

PRZYKŁADY PROGRAMÓW DYSTRUBUCJI PREZERWATYW W JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH

PROGRAM DYSTRYBUCJI PREZERWATYW DLA WIĘZIENIA OKRĘGOWEGO W SAN FRANCISCO

Metoda

W 1989 r. San Francisco stało się pierwszym okręgowym kompleksem więziennym w Kalifornii, który rozprowadzał prezerwatywy wśród więźniów. Dystrybucja prezerwatyw rozpoczęła się w ramach współpracy pomiędzy szeryfem miasta/hrabstwa San Francisco, a Departamentem Zdrowia Publicznego. Każda wydana prezerwatywa wymagała indywidualnych porad pedagoga zdrowia. Doradztwo zawierało przypomnienie, że uprawianie seksu w więzieniach jest nielegalne i może skutkować oskarżeniem o przestępstwo; wiadomość, mówiącą, że jeśli zamierzasz uprawiać seks, użyj prezerwatywy i ostrzeżenie, że jeśli ktoś zostanie znaleziony z otwartą prezerwatywą, to zostanie ona skonfiskowana. Taki program indywidualnych porad i dystrybucji prezerwatyw jest dobry, ale ma swoje ograniczenia.

Po pierwsze, skuteczność programu zależy od poczucia komfortu więźniów w kontakcie z osobą, która rozdaje prezerwatywy oraz chęci pracowników do oferowania i promowania dystrybucji prezerwatyw. Po drugie, w ten sposób tylko ograniczona liczba więźniów ma dostęp do prezerwatyw. Po trzecie, wiąże się to z bardzo złożonym przesłaniem dotyczącym zapobiegania.

Interwencja

We współpracy z Departamentem Szeryfa SF zainstalowaliśmy, zaopatrzyliśmy i monitorowaliśmy dystrybutor z prezerwatywami w sali gimnastycznej w więzieniu, do którego co tydzień ma dostęp 800 więźniów. Przed instalacją dystrybutora przeprowadziliśmy badania i wywiady z więźniami i personelem w celu określenia stosunku do dostępu do prezerwatyw i oceny ryzykownych zachowań więźniów. Po



czterech miesiącach dystrybucji przeprowadziliśmy badania kontrolne i wywiady sprawdzające zmiany w postawach lub w zachowaniu.

Dystrybutor z prezerwatywami

Dystrybutor został zainstalowany 17 kwietnia 2007 roku w sali gimnastycznej Sali Sprawiedliwości. Z sali gimnastycznej korzystają więźniowie z dwóch pięter zakładu karnego. W ciągu czterech miesięcy monitorowaliśmy jego stosowanie, w tym rejestrowaliśmy liczbę wydanych prezerwatyw oraz weryfikowaliśmy informacje o zdarzeniach dyscyplinarnych związanych z dystrybutorem lub zwiększonym dostępem do prezerwatyw w więzieniu.

Koło dystrybutora prezerwatyw została postawiona laminowana tabliczka, z „Zasadami stosowania dystrybutora prezerwatyw” (*"Condom Machine Rules"*) w języku angielskim, hiszpańskim i mandaryńskim.

Zasady dotyczące dystrybutora prezerwatyw brzmią:

- **Weź tylko jedną prezerwatywę podczas każdej wizyty na siłowni.**
- **Natychmiast otwórz opakowanie prezerwatywy i wyrzuć zewnętrzne pudełko papierowe oraz opakowanie z celofanu.**
- **Prezerwatywy zamknięte w przezroczystym, szczelnie zamkniętym opakowaniu z tworzywa sztucznego nie są kontrabandą.**
- **Prezerwatywy pozostałe w pomarańczowym pudełku lub usunięte z przezroczystego, szczelnie zamkniętego plastikowego opakowania są kontrabandą i zostaną skonfiskowane.**
- **Seks w więzieniu jest nielegalny na mocy kalifornijskiego kodeksu karnego § 286(e).**
- **Nieprzestrzeganie tych zasad spowoduje przerwanie programu dostępu do prezerwatyw.**

W ciągu następnych czterech miesięcy członek zespołu badawczego odwiedzał dystrybutor co tydzień, aby go monitorować i uzupełniać.



Ewaluacja

Aby określić potencjalny wpływ dystrybucji prezerwatyw, przeprowadziliśmy jakościowe wywiady z personelem Departamentu Szeryfa przed i po czterech miesiącach instalacji. Wywiady te miały na celu ocenę postaw funkcjonariuszy wobec samej dystrybucji oraz określenie barier, które pojawiły się wraz z dystrybucją prezerwatyw (**patrz Załącznik A w tej części**). Przeprowadziliśmy również badania ilościowe z osadzonymi przed i po czterech miesiącach od instalacji, aby ocenić zachowania ryzykowne, postawy i przeszkody. Również na zakończenie projektu, po czterech miesiącach od instalacji, przeprowadziliśmy jakościowe wywiady z 9 osadzonymi, którzy mieli dostęp do dystrybutora.

Ponadto, w trakcie trwania czteromiesięcznego projektu, zaopatrywaliśmy i monitorowaliśmy dystrybutor w celu określenia, ile prezerwatyw zostało wydanych. Rutynowo sprawdzaliśmy zgłoszenia problemów z dystrybutorem lub w kwestiach dyscyplinarnych.

Wnioski

Zwiększenie dostępu do prezerwatyw

Nasz projekt przyczynił się do zwiększenia dostępności w zakładzie karnym w okręgu San Francisco. W czteromiesięcznym okresie badań (17 kwietnia - 17 sierpnia 2007 r.) do dystrybutora włożono 1 331 prezerwatyw, średnio 102 tygodniowo.

Porównanie badań ankietowych osadzonych przed i po zakończeniu projektu:

- Odsetek osadzonych wiedzących, że prezerwatywy są dostępne w zakładzie karnym wzrósł z 12% do 58%.
- Liczba osadzonych, którzy otrzymali prezerwatywę w więzieniu wzrosła z 4 do 22.

Zagadnienia dyscyplinarne

W wywiadach poprzedzających interwencję funkcjonariusze zajmowali się przede wszystkim kwestiami dyscyplinarnymi i operacyjnymi (takimi jak zwiększona liczba osadzonych uprawiających seks lub osadzonych używających prezerwatyw do



transportu narkotyków). Pracownicy administracyjni wyrazili więcej obaw związanych z "wysyłaniem niewłaściwych sygnałów" lub "wysłaniem niespójnych sygnałów" na temat uprawiania seksu w zakładzie. Jeden z nich zapytał na przykład dlaczego mielibyśmy się skupić na dystrybucji prezerwatyw, a nie na wysiłkach na rzecz powstrzymania aktów seksualnych wśród osadzonych.

Po zakończeniu projektu pracownicy poinformowali, że nie było incydentów związanych z prezerwatywami lub z dystrybutorem wydającym prezerwatywy. Niektórzy osadzeni, z którymi przeprowadzono wywiady po projekcie, wydawali się być naprawdę zaskoczeni obawami personelu dotyczącymi używania prezerwatyw do przemytu lub do innych nielegalnych celów.

Seks wśród osadzonych

W wywiadach przeprowadzonych przed rozpoczęciem projektu pracownicy spostrzegli uprawianie seksu wśród osadzonych jako coś "rzadkiego" lub "okazjonalnego" i, o ile nie pytano ich o seks ugodowy, zazwyczaj koncentrowali się na kwestiach i przykładach przemocy seksualnej.

Wszyscy osadzeni, z którymi przeprowadzono wywiady po projekcie, uznali, że seks uprawia się w więzieniu i niechętnie przyznają, że sami to robią. Wyniki te potwierdzają potrzebę stosowania bardziej anonimowych metod dostępu do prezerwatyw.

Dystrybucja prezerwatyw w więzieniu

W wywiadach przed rozpoczęciem projektu większość funkcjonariusz z zakładu karnego nie wiedziała o aktualnym programie poradnictwa i dystrybucji prezerwatyw HIV „w cztery oczy” realizowanym w ramach *Forensic AIDS Project*.

W wywiadach pokontrolnych niektórzy, choć nie wszyscy, pracownicy zgłaszali, że są bardziej pozytywnie nastawieni do umożliwienia dostępu do prezerwatyw w zakładach karnych. Nawet ci, którzy nadal sprzeciwiali się używaniu prezerwatyw, informowali, że popierają dostęp do prezerwatyw po zwolnieniu z zakładu karnego.

Spośród dziewięciu osadzonych, z którymi rozmawialiśmy po interwencji, ośmiu wiedziało, że prezerwatywy są rozprowadzane w zakładzie karnym i większość wiedziała o obu rodzajach programów. Ta sama ośmioosobowa grupa uczestników



wywiadu poparła dostęp prezerwatyw, a ten, który się sprzeciwił, zrobił tak: "ponieważ seks jest nielegalny w zakładzie karnym". Kilku osadzonych, z którymi przeprowadzono wywiady, sugerowało, że istnieje większe prawdopodobieństwo, że osadzeni będą uprawiali seks, jeśli dostępne będą prezerwatywy, ponieważ "to (seks) może być bezpieczne". Nie zaobserwowaliśmy jednak wzrostu liczby doniesień osadzonych o uprawianiu seksu w następstwie interwencji w sprawie dostępu do prezerwatyw.

Wreszcie, niewiele było doniesień o wydarzeniach związanych ze stygmatyzacją, w których uczestniczyły osoby, które pozyskały prezerwatywy z dystrybutora.



This document as well as the harmreduction.eu website, was created within the joint action '677085 / HA-REACT,' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).



OCENA PILOTAŻOWEGO PROGRAMU DOSTĘPU DO PREZERWATYWY DLA OSADZONYCH PRZEPROWADZANA W ZAKŁADZIE KARNYM STANU KALIFORNIA

Metoda

W grudniu 2007 r. jednostka ds. projektów specjalnych CDCR (SPU) zwołała grupę zadaniową ds. narzędzi zabezpieczenia seksualnego, składającą się z m.in. CDCR *Legal Affairs, Risk Management, Regulations and Policy Management and Research; California Correctional Health Care Services (CCHCS), Public Health Unit (PHU)*; Kalifornijski Departament Zdrowia Publicznego (CDPH), Biuro Chorób Związanych z AIDS (OA) oraz oddział ds. kontroli chorób przenoszonych drogą płciową (STD); Centrum Sprawiedliwości w Dziedzinie Zdrowia (CHJ) oraz inne organizacje non-profit. CDPH OA i Oddział Kontroli STD dokonały przeglądu istniejących programów dystrybucji prezerwatyw. Członkowie grupy zadaniowej przeprowadzili wizyty w terenie w celu obserwacji metod dystrybucji prezerwatyw i edukacji osadzonych w więzieniach okręgów Los Angeles i San Francisco. CHJ wdrożyło pilotażowy program dystrybucji prezerwatyw.

CDCR wybrał zakład *Solano State Prison (SOL)* Budynek II dla projektu pilotażowego w oparciu o jego status bezpieczeństwa; zakwaterowanie osadzonych z populacji ogólnej (w tym jednej jednostki ds. zdrowia psychicznego) w czterech budynkach z komorami widokowymi o kącie widzenia 270 stopni (zakwaterowanie osadzonych w dwuosobowych celach) oraz z jednym dormitorium. CDCR wybrało dystrybutory prezerwatyw w oparciu o skuteczne wykorzystanie ich w kompleksie więziennym San Francisco i kilku innych, a także dlatego, że dystrybutory wymagają minimalnego zaangażowania personelu. Ponieważ w praktyce kalifornijski kodeks regulacji (CCR), tytuł 15, w paragrafie § 3006 (kontrabanda) zakazuje więźniom posiadania prezerwatyw, CDCR zastosował wyjątek od zasady kontrabandy dla osadzonych z Budynku II. Od 5 listopada 2008 r. do 4 listopada 2009 r. osadzeni przebywający w Budynku II mieli dostęp do prezerwatyw ze ściennych dystrybutorów znajdujących się w częściach wspólnych jednostki mieszkalnej z celami, części sypialni, toalety w budynku edukacyjnym i poczekalni w ramach podstawowej opieki medycznej. Mimo że dystrybutory w budynku



edukacyjnym i toaletach podstawowej opieki medycznej były dostępne dla osadzonych w innych budynkach, więźniowie spoza Budynku II nie mogli korzystać z dystrybutorów lub posiadać prezerwatywy. Na koniec programu pilotażowego CDCR usunął dystrybutory i przywrócił zasadę dotyczącą prezerwatyw jako kontrabandy.

SOL opracowała plan operacyjny (**patrz załącznik B w tej części**), w którym określono cel programu pilotażowego dystrybucji prezerwatyw oraz zapewniono środki komunikacji z personelem. W planie tym podkreślono znaczenie dyskretnego dostępu i poinstruowania funkcjonariuszy, aby karali osadzonych tylko za konkretne naruszenie kodeksu karnego, np. gdy prezerwatywa jest niewłaściwie używana, a nie dodatkowo za posiadanie prezerwatywy jako kontrabandy. CHJ wygłosił prezentacje dla pracowników podczas spotkań *Quarterly Warden's Forum* tuż przed pilotażem. Podobne informacje były przekazywane pracownikom podczas spotkań pracowniczych i spotkania wstępnego dla nowych pracowników. CHJ, we współpracy z personelem CDCR i członkami grup wsparcia, opracował ulotkę informacyjną dla współwięźniów oraz nagrał film wideo, który był pokazywany w telewizji dla osadzonych przez cały czas trwania pilotażu. Ulotka i zasady programu (**zobacz Zasady dystrybucji dla osadzonych w tym module**) zostały umieszczone obok każdego dystrybutora i rozesłane do wszystkich osadzonych z Budynku II. Ulotka dla nieletnich zawierała jasny przekaz, że aktywność seksualna w czasie pobytu w zakładzie karnym jest nadal niezgodna z prawem. Przez cały czas trwania projektu koordynator ds. grup wsparcia SOL oraz wychowawcy również udzielali osadzonym informacji i porad na temat zagrożeń związanych z HIV/STD i zapaleniem wątroby, a także na temat właściwego stosowania i utylizacji prezerwatyw.

Na początku projektu funkcjonariusze z więzienia mieli dwa główne problemy:

1. pogodzenie nielegalności uprawiania seksu w zakładzie karnym z dostarczaniem prezerwatyw; oraz
2. możliwość uszkodzenia lub niewłaściwego użycia prezerwatyw w celu ukrycia kontrabandy.

Osadzeni obawiali się:

1. postrzegania, że prezerwatywy przyzwalają na seks wśród osadzonych;
2. przedstawiania przez media jako homoseksualistów i w konsekwencji negatywnej oceny przez rodzinę, przyjaciół i społeczność lokalną;



3. potencjalnego wpływu na ich codzienne zajęcia (np. większa liczba przymusowych zamknięć jednostek mieszkalnych);
4. większa możliwość wpisania do rejestru z powodu naruszenia przepisów; oraz
5. widoczności dystrybutorów – korzystanie z zamontowanych na widoku dystrybutorów może dawać innym osadzonym niespójne sygnały.

Kluczowymi czynnikami zapewniającymi skuteczną realizację projektu pilotażowego była współpraca między organizacjami i członkami grupy zadaniowej, zaangażowanie personelu administracyjnego, zaangażowanie funkcjonariuszy oraz komunikacja z pracownikami i osadzonymi na temat celu i planu projektu. Z punktu widzenia MAC (*Men's Advisory Council*) i opiekunów SOL, pod koniec trwania projektu, zmniejszyły się obawy zarówno personelu, jak i osadzonych.

Ewaluacja

Cele

Przeprowadziliśmy trwające jeden rok badanie pilotażowe. Aby ocenić potencjalny wpływ dystrybucji prezerwatyw na bezpieczeństwo:

1. porównaliśmy wskaźniki udokumentowanych naruszeń przepisów dotyczących przemytu, substancji kontrolowanych, zamachów z bronią i aktów seksualnych w okresie przed startem i w okresie pilotażowym; oraz
2. przeprowadziliśmy wywiady z funkcjonariuszami i osadzonymi na temat niezamierzonego użycia prezerwatyw oraz poważnych incydentów związanych z prezerwatywami.

Aby ocenić, czy prezerwatywy były łatwo dostępne i jakie ewentualnie przeszkody w dostępie do prezerwatyw widzieli osadzeni, personel programu regularnie monitorował stan i działanie każdego dystrybutora oraz liczbę wydawanych prezerwatyw.

Przeprowadziliśmy również ankietę wśród pracowników i osadzonych na temat ich preferencji dotyczących lokalizacji dystrybutorów oraz rodzaju metody dystrybucji. W celu zebrania dodatkowych informacji jakościowych na temat oceny programu oraz uzyskania informacji zwrotnych na temat metod edukacji i dystrybucji prezerwatyw (w tym wszelkich problemów z dystrybutorami), odbyliśmy kilka dobrowolnych spotkań z



edukatorami z grup wsparcia SOL i osadzonymi będącymi członkami MAC (*Men's Advisory Council*) w trakcie trwania całego projektu.

Aby oszacować koszt pierwszego roku i późniejsze roczne koszty dystrybucji prezerwatyw, personel CHJ dostarczył nam informacji na temat kosztów dystrybutora i liczby wydanych prezerwatyw oraz czasu potrzebnego do sprawdzenia i zmagazynowania dystrybutorów. Biorąc pod uwagę koszty wynagrodzeń, porównaliśmy koszt dystrybucji prezerwatyw przy użyciu dystrybutorów ze średnim rocznym kosztem leków do leczenia jednego przypadku HIV.

Sprawozdanie w sprawie naruszenia przepisów (RVR) - przegląd

CCR, Tytuł 15, sekcje 3006 (kontrabanda), 3007 (zachowania seksualne), 3008 (nieprzyzwoitość), 3016 (substancje kontrolowane, akcesoria do narkotyków i dystrybucja) oraz 3005 (zachowanie: siła lub przemoc, z adnotacją o ciężkim uszkodzeniu ciała lub użyciu broni) kwalifikowały się do włączenia do badania. Sprawdziliśmy dane RVR i odpowiednie raporty w formie papierowej dotyczące tych naruszeń. Wyodrębniliśmy dane o naruszeniu kodeksu karnego, dacie naruszenia, ustaleniach (uznanych za winne lub niewinne) oraz orzeczeniach z danych RVR, a także o przydzieleniu mieszkania dla więźniów, kontrabandzie lub użyciu opakowań (np. celofan, rękawice lateksowe, prezerwatywy) z zapisów w twardego dysku. Wyodrębniliśmy rekordy z danych RVR oraz raporty dostępne w ciągu czterech miesięcy od ostatniego dnia okresu przed pilotażem oraz okresu pilotażowego. Aby umożliwić porównanie wskaźników incydentów pod względem naruszenia Kodeksu Karnego i rodzaju zakwaterowania, personel więzienny dostarczył nam dane szacunkowe dotyczące przeciętnej dziennej liczby osadzonych (ADP), zaczerpnięte z ewidencji przebywających w areszcie na miejscu. Obliczono liczbę incydentów na 100 ADP rocznie dla wszystkich kategorii naruszeń i typów mieszkań dla okresu przed pilotażem (od 5 listopada 2007 r. do 4 listopada 2008 r.) i okresu pilotażowego (od 5 listopada 2008 r. do 4 listopada 2009 r.). Ponieważ dormitorium zostało zamknięte pięć miesięcy po rozpoczęciu okresu pilotażowego, porównaliśmy naruszenia w ciągu ostatnich pięciu miesięcy okresu przed okresem pilotażowym z pierwszymi pięcioma miesiącami okresu pilotażowego. Dodatkowo, mimo że administracyjne jednostki zakwaterowania nie były objęte programem pilotażowym, to jednak przy porównywaniu danych uwzględniliśmy naruszenia popełnione przez osadzonych



przebywających w tych jednostkach, w przypadku pośredniego dostępu do prezerwatyw.

Aby porównać liczbę incydentów przed okresem pilotażowym i podczas trwania programu pilotażowego, obliczyliśmy odsetek incydentów w bazie danych RVR oraz odsetek kwalifikowalnych incydentów, dla których dostępny był raport.

Monitorowanie dystrybutorów z prezerwatywami

Pracownicy CHJ sprawdzali i zaopatrywali prezerwatywy co tydzień przez pierwsze pięć miesięcy, a następnie co drugi tydzień przez ostatnie trzy miesiące roku, w którym trwał projekt. Personel CHJ zmniejszył częstotliwość kontroli dystrybutorów po tym, jak monitoring wyraźnie wykazał, że dystrybutory nie zostaną opróżnione w ciągu dwóch tygodni. Każdy dystrybutor był początkowo napełniony do pojemności 144 prezerwatyw. Liczba prezerwatyw wymaganych do ponownego napełnienia każdego dystrybutora została zarejestrowana dla każdej wizyty na miejscu według daty i lokalizacji dystrybutora. Zebraliśmy informacje na temat czasu potrzebnego do sprawdzenia i zaopatrzenia dystrybutorów, ich działania oraz uszkodzeń powstałych w wyniku manipulacji lub aktów wandalizmu.

Koszt

CHJ kupił dystrybutory do prezerwatyw od *C&G Manufacturing (Grand Junction, Colorado)* za 200 USD każdy oraz prezerwatywy za 22 USD każda. Na podstawie kosztów jednostkowych dystrybutorów i prezerwatyw, całkowitej liczby prezerwatyw wydanych w ciągu roku pilotażowego oraz czasu potrzebnego CHJ do sprawdzenia i zmagazynowania prezerwatyw, oszacowaliśmy koszt liczony na osadzonego oraz koszt dostarczania prezerwatyw do trzech dystrybutorów zamontowanych w dyskretnych i dostępnych miejscach. Wypłacaliśmy pensję w wysokości 50 dolarów za godzinę przy pracy potrzebnej do konserwacji i zaopatrzenia trzech dystrybutorów. Koszt leczenia jednego pacjenta zakażonego wirusem HIV w Stanach Zjednoczonych szacuje się na 2.100 dolarów miesięcznie, jeśli rozpoznano go wcześniej, i 4.700 dolarów miesięcznie, jeśli rozpoznano już postępującą chorobę. Porównywaliśmy koszt dystrybucji prezerwatyw ze średnim kosztem leczenia jednego pacjenta zakażonego HIV rocznie i zastosowaliśmy koszt dystrybucji prezerwatyw na pokrycie 147 861 osadzonych w instytucjach i aresztach CDCR w USA. Oszacowaliśmy liczbę zakażeń HIV, którym



należałoby zapobiec, aby dystrybucja prezerwatyw była na poziomie 0, dzieląc całkowity koszt programu przez koszt leczenia jednego pacjenta HIV przez rok.

Badania ankietowe personelu i ankiety wśród pracowników i osób niepełnoletnich

Na dwa miesiące przed rozpoczęciem pilotażu i po zakończeniu projektu CDCR dołączył poprosił o wypełnienie anonimowej ankiety, która została dostarczona wraz z opłaconą pocztowo kopertą zwrotną, dla wszystkich pracowników SOL. Do analizy kwalifikowali się wyłącznie pracownicy zgłaszający co najmniej dziesięć procent czasu spędzonego w ramach Budynku II lub pracując z osadzonymi w ramach Budynku II. Przeprowadziliśmy również badanie wszystkich osadzonych z Budynku II, prowadząc z nimi poufne wywiady przed rozpoczęciem projektu pilotażowego oraz po zakończeniu projektu. Osadzeni, którzy w czasie badania prowadzonego przed rozpoczęciem projektu, przebywali w Budynku II przez co najmniej rok oraz osadzeni przebywający w Budynku II w czasie trwania projektu, kwalifikowali się do udziału w badaniach prowadzonych przed i po zakończeniu projektu. Przeglądaliśmy dane opisujące godziny pracy osadzonych planując optymalne daty dobrowolnych spotkań z wywiadowcami CDPH. Kwalifikujący się więźniowie otrzymali dodatkowe pozwolenie, umożliwiające im przejście przez punkty kontroli bezpieczeństwa, aby spotkać się w wyznaczonej, poufnej przestrzeni z przeszkolonym pracownikiem CDPH. Po uzyskaniu pisemnej zgody, prosiliśmy o wypełnienie papierowej ankiety. Ankieta dla osadzonych i funkcjonariuszy obejmowała zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte, istotne z punktu widzenia celów i zadań badania.

Spotkania z *Inmate Peer Educators* i *Men's Advisory Council* (MAC)

Spotkaliśmy się z trzema przedstawicielami MAC i wszystkimi ośmioma edukatorami z grup wsparcia SOL oddzielnie, w czasie trwania projektu. Aby ułatwić dyskusję w grupie, zaprosiliśmy współwięźniów do zadawania pytań dotyczących projektu i wyrażenia opinii na temat tego, czy prezerwatywy powinny być dostępne, w jaki sposób najlepiej dystrybuować prezerwatywy i jakie tematy powinny być włączone do edukacji współwięźniów. Zadawaliśmy im również inne pytania:

1. jak osadzeni uczą się o programie pilotażowym,
2. jakie są opinie wyrażone przez innych osadzonych na temat dostępu do prezerwatywy, oraz



- czy wiedzieli lub słyszeli o jakichkolwiek problemach związanych z dystrybutorami prezerwatyw.

Wyniki

Sprawozdania z naruszenia przepisów

Zestaw danych RVR zawierał 1214 rekordów przed startem i 782 rekordy po starcie programu pilotażowego. Wykluczenie rekordów, które nie pochodziły z Budynku II lub których data naruszenia była niekwalifikowalna lub tych z brakującą datą naruszenia dało 1159 rekordów sprzed startu i 771 rekordów dotyczących okresu pilotażowego. Spośród nich, odpowiednio 494 zapisy przed startem i 316 po pilotażu stanowiły kwalifikujące się naruszenia. Po usunięciu duplikatów, z wyłączeniem nieokreślonych rekordów i odrzuceniu incydentów przemocy bez użycia broni, włączyliśmy 398 i 258 kwalifikujących się naruszeń do zestawów danych z okresu przed okresem i w okresie pilotażowym.

Nie odnotowano wzrostu liczby konkretnych kwalifikowalnych naruszeń w odniesieniu do osób w jednostkach mieszkalnych mieszczących ogólną populację osadzonych (w tym w jednostkach mieszkalnych z celami i dormitoriach) oraz ogólnie w odniesieniu do osób w Budynku II. Nie odnotowano również wzrostu łącznej liczby i wskaźników na 100 ADP w odniesieniu do wszystkich kwalifikujących się naruszeń, w tym naruszeń dotyczących ogólnej populacji osadzonych, a także naruszeń dotyczących osób, w przypadku których brakowało informacji o zakwaterowaniu.

Stwierdziliśmy bardzo podobne wskaźniki orzekania przy porównywaniu interwałów przed startem (89,5%) oraz po starcie okresu pilotażowego (89,2%). W przypadku 81 (20,2%) i 23 (8,7%) incydentów z okresu pilotażowego brakowało numeru budynku mieszkalnego, ponieważ raport w wersji papierowej nie został złożony i udostępniony przed upływem czteromiesięcznej okresu zakończenia projektu.

Jeden incydent miał miejsce przed rozpoczęciem projektu, kiedy to "balon" (termin używany przez niektórych pracowników zakładu karnego w odniesieniu do prezerwatywy) zawierający heroinę został wprowadzony do Budynku II przez osadzonego wracającego z weekendowej wizyty rodzinnej. W okresie pilotażowym nie znaleźliśmy żadnych przypadków użycia prezerwatywy do ukrywania lub transportu czy przemytu substancji kontrolowanych, akcesoriów do leków lub broni. Również osoby odpowiedzialne za nadzór nad ogólną populacją osadzonych oraz zastępca



naczelnika na poziomie III oraz w Budynku II nie słyssały o żadnych zgłoszonych lub możliwych do zgłoszenia incydentach z udziałem prezerwatyw w okresie pilotażowym. W okresie przed rozpoczęciem projektu miało miejsce dziesięć przypadków wykroczeń seksualnych, w tym jeden opisany jako seks analny „za obopólną zgodą” pomiędzy osadzonymi z tej samej celi. Pozostała dziewiątka karana była za niestosowne dotykanie się w miejscu odwiedzin lub masturbację. Wszystkie incydenty poprzedzające pilotaż, poza dotykaniami w strefie wizyt, dotyczyły osadzonych w areszcie tymczasowym. W okresie pilotażowym miało miejsce sześć przypadków nadużyć seksualnych, w tym masturbacji i nieobyczajnego narażenia, przy czym nie odnotowano przypadków użycia prezerwatywy.

Monitorowanie dystrybutorów z prezerwatywami

W okresie pilotażowym z siedmiu dystrybutorów wydano łącznie 2383 prezerwatywy. Spośród nich 263 prezerwatywy zostały pozostawione na tacy dystrybutora, a 10 podobno zostało pierwotnie wziętych przez personel, powołując się na cele szkoleniowe, w wyniku czego wydano łącznie 2110 prezerwatyw. Z łącznej liczby 2110, 817 z nich wydano w toalecie budynku edukacyjnego, 395 w toalecie podstawowej opieki medycznej, 727 w czterech lokalach mieszkalnych z celami, a 103 w dormitorium w ciągu pięciu miesięcy od jego otwarcia. W ciągu pierwszego miesiąca wydano 499 prezerwatyw (24%). Z wyłączeniem pierwszego miesiąca, więcej prezerwatyw wydano w toalecie budynku edukacyjnego (695) i w toalecie Podstawowej Opieki Medycznej (395), w porównaniu z czterema dystrybutorami w jednostkach mieszkalnych z celami (zakres: 89 do 156; łącznie: 446).

Rutynowe monitorowanie przez cały czas trwania projektu pilotażowego wykazało, że dystrybutory w toaletach edukacyjnych, medycznych i dormitoryjne były rzadziej demontowane lub okazywały się nieczynne, w porównaniu z dystrybutorami będącymi na widoku w jednostkach mieszkalnych z celami. Z wyłączeniem pierwszego miesiąca i tygodni, w których dystrybutor nie nadawał się do użytku lub nie był zamontowany, lub budynek był zamknięty, średnia liczba prezerwatyw wydawanych w tygodniu wynosiła 4 w jednostkach mieszkalnych z celami, 3 w dormitorium, 9 w sanitariatach medycznych i 14 w toalecie.



Koszt

Koszt, w tym zakup dystrybutorów i prezerwatyw, wyniósł 1,39 USD za jednego osadzonego, dla 810 osadzonych w ciągu roku, w którym trwał projekt. Koszt samych prezerwatyw wynosił 65 dolarów na jednego osadzonego. Pracownicy CHJ zgłaszali, że spędzają średnio 38 minut, aby sprawdzić i wyposażyć wszystkie siedem dystrybutorów, czyli 5,4 minuty na dystrybutor. Biorąc pod uwagę, że w czasie trwania projektu pilotażowego wydano 2383 prezerwatywy z dystrybutorów zawierających 144 prezerwatywy, oszacowaliśmy, że trzy dystrybutory musiałyby być sprawdzane i zaopatrzone 6,6 razy w roku (w przybliżeniu co dwa miesiące), co wymagałoby 0,13 minuty czasu pracy personelu na jednego osadzonego w roku. (Nasze prognozy kosztów oparliśmy na trzech, a nie siedmiu dystrybutorach, ponieważ stwierdzono, że cztery dystrybutory w jednostkach mieszkalnych z celami stają się niezdatne do użytku co najmniej dwa razy szybciej niż w innych lokalizacjach, a trzy inne lokalizacje (Budynek Edukacji, Podstawowej Opieki Medycznej i sypialnie) były jedynymi dyskretnymi lokalizacjami dostępnymi w Budynku II, typowym obiekcie III poziomu). Po dostosowaniu wynagrodzenia w wysokości 50 USD za godzinę i obliczeniu całkowitego kosztu w oparciu o 147 861 osadzonych obecnie przebywających w stanach w instytucjach CDCR i aresztach, otrzymaliśmy całkowity koszt 221 368 USD, czyli 1,49 USD za osadzonego, za pierwszy rok, łącznie z jednorazowym zakupem dystrybutorów; oraz całkowity koszt 95 653 USD, czyli 76 USD za jednego osadzonego, za kolejne lata, aby utrzymać program. Dzielic całkowity koszt programu przez średni roczny koszt leków antyretrowirusowych stosowanych w leczeniu jednego pacjenta zakażonego HIV w Stanach Zjednoczonych (40 800 USD), oszacowaliśmy, że w pierwszym roku trzeba będzie zapobiec 5,4 zakażeniom HIV w ramach programu CDCR na terenie całego stanu, aby program ten mógł wyjść na zero, jeśli chodzi o koszty. Podobnie, zakażeniom HIV trzeba by zapobiegać w kolejnych latach.

Badania ankietowe personelu i ankiety wśród pracowników i osób niepełnoletnich

W badaniu uczestniczyło 114 spośród 1 342 pracowników i 26 spośród 242 osadzonych oraz, po zakończeniu projektu, 55 spośród 1 381 pracowników i 25 spośród 171 osadzonych.



Grupa opiekunów, personelu medycznego i innych pracowników odpowiadała na pytania dotyczące wpływu prezerwatyw na bezpieczeństwo. Liczba pracowników, którzy zgodzili się, że osadzeni będą używać prezerwatyw do czegoś innego niż seks, co miałyby poważne, negatywne konsekwencje lub mogłoby spowodować obrażenia personelu lub innych osadzonych, spadła z 85 (76%) przed programem pilotażowym do 5 (10%) po pilotażu. Spośród personelu tymczasowego 52 (83%) zgodziło się na badaniu wstępnym, a tylko 3 (13%) po badaniu. Po zakończeniu projektu 5 pracowników zgłosiło, że wiedziało lub słyszało o niewłaściwym użyciu prezerwatywy. Spośród 3 pracowników, którzy opracowali te informacje, 2 pracowników opieki złożyło ogólne oświadczenia, że osadzeni mogą używać prezerwatyw do ukrywania narkotyków i telefonów komórkowych, a jeden pracownik służby zdrowia poinformował, że doszło do przedawkowania heroiny, ale nie podał konkretnych informacji dotyczących tego, w jaki sposób prezerwatywa spowodowała przedawkowanie.

Poprosiliśmy pracowników wypełniających ankietę o uszeregowanie ich preferencji dotyczących sposobu dystrybucji prezerwatyw. Udostępnianie prezerwatyw poufnie podczas wizyty lekarskiej lub przy dystrybutorze z prezerwatywami było częściej preferowane niż zezwalanie organizacjom non-profit lub innym agencjom na dystrybucję prezerwatyw podczas zajęć z edukacji zdrowotnej. Powodami, dla których preferowano dystrybucję podczas wizyty lekarskiej, były:

- potrzeba zachowania poufności,
- przekonanie, że prezerwatywy są problemem medycznym, oraz
- poprawa dostępu.

Przed rozpoczęciem projektu więcej pracowników preferowało, aby dystrybutory prezerwatyw były pod nadzorem. Jednakże po zakończeniu, więcej pracowników wolało, aby dystrybutory nie były związane z funkcjami opiekuńczymi. Przyczynami preferowania dystrybutorów, które nie wymagają utrzymywania, były poufność, lepszy dostęp i mniejszy wpływ na personel. Personel preferujący dystrybutory ze względu na opiekę czuł, że więźniowie powinni być monitorowani w przypadku, gdy planują nielegalną aktywność.

Wśród grupy osadzonych poproszonych o zasugerowanie lepszych sposobów dystrybucji prezerwatyw, 5 zasugerowało umieszczenie dystrybutorów w mniej jest mniej prawdopodobne, że dystrybutory w ukrytych miejscach zostaną zdewastowane. 7 więźniów sugerowało udostępnienie prezerwatyw w klinikach lub u personelu medycznego.



Spotkania z *Inmate Peer Educators and Men's Advisory Council (MAC)*

W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu projektu, do wychowawców i przedstawicieli MAC zwracali się często osadzeni w całej sieci SOL z prośbą o informacje na temat celu programu; chcąc dowiedzieć się, dlaczego wybrano Budynek II oraz wyrażając obawę, że program będzie promował homoseksualizm. Dodatkowo zwracali uwagę, że prezerwatywy nie chronią przed zakażeniem HIV lub wirusowym zapaleniem wątroby, spowodowanym dzieleniem się igłami do iniekcji narkotyków i przed zakażeniem przy wykonywaniu tatuażu. Osadzeni obawiali się również, że przy wyborze jedynie Budynku II, pozostałe placówki będą odbierane jako takie, które mają więcej osób homoseksualnych lub zakażonych wirusem HIV, w porównaniu z innymi budynkami lub zakładami karnymi. Niektórzy osadzeni obawiali się również, że jeśli zaczną korzystać z dystrybutora to będą częściej spisywani za naruszenia zasad oraz że możliwe problemy wokół dystrybutorów będą miały pośredni wpływ na innych osadzonych.

W ciągu pierwszych 6 miesięcy programu pilotażowego duża liczba osadzonych wyrażała zaniepokojenie stygmatyzacją osób homoseksualnych i zakażonych HIV oraz zwracała uwagę na możliwość większej liczby przypadków przymusowego zamknięcia jednostek mieszkalnych i spisów prezerwatyw, a także na to, dlaczego wybrano Budynek II. Przed samym zakończeniem projektu rzadko już wspomniano o dystrybutorach i nikt nie wiedział o żadnych zapisach lub zakłóceniach w pobliżu dystrybutorów. Osadzeni nadal zwracali się do edukatorów z grup wsparcia i przedstawicieli MAC z pytaniami dotyczącymi projektu pilotażowego, a inni dzielili się prywatnie swoją akceptacją dla programu, w przeciwieństwie do negatywnych opinii wyrażanych wcześniej otwarcie. Niektórzy osadzeni spoza Budynku II pytali, dlaczego nie mają dostępu do prezerwatyw.

Żaden z edukatorów z grup wsparcia ani przedstawicieli MAC nie doniósł o tym, że brak prywatności lub presja rówieśnicza byłyby przeszkodami w korzystaniu z dystrybutorów. Dystrybutory nie zostały zdewastowane. Ponadto przedstawiciele MAC uważali, że dystrybutory w budynku edukacyjnym i w toaletach opieki medycznej zapewniają wystarczająco poufny dostęp, ale powinny istnieć dodatkowe sposoby na uzyskanie prezerwatyw, w tym podczas wizyty lekarskiej, przy wydawaniu leków oraz razem z broszurą w zestawie rozdawanym osadzonym przy przyjęciu do zakładu karnego. Wyrazili również potrzebę rozszerzenia dostępu do prezerwatyw dla



izolowanych administracyjnie więźniów, którzy są pod stałym i ścisłym nadzorem poza swoimi celami.

Edukatorzy z grup wsparcia i przedstawiciele MAC zauważyli, że najskuteczniejszym sposobem informowania osadzonych o dystrybucji prezerwatyw, wydają się być filmy video, które są odtwarzane codziennie w telewizji dla osadzonych. Podkreślili oni, że edukacja osadzonych powinna obejmować szerszy zakres informacji na temat zakażeń HIV/STD i zapalenia wątroby w warunkach więziennych oraz wiadomości dotyczące zdrowia publicznego, a nie na prozdrowotnym. Ponadto edukacja i profilaktyka powinny obejmować również metody inne niż tylko wykorzystywanie prezerwatyw, ponieważ przez cały czas trwania projektu pilotażowego osadzeni wyrażali obawę, że prezerwatywy nie zapobiegają nieseksualnemu przenoszeniu wirusa HIV i zapalenia wątroby.

Wnioski

Ryzyko

Nie znaleźliśmy żadnych incydentów związanych z dystrybucją prezerwatyw w bazie danych RVR i w raportach w formie papierowej. Liczba incydentów nie wzrosła w porównaniu do lat poprzedzających program pilotażowy, dla każdego rodzaju naruszenia i nie zgłoszono nam żadnych incydentów przez opiekunów lub kierowników.

Nie znaleźliśmy dowodów na to, że niewłaściwe użycie prezerwatyw spowodowało obrażenia u pracownika lub osadzonego. Chociaż kilku respondentów ankiety pracowniczej twierdziło, że prezerwatywa spowodowała uraz, nie dostarczono przekonujących dowodów i nie zgłoszono takich incydentów do danych.

Bardzo podobny odsetek orzeczeń porównując okresy przed startem i po starcie programu pilotażowego sugeruje, że terminowość przetwarzania sprawozdań była spójna w okresach sprzed i po zakończeniu pilotażu, co daje w rezultacie porównywalne dane w poszczególnych okresach. W przypadku 81 (20,2%) incydentów z okresu sprzed pilotażu brakowało numeru budynku mieszkalnego, ponieważ raport w formie papierowej nie został złożony przed upływem terminu czterech miesięcy od daty końcowej. W 23 raportach z okresu pilotażowego (8,7%) nie było streszczenia. Gdyby większa liczba sprawozdań z okresu pilotażowego była dostępna, zauważylibyśmy raczej większe redukcje niż wzrosty liczby incydentów.



Wykonalność

Dystrybucja prezerwatyw w zakładzie karnym przy użyciu dystrybutorów wydaje się być dobrą metodą, pod warunkiem, że są one zainstalowane w dyskretnych miejscach. Nasza obserwacja, że dystrybutory będące na widoku były często demolowane, potwierdza potrzebę dyskretnych lokalizacji i jest spójna z otwartymi komentarzami pracowników i osadzonych, którzy odpowiedzieli na naszą ankietę, jak również z innymi osadzonymi i przedstawicielami MAC podczas spotkań z pracownikami CDPH i CHJ w ciągu całego roku pilotażowego. Wydaje się bardziej prawdopodobne, że dystrybutory w dyskretnych lokalizacjach będą wymagały naprawy lub wymiany rzadziej niż dystrybutory będące na widoku.

Koszt

Nasze szacunki wskazują, że dystrybuując prezerwatywy w zakładzie karnym można przeciętnie oszczędzić w kosztach leczenia farmakologicznego 40 800 USD rocznie w leczeniu każdego zakażenia HIV nabytego podczas pobytu w zakładzie. Tylko 2,7 do 5,4 zakażeń HIV trzeba by było zapobiec, aby pokryć koszty dystrybucji prezerwatyw przy użyciu dystrybutorów. Prezerwatywy mogą być dostarczane tą metodą przy bardzo niskich kosztach i minimalnym czasie potrzebnym do sprawdzenia i ponownego napełnienia. Koszty związane z leczeniem jednego pacjenta zakażonego HIV będą prawdopodobnie wyższe. Koszt uwzględniony w naszym oszacowaniu dotyczy tylko leków antyretrowirusowych, co stanowi 73% całkowitych kosztów opieki nad osobami zakażonymi HIV. Inne koszty, takie jak hospitalizacja (13%) i opieka ambulatoryjna (9%) mogą być znacznie wyższe ze względu na nadzór nad opieką i politykę zakwaterowania zakażonych osób. Chociaż trudno byłoby oszacować odsetek osób zakażonych wirusem HIV w CDCR, które następnie byłyby leczone w CDCR oraz czas trwania ich leczenia, to jest bardzo prawdopodobne, że większość z nich będzie leczona w CDCR przez co najmniej rok, biorąc pod uwagę, że średni czas leczenia wynosi 25 miesięcy, a wskaźnik recydywy w Kalifornii wynosi ponad 65% (dane te pochodzą z *Kalifornijskiego Departamentu Korekt i Rehabilitacji, Czwarty kwartał 2008 r., Fakty i liczby*).

Ponadto większość osadzonych zarażonych wirusem HIV, którzy zostali wypuszczeni na wolność, prawdopodobnie otrzyma leczenie i opiekę finansowaną ze środków publicznych.



Jak zaobserwowano w przypadku innych programów dotyczących więziennictwa, większa liczba prezerwatyw została rozprowadzona na początku programu, prawdopodobnie ze względu na jego nowatorski charakter. W ciągu ostatnich kilku miesięcy przed zakończeniem również nastąpił wzrost liczby wydanych prezerwatyw. Powodem mogły być obawy personelu przed zdemontowaniem dystrybutorów. Biorąc pod uwagę wyższy od przeciętnego poziom wykorzystania na początku i pod koniec projektu, rzeczywisty koszt prezerwatyw i czas potrzebny do uzupełnienia zapasów dystrybutorów może być niższy od szacowanego przez nas.

Badania przeprowadzone w kompleksie więziennym w Gruzji w okresie od lipca 2003 r. do lutego 2005 r. w czterdziestu jeden Ośrodkach Kontroli i Profilaktyki Chorób HIV wykazały, że najczęstszym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV zgłaszanym przez osadzonych był męsko-męski kontakt seksualny (72% z nich zgłaszanych jako konsensualne, a pozostałe 28% jako seks wymienny np. za pieniądze, towary lub ochronę) oraz seks pod przymusem. Biorąc pod uwagę, że w zakładach karnych stanu Georgia w 2005 r. liczba osadzonych wynosiła 44 990 osób, szacujemy, że wskaźnik serokonwersji HIV wynosił 57 na 100 000 osadzonych rocznie. Mogą oczywiście istnieć inne czynniki wpływające na zachowania związane z zakażeniem HIV oraz na współczynniki przenoszenia wirusa, które różnią się w zależności od zakładu karnego. Jednak biorąc pod uwagę, że osadzeni jako grupa są bardziej narażeni na zakażenia HIV, STD, zapalenie wątroby i choroby współistniejące, uzasadnione jest założenie, że przenoszenie wirusa HIV występuje wystarczająco często wśród osadzonych. Zapobieganie zakażeniom od 2,7 do 5,5 infekcji rocznie, pozwala na redukcję kosztów leczenia. Jednocześnie rezultaty innych programów pokazały, że gdy prezerwatywy są dostępne w zakładzie karnym, osadzeni ich używają, ale aktywność seksualna nie zwiększa się. Może to zwiększać szansę na spadek transmisji HIV/STD. Ponieważ są udokumentowane dowody na to, że aktywność seksualna występuje w kalifornijskich zakładach karnych, jest bardzo prawdopodobne, że dostępność prezerwatyw zapobiegnie również i tam transmisji HIV/STD.



Ograniczenia

Obecne badanie odbyło się wśród ogólnej populacji osadzonych. Ustalenia te mogą być inne, gdy np. byłoby to osadzeni zakwalifikowani jako niebezpieczni.

Sprawozdania w sprawie naruszenia przepisów

Ograniczenie badania sprawozdań do okresu czterech miesięcy oznacza, że nie mogliśmy uwzględnić niektórych naruszeń przepisów w bieżącej analizie, ponieważ naruszenie nie zostało jeszcze orzeczone lub raport w formie papierowej nie został jeszcze złożony.

Stwierdziliśmy mniej incydentów i niższe wskaźniki incydentów na 100 ADP w roku pilotażowym w porównaniu z rokiem poprzedzającym pilotaż. Jedno z możliwych wyjaśnień jest takie, że w okresie od grudnia 2008 r. do maja 2009 r. (czyli w roku pilotażowym) jednostki mieszkalne z celami przechodziły modernizację drzwi, podczas której więźniowie byli przenoszeni do innych budynków. Przeniesienie do innych cel mogło czasowo zakłócać statystyki naruszania przepisów.

Monitorowanie dystrybutorów z prezerwatywami

Dystrybutor w toalecie podstawowej opieki medycznej był dostępny dla osadzonych ze wszystkich czterech budynków i osadzeni z zewnątrz Budynku II mieli dostęp do prezerwatyw, choć zostali poinformowani o możliwym ukaraniu, jeśli znajdą się w posiadaniu prezerwatywy. Chociaż z toalet budynku edukacyjnego i podstawowej opieki medycznej pobrano więcej prezerwatyw niż z dystrybutorów znajdujących się w jednostkach mieszkalnych, nie możemy stwierdzić na podstawie samej liczby wydanych prezerwatyw, że te dystrybutory były bardziej dostępne. Jednak znacznie większy odsetek czasu, przez jaki dystrybutory w budynkach z celami były nieczynne w porównaniu z tymi, które znajdowały się w budynkach oświatowych i placówkach podstawowej opieki medycznej oraz informacje zwrotne dostarczone przez nauczycieli rówieśniczych i przedstawicieli MAC potwierdzają ten wniosek.

Badania ankietowe wśród współlokatorów i personelu

Niewielka liczba odpowiedzi na ankietę wśród pracowników i osadzonych wprowadza znaczne ograniczenia w szacowaniu wpływu projektu pilotażowego i tych wyników nie



można uogólniać. Ponieważ ankieta pracownicza była anonimowa, pracownicy, którzy byli zdecydowanie przeciwni lub opowiedzieli się za dostępem do prezerwatyw, mogli odpowiedzieć na obie ankiety. Ze względu na niski wskaźnik odpowiedzi, uwzględniliśmy jedynie niektóre odpowiedzi otwarte.



This document as well as the harmreduction.eu website, was created within the joint action '677085 / HA-REACT,' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).



PROGRAM DYSTRYBUCJI PREZERWATYW W CENTRALNYM ARESZCIE OCHRONNYM K6G W ZAKŁADZIE KARNYM DLA MĘŻCZYŹN W HRABSTWIE LOS ANGELES

Przedstawimy analizę programu dystrybucji prezerwatyw w Centralnym Areszcie Ochronnym w K6G w Zakładzie Karnym dla mężczyzn w hrabstwie Los Angeles, w którym oddzielnie od innych osadzonych przebywają zadeklarowani geje i osoby transgenderowe.

W 2001 zakład karny dla mężczyzn w hrabstwie Los Angeles zezwolili *Center for Health Justice* (CHJ), organizacji non-profit, na dystrybucję prezerwatyw wśród osadzonych w wydzielonej jednostce MSM. W jednostce tej przebywa około 320 osadzonych, z których większość spędza tam krócej niż 7 dni. Pracownicy CHJ odwiedzali dystrybutor raz w tygodniu, w tym czasie osadzeni mogą otrzymać jedną prezerwatywę.

Metody

Badamy czy koszty leczenia HIV zmniejszą się w wyniku dystrybucji prezerwatyw wśród osadzonych MSM oraz osób transgenderowych. Szacunkowa liczba zakażeń HIV z i bez programu dystrybucji prezerwatyw jest szacowana na podstawie badania z 2007 roku (podobny udział procentowy zakażonych, taka sama długość pobytu). Czynnikiem różnicującym te dwa badania są proporcje aktów seksualnych, z użyciem zabezpieczenia w postaci prezerwatywy oraz procent populacji osadzonych, którzy angażują się w seks analny. Badanie zostało zatwierdzone przez *University of California, Los Angeles Institutional Review Board* oraz *Charles Drew University Institutional Review Board*.

Dane nieściśle

Dane dotyczące charakterystyki osadzonych oraz liczby ryzykownych działań w jednostce K6G, gdy prezerwatywy były dystrybuowane, pochodzą z samodzielnie prowadzonego badania w 2007 r. wśród MSM. Spośród 157 losowo wybranych osadzonych, 111 wzięło udział w sesji informacyjnej i kwalifikowało się do badania, ponieważ byli w zakładzie karnym przez co najmniej 7 dni, mówili po hiszpańsku lub angielsku i byli w stanie wyrazić świadomą zgodę. Dostępne dane dotyczą 101



osadzonych (zobacz: Harawa N.T., Sweat J., George S., Sylla M., 2010). Dane te zawierają informacje na temat aktywności seksualnej osadzonych podczas pobytu w zakładzie karnym. Spośród 60,4 % respondentów, którzy przebywali w jednostce MSM przez co najmniej 30 dni, 52,6 % zgłosiło odbycie stosunku analnego w ciągu ostatnich 30 dni. Osoby uprawiające seks analny zgłaszały średnio 9,8 stosunków miesięcznie. Respondenci badania z 2007 r., którzy potwierdzili aktywność seksualną odbytą w więzieniu, poinformowali, że używali prezerwatyw przez 51 % czasu, co oznacza, że 52,6 % więźniów, którzy zgłosili aktywność seksualną, miało średnio 5 aktów z użyciem zabezpieczenia i 4,8 aktów bez użycia miesięcznie.

Testujemy cztery różne założenia dotyczące proporcji osadzonych, którzy uprawiają seks analny w zakładzie karnym:

1. 52,6 %, czyli tyle samo, co w badaniu z 2007 r;
2. 40 % osadzonych
3. 30 % osadzonych
4. 28,5 % osadzonych, co odpowiada wskaźnikowi odnotowanemu w 2001 r.

W pierwszym przypadku przyjmujemy konserwatywne założenie, że 40 % osadzonych uprawia seks analny, gdy nie ma programu dystrybucji prezerwatyw, a 52,6 % uprawia go, gdy działa program dystrybucji prezerwatyw. Nie mamy również danych na temat miesięcznej liczby stosunków wśród osadzonych, którzy byli aktywni seksualnie, gdy nie ma programu dystrybucji prezerwatyw. W naszej analizie badamy wpływ przyjęcia połowy liczby miesięcznych spotkań w porównaniu z wynikami badania z 2007 roku.

W ankiecie przeprowadzonej w 2001 r. wśród osadzonych, przeprowadzonej przed rozpoczęciem dystrybucji prezerwatyw, tylko 2,7 % respondentów stwierdziło, że kiedykolwiek używało prezerwatyw w zakładzie karnym (Knox L., Lane C., 2005). Ponieważ dane o procentach aktów seksualnych z użyciem prezerwatyw nie są dostępne i dodatkowo prezerwatywy są uważane za kontrabandę i nie są dozwolone w zakładzie karnym (chyba że istnieje zatwierdzony program dystrybucji) model zakłada, że żaden z aktów seksualnych nie byłby z użyciem zabezpieczenia w scenariuszu bez programu dystrybucji prezerwatyw.



Częstość występowania HIV w populacji osadzonych jest ważnym parametrem w analizie. W badaniu z 2007 r. 32 % respondentów stwierdziło, że jest nosicielem wirusa HIV (Harawa N.T., Sweat J., George S., Sylla M., 2010). Natomiast program dobrowolnych badań przesiewowych przeprowadzonych w oddziale MSM w 2000 i 2001 r. wykazał, że tylko 13,4 % więźniów przebadanych pod kątem HIV wykazało pozytywny wynik testu (Javanbakht M., Murphy R., Harawa N. T., 2009). Autorzy tego badania zauważają, że rzeczywista częstość występowania HIV w jednostce MSM jest prawdopodobnie znacznie wyższa, ponieważ udział w programie badań przesiewowych jest dobrowolny i często osadzeni znający już swój status zakażenia rezygnują z testów podczas wchodzenia do jednostki będąc świadomym, że są już zarażone (Javanbakht M., Murphy R., Murphy R., Harawa N. T., 2009). Dlatego też w obu scenariuszach wykorzystujemy wskaźnik zachorowań na poziomie 32 % w scenariuszu bazowym, ale w analizie testujemy wskaźnik 13,4 % i wskaźnik 40 %.

Obliczanie liczby zapobieganych zakażeń HIV przez dystrybucję prezerwatyw

Liczba zapobieganych zakażeń jest obliczana jako różnica pomiędzy zakażeniami przewidzianymi w modelu matematycznym, występującymi, gdy stosowanie prezerwatyw jest na poziomie obserwowanym w jednostce K6G w 2007 r. i gdy prezerwatywy nie są dostępne dla osadzonych.

Liczbę zapobieganych zakażeń obliczono jako różnicę prawdopodobieństwa zakażenia danej osoby, gdy prezerwatywy są dostępne i gdy nie są. Następnie są one mnożone przez liczbę aktywnych seksualnie, niezakażonych osadzonych, którzy przebywali w oddziale przez co najmniej jeden miesiąc (N = 69 w przypadku scenariusza z dostępnością prezerwatyw; N = 52,5 w przypadku scenariusza bez prezerwatyw, ponieważ zakłada się, że odsetek osób aktywnych seksualnie jest niższy).

Średni pobyt w więzieniu trwał 87 dni, w związku z czym osadzeni mogli być narażeni na zakażenie wirusem HIV przez wiele miesięcy. W przypadku osadzonych, którzy początkowo byli nosicielami wirusa HIV, obliczyliśmy prawdopodobieństwo pozostania niezakażonym w ciągu 3 miesięcy pozbawienia wolności, podnosząc prawdopodobieństwo pozostania niezakażonym w ciągu jednego miesiąca do potęgi 3.



Obliczanie kosztów netto

Obliczamy koszt netto programu dystrybucji prezerwatyw, uwzględniając zarówno koszty interwencji, jak i koszty leczenia HIV w przypadku zmniejszenia transmisji HIV. Stosowana jest perspektywa społeczna, czyli wszystkie koszty (bez odniesienia do źródła finansowania) i korzyści (bez względu na to, komu one przypadły) zostały uwzględnione. Ponieważ interwencja była prowadzona w zakładzie karnym, nie uwzględniono strat produktywności i wartości czasu osadzonych. Koszt leczenia HIV w okresie 32,1 lat, z uwzględnieniem czasu infekcji, wynosi \$303,100 w 2004 roku (Schackman B.R., Gebo K.A., Walensky R.P., Losina E., Muccio T. Sax P.E. Weinstein M.C., 2006). Liczba ta została skorygowana do 367,121 USD w 2009 r. przy użyciu składnika Indeksu cen towarów i usług medycznych (*US Census Bureau. Indeksy cen konsumpcyjnych (CPI-U) według głównych spółek*. Dostępne pod adresem: <http://www.census.gov/library/publications/2010/compendia/statab/130ed.html>).

Koszty interwencji (w tym czas spędzony przez pracowników zakładu karnego, transport, materiały, obiekty i inne koszty) zostały zgłoszone przez CHJ i skorygowane do 2009 r.

Oczekiwane koszty netto zostały obliczone poprzez odjęcie przewidywanych miesięcznych kosztów leczenia od miesięcznych kosztów interwencji. Zredukowane koszty leczenia obliczono jako iloczyn liczby unikniętych zakażeń i wartości bieżącej przyszłych kosztów leczenia HIV. Analizy wrażliwości wykazały efekt podwojenia kosztów interwencji i dziesięciokrotnego zwiększenia kosztów.

Wnioski

Całkowity koszt interwencji wyniósł w 2009 r. 944 USD miesięcznie, z czego większość (86 %) stanowią koszty osobowe. W scenariuszu bazowym, w przypadku braku programu dystrybucji prezerwatyw, spodziewanych jest 8 nowych zakażeń miesięcznie. Wraz z dystrybucją prezerwatyw wskaźnik zachorowalności spada do 6 miesięcznie. Oznacza to, że interwencja zapobiega 2 zakażeniom miesięcznie. Zapobiega się większej liczbie zakażeń wirusem HIV, jeśli częstotliwość występowania HIV u populacji osadzonych jest wyższa i przy wyższych wskaźnikach przenoszenia wirusa. Większej liczbie zakażeń zapobiega się przy wyższych wskaźnikach skuteczności prezerwatywy (90 vs. 66,7 %), jeśli prezerwatywy są używane przy większym udziale aktów seksu



analnego (60 vs. 40 %) i jeśli większy odsetek osadzonych angażuje się w aktywność seksualną w przypadku braku programu dostarczania prezerwatyw. Wyniki były wrażliwe na założenia dotyczące poziomu aktywności seksualnej przy braku dostępności prezerwatywy. Dystrybucja prezerwatyw obniża wskaźniki zachorowalności na HIV, jeśli przyjmujemy równe wskaźniki aktywności seksualnej w scenariuszach z i bez dystrybucji prezerwatyw. Przenoszenie wirusa HIV pozostaje bez zmian lub spada, gdy 30 lub 40 % więźniów jest aktywnych seksualnie w przypadku braku dystrybucji prezerwatyw. Jednakże wskaźniki zachorowalności są niższe w scenariuszu bez prezerwatyw, jeśli przyjmujemy, że tylko 28,5 % więźniów jest aktywnych seksualnie przy braku prezerwatyw.

Korzystając z parametrów przypadku podstawowego, szacujemy, że prawdopodobieństwo zarażenia pojedynczego osadzonego HIV-ujemnego, który jest aktywny seksualnie w zakładzie karnym, spada z 1,6 do .9 % miesięcznie, gdy prezerwatywy są dostępne. W ciągu średnio trzech miesięcy pobytu prawdopodobieństwo spada z 4,6 % bez prezerwatyw do 2,6 %, jeśli prezerwatywy są dostępne w zakładzie karnym.

W ciągu średnio trzymiesięcznego pobytu w oddziale bez dystrybucji prezerwatyw przewidujemy 2,4 nowe zakażenia HIV wśród prawie 53 aktywnych seksualnie osadzonych, którzy byli HIV-ujemni na początku pobytu w zakładzie karnym. Gdy prezerwatywy są dostępne, liczba ta spada do 1,8 nowych zakażeń wśród 69 osadzonych. Tak więc 6 zakażeniom w ciągu trzech miesięcy zapobiegnie program dystrybucji prezerwatyw.

Dyskusja

Szacuje się, że program dystrybucji prezerwatyw w zakładzie karnym pozwoli zapobiec 25 % zakażeń HIV wśród osadzonych, zmniejszając liczbę nowych zakażeń z 8 do 6 miesięcznie. Największe redukcje występują, gdy prawdopodobieństwo przeniesienia wirusa jest większe (wysoka częstość występowania wirusa HIV wśród osadzonych, zwiększona niezabezpieczona aktywność seksualna przy braku programu dystrybucji prezerwatyw i większym prawdopodobieństwie przeniesienia wirusa HIV poprzez stosunek).

Innowacją tej analizy było umożliwienie zwiększenia aktywności seksualnej wśród osadzonych, gdy prezerwatywy są dla nich dostępne. Gdyby model zakładał, że



częstotliwość aktywności seksualnej po rozpoczęciu dystrybucji prezerwatyw w zakładach karnych pozostała niezmienną, jak sugeruje kilka doniesień w literaturze (Sylla M., Harawa N.T., Grinsted-Reznick O., 2010; Knox L., Lane C., 2005; Yap L., Butler T., Richtus J., Kirkwood K., Grant L., Saxby M., Ropp F., Donovan B., 2007), nasz model przewidywałby jeszcze większe redukcje transmisji, niż sugeruje nasze pierwsze założenie. Nasza analiza wykazała, że wszystkie, z wyjątkiem jednego z badanych przez nas założeń, doprowadziły do zmniejszenia liczby zakażeń HIV. Ten jeden wyjątek zakładał, że tylko 28,5 % osadzonych byłoby aktywnych seksualnie w przypadku braku prezerwatyw. Fakt, że 28,5-procentowy wskaźnik oparto na próbie wygodnej z 2001 r. i że literatura ogólnie pokazuje, że aktywność seksualna osadzonych nie zmienia się po dystrybucji prezerwatyw (Sylla M., Harawa N.T., Grinsted-Reznick O., 2010; Knox L., Lane C., 2005; Yap L., Butler T., Richtus J., Kirkwood K., Grant L., Saxby M., Ropp F., Donovan B., 2007), prowadzą nas do wniosku, że dystrybucja prezerwatyw zmniejsza przenoszenie wirusa HIV przy najbardziej wiarygodnych założeniach.

Chociaż nasz model przewiduje znaczne zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV, to jednak niektóre z nich nadal będą miały miejsce. Modelowanie pokazuje, że interwencja mogła zapobiec większej liczbie zakażeń i jeszcze większej oszczędności kosztów, gdyby 60 % aktów płciowych było chronionych, a nie zgłoszonych 51 %.

Koszty leczenia HIV w ciągu całego życia są wysokie, więc nawet niewielkie zmniejszenie liczby zakażeń HIV prowadzi do oszczędności dla społeczeństwa.

Modelowanie z wykorzystaniem parametrów pierwszego przypadku wskazuje, że dystrybucja prezerwatywy w odseparowanej jednostce MSM w zakładzie karnym dla mężczyzn w okręgu *Los Angeles County Men's Jail* to oszczędność kosztów (tzn. koszty interwencji są więcej niż zrekompensowane przez przyszłe koszty opieki medycznej związanej z HIV/AIDS, których uniknięto), gdy prezerwatywy są używane w 51% przypadków. W związku z tym interwencja spełnia wyższy próg ekonomiczny akceptacji niż opłacalność (w przypadku gdy koszty interwencji netto są dodatnie, ale uznaje się je za rozsądne lub wystarczająco niskie w stosunku do korzyści).

Koszt interwencji w zakładzie karnym był bardzo skromny, a interwencja nadal przynosiła oszczędności, nawet jeśli koszty były dziesięciokrotnie wyższe niż te zaobserwowane. Osadzeni pozostają tam przez krótki okres czasu, a następnie są wypuszczani na wolność, tak więc korzyści płynące z ograniczenia przenoszenia wirusa HIV są wymierne dla całego społeczeństwa. Nasze szacunki dotyczące oszczędności



kosztów programu dystrybucji prezerwatyw dla społeczeństwa byłyby jeszcze większe, gdybyśmy wzięli pod uwagę zmniejszenie w przyszłości przypadków przenoszenia wirusa HIV przez osadzonych, którzy unikają zakażenia z powodu używania prezerwatyw w zakładzie karnym oraz korzyści płynące z zapobiegania innym zakażeniom przenoszonym drogą płciową.

Chociaż dystrybucja prezerwatyw w zakładach karnych byłaby korzystna dla społeczeństwa, tzn. zmniejszyłaby koszty w dłuższej perspektywie czasowej, to jednak kompleksy więzienne o ograniczonych możliwościach finansowych mogą mieć trudności z zaangażowaniem środków niezbędnych dla takiej interwencji. Biorąc pod uwagę fakt, że korzyści odnosi całe społeczeństwo, istnieje przekonujący argument przemawiający za finansowaniem tych inicjatyw w zakresie zdrowia publicznego.

Fakt, że więzienie w Los Angeles ogranicza liczbę prezerwatyw do jednej prezerwatywy na tydzień na jednego osadzonego, mógł ograniczyć udział aktów seksualnych osadzonych, które mogłyby mieć miejsce przy użyciu zabezpieczenia (Harawa N. T., Sweat J., George S., Sylla M., 2010). Nasza analiza kosztów sugeruje, że koszty dystrybucji dodatkowych prezerwatyw w zakładzie karnym byłyby minimalne; dlatego zalecamy, aby hrabstwo Los Angeles rozważyło zwiększenie lub wyeliminowanie ograniczeń liczby prezerwatyw rozprawdzanych tygodniowo, aby zapobiec jeszcze większej liczbie zakażeń HIV.

Ograniczenia

Nie było zbyt wiele dostępnych informacji na temat liczby aktów seksualnych w przypadku braku programu dystrybucji prezerwatyw. Chociaż kilka badań potwierdza, że dystrybucja prezerwatyw nie zwiększa liczby aktów seksualnych w zakładach karnych, przeprowadziliśmy kilka analiz w celu zbadania skutków różnych założeń dotyczących odsetka osadzonych z aktywnością seksualną w przypadku braku programu dystrybucji prezerwatywy. Z jednym wyjątkiem, analizy te, jak również te zakładające mniejszą liczbę spotkań w miesiącu wykazały, że program nadal przynosi oszczędności.

Ograniczeniem analizy, podobnie jak w przypadku wielu innych opublikowanych ocen ekonomicznych interwencji profilaktyki HIV, jest założenie, że zakażenia HIV, których uniknięto w krótkim okresie, kiedy interwencja jest w użyciu, stanowią zakażenia, którym zapobiegano na zawsze. Niektórym z tych infekcji nie zapobiega się, a jedynie się



je opóźnia (Pinkerton S.D., Chesson H.W., Holtgrave D.R., Kassler W. Layde P. M., 2000). Ponieważ jednak prawie 60 % aktywnych seksualnie osadzonych zgłaszało używanie prezerwatyw w miesiącu poprzedzającym uwięzienie, możemy się spodziewać, że większość aktów seksualnych po zwolnieniu z zakładu karnego odbędzie się z użyciem zabezpieczenia. Wysoka częstość występowania HIV wśród osadzonych w jednostce K6G oznacza, że ryzyko zakażenia uwięzionego nosiciela HIV-ujemnego jest większe w zakładzie karnym niż w momencie uwolnienia. Ponadto wysoki stopień recydywacji w badaniu z 2007 r. wykazał, że przeciętny osadzony był wcześniej uwięziony 7 razy, co zwiększa znaczenie zapewnienia ochrony aktywności seksualnej w zakładach karnych. Koszty leczenia HIV zmniejszą się, nawet jeśli zakażenie HIV będzie po prostu opóźnione i nie zostanie trwale odwrócone, ponieważ obecna wartość przyszłych kosztów leczenia jest niższa, jeśli koszty te wystąpią później.

Analiza może zakładać zaniżone koszty dystrybucji prezerwatywy, ponieważ program został przeprowadzony bardzo niedrogo w jednostce więziennej w Los Angeles przez organizację non-profit, które mogą być niedostępne w innych warunkach. Jeżeli interwencję przeprowadzaliby pracownicy zakładu karnego, koszt realizacji interwencji mógłby wzrosnąć. Nasza analiza wykazała jednak, że nawet gdyby koszty były dziesięciokrotnie wyższe, interwencja nadal przynosiłaby oszczędności.

Pierwszy przypadek naszej analizy dotyczył oszacowania prawdopodobieństwa rozprzestrzenienia wirusa HIV poprzez akt płciowy (.005) na dolnym końcu zakresu szacowanego prawdopodobieństwa odbycia stosunku analnego (.005-.03) zgłaszanych przez Mastro i de Vincenziego (1994), aby przeciwdziałać niemożności jednoznacznego uwzględnienia innych czynników, które mogą obniżyć szybkość transmisji. Czynniki te obejmują działania ochronne, inne niż stosowanie prezerwatyw, które mogli podjąć osadzeni, takie jak serosortowanie lub seropozycjonowanie, na temat których brak było informacji w badaniu z 2007 roku. Serosortowanie wiązało się z niewielkim spadkiem przenoszenia wirusa HIV (wskaźnik szansy = .88), ale w populacji więziennej efekt ochronny takich środków jest ograniczony, ponieważ osadzeni często sami oceniają, czy potencjalny partner jest nosicielem wirusa HIV na podstawie nierzetelnych informacji (np. otrzymując specjalne posiłki dietetyczne). Ponadto, respondenci HIV-pozytywni często zgłaszali seks z partnerami o nieznanym serostatusie. Nie stwierdzono istotnego związku seropozycjonowania z prawdopodobieństwem przeniesienia wirusa HIV.

Dodatkowo w naszych szacunkach nie uwzględniono niższych wskaźników transmisji



dla osadzonych leczonych ARV (Attia S., Egger M., Muller M., Zwahlen M., Low M., 2009). Jednakże poleganie na leczeniu jako profilaktyce nie zapewniłoby ochrony przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, które są powszechne w zakładzie karnym i które zwiększają wskaźnik przenoszenia wirusa HIV. Aby uchronić się przed brakiem danych na temat innych zachowań zmniejszających ryzyko, takich jak serosortowanie lub ochronny wpływ antyretrowirusowych zapaleń wątroby (ARV) na przenoszenie wirusa HIV lub przyjmowanie jedynie roli insercyjnej, analizy testowano na niższą wartość transmisji (.06 %/stosunek). Nawet przy takim założeniu interwencja nadal przynosiła oszczędności kosztów.

Częstość występowania wirusa HIV była wysoka wśród osadzonych z jednostki K6G MSM, jak również aktywność seksualna była częstym zjawiskiem. Tak więc, podczas gdy dystrybucja prezerwatyw była dla tej jednostki ewidentnie oszczędnością kosztów, konieczne byłyby dalsze analizy w celu określenia efektywności kosztowej programu dystrybucji prezerwatyw w jednostce penitencjarnej dla wszystkich osadzonych, gdzie czynniki te mogą być znacznie niższe.



BIBLIOGRAFIA

- Attia S., Egger M., Muller M., Zwahlen M., Low M. (2009). Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 23(11), p. 1397-404.
- Harawa N.T., Sweat J., George S., Sylla M. (2010). Sex and condom use in a large jail unit for men who have sex with men (MSM) and male-to-female transgenders. *J Health Care Poor Underserv.* 21(3), p. 1071-1087.
- Knox L., Lane C. (2005). CorrectHELP condom survey uncorrected summary report, December.
- Javanbakht M., Murphy R., Harawa N. T. (2009). Sexually transmitted infections and HIV prevalence among incarcerated men who have sex with men, 2000-2005. *Sex Transm. Dis.* 36(2), p. 17-21.
- Philipp S. S., Yu X., Donnell D., Vittinghoff E., Buchbinder S., 2010
- Pinkerton S.D., Chesson H.W., Holtgrave D.R., Kessler W. Layde P. M. (2000). When is an HIV infection prevented and when is it merely delayed? *Eval Rev.* 24, p. 251-271.
- Schackman B.R., Gebo K.A., Walensky R.P., Losina E., Muccio T. Sax P.E. Weinstein M.C. (2006). The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care.* 44 (11), p. 990-997.
- Sylla M., Harawa N.T., Grinsted-Reznick O. (2010). The first condom machine in US jail: the challenge of harm reduction in law and order environment. *Am J Public Health* 100, p. 982-985.
- de Vincenzi, I. (1994). For the European Study Group of Heterosexual Transmission of HIV, *A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Heterosexual Partners*, *N. Eng. Med* 331, p. 341-346
- Yap L., Butler T., Richtus J., Kirkwood K., Grant L., Saxby M., Ropp F., Donovan B., (2007). Do condoms cause rape and mayhem? The long-term effects of condoms in New South Wales prison. *Sex Transm Infect.* 83(3), p. 219-222.

