



## Stat'

# Zprostředkování podpory (brokerství) jako nástroj koordinace péče: případ sociálních služeb v Anglii

### Úvod

Zprostředkování podpory (nebo také brokerství) je zatím poslední ze série několik desetiletí trvající reformy systému sociální péče v Anglii. Od roku 2009 je součástí celonárodní strategie personalizace – spolu s dalšími prvky, jako jsou „individuální rozpočty“ a filozofie „na jednotlivce zaměřené podpory“ (DoH, 2007). Samotný koncept personalizace plánování podpory je součástí národní politiky sociálních služeb od roku 1991. Dlouhá léta byl spojován s reformou služeb pro lidi s potížemi v učení, kde také vznikl. V současné době se stal dominantním rámcem pro všechny sociální služby. Každá obecní samospráva v Anglii má za úkol převést do roku 2012 alespoň 50 procent všech registrovaných uživatelů na individuální rozpočty. V tomto prostředí hrají zprostředkovatelé podpory důležitou roli. Tato nová strategie personalizace má posílit orientaci služeb na potřeby jednotlivců a umožnit efektivnější využití veřejných prostředků. Navazuje přitom na reformy, které měly posílit práva uživatelů a přeměnit celý systém tak, aby služby tak říkajíc obíhaly kolem uživatele namísto toho, aby uživatelé obíhali kolem služeb.<sup>1</sup>

Zprostředkování služeb má za cíl přesně to, co nese v názvu – zprostředkovat uživatelům přístup ke službám, které odpovídají jejich potřebám. Schopnost naplnit tento cíl předpokládá, že existují na jedné straně uživatelé, kteří se mohou pohybovat mezi službami, a na druhé straně síť služeb, která zajistí možnost volby. Reflexe současného stavu ukazují, že efektivní zprostředkování je v mnoha ohledech stále projektem budoucnosti (Williams, 2009). Pro pochopení toho, co tento model koordinace poskytování služeb je a jak funguje, je potřeba se věnovat jeho počát-

kům a zvláště tomu, jaké změny mu předcházely. V jejich kontextu bylo brokerství formulováno jako potřebná inovace.

Zastřešujícím problémem, který se brokerství snaží řešit, je koordinace využívání služeb sociální péče, jinak také „síťování“ jednotlivců a služeb. Jde o problém českému prostředí ne vždy plně srozumitelný. Hlavně proto, že snahou české reformy sociálních služeb bylo od roku 1990 demontovat tehdejší systém administrativně–profesionální koordinace především lůžkové péče, který zajišťovaly okresní ústavy sociální péče. V českém systému neexistuje koordinace uživatelů a služeb na úrovni obce, která by byla srovnatelná s anglickým systémem v objemu povinností a expertízy soustředěných v osobě sociálního pracovníka. Až současná novela zákona o sociálních službách (květen 2011) začíná s touto funkcí opět experimentovat. V systému existují nástroje, jako jsou marketizace sociálních služeb pomocí příspěvku na péči a komunitní plánování.<sup>2</sup> Jejimi úkoly bylo ale především zajištění existence služeb. Jsou proto také orientované na služby, nikoliv na pohyb uživatelů v systému. Ten se měl „optimalizovat“ jako výsledek nového fungování služeb.

Tento text se ptá na vývoj zprostředkování služeb v systému anglické sociální péče, která má s koordinací na obecní úrovni letitou zkušenost. V textu nejprve stručně shrnu postavení sociálních pracovníků v anglické sociální péči po roce 1968, kdy na obecních úřadech vznikla první oddělení sociálních služeb (*Social Services Departments*). Dál se budu věnovat reformám na počátku devadesátých let, které měly zásadní vliv na podobu celé krajiny sociální péče. Do systému vnesly několik zásadních změn – zavedly case management jako rámec koordinace jednotlivých uživatelů



v systému služeb, odloučily zřizování od poskytování služeb a upravily povinnosti obcí zajišťovat sociální služby pro místní obyvatele (McDonald, 1999). V kontextu těchto změn nacházíme počátky úvah o nástrojích individualizované péče na úrovni obce, jako je nezávislé zprostředkování (*Independent Brokerage*). Jak říkají Simon Duffy a Kate Fulton (Duffy, Fulton, 2010b: 15), pokrok v personalizaci kriticky závisí na rozvoji managementu péče. V závěru text diskutuje využití obecní sociální práce jako aktéra koordinace české sociální péče.

### Koordinace péče a případový management

Ještě před čtyřmi desítkami let vypadala organizace anglické sociální péče v mnohém jako péče v Česku. Byla zajišťovaná z větší části lůžkovou péčí, kterou poskytoval stát. Neziskový sektor hrál doplňkovou roli, především jako advokát změn a poskytovatel některých denních služeb.

Přesto byla už od počátku šedesátých let debata o transformaci především psychiatrické péče nastavena ve prospěch posunu ke službám v komunitě. V roce 1961 vyhlásil ministr zdravotnictví Enoch Powell politiku postupného uzavření velkých léčeben a snížení počtu psychiatrických lůžek na polovinu v průběhu následujících patnácti let. Spolu s tím počítala nová strategie s rozvojem služeb mimo léčebny a s celkovým přesunem zodpovědnosti za sociální a rezidenční služby na místní samosprávy. Na rozdíl od USA (1963) a Itálie (1978), kde došlo k reformám lůžkové péče „přes noc“, trvá anglická reforma dodnes. První léčebna byla uzavřena až v roce 1985. Podle některých autorů (Bennet, Morris, 1983) ale komunitní péče nikdy nebyla o úplném odmítnutí lůžkové péče. Nemocniční služby jsou dodnes součástí zejména akutní psychiatrické péče, která je i přes rozvoj programů rané intervence stále realizována hlavně formou hospitalizací. Kde došlo k téměř úplné deinstitucionalizaci, je oblast dlouhodobé péče pro lidi v produktivním věku. Naopak počet rezidenčních služeb pro seniory se zejména od osmdesátých let víc jak zdvojnásobil (Peace, Kellaher, Willcocks, 1997).

V této době se také proměňuje náplň sociální práce. V roce 1970 byly při obecních úřadech zřízeny odbory sociálních služeb. Příštích dvacet let, do doby zavedení tržních mechanismů ve fungování služeb v roce 1993, spravovali „svoje“ úseky „terénní“ a „rezidenční“ sociální pracovníci

z malých oblastních kanceláří. Některá oddělení byla umístěna v nemocnicích a denních centrech. Sociální práce měla generickou formu, pracovala se všemi cílovými skupinami. Modelem byla „pomoc klientům při vyjasnění problémů v životě a nalezení způsobů, jak se s tím vypořádat“ (Tossell, Webb, 1986: 13). S přibýváním statutárních povinností, zejména v oblasti péče o dítě (*Childrens Act 1989*) a v oblasti duševního zdraví (*Mental Health Act 1983*), se práce terénních sociálních pracovníků postupně specializovala. Rezidenční sociální práce zůstala dlouho přímou socioterapeutickou prací ve službách. Liz Davies (n. d.) vzpomíná, jak hlavní rámec tehdejší sociální práce tvořily koncepty jako sociální spravedlnost a posílení postavení a hlasu klientů v rámci systému. Účastník nedávné internetové diskuse popsal tehdejší dobu takto: „Když jsem studoval sociální práci v sedmdesátých letech, vše, co jsme potřebovali vědět pro porozumění života klientů, bylo obsaženo v konceptech sebeurčení, chudoba, třída a ekonomická nerovnost. To byla naše výbava, pokud jsme chtěli jako sociální pracovníci něco opravdu změnit.“ (Výňatek z debaty, *Community Care* 8. 7. 2010.)

Zákon o zdravotní a komunitní péči z roku 1990 (DoH, 1990) přinesl zásadní změnu. Hlavní důraz se v (obecní) sociální práci přenesl z dlouhodobé případové práce na koordinaci a dohled nad poskytováním služeb pro uživatele, za něž nese obec odpovědnost (McDonald, 1999). Do poskytování sociálních služeb vnesl nové organizační prvky. Na jedné straně došlo k potvrzení zřizovatelské role a povinnosti vyhodnocovat potřeby jednotlivců. Na druhé straně zákon zavedl tržní, resp. „kvazi-tržní“ mechanismus. Tržním prvkem se staly soutěž mezi poskytovateli a oddělení zřizovatelské od poskytovatelské role. Přitom nešlo o plně tržní mechanismus. Proto se hovoří o „kvazi-trhu“. Neziskovým poskytovatelům nadále nešlo o maximalizaci zisku a konzumní síla nebyla reprezentovaná hotovostí na straně uživatelů služeb, ale získala formu rozpočtu na úrovni obce, vázaného na určitou službu. Uživatelé si také nezajišťovali služby přímo, ale prostřednictvím případových manažerů, ve které se proměnili sociální pracovníci. Profesionálové v sociální práci začali být vázání stejně tak rozpočtovými omezeními jako požadavky na bezpečnost a kvalitu služeb. V rámci klasického cyklu případového managementu se úkolem sociálních pracovníků stalo vyhodnocení potřeb, sestavení plánu



podpory, zajištění služeb, které podporu realizují, a jejich průběžná kontrola naplňování jednotlivých potřeb (DoH, SSI, 1991).

V tomto modelu byly vychovány nové generace sociálních pracovníků. Jejich starší kolegové mají ale stále pocit, že změny v devadesátých letech „vyrvaly sociální práci srdce“. Podle výzkumu, který provedl Chris Jones, mnozí profesionálové cítí, že jejich úkolem je spíše realizace úsporných opatření. Taková role dávno „ztratila kontakt s emancipačními ideály sociální práce“ (Jones, 2001). Právě starší generace sociálních pracovníků vidí často v zavedení case managementu zásadní de-profesionalizaci své práce, jak o tom svědčí například *Manifest za novou angažovanou praxi* (Jones a kol., 2007).

V každodenních situacích sociální práce je ale možné nalézt příklady kompromisů a vyjednávání mezi nástrahami manažování péče a podporou klientů – například když se sociální pracovník snaží pro uživatele maximalizovat zdroje a přitom musí strategicky přemýšlet, jak „vyzrát“ na systém rozdělování prostředků na péči.<sup>3</sup>

## Brokerství jako součást obnovy cesty k personalizaci

Koncept brokerství je součástí kritické reflexe a reformy systému managementu a koordinace péče. Jako jiné reformní kroky existuje tendence zdůrazňovat to nové, co přináší, a spolu s tím také diskontinuitu. Zdá se ale, že v tomto případě nejde o odmítnutí stávajícího systému případového managementu. Spíše se jedná o obnovu některých ideálů při zachování a rozvoji existujícího uspořádání péče. Nová koncepce „personalizace“, která je od roku 2008 součástí vládní reformy sociální péče, volá, tak jako dřívější reformy, po větším zapojení uživatelů a vytváření sítě služeb kolem jednotlivců (DoH, 2008). Idea individuálních potřeb jako základu pro flexibilní, na míru šitou péči byla vtělena už do reformy v roce 1990. Případoví manažeři měli tuto ideu naplňovat pomocí individuálních plánů péče, založených na detailním a celostním zhodnocení situace jednotlivého uživatele. Podle kritiků ale reálné fungování systému sociální péče tyto ideály nenaplnilo (Cowden, Singh, 2007, Cambridge et al., 2005). Za prvé, případoví manažeři podle nich stranili zájmu rozpočtů, které začali spravovat, nad zájmy uživatelů. Za druhé, nový prvek „přímých plateb“ (*Direct Payments*), zavedený v roce 1996, který měl po-

sílit pozici uživatelů, je příliš náročný a uživatelé jej málo využívají (HASCAS, 2004). Současná reforma inovuje systém poskytování péče v obou těchto momentech – posiluje roli uživatelů v koordinační a rozpočtové rovině.

V rozpočtové rovině bylo první inovací směrem k posílení role uživatelů zavedení „přímých plateb“ (*Community Care (Direct Payments) Act 1996*). Jsou obdobou českého příspěvku na péči a jiných podobných systémů v Evropě i zámoří, které byly vytvořeny na principu „hotovosti na péči“ (Carr, Robbins, 2009). Stojí na přeměrování finančních zdrojů z dotací službám na přímé platby jednotlivcům. Příjemci přímých plateb měli získat větší kontrolu nad svojí péčí, a v souladu s případovými manažery, vytvářet dvojí dohled nad poskytovateli služeb. Na rozdíl od českého systému nešlo o (pouhý) příspěvek, ale o plnou úhradu. Přímé platby neměly dopředu omezený nebo jinak stanovený objem. Celý systém ale od počátku vykazoval nízkou míru využívání. Uživatelé i profesionálové poukazovali na složitý systém administrace, který znesnadňoval rozšíření přímých plateb mezi uživateli. Podle některých výzkumů stáli za neúspěchem také koordinátoři péče. Byli málo ochotní přímé platby nabízet, hlavně u těch skupin uživatelů, kde předpokládali nízkou schopnost převzít roli zaměstnavatele osobních asistentů nebo nákupčího vlastních služeb (HASCAS, 2004; Spandler, Vick, 2006). Třetí překážkou se ukázal být nedostatek osobních asistentů (Davey a kol., 2007).

Konceptem, který přijal hlavní roli v dnešní politice personalizace, je „plánování zaměřené na člověka“ (*person centred planning*), které vzniklo v osmdesátých letech ve službách pro lidi s potížemi v učení. Postupně bylo zapracováno do širšího projektu „podpory řízené uživatelem“ (*self directed support*). V jádru se jedná o stejnou věc. Sandra Dowling s kolegy rozeznává tři prvky filozofie zaměřené na člověka, které je možné nalézt napříč různými nástroji a přístupy k realizaci změny. Zaprvé, všechny kladou důraz na podporu jednotlivých uživatelů při řízení vlastní péče. Zadruhé, podporují zapojení ne-profesionálů, jako je rodina a přátelé. Zatřetí, v ohnisku jejich zájmu je možnost volby uživatelů, zachování a rozvoj jejich dovedností a orientace na jejich aspirace (Dowling et al., 2006: 4). Personalizace mění postavení jednotlivce v rámci případového managementu. Snaží se zajistit sdílenou odpovědnost za průběh péče. Podle prvního principu plánování



zaměřeného na člověka je to uživatel, kdo rozhoduje, kdo, kdy a jak bude zapojený do průběhu jeho péče (Sanderson, 2000: 3). Tato sebe-manážerská role uživatelů je doplněna propojením se samo-správou rozpočtů v podobě „osobních rozpočtů“ (*Personal Budgets*).

Jedním z prvků, které mají zajistit fungování takto nastavené sociální péče, je nový institut „zprostředkovatelů služeb“ (*support brokerage*) neboli brokerství (Scourfield, 2010). Broker má podle obecné definice podporovat lidi tak, aby sami mohli stanovit cíle a zvolit odpovídající prostředky k jejich dosažení (CSIP, 2007). Důležitá debata se odehrává kolem toho, kdo má a kdo nemá zprostředkování nabízet. Silný argument říká, že brokerství má být oddělené od obecní koordinace péče. Idea je jednoduchá. Případoví manažeři jsou stále vystaveni konfliktu zájmů. Na jedné straně mají podporovat uživatele v rozvrhování vlastní péče, na druhé straně mají stále odpovědnost za rozdělování zdrojů (Williams, 2008).

### Zavádění individuálních rozpočtů a modelu brokerství

V současné době je proces personalizace v plném proudu. Národní indikátor pro místní správu říká, že do poloviny roku 2012 má mít polovina všech uživatelů sociální péče osobní rozpočty. Reforma přijala model, který vyvinulo sdružení *In Control*. Mezi fází vyhodnocení individuálních potřeb a fází plánování je vsunuta fáze stanovení individuálního rozpočtu. Individuální rozpočet je vlastně „pouze“ označením pro stanovení maximální částky (rozpočtu), se kterou může uživatel plánovat naplňování cílů podpory. Při vlastním plánování pak uživatele podporuje (nezávislý) zprostředkovatel, který přispívá podle potřeby informací o existujících službách nebo jiných prostředcích, které uživatel může využít při sestavování sítě svojí péče, případně pomocí s výpočtem nákladů na osobní asistenci a souvisejícími odvody.

Nástrahy při zavádění tohoto modelu do praxe jsou částečně známé z pilotních projektů, které probíhaly od roku 2003 (Poll, Duffy a kol., 2006, 2008). Další překážky se objevují nyní a jsou předmětem pokračující reflexe a vyhodnocování reformy. Pro úspěch personalizace se podle zastánců podpory řízené uživatelem musí změnit především myšlení profesionálů. Helen Sanderson říká, že je třeba přijmout „zcela odlišný

pohled na práci s lidmi, který je v základu vybudován na sdílení moci a na začleňování“ (Sanderson, 2000). Trvalým problémem je chybějící infrastruktura podpory při rozhodování uživatelů, zejména zprostředkovatelů péče. Některé místní samosprávy byly schopné vytvořit podmínky pro nezávislé brokerství. Jiné samosprávy tento úkol stále čeká. Jedním z populárních způsobů, jak realizovat nezávislé brokerství, je spolupráce místních uživatelských organizací.

Podle Carra a Robbinse (2009) ale ani samotný model *In Control* nepodal dostatečné důkazy o tom, že je prospěšný všem uživatelům sociální péče. Přestože je dnes zaváděn jako univerzální model, jeho vyhodnocení ukázalo, že podporu řízenou uživatelem vítají zejména lidé s fyzickým postižením a lidé s potížemi v učení. Ti více a ochotněji akceptují filozofii sebe-hodnocení a na člověka zaměřeného plánování. Především staří lidé jsou méně ochotní tuto filozofii přijmout (Carr, Robbins, 2009).

Autoři modelu uživatelem řízené podpory naopak kritizují samosprávy za rozvolnění původní koncepce. Obce totiž označují za individuální rozpočty i ty případy, kdy koordinátor provede vyhodnocení potřeb, získá údaj o výši individuálního rozpočtu, ale i nadále řídí péči za uživatele. Podle autorů se tak celá koncepce stala pouze formálním cvičením, které navíc mnohé samosprávy využívají především jako způsob, jak ušetřit. Jako cestu k úsporám autoři kritizují také to, jak funguje zapojování rodin do sítí podpory. Nedávno dokonce navrhli raději koncept zprostředkování úplně opustit, než aby měl být jen novým výrazem pro starou praxi profesionálního řízení péče (Duffy, Fulton, 2010). Představitelé samospráv na to odpovídají, že autoři modelu *In Control* mají příliš úzkou definici toho, co je personalizace (*Community Care* 2011). Reforma tak dál trvá, a spolu s ní debata o tom, jaké jsou nástrahy existujícího uspořádání systému sociální péče a jaké jsou možné i nemožné cesty k naplnění ideálu posílení pozice uživatelů.

### Závěr

V českém systému sociální péče se hledá nová definice obecní sociální práce. Přitom se ukazuje, že v systému chybí aktér koordinace využívání služeb uživateli. Koordinace je problém svého druhu a reforma komunitního plánování a financování sociálních služeb jej přímo neřeší. Díky své



strategicky výhodné pozici „nad“ službami se přímo nabízí, aby sociální pracovníci na obcích pracovali s uživateli na jejich co nejuvhodnějším „síťování“ – vytváření individuálních sítí podpory. Na rozdíl od svých anglických kolegů se přitom nemusejí vypořádávat s tíhou mnoha statutárních a často protichůdných povinností, které koordinace péče v Anglii nastrádala za několik posledních desetiletí. V tomto ohledu mají čeští sociální pracovníci, kteří by se koordinaci začali věnovat, blíž k „nezávislým brokerům“, které nezatěžuje odpovědnost za rozpočty, a kteří se tak mohou intenzivněji věnovat zájmům a potřebám uživatelů. Současně není potřeba sítí obecní sociální práce nákladně budovat. Šlo by daleko spíše o rozvoj existující infrastruktury dovedností a institucionálních kompetencí.

*David Kocman*  
výzkumný asistent  
Center for Health Services Studies  
University of Kent

## Seznam literatury

- CAMBRIDGE, P., et al. **The state of care management in learning disability and mental health services 12 years into community care.** *British Journal of Social Work*, 2005, vol. 35, p. 1039–1064.
- CARR, S., ROBBINS, D. **The implementation of individual budgets in adult social care.** SCIE Research Briefing 20, London: Social Care Institute for Excellence, 2009.
- COWDEN, S., SINGH, G. **The ‘User’: Friend, foe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care.** *Critical Social Policy*, 2007, vol. 27, n. 1, p. 5–23.
- DAVEY, V., et al. **Obstacles and dilemmas in the delivery of direct payments to service users with poor mental health practice.** *Social Work in Action*, 2008, vol. 20, n. 1, p. 43–55.
- DAVIES, L., n. d. **Authentic social work.** Manuscript. Available at [www.londonmet.ac.uk/library/z62974\\_24.doc](http://www.londonmet.ac.uk/library/z62974_24.doc) (accessed 23. 2. 2010).
- DoH. **NHS and Community Care Act 1990.** London: HMSO, 1990.
- DoH, SSI. **Care Management and Assessment: Practitioner’s Guide.** London: HMSO, 1991.
- DoH. **Putting people first: a shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care.** London: Department of Health, 2007.
- DoH. **Transforming Social Care. Local Authority Circular LAC DH 1,** January 2008, London: Department of Health, 2008.
- DOWLING, S., a kol. **Person-centred planning in social care: a scoping exercise.** York: Joseph Rowntree Foundation, 2006.
- DUFFY, S., FULTON, K. **Should we ban brokerage?** Sheffield: The Centre for Welfare Reform, 2010a.
- DUFFY, S., FULTON, K. **Architecture of Personalisation. A report on care management and community-based support in Yorkshire and Humber.** Sheffield: The Centre for Welfare Reform, 2010b.
- DUFFY, S., SANDERSON, H. **Person centre planning and care management.** *Learning Disability Practice*, 2004, vol. 7, n. 6, p. 12–16.
- HASCAS. **Direct payments, independent living and mental health: and evaluation.** London: Health and Social Care Advisory Service, 2004.
- JONES, C. **Voices from the Front Line. State Social Workers and New Labour.** *British Journal of Social Work*, 2001, vol. 31, n. 4, p. 547–562.
- JONES, C., a kol. **Social work and social justice: a manifesto for a new engaged practice.** *The Social Work & Society Newsmagazine*, 30 July 2007.
- MCDONALD, A. **Understanding community care: a guide for social workers.** Houndmills: Palgrave, 1999.
- PEACE, S., KELLAHER, L., WILLCOCKS, D. **Re-evaluating residential care.** Buckingham: Open University Press, 1997.
- POLL, C., DUFFY, S., a kol. **A report on In Control’s first phase 2003–2005.** London: In Control, 2006.
- POLL, C., DUFFY, S., a kol. **A report on In Control’s second phase: evaluation and learning.** London: In Control, 2008.
- SANDERSON, H. **Person Centred Planning: Key Features and Approaches.** York: Joseph Rowntree Foundation, 2000.
- SCOURFIELD, P. **Going for brokerage: a task for ‘independent support’ or for social work?** *British Journal of Social Work*, 2010, vol. 40, n. 3, p. 858–877.



SPANDLER, H., VICK, N. **Opportunities for independent living using direct payments in mental health.** *Health and Social Care in the Community*, 2006, vol. 14, n. 2, p. 105–117.

TOSSELL, D., WEBB, R. **Inside the caring services.** London: Edward Arnold, 1986.

WILLIAMS, V. **Support brokerage.** Dartington: Research in Practice for Adults, 2008.

### Poznámky

1 Tento text vznikl v rámci projektu Kvalita života jako cíl transformace ústavní péče, který realizovalo sdružení QUIP: Sdružení pro změnu.

2 Individuální plánování pro tento případ nechápu jako nástroj koordinace pohybu uživatelů v síti služeb, spíše jako její možný datový zdroj.

3 Tento postřeh má zatím paraetnografickou formu, která čerpá z debat a pozorování v rámci mojí zkušenosti koordinátora služeb v jedné londýnské městské části.

Inzerce



Vzdělávací centrum I.E.S., Sdružení Podané ruce, o.s.  
pro Vás na jaro 2012 připravilo tyto kurzy:

**26. 3. 2012** Úvod do problematiky práce s rodiči

**29. – 30. 3. 2012** Krizová intervence

**2. – 3. 4. 2012** Základy sociálního poradenství I

**13. 4. 2012**

Alkoholismus a problematika kombinované závislosti

**25. – 27. 4. 2012** Taneční a pohybová terapie

**3. – 4. 5. 2012** V pasti dluhů

**10. – 11. 5. 2012** Socioterapie

**11. – 13. 5. 2012** Sebereflexe jako účinný nástroj pomáhajícího pracovníka

**21. - 23. 5. 2012**

Kvalifikační multidisciplinární kurz pro pracovníky v sociálních službách se zaměřením na adiktologii

**22. 5. 2012**

Úvod do standardů kvality sociálních služeb

**28. 5. 2012**

Základy sociálně právní problematiky při práci s dětmi a mládeží

**30. 5. – 2. 6. 2012**

Motivační rozhovory a práce s klientem – BASIC

**Pro studenty platí sleva 20 % na všechny kurzy!**

Informace a přihlášky na níže uvedených kontaktech:

I.E.S.  
Hapalova 22  
621 00 Brno

tel.: 541 225 188  
mobil: 777 916 259  
email: ies@podaneruce.cz

www.ies.podaneruce.cz  
www.facebook.com/ies.podaneruce