
17.8.	at Nyanza Provincial Hospital, Kakamega Road, Kisumu	District Medical Officer of Health (DMOH) Kisumu East	Dr. Titus Kwambai, Mob.: +254 723 354 238, tituskwambai@yahoo.com , mohksmeast@yahoo.com
18.8.	Kombewa	Kombewa District Hospital	Domácí návštěva matky a 4 dětí, rozhovor s pacientkou, beneficienkou hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
18.8.	Kombewa	Kombewa District Hospital	Domácí návštěva manželů a 5 dětí, rozhovor s nimi jako beneficienty hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
18.8.	Kombewa	Kombewa District Hospital	Domácí návštěva babičky sirotka po zemřelé pacientce, rozhovor se ženou, beneficienkou hodnoceného projektu (z důvodu ochrany osobních údajů není uvedeno její jméno)
19.8.	Návrat do Nairobi, odlet v 22:30		

9.5. Přehled osob konzultovaných pouze korespondenčně

Organizace	Konzultované osoby
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety	prof. MUDr. Juraj Benca PhD, koordinace projekt;, mob.: +420 0905899808, tel.: +421257780633, juraj.benca@gmail.com , www.vssvalzbety.sk
Katedra rozvojových štúdií a tropického zdravotníctva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave	prof. MUDr. Adriana Ondrušová, PhD., MPH., vedoucí katedry, adriana.ondrusova@truni.sk Juraj Jančovič, juraj.jancovic@truni.sk http://rs.truni.sk/ , krstz@truni.sk
Innovations for Poverty Action	Aaron Dibner-Dunlap, Project Coordinator, Savings Impact/GLASE, addunlap@poverty-action.org , Tel: +1 (202) 386-6200 Sarah Green, Research Manager (zaměřením na HIV), sgreen@poverty-action.org
Magna Deti v núdzi	MUDr. Eva Vitariusova, pediatrička a konzultantka, vitariusova.eva@gmail.com ; Tel: +421 905 703 408

9.6. Případové studie

Případová studie rodiny A v péči nemocnice v Nyaheře



Matka s nejmladším synem,
HIV negativním



Téměř celá rodina (bez
jednoho dítěte)

Ženě A je 33 let. V roce 2007 zjistila díky Magně, že je HIV pozitivní, a souhlasila se zapojením do programu PMTCT (ve kterém pokračovala v rámci hodnoceného projektu). V rámci něj absolvovala školení pro matky, bylo jí hrazeno dopravné, získala balíček pro novorozence i náhradní výživu. Magna ji naučila, jak chránit sebe i své děti, jak krmit novorozence náhradním mlékem, jak zajistit hygienu. Komunitní pracovníce ji navštěvovala průměrně dvakrát týdně. Magna uhradila i poplatek za lékaře a léky proti malárii vy výši 3000 KES (28 EUR). V roce 2009 Magna náhle odešla. Když v roce žena opět otěhotněla (tedy po ukončení hodnoceného projektu), znala výhody porodu v nemocnici, a tak jej absolvovala, aniž by ji navštěvovala komunitní pracovníce a podporovala ji finančně či jinak v tomto kroku. Dále dítě výhradně kojila, neboť neměla peníze na náhradní stravu, kterou by jinak

preferovala. Po půl roce pokračovala v kojení a přikrmovala dítě kaší až do věku 1 roku, kdy dítě odstavila. Její muž se nechal testovat na HIV až v roce 2011 poté, co vážně onemocněl. Test HIV byl bohužel také pozitivní. Následně zahájil léčbu ARV a rovněž bere léky proti tuberkulóze. Pár má 5 dětí, přičemž všechny měly negativní test HIV (poslední narozené dítě na 3. kolo testů ještě čeká). Rodina se živí výrobou a prodejem keramických vloček do kamen, čímž získají průměrně 4000 KES (37 EUR) za měsíc. Zároveň pěstují plodiny na malé zahrádce.



Matka s vlastním výrobkem,
přihlíží komunitní pracovníce



Rodina pěstuje kukuřici a jiné plodiny pro vlastní potřebu



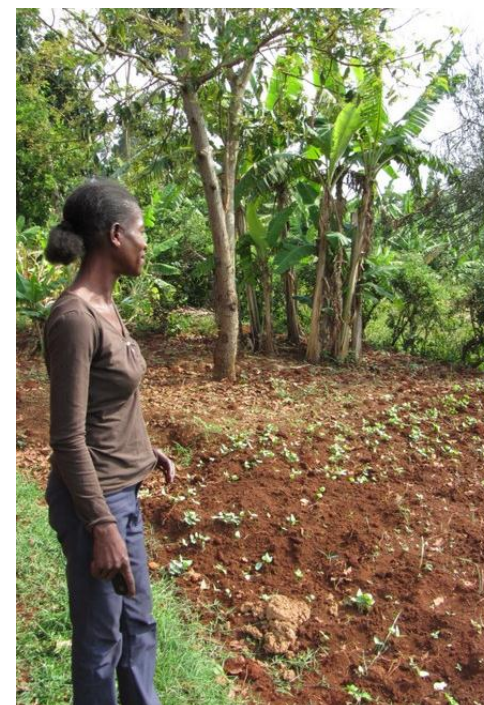
Příbytek rodiny

Případová studie rodiny B v péči nemocnice v Nyaheře



Rodina bez otce, který byl v době návštěvy v práci

Ženě B je 34 let. V roce 2007 zjistila, že je HIV pozitivní. Její muž byl již dříve testován na HIV - byl pozitivní, ovšem o výsledku ženu neinformoval a ARV léky bral tajně v domě své matky. Když žena zjistila, že je HIV pozitivní a sdělila svůj status rodině, obvinila ji tchýně, že virus přinesla do rodiny ona a nakazila svého manžela. Během hodnoceného projektu žena čekala dvojčata. Sociální pracovnice Magny ji přivezla k porodu do nemocnice, obě děti však během těžkého porodu zemřely. Žena ztratila chuť k životu, ale zaměstnanci Magny, zejména sociální pracovnice a koordinátorka, ji neustále podporovaly. Zároveň se žena B rozhodla odejít z vlivu své tchýně. Proto se přestěhovala do města a pracovala jako komunitní pracovnice Magny. Následně pracovala pro Safaricom (místní telekomunikační firma), ale vzhledem k vysoké zátěži zkolabovala. Ze zdravotních důvodů se tedy rozhodla vrátit na vesnici. S manželem postavili nový dům, jsou nyní zdraví a finančně nezávislí, neboť manžel má dvě práce a ona je kromě práce v kanceláři zapojena do mikrofinancování. Mužův příjem ve výši přibližně 9.000 KES měsíčně (83 EUR) pokryje náklady na základní potřeby rodiny, především stravu, její příjem tedy rodina spoří. Pár má 3 děti, z nich nejmladšímu je 18 měsíců a právě u něj bylo potvrzeno, že je HIV negativní. Žena velmi ocenila přínos Magny a doporučila, aby se Magna vrátila zpět a zapojila více komunitních pracovníků. Tak lze bojovat proti sociálnímu vyčlenění a snížit počet dětí infikovaných HIV.



Žena ukazuje rodinnou zahrádku



Žena s nejmladším synem před novým domem



Diskuse s komunitní pracovnicí



Práce na zkrášlení domu

Případová studie rodiny C v péči nemocnice v Nyaheře



Babička zajišťuje léči, vzdělání a výživu celkem 10 dětí

Matce ženy C je přes sedmdesát let (přesný věk není znám), je vdova a stará se o 10 dětí, jak svých, tak 7 dětí své zesnulé dcery. Z toho 2 děti jsou HIV pozitivní a jsou zapojeny do léčby ARV. Žena C se bohužel dozvěděla, že je HIV pozitivní, příliš pozdě. Žila v polygamním manželství, přičemž její muž a jeho první žena brali léky ARV, ovšem o jejich HIV statutu ženě C neřekli. V roce 2008 byla žena C zapojena do programu PMTCT Magny, ale vzhledem k vážné nemoci a pokročilé infekci nakonec zemřela v nemocnici 3 měsíce po narození dítěte.

Magna uhradila veškeré výdaje včetně rakve. Babička osiřelého dítěte získala od Magny náhradní výživu - mléko první 6 měsíců a následně kaši. Nyní se snaží zajistit obživu pěstováním obilí pro potřebu rodiny a prodejem zeleniny, příjem ve výši 80 KES (asi 80 centů) však celé rodině nestačí. K snídani má rodina pouze čaj bez cukru a mléka, k obědu a k večeři je tradiční ugali (z kukuřice) se zeleninou. V potravě chybí především bílkoviny – rodina si jen zřídka může dovolit rybu. Děti jsou proto podvyživené. Jejich otec rodinu nepodporuje. Přesto je babička schopná posílat děti starší 6 let do školy a zajistit základní péči.



Patrná podvýživa



Rodina s komunitní pracovnící



Na stěně uvnitř domu jsou pro děti umístěny učební pomůcky



Dům vyžaduje renovaci

nemocnice v Kombewe



Matka s nejmladším dítětem na fokusní skupině

Žena D se vdala do polygamní rodiny a je 4. ženou svého manžela. Manžel následně „zdědil“ 5. ženu po svém zemřelém příbuzném, která je HIV pozitivní a účastní se léčby ARV. Již v roce 2001 byla žena D testována na HIV a zjistila, že je pozitivní, což sdělila ostatním v rodině. O manželovi a jeho ostatních ženách však neví, zda jsou HIV pozitivní, neboť jejich HIV status nebyli ochotni diskutovat. Ví pouze, že manžel na HIV testován byl. Dále je jí známo, že její tchýně je HIV negativní, svůj HIV status však nesdělila ostatním. Žena D má se svým manželem 5 dětí, které jsou všechny HIV negativní. Předposlední dítě se narodilo v roce 2008 během projektu Magny. Prvních 9 měsíců bylo dítě vážně nemocné a následkem toho zůstalo částečně paralyzováno. Matka však věří, že kdyby nebylo pomoci Magny, dítě by zemřelo. Od Magny rodina získala mimo jiné i speciální výživu, neboť dítě bylo silně podvyživené. Po odchodu Magny matka znovu otěhotněla a porodila v nemocnici, aby zamezila přenosu viru HIV na dítě. Nyní dítě výhradně kojí a doufá, že bude negativní, což zatím první testy potvrdily. Také v současnosti trpí děti nedostatkem výživy a nemocemi, včetně malárie a tuberkulózy. Dosud byly vždy vyléčeny. V době evaluace mělo jedno z dětí podezření na malárii, přičemž matka plánovala návštěvu nemocnice v nejbližších dnech (byl víkend) a prozatím dala dítěti léky proti bolesti. Manžel pracuje na západě Keni jako automechanik, tedy mimo domov. Matce D s 5 dětmi přispívá částkou přibližně 1000 KES (cca 9 EUR) měsíčně, což je zcela nedostačující. Matka dříve zajišťovala dodatečný příjem prodejem zeleniny, nyní však nemá přibližně 3000 KES (cca 29 EUR) jako počáteční investici, aby mohla zeleninu nakoupit za zvýhodněnou cenu a dále prodávat. Doufá, že se jí nějakým způsobem podaří tyto peníze získat, aby se mohla stát více nezávislou a mohla se postarat o svoji rodinu.



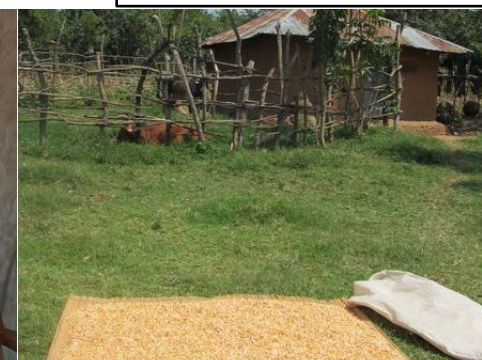
Matka s nejmladším dítětem před vlastním domem, je patrná podvýživa



Před domem určeným 4. ženě manžela a jejím dětem



Uvnitř domu s dětmi v obývací části



Kukuřice slouží k obživě rodiny

Případová studie rodiny E v péči nemocnice v Kombewě



Rodina ukazuje svoji úrodu kukuřice

Žena E byla testována v roce 2009 na HIV, byla pozitivní. Na Magně oceňuje nejen finanční podporu a dary, ale zejména rady, které obdržela a díky kterým je její nejmladší dítě naštěstí HIV negativní. Komunitní pracovníce Magny ji poměrně často navštěvovaly. Nové komunitní pracovníce (zřejmě organizace Walter Reed) ji navštěvují jednou až dvakrát za měsíc, přičemž se soustředí na hygienu, používání moskytiéry, čistou vodu apod. Nesledují však, zda-li pravidelně bere léky ARV a chodí na návštěvy do nemocnice, což komunitní pracovníce Magny dělala.

Muž během evaluační návštěvy sám odpovídá, že je HIV negativní, zatímco jeho partnerka je pozitivní. Plně svou ženu podporuje. Rodina se naučila s touto situací žít – o HIV statutu ženy ví širší rodina a žena to oceňuje, neboť ji ostatní připomínají, aby si vzala léky ARV. Rodina se živí pěstováním plodin. Všichni členové rodiny jsou zdraví, pouze občas trpí běžnými nemocemi jako např. malárií.

Všech 5 dětí je HIV negativních. Manželé měli ještě 2 další děti, ty však zemřely v roce 2000 a 2001 (smrt nesouvisela s HIV, byly HIV negativní).



Farmářské náčiní rodiny

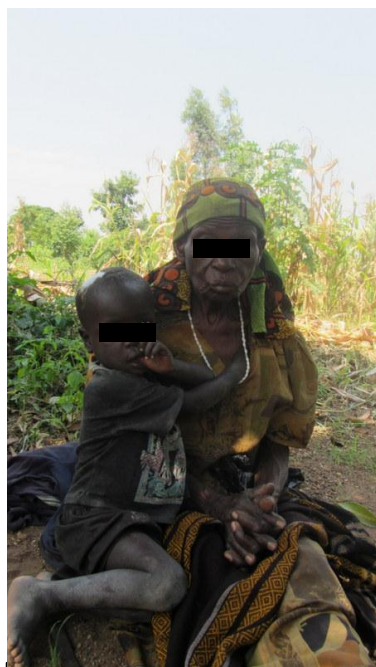


Reklama na dezinfekční prostředek v obývací místnosti rodiny



Celá rodina je zdravá

Případová studie rodiny F v péči nemocnice v Kombewě



Tříletý chlapec považuje babičku za svoji matku

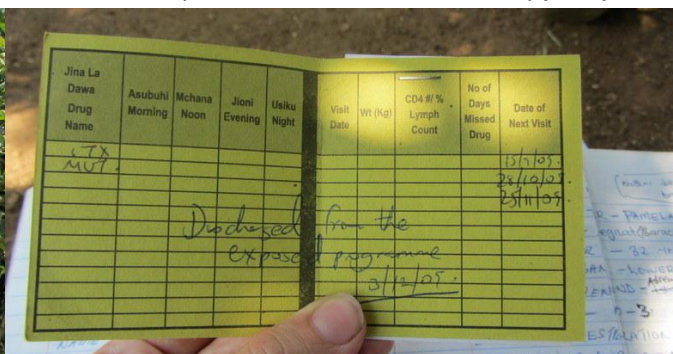
Ženě F je nyní přibližně 82 let (přesný věk není znám). Její dcera, která byla HIV pozitivní, zemřela po porodu a zanechala po sobě malého chlapce. Otec dítě odmítl přijmout s tím, že se s pomocí svých vlastních rodičů stará již o 5 dětí po zemřelé manželce a že dítě má od babičky blíže do nemocnice. Otec žije s druhou manželkou. Magna poskytla rodině nejen balíček pro novorozence, ale mimo jiné také matraci na spaní, náhradní výživu a další. Bohužel v souladu s místními tradicemi po úmrtí matky přešel veškerý majetek na otce, a tudíž babička s novorozencem přišla mimo jiné i o matraci a příkrývkou. Dítě trpělo po léčbě malárie v roce 2009 vážnou infekcí na hlavě, absolvovalo řadu vyšetření a převazů, naštěstí se infekci podařilo po více jak 6 měsících vyléčit. Poukazuje na ní jen bezvlasá část hlavy o šíři asi 10 cm. Ač to bylo velmi vysilující, babička dítě pravidelně nosila na zádech několik kilometrů do nemocnice, aby získala výživu, resp. léky a aby dítě mohlo být testováno na HIV. Občas Magna zajistila pro ženu s dítětem dopravu až do nemocnice. Žena si pečlivě vede veškerou dokumentaci, která nakonec prokazuje, že byly všechny 3 HIV testy dítěte negativní, a dítě bylo tudíž propuštěno z lékařské péče. Babička se snaží uživit sebe i vnuka pěstováním plodin, ovšem pozemek je příliš malý na to, aby oběma stačil k obživě. Občas jim uvaří teta, ale ta bohužel nemůže poskytnout finanční podporu. Když oba zastihla evaluační mise, byla babička vážně nemocná. Předpokládá, že má tuberkulózu, neboť neustále kašle. Ovšem výsledky testu nemá, neboť si nemohla dovolit zaplatit za lékaře, a tudíž ani neví diagnózu, ani nebere žádné léky. S dítětem sdílí matraci s moskytiérou, tím však vystavuje dítě riziku nákazy tuberkulózou. Pokud je žena nemocná tak, jako nyní, a nemůže se příliš pohybovat, zůstává s dítětem o hladu. Budoucnost dítěte po eventuálním úmrtí babičky je nejistá.



Skromné bydlení rodiny včetně jedné slepice



Dům rodiny se snaží 82-letá žena průběžně opravovat svépomocí



Doklad potvrzující, že testy dítěte na HIV byly negativní a že došlo k propuštění z lékařské péče



Příliš malé množství vypěstované zeleniny



Společné spaní

9.7. Další fotodokumentace



Nutriční centrum v Kombewě těsně po renovaci, financované v rámci hodnoceného projektu (zdroj: archiv Magny)



Nutriční poradenství během hodnoceného projektu v Kombewě (zdroj: archiv Magny)



Nutriční centrum v Kombewě bylo těsně před evaluací nově vymalováno, loga Magny a SlovakAid (zatím) chyběla



Nutriční centrum v Kombewě pokračuje a je úhledně vybaveno, zobrazena dobrovolná nutriční asistentka



Fokusní skupina s příjemci v Kombewě ve výživovém centru, zrekonstruovaném v rámci hodnoceného projektu



Přijímací místnost výživového centra v Kombewě včetně speciální výživy financované USAID



Dětská váha a další aktuální vybavení v nutriční centrum v Kombewě



Ze současného vybavení nelze rozpoznat, které bylo financováno v rámci hodnoceného projektu vzhledem k absenci log SlovakAid



Fokusní skupina s příjemci v Kombewě před výživovým centrem, zrekonstruovaném v rámci hodnoceného projektu



Hlavní přijímající místnost pro všechny pacienty nemocnice v Kombewě



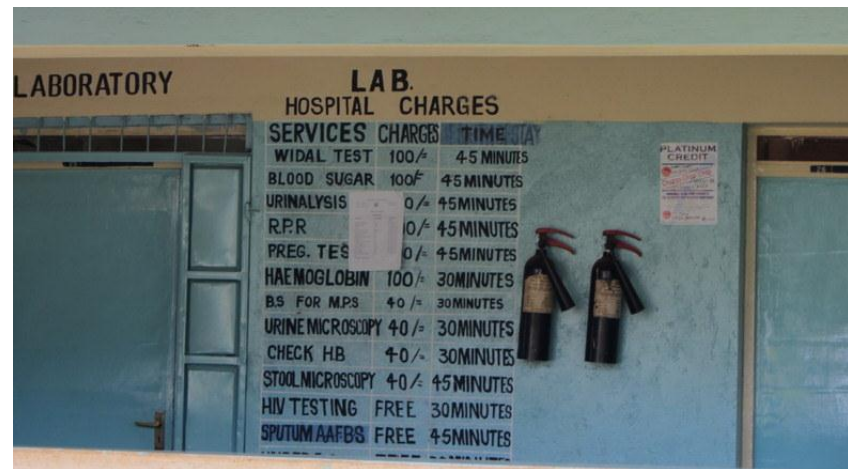
Bývalá pracovnice DASCO zodpovědná za Kisumu West, která přijela na evaluaci hodnoceného projektu



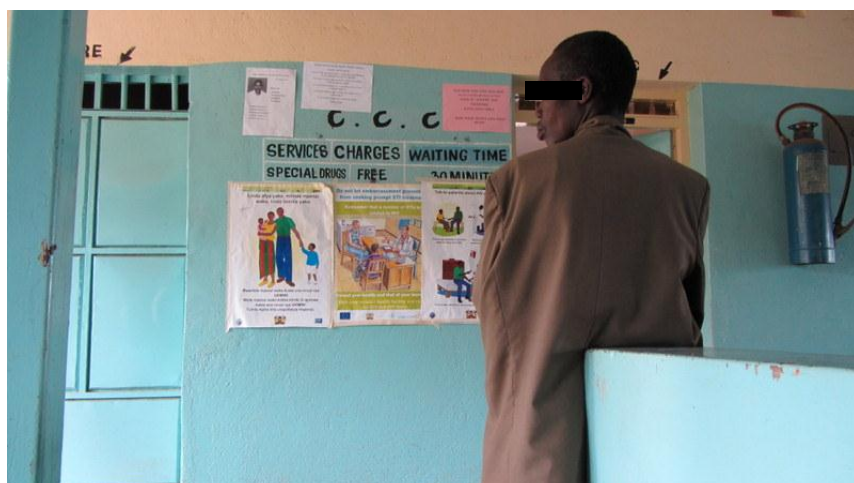
Setkání s vedoucím centra pro HIV pozitivní pacienty (CCC) a s bývalými zaměstnanci Magny, pracujícími stále v Kombewě



Pohled na ambulanci v Nyaheře, vlevo nutriční a pediatrické centrum hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007



Ukázka požadovaných plateb v nemocnici v Nyaheře – přepočít na EUR je přibližně 106 KES za 1 EURO.



Centrum pro dospělé HIV pozitivní pacienty v Nyaheře, které zvláhuje oblastní zástupce DMOH sloučit s ostatními odděleními



Pohled na nutriční a pediatrické centrum hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007, loga jsou stále jasně patrná



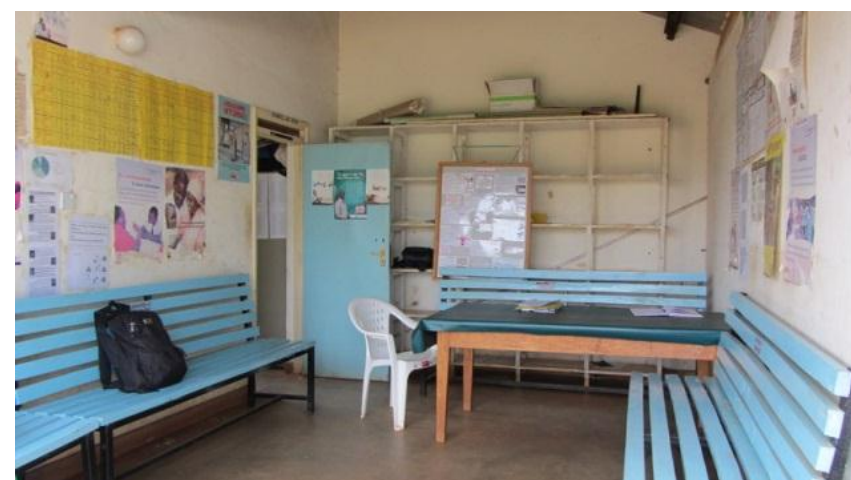
Dětská klinika, která je součástí budovy v Nyaheře hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007

	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	JULY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC
NEW	86	74	46	63	54	49						
TESTED	85	58	36	51	28	37						
KP	2	1	1	5	6	2						
POS	9	3	3	5	0	5						
PUT ON CARE	11	2	1	9	6	6						
PARTNERS TESTED	0	0	0	1	0	0						
POS	0	0	0	0	0	0						

Statistika předporodní péče v roce 2012 v Nyaheře včetně počtu žen zapojených do programu PMTCT („on care“)



Statistika HIV testů novorozenců v Nyaheře v roce 2011



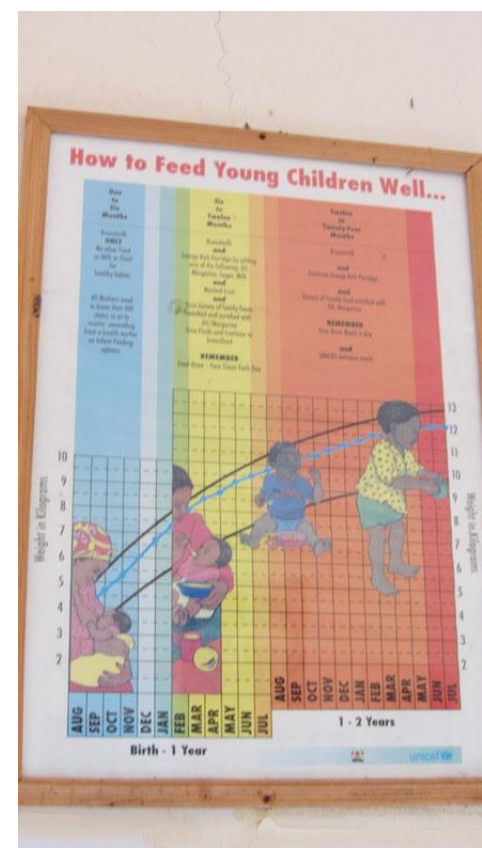
Prostor, který je součástí nemocnice v Nyaheře a kde se odehrávají komunitní setkání včetně dětských klubů



Příjem na pediatrii v jedné z místností budovy v Nyaheře hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007, přičemž tento prostor byl využíván i pro hodnocený projekt a funguje i v současnosti



Výživové centrum ve stejné budově v Nyaheře hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007, byl využíván v době hodnoceného projektu, ale nyní je uzavřen, neboť nemocnice nemá prostředky na nutričního specialistu



Propagační leták v další místnosti výživového centra ve stejné budově v Nyaheře hrazené z předchozího projektu Magny v roce 2007, od kdy byl prostor využíván až do současnosti



Pacientky Magny přišly na fokusní skupiny s nejmladšími dětmi, které porodily po ukončení projektu Magny



Fokusní skupina s pacientkami Magny v komunitním centru Nyahery



Matky, které se zúčastnily fokusní skupiny v Nyaheře, společně se svými dětmi, primářem a vrchním bratrem



Fokusní skupina s bývalými komunitními pracovníci Magny, žena vpravo pyšně ukazovala tričko Magny z pilotního projektu

9.8. Seznam použitých dokumentů a zdrojů

Projektová dokumentace včetně předchozí evaluace

- Certifikát o spolupráci v oblasti Nyanza s Ministerstvem zdraví a sanitace
- Dohoda o renovaci v Kombewě
- Evaluační zpráva ze dne 12. 3. 2012
- Fotografie z implementace
- MoU s nemocnicí v Kombewě a zdravotním střediskem v Nyaheře
- Projektová žádost včetně rozpočtu
- Průběžné zprávy z projektu
- Předávací protokol organizaci Magna Children at Risk Kenya ze dne 17.6.2009

Ostatní dokumenty

- AllAfrica: Kenya: Nyanza Has Highest Rate of HIV/AIDS Infections, 14. 6. 2012
- CIA: The World Factbook: Kenya, 2012
- European Commission, Project Cycle Management Guidelines, 2004
- Fabianová, L. (Jančovičová): Psychosocial Aspects of People Living with HIV/AIDS In: Social and psychological aspects of HIV/AIDS and their ramifications, Gobopamang Letamo, Intech, Croatia, 2011, ISBN: 978-953-307-640-9
- Finančná príručka pre projekty slovenskej ODA, platná v letech 2008-9
- Finančná príručka pre realizátorov projektov oficiálnej rozvojovej pomoci Slovenskej republiky financovaných SAMRS, 21/2011, únor 2011
- HealthSystems2020: What Happens to HIV/AIDS Funds at the Country Level? Comparative Analysis, 2009
- International donors and IPPF Africa Region Member Associations (Mas): What donor money is available for Mas 2009 – 2014?, IPPF, 2008

- Příklady výstupů
- Smlouva o poskytnutí nevratného finančního příspěvku na realizaci slovenské oficiální zahraniční pomoci č.SAMRS/2007/03/40 včetně přílohy č.7k (smlouva o spolupráci mezi Magna Deti v nůdži a Magna Children At Risk Kenya)
- Stanovisko Magny k evaluační zprávě ze dne 12. 3. 2012
- Vyjádření partner NACC a DMOH k projektu a evaluaci
- Zadávací podmínky evaluace (Terms of Reference)
- Závěrečná zpráva z projektu

- Joint UN Programme of Support for HIV/AIDS in Kenya: Annual Narrative Progress Report 2011, UNDP 2012
- Joint UN Programme of Support for HIV/AIDS in Kenya: Kenya HIV AIDS Financial Reporting on Sources and Uses of Funds for the period ending 31 December 2011, UNDP 2012
- Kampada, Karen: Vertical Transmission of HIV in sub-Saharan Africa: Applying Theoretical Frameworks to Understand social Barriers to PMTCT, University of Colorado, USA, 2012
- Kenya AIDS Information Survey 2007 (KAIS 2007)
- Kenya Demographic and Health Survey of 2003 (KDHS 2003)
- Kenya Demographic and Health Survey of 2008/9 (KDHS 2008/9)
- Kenya National AIDS Control Council: The KENYA HIV Prevention Response and Modes of Transmission Analysis, March 2009
- Kenya National Bureau of Statistics Nairobi: KENYA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 2008-09
- Kenya National AIDS Strategic Plan 2005/6 to 2009/10 (KNASP II)
- Kenya National AIDS Strategic Plan 2009/10 – 2012/13, 2009 (KNASP III)
- MFA SR: Medium-Term Strategy for Official Development Assistance: 2003 – 2008, 2003

- Ministry of Medical Services Ministry of Public Health and Sanitation Kenya: Service Provision Assessment Survey 2010, May 2011
- Ministry of Medical Services, and Ministry of Public Health and Sanitation: KENYA AIDS INDICATOR SURVEY, K A I S . 2007, September 2009
- MZV SR: Strednodobá koncepcia oficiálnej rozvojovej pomoci na roky 2003 – 2008, 2003 a MZV SR: Strednodobá koncepcia oficiálnej rozvojovej pomoci na roky 2009 – 2013
- NACC/NASCOP: National HIV Indicator for Kenya: 2011 (The Kenya AIDS epidemic Update 2011), Nairobi 2012
- NACC: the Kenya AIDS Information Survey 2007 (KAIS 2007)
- Národný program oficiálnej rozvojovej pomoci na rok 2007
- National Official Development Assistance Programme of the Slovak Republic for 2012
- SAMRS: Vyrocna sprava 2011, Bratislava 2012
- The Body, The Complete HIV/AIDS Resource, Kenya to Investigate Allegations of Forced Sterilizations Among HIV-Positive Women, 5. 9. 2012
- Turan J. M. et al.: The Role of HIV-Related Stigma in Utilization of Skilled Childbirth Services in Rural Kenya: A Perspective Mixed-Methods Study, PLOS Medicine, August 2012
- U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): 2011 PEPFAR Operational Plan, 2011
- Uliza, Clinicians' HIV Hotline (plakát)
- UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010
- UNAIDS: Kenya, Country situation 2009
- UNICEF Kenya: Countdown To Zero, Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 And Keeping Their Mothers Alive !!!!
- USAID / Keňská vláda: Global Health Initiative Kenya Strategy 2011-2014, Update Revision January 18, 2011
- USAID Kenya: The Nutrition and HIV Program (NHP), Fact Sheet, November 2011
- Výnos 134 Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky z 20. apríla 2011 o náležitostiach žiadosti o dotáciu, náležitostiach zmluvy o poskytnutí dotácie a účele dotácie a o náležitostiach výzvy vrátane postupov pri predkladaní programov a projektov oficiálnej rozvojovej pomoci
- Výnos 135 Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky z 20. apríla 2011 o zložení komisie, rozhodovaní komisie, organizácii práce, postupe komisie pri vyhodnocovaní žiadostí a o kritériách na vyhodnocovanie žiadostí o poskytnutie dotácie na oficiálnu rozvojovú pomoc
- Výročná správa o činnosti Katedry rozvojových štúdií a tropického zdravotníctva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave za rok 2011
- Výročná správa za špecifické pracovisko Keňa (Trnavskej univerzity v Trnave) – 2011
- WHO, UNICES, UNAIDS: Global HIV/AIDS Response, Epidemic update and health sector progress towards Universal Access, Progress Report 2011
- World Bank: Implementation Status and Results, Kenya, Total War Against HIV and AID Project (P081712), 2012
- World Bank: World Development Indicators, 2011
- Zákon 545 z 8. decembra 2010 o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky a o zmene a doplnení zákona č. Predávací protokol organizaci Magna Children at Risk Kenya ze dne 17.6.2009
- 617/2007 Z. z. o oficiálnej rozvojovej pomoci a o doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov
- Zákon 617 z 5. decembra 2007 o oficiálnej rozvojovej pomoci a o doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov

Webové stránky

- Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-Pal) <http://www.povertyactionlab.org/>
- AVERTing HIV and AIDS web <http://www.avert.org/pmtct-hiv.htm#ref5>
- Family AIDS Care and Education Services (faces), <http://www.faces-kenya.org>
- Globální fond <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/KEN>
- Magna <http://www.magna.sk/sk/kena/>
- Transparency International: 2011 Corruption Perception Index, <http://cpi.transparency.org/cpi2011/>
- UNDP, Kenya Country Profile: <http://hrds.undp.org/en/countries/profiles/KEN.html>
- UNICEF <http://www.unicef.org> incl. http://www.unicef.org/aids/index_armedconflict.html
- USAID Kenya web <http://kenya.usaid.gov/programs/health/77>
- Walter Reed Army Institute of Research <http://wrair-www.army.mil/> a dále keňský web <http://www.hivresearch.org/network.php?place=kenya>

9.9. Evaluační tabulka (Evaluation Design Matrix)

Evaluační tabulka byla vytvořena pouze v angličtině, aby byla zjednodušena komunikace se zúčastněnými stranami v Keni.

Evaluation Question	Subquestions	Indicators	Key data sources	Data collection methods
<i>A) Relevance</i>				
A.1. To what extent is the project relevant to Kenya's long-term goals in the field of health care and support for children and families living with or affected by HIV?	What were Kenya's long-term goals in the field of health care and support for children and families living with or affected by HIV in 2008/9? To which extent did the project address these priorities? What were the reasons for selecting Nyanza district? Have these goals changed during the implementation and if yes, how? How has the project reflected these changes?	Overview of relevant Kenya's long-term goals. Relevant needs in Nyanza district identified and above Kenyan average or specific justification for selection of the district. Level of compliance with Kenya's long-term goals. Level of reflection of key changes in goals if applicable.	Kenya's strategic documents (KNASP II-III etc.), project document, representatives of relevant state institutions (NACC, NASCO)	Document review, interviews
A.2. Has the project been complementary to activities of other donors active in the provision of health care services and support to children and families living with or affected by HIV in Kenya, specifically in the field of reduction of transmissions of HIV from mother to child and provision of ARV (anti retroviral treatment)?	What were other key activities and projects in the field of health care and support for children and families living with or affected by HIV in Kenya in 2008-9? How complementary was the project? How did the project cooperated with others? What was unique about the project?	Identified complementarity / cooperation, duplicities, unique features of the project.	Project documentation, documentation of other projects incl. their webs, national and international research, representatives of relevant state institutions, project staff, other donors / implementers	Document review, interviews
A.3. (added) To what extent are the project objectives still valid considering the current needs and priorities in Kenya?	<i>What are the current needs and priorities with respect to health care and support for children and families living with or affected by HIV (on the concerned district and national level)? What are the possibilities and options of follow up on the project / development cooperation in line with these needs?</i>	<i>Description of possibilities and options to follow up on the project Description of possibilities to follow up cooperation in the given sector</i>	<i>Project documentation, current strategic documents of Kenya, national and international research, representatives of relevant state institutions, project staff, other donors / implementers</i>	<i>Document review, interviews</i>

<i>B) Efficiency</i>				
B.1. How cost-efficient was the project implementation, including the choice of approaches where alternative options exist?	What were the costs per child and mother in each component of the program (if this can be calculated based on the data provided)? Could any component be implemented for lower costs? What were the alternative solutions that would lead to same outputs and results? What were the main budget modifications and why? Have any additional (even non-financial) resources been used? Who provided them? Are there any additional outputs?	Cost per child/mother. Components that could have been implemented for lower costs (if identified). Alternative approaches leading to same outputs/results with estimated costing. Main budget modifications with justification. Any additional resources used (sum, actor). Additional outputs produced.	Project documentation incl. budget and financial reports, project staff, partners, representatives of relevant state institutions, beneficiaries, other donors/implementors.	Document review, interviews, observation.
<i>C) Effectiveness</i>				
C.1. Were agreed outputs implemented in accordance with the project document and its amendments in a satisfactory way?	What were the key outputs per each of the 3 project components? Have there been any changes to the agreed outputs, which and why? Have all major changes been agreed with partners as well as SAMRS? How satisfied were stakeholders with all the outputs produced?	List of outputs incl. changes and their justification. Approval of major changes by SAMRS. High or rather high satisfaction of stakeholders.	Project documentation, project staff, partners, representatives of relevant state institutions, beneficiaries, other donors/implementors.	Document review, interviews, focus groups.
C.2. To what extent are the outputs and activities of the project consistent with the intended impact and effect?	How effectively have the PMTCT activities been implemented in comparison to the project plan and training provided? What activities and/or improvements have been introduced in the ARV (and OI) programme? How effective have these been in long-term? How regularly has the nutrition been provided? How frequently have home visits been conducted and what were the key issues addressed? How aware were the patients and their families of their status, responsibilities and future prospects? Who contributed to this? What was the drop-out rate in each programme? How effectively have any defaulters in all programmes been addressed?	Activities and outputs delivered vs. planned, justification of changes. Regularity of nutrition provided. Regularity of home visits and follow-up with defaulters. High or rather high awareness of patients and their families with evidence of project contribution. Drop-out rate per programme.	Project documentation, project staff, partners and their documentation (if available), representatives of relevant state institutions, beneficiaries, other donors/implementors.	Document review, interviews, focus groups, observation.

C.3. To what extent have implemented outputs produced or contributed to attaining the expected outcomes?	Has the PMTCT programme contributed to lower than average transmission of HIV from mother to child? To what extent has the ARV (and OI) programme been extended and improved vs. previous year (2007)? To what extent has the nutrition programme contributed to improved health of child and adult patients? What were the major factors influencing the achievement or non-achievement of the outcomes?	Factors identified at the beginning / during the project implementation. Problematic issues/factors/ barriers and impediments; how did the implementer tried to overcome them. Description of main factors perceived by actors. Assessment of contribution of the projects to the above explained changes.	Project documentation, project staff, partners and their documentation (if available), representatives of relevant state institutions, beneficiaries.	Document review, interviews, focus groups.
<i>D) Sustainability</i>				
D.1. How likely are project results to remain sustainable after the project's conclusion?	What activities / outputs were sustained after project ended? When was sustainability / phasing out discussed and with whom? What and how was handed over (incl. documentation)? What was missed out and why? To what extent have stable systems/processes been set? Have partners contributed with own resources? In which areas? For what components was further funding needed? How has it been secured? What are the current fundraising needs and how are they planned to be addressed? Do the partners perceive the project as theirs? What other factors of sustainability need to be taken into account? (institutional, environmental, technical, political, social, cultural etc.) How can these be addressed?	Sustained activities / outputs. Recorded debate on sustainability / phasing out – before / during / after project implementation. Description and stability of systems/structures set. Use of own resources during (and after) the project. Funding identified for components in 2013+. Other evidence of sustainability. Existence and content of a phase out plan. Perceived ownership of schools. Responsibilities taken over for any component. Other factors identified.	Project documentation, project staff, partners and their documentation (if available), representatives of relevant state institutions, beneficiaries.	Document review, interviews, focus groups, observation.
<i>E) Impact</i>				
E.1. What difference has the project made to the beneficiaries; how many people have benefited, or are likely to benefit, indirectly?	How many mothers, children and family members were reached? Has anybody else directly or indirectly benefited from the project? What is the estimated no. of such beneficiaries?	No. of mothers, children, other family members, health workers reached.	Project doc., project staff, partners and their doc., reps. of relevant state institutions, beneficiaries.	Document review, interviews, focus groups, observation.

E.2. What difference has the project made to direct as well as indirect beneficiaries?	What positive and negative changes, directly or indirectly, intended or unintended, has the project had? What was the most significant change within the project for the beneficiaries? What other main factors influenced the effects above?	Examples of changes identified. Assessment of contribution of the projects to the above explained changes. Description of other main factors perceived by actors that influenced the effects above.	Project documentation, project staff, partners and their documentation, representatives of relevant state institutions, beneficiaries.	Document review, interviews, focus groups, observation.
E.3. To what extent has the project contributed to development of capacities on local level?	What staff, equipment and other resources remained after the project ended? How has the project contributed to increased knowledge, skills and attitude of the involved staff and partners as whole?	Resources remained with partners after project end. Description of increased knowledge, skills and attitude of the involved staff and partners.	Project documentation, project staff, partners and their documentation, representatives of relevant state institutions.	Document review, interviews, focus groups, observation.
<i>F) Cross-cutting issues</i>				
<i>F.1. (added) To what extent did the project reflected good (democratic) governance?</i>	<i>To what extent have stable systems/structures been set for managing the project components? To what extent were the main stakeholders involved in the project planning, implementation, monitoring and evaluation?</i>	<i>Description of systems/structures and processes within. Stability of the systems/structures. Extent of involvement/ participation of main stakeholders before, during and after the project implementation.</i>	<i>Project documentation, project staff, partners, their documentation, representatives of relevant state institutions, beneficiaries.</i>	<i>Document review, interviews, focus groups, observation.</i>
<i>F.2. (added) To what extent did the project reflected gender issues?</i>	<i>How many women and girls benefited from the project (vs. men and boys)? How were specific women issues reflected in the project?</i>	<i>Examples of changes / local actions identified. No. of women and girls as opposed to men and boys reached. Assessment of contribution of the projects to the above explained changes.</i>	<i>Project documentation, project staff, partners, their documentation, representatives of relevant state institutions, beneficiaries.</i>	<i>Document review, interviews, focus groups.</i>