

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Martin Šimeček

Historie vydávání jídla v K centrech – případová studie

History of food in K centers – case study

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Petr Matoušek

Praha, 2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 19. 6. 2016

Martin Šimeček

Podpis

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

Šimeček, Martin. *Historie vydávání jídla v K centrech – kazuistická studie*. [History of food in K centers – case study]. Praha, 2016. 43stran, 1 příloha. Bakalářská Práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Petr Matoušek

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucímu práce Mgr. Petru Matouškovi za připomínky, pevné nervy a nadmíru času. Také bych rád poděkoval pracovníkům K-centra, hlavně Davidovi, Renatě a Pavlovi. Doktorce Čablové za konzultaci. Pracovníkům charitativní organizace a klientům za názory.

ABSTRAKT

Uvedení do problému

Výživa významně ovlivňuje zdraví u běžné populace i u uživatelů drog. Kontaktní centra nabízí potravinový servis a mohou tak zlepšovat kvalitu života u uživatelů drog.

Cíl práce

Zmapovat období vydávání jídla v KC SANANIM a zjistit, co stojí za proměnou pravidel týkajících se vydávání jídla.

Soubor a metody

Soubor tvoří 20 klientů a 7 pracovníků kontaktního centra, 5 pracovníků charitativních a dobročinných organizací. K získání dat bylo použito polostrukturované interview. Další metodou bylo zúčastněné pozorování.

Výsledky

Zjistil jsem, že období vydávání jídla se dělí na tři etapy. Za proměnou pravidel stojí hygienické normy, kapacitní důvody, finanční důvody a také přestěhování kontaktního centra.

Závěr a doporučení

Myslím si, že vhodně zvoleným potravinovým servisem by se dal pozitivně ovlivnit život uživatelů drog. Otázka nutriční se řeší v navazující léčbě. Doporučuji rozšířit výzkum a nalézt vhodnou formu sdělení důležitosti výživy mezi ostatní kontaktní centra.

Klíčová slova

vydávání jídla – výživa – kontaktní centrum – kasuistická studie – SANANIM

ABSTRACT

Introduction

Nutrition significantly affect health at the general population as well as at drug users. Contact centers offers food service and they can improve quality of drug users life.

Objective

The aim is to explore food giving at contact cener SANANIM and find why was changed rules about concerning food service.

Methods and sample

Sample creates 20 clients and 7 employers of contact center, 5 employers of charity and charitable organizations. Interwiev and observation was used for facts obtaining.

Results

I have found periods of food giving at contact center. It is dividing to 3 periods. Hygienic norm, capacitance reasons,financial reasons and moving of object standing for changing rules.

Resume

I thing that the right chosen nutritional therapy can pozitiv affect drug users life.

Nutrition mening pursue at follow-up treatment. I recommend to expand research and find congruent impart to other contact centers about relevance nutrition aspect.

Keywords

food giving – nutrition – contact center – case study – SANANIM

Seznam použitých zkratk

AT – Alkohol a jiné toxikomanie

ČR – Česká republika

ČSR – Československá republika

FNB – Food Not Bombs

KC – Kontaktní centrum

MHMP – Magistrát hlavního města Prahy

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zemědělství

NKC – Nízkoprahové kontaktní centrum

PB – Potravinová banka

PH – Public Health

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

TP – Terénní program

NL – Návykové látky

Obsah

I.	ÚVOD	1
II.	TEORETICKÁ ČÁST.....	2
1	Vztah stravování a užívání návykových látek.....	2
2	Vztah stravování a užívání alkoholu.....	5
3	Dumpster diving.....	7
4	Definice nízkoprahového centra	9
5	Kontaktní centrum SANANIM	11
6	Public Health a Harm reduction.....	12
7	Proces certifikace kontaktního centra.....	13
8	Financování a kontrola kontaktního centra SANANIM	15
III.	Praktická část.....	19
1	Úvod, vymezení problému a vztah k adiktologii.....	19
2	Předmět kasuistické práce.....	19
3	Metodologie získání dat.....	19
4	Metodologie analýzy dat.....	20
5	Etika.....	20
6	Období Hrnčové.....	20
6.1	Názory pracovníků na období Hrnčové.....	20
6.2	Názory klientů na období Hrnčové.....	21
7	Období Čínské.....	21
7.1	Názory pracovníků na období Čínské.....	21
7.2	Názory klientů na období Čínské.....	22
8	Období Lékařské.....	22
8.1	Názory pracovníků na období Lékařské.....	23
8.2	Názory klientů na období Lékařské.....	24
9	Okolnosti pro uznání nároku na potravinový servis	24

10	Dumpster diving a charitativní organizace	25
11	Potravinové banky	26
12	Výsledky	28
13	Diskuse a závěry	29
14	Zdroje.....	31
15	Přílohy	34

■ ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolil *Historii vydávání jídla v Kontaktních centrech*. Práce je kasuistická, zaměřuje se na zařízení SANANIM. Rozhodující moment pro sepsání práce byl fakt, že lékař v týmu musí rozhodnout, zdali si klient polévku zaslouží a to jen ve zvláštních případech, i když je paradoxně výživa této stravy nedostatečná. Vliv výživy na zdraví je v kontextu adiktologie málo prozkoumaná oblast. Výživa je významná součást faktoru léčby u uživatelů drog a přispívá ke zlepšení zdraví nejen v adiktologických službách, proto je žádoucí se jevem výživy zabývat.

Smyslem práce je na základě mapování přinést informace o obdobích vydávání jídla v kontaktním centru a objasnit, co stojí za proměnami pravidel, týkající se vydávání jídla.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. V první se zaměřuji na teoretické poznatky ze zkoumané oblasti. Vztahem výživy a užívání návykových látek a alkoholem, fenoménem dumpster diving, popisem nízkoprahových služeb, kontaktním centrem Sananim, na které je kasuistická práce zaměřená a procesem certifikace a financováním služby.

Druhá část práce je praktická. V ní popisuji výzkumné otázky, metodiku výzkumu, popis souboru, etické aspekty. Mapuji období vydávání jídla do 3 oblastí, doby Hrnčové, Čínské a Lékařské. V každém období se zabývám názory klientů a pracovníků a interpretuji tyto data. Součástí je jsou kapitoly dumpster diving a charitativní organizace, kde se klienti kontaktního centra stravují. Rozhovory s pracovníky charitativních organizací a potravinové banky, která poskytuje potraviny kontaktnímu centru. Zabývám se okolnostmi pro přiznání potravinového servisu. Na praktickou část navazují kapitoly diskuse a závěr, kde jsem shrnul poznatky práce.

■ TEORETICKÁ ČÁST

1 Vztah stravování a užívání návykových látek

Podpora zdravého stravování a zdravého životního stylu je to, co si uživatel drog může zvolit sám, nebo za pomoci svých blízkých. Nejedná se jen o změnu jídelníčku, ale celého životního stylu (Tarman & Dewar, 2011).

Jak uvádějí autorky Konečná a Čablová (2013) kvalita stravovacího návyku může být důležitou stránkou k ovlivnění zdravotního stavu a kvality života uživatele drog. Správné jídlo nepřináší jen pocit sytosti, ale je to i prostředek ke zlepšení stavu psychického i fyzického. Výživa tak může významně ovlivnit průběh léčby a detoxifikaci organismu, včetně dobrého vlivu na funkce orgánů a metabolismus. Kvalitní návyky v oblasti stravování přispívají k vyrovnanějšímu psychickému stavu, prevenci relapsu a lepší kvalitě života. Nutriční návyky mohou být u některých klientů dobré, ale postupem času se mohou zhoršovat.

Je proto klíčové věnovat stránce výživy dostatečnou pozornost, jelikož vhodně zvolená strava ovlivní nejen zdravotní a psychický stav, ale i samotný proces léčby ve vztahu k návykovým látkám.

Možnou cestou včlenění nutriční intervence do oblasti adiktologických služeb je adaptace na již zavedené nutriční programy ze zahraničí (Neale at al., 2011; Tarman & Dewar, 2011) nebo vytvořit intervence nové s ohledem na aktuální potřeby dané skupiny. Další variantou je osobní poradenství klientům v rámci adiktologických poradenství, nebo ve spolupráci s nutričními specialisty či lékaři. Pravidla zdravé výživy by měla proniknout skrze sociální skupiny, alespoň základními nutričními programy a krátkými intervencemi, jak je tomu v zahraničí (Neale at al., 2011; Tarman & Dewar, 2011) a být součástí péče v rámci přístupu harm reduction ve sféře adiktologie (Giesbrecht & Haydon, 2006; Vacek & Vondráčková, 2012).

Výsledky pilotní studie realizované v roce 2015 v psychiatrické nemocnici Bohnice a psychiatrické nemocnici Opava ukazují, že nutriční návyky se zlepšily k lepšímu po zahájení léčby a během pobytu v nemocnici. Navýšil se příjem obilovin o 15% a zeleniny o 5%, které byly během epizod užívání alkoholu nedostatečné. Současně se také

snížil příjem masa a dalších živočišných bílkovin, přičemž konzumace před zahájením léčby přesahovala doporučené množství, ale i po zahájení abstinence neodpovídala normě. Významné změny nastaly u léčících se pacientů se závislostí na alkoholu, v příjmu jednoduchých cukrů a sladkostí, které se u 85,7 % pacientů zvýšily o 112%. Během léčby nebyl významně navýšen příjem ovoce a zeleniny. Zahájení léčby ovlivnilo preference pacientů, týkající se nutriční skladby jídelníčku. Pozornost, která se věnuje výživě, může významně pomoci k udržení abstinence a zlepšení psychického i fyzického stavu léčených (Čablová at al., 2015).

Zde se ovšem jedná o ústavní nebo rezidenční léčbu, kde se otázkou výživy zabývají lékaři. Průřezová, prospektivní studie zkoumala 140 intravenózních uživatelů, kteří byli hospitalizováni na detoxifikační jednotce ve fakultní nemocnici. Předmětem zkoumání byla podvýživa, obvod paží a celková hmotnost ve srovnání s kontrolní skupinou (50) dobře živých jedinců. Studie se snažila dokázat vliv pohlaví, druh a trvání závislosti, infekce, nebo narušené sociální vztahy ve vztahu k výsledné hmotnosti. Výsledky ukázaly, že pouze 30% přijatých pacientů vážilo pod 80% průměrné hmotnosti pro obyvatelstvo ve Španělsku a subjektivně bylo jen 18% podvyživených. Mnoho uživatelů trpělo podvýživou zejména bílkovin, což je důležité, neboť ovlivňuje krátkodobou prognózu pacienta a vnímavost těla k infekcím. Kromě toho samotná infekce může vést ke ztrátě bílkovin, takže kombinace obou faktorů může být velmi závažná. Opakované infekce jako je virus hepatitidy B, stafylokoková flebitida nebo sepse přispívá k rozvoji podvýživy. Ženy měly horší nutriční stav než muži, měly horší sociální vazby a byly více anorektické. Vztah mezi zhoršenou výživou a špatnými sociálními vztahy jednotlivce nebyl prokázán. Ženy jsou jako závislé na NL hůře tolerovány společností. Navíc prostituce vede k další sociální marginalizaci a narušuje rodinné vazby, což má za následek ještě více nepravdělnou a chudší stravu (Santolariafernandez, 1995).

MBC Public Health uvádí korelaci mezi nejistotou jídla a možným rizikem nákazy HIV u uživatelů drog. Průzkum byl proveden během výměny injekčního materiálu v Londýně, Ontariu a Kanadě. Účastníci studie v posledních 6 měsících neměli co jíst z důvodu nedostatku peněz. Současně z množství 144 účastníků studie uvedlo 21%, že sdílelo společně injekční stříkačku, 19% vodu a 37,3% načiní k přípravě drogy. Výsledky upozorňují, že dostatek jídla mezi uživateli by přispěl k menšímu šíření HIV a hepatitidy

typu C mezi uživateli i obecnou populací a nabádá k urgentnímu přísunu jídla mezi uživatele (Strike at al., 2012).

Autoři studie (Neale at al, 2012) se snaží poskytnout nový pohled na otázku nutriční intervence u klientů závislých na heroinu. Studie obsahuje 40 hloubkových rozhovorů v Anglii. Připouští, že výživa je základní oblast výzkumu a léčby u uživatelů drog, ale je často přehlížená. Klade důraz na individualitu uživatelů, konstatuje, že kvalita potravin je ovlivněna kulturním, sociálním a ekonomickým prostředím uživatele. Během užívání drogy jsou upřednostňované rychlé, pohodlné a sladké potraviny, také potraviny se zvýšenou hladinou kofeinu. Uživatelé mají nepravidelné stravovací návyky. Po zahájení léčby v komunitě mají klienti radost z přípravy potravin a výživy, ale může to být i negativní faktor, když začnou přibývat na váze, zejména u žen. Je proto důležité zjistit, jak klient vnímá svůj vzhled, aby nebyl přírůstek na váze důvodem k relapsu. Je potřeba přizpůsobit nutriční intervence individualitě jedince a autoři apelují na zařízení, kde se klienti zdržují, jako jsou noclehárny, vývařovny a detoxifikační jednotky či věznice, aby poskytly uživatelům pomoc se stravovacími návyky. Potenciální intervence by mohla zahrnovat přímé poskytnutí stravy, svačiny, balené vody a také výživové náhrady pro jedince s podvýživou. Alternativní poskytovatelé služeb mohou být bývalí uživatelé, kteří by uživatele v léčbě naučili, jak správně a vyváženě vařit a nakupovat. Studie zdůrazňuje, že příprava zdravé stravy se nemusí zdát prioritní, pokud jde o závislost na heroinu a s tím spojené jiné komplikace, ale uvádí, že jídlo je základní lidskou potřebou stejně jako důležitý sociální a kulturní faktor. Proto by mělo být jídlo součástí celostní péče.

Problematika nedostatku jídla mezi uživateli je závažná a často přehlížená. Mělo by se jí věnovat více času. Stejně jako problematice spotřeby cukrů mezi uživateli NL, která je nadprůměrná.

Klient Petr: *„Dávám si tři termixy a v každém jsou 2 lžice cukru, sladký zvládnou a chutná mi, je to energie.“*

Mgr. David Pešek: *„Když jsi na ulici na perníku, jsou dvě kinder vajíčka lepší, než vůbec nic.“*

Autoři studie zkoumali sociodemografické údaje a Body Mass Index u 49 závislých uživatelů heroinu v substituční léčbě. Zjistili, že BMI u uživatelů, kteří žijí u svého partnera,

je výrazně vyšší než u uživatelů bez partnera. Většina zkoumaného souboru nekonzumovala doporučené minimální množství zeleniny, ovoce a obilovin podle potravinové pyramidy. Autoři doporučují zvýšit počet programů, zabývajících se špatným stavem výživy a jídelníčkem uživatelů drog s odkazem na veřejné zdraví (Alves at al., 2011).

Další studie navazuje na problematiku špatné výživy u klientů závislých na opiátech. Studie zkoumala způsob stravování a množství přijatých živin po nástupu do substituční léčby metadonem. Skupina klientů v substituci byla srovnávána s kontrolní skupinou. Před léčbou skupina konzumovala nedostatečné množství mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. Po léčbě byly výsledky srovnatelné s kontrolní skupinou. Substituční léčba tedy zlepšuje stravovací návyky (Montazerifar, 2014).

Pilotní studie se zaměřovala na stravu deseti drogových uživatelů starších padesáti let. Uživatelé prodělali zdravotní komplikace v mladším věku. Ve stáří je strava důležitá pro zdravé zestárnutí. Strava by měla splňovat alespoň minimální požadavky na výživu. Obecně měli uživatelé stabilní bydlení a vztahy. Ve stáří již užívali drogy relativně málo. Strava několika z nich byla omezena nemocí související s chutí k jídlu, ztrátou chrupu nebo ekonomickou situací. Většina se stravovala polotovary. BMI u nich bylo v normě (Beyonon, 2013).

2 Vztah stravování a užívání alkoholu

Abstinující od alkoholu mají tendenci preferovat více sacharózy, než kontrolní skupina. Rizikem je, že právě jednoduché cukry následně zvyšují chuť na alkohol. Negativní vliv zvýšeného příjmu glukózy je v aktuální literatuře již popsán (Kampov-Polevoy at al., 2004;2003).

Méně informací je o možném negativním působení fruktózy. Autor uvádí, že etanol a fruktóza si jsou biochemicky podobné. Pomocí volných reaktivních karbonylových skupin produkuje fruktóza i etanol podobné reaktivní formy kyslíku, což následně zvyšuje riziko hepatocelulárního poškození. Paralelně se uplatňuje působení neuroendokrinních mechanismů. Pomocí blokace signalizace leptinu a aktivování systému odměn (reward system) dochází k tomu, že fruktóza zvyšuje zpětnou vazbu při přijímání potravy, což je podobný mechanismus, jako při konzumaci alkoholu. (Lustig, 2010).

Dalším problémem je negativní vliv konzumace alkoholu na vznik a rozvoj hypoglykémie. Hypoglykémie vzniká nerovnováhou mezi přijatou glukózou do krve a jejím transportem k buňkám v organismu. Tento stav může vzniknout při malnutrici, poté také z důvodu snížené glykogenolýzy a glukogeneze. Alkohol tak může snadněji vyvolat výraznější pokles glykémie. (Divišová, 2005).

Nahrazení sacharidů s vysokým glykemickým indexem a vysokou glykemickou zátěží těmi s nízkým glykemickým indexem, jako jsou celozrnné výrobky a obiloviny, může zlepšit hodnotu glykémie a snížit výskyt epizod hypoglykémie. (Williet et al., 2002).

Konzumace alkoholu s sebou přináší mnoho zdravotních komplikací, které se projeví na somatické i psychické úrovni člověka. Při delším užívání, nebo závislosti je velká pravděpodobnost rozvoje nedostatku řady důležitých látek. Jedná se především o narušení metabolismu sacharidů, lipidů a bílkovin. Možný problém může být proteinová malnutrice (Čablová et al., 2015).

Tuková zásoba u alkoholiků zůstává nezmenšená a pacient budí dojem jedince, který je dobře živěný. Může být ovšem ohrožen těžkou podvýživou. Dochází totiž k čerpání energie z proteinových zásob, z plazmatických, svalových a viscerálních proteinů. (Svačina et al., 2008).

Pacienti, léčící se se závislostí na alkoholu vykazují nedostatek některých vitaminů. Zejména se jedná o vitamin B1 (thiamin), B2 (riboflavin), B6 (pyridoxin) a C (kyselina askorbová), stejně jako kyselina listová (Lieber, 2003).

U dlouhodobých uživatelů alkoholu se objevuje nedostatek thiaminu, který je spojen se zvýšenou potřebou alkoholového abúzu, ale také se sníženým příjmem v potravě a také se sníženou střevní absorpcí. Lehký nedostatek kyseliny askorbové (vitaminu C) se projevuje anorexií, únavou, bolestí svalů a zvýšenou vnímavostí ke stresu a infekcím (Zadák, 2008).

U osob závislých na alkoholu je důležitá opatrnost při nahrazování vitaminu A, neboť zvýšený příjem tohoto vitaminu poškozuje játra. Je potřeba myslet na to, že snížený příjem vitaminu A je spojen s výskytem karcinogeneze. Z tohoto hlediska je tedy velmi nutné

zvažovat volbu vhodných nutričních intervencí a hlídat množství přijatého vitamínu A (Čablová at al., 2015).

Doplňování deficitu zinku může významně pomoci jedincům při léčbě závislosti na alkoholu. Zinek posiluje alkoholem poškozenou imunitu a zvyšuje schopnost těla správně metabolizovat alkohol (Hoffer & Saul, 2009).

Existuje vztah mezi užíváním alkoholu a obtloustlostí. Autoři uvádějí, že čím více byl daný uživatel obézní, tím méně přijímal alkoholu. Obézní pacienti současně vykazovali nižší míru přijatého alkoholu, než je tomu u obecné populace. Právě přejídání může působit na systém odměny (reward system). (Kleiner at al., 2007).

Jiní autoři hovoří v souvislosti s přejídáním a užíváním alkoholu o možných podobnostech se závislostním chováním (Gearhardt & Corbin, 2009).

Další studie se zabývá alkoholickými pacienty, jejich vztahem k výživě a stravovacím návykům, případně problémy s tím spojené. Smyslem studie byla schopnost předvídat podvýživu, nepravidelný příjem potravy, sociální a rodinné vazby a organické poškození těla např. cirhóza jater nebo ascites. Studie byla provedena na 181 mužích, hospitalizovaných alkoholících. Nepravidelné stravovací návyky jsou spojené s nadměrným pitím. Proměnná, která může předpovídat podvýživu, byla cirhotická játra a ascites. Poté to byly rodinné problémy a denní příjem etanolu. Mezi zkoumanými pacienty nemělo 21% žádnou rodinnou podporu, 44% bylo nezaměstnaných. Výška alkoholiků byla o 4cm kratší než u kontrolní skupiny. 63,1 % pacientů si stěžovalo na anorexii a 58,7 % na úbytek hmotnosti. Stravovací návyky byly běžné u 34,6%, mírně narušené u 44,7% a velmi nepravidelné u 20,7%. Hladiny zinku a kyseliny listové byly výrazně sniženy. Nezaměstnaní, společně s rodinnými problémy vykazovali vyšší příjem etanolu. Alkoholická podvýživa má multifaktoriální vznik (Perez Manzano, 2000).

3 Dumpster diving

S tématem práce souvisí fenomén dumpster diving – popelnicové potápění, v emické rovině nazývaný „kontění.“ Subkultura, která vyznává popelnicové potápění, se nazývá freegany. Freegan, vedený myšlenkami snížení dopadů na životní prostředí vlivem potravin, které jsou vyhozené, může být vnímán jako „novodobý Robin Hood“

Edwards&Mercer, 2007).

Autoři Brunclíková a Sosna (2012) uvádějí, že přístup k odpadům je zrcadlem moderní společnosti, která jej vyprodukovala a cílí k prozkoumání praktik na základě sociálního a fyzického prostředí, v němž konzumenti žijí.

Douglas (1972) pojímá stravování jako systém, jehož osobní uchopení ovlivňuje všechny ostatní systémy, které se ke stravováním pojí. Způsoby, jakými se stravujeme, typ, kvalita a hlavně původ potravin vypovídá o naší pozici v sociální struktuře.

S významem slov free a vegan se pojí snaha distancovat se od systému, vytvořit nepeněžní ekonomiku a přežít kapitalismus společnosti. Tito lidé vybírají jídlo z popelnic z důvodu zamezení plýtvání jídlem. V tomto případě se nejedná o chování z důvodu chudoby, ale z politického a ekologického přesvědčení.(Plojharová,2015).

Plojharová (2015) uvádí kazuistiku informantky, která popisuje, že u kontejnerů se dá natrefit na lidi, kteří nemají kde bydlet a provozují dumpster diving až po zaměstnané, kteří pracují rukama, nebo programátory a inženýry.

V souvislosti s rostoucí světovou populací narůstá problém s plýtváním potravinami. Takový způsob nakládání s potravinami má i značný dopad na životní prostředí. Zvyšuje se produkce skleníkových plynů při spalování odpadů.

Velké obchody vyhazují nejčastěji ovoce, zeleninu a pečivo. V koši ale skončí nejrůznější potraviny. Nejčastěji jde o potraviny, které jsou esteticky nepěkné, s poškozeným obalem, nebo prošlé. S tímto problémem se snaží pracovat Potravinová banka, jejímž odběratelem je i kontaktní centrum SANANIM.

Podle odhadu evropského parlamentu se vyhodí až polovina nezávadných potravin, na což lze nahlížet jako na problém etický. Toto jídlo by zabránilo smrti z hladomoru.

Filosofie freeganismu se projevuje ve dvou směrech. Prvním je sdílení jídla, či individuální konzumace jídla, které bylo vyhozeno do popelnice. Druhým je skupina Food not Bombs, která propaguje pacifistické principy skrze distribuci bezplatného jídla potřebným. Potraviny, jsou také získávány z odpadu. Přestože organizace působí kontroverzně,

vykazuje samostatnost a působí více než 20let v šedesáti zemích světa. Organizace působí i v České republice (Bedřich, 2009).

Freegani tedy nejednají jednotně, spojuje je shánění jídla z popelnic, místo klasického nakupování. Dumpster diver nemusí sdílet se subkulturou freeganů žádné znaky. Žádný z dotazovaných klientů nevěděl, kdo jsou to freegani. Motivace klientů ke shánění jídla z popelnic je záležitostí nasycení a přežití, netýká se politické motivace.

Podle Essiga (2002) získávají dumpster diveři jídlo způsobem, kterým ohrožují pošpinění jejich statutu plnohodnotného a civilizovaného člena společnosti. Podle výsledků šetření populace v ČR, 85% zástupců společnosti považuje získávání potravin z popelnic jako společensky nepřijatelné a 88% z nich si toto jednání spojuje s lidmi bez domova, nebo s nezaměstnanými. (Plojharová, 2015).

Většinová společnost interpretuje popelnicové potápění jako individuální patologii nebo osobní selhání a nenaplnění očekávání řádného člena společnosti. (Schantz 2005; Douglas 1996; Goffman: 1999).

4 Definice nízkoprahového centra

Nízkoprahová služba je definovaná, jako služba v drogové oblasti, která je nastavena, aby její potencionální uživatel cítil co nejmenší překážky v jejím užívání. Princip nízkého prahu spočívá v odstranění překážek, které by klient mohl vnímat jako ohrožující, nebo by ho odradily ve využívání služby. V oblasti adiktologického systému péče se pod pojmem nízkoprahový jedná především o programy zaměřené na rekreační užívání drog, terénní programy, kontaktní centra, i nízkoprahová substituční centra (Kalina et al., 2003).

Kalina (2003) uvádí, že mezi základní principy patří nepožadování abstinence, svobodné rozhodnutí klienta o využití nabídky služeb nízkoprahového centra a absence poplatků za služby. Dalším důležitým principem je respektování volby klienta pro život s drogami nebo bez drog. Anonymní registrace odbourává stigmatizaci z návštěvy odborné instituce a buduje důvěru mezi pracovníkem a klientem. Kód klienta je zpracován databází FreeBase.

Cílovou skupinou kontaktního centra jsou osoby závislé na návykových látkách od 15 let věku, experimentátoři, skrytá populace, problémoví uživatelé drog, především s vysoce

rizikovým scénářem, klienti s nízkým stupněm sociální autonomie, kteří jsou ohroženi sociálně patologickými jevy, blízké osoby a rodinní příslušníci uživatelů drog (Kalina at al., 2003).

V kontaktním centru lze předpokládat přinejmenším ambivalentní potřebu změny v chování a to i v případě, že klient přichází jen pro HR materiál. Jedná se většinou o klienta, který se nevyhýbá kontaktu a je ochoten ho i sám navazovat. Za nejdůležitější se považuje navázat s klientem bezpečný a souladný vztah, který časem umožňuje s klientem pracovat (Kalina at al., 2003).

Mezi hlavní formy práce v NKC patří všechny formy včasné intervence – edukace, poradenství, krizová intervence, výměnný program, lékařské poradenství, kontakt na svépomocné aktivity, práce s motivací ke strukturované terapii, účelné vedení klienta a sledování jeho postupu v léčbě a psychoterapie (Kalina at al, 2003).

Hlavním cílem poradenství v K-centru je vytváření bezpečného prostoru pro klientovu aktivitu a postupné přenášení odpovědnosti za jeho změnu. Vytváření jasných a srozumitelných krátkodobých cílů a nabízení mu dalších možností pro osobní růst. Do spektra služeb v kontaktním centru se zahrnuje kontaktní práce a výměnný program, základní zdravotní péče a poradenství, sociální práce a doplňkový servis (Kalina at al., 2003).

Kontaktní centra jsou dveřmi do systému služeb. Spolupracují s lékaři, s ambulantními psychiatry, s programy detoxifikace, terapeutickými komunitami, se stacionáři, s psychiatrickými léčebnami, oddělením právní pomoci, s probační a mediační službou a se zařízeními sociální péče (Kalina at al., 2003).

Před rokem 1989 existovaly v ČSR ordinace pro alkoholismus a jiné toxikománie, psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice. Po roce 1989, v rámci zlepšení systému péče, řada AT zanikla a začala se zohledňovat psychosociální stránka závislosti a Public Health. Došlo tak k přesunu od medicínského modelu závislosti k modelu zdůraznění včasného kontaktu, s ohledem na nově vznikající generací závislých. V roce 1992 došlo k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog, nadace DROP-IN. Následuje občanské sdružení

Sananim, která zahajuje provoz svého K-centra v roce 1993 (Kalina, at al., 2003).

5 Kontaktní centrum SANANIM

Projekt byl realizován za finanční podpory Úřadu vlády ČR a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Magistrátu hl. města Prahy, MPSV, MZ, a Úřadu MČ Prahy 2. Kontaktní centrum je držitelem Certifikátu odborné způsobilosti pro kontaktní a poradenské služby a je registrovanou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Smyslem tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace apod., oslabeni v jejich prosazování. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je rovněž upravena oblast, týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

V prvním čtvrtletí r. 2010 před vystěhováním z Osadní ulice v Praze 7 fungoval program standardně a vykazoval stabilní aktivitu. Po přestěhování do ulice Na Skalce v Praze 5 byl provoz částečně omezen v důsledku neodkladného zákazu užívání prostor pro účely kontaktního centra, který vydal stavební úřad MČ Prahy 5. Vzhledem k tomu, že neexistoval žádný právní důvod, který by ho opodstatňoval, zrušil ho stavební odbor MHMP jako nedůvodný. Prostory byly klientům znovu zpřístupněny.

S ohledem na možnost tehdy platného zákona 160/1992 Sb. mělo KC statut nestátního zdravotního zařízení s ordinací psychiatra. Tuto registraci s přestěhováním ztratilo. O obnovení této registrace bude sdružení žádat po vyřešení všech záležitostí souvisejících s přestěhováním.

I v roce 2015 řešilo nejednoduchou situaci týkající se vandalských útoků a xenofobních reakcí. Nový objekt, kam by se KC dalo přestěhovat, se nalézt nepodařilo. Hledání bude pokračovat i v r. 2016.

V roce 2015 vykázalo KC SANANIM 38 379 počtu kontaktů, 4153 klientů. Poměr byl 69% mužů k 31 % žen, došlo k 68 646 výkonům. Primární drogou uživatelů byl pervitin (49%), další drogou byl zneužívaný Buprenorfin (33%). Došlo k výměně 1 209 519 injekčních setů.

Tým KC je multidisciplinární. Tvoří jej lékaři, psychologové, terapeuti, adiktologové, pedagogové, sociální pracovníci a zdravotní sestry. Vedoucím zařízení je Mgr. David Pešek.

6 Public Health a Harm reduction

Přístup Public Health vznikl v souvislosti se šířením viru HIV. Jedná se o ochranu veřejného zdraví společnosti zejména před infekčními nemocemi. Přístup Harm Reduction, neboli snaha o snižování škod, vychází z předpokladu, že je možné zabránit nebo alespoň zredukovat rizika spojená s užíváním drog. A to na úrovni závislého jedince, i na úrovni celospolečenské (Kalina at al., 2015).

S přístupem HR se lze setkat i mimo drogovou oblast, konkrétně s různými prostředky, které minimalizují možnost poškození zdraví při různých činnostech běžného života (Kalina, at al., 2015).

HR je pragmatický přístup umožňující předcházet zdravotním komplikacím a do určité míry tak zabránit somatickému i psychickému poškození klientů. Vytváří tím časový prostor, pro práci s klientem, během něhož má uživatel možnost se stabilizovat a postupně změnit své postoje k užívání drog (Kalina, at al., 2015)

Kalina (2015) uvádí, že aktivita Harm Reduction je zároveň aktivitou motivující, která vede ke spolupráci klienta se zařízením a v ideálním případě k léčbě a resocializaci klienta. Mezi cíle Harm Reduction patří snaha o zamezení opakovaného používání náčiní k aplikaci drogy, edukace o méně rizikové způsobu aplikace drogy, informování o rizicích spojených s užíváním drog, informace o bezpečnějším sexu, snaha o změnu rizikového chování k méně rizikovému, minimalizování somatického poškození, podávání informací o systému fungování státní správy a orgánech činných v trestním řízení, upevňování nebo znovu utváření hygienických návyků, navazování klienta ke kontaktu s dalšími zařízeními, důstojně zachází s klientem s ohledem na maximum intervencí.

K dosažení těchto cílů se využívá prostředků v písemné a obrazové formě (informační materiály, letáky a časopisy) i formou verbální. Mění se injekční stříkačky, poskytuje se materiál potřebný k aplikaci drog bezpečnější formou.

Princip Harm reduction je považován za jeden z pilířů protidrogové politiky, který bere

v potaz problém mezi člověkem a substancí, který se může vyvíjet a měnit. Pracuje s klientem tam, kde je a zaměřuje se na okolnosti užívání i užívání samotné (Kalina, at al. 2015)

Počátek Harm Reduction se datuje do 80. let 20. století, kdy byl prokázán první případ nákazy virem HIV. Po prvních případech nákazy byl otevřen první výměnný program v Amsterdamu v roce 1984. V roce 1990 byla v Liverpoolu první Harm reduction konference, což mělo za následek vznik IHRA - Mezinárodní asociace Harm Reduction (Kalina at al., 2015).

7 Proces certifikace kontaktního centra

Základním cílem certifikace je zvyšování kvality sítě služeb pro uživatele drog a jejich efektivní financování z veřejných prostředků. Certifikace odborné způsobilosti služby je posouzení a formální uznání, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím, která jsou stanovena v Certifikačních standardech. Mezi základní principy certifikací patří jejich dobrovolnost, transparentnost procesu, nezávislé odborné šetření, jednotnost kritérií a jejich mezioborový a meziresortní charakter. Subjekty poskytující certifikované služby by měly mít snadnější přístup k veřejným prostředkům, zejména k dotacím ze státního rozpočtu, tj. výdaje na protidrogovou politiku a k dotacím jednotlivých ministerstev, z čehož vyplývají výhody pro poskytovatele služeb (Kalina, at al, 2015)

Certifikace odborné způsobilosti jsou udělovány, případně odebírány, jednotlivým programům služeb pro uživatele návykových látek na základě rozhodnutí Certifikační komise, která je ustanovena RVKPP. Certifikační řád udává základní pojmy a principy, subjekty certifikace (certifikační komise, certifikační agentura, žadatel) a proces certifikace (žádost, řízení o udělení certifikace, místní šetření, protokol a závěrečná zpráva o místním šetření rozhodnutí a odvolací řízení).

Při místním šetření se provádí zhodnocení odborné způsobilosti přímo v zařízení, které o certifikaci žádá. Místní certifikační tým je tříčlenný a zahrnuje tyto odbornosti – jeden až dva odborníci na návykové nemoci, jeden až dva odborníci na typ služby, o jejíž certifikaci je žádáno (nejlépe manažer/administrátor a/nebo inspektor sociálních služeb). Místní šetření má tyto části:

- a) studium dokumentace předložené žadatelem (před návštěvou pracoviště)
- b) návštěva na pracovišti
- c) vyhodnocení návštěvy – sepsání protokolu. Na závěr se sepíše závěrečná zpráva.

Obecné standardy obsahují:

- 1 přístupnosti a cíle odborných služeb
- 2 práva pacientů/klientů
- 3 příjem a úvodní zhodnocení pacienta/klienta
- 4 spektrum služeb a zásady jejich poskytování
- 5 personální práce
- 6 odborné vedení a rozvoj pracovníků týmů
- 7 dostupnost, vnější vztahy
- 8 organizační aspekty
- 9 finance
- 10 prostředí a materiálně technické zázemí
- 11 minimální bezpečí
- 12 hodnocení kvality a efektivity služeb

Jednotlivé okruhy jsou rozepsány do určitých tvrzení, na které se odpovídá ano-ne, na stupnici od nikdy až po vždy, anebo z kolika procent. Na závěr je hodnotící tabulka, podle které se jednotlivé odpovědi vyhodnotí. Obecné standardy jsou pro všechna zařízení jednotné.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, udělila zařízení SANANIM, na základě návrhu výboru pro udělování certifikací certifikát zařízení, na základě kladného výsledku místního šetření, vyhodnoceného protokolem č. 432/2015 ze dne 22. června 2015

a návazného rozhodnutí předsedy rady pro RVKPP ze dne 10. listopadu. Odborná způsobilost organizace byla prověřena a shledána v souladu s požadavky Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby pro problémové uživatele a osoby závislé na návykových látkách, 2. revize, srpen 2003. Rozsah certifikace je platný pro kontaktní a poradenské služby. Číslo certifikátu: 435/2015, platnost do 10.

listopadu 2019.

8 Financování a kontrola kontaktního centra SANANIM

Realizace programu a provoz je finančně podporován přibližně z 50% státními dotacemi a 30% dotacemi krajů či obcí. Ostatní prostředky, tedy 20%, získává SANANIM od soukromých subjektů, vlastní činností a v neposlední řadě také od českých a zahraničních nadací, fondů a programů. Od počátku existence zařízení zachází se státními dotacemi průhledně a zodpovědně a v oblasti čerpání finančních prostředků se snaží o maximálně profesionální a transparentní přístup. Účetnictví sdružení prochází každoročně auditem a podrobuje se státním kontrolám. V roce 2015 prošlo kontrolou Finančního úřadu pro hl. m. Prahu, Oblastního inspektorátu práce pro hl. m. Prahu. Stabilní. Adekvátní a kontinuální financování zůstává nadále klíčovým problémem ovlivňující každodenní provoz a zejména rozvoj organizace (RVKPP, 2014).

Zásady vynakládání prostředků ze státního rozpočtu:

Finance na protidrogové politiky ze státního rozpočtu jsou určeny na realizaci a podporu specifických aktivit protidrogové politiky v oblasti prevence, léčby, minimalizaci rizik a následné péči, jak jsou uváděny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů a dále specifikovány ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, schváleným usnesením vlády ze dne 7. června 2006 č. 693 a v oblasti snižování nabídky drog a prosazování práva (RVKPP, 2014).

Finanční prostředky na protidrogovou politiku, které podléhají dotačnímu řízení rady, jsou rozpočtovány v rozpočtové kapitole Úřadu vlády. Na tyto prostředky je pohlíženo jako na prostředky sloužící k zabezpečení sektorové politiky vlády ČR, nikoliv jako na administrativní výdaje státní správy spojené se zabezpečením provozu Úřadu vlády ČR (RVKPP, 2014).

Účelové dotace v rámci dotačního řízení rady jsou poskytovány rozhodnutím vedoucího Úřadu vlády ČR o poskytování neinvestiční dotace ze státního rozpočtu dle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (RVKPP, 2014).

Pokud jsou financovány projekty z jiných položek než z programu protidrogové politiky a uživatelé drog jsou hlavní cílovou skupinou, příslušný orgán státní správy a ÚSC, v jehož rozpočtu se takové zdroje nacházejí, poskytuje přiměřenou míru spolupráce a součinnosti při plánování a koordinaci vynakládání finančních prostředků na protidrogovou politiku (RVKPP, 2014).

Ústřední orgán státní správy, který poskytuje dotaci na projekty specializovaných preventivních a léčebných služeb pro uživatele drog a rada, zveřejní na svých internetových stránkách do konce kalendářního roku, který předchází roku rozpočtovému, na který poskytuje dotaci, seznam, nebo pořadí úspěšnosti projektů, které úspěšně prošly výběrovým dotačním řízením. Konkrétní výše dotace bude pro úspěšné dotace stanovena nejpozději do konce února zápočtového roku, na který je dotace poskytována (RVKPP, 2014).

Finanční prostředky státního rozpočtu na protidrogovou politiku mohou být poskytnuty formou účelové dotace nebo na nákup služeb, a to na základě žádosti o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení nebo vybráním nabídky ve výběrovém řízení vyhlášeném ústředním orgánem státní správy (RVKPP, 2014a).

Účelovou dotaci na poskytování služeb v oblasti terciární prevence drogové závislosti lze poskytnout službám certifikovaným na základě udělené Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Certifikace se rovněž nevyžaduje u poprvé podávaných žádostí o účelovou dotaci na poskytování služeb, tyto žádosti však musí být v případě žádosti v dotačním řízení předjednány s vyhlášovatelem dotačního řízení (RVKPP, 2014).

Účelovou dotaci na poskytování služeb, které jsou sociální službou ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, lze poskytnout pouze registrovanému poskytovateli sociálních služeb. Pro rozhodování o poskytnutí dotace v rámci dotačního řízení nebo o výběru nabídky v rámci výběrového řízení na nákup služeb ze státního rozpočtu vyhlášených ústředním orgánem státní správy je nezbytné, aby žádost o dotaci nebo nabídka služeb splnila podmínky dotačního nebo výběrového řízení zveřejněné při jeho vyhlášení (RVKPP, 2014).

Pokud dojde k meziročnímu poklesu finančních prostředků na protidrogovou politiku

rozpočtovaných v jednotlivých kapitolách státního rozpočtu, budou prioritně podpořeny již realizované víceleté aktivity a projekty probíhající kontinuálně, které byly podpořeny v předchozích letech. Zároveň budou přednostně podpořeny služby definované v dokumentu popisujícím základní síť specializovaných adiktologických služeb, pokud takový dokument bude schválen radou (RVKPP, 2014).

Poskytování účelových dotací nestátním neziskovým organizacím ústřední orgány státní správy se řídí rovněž Zásadami vlády pro poskytování dotací ze Státního rozpočtu ČR nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy, které byly schváleny usnesením vlády ze dne 3. listopadu 2008 č. 1333, ve znění usnesení vlády ze dne 1. 2. 2010 č. 92. Dotační řízení MPSV k poskytnutí dotací ze státního rozpočtu pro právnické a fyzické osoby, které poskytují sociální služby je realizováno v návaznosti na §101 a §104 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a na zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (RVKPP, 2014).

Konečná stanovení návrhů výše dotace:

Projekty jsou seřazeny podle celkového počtu bodů, které projekty získaly v různých fázích hodnocení, a následně jsou rozděleny do pěti hladin. Každá hladina má svůj koeficient krácení, tj. uplatňuje se různá míra krácení. Koeficient krácení lze měnit a stanovuje jej na začátku svého jednání Dotační výbor (RVKPP, 2014).

Výše návrhu dotace se stanovuje na základě algoritmu, který bere v úvahu celkové bodové ohodnocení projektu a tedy jeho zařazení do příslušné hladiny, relace mezi koeficienty krácení v různých hladinách a celkový objem prostředků k rozdělení. Posledním krokem je projednání návrhu výše dotace na jednáních Dotačního výboru a Rady vlády pro koordinaci drogové politiky. Pro jednání Dotačního výboru sekretariát RVKPP připraví souhrnný přehled projektů předložených do dotačního řízení. Tento přehled obsahuje položky: identifikace žadatele a projektu, celkový rozpočet projektu, požadavky na dotace a výsledek hodnocení – souhrnný počet bodů získaný v rámci hodnocení, celkové zařazení do hladiny a návrh dotace projektů. Dotační výbor bere v potaz částky navržené v hodnotícím procesu, v případě potřeby reviduje a ověřuje správnost procesu hodnocení a dle statutu navrhuje výši dotace na jednotlivé projekty, Dotační výbor přitom bere

v potaz meziresortní charakter dotačního řízení RVKPP a momentální okolnosti více zdrojového systému financování protidrogových služeb, regionální dostupnost služeb a epidemiologickou situaci (RVKPP, 2014).

■ Praktická část

1 Úvod, vymezení problému a vztah k adiktologii.

Téma bakalářské práce jsem si vybral, protože považuji faktor výživy a stravování za významný faktor ovlivňující zdraví ve společnosti, tedy i mezi uživateli drog. Autoři zahraniční studie (Neale at al.) dokazují, že výběr potravin může pozitivně ovlivnit léčbu. V adiktologických nízkoprahových zařízeních v České republice není přikládána podstatná váha výběru a distribuci potravin. Cílem práce je objasnit, jak se vyvíjela pravidla, týkající se vydávání jídla v KC SANANIM. Popsat pohled na výživu a potřebu distribuce jídla pracovníky a klienty KC a zmapovat období vydávání jídla od počátku založení KC do současnosti

2 Předmět kasuistické práce

Předmětem práce jsou výpovědi klientů a pracovníků kontaktního centra a pracovníků charit a dobročinných organizací, kde se klienti kontaktního centra SANANIM stravují.

3 Metodologie získání dat

Z kvalitativních metod byly použity metody zúčastněné pozorování, polostrukturované interview. V polostrukturovaném rozhovoru se aktivita interviewujícího zvyšuje. Způsob, forma odpovědí na seznam předem připravených otázek zůstává volný (Ferjenčík, 2000).

Rozhovory trvaly přibližně 10 minut. Obsahovaly otázky:

- a) Jaký máš názor na vydávání jídla v SANANIMu?
- b) Pamatuješ si, jak to bylo dřív s jídlem?
- c) Dají ti tady polévku?
- d) Jak si sháníš jídlo?
- e) Chodíš do jiných zařízení na jídlo?
- f) Znáš dumpster diving? Jsi freegan?

4 Metodologie analýzy dat

Data byla zpracována přepisem rozhovorů. Poté byla data analyzována a opakující se informace nebyly použity.

5 Etika

Respondenti, z jejichž výpovědí je složena kazuistická práce, byli předem informováni o aspektech zachování anonymity. Osoby byly upozorněny na cíl a smysl práce, použité vědecké metody, etické náležitosti a dobrovolnost spolupráce. Veškeré citlivé údaje, které by mohly jakkoliv identifikovat nebo poškodit klienta nebo pracovníka jsou z preventivních důvodů změněny, včetně jmen respondentů, kteří jsou označováni smyšlenými jmény.

6 Období Hrnkové

Počátek období doby Hrnkové datuji od roku 1993, kdy bylo KC SANANIM založeno. Toto období trvalo 11 let, do roku 2004. Poté se přešlo na polévky balené, které vyhovují hygienickým standardům. V období doby Hrnkové se vařilo v hrnci pro několik klientů. Proces přípravy byl pod samosprávou klientů, kteří se o celý proces starali a dostávali za to zapláceno. Proces zahrnoval přípravu polévky, rozdávání jídla a umývání nádobí. Na počátku nebylo potřeba dodržovat hygienické normy, později to bylo důvodem pro upuštění od jednotného vaření v hrnci. Dalším důvodem pro ukončení tohoto období byly kapacitní důvody kontaktního centra.

6.1 Názory pracovníků na období Hrnkové

Pracovník 1: *„Smyslem bylo navázat kontakt, pomocí metody sněhové koule jsme zachytávali skrytou populaci, před těma 25 lety to bylo přesně naopak. Dneska máš 20 % populace skrytý, předtím to bylo 80 %, dneska je situace opačná a tak si nemusíme klienty kupovat.“*

Pracovník 2: *„Po tom, co byl založený DROP-IN jsme dostávali potraviny z druhé ruky, co se daly sníst, i vitamíny, občas čínské polévky, nutriční hodnoty se tehdy vůbec neřešily.“ Poté*

dodává: „Dřív nikoho nezajímala hygiena, nikoho nezajímalo, jestli je to prošlý nebo ne.“

Pracovník 3: „V té době to byla vlastní záležitost klientů, brigáda. Vařili, myly nádoby, z hygienických důvodů se to zrušilo. Nejdřív se K-centru i kouřilo, byl tam všude hrozný zápach a do toho tam jedli. Navíc stoly byly tak metr a půl výměny, takže celkem prostředí nedostatečný.“

Z názorů pracovníků interpretuji, že smyslem rozdávání potravin, bylo navázat kontakt se skrytou populací, která v té době byla většinová a rozšířit podvědomí o nově vzniklé službě. Pracovník hovoří o kupování klientů. První nízkoprahová zařízení na území ČR mezi sebou zdravě soupeřila. Dalším z faktorů byla infekčnost prostředí centra. Minulé prostory byly nevyhovující. Výměna HR materiálu probíhala v malé vzdálenosti od stolů, kde klienti konzumovali potraviny, a prostředí bylo kuřácké.

6.2 Názory klientů na období Hrcové

Klient Samuel: „Sám jsem v hrnci vařil. Vařil jsem polívky, hodně polívek v hrnci a dostal jsem za to zapláceno, jeden vařil, druhý umýval, střídali jsme se. Byly tam dvě plotýnky, dostali jsme za to 150Kč za den. Bylo taky dobrý, že jsme tam mohli celý den být.“

Vaření jako brigáda pro klienty byla výhodná. Mohli trávit více čas v kontaktní místnosti, která byla omezena na hodinu denně a také za vaření a úklid nádobí dostali zapláceno.

7 Období Čínské

Počátek doby Čínské datuji období od roku 2004 do roku 2010. Tato doba trvá v kontaktním centru 6 let. Tato doba navazuje přímo na dobu Hrcovou, končí s přestěhováním KC z Holešovic na Smíchov. Polévky se z počátku dávaly zadarmo všem v počtu jedné polévky denně. Z počátku toto období fungovalo jako samospráva klientů, kteří polévky rozdávali a dostali za to zapláceno. Následně na samosprávu nemělo KC peníze. Nakonec se přešlo na prodej polévek. Jedna polévka za 5Kč. Klienti si mohli koupit, kolik polévek chtěli. Doba Čínská byla zrušena z finančních důvodů a nedostatku času na intervence.

7.1 Názory pracovníků na období Čínské

Pracovník 2: „Byla to fáze, kdy se dávaly čínské polévky každému z klientů. Mělo to svoje

plusy i mínusy. Dneska se raději věnuji klientům.“

Pracovník3: *„Klienti tady pak nejedli ani své jídlo a to kvůli nepořádku, infekční prostředí, ale platili si kafe. V K-centru se scházely externí terénní programy, kde se vyhodnocovalo, co a jak a v tu dobu tu jíst mohli.*

Pracovník: *„U nás v DROP-IN je polévka zdarma, ale jen jedna a do dvanácti hodin. To na Stagy, tam jich můžeš mít, kolik chceš. Máme je jako prostředek k navázání kontaktu. Líbí se mi, že nemusíme řešit tu otázku peněz.“*

Pracovník5: *„Z počátku to bylo taky pod samosprávou klientů, což mě mrzí, že se to zrušilo. Do budoucna bych to chtěl zase zavést.“*

Nejdříve nebyly peníze na výplatu klientů, kteří rozdávání polévek řídili samosprávně. Poté se polévky zpoplatnily, nakonec byly zrušeny včetně. V té době se nesmělo jíst ani přinesené jídlo. Výjimka v pravidlech byla, když se v kontaktním centru scházely terénní programy. V tu dobu mohli klienti v kontaktním centru jíst.

7.2 Názory klientů na období Čínské

Klient Jan: *„Pamatuji si to. Za 5Kč v Holešovicích byla polévka. Bylo to v pohodě, teď si jídlo kupuji, a je mi jedno co, jsem tady po dlouhé době.“*

Klient Lukáš: *„Celý se to zrušilo, když se přišlo na to, že si ty blbci nastřelovali venku před káčkem.“*

Klient se domnívá, že důvodem k přestěhování byl incident, kdy jeden z klientů po upozornění pracovnící, že si nemá aplikovat drogu před kontaktním centrem, po pracovníci hodil použitou injekci. Tento incident vedl k problémům, ale důvod pro přestěhování byl politický.

8 Období Lékařské

Počátek doby Lékařské datuji od roku 2010 do roku 2016. Tato doba trvá 6 let a pokračuje. Srovnal jsem indikátory počtu vydaných potravinových servisů a počtu klientů, kteří využili kontakt, když se vydávání polévek zrušilo. Počet kontaktů za den se výrazně nezměnil. Z výsledků usuzuji, že potravinový servis není rozhodující pro návštěvu kontaktního centra.

Dobu Lékařskou jsem pojmenoval, protože v kontaktním centru rozhoduje lékař v týmu, jestli má klient nárok na potravinový servis. Paradoxní situace je, že se musí lékař zhodnotit, zdali si klient zaslouží polévku, když je výživově nekvalitní.

8.1 Názory pracovníků na období Lékařské

Názory pracovníků kontaktního centra na distribuci jídla klientům nejsou jednotné.

Někteří pracovníci by jídlo poskytli všem klientům, ale řídí se pravidly, které indikují vydání jídla jen ve zvláštních případech, jiní nepovažují problém vydávání polévek za podstatný a raději se věnují jiným činnostem pro klienty.

Pracovník 5: *„Jsem tu čtyři roky a přišla jsem do zavedených pravidel, změny proto nevnímám. Jídlo je pro těhotné, somaticky poškozené, nebo pro ty v tzv. debaklové situaci. Taky to slouží jako prostředek k navázání kontaktu s klientem.“* Poté dodává: *„Nejradši bych je dávala všem, ale z kapacitních důvodů nemůžu. Víím, že polévky za moc nestojí, ale alespoň je to teplé jídlo a je to také gesto.“*

Pracovníci si jsou vědomi, že polévka není z nutričního hlediska výživná, ale horký pokrm výrazně zapůsobí na somatickou stránku člověka. Jedná se i o podporu psychické stránky klienta, klient se při jídle cítí dobře.

Doktorka Čablová: *„Vím se, že polévky z nutričního hlediska stojí za nic, sůl, glutamáty, ale K-centra nemají peníze. Radši se věnují intervenci, než jídlu a otázka hygieny je také důležitá. Chybí tady služba, která by se zabývala jídlom. Jídlo se spíš řeší v ústavní léčbě. Mrkvová polévka nic nestojí. V nemocnici je nutriční specialista, tam se jídlom zabývat musejí. Ve Španělsku je léčba první měsíc bez cukrů. Jídlo tak může být významný faktor pro dokončení léčby.“*

Pracovník 5: *„Na Štědrý večer jsem navařila 15kg sekaný se salátem a den jsme trávili spolu.“*

Pracovník3: *„Klienti nemají mít zbraně, ale když si tady nožem krájí salám, tak je to v pořádku.“*

Pracovníci zdůvodňují, že polévky byly zrušeny kvůli nedostatečnému času, který raději

věnují potřebným intervencím s klienty a také z kapacitních důvodů KC, jelikož uvnitř není dostatečný prostor pro klienty. Zmiňují také faktor finanční. Klienti primárně navštěvují kontaktní centrum z důvodu potřeby jiných služeb. Faktorem významnosti jídla se zabírají pracovníci především v navazující léčbě.

8.2 Názory klientů na období Lékařské

Klient Marek: *„Na oběd sem nechodím, kdyby byly za 5Kč, kupoval bych si jí. Proměnu pravidel nezaznamenávám.*

Klient František: *„Chodím na jídlo na Stage. Moc se tam o nás starají. To je pořád: nechceš do toho kafe ještě cukr? Kopnul bych se do prdele, tohle snižuje kvalitu lidí, co pracují se smačkama. Na polévku sem nechodím, nedají mi jí. Ale mohli by to zase zavést, to by bylo super.“*

Klient Teodor: *„Na jídlo sem nechodím, kdyby se dávaly steaky s bramborem, tak to bych chodil. Jídlo si sháním sám a proměnu pravidel si už nepamatuju.“*

Klient Martin: *„Když jsem potřeboval polévku, tak tady nebyly. Ještě předtím jsem si je dával, teď je už ale nepotřebuju. Chodím do práce.“*

Klient Zbyšek: *„Jo, dřív se dávaly polévky všem, teď jen, když něco přivezou, je to škoda.“*

Z rozhovoru s klienty interpretuji, že by znovu zavedení potravinového servisu uvítali. Klienti situaci řeší tak, že chodí do jiných zařízení, kde polévku dostanou, do organizace Progressive – KC STAGE 5, nebo do organizace DROP-IN. Ale nepokládají zrušení polévek za problém, na který by si dlouhodobě stěžovali, navštěvují kontaktního centra z jiných důvodů. Samotný status zařazení do seznamu, kterým je přiznán potravinový servis berou někteří klienti jako urážku. Jednoduše proto, že na tom nejsou psychicky nebo zdravotně tak špatně, aby si polévku zasloužili.

9 Okolnosti pro uznání nároku na potravinový servis

Klienti jsou indikováni pro potravinový servis na seznamu na nástěnce v kanceláři pracovníků. Jedná se o fyzické poškození a nemoci, jako jsou virové nákazy, léčba interferonem, neurologické onemocnění, chronické rány na kůži, poškození jater, při

stomii, v těhotenství nebo jako podpora před operací, minerální alkoholický rozvrat nebo při vážném zranění.

Indikace kvůli psychickým problémům jsou psychózy, podpora po vyloučení z navazující léčby, nebo jako prostředek k navázání kontaktu. Počet klientů, kteří jsou indikováni pro potravinový servis, byl v době psaní práce 18.

10 Dumpster diving a charitativní organizace

Během interviu 80 % klientů kontaktního centra sdělilo, že si jídlo obstarávají z kontejnerů. Uvedené hodnoty znamenají, že pohled na shánění si jídla z popelnic mezi klienty není stigmatizován. Je vhodné brát v úvahu riziko nákazy a šíření infekčních nemocí z množství klientů, kteří si potraviny shánějí tímto způsobem.

Klient Radek: *„Chodím do charity Naděje, dvakrát denně, jinak popelnice, úplně kdekoliv.“*

Klient Petr: *„Chodím do popelnic na Pražské povstání, teď si dávám zrovna piškoty s cukrem, ty jsou odtud.“*

Dotázání klienti se k subkultuře freeganů neřadí.

V organizaci FNB se stravují také klienti ze zkoumaného souboru.

Klient Vlasta: *„Jídlo si kupuji, občas jdu do Naděje, občas do Food not Bombs.“*

Klient Václav: *„Ani nevím, co nebo kdo jsou freegani, když jsi na ulici, tak ti nezbyvá nic jiného, než si takhle jídlo sehnat.“*

Organizace Food Not Bombs aktuálně připravuje a rozdává v hlavním městě potraviny třikrát týdně. Ve středu a v neděli na náměstí Winstona Churchilla, v sobotu na nádraží Holešovice. Připravované jídlo je veganské. To souvisí s ideologií kolektivu. Počet lidí, pro které organizace vaří je přibližně 200 lidí za týden.

Padesát procent klientů uvedla, že se chodí najíst do charitativních organizací. Jídlo z charit je pro klienty dostupnější, jelikož je zdarma. Někteří klienti charitativní organizace neradi vyhledávají, protože se tam primárně vyskytují lidé, kteří nevyužívají harm-reduction služby a vznikají hádky.

Klient Maxmilián: „*Jídlo si občas kupuju, občas jdu do Naděje. Na hlavním nádraží každý večer přichází Igor z hotelu. Přinese rýži, UHO omáčku, preclíky, je to gratis. Ale musíš tam být v čas a připravený, lidi se tam strkají.*“

Nízkoprahové denní centrum Bolzanova je součástí Integrovaného programu společnosti Naděje. Zaměřuje se na cílovou skupinu mladých dospělých. Kromě socioterapeutických aktivit a poradenství nabízí mladým lidem bez domova jídlo. Průměrně navštívilo tuto organizace 55 osob denně, za rok 2015.

Vedoucí denního centra Ondřej Vondruška: „*Mladý lidi sem můžou přijít na jídlo, jsme rádi. Máme tu různé pomazánky a balíčky, zeleninu a ovoce máme nyní zadarmo. Dřív jsme dali za rohlíky i čtvrt milionu za rok.*“

Fundriser Naděje Eva Krůtová: „*Potravinu se získávají z různých zdrojů. Potravinová banka, dary od výrobců, zpracovatelů a prodejců potravin, dofinancování z grantů obcí, z Národní sbírky. Naši klienti mají kartičku a žetony, abychom poznali, kdo už tu byl a kdo ne. Vedoucí kuchyně připravuje jídelníček podle potravin, které jsou k dispozici. Naše organizace se řídí zákony o ochraně zdraví.*“

Pracovník 4: „*V roce 2011 k nám chodili pracovníci z RegioJET a nosili nám jídlo, co zbylo z vlaků. Často se z kontaktní místnosti ozývali nadávky na sushi, což bylo lepší jídlo, než jsme jedli mi, pracovníci.*“

11 Potravinové banky

Kontaktní centrum získává potraviny z potravinové banky. Potravinová banka Praha je součástí České federace potravinových bank. Jedná se o neziskovou organizaci, která má pět stálých zaměstnanců. Dobrovolníků je podle potřeby až 150. Banka shromažďuje přebytky potravin z veřejných restaurací, jídelen a jiných společností.

Od roku 2014 platí v ČR výjimka ze zákona pro dárce potravin, pokud darují do potravinové banky. Společnosti, které darují, jsou osvobozeny od daně, která byla dříve velkou demotivační překážkou.

Pracovník 5: „*Za významnou částí darů je osobní kalkul, nebo jsou to známí*“

K dnešnímu dni má PB Praha 94 odběratelů v hlavním městě a Středočeském kraji. Organizace, kterým banka jídlo přerozděluje, platí roční poplatek 3000Kč. A podepisují smlouvu. Potravinová banka sama rozhoduje o množství a druhu potravin, které přerozdělí organizacím, podle vlastního uvážení. Banka musí dodržovat hygienické zásady shodné se zákony ČR. Společnosti, které jídlo odebírají, si zajistí na své náklady odvoz, který musí být v souladu s hygienou potravin. Pro kontaktní centrum jsou potraviny dostupné přibližně jednou za dva týdny, po telefonické domluvě. K dostání jsou různé druhy potravin, někdy i hygienické a čistící výrobky. Pokud se objeví potraviny, které jsou náročnější na přípravu, jako jsou těstoviny nebo rýže, jsou skladovány v kontaktním centru a posílány do komunity, která je pod společností SANANIM. Potraviny z banky jsou dávkovány pracovníky, kteří je nárazově dávají do kontaktní místnosti, aby potraviny byly přístupné pro co nejvíc klientů. Pracovníci hlídají množství potravin, které si klienti vezmou. Klienti dopředu nevědí, kdy jídlo z banky dorazí do kontaktního centra a ani se o to výrazně nezajímají.

Při zúčastněném pozorování v kontaktním centru jsem si všiml, že sami pracovníci kontaktního centra přivezené potraviny konzumují. Je to v rozporu s hlavním bodem smlouvy. Pracovníci tento fakt nevnímají, jako porušení pravidel.

Ředitelka potravinové banky Věra Doušková: *„Odebírající organizace se zavazují smlouvou, že přijaté potraviny rozdělí bezplatně a výhradně osobám v tísní v rámci sociální činnosti. Cílem je zvyšovat životní úroveň lidí.“*

Pracovník6: *„Pro mě je to v pohodě. Člověk musí doplňovat sladký, tu a tam si zobnu. Tady nemáš čas chodit na oběd. Když si dám jednu sušenku, nikomu neublížím. Naopak, udržuju se v psychické pohodě, abych dělal práci dobře.“* Poté se smíchem dodává: *„Nemůžeme dát přece klientům, co je špatné.“*

V době sběru dat v K-centru přivezli potraviny z banky dvakrát. Byly to různé potraviny od zmrzliny po masové konzervy.

12 Výsledky

Historii vydávání jídla v kontaktním centru SANANIM dělím na tři období.

Období Hrnkové datuji od počátku založení KC. Od roku 1993 do roku 2004, trvá 11 let. Klienti připravovali polévku v hrnci pro ostatní klienty. Proces přípravy, rozdávání polévek a mytí nádobí byl pod samosprávou klientů. Klienti za tuto činnost dostali 150Kč denně. Pracovníci tvrdí, že smyslem dřívějších potravin bylo navázat kontakt se skrytou populací, kterou odhadují na 80 %. Období hrnkové bylo zrušeno z důvodů nevyhovujících hygienických podmínek v KC a z důvodů nedostatečných kapacitních prostor KC.

Následuje období Čínské, od roku 2004 do roku 2010, trvá 6 let. Klientům se dávaly polévky čínské, hygienicky zabalené. Zpočátku polévky rozdávali klienti, pod samosprávou. Samospráva byla zrušena z nedostatku financí na výplaty klientů. Poté se začaly polévky prodávat za 5Kč. Období Čínské bylo zrušeno kvůli nedostatku financí a nedostatku času na intervence pro klienty. Období končí s přestěhováním KC z Holešovic na Smíchov.

Poslední je období Lékařské. Od roku 2010 do současnosti. Lékař v týmu rozhoduje, zda je klient indikován pro potravinový servis. Důvody jsou závažná fyzická nebo psychická onemocnění, nebo pro udržení kontaktu s klientem. Osmnácti klientům je přiznaný potravinový servis. Počet kontaktů za den se po zrušení dávání jídla každému klientovi podstatně nezměnil. Tabulka je v příloze práce.

Klienti mají přístupné jídlo zdarma z potravinové banky, které do KC pracovníci dovážejí jednou za dva týdny. Toto jídlo je dáváno pracovníky nepravidelně do kontaktní místnosti. Pracovníci kontrolují množství potravin, které si klienti mohou vzít. Pracovníci také konzumují jídlo přivezené z potravinové banky. Odůvodňují to nedostatkem času na oběd a považují to za běžné jednání, přestože jednají v rozporu se smlouvou s potravinovou bankou, která zavazuje pracovníky k rozdělení potravin jako formu sociální pomoci.

Osmdesát procent klientů si shání jídlo z kontejnerů. Žádný z klientů se neřadí do subkultury freeganů. Padesát procent dotázaných klientů navštěvuje charitativní organizace, uvedli organizaci FNB, nebo organizaci Naděje, jídlo je tam pro klienty zdarma.

13 Diskuse a závěry

Výsledky jsem interpretoval z 20 polostrukturovaných rozhovorů s klienty, 7 rozhovorů s pracovníky KC a z 5 rozhovory s pracovníky charitativních organizací. Nesbíral jsem sociodemografické údaje, takže bylo snazší zachovat etickou stránku výzkumu.

Výsledky jsou založena na subjektivních názorech klientů. Vzhledem k pokročilé drogové kariéře některých uživatelů, mohou být data zkreslena. Rovněž názory pracovníků a autorova interpretace dat je subjektivní.

Výsledky práce jsem předložil řediteli kontaktního centra a ten svým názorem nepotvrdil nepravost prezentovaných informací.

Pracovníci kontaktních center konzumují potraviny z potravinové banky a porušují tak hlavní bod smlouvy. Jména pracovníků nejsou v rozhovorech uváděna, nehrozí tak zrušení smlouvy, což by mělo za následek ještě menší počet potravin, které by měli klienti k dispozici.

Polévka není výživově bohatá, ale jako teplý pokrm ovlivní somatickou stránku člověka a je to gesto. Výživa je podstatný faktor léčby a ovlivňuje významně zdraví. Je na ní brán zřetel zejména v navazující léčbě a může být i faktorem ohrožující léčbu. Potravinový servis byl přiznán pro 18 klientů, vzhledem k počtu kontaktů 110 za den, je tento počet minimální.

Autorky (Konečná & Čablová) uvedly, že stravovací návyky ve vybraných kontaktních centrech jsou u většiny klientů nedostatečné.

Zahraniční studie to potvrzují a nabádají k přísunu potravin mezi uživatele. Významně se tak ovlivní zdraví, a může se tak zamezit šíření infekčních nemocí (Strike at al., 2012).

Faktor výživy může změnit celý životní styl, zamezit šíření infekčních nemocí, je proto klíčové věnovat více pozornosti, což se v ČR v nízkoprahových službách neděje. Pracovníci uvádí hlavní problém finanční omezení.

Autoři (Vacek & Vondráčková) doporučují adaptaci na zahraniční programy a zavedení oblasti výživy do praxe HR služeb.

Jedna z pracovnic plánuje pro klienty jednou týdně vařit, je tak možný posun v chápání

důležitosti potřeby jídla. Mělo by se více pracovat s oblastí výživy v adiktologii.

Intervence ohledně potravin by měly být individuální a můžou je zajistit ex-useři (Neale at al., 2012).

Většina pracovníků uvedla, že by nejraději dali polévku všem, ale řídí se pravidly. Bylo by vhodné se zamyslet nad nastavením současných pravidel v KC.

Poznatky z kazuistické práce lze použít pro hledání nových způsobů, jak zařadit potravinový servis do běžných služeb kontaktního centra. Je možné tyto informace využít v zařízeních, které se zabývají problematikou výživy a léčbou adiktologických pacientů. Doporučuji navázat na tuto práci a rozšířit vzorek mezi klienty kontaktního centra. Další výzkum by se měl zabývat strategiemi, které by vedly k rozšíření názoru důležitosti stravy mezi nízkoprahovými zařízeními. Doporučuji zkoumat faktor rizikového chování s nejistotou jídla.

Zmapoval jsem historii vydávání jídla do třech období. Období Hrnčové, od roku 1993 do roku 2004. V této době vařili klienti pod samosprávou v hrnci, doba zrušena z hygienických a kapacitních důvodů.

Období Čínské, od roku 2004 do roku 2010. KC přešlo na polévky balené, nejdříve se rozdávaly zdarma, poté byly zpoplatněny. Doba zrušena z důvodu nedostatku času na intervence, s přestěhováním KC a z finančních důvodů.

Období Lékařské, od roku 2010 do současnosti, lékař indikuje potravinový servis. Důvodem je fyzické a psychické poškození klienta. Je přiznán 18 klientům.

KC získává potraviny z potravinové banky dvakrát za měsíc. Toto jídlo je rozdělováno klientům. Pracovníci KC potraviny z banky také konzumují a jednají tak v rozporu s hlavním bodem smlouvy. Osmdesát procent klientů si shání jídlo z kontejnerů, 50 % chodí na jídlo do charitativních organizací. Cíle práce byly naplněny, výzkumné otázky zodpovězeny.

14 Zdroje

- Alves, D., Costa, A.F., Custodio, D., Natario, L., Ferro-Lebres, V. & Andrade, F. (2011). Housing and employment situation, body mass index and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment. *Heroin addiction & Related clinical Problems*, 13(1).
- Bedřich, A. (2009). Alternativní způsoby života v městském prostředí na příkladu *dumpster divingu*. Pardubice Univerzita Pardubice. Filosofická fakulta. Katedra sociálních věd. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Uherek, CSc.
- Beynon C., (2013). Perceptions of food choices of people aged 50 and over in contact with a specialist drug service: a pilot qualitative interview study. *Journal of substance use*.
- Brunclíková, L., Sosna, D., (2012) Garbologie. Zrcadlo konzumní společnosti. *Antropowebzin*, 8(3).
- Čablová, L., Geyerová, P., Vacek, J. (2015). Nutriční návyky a změny ve skladbě výživy u pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích ČR: Pilotní studie. *Adiktologie*, 15(3).
- Divišová, M. (2005). Hypoglykémie – Příčiny, příznaky, léčba. *Sestra*.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger*. London, New York: Routledge.
- Edwards, F., Mercer, D., (2007). Gleaning from gluttony: An Australian youth subculture confronts the ethics of waste. *Australian Geographer*, 38(3).
- Essig, L. (2002). Fine Diving. Salon. Retrieved July 15, 2016 from: http://www.salon.com/mwt/feature/2002/06/10/edible_trash
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R. (2009). Body mass index and alcohol consumption: family history of alcoholism as a moderator. *Psychol. Addict. Behav.*, 23(2).
- Giesbrecht, N., & Haydon, E. (2006). Community-based intervention and alcohol, Tobago and other drugs: foci, outcomes and implication. *Drugs & Alcohol Review*, 25(6).

- Hoffer, A., Saul, W. A. (2009). *The vitamin cure for alcoholism*. USA: Basic health publications.
- Perezmanzano, JL. (2000). Nutritional assessment in alcoholic patients. Its relationship with alcoholic intake, feeding habits, organic complications and social problems. *Drug and alcohol* 59(3).
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kampov-Polevoy, A. B., Eick, C., Boland, G., Khalitov, E. & Crews, F. T. (2004). Sweet Liking, Novelty Seeking, and Gender Predict Alcoholic Status. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(9).
- Konečná, M., Čablová, L. (2013). Stravovací zvyklosti a změny ve výživě u klientů ve vybraných kontaktních centrech. *Adiktologie*, 13(3-4).
- Kleiner, K. D., Gold, M. S., Frost-Pineda, K., Lenz-Brunsmann, B., Perri, M.G., Jacobs, W. S. (2004). Body mass index and alcohol use. *J. Addict. Dis.*, 23(3).
- Lieber, S. CH. (2003). Relationships between nutrition, alcohol use, and liverdisease. *Alcohol Research & Health*, 27(3).
- Lustig, R. H. (2010). Fructose: Metabolic, hedonic, and societal parallels with Ethanol. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(9).
- Montazerifar, F. (2014). Dietary intakes of opiate abusers before and during Methadone Maintenance Treatment. *Heroin addiction and related clinical problems*, 16(4).
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering L. & Fisher J. (2011). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implicacions for nutritional interventions. Society for the study addiction. *Addiction*, 107.
- Neale, J. (2012). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*.

Plojharová, M. (2015). Kontím, fáráš, lovíme: Dumpster diving a balancování na hranici mezi čistým a nečistým. Biograf, Retrieved July 15, 2016 from:

<http://www.biograf.org/clanek.html?clanek=v6101>

RVKPP (2014). Neinvestiční dotace protidrogové politiky Retrieved February 18, 2016 from: <http://dotace-drogy.vlada.cz/prohlaseni-pristupnosti>.

Santolariafernandez, FJ. (1995). Nutritional assessment of drug addicts. *Drug and alcohol dependence*. Retrieved July 1, 2016 from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7648992>

Schantz, J. (2005). One person's garbage, another person's treasure: *dumpster diving*, freeganism, and anarchy. Retrieved July 15, 2016 from:

<http://verb.lib.lehigh.edu/index.php/verb/article/viewFile/19/19>

Strike C., Rudzinsky K., Patterson J., Millson M. (2012). Frequent food insecurity among injection drug users: correlates and concerns.

Svačina, Š. et al. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada.

Tarman, V. & Dewar S. (2011). What does a food addict eat? A diet vs a food plan.

Retrieved 5, June 2012 from <http://addictionsunplugged.com/2011/10/09/a-diet-vs-a-food-plan/>

Vacek, J. & Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, 12(2).

Willett, W., Manson, J., Liu, S. (2002). Glycemic index, glycemic load, and risk of type 2 diabetes. *Am. J. Clin. Nutr.*, 76(1).

Zadák, Z. (2008). *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada.

15 Přílohy

Tabulka počtu kontaktů a počtu vydaných potravinových servisů

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet kontaktů	1498	29102	24711	17765	24031	26267	31568	28003	27349	28027	24004	26667	25003	35992	40144	38379
Ø za den	41	78	68	49	67	72	87	76	75	77	65	73	69	99	110	105
Počet potravinových servisů	12989	12326	7613	14760	5646	4297	5471	5232	3660	4129	1750	2336	3344	6638	7256	6879