|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Spojené národy | A/HRC/38/36 | |
| _unlogo | **Valné shromáždění** | | Distr.: Obecný  10. dubna 2018  Originál: Angličtina |

**Rada pro lidská práva**

**Třícáté osmé zasedání**

18. června –6. července2018

Bod programu 3

**Prosazování a ochrana všech lidských práv, občanských**

**politických, hospodářských, sociálních a kulturních práv,**

**včetně práva na rozvoj**

Zpráva zvláštního zpravodaje pro právo každého na užívání nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví

Poznámka sekretariátu

Sekretariát má tu čest předložit Radě pro lidská práva zprávu zvláštního zpravodaje pro právo každého na užívání nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví, připravenou v návaznosti na rezoluci Rady 33/9. Ve své zprávě se zvláštní zpravodaj věnuje vztahu mezi právem na zdraví a zvláštními formami zbavení osobní svobody a internace/uvěznění v trestních a zdravotních režimech. Detence a internace/uvěznění zůstávají politickými nástroji, které státy upřednostňují při prosazování veřejné bezpečnosti, „mravnosti“ a veřejného zdraví, čímž však působí více škody než užitku veřejnému zdraví a užívání práva na fyzické a duševní zdraví. Zvláštní zpravodaj vyzývá k plné imlementace Minimálních standardnch pravidel OSN pro zacházení s uvězněnými (Pravidla Nelsona Mandely) a k rozvoji podpůrných komunitních služeb jako alternativ k detenci a internaci/uvěznění v rozličných případech.

Zpráva zvláštního zpravodaje pro právo každého na užívání nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví

Obsah

*Strana*

I. Úvod 3

II. Právo na zdraví v kontextu internace/uvěznění a zbavení osobní svobody 5

A. Vnitřní vazby, systémová opomenutí 5

B. Rámec práva na zdraví 6

III. Vztah mezi duševním zdravím a nucenou internací/uvězněním a zbavením osobní svobody 10

IV. Děti zbavené své osobní svobody 12

A. Přehled 12

B. Trestní instituce 13

V. Ženy, právo na zdraví a internace/uvěznění 15

A. Zaměření se na genderové cesty vedoucí k uvěznění 15

B. Podmínky uvěznění 16

C. Ženy s postižením 17

VI. Od uvěznění do běžné společnosti: ukončení detence z důvodu ochrany veřejného zdraví 18

A. Kriminalizace jako determinanta práva na zdraví pro lidi žijící s tuberkulózou 18

B. Péče založená na komunitním základě a tuberkulóza 19

VII. Závěry a doporučení 20

I. Úvod

1. Ve svých předchozích zprávách a při svých návštěvách zemí se zvláštní zpravodaj pokoušel objasnit, jak negativně dopadá vyloučení na právo na zdraví těch, kteří jsou zbaveni svých základních svobod. V předkládané zprávě využívá rámec práva na zdraví k problematizaci světového přístupu ke zbavení osobní svobody a internaci/uvěznění, poukazuje na transformativní směry pro reformu.

2. S ohledem na šíři a rozličnost těchto otázek není možné provést srozumitelné posouzení v rámci omezených rozsahových možností předkládané zprávy. Ta je tak vstupním příspěvkem zaměřeným na některé praxe, v nichž je právo na zdraví klíčovým prvkem srozumitelného posouzení a vedení.

3. Zpráva je syntézou vhledů získaných běhen návštěv zemí, studia literatury a mnoha posouzení případů, které byly zvláštnímu zpravodajovi předloženy prostřednictvím stížnostních mechanismů zvláštních procedur [pozn. anglické slovo special procedures označuje právě úřady zvláštních zpravodajů, ať již tematických, či územních]. Tato zpráva výrazným způsobem vychází z informací získaných během rozsáhlých konzultací s širokou škálou zájmových skupin, včetně lidí, kteří byli zbaveni své osobní svobody, zástupci občanské společnosti, členů hnutí za zrušení vězení, expertů na veřejné zdraví, Světové zdravotnické organizace (WHO) a akademických expertů, a byla těmito informacemi obohacena. Zvláštní zpravodaj je vděčný za jejich štědré věnování času, energie a smysluplných příspěvků.

4. Zbavení osobní svobody je právně ukotvený termín a zahrnuje závažná omezení pohybu v rámci prostoru, který je menší než v případě jiných forem zásahu do svobody pohybu. Mělo by být založeno na soudním rozhodnutí a vnucováno bez svobodného souhlasu. Samo o sobě není zakázáno, avšak detence musí být zákonná a nesmí být svévolná. Zbavení osobní svobody může mít mnoho forem, včetně policejního zajištění, vzetí do vazby, uvěznění po odsouzení, domácí vězení a administrativní detence, stejně jako nedobrovolná hospitalizace a ústavní péče o děti, o kterém bylo rozhodnuto v soudním řízení.[[1]](#footnote-2)

5. Internace/uvěznění je termín, který je široce používán ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro označení omezení pohybu jednotlivce v rámci omezeného prostoru, v návaznosti na zdravotní či sociálně-opatrovnické poradenství. Může k ní/němu docházet se souhlasem nebo bez souhlasu člověka a může zahrnovat některé obecně akceptované praktiky z oblasti zdraví, jako jsou např. praktiky aplikované v kontextu doby zotavení pro ženy po porodu.[[2]](#footnote-3)

6. Jakkoli některé formy internace/uvěznění, včetně držení v nemocnicích a v psychiatrických nebo jiných zdravotnických zařízení, mohou zakládat faktické zbavení osobní svobody, [[3]](#footnote-4)prakticky všechny formy internace bez informovaného souhlasu představují porušení práva na zdraví.

7. Napříč světem je více než 10 miliónů dospělých uvězněných v trestních zařízeních.[[4]](#footnote-5) Tyto statistiky nezachycují světovou škálu lidí omezených v jiných zařízeních. Odhaduje se například, že nejméně jeden milión dětí je držen v dalších zařízeních, že půl miliónu dospělých je v nucených detenčních centrech a že tisíce žen jsou drženy v nemocnicích pro neplacení dluhů. Neodhadnutelný počet dospělých a dětí je uvězněn ve zdravotních a sociálních zařízeních, včetně lidí s tuberkulózou, kteří jsou nuceně izolováni na dlouhou dobu, často v zařízeních, která se podobají vězení. Jakkoli se místa internace/uvěznění liší, společná zkušenost vyloučení vytváří společný příběh hlubokého znevýhodnění, diskriminace, násilí a beznaděje.

8. Omezování svobody pohybu začalo být využíváno v průběhu posledních dvou století jako standardní nástroj sociální kontroly sloužící k prosazování veřejné bezpečnosti, „mravnosti“ a veřejného zdraví. To zahrnovalo mj. zbavování osobní svobody homosexuálů, bisexuálů, transgender osob nebo intersexuálních osob, rebelujících mladých lidí, drogových uživatelů a žen vykonávajících své právo na činění volby ohledně předcházení a ukončení těhotenství, a to na základě skutečnosti, že jejich chování bylo společností označeno za „nemravné“. Uvěznění/internace se stalo/a institucionální odpovědí na komplexní společenské problémy, zvláště zasahující skupiny a komunity stojící na okraji veřejných a socioekonomických politik. Někteří argumentují, že vězeňské systémy a ústavy jsou mocnými nástroji směřujícími k utišení opozice nebo „těch jiných“, a to buď prostřednictvím trestních sankcí nebo zdravotních diagnóz a izolace.

9. Druhá část dvacátého století byla poznamenána rychlým nárůstem počtu internace/uvěznění v rámci trestajících právních a politických rámců, a to včetně v souvislosti s obchodem s drogami, který položil základ dnešní rychlé cestě do vězení. Současně docházelo v některých zemích k rychlé deinstitucionalizaci, bez odpovídajících investic do kvalitních komunitních služeb. Lidé žijící v chudobě a/nebo příslušející k rasovým a etnickým menšinám byli zadržování v rozvinující se trestající síti bez dostatečné sociální, hospodářské a právní ochrany.

10. Agenda udržitelného rozvoje 2030 zahrnuje ambiciózní aspiraci na ukončení zlého kruhu beznaděje, násilí, vyloučení a diskriminace prostřednictvím zaměření se na sociální nerovnosti a lidská práva tak, aby nikdo, včetně lidí, kteří jsou internováni/uvězněni, nebo zbaveni své osobní svobody, nebyl ponechán stranou.[[5]](#footnote-6) Existují silné důkazy o tom, že žádná forma násilí, včetně násilí ve vězeních a centrech pro internaci/uvěznění, představuje riziko pro plnou realizaci práva na zdraví.[[6]](#footnote-7) Mnoho slibných inovací prioritizuje investice do raného dětství, zdravého dospívání, kompetentního rodičovství, dobrého duševního zdraví a pohody, genderové rovnosti a ochrany žen před násilím, čímž dodává naději, že svět může být a že se stane méně násilným a že detence a internace/uvěznění bude postupně ubývat.

11. Oblast duševního zdraví, stojí vůbec poprvé, podpořena Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a jinými mocnými politickými závazky,[[7]](#footnote-8) před osvobozením sebe samé od donucení a institucionalizace v zařízeních duševního zdraví.

12. Podobně je zákaz drog čím dál tím více uznáván jako praktika, která selhala a která měla, pokud jde o právo na zdraví, devastující následky. Vzrůstající počet zemí a místních samospráv nahrazuje trestající přístupy k užívání drog moderními politikami založenými na veřejném zdraví a lidskoprávních principech, včetně dekriminalizace nebo právní regulace drogových trhů a zvýšených investic do komunitních sociálních a zdravotních služeb, včetně služeb harm reduction.[[8]](#footnote-9) Tyto slibné trendy dávají naději, že praxe masivního uvězňování drogových uživatelů může skončit.

13. Byly přijaty nové a silnější mezinárodní politické závazky snížit internaci/uvěznění tam, kde je to na místě.[[9]](#footnote-10) Celá řada složek OSN a lidskoprávních mechanismů vyzvala k bezprostřednímu uzavření všech drogových detenčních center a/nebo ke krokům směřujícím k dekriminalici nenásilných trestných činů spojených s drogami.[[10]](#footnote-11) Globální studie o dětech zbavených osobní svobody zadaná generálním tajemníkem na podnět Valného shromáždění s sebou nese mnoho slibného, pokud jde o posílení hnutí směřujícího k ukončení věznění dětí.

14. Na straně druhé je zde mnoho signálů o narůstajícím využívání internace/uvěznění pro drobné protiprávní činy a jako výchozí reakce na problémy vztahující se k veřejné bezpečnosti, sociálnímu pořádku, imigraci, politické opozici, nebo „mravnosti“. V některých případech jsou trestající opatření uplatňována nepřiměřeně v reakci na násilí a radikální extremismus mezi mladými lidmi. Zvyšující se počet žen je internován/uvězňován, z nichž znepokojující počet je zadržován z důvodu jejich volby v otázkách práv týkajících se reprodukčního zdraví. Zavírání uprchlíků a migrantů, kteří hledají bezpečí a přístřeší, zůstává kritickou výzvou.

15. Zlepšování podmínek denního života miliónů, kteří jsou drženi v uzavřených celách a odděleních, a radikální snižování počtu takových uvěznění zůstává otázkou nejvyšší důležitosti. Stejně tak významné je upevňování úsilí posílit a transformovat komunity tak, aby tyto podporovaly reintegraci, inkluzivní vzdělávání, socioekonomické zplnomocňování a blaho a tím též smysluplné naplňování práva na nejvýše dosažitelnou úroveň duševního a fyzického zdraví.

16. Nacházíme se v kritickém bodě možnosti ovlivnit, jak uzavřeme tuto dekádu a jakou podobu dáme té následující, pokud jde o ukončení kulturní závislosti na internaci a uvězňování.

II. Právo na zdraví v kontextu internace/uvěznění a zbavení osobní svobody

A. Vnitřní vazby, systémová opomenutí

17. Zajištění důstojnosti při ochraně práva na zdraví bylo předmětem reformy vězeňské legislativy a lobbyingu od nejranějších dnů moderního vězeňství. Současné struktury internace/uvěznění produkují obrovské utrpení, které překračuje hranice, prostředí i politické systémy. Toto je úzce svázáno s právem na zdraví a blaho, nikoli pouze těch, kteří jsou zbaveni své osobní svobody a internováni/uvězněni, ale rovněž komunit, rodin, dětí a budoucích generací. Je životně důležité brát v úvahu cyklickou a transgenerační újmu, kterou tyto systémy produkují.[[11]](#footnote-12)

18. Zabezpečení práva na zdraví je nezbytné pro užívání škály dalších práv. V kontextu internace/uvěznění a zbavení osobní svobody, souvisí porušení práva na zdraví se zárukami spravedlivého procesu, zákazu svévolné detence a mučení a jiných forem krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení, a užíváním práva na život. Porušení práva na zdraví se objevují jak jako příčiny internace/uvěznění a zbavení osobní svobody, tak i jako jejich následky.

19. Zvláštní zpravodaj vyzdvihuje pět oblastí, v nichž je propojení mezi právem na zdraví a internací/uvězněním a zbavením osobní svobody zřejmé:

(a) Nezabezpečení práva na zdraví v raném dětství prostřednictvím srozumitelného systému péče v oblasti zdraví přispívá k nerovnostem, chudobě, diskriminaci a slabému zdraví v dospělosti, což naplňuje detenční a internační/věznících zařízení. Velká většina lidí v uzavřených zařízeních přichází z marginalizovaných a nízkopříjmových komunit:

(b) Trestající právní rámce a veřejné politiky, které činí internaci/uvěznění pravděpodobnější, ztěžují realizaci práva na zdraví. Takové rámce a politiky zahrnují zákony, kriminalizující některá chování, identity nebo statusy (práce v sexuální oblasti, sexuální orientace, genderová identita, užívání drog, status HIV, nedodržování léčby tuberkulózy a vystavení infekčním onemocněním), a zdravotní služby, které potřebují pouze ženy (např. potraty); selektivní potírání potulky, vandalství a veřejného nepořádku, zákony proti těm, kteří žijí v marginalizovaných situacích; a prohibionistické zákony a politiky z oblasti drog, které produkují mj. násilné nezákonné trhy s drogami a které vedou k internaci/uvěznění, což vytlačuje lidi, kteří užívají drogy, pryč z komunitní zdravotní péče, ačkoliv ve vězení je jim poskytnuto jen málo zdravotní péče. Široké a všeobecné rámce veřejného zdraví zakotvené zákony omezují paletu nástrojů dostupnou pro tvůrce politik při řešení výzev v oblasti zdraví a činí z detence a internace/uvěznění dominantní a nejrestriktivnější prostředky pro řešení palčivých otázek z oblasti zdraví, které jsou, podle důkazů, lépe řešitelné podpůrnými komunitními prostředími;

(c) Převládání detence a internace/uvěznění jako reakce na otázky veřejné bezpečnosti a veřejného zdraví vedlo k monopolizaci zdrojů, které by měly být redistribuovány do podpory postupného rozvoje robustních systémů péče v oblasti zdraví, bezpečí a podpůrných škol, programů na podporu zdravých vztahů, přístupu k rozvojovým příležitostem a prostředí prostému násilí;

(d) Ochrana práva na zdraví, jakmile je člověk internován/uvězněn, je úkolem kladoucím výzvy. Vězení se samo o sobě stává determinantou špatného zdraví jako výsledeku špatných podmínek detence, poskytování zdravotní péče pod dohledem a/nebo nedostatku zdravotní péče, enormního psychosociálního utrpení a beznaděje spojených s tím, že člověk byl zbaven své osobní svobody, a neřešenými předchozími zdravotními problémy přičitatelnými podmínkám života v chudobě.[[12]](#footnote-13) Míra úmrtnosti je vysoká; v mnoha případech uzavírají krátké bolestné životní příběhy sebevraždy a předčasná úmrtí ve vazbě, ačkoliv by jim všem bylo možné předejít.

(e) Detence a internace/uvěznění v mladých, nízkopříjmových rodinách, které ztratily své živitele a primární pečovatele má devastující dopad na sociální strukturu komunit. Při propuštění se lidem obvykle nedostává žádné podpory v oblasti zdravotní péče, když se opětovně začleňují do společnosti. Bez robustních systémů zdravotní péče v komunitě může deinstitucionalizace navíc vést k tragédii.[[13]](#footnote-14) Trestní spisy, dohled po propuštění a zavazující příkazy sledují jednotlivce do jejich politických, sociálních a pracovních životů, snižují jejich odolnost, vytvářejí překážky k příležitostem a integraci a v konečném důsledku podrývají právo na zdraví.

20. Užívání práva na zdraví v kontextu internace/uvěznění a zbavení osobní svobody je v souhrnu charakteristické tím, že zde není žádné.

B. Rámec práva na zdraví

21. Lidskoprávní standardy směřující k ochraně lidí zbavených osobní svobody, nebo lidí, kteří jsou internováni/uvězněni, proti porušením jejich práv, existují. Nicméně, specifika normativního rámce a nedostatku politické vůle omezují rozsah odpovědí na tento vysoce komplexní sociální fenomén. Strukturální posouzení „klimatu“ vězení, detence a internace/uvěznění z perspektivy práva na zdraví, tj. jaký život lidé zažívají a přežívají, jakmile se ocitli zbaveni své osobní svobody, jak je strukturovaná a organizovaná moc a jaké jsou ty strukturální faktory, které umožňují praktikám a institucím přežívat, by mohlo tyto odpovědi rozšířit.[[14]](#footnote-15)

Závazky státu

22. Podle článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, mají státy povinnost respektovat, chránit a naplňovat právo každého na užívání nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a psychického zdraví. Výbor pro hospodářská, sociální a kulturní práva ke stejnému článku konstatoval, že státy mají povinnost zdržet se odpírání nebo omezování rovného přístupu pro všechny lidi, včetně vězňů nebo lidí, kteří jsou zbaveni osobní svobody, k preventivním, léčebným a paliativním službám v oblasti zdraví.[[15]](#footnote-16) Další mezinárodní úmluvy z oblasti lidských práv rovněž obsahují ustanovení, která chrání právo na zdraví specifických skupin, včetně lidí v situaci zbavení osobní svobody a internace/uvěznění.

23. Standardní minimální pravidla pro zacházení s vězni (Pravidla Nelsona Mandely) zahrnují ustanovení o odpovědnosti států, která se týkají zdravotní péče pro lidi, kteří jsou drženi ve vězení (pravidla 24-35). Státy mají například povinnost zajistit, že zdravotní služby ve vězení garantují pokračující léčbu a péči, včetně léčby infekce HIV, tuberkulózy a dalších infekčních onemocnění a drogové závislosti. V Pravidlech je rovněž zakotvena povinnost přemístit vězně, kteří vyžadují speciální léčbu, do specializovaných institucí nebo civilních nemocnic, a zajistit, že klinická rozhodnutí budou přijímána pouze odpovědnými profesionály z oblasti zdravotní péče a nepřeváží nad nimi rozhodnutí nezdravotního vězeňského personálu, nebo nebudou ze strany tohoto personálu ignorována.

24. Maje na paměti cíl postupné realizace práva na zdraví, je nezbytné přijmout opatření, která zajistí jeho realizaci v uzavřených zařízeních, včetně plánu ukončit nucenou internaci/uvěznění v nemocnicích a dlouhodobých péčových institucích. Takový plán musí být podpořen strategiemi zaměřenými na posilování komunitních alternativ.[[16]](#footnote-17)

Informovaný souhlas[[17]](#footnote-18)

25. Právo na informovaný souhlas je základním prvkem práva na fyzické a duševní zdraví. Informovaný souhlas zahrnuje dobrovolné a dostatečně informované rozhodnutí a slouží k prosazování autonomie člověka, jeho sebeurčení, tělesnou integritu a blahu. Obsahuje právo souhlasit, odmítnout nebo vybrat si alternativní zdravotní léčbu.[[18]](#footnote-19)

26. Jakkoli právo souhlasit nebo odmítnout léčbu zahrnuje pečlivé zvážení v kontextu život zachraňujících zákroků, musí být v ostatních případech respektováno, chráněno a naplňováno, zvláště v případech izolace a internace/uvěznění, kdy musí být poskytnuta podpora a povzbuzení, aby léčba byla podstoupena dobrovolně. Nicméně právo na souhlas s léčbou je stále neurčitě uplatňováno mezi těmi, kteří jsou zbaven osobní svobody, kteří stále čelí vysokému riziku, že budou podrobeni donucení, nedobrovolnému nebo povinnému testování a léčbě, včetně povinného drogového testování, výzkumných pokusů a v případě těch, kdo drží hladovku, nucenému krmení; v jiných případech bývají odnímány orgány popraveným vězňům bez předchozího souhlasu. Tyto typy praktik jsou poškozující a některé mají negativní dopady na způsob, jakým jsou komunikovány symptomy pro depistáž a léčbu stigmatizovaných infekcí, jako je infekce HIV a tuberkulóza.

Rovnost a nediskriminace

27. Zakořeněné nerovnosti a diskriminace charakterizují zkušenost zbavení osobní svobody a internace/uvěznění, od diskriminačního zajištění/zadržení lidí k diskriminačnímu a nerovnému uspořádání služeb, jakmile je člověk své osobní svobody již zbaven nebo internován/uvězněn.

28. Představitelé zdravotních a vězeňských institucí často prohlubují diskriminaci odpíráním zdravotní péče, včetně opiátové substituční terapie, čistých jehel a stříkaček, antiretrovirální terapie a produktů z oblasti sexuálního zdraví nebo antikoncepce. Status internovaného/uvězněného může vyvolat předsudečné jednání ze strany představitelů věznice nebo zdravotní instituce. Těm, kteří se dovolávají zdravotní péče ve vězeních, detenčních centrech a zařízeních internace/uvěznění, zvláště těm se závažnými zdravotními problémy, je často odepřen přístup jako forma neformálního potrestání; přístup je rovněž odpírán v případě, kdy se má nesprávně za to, že tito nemají právní způsobilost na základě domnělého nebo skutečného znevýhodnění nebo z jiných důvodů. Překážky pro zajištění nediskriminačního přístupu ke zdravotní péči, včetně zařízení zdravotní péče, které existují mimo trestní systém, musí být neprodleně řešeny. Selhání v proškolení personálu v tomto ohledu dokládá potřebu alternativ a asertivních přístupů.

Mezinárodní spolupráce a pomoc

29. Mezinárodní lidskoprávní úmluvy uznávají závazek k mezinárodní spolupráci, která zahrnuje spolupráci týkající se práva na zdraví. Mezinárodní spolupráce spojená s realizací široké škály práv je rovněž uznána v Cíli udržitelného rozvoje 17. Státy s vyššími příjmy mají zvláštní odpovědnost poskytnout pomoc v oblasti práva na zdraví, včetně toho jeho rozměru, který se týká odpovídajícího přístupu ke zdravotní péči ve vězeních a jiných zařízeních detence a internace/uvěznění. Mezinárodní pomoc by neměla podporovat vězeňské a zdravotnické systémy, které jsou diskriminační nebo v nichž dochází k násilí, mučení nebo jiným lidskoprávním porušením. To obzvláště platí v případě drogových detenčních center, velkých psychiatrických institucí a jiných dlouhodobých segregovaných péčových institucí.[[19]](#footnote-20)

30. Podpora komunitních zdravotních intervencí v rámci mezinárodní spolupráce by měla být rozšířena tak, aby účinně chránila jednotlivce před diskriminačním, svévolným, nestřídmým nebo neodpovídajícím zbavením osobní svobody a internací/uvězněním. Je varovné pozorovat pokračující nerovnováhu mezi mnohostrannou a dvoustranou pomocí poskytovanou do oblasti správy spravedlnosti a tou, která je poskytovaná pro komunitní investice založené na právech. Je potřeba více práce pro lepší porozumění plnému rozsahu projektů, které stále umožňují financování uzavřených zařízení a brzdí komunitní investice do zdraví a sociálního blaha.

Základní determinanty zdraví

31. Fyzické prostředí lidí, kteří jsou zbaveni své osobní svobody nebo internováni/uvězněni, ovlivňují rozličné faktory. Nepříznivé podmínky mohou zahrnovat špatnou hygienu a špatný přístup k výživově hodnotnému jídlu, čerstvému vzduchu a pitné vodě. Některá zařízení byla vystavěna na půdě kontaminované karcinogeny.[[20]](#footnote-21)

32. V těchto zařízeních, zahrnujících rovněž, avšak neomezujících se na vězení, je násilí běžné a nabývá mnoha forem, včetně fyzického a sexuálního zneužívání personálem i vrstevníky, užívání fyzických i chemických omezení, nucené zdravotní léčby a umísťování na samotku. Sexuální násilí vůči ženám se navíc v řadě případů ukázalo jako systematické a rozšířené. Nejtišší formy nepříznivých podmínek detence a internace/uvěznění, včetně nudy a bezmoci, se mohou často ukázat jako ty nejzávažnější, dopadající především na duševní zdraví, vyvolávaje pocity beznaděje a zoufalství, jakož i sebevražedné pokusy.

33. Celkově, centra, v nichž dochází k detenci nebo internaci/uvěznění, nejsou terapeutickými prostředími. Ve své předchozí zprávě zvláštní zpravodaj vymezil základní determinanty práva na duševní zdraví, včetně vytvoření a udržení nenásilných, respektujících a zdravých vztahů v rodině, komunitách a obecně ve společnosti.[[21]](#footnote-22) V detenci nebo internaci/uvěznění, kde je člověk obklopen personálem, jehož úkolem je omezovat svobodu, je těžké nastolit tento typ vztahů, což ztěžuje plnou a účinnou realizaci práva na duševní zdraví.[[22]](#footnote-23) I v případě ušlechtilého úsilí nastolit silnou kulturu respektu a péče, násilí a ponižování obvykle převáží, což negativně dopad na rozvoj zdravých vztahů.

Zdravotní péče

34. Tak jako na každém jiném místě vyžaduje i v detenčních centrech užívání práva na zdraví, aby zdravotnická zařízení, produkty a služby byly dostupné, přístupné, přijatelné a dobré kvality.

35. I v těch nesrozumitelnějších zdravotních systémech, které v současnosti fungují, mohou strukturální bariéry ztěžovat plnou a účinnou realizaci práva na zdraví. V detenčních a internačních/věznících centrech mohou být často soustředěni lidé v těch nejvíce zranitelných situacích, včetně lidí, kteří jsou zranitelní z medicínského hlediska. Tato centra jsou často charakterizována nelidskými fyzickými a psychosociálními prostředími a nerovnými strukturami moci, které mají své kořeny v rasistické a násilné minulosti. Neoblíbenost a bezmocnost těch, kteří jsou zbaveni osobní svobody a internováni/vězněni, je zbavuje veškerého hlasu a pouze málo obhájců se zasazuje o jejich důstojnost. Tyto faktory formují ekologii zbavení, která výrazným způsobem relativizuje etickou a účinnou organizaci zdravotní péče a její poskytování.

36. Dostupnost služeb z oblasti zdraví v detenčních a internačních/věznících centrech je často relativizována manažerskými rozhodnutími o zadávání veřejných zakázek, zvláště pokud jsou tyto služby segregované z běžné zdravotní infrastruktury. Rozhodnutí neučinit dostupnými některé služby z oblasti zdraví jsou často přijímána trestajícím způsobem orientovanými správami namísto nezávislých aktérů z oblasti duševního zdraví, a hledisko bezpečí a trestání tak zastiňuje otázky týkající se zdraví. V mnoha nízkopříjmových zařízeních schází zdravotním vězeňským systémům nezbytné zdroje pro zajištění poskytnutí základní zdravotní péče.

37. V těchto zařízeních je přístupnost dostupných služeb z oblasti zdraví často závislá na vyjednávání s personálem, jehož úkolem je kontrolovat a omezovat. Mnoha lidem je často odepřen přístup k odpovídajícím zdravotním službám z důvodu trestajících nebo nedbalostních jednání bezpečnostního personálu. To vede k obrovským porušením lidských práv, včetně úmrtí, kterým bylo možné zabránit.

38. Pokud jde o přijatelnost, musí služby v oblasti zdraví: respektovat lidská práva a zdravotní etiku; být kulturně odpovídající, citlivé k genderu a požadavkům vyplývajícím z životního cyklu, mít takovou podobu, která bude respektovat důvěrnost; a posilovat zdravotní status těch, kterým jsou poskytovány. Služby v zařízeních, v nichž dochází k internaci a zbavení svobody, musí být kulturně odpovídající, stejně jako přijatelné pro dospívající, ženy, starší osoby, osoby s postižením, příslušníky původních národů, menšiny a homosexuály, bisexuály, transgender osoby a intersexuální osoby.

39. Pokud jde o kvalitu, musí být využívány postupy a praktiky v oblasti péče o zdraví založené na důkazech, aby podpořily lidi, kteří jsou zbavení osobní svobody anebo jsou internováni/uvěznění, z nichž většina potřebuje, z důvodu své strukturální situace znevýhodnění, významné poskytnutí kvalitní péče zaměřené na fyzické i duševní zdraví. Nicméně poskytování takových služeb často čelí systémovým překážkám. Klima zbavení osobní svobody a kontroly nepříznivě ovlivňuje vztahy, podrývá kvalitu péče v oblasti zdraví. Absence zdrojů, zvláštně v zařízeních s nízkým rozpočtem, dále toto prostředí zhoršuje. Nepřiměřené používání nebo nadměrné předepisování psychotropních léčiv, které je běžné ve vězeních jako prostředek kontroly chování, a využívání samotek, izolace a nucené zdravotní léčby jsou otázky kvality péče a neprosazují a nechrání právo na zdraví. Ve vězeňských zařízeních s větším rozpočtem vyvolávají vážné otázky ohledně kvality kognitivně-behaviorální a jiné behaviorálně zaměřené programy. Takové programy konzervují individualistické přístupy nazírající na páchání trestných činů jako na „abnormalitu“, čímž odvádí pozornost od politického a společenského kontextu, který formuje životy i volby těch, kteří jsou drženi nebo internováni/uvězněni.

Participace

40. Účinná realizace práva na zdraví vyžaduje participaci každého, včetně těch, kteří jsou zbaveni své osobní svobody nebo internováni/uvězněni, nebo těch, kteří jsou nejvíce ohroženi, do rozhodování na úrovni zákonodárné, politické i komunitní, zvláště v oblasti zdravotní péče. Na úrovni obecné populace vyžaduje umožnění každému smysluplně se zapojit do rozhodování o svém právu na zdraví inkluzivní zapojení, včetně těch, kteří jsou aktuálně nebo kteří v minulosti byli zbaveni své osobní svobody nebo internováni/uvězněni, jejich rodin, policie, správců věznic, zdravotnických profesionálů, sociálních pracovníků, reformátorů trestní spravedlnosti a zastánců zrušení uvěznění a širší komunity.

41. Služby v oblasti zdraví v uzavřených zařízeních musí zplnomocňovat jejich uživatele jako držitele práv, kteří mají vykonávat svou autonomii a smysluplně a aktivně se podílet na všech záležitostech, které se jich týkají, a činit svá vlastní rozhodnutí o svém zdraví, a to s odpovídající podporou, bude-li tato nezbytná.

42. Musí být podporována inkluze hlasů těch, kteří jsou přímo dotčeni, navzdory tomu, že tato zůstává komplikovanou z důvodu hluboké nerovné dynamiky moci v oblasti trestní spravedlnosti a zdravotnictví. Odbory vedené vězni, hnutí za hlasovací práva a dokumentační projekty a hnutí uživatelů a těch, kteří přežili působení systémů duševního zdraví, stejně jako inkluzivní zapojení akademické sféry a nevládního sektoru, jsou mocnými prostředky pro prosazování smysluplné participace.

Odpovědnost

43. Odpovědnost za realizaci práva na zdraví vyžaduje tři prvky: monitoring; přezkum, včetně soudního, kvazisoudního přezkumu a přezkumu politickými a správními orgány a sociálními odpovědnostními mechanismy; a nápravy a odškodnění. Odpovědnost je nezbytná, pokud má být právo na zdraví ve vězeních a jiných internačních/věznících zařízeních realizováno v praxi.

44. Navzdory chvályhodnému úsilí několika monitorovacích mechanismů dochází ve vězeních a jiných detenčních a internačních/věznících centrech stále k porušování lidských práv, a to s široce a systematicky rozšířenou beztrestností. Jednotlivci drženi v těchto centrech mají často omezený anebo dokonce žádný přístup k nezávislým odpovědnostním mechanismům, často z toho důvodu, že žádný monitorovací orgán neexistuje. Mechanismy pověřené monitoringem center, v nichž dochází ke zbavení osobní svobody, pouze vzácně berou v potaz strukturální bariéry, jako je nepřiměřená detence lidí v situacích zranitelnosti, včetně zdravotní zranitelnosti, zkušenosti s nerovnými mocenskými strukturami, majícími často své kořeny v rasistické a násilné minulosti, a malý nebo žádný přístup ke kanálům, jejichž prostřednictví by bylo možné šířit své požadavky, včetně požadavků souvisejících se zdravotní péčí.

45. Zvláštní zpravodaj povzbuzuje národní lidskoprávní instituce a národní preventivní mechanismy k tomu, aby věnovaly pozornost těmto strukturálním výzvám. Přístup založený na právu na zdraví může být užitečným nástrojem při výkonu jejich monitorovacích a prosazujících funkcí. Do rozvoje a implementace odpovědnostních uspořádání by měli být zapojeni lidé, kteří byli dříve nebo jsou aktuálně zbavení své osobní svobody nebo internováni/uvězněni, jejich rodiny a občanská společnost.

III. Vztah mezi duševním zdravím a nucenou internací/uvězněním a zbavením osobní svobody

46. Skutečné nebo faktické zbavení osobní svobody má negativní dopady na duševní zdraví, což může vyústit až v porušení práva na zdraví. Umístění na samotce a prodlužované nebo neomezené zadržování, včetně desítek let detence ve vězeních a jiných uzavřených zařízeních, negativně ovlivňuje duševní zdraví a pohodu. Míra špatného duševního zdraví ve vězeních na celém světě dalece překračuje míru v běžné populaci. Být zbaven své osobní svobody je samo o sobě emočně náročná zkušenost, která s sebou nese potenciální vystavení nelidským a přeplněným podmínkám, násilí a zneužívání, oddělení od rodiny a komunity, ztrátu autonomie a kontroly nad denním uspořádáním a prostředí strachu a ponížení a absenci konstruktivních, stimulačních aktivit. Míra sebevražednosti ve vězeních je přinejmenším třikrát vyšší než v běžné populaci.[[23]](#footnote-24)

47. Ačkoliv zde byl nárůst výzkumů z oblasti duševního zdraví ve vězeních, tyto se většinou omezovaly na akademickou psychiatrii a zaměřovaly se na převládající onemocnění a zlepšení služeb po dobu internace/uvěznění. Stále se tak nedostává výzkumů zaměřených na to, jak omezení, která jsou dána samotnou povahou uzavřeného zařízení, zvláště těch trestajících, představuje významné překážky pro poskytování kvalitní zdravotní péče těm, kteří ji nejvíce potřebují.

48. Kromě uznání, že mnoho lidí, kteří jsou v současnosti zbaveni své osobní svobody nebo internováni/uvězněni, by tam nemělo být, dochází k narůstajícímu konsenzu, že vězení nepřispívají k účinné léčbě v oblasti duševního zdraví a že nejsou místem, kam by měli být umísťováni lidé, kteří mají problémy v oblasti duševního zdraví. Tento pohled nicméně vedl k nucené internaci/uvěznění v zařízeních duševního zdraví, často na předem neurčenou dobu, bez smysluplných záruk chránících právo na zdraví a budování prostředí pro uzdravení a zajišťujících ochranu před svévolí. Lidé s mentálním a psychosociálním postižením, kteří jsou v konfliktu se zákonem a kteří jsou posouzeni jako nezpůsobilí formulovat racionální úsudek o svém chování (obhajoba „nepříčetností“) například namísto vězení končí drženi ve vazbě ve zdravotnických nebo bezpečnostních zařízeních.

49. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením v tomto ohledu obsahuje relevantní ustanovení (články 12 a 14). Výbor pro práva osob se zdravotním postižením dovodil, že tato ustanovení zakotvují absolutní zákaz nedobrovolné internace/uvěznění, včetně nedobrovolného umístění lidí s mentálním a psychosociálním postižením do zařízení duševního zdraví pouze na základě skutečného nebo domnělého znevýhodnění, jelikož taková internace/uvěznění s sebou nese odepření způsobilosti dané osoby právně jednat a rozhodovat o péči, léčbě a přijetí do nemocnice nebo zařízení.[[24]](#footnote-25)

50. V souladu s výše uvedenou Úmluvou se uznání způsobilosti právně jednat, a to včetně lidí s mentálním a psychosociálním postižením, uplatňuje na všechny aspekty života, včetně otázek rovného postavení před soudy a tribunály. V tomto ohledu Výbor uznal, že pokud jsou lidi s postižením, včetně lidí s mentálním a psychosociálním postižením, kteří jsou v konfliktu se zákonem, zbaveni své osobní svobody v zákonném a nesvévolném procesu, musí jim být poskytnuty přiměřené úpravy, a to i ve vězení, které jim zajistí jejich důstojnost.[[25]](#footnote-26)

51. Zvláštní zpravodaj si je vědom těchto ustanovení. Opakuje svou předchozí výzvu ke změně paradigmatu na poli duševního zdraví, které opustí zastaralá opatření vyúsťující v nucenou internaci/uvěznění lidí s mentálním a psychosociálním postižením v psychiatrických institucích. Vyzývá státy, mezinárodní organizace a jiné zájmové skupiny, aby vynaložily soustředěné úsilí radikálně snížit užívání institucionalizace v zařízeních duševního zdraví s výhledem na zrušení takových opatření a institucí. Rovně vyzývá státy, aby poskytovaly přiměřené úpravy uvnitř vězení pro lidi se všemi formami postižení, kteří byli zákonně a nesvévolně zbaveni své svobody, a to způsobem, který zachovává jejich důstojnost.

52. Základem pro cestu kupředu je potřeba seriózní diskuze o roli, kterou sehrávají představy o duševním zdraví v propagaci struktur internace/uvěznění, založené na falešné dichotomii, že jednotlivec, který se dostává do konfliktu se zákonem, je buď „špatný“ nebo „šílený“. Lidé v konfliktu se zákonem, včetně těch, kteří mohou mít problémy v oblasti duševního zdraví, nemohou být sníženy na tuto binární kategorizaci. Zvláštní zpravodaj vítá narůstající debatu o subjektivním nálepkování jednotlivců a přirozených rizicích jejich odklonu do nucených zařízení duševního zdraví. Základní součást této debaty musí zahrnovat otázku, jak obhajoba „nepříčetností“ a jiné nástroje trestní spravedlnosti, jako jsou soudy duševního zdraví a bezpečnostní (ochranná) opatření, mohou konzervovat systémová porušení lidských práv ve vězeních a zařízeních duševního zdraví. Mnoho iniciativ poskytujících služby v oblasti duševního zdraví v komunitě, bez donucení nebo internace/uvěznění, se ukázalo být slibnými. Zplnomocňování je základní podmínkou pro zotavení mnoha lidí, kteří bojují s kritickými psychosociálními výzvami. Ke zplnomocnění a zotavení nemůže dojít v uzavřených zařízeních. Mezi uživateli a poskytovateli služeb v oblasti duševního zdraví by měly být posilovány zdravé, terapeutické vztahy založené na vzájemné důvěře.

IV. Děti zbavené své osobní svobody

53. Škála a rozsah utrpení děti v detenci a internaci/uvěznění volá po světovém závazku ke zrušení dětských vězení a velkých péčových institucí společně s rozšířením investic do komunitních služeb.

54. Standardní minimální pravidla pro zacházení s vězni, první obdobná pravidla přijatá na úrovni OSN, úmyslně nepředepisují podmínky a ochranu pro držené děti, protože zakotvují princip, že mladí lidé by neměli být odsuzováni do vězení, který byl zopakován v Pravidlech Nelsona Mandely. Po více než 30 let pravidla OSN ve vztahu k soudnictví ve věcech mládeže vyžadovala, aby děti byly umísťovány do institucí pouze v krajních případech a na nejkratší možnou dobu.[[26]](#footnote-27) Členské státy OSN se dlouho před tím zavázaly k depenalizaci a k přijetí opatření, která nepovedou ke zbavení osobní svobody, a to jak pro děti, tak pro dospělé.[[27]](#footnote-28) Odklánění dětí od kontaktu se systémem trestní spravedlnosti je v současnosti považováno za součást strategie pro ukončení násilí směřujícího proti dětem v zařízeních trestní spravedlnosti.[[28]](#footnote-29) Globální studie od dětech zbavených osobní svobody zadaná generálním tajemníkem bude zahrnovat doporučení pro implementaci této strategie.[[29]](#footnote-30)

55. Mnoho poškozujících charakteristik vězení, o nichž víme, že kritickým způsobem narušují užívání práva na zdraví držených dětí, a to především ve smyslu jejich psychického a emociálního rozvoje, je rovněž patrno ve velkých institucích, jejichž formálním cílem je zajistit blaho dětí, včetně kojeneckých ústavů a vzdělávacích, zdravotních a opatrovnických institucí pro děti s postižením. Trestní instituce jsou navíc využívány pro správní detenci dětí pro politická „protiprávní jednání“, národní bezpečnost a imigrační kontrolu. Jako takové všechny formy detence vážným způsobem kompromitují užívání práva dítěte na zdraví, zdravý rozvoj a na maximální přežití a rozvoj v rozporu s Mezinárodním paktem o hospodářských, sociálních a kulturních právech (čl. 12) a Úmluvou o právech dítěte (čl. 6 a 24).

A. Přehled

56. Neexistují světové statistiky o celkovém počtu dětí, které jsou zbaveny své osobní svobody. Odhaduje se, že kolem jednoho miliónu dětí bylo v detenci v systému trestní spravedlnosti na přelomu milénia; v některých zemích většina z nich teprve čekala na soud. Mnoho bylo drženo z důvodu netrestného chování spojeného s chudobou a diskriminací, které samy o sobě porušují práva dítěte. Nezávislá expertní studie OSN o násilí na dětech shledala, že násilí je rozšířené v trestních institucích.[[30]](#footnote-31)

57. Pravděpodobnost, že člověk bude zadržen jako dítě, je spojena se sociálními determinantami zdraví.[[31]](#footnote-32) Chudoba, sociální vyloučení, militarizované školské systémy, gender, etnicita a postižení, to jsou vše faktory spojené se ztrátou svobody v dětství. Děti z ekonomicky a sociálně znevýhodněných komunit, včetně těch, které jsou příslušníky etnických menšin a domorodého obyvatelstva, stejně jako těch, kteří jsou v péčových systémech, jsou nepřiměřeně zbavovány své osobní svobody. Děti s postižením mají větší pravděpodobnost, že budou drženy v institucích a že budou trpět otřesným násilím, často pod hlavičkou „léčby”.[[32]](#footnote-33) Rozšířené investice do řešení těchto podtrhujících determinant zdraví není pouze závazkem postupné realizace práva na zdraví, ale rovněž slibnou strategií pro předcházení uvěznění z dlouhodobého hlediska.

58. Zvláštní zpravodaj byl svědkem toho, jak děti s postižením vyrůstají zcela v rámci nucených internací/uvěznění ve velkých institucích, případně jsou přesouvány do sociálních opatrovnických institucí pro dospělé. Ačkoliv byly vytvářeny s dobrými úmysly, tyto paternalistické modely nejsou v souladu s rozličnými ustanoveními chránícími práva dětí, včetně jejich práva na zdravý rozvoj. Toto smutné dědictví začíná na počátku života v kojeneckých ústavech, charakterizovaných emocionálním zanedbáváním, které je samo o sobě formou institucionálního násilí. Zvláštní zpravodaj opětovně zdůrazňuje svou předchozí výzvu plně zrušit ústavní péči o děti mladší 5 let a nahradit ji srozumitelnými systémem rodinné podpory.[[33]](#footnote-34) Toto jediné opatření, pokud bude vzato vážně, může zachránit milióny před zbavením jejich osobní svobody.

59. Ačkoliv Úmluva o právech dítěte nevylučuje detenci dětí, zakotvuje nejsilnější záruky proti ní (čl. 37 (b)). Děti mohou být zadržovány pouze v krajních případech. Tento standard nemá být využíván zpětně k ospravedlnění existujících struktur. Namísto toho je povinností vyčerpat všechny strategie na makroúrovni a všechny jiné intervence na mikroúrovni.

B. Trestní instituce

60. Trestní instituce byly vytvořeny primárně pro dospělé. V nejlepším případě jsou pro děti určena oddělená zařízení, avšak tato jsou stále namodelovaná podle vězení pro dospělé. Vězení je jedna z několika forem imigrační detence, využívaná napříč světem. Základní právo dítěte na péči a ochranu nemůže být nikdy realizováno v trestních institucích.[[34]](#footnote-35)

61. Děti jsou internovány/uvězněny v celách, na odděleních, na chodbách, cvičebních dvorech a návštěvních prostorách po týdny, měsíce nebo i roky. Dětství je jedinečně vzácným časem pro rozvoj mladého člověka; v trestních zařízeních jsou čerstvý vzduch, okna a příležitosti ke hře, cvičení a objevování vnějšího světa striktně omezeny, pokud jsou vůbec k dispozici. Nedostatek výživově hodnotného a zdravého jídla bere dětem energii; ve špatných podmínkách se šíří infekce a choroby. Pro děti v imigrační detenci se jejich propuštění ze zajetí před jejich deportací rovná ztrátě místa, které nazývají domovem a lidí spojených s tímto místem. Převozy s eskortou z instituce do letadla krade dětem jakoukoli poslední možnost se rozloučit.

62. Dopad trestních institucí dosahuje daleko za zkrácení fyzické svobody dítěte; jeho duševní pohoda a potenciál psychického a kognitivního růstu jsou všechny hluboce a negativně zasaženy. Důkazy získané výzkumy ukazují, že imigrační detence zhoršuje u dětí jejich předchozí trauma. Pro některé je to nejhorší zkušenost jejich životů.[[35]](#footnote-36)

63. Dospívání je kritickým obdobím kognitivního a emociálního rozvoje, ovlivňujícího celou dospělost. Zvláštní zpravodaj zůstává hluboce znepokojen tím, jak trestající reakce na násilí dospívajících ovlivňují zdraví dospívajících a jejich rozvoj.[[36]](#footnote-37) Došlo k nárůstu kriminalizace a uvěznění, a to navzdory důkazům, že přístupy založené na veřejném zdraví dosahují lepších výsledků.[[37]](#footnote-38) V reálu děti, které jsou drženy v trestajících institucích, a to i pro akty násilí, jsou děti, u nichž nebyly naplněny jejich potřeby a práva v raném dětství. Mezinárodní právo lidských práv vyžaduje zacházet s dítětem v souladu s jeho věkem a nejlepšími zájmy.[[38]](#footnote-39) Zajištění plného a harmonického rozvoje dětí ve společnosti, od raného dětství po dospívání, je klíčovou strategií pro prevenci protiprávní činnosti mládeže.[[39]](#footnote-40)

64. Od okamžiku, kdy vstoupila v účinnost Úmluva o právech dítěte, výzkumy z oblasti neurovědy ukázaly, že mozek dospívajících se stále rozvíjí mnoha kritickými způsoby. To vyvolává významné otázky ohledně zdůvodnění trestajících, uzavřených prostředí a metod kontroly.[[40]](#footnote-41) Tělesné tresty, ponížení, donucení a odepření podporujícího prostředí, které může zajistit zdravé, nenásilné vztahy a fyzický komfort, nemohou nikdy vyvolat pozitivní, dlouhodobou změnu v chování dítěte.[[41]](#footnote-42)

65. Mnoho dětí je drženo z důvodu uvěznění své matky, když je vyhodnoceno, že je v jejich nejlepším zájmu zůstat se svou matkou. Zvláštní zpravodaj je toho názoru, že toto je příliš omezená úvaha jako posouzení nejlepšího zájmu. Státy musí vážit společenské zájmy na trestání žen prostřednictvím uvěznění, z důvodu nejčastěji nenásilných trestných činů, s nejlepšími zájmy dítěte a závazky zakotvenými v článku 37 (b) Úmluvy o právech dítěte. Tento závazek vyžaduje implementaci všech možných prostředků, které by vylučovaly detenci dítěte, včetně alternativních modelů a opatření pro matky.

66. Umísťování dětí na samotku a ponižující podmínky detence byly popsány jako psychické násilí.[[42]](#footnote-43) Mnoho dalších denních forem „organizovaného zraňování”[[43]](#footnote-44) je konzervováno o nic méně zhoubnými prostředky. Kreativita, komunikace, spánek, probouzení se, hraní, učení, odpočívání, socializace a vztahy dětí jsou v detenci nuceně kontrolovány a překročení hranic je trestáno, zatímco ti, kteří tyto tresty vykonávají, požívají beztrestnosti.

67. Denní deprivace jsou často doprovázeny behaviorálními intervencemi, jejichž cílem je „léčit“ a „napravovat“. Takové „léčebné“ přístupy dále pevně zakotvují myšlenku problémového dítěte, „které potřebuje napravit“, a ignorují, že změny je potřeba učinit ve vztahu k právu na determinanty zdraví, jako jsou nerovnosti, chudoba, násilí a diskriminace, a to zvláště mezi skupinami ve zranitelných situacích. To pak vede k tomu, že děti žijí v nucené internaci/uvěznění a prohlubuje jejich potíže. Takové přehnaně zjednodušující strategie nejsou v souladu s právem na zdraví.

68. Mechanismy, jimiž se vystresované a zoufalé děti snaží vyrovnat [se svým umístěním do uzavřeného zařízení] a které zahrnují fyzické napadání mezi sebou i jiných, jsou společností a soudními i opatrovnickými systémy vnímány jako jednání, která jsou sebepoškozující, antisociální a/nebo násilná. Újma, kterou způsobují samy instituce, zůstává příliš často neuznaná.

69. Nemůže být žádných pochyb ohledně závěru, že držení dětí je forma násilí. Úmluva o právech dítěte zakazuje využívání detence jako výchozí strategie. Hledíce kupředu, musí strategie založena na právech dítěte ještě více posílit předpoklady proti detenci dětí s výhledem směřujícím k jejímu zrušení.

V. Ženy, právo na zdraví a internace/uvěznění

70. Ženy představují malou menšinu (7 procent) světové vězeňské populace, avšak počet uvězněných žen narůstá, a to rychlejším tempem, než počet uvězněných mužů.[[44]](#footnote-45) Počet žen a mladých dívek, které jsou drženy v zařízeních mimo systém trestní spravedlnosti celosvětově, není znám. Většina z nich jsou prvopachatelkami, jsou podezřelé nebo obviněné z drobnějšího, nenásilného trestného činu, pro veřejnost nepředstavují žádné nebezpeční a pravděpodobně by ani neměly být vůbec ve vězení.[[45]](#footnote-46) Meteorický nárůst žen v detenčních režimech za posledních dvacet let paradoxně zviditelnil genderově zaměřené reformy, které však přinesly pouze omezená zlepšení, pokud jde o utrpení držených žen a nárůst jejich počtu.[[46]](#footnote-47)

71. Utrpení zažívané ženami, které jsou uvězněny nebo nedobrovolně internovány, a s ním související negativní dopad na užívání práva na zdraví je chápáno jako výrazně větší než utrpení zažívané muži. Síla a autorita ve vězeních a na jiných místech detence a uvěznění/internace, jako jsou velké psychiatrické instituce, vycházejí z historicky patriarchálních, hypermaskulinních podmínek trestu a kontroly.[[47]](#footnote-48) Přijatelnost takových prostředí pro realizaci práva na zdraví a pro blaho žen je proto diskutabilní.

72. Způsob, kterým jsou ženy skutečně či fakticky zbavovány své osobní svobody, vychází ze strukturálních nerovností a diskriminace, poškozujících genderových stereotypů a hlubokého znevýhodnění, které vede k tomu, že nejsou zabezpečena jejich práva na sociální a základní determinanty zdraví, autonomii v oblasti reprodukce, prostředí svobodné od genderově motivovaného násilí a na služby a podporu v běžné společnosti. Jakmile se jednou ženy ocitnou uvnitř, zakládá předsudečné a náročné prostředí detence bezprostřední a dlouhodobé ohrožení jejich zdraví, opakuje v minulosti zažité násilí a trauma a podrývá možnost plné a účinné realizace práva na zdraví jak samotnými ženami, tak i jejich děti, které jsou na nich závislé, a jejich rodinami, které zůstávají mimo detenci.

A. Zaměření se na genderové cesty vedoucí k uvěznění

73. Studie v několika zemích prokázaly, že uvězňování žen souvisí s násilím, sexuálním, fyzickým a emocionálním zneužíváním a ekonomickou závislostí. Mnoho žen ve vězeních jsou matkami a primárními, ne-li jedinými, pečovatelkami svých dětí nebo dalších rodinných příslušníků. V mnoha zemích vede odsouzení žen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody k uvěznění jejich novorozených dětí nebo dětí nízkého věku. Děti, které zůstávají mimo detenci, mají se svými matkami omezený kontakt a často zápasí o přežití, žijí navázány na ulici, v institucích, v pěstounské péči nebo se svými příbuznými.[[48]](#footnote-49)

74. V některých zemích čelí těhotné ženy, které užívají drogy, včetně zákonně předepsaných léků, občanskoprávní nebo trestněprávní detenci, která trvá značnou dobu, někdy i po celou dobu těhotenství. To má diskriminační dopad na ženy s postižením, které i v průběhu těhotenství berou předepsané léky.[[49]](#footnote-50) V mnoha zemích jsou ženy uvězňovány pro „mravní trestné činy“, jako je cizoložství nebo mimomanželské vztahy, nebo z důvodu jejich ochrany před genderově motivovaným násilím („trestné činy za účelem zachování cti“).[[50]](#footnote-51)

75. Trestněprávní zákony a zákonná ustanovení, která omezují přístup k produktům, službám a informacím z oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví, rovněž přispívají k věznění žen.[[51]](#footnote-52) V některých státech je kriminalizováno šíření informací o předcházení nebo přerušení těhotenství, nebo materiálů, u nichž se má za to, že odporují „mravnosti“ nebo „počestnosti“, a to tresty pohybujícími se od pokut po uvěznění. Trestní zákony jsou rovněž využívány pro trestní stíhání žen z důvodu jiných chování, včetně neplnění pokynů lékaře během těhotenství, nezdržení se pohlavního styku, nebo zatajení porodu.[[52]](#footnote-53) Tam, kde jsou nezákonné potraty, jsou ženy uvězňovány za to, že se snažily domoci potratu a záchranných služeb pro komplikace související s těhotenstvím, včetně těch souvisejících s přirozenými potraty. Strach z trestního postihu pro „napomáhání nebo podněcování“ potratu může vést poskytovatele zdravotní péče k tomu, že budou veřejným orgánům oznamovat případy lidí, kteří trpí komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím.[[53]](#footnote-54)

76. Podstatný podíl žen ve vězeních je uvězněn pro nenásilné, drobné drogové trestné činy: mezi 40 a 80 procenty v některých zemích na americkém kontinentu, v Evropě a Asii.[[54]](#footnote-55) Ačkoliv zapojeni do obchodu s drogami je pravděpodobnější u mužů než u žen, pro trestné činy související s drogami je uvězněn výrazně větší podíl žen než mužů.[[55]](#footnote-56)

77. V mnoha zemích je podíl žen držených v předsoudní detenci rovný nebo větší než podíl odsouzených a uvězněných žen.[[56]](#footnote-57) To posiluje zranitelnost, pokud jde o sexuální zneužívání a jiné formy donucení, které mohou být využívány za účelem získání doznání[[57]](#footnote-58), k čemuž přistupuje sociální diskriminace na základě rasy, postižení, cizí státní příslušnosti nebo jiné situace.

78. Stěžejní pro ochranu práva na zdraví je uchránit ženy před systémem trestní spravedlnosti například odstoupením od zákonů kriminalizujících přístup k službám v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a informace o nich, dobrovolný pohlavní styk dospělých, „mravnost“ a drobných drogových trestných činů.

B. Podmínky uvěznění

79. Jakmile jsou ženy jednou uvězněny, často čelí diskriminaci z důvodu pohlaví a/nebo postižení a jsou vystaveny zacházení a podmínkám, které zrcadlí násilí a zneužívání, které většina z nich zažila před tím, než byla uvězněna. V řadě zemí jsou ženy umísťovány do zařízení na takovém stupni zabezpečení, který neodpovídá posouzení rizika při přijetí, a to z důvodu omezených kapacit dostupných pro vězněné ženy.[[58]](#footnote-59) Nedostatek zdravotních služeb nebo služeb v oblasti duševního zdraví rovněž může vyúsťovat v to, že ženy jsou umísťovány do více zabezpečených zařízení, než která by jim jinak byla indikována.[[59]](#footnote-60) Situace je tím horší pro ženy s postižením, jelikož je zde nedostatek zařízení, do kterých by mohly být umístěny, a ještě horší je pro ženy s psychosociálním nebo mentálním postižením, jejichž skutečné nebo domnělé znevýhodnění je často použito jako důvod pro vyšší úroveň zabezpečení.[[60]](#footnote-61)

80. Stejně jako jejich mužské protějšky ženy ve vězeních opakovaně zažívají přeplněnost, násilí a nehygienické podmínky, které poškozují jejich duševní i psychické zdraví a vedou k šíření onemocnění. Často dochází k tomu, že jen málo nebo vůbec žádná pozornost není věnována specifickým potřebám žen v oblasti zdravotní péče, jako jsou ty potřeby, které souvisí s menstruací, těhotenstvím a porodem, menopauzou a sexuálním a reprodukčním zdravím.[[61]](#footnote-62) Nedostatek genderově specifické zdravotní péče ve vězeních, včetně nedostatku specializovaných porodnických a reprodukčních zdravotních služeb, nedostatečné zacházení ze strany personálu, zdravotní zanedbání a odepření léčiv, nedostatek soukromí pro zdravotní prohlídky a mlčenlivosti, a diskriminace v otázce přístupu ke službám harm reduction může vyústit ve špatné zacházení nebo v některých případech v mučení,[[62]](#footnote-63) a vyúsťuje v porušení práva na zdraví.

81. Mezinárodní standardy vyžadují „zvláštní úpravy pro veškerou nezbytnou prenatální a postnatální péči a léčbu“ ve vězeních pro ženy,[[63]](#footnote-64) jakož i to, že mj. těhotným ženám a kojícím matkám bude poskytnuta „odpovídající a včasná strava“ a zdravé prostředí, a to bezplatně.[[64]](#footnote-65) Prenatální péče nicméně v mnoha vězeních není dostatečná, anebo neexistuje vůbec, a to i tam, kde je široce dostupná běžné populaci, výživa je pod standardem.[[65]](#footnote-66) Jsou zprávy o tom, že ve vězeních a imigračních centrech, došlo ke špatnému zacházení s ženami během porodu Tresty v podobě umístění na samotku a disciplinární segregace by neměly být uplatňovány ve vztahu k těhotným ženám, ženám s novorozenci a kojícím matkám.[[66]](#footnote-67)

C. Ženy s postižením

82. Ženy s postižením, zvláště psychosociálním postižením, jsou nepřiměřeně zastoupeny ve vězeních, a to jak ve srovnání s obecnou populací, tak ve srovnání s mužskými vězni.[[67]](#footnote-68) Uzavření psychiatrických institucí a nedostatek odpovídajícího bydlení, služeb v oblasti duševního zdraví a sociálních služeb přispěly k nárůstu populace žen s psychosociálním postižením ve vězeních.[[68]](#footnote-69) Medikalizace chování žen a konstrukt žen v konfliktu se zákonem jako „šílených“, „iracionálních“ a „potřebujících nápravu“ přispěly k tomu, že ženy ve vězeních byly označeny jako ženy, které mají duševní problémy, tam, kde by se to u mužů nestalo, a tím i k nadměrnému předepisování psychotropních léčiv pro ženy, které trpěly normální úrovní úzkosti, která je v detenci běžná.

83. Mnoho vězení selhalo při poskytování přiměřených úprav lidem s postižením, což mělo vážné dopady na užívání jejich práva na zdraví a v některých případech mohlo též porušovat zákaz mučení a špatného zacházení.[[69]](#footnote-70) Špatné zařazení žen s mentálním nebo psychosociálním postižením do kategorií s vyšším rizikem rovněž snižuje jejich šance brzkého propuštění, což zhoršuje jejich stávající stav v oblasti duševního zdraví.

84. Příběh toho, jak ženy končí skutečně nebo fakticky zbaveny své osobní svobody, a vysoká míra násilí a utrpení, které zažívají uvnitř detenčních zařízení, jsou úzce spojeny se selháním respektovat, chránit a naplňovat jejich právo na zdraví. Genderově odpovídající reformy se účinným způsobem nezaměřily na tyto výzvy, které nepřiměřeně dopadají na ženy ve zranitelných, znevýhodněných a marginalizovaných situacích.

VI. Od uvěznění do běžné společnosti: ukončení detence z důvodu ochrany veřejného zdraví

85. Internace/uvěznění dlouho představovala/o strategii v oblasti veřejného zdraví, jak zastavit šíření infekčních nemoc a virů, včetně malomocenství, HIV a tuberkulózy. Rozličné právní rámce, včetně národních zákonů z oblasti duševního zdraví, legitimizují nucenou internaci/uvěznění, založenou na širokých a subjektivních důvodech, včetně zdravotní nezbytnosti a nebezpečnosti. Rutinní a v některých případech narůstající internace/uvěznění je politickým nástrojem volby, jak se vyrovnat s komplexními společenskými otázkami a otázkami z oblasti veřejného zdraví. Rozpracovány s vizí těch nejhorších scénářů, které se derou na mysl, mají politiky i praxe běžně zásadní dopad na skupiny v marginalizovaných situacích, které zachycují v režimech trestní detence nebo detence z důvodu ochrany veřejného zdraví na základě jejich zdravotního stavu. K tomu dochází navzdory narůstajícímu množství důkazů, že lepší výsledky pro zdraví těchto skupin a pro komunity, ve kterých žijí, má zdravotní péče a podpora, která je poskytovaná v komunitních zařízeních. Detence z důvodu ochrany veřejného zdraví je v našem rychle se měnícím globálním světě předmětem aktuální a důležité debaty. Ve světle nadcházejícího setkání na vysoké úrovni k boji proti tuberkulóze, které bude uspořádáno v souladu s rezolucí Valného shromáždění 71/159, se zvláštní zpravodaj v této kapitole zaměří na ilustrativní příklad tuberkulózy.

86. Pouze málo populací je vystaveno více rizikovým faktorům tuberkulózy než lidé, kteří jsou zbaveni své osobní svobody, a to z důvodu faktorů pohybujících se od špatné výživy a nehygienické podmínky ke špatné zdravotní péči. Míra výskytu ve vězení je 3 až 1 000 krát vyšší, než mezi obecnou populací; v některých zemích vězeňské populace dosahuje 25 procent tuberkulózní zátěže.[[70]](#footnote-71)

87. Porušení práv přispívající k šíření tuberkulózy je důsledkem nejen podmínek detence, nýbrž rovněž trestajících reakcí na toto a jiná infekční onemocnění, včetně kriminalizace, izolace, donucení a nucené hospitalizace. Příliš často jsou dnešní přístupy k tuberkulóze tak zastaralé, jako onemocnění samo, a schází jim moderní, na komunitním základě založený přístup k zabezpečení práva na zdraví a lepšímu vyrovnávání se s nemocí. Realizace práva na zdraví vyžaduje plný závazek k rozvoji opatření reagujících na tuberkulózu v běžné společnosti, směřující k plné eliminaci využívání trestajících opatření, včetně internace/uvěznění jako reakce.

A. Kriminalizace jako determinanta práva na zdraví lidí žijících s tuberkulózou

88. Přístupy založené a internaci/uvěznění a detenci nejen brání realizaci práva na zdraví, informovaný souhlas, soukromí a svobodu od léčby, od nelidského a ponižujícího zacházení a svobody pohybu, nýbrž rovněž prohlubují sociální nerovnosti a vedou k paradoxnímu nárůstu výskytu tuberkulózy.[[71]](#footnote-72)

89. V několika zemích dovolují národní zákony povinnou hospitalizaci a nucenou léčbu lidí s tuberkulózou, v rozporu s právem na informovaný souhlas, čímž posilují strach a stigmatizaci jak samotného onemocnění, tak lidí, kteří jím trpí. To lidi se symptomy tuberkulózy žene pryč od zdravotní péče, kterou potřebují. Některé zákony výslovně stanoví, že vyšetření, hospitalizace a pozorování mohou být vykonána, izolace vnucena a zdravotní léčba poskytnuta bez souhlasu, v některých případech i bez soudního příkazu. Některé země mají specifické zákony o tuberkulóze, které obsahují stigmatizující jazyk, podezřívající například, že lidé s tímto onemocněním, se zlomyslně vyhýbají léčbě, a opravňují přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci. Takové právní rámce odrážejí překonané přístupy ke zdravotní péči, včetně přístupů, které vyúsťují v takové financování zdravotnických zařízení, které je závislé na počtu obsazených lůžek.

90. Lidé, kteří jsou zbaveni osobní svobody, neúměrně pocházejí ze skupin, které se nacházejí ve znevýhodněných situacích, které často nemají odpovídající přístup ke službám v oblasti zdraví. Jejich umístění do uzavřených zařízení zvyšuje riziko, že nebudou mít přístup ke zdravotní péči, a může tak vést k šíření tuberkulózy tam, kde podmínky ve vězení, včetně přeplněnosti, špatně ventilovaných prostor, neodpovídající prevence, zdravotní péče a léčby stresu, špatné výživy a odepření harm reduction služeb, zvyšuje riziko infekce a přenosu,[[72]](#footnote-73) stejně jako vysoká míra HIV ve vězeních.[[73]](#footnote-74) L idé v detenci často nemají odpovídající přístup k poradenství a informacím o léčivech a vedlejších účincích léčby. Nedostatek přístupu ke kvalitním diagnostickým nástrojům a léčivům dále přispívá k tomu, že vězení fungují jako inkubátory tuberkulózy, s tak málo, jako je 18 procent vězňů, v zemích s vysokou zátěží tuberkulózy, kteří mají přístup k takovým nástrojům.[[74]](#footnote-75)

91. Nadměrné využívání hospitalizace, v některých případech v nemocnicích, jejichž podmínky se podobají vězením pro multirezistentní (MDR) a extenzivně rezistentní (XDR) tuberkulózy, je rovněž otázkou vyvolávající znepokojení. Mnoho zemí se uchyluje k izolaci zvláště v kontextu těchto rezistentních kmenů tuberkulózy. To vyúsťuje ve strach a nedůvěru v systém veřejného zdraví a neodpovídající podporu realizace práva na zdraví lidí s tuberkulózou. Prolongovaná izolace, využívaná na dlouhou léčbu takové rezistentní tuberkulózy, se rovněž ukázala jako budící pocity strachu, vzteku, sebeobviňování, deprese a sebevraždy; stejná zjištění byla získána i mezi uvězněnými lidmi.[[75]](#footnote-76) Toto není překvapivé, jelikož lidé s onemocněním vnímají prolongovanou izolaci jako uvěznění.

B. Péče založená na komunitním základě a tuberkulóza

92. WHO uznává, že péče založená na komunitním základě může dosáhnout srovnatelných výsledků s výsledky hospitalizace a může vyúsťovat ve snížení nozokomiálního šíření tuberkulózy, a zdůrazňuje, že péče založená na komunitním základě by měla být vždy zvažována před tím, než dojde k izolaci.[[76]](#footnote-77) Nucená izolace je neetická a není v souladu s právem na zdraví.

93. Navzdory důkazům a etickým a na právech založeným úvahám umožňují některé trestní zákony internaci/uvěznění a trestající praktiky jako součást národních opatření reagujících na tuberkulózu. Jakkoli tyto mohou být považovány za opatření „na ochranu veřejného zdraví“, jejichž cílem je zastavit šíření onemocnění, nesou s sebou vážná porušení lidských práv a dále poškozují veřejné zdraví, jelikož podrývají úsilí se účinným způsobem s onemocněním vyrovnat. Spíše než spoléhat se silně na internaci/uvěznění volá přístup založený na právech po rozvoji komunitních možností v oblasti zdravotní péče, dobře vybavených zdroji, které budou zajištovat, že lidé s tuberkulózou budou mít odpovídající informace, výživovou podporu a příjmovou i jinou podporu v době, kdy budou podstupovat léčbu, a/nebo že výsledky prokazující tuberkulózu nepovedou ke ztrátě zaměstnání. Jakkoli poddimenzované, co se týče zdrojů, prokázaly malé, inovativní, na komunitním základě založené modely léčby, že jsou extrémně účinné, s vysokým počtem dokončení léčby a mírou vyléčení.[[77]](#footnote-78)

94. Internace/uvěznění jako reakce na tuberkulózu zvyšuje stigmatizaci lidí s tímto onemocněním a ty, kteří jsou nejvíce ohrožení, vede do „podzemí“ a pryč od zdravotní péče. Internováním/vězněním jsou lidé s tuberkulózou nejen že více ohroženi umístěním do zařízení, která jsou často charakterizována neodpovídajícím přístupem k léčbě a podpoře, nýbrž se rovněž posiluje šíření onemocnění v těchto zařízeních. Zvláště odstrašujícím příkladem bylo, když uvěznění bylo využíváno k izolaci lidí s tuberkulózou, a to jako trest pro nepodrobení se léčbě, ačkoliv prvotní příčinou jejich nepodrobení bylo porušení jejich práva na zdraví. Internace/uvěznění nepřípadně klade břímě léčby tuberkulózy na péče na daného člověka, čímž účinně izoluje a kriminalizuje ty, kteří jsou nemocní, namísto toho, aby jim byla poskytnuta nezbytná zdravotní péče a podpora pro ukončení léčby. Tyto praktiky musí být ukončeny.

VII. Závěry a doporučení

95. Zbavení osobní svobody a internace/uvěznění, pokud jsou využívány jako rozšířené formy řešení rozličných sociálních a často netrestních otázek, vytvářejí prostředí, které poškozuje užívání práva na fyzické i duševní zdraví. Jakkoli je realita taková, že v některých případech může být uvěznění vždy důvodné, není přijatelné, aby v jednadvacátém století byly detence a internace/uvěznění stále běžně využívány v reakci na drobné delikty, nebo jako opatření na ochranu veřejného zdraví.

96. Není přijatelné, aby státy stále využívaly detenci a internaci/uvěznění jako preferované nástroje při prosazování veřejné bezpečnosti, „mravnosti“ a veřejného zdraví, čímž způsobují více škody než užitku z hlediska společenské spravedlnosti, veřejného zdraví a realizace práva na fyzické a duševní zdraví.

97. Cíl Udržitelného rozvoje 3 o zajištění zdravých životů a prosazování blaha pro všechny všech věků nebude dosažen, pokud světové společenství bude zanedbávat otázku vážným způsobem se vyrovnat s využíváním detence a internace/uvěznění jako součásti politiky veřejného zdraví a pokud nebude prioritizovat rozvoj účinných alternativ. Toto si zachovává svůj význam ve všech stádiích života, počínaje raným dětstvím, přes dospívání a mládí po poskytnutí příležitostí pro zdravé a důstojné stárnutí v zařízeních založených na komunitním základě.

98. **Zvláštní zpravodaj naléhavě vyzývá státy, aby:**

**(a) plně se plně řídily a implementovaly Pravidla Nelsona Mandely, zvláštně pokud jde o poskytování zdravotní péče ve vězeních;**

**(b) redistribuovaly zdroje, které jsou v současnosti vynakládány na podporu detence a internace/uvěznění z důvodu veřejné bezpečnosti a veřejného zdraví, směrem k posílení systémů veřejného zdraví, které budou zahrnovat bezpečné a podporující školy, programy na podporu zdravých vztahů, přístup k příležitostem rozvoje a prostředí prosté násilí;**

**(c) vytvořily opatření, která se budou zaměřovat, na nediskriminačním základě, překážkami, kterým čelí lidé ve vězeních a jiných zařízení detence a internace/uvěznění při získávání přístupu ke zdravotní péči, se zvláštním důrazem na ženy, děti, uživatele drog, lidi s postižením a lidi s tuberkulózou;**

**(d) posílily zařízení fungující na komunitním základě, které budou zplnomocňovat a podporovat zotavení a zdravé vztahy, a to při radikálním omezení a postupné eliminaci nedobrovolných opatření a institucionalizace v zařízeních zdravotní péče;**

**(e) účinně poskytovaly přiměřené úpravy uvězněným lidem s postižením, zvláště těm, kteří mají psychosociální nebo mentální postižení;**

**(f) implementovaly národní strategie směřující k depenalizaci a opatřením, která nejsou založena na zbavení osobní svobody, pro děti v konfliktu se zákonem, nebo pro děti, které již byly uvězněny;**

**(g) plně eliminovaly ústavní péči o děti mladší 5 let a nahradily ji srozumitelným systémem rodinné podpory;**

**(h) rozšířily investice do deinstitucionalizace dětí všech věků, které jsou internovány/uvězněny ze zdravotních nebo sociálně-opatrovnických důvodů ve velkých institucích, jako jsou kojenecké ústavy a uzavřená zařízení sociální péče nebo duševního zdraví, a to zvláště dětí ze zranitelných skupin, včetně etnických menšin a domorodého obyvatelstva a děti s postižením;**

**(i) implementovaly politiky a specifická opatření, která by se vyvarovala všem způsobům detence dětí, včetně rozvoje alternativních modelů a opatření pro uvězněné matky;**

**(j) odvolaly zákony kriminalizující přístup ke službám v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a informací o nich, a to včetně předcházení a ukončení těhotenství a dobrovolného pohlavního styku mezi dospělými;**

**(k) účinným způsobem poskytly zvláštní ubytování pro prenatální a postnatální péči a léčbu ve vězeních a detenčních centrech, společně s odpovídající a včasnou stravou a zdravým prostředím, a to bezplatně, pro těhotné ženy a kojící matky, v souladu s Bangkokskými pravidly;**

**(l) ukončily kriminalizaci, věznění a internaci/uvězňování lidí s tuberkulózou jako opatření na ochranu veřejného zdraví a rozvinuly služby založené na komunitním základě, aby zajistily přístup k odpovídajícím informacím, nutriční podpoře a příjmu;**

**(m) implementovaly opatření, která by zplnomocňovaly držené a internované/uvězněné lidi, zaměřená na možnost smysluplně vykonávat svou autonomii a participovat při přijímání rozhodnutí týkající se zdravotní péče, a to s odpovídající podporou a úpravami tam, kde je to nezbytné;**

**(n) prosazovaly participaci dříve nebo současně držených a internovaných/vězněných lidí a jejich rodin a občanské společnosti na nastavování odpovědnostního uspořádání, při rozvoji strategií v rámci národních institucí na ochranu a prosazování lidských práv a národních preventivních mechanismů pro inkluzi přístupu založeném na právu na zdraví při výkonu jejich monitorovacích a prosazujících funkcí.**

**99. Zvláštní zpravodaj vyzývá mezinárodní společenství k rozšíření podpory pro intervence založené na komunitním základě, které budou účinně chránit jednotlivce před diskriminační, svévolnou, nadměrnou nebo nepřípadnou (nevhodnou) internací/uvězněním.**

**100. Zvláštní zpravodaj naléhavě vyzývá další relevantní zájmové skupiny, aby zahrnuly do debat o duševním zdraví otázku obhajoby „nepříčetností“, jakož i další nástroje trestní spravedlnosti, jako jsou soudy duševního zdraví a bezpečnostní opatření (ochranná opatření), a uvážily, jak tato mohou posilovat systémová lidskoprávní selhání ve vězeních a zařízeních duševního zdraví.**

1. Viz Výbor pro lidská práva, Obecný komentář č. 35 (2014) o osobní svobodě a bezpečnosti, odst. 3, 5–6 a 10–14; viz rovněž E/CN.4/2005/6, para. 54. [↑](#footnote-ref-2)
2. Viz Výbor pro odstranění všech forem diskriminace žen, Obecné doporučení č. 24 (1999) o ženách a zdraví, odst. 2, 8, 22, 26 a 31. [↑](#footnote-ref-3)
3. Viz A/HRC/30/37, odst. 9. [↑](#footnote-ref-4)
4. Roy Walmsley, World Prison Population List, 11. vydání. (World Prison Brief and Institute for Criminal Policy Research). [↑](#footnote-ref-5)
5. Více k Agendě 2030 v kontextu práva na zdraví viz A/71/304. [↑](#footnote-ref-6)
6. Viz například Světová zdravotnická organizace, *World Report on Violence and Health* (2002). [↑](#footnote-ref-7)
7. Viz např. Rezoluce Rady pro lidská práva 36/13. [↑](#footnote-ref-8)
8. Rozvojový program OSN, *Reflections on Drug Policy and Its Impact on Human Development: Innovative Approaches* (2016). [↑](#footnote-ref-9)
9. Například Deklarace z Doha o integrování prevence criminality a trestní spravedlnosti do Širší agendy OSN zaměřující se na sociální a hospodářské výzvy a na prosazování vlády práva na národní i mezinárodní úrovni a zapojení veřejnosti. [↑](#footnote-ref-10)
10. Viz A/65/255; A/HRC/32/32; společné prohlášení subjektů OSN k nuceným drogovým detenčním a rehabilitačním centrům, vydáno v květnu 2012, dostupné z: [www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310\_Joint\_Statement6March12FINAL\_En.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf); společné prohlášen OSN k ukončení diskriminace v zařízeních zdravotní péče, vydané v červenci 2017, dostupné z: www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/ending-discrimination-healthcare-settings\_en.pdf; “Tackling the world drug problem: UN experts urge States to adopt human rights approach”, tisková zpráva, dostupná z: www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID= 19833&LangID=E. [↑](#footnote-ref-11)
11. Bruce Western a Becky Pettit, “Incarceration & social inequality”, *Daedalus* (léto 2010). [↑](#footnote-ref-12)
12. Dora M. Dumont a další, “Public health and the epidemic of incarceration”, *Annual Review of Public Health*, vol. 33 (duben 2012), a Ernest Drucker, *A Plague of Prisons: The Epidemiology of Mass Incarceration in America* (New York, New Press, 2013). [↑](#footnote-ref-13)
13. Viz například společné naléhavé podání (urgent appeal) ze dne 28. listopadu 2016 adresované Stálé misi OSN pro Jižní Afriku a dalším mezinárodním organizacím v Ženevě. Dostupné z: https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=22868. [↑](#footnote-ref-14)
14. Tomas Max Martin, Andrew M. Jefferson and Mahuya Bandyopadhyay, “Sensing prison climates: governance, survival and transition”, *Focaal*, č. 68 (2014). [↑](#footnote-ref-15)
15. Viz Obecný komentář č. 14 (2000) o právu a nejvýše dosažitelnou úroveň zdraví, odst. 34. [↑](#footnote-ref-16)
16. A/HRC/35/21. [↑](#footnote-ref-17)
17. Pro vice informací k otázce informovaného souhlasu viz A/64/272, odst. 9, 28, 34 a 79–84. [↑](#footnote-ref-18)
18. Ibid., odst. 10. [↑](#footnote-ref-19)
19. [A/65/255](http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/65/255&Lang=E), [A/HRC/35/21](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/35/21). [↑](#footnote-ref-20)
20. Judah Schept, “Sunk capital, sinking prisons, stinking landfills: landscape, ideology and the carceral state in Central Appalachia”, in Michelle Brown and Eamonn Carrabine (eds.), *Routledge Handbook of Visual Criminology* (New York, Routledge, 2017). [↑](#footnote-ref-21)
21. A/HRC/35/21. [↑](#footnote-ref-22)
22. Peter Stastny, “Involuntary psychiatric interventions: a breach of the Hippocratic oath?” *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 2, No. 1 (jaro 2000). [↑](#footnote-ref-23)
23. Seena Fazel a Jacques Baillargeon, “The health of prisoners”, *The Lancet*, vol. 377 (2010). [↑](#footnote-ref-24)
24. Pokyny k právu na osobní svobodu a bezpečnost lidí se zdravotním postižením. [↑](#footnote-ref-25)
25. Ibid. [↑](#footnote-ref-26)
26. Standardní minimální pravidla OSN pro soudnictví ve věcech mládeže (Pekingská pravidla), pravidlo 19.1; viz rovněž Pravidla OSN pro ochranu dětí a dospívajících zbavených osobní svobody (Havanská pravidla), pravidlo 1. [↑](#footnote-ref-27)
27. Standardní minimální pravidla OSN pro opatření, která nejsou spojena se zbavením osobní svobody (“Tokijská pravidla”). [↑](#footnote-ref-28)
28. Viz Modelové strategie a praktická opatření OSN pro ukončení násilí na dětech v oblasti prevence trestných činů a trestní spravedlnosti, odst. 30–31. [↑](#footnote-ref-29)
29. Rezoluce Valného shromáždění 69/157. [↑](#footnote-ref-30)
30. Viz A/61/299, odst. 61–62. [↑](#footnote-ref-31)
31. A/HRC/7/11 a Corr.1. [↑](#footnote-ref-32)
32. Paulo Sérgio Pinheiro, *Světová zpráva o násilí na dětech* (2006), s. 185 a 188. [↑](#footnote-ref-33)
33. Viz například A/70/213. [↑](#footnote-ref-34)
34. Viz Úmluva o právech dítěte, články 3 (2) a 40. [↑](#footnote-ref-35)
35. Mezinárodní koalice pro otázky detence (International Detention Coalition), *Captured Childhood: Introducing a New Model to Ensure the Rights and Liberty of Refugee, Asylum Seeker and Irregular Migrant Children Affected by Immigration Detention* (2012), s. 49. [↑](#footnote-ref-36)
36. Výbor OSN vyjádřil podobné znepokojení; viz jeho Obecný komentář č. 13 (2011) o právu dítěte na svobodu od všech forem násilí, odst. 15 (c). [↑](#footnote-ref-37)
37. Arianna Silvestri a další, *Young People, Knives and Guns: A Comprehensive Review, Analysis and Critique of Gun and Knife Crime Strategies* (London, Centre for Crime and Justice Studies, 2009), s. 61–67. [↑](#footnote-ref-38)
38. Úmluva o právech dítěte, čl. 3 a 37, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, čl. 7 (2). [↑](#footnote-ref-39)
39. Viz Směrnice OSN pro předcházení delikvence mládeže (Rijádská směrnice), odst. 1–6. [↑](#footnote-ref-40)
40. Barry Goldson a Ursula Kilkelly, “International human rights standards and child imprisonment: potentialities and limitations”, *The International Journal of Children’s Rights*, vol. 21, č. 2(2013).  [↑](#footnote-ref-41)
41. Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní společnost pro předcházení zneužívání a zanedbávání dětí (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence* (2006); Světová iniciativa za ukončení jakéhokoli tělesného trestání dětí (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children), “Corporal punishment of children: review of research on its impact and associations”, working paper (2016). [↑](#footnote-ref-42)
42. Viz Výbor pro práva dítěte, Obecný komentář č. 13, odst. 21. [↑](#footnote-ref-43)
43. Hans von Hentig, *Punishment: Its Origin, Purpose and Psychology* (1937); Barry Goldson, “Child imprisonment: a case for abolition”, *Youth Justice*, vol. 5, č. 2 (srpen 2005). [↑](#footnote-ref-44)
44. Roy Walmsley, World Female Imprisonment List, 4. vydání (2017). [↑](#footnote-ref-45)
45. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC), *Handbook on Women in Prison*, 2nd ed. (United Nations publication, Sales No. E.14.IV.3). [↑](#footnote-ref-46)
46. Cassandra Shaylor, “Neither kind nor gentle: the perils of ‘gender responsive justice’”, in Phil Scraton a Jude McCulloch, eds., *The Violence of Incarceration* (Routledge, 2008). [↑](#footnote-ref-47)
47. M. Bandypadhyay, “Competing masculinities in a prison”, *Men and Masculinities*, vol. 9, č. 2 (2006). [↑](#footnote-ref-48)
48. Rozvojový program OSN, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy* (2015), s. 26; Moira O’Neil, Nathaniel Kendall-Taylor a Susan Nall Bales, “Communicating about women and criminal justice in the United Kingdom”, FrameWorks Research Brief (červen, 2015), s. 3; Carolyne Willow, *Children Behind Bars: Why the Abuse of Child Imprisonment Must End* (Policy Press, 2015). [↑](#footnote-ref-49)
49. Amnesty International, *Criminalizing Pregnancy: Policing Pregnant Women Who Use Drugs in the USA* (2017). [↑](#footnote-ref-50)
50. A/68/340. [↑](#footnote-ref-51)
51. A/66/254, A/68/340 a A/HRC/14/20. [↑](#footnote-ref-52)
52. Viz A/66/254, odst. 18, 38 a 62. [↑](#footnote-ref-53)
53. Viz například CEDAW/C/SLV/CO/8-9, odst. 37–38. [↑](#footnote-ref-54)
54. Viz A/68/340, odst. 23–24; Rebecca Schleifer a Luciana Pol, “International guidelines on human rights and drug control: a tool for securing women’s rights in drug control policy”, *Health and Human Rights* *Journal*,vol.19, č. 1 (2017); Thajský institute spravedlnosti, *Women Prisoners and the Implementation of the Bangkok Rules in Thailand* (2014). [↑](#footnote-ref-55)
55. Joanne Csete a další, “Public health and international drug policy”, *The Lancet*, vol. 387 (duben 2016); A/68/340, odst. 26; CEDAW/C/BRA/CO/7 and Corr.1, odst. 32; A/54/38/Rev.1, část druhá, odst. 312. [↑](#footnote-ref-56)
56. UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment*. [↑](#footnote-ref-57)
57. Open Society Justice Initiative, *Presumption of Guilt: The Global Overuse of Pretrial Detention* (New York, Open Society Foundations, 2014); UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment*. [↑](#footnote-ref-58)
58. UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment*. [↑](#footnote-ref-59)
59. Viz například Anti-Discrimination Commission Queensland, *Women in Prison* (2006). Dostupné z: https://www.adcq.qld.gov.au/\_\_data/assets/pdf\_file/0018/5148/WIP\_report.pdf. [↑](#footnote-ref-60)
60. UNODC, *Handbook on Women and Imprisonment*. [↑](#footnote-ref-61)
61. A/68/340. Viz rovněž Human Rights Watch, *Going to the Toilet When You Want: Sanitation as a Human Right* (2017). [↑](#footnote-ref-62)
62. Viz A/HRC/31/57, odst.. 26. [↑](#footnote-ref-63)
63. Pravidla Nelsona Mandely, pravidlo 28. [↑](#footnote-ref-64)
64. Pravidla OSN pro zacházení s uvězněními ženam a pro opatření, která nejsou spojena se zbavením osobní svobody, pro pachatelky z řad žen (Bangkokská pravidla), pravidlo 48. [↑](#footnote-ref-65)
65. A/68/340. [↑](#footnote-ref-66)
66. Bangkokská pravidla, pravidlo 22. [↑](#footnote-ref-67)
67. USA, Ministerstvo spravedlnosti (Department of justice), “Disabilities among prison and jail inmates, 2011–12” (2015); Janet I. Warren a další, “Personality disorders and violence among female prison inmates”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 30 (2002); Emma Plugge, Nicola Douglas a Ray Fitzpatrick, *The Health of Women in Prison: Study Findings* (University of Oxford, 2006). [↑](#footnote-ref-68)
68. Jennifer M. Kilty, “‘It’s like they don’t want you to get better’: Psy control of women in the carceral context”, *Feminism & Psychology*, vol. 22, č. 2 (duben 2012). [↑](#footnote-ref-69)
69. Evropský soud pro lidská práva, *Price v. the United Kingdom*, stížnost č. 33394/96, rozsudek ze dne 10. července 2001, a *D.G. v. Poland*, stížnost č. 45705/07, rozsudek ze dne 12. února 2013; Odvolací soud Spojených států, Šestý obvod (United States Court of Appeals, Sixth Circuit), *Stoudemire v. Michigan Department of Corrections* *et al.*, případ č. 14-1742, rozhodnutí ze dne 22. května 2015. [↑](#footnote-ref-70)
70. Viz www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/; F. Biadglegne, A. Rodloff a U. Sack, “Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic”, *Epidemiology & Infection*, vol. 143, č. 5 (duben 2015). [↑](#footnote-ref-71)
71. G. Mburu a další, “Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya: The need for human rights-based alternatives”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, No. 1 (2016), abstract. [↑](#footnote-ref-72)
72. Masoud Dara, Dato Chorgoliani a Pierpaolo de Colombani, “TB prevention and control care in prisons”. Dostupné z: https://pdfs.semanticscholar.org/c9d4/e241b8d4204108df36c16ad4e7 cea4d8e56f.pdf. [↑](#footnote-ref-73)
73. Stop TB Partnership, Key Populations Brief: Prisoners. Dostupné z: www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\_Prisoners\_ENG\_WEB.pdf. [↑](#footnote-ref-74)
74. Banuru Muralidhara Prasad a další, “Status of tuberculosis services in Indian prisons”, *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 56 (2017). [↑](#footnote-ref-75)
75. Kingsley Lezor Bieh, Ralf Weigel a Helen Smith, “Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria: a qualitative study”, *BMC Infectious Diseases* (2017). [↑](#footnote-ref-76)
76. Světová zdravotnická organizace, *Guidelines on Ethics of Tuberculosis Prevention, Care and Control* (2010), pp. 11–12. [↑](#footnote-ref-77)
77. Viz například Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu, *Good Practices in Strengthening Health Systems for the Prevention and Care of Tuberculosis and Drug-resistant Tuberculosis* (Copenhagen, 2016). Dostupné z: www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0010/298198/Good-practices-strengthening-HS-prevention-care-TBC-and-drug-resistant-TBC.pdf. [↑](#footnote-ref-78)