

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste instituut

Taavet Tomberg

Kogemusnõustamine töös psüühiliste erivajadustega klientidega.

Ülevaateuring erialase kirjanduse põhjal.

Bakalaureusetöö

Juhendajad: Reeli Sirotkina, MSW

Külli Mäe, MA

(Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing)

Tartu 2014

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Taavet Tomberg

02.06.2014

ABSTRACT

„Peer support in working with mental health clients. An overview of literature.“

Objectives: *Peer support in mental health in its essence means sharing your experiences with people in similar situations. It is a recovery based approach to offer insight, advice and hope for people with mental health difficulties. The current study serves two goals: a) to give an overview using literature on peer support to assess its impact and to use the results to empower the peer support system in Estonia; b) analyse the literature in order to give a general understanding of peer support as a profession and to establish a better sense of the role of peer support in the context of Estonian rehabilitation system and mental health services.*

Method: *This study was written as an overview of literature concerning peer support. The literature for the study was chosen if it concerned peer support in mental health settings, work with mental health patients and was published during 2008-2014. The results were used for assessment with the intention to offer a theoretical basis for peer support management in Estonia.*

Results: *Peer support is considered as a valuable asset to a recovery based mental health system. Various studies proved peer support to be a good practice to empower patients/clients and give hope in the potential success of recovery. It was also reported to be beneficial for peer supporters themselves and the mental health system, as people gain more autonomy and learn to cope on their own again. Still, there are some difficulties in integrating peer support to mental health services, mostly concerning the lack of an internationally recognised definition and role of peer support in general. There is also a problem with training and expectations set to peer supporters, as a too formal job description might destroy the naturally developing relationship between the patient and peer supporter.*

Conclusions and Implications for Practice: *The goal of this study is to help peer support to become more rooted in Estonian mental health settings. For peer support integration to Estonian mental health system to be successful, a lot of work still needs to be done concerning the work role of a peer supporter. Training; supervision; stigmatisation; relationships between patients, peers and staff needs to be addressed and evaluated. Much more, the basis of these realisations should probably come from practice, for which this study hopes to be of assistance.*

Key words: *peer support, mental health, mental health system, mental health services, rehabilitation, integration.*

SISUKORD

ABSTRACT	3
SISUKORD	4
SISSEJUHATUS	5
1. MÕISTED	7
2. UURIMISPROBLEEM.....	8
2.1 Ülevaade	8
2.2 Senised lähenemisviisid.....	8
2.3 Probleemipüstitus	8
3. METOODIKA.....	10
4. Tulemused	12
4.1 Kogemusnõustamise sisu.....	12
4.1.1 Definitsioon	12
4.1.2 Kogemusnõustaja ülesanded ja tegevus	14
4.2 Kogemusnõustamise mõju.....	15
4.2.1 Mõju patsiendile/kliendile.....	16
4.2.2 Mõju kogemusnõustajale.....	17
4.2.3 Mõju erihoolekande süsteemile.....	18
4.3 Kogemusnõustamise tegevuste teadvustamine.....	20
4.3.1 Nõuded, ettevalmistus, koolitused.	20
4.3.2 Takistused ja raskused kogemusnõustamise olulisuse teadvustamisel.....	22
5. ARUTELU	24
6. KOKKUVÕTE.....	27
7. BIBLIOGRAAFIA.....	29
8. LISAD	33
8.1 Lisa 1	33
8.2 Lisa 2	35

SISSEJUHATUS

Tänapäeval pole vaimse tervisega seotud häired enam nii maha vaikitud teema kui eelmisel sajandil. Siiski seisame ikka veel probleemi ees, kus vaimse tervise patsiente/kliente vaadatakse kui hoolekande teenuste tarbijaid. Ravi ja institutsionaliseerimise põhine vaimse tervise süsteem vaid suurendab hoolekande koormust ja kulusid.

2001. aasta WHO (*World Health Organization*) raportist ilmnes, et hinnanguliselt 25% elanikkonnast kogeb vaimse tervise probleemide või käitumuslike häirete ilmnemist. Hetkeseisuga moodustab see umbes 12% kogu haiguste mahust ja eeldatavalt kasvab see näitaja 2020. aastaks 15%. Selliste seisundite suurest mahust olenemata on võimalik õige lähenemisega neid näitajaid parandada. Sellele vaatamata arvatakse tõsiste vaimsete häiretega järjepideva ravi saajaid olevat alla 40% (Ahmedani, 2011).

Ajalooliselt pole vaimse tervise probleemidega inimestel ja nende lähedastel olnud võimalust kaasa rääkida vaimse tervise teenuseid puudutavates küsimustes. Sellele lisaks lasub neil sotsiaalse tõrjutuse ja diskrimineerimise risk paljudes eluvaldkondades. Vaimse tervise kontekstis tähendab jõustamine vaimse tervise teenuse kasutaja võimalust valida, mõjutada ja kontrollida neile sobivaid teenuseid kogu oma elu vältel. Jõustamise eelduseks on formaalsete ja mitteformaalsete piirangute kaotamine ning indiviidide, kogukondade, teenusepakkujate ja valitsuste vaheliste seniste suhtelaadide ümberkujundamine. Olukorra muutmiseks on WHO deklareerinud, et teenusekasutaja jõustamine vaimse tervise valdkonnas ei ole sihtpunkt, vaid teekond (*WHO & European Commission Health and Consumers*, 2010). See avaldus rõhutab vajalike meetmete kasutuselevõttu eesmärgiga edendada teenusekasutaja ja hooldaja jõustamist. Loodetavasti on avalduse ilmumisest möödunud aja jooksul ilmnenu ka suundumus riskide leevenemisele ja olukorra järkjärgulisele paranemisele.

Alles hiljaaegu on vaimse tervise valdkonnas juurdunud suundumus järjest enam liikuda traditsiooniliselt ravilt taastumisele orienteeritud lähenemisele, seega on oluline uurida kogemusnõustamise teenuse kohta ja rolli selles valdkonnas (Repper & Carter, 2011). Kogemusnõustamine kujutab endast oma isiklike kogemuste jagamist sarnases situatsioonis inimestega, pakkudes tuge ja nõu ning ärgitades usku taastumise võimalikkusse. On oluline osata märgata potentsiaali taastumisele keskendumises – selle läbi saab aidata

patsiendil/kliendil jälle teovõimeliseks saada, mille tulemusena on tal võimalik võimaluste piires ühiskonna tegemistes kaasa lüüa. Omakorda on sellist lähenemist võimalik vaadata investeeringuna, kuna see vähendaks riigi ja omavalitsuste hoolekandekulusid.

Kuna ettekujutus kogemusnõustamise olemusest on hetkel veel üsna ebamäärane ja mitte üheselt mõistetav, on praktilise töö rakendamise toetamiseks tarvis välja töötada tugev teoreetiline baas millele toetuda.

Käesoleva töö eesmärgiks on kogemusnõustamise teenust käsitleva kirjanduse ülevaateuuring. Eesti on valmis kogemusnõustamise teenuse ja definitsiooni sõnastamiseks, seda näitab kogemusnõustamise teenuse soovitusliku juhendi väljatöötamine, millele see bakalaureuse töö on teoreetiliseks sisendiks. Kogemusnõustamise teenuse juhendi avaldamist on oodata Sotsiaalministeeriumi koduleheküljel käesoleva aasta suveks. Kokkuvõtte juhendist on nähtav käesoleva töö lisas 1.

1. MÕISTED

Erihoolekanne (*special welfare*, ingl. k.) – inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine ning aitamine inimese vajadustele vastavalt tema igapäevaelu tegevustesse panustamisel („Mis on erihoolekandeteenused?“, SM koduleht, 2013)

Integratsioon (*integration*, ingl. k.) – erinevate osapoolte ühtsustamine (Oxford Dictionaries, WWW)

Kaasamine (*inclusion*, ingl. k.) – ühiskonna liikmete maksimaalne kaasahaaramine ühiskonna ellu (Paavel jt., 2001).

Jõustamine (*empowerment*, ingl. k.) – vaimse tervise teenuse kasutaja võimalus valida, mõjutada ja kontrollida neile sobivaid teenuseid kogu oma elu vältel (*WHO & European Commission Health and Consumers*, 2010).

Kogemusnõustamine (*peer support; peer counselling*, ingl. k.) – inimeste omavaheline teadmiste ja kogemuste vahetamine, pakkudes emotsionaalset, sotsiaalset ja/või praktilist toetust ja abi (Mäe, 2014).

Rehabilitatsioon (*rehabilitation*, ingl. k.) – vabaduse, võrdsuse ja kaasatuse edendamiseks läbiviidav protsess, mille eesmärgiks sotsiaalse kaasatuse suurendamine hoolimata inimese füüsilistest ja vaimsetest erinevustest (Blouin & Vallejo Echeverri, 2010).

Töös kasutatavad lühendid:

EPRÜ – Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing

SM – Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium

WHO – World Health Organization

2. UURIMISPROBLEEM

2.1 Ülevaade

Töö toetub suuresti Julie Repper'i ja Tim Carter'i 2011. aasta uuringule, mis pakub ülevaate kirjandusest kogemusnõustamise rolli kohta vaimse tervise valdkonnas aastatel 1995 – 2010, kasutades otsingute puhul sõnadeühendeid „*peer support*“, „*mental health*“, „*recovery*“. Käesoleva töö eesmärgiks on pakkuda eelmainitud töö eeskujul uuenduslikum ülevaade kogemusnõustamist puudutavast kirjandusest kasutades samu otsingumeetmeid ning põhinedes aastatel 2008 – 2014 välja antud töödele.

Eestis on kogemusnõustamine rohkem tähelepanu saanud alles hiljuti, kui vaimse tervise valdkonnas on hakatud keskenduma pigem taastumisele kui ravile. Töö viiakse läbi koostöös Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühingu juhatuse ja taastujate nõukojaga, kes võtavad töö oma praktikate teoreetiliseks aluseks.

2.2 Senised lähenemisviisid

Kogemusnõustamist käsitlevad artiklid ja uuringud koosnevad peamiselt nii kvalitatiivsetest kui ka kvantitatiivsetest analüüsides, mis põhinevad läbiviidud uuringute tulemuste analüüsil. Palju on ka ülevaateartikleid juba tehtud töödest ja uuringutest antud valdkonnas. Fink'i (2010) järgi on kirjanduse ülevaate uuring süstemaatiline, detailne ja korratav meetod teiste uurijate, õppejõudude ja praktikute poolt tehtud tööde ja uuringute hindamiseks ja analüüsiks. Kuna kogemusnõustamise uurimine on küllaltki uus suund, siis on elulisi näiteid kirjeldavad tööd sama väärtuslikud kui tulemuslikkuse kirjeldamisele orienteeritud kvantitatiivsed uuringud (Repper & Carter, 2011).

2.3 Probleemipüstitus

Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande kontekstis on kasvavaks trendiks valdkonnapõhised ülevaateuuringud (Aveyard, 2007). Eestis puudub kogemusnõustamist puudutavad ülevaateuuringud, mis on selle töö teemavaliku aluseks.

Töö jaguneb kaheks osaks - esimeses pooles antakse kirjanduse põhjalt ülevaade kogemusnõustamise mõju hindamisest ja vastavate uuringute tulemustest, et kasutada seda Eesti kogemusnõustamise süsteemi jõustamiseks. Teises pooles antakse kirjanduse analüüsi põhjalt ülevaade rahvusvahelisel tasandil kogemusnõustamise määratlemisest ja sellest

tulenevalt antakse sisend kogemusnõustajate rolli senisest täpsemaks kirjeldamiseks Eesti rehabilitatsioonisüsteemi ja erihoolekande tarbeks.

Töö teemavalik on seotud autori isiklike kogemuste ja läbi praktika tekkinud huvi kooslusena. Autorit huvitab teema juures eelkõige kogemusnõustamise rolli määratlemine rehabilitatsiooniteenuse kontekstis ja Eestis parema teoreetilise baasi väljatöötamine, pakkudes tuge kogemusnõustamise praktikutele ja teistele vaimse tervise rehabilitatsiooni valdkonnas töötavatele inimestele.

3. METOODIKA

Käesolev töö on teoreetiline ja uurimismeetodiks on kirjanduse ülevaade. Ülevaate koostamisel kasutati Fraenkel'i ja Wallen'i 2006. aastal publitseeritud meetodit (Onwuegbuzie jt., 2012).

1. Uurimisprobleemi sõnastamine
2. Teemakohaste allikate otsimine.
3. Metoodiliselt sobiva alusuuringu valik ja selle järgimine.
4. Vajalike otsingusõnade formuleerimine.
5. Leitud allikatest valikute tegemine sisukokkuvõtete põhjal.
6. Valitud artiklite läbitöötamine ja peamiste ideede välja toomine ja kokkuvõtete tegemine.

Töö lähtub Repper, J. ja Carter, T. uuringust „*Using personal experience to support others with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services*“, (2011), mis pakub ülevaate kirjandusest kogemusnõustamise mõju kohta vaimse tervise valdkonnas. Repper'i ja Carter'i eeskujul koostatakse jätku-uuringuna kogemusnõustamist puudutava kirjanduse kaasaegsem ülevaade, mille läbi loodetakse Eestis tulemuslikumalt rakendada kogemusnõustajate värbamist Eesti vaimse tervise süsteemi. Uurimuse suund pandi paika koostöös EPRÜ'ga, kes soovis sellist kirjanduse ülevaadet oma tegevuste teoreetiliseks toetamiseks.

Artiklite otsimisel kasutati EBSCO andmebaase *Medline*, *PsychINFO*, *PsycArticles* ning NCBI andmebaasi *PubMed Central*. Kirjanduse otsing viidi läbi ajavahemikul märts – mai 2014. Otsingul määratleti ajavahemik (2008–2014) ja otsingusõnadena kasutati sõnaühendeid „*peer support*“, „*mental health*“. Vastavate sõnaühendite otsingu tulemusena oli artiklite hulk väga suur (nt. *PubMed Central* andis üle 15,000 vaste, EBSCO kolm nimetatud andmebaasi andsid kokku üle 2500 vaste). Esmane valik toimus peamiselt artiklite pealkirjade järgi, keskendudes inglisekeelsele kirjandusele. Valikust jäid välja artiklid, mis olid ilmunud enne 2008. aastat. Ülevaate tegemisel toetuti kokku 26 artiklile, lõplik valik tehti sisukokkuvõtete põhjal, kui see põhines

a) kogemusnõustamise kirjeldamisel vaimse tervise ja hoolekande asutustes.

b) kogemusnõustajate töö vaimse tervise probleemidega patsientidega/klientidega.

Valdavalt esinesid Ameerika Ühendriikide ja Suurbritannia uuringud, seega artiklite valikul esines valdavalt nende riikide töid. Üsna sageli leidis artikleid, mis käsitlesid kogemusnõustamist mõnes muus valdkonnas. Esmane ülevaade vaimse tervise olukorrast ja sellele rakendatavatest abinõuetest saadi Maailma Tervishoiuorganisatsiooni kokkuvõtetest (WHO, 2013).

Analüüsi puhul lähtuti sisukokkuvõtetest ja veenduti artikli vastavuses valiku kriteeriumitele. Seejärel jaotati saadud info erinevate valdkondade järgi tulemuste peatükis, lähtudes Repper'i ja Carter'i töö eeskujust ning käesoleva töö eesmärgist pakkuda sisendit kogemusnõustamise teenuse arendusse Eestis.

Tulemused jaotati järgnevalt: a) kogemusnõustamise sisu – definitsioon, kogemusnõustaja ülesanded ja tegevused; b) kogemusnõustaja mõju – mõju patsiendile/kliendile, mõju kogemusnõustajale, mõju erihoolekande süsteemile; c) kogemusnõustamise tegevuste teadvustamine – süsteem, nõuded; d) takistused ja raskused kogemusnõustamise olulisuse teadvustamisel. Järgmisena viidi läbi arutelu ning järeldused ja soovitused kogemusnõustamise kirjeldamiseks ja integratsiooniks Eesti vaimse tervise süsteemi.

4. Tulemused

4.1 Kogemusnõustamise sisu

4.1.1 Definiitsioon

Kirjandusest ilmneb, et kogemusnõustamise korrektne defineerimine on üks keerulisemaid ja samas ka olulisemaid ülesandeid, mida on kogemusnõustamise edukamaks integratsiooniks ravi, rehabilitatsiooni ja toetavate teenuste süsteemi vaja teha. Mitmed allikad pakuvad kogemusnõustamise määratlemiseks üpris ühtsete tunnusoontega definiitsioone, kuid puudub selgete piiritlestega definiitsioon, mis tuleneb peamiselt kogemusnõustamise professionaalsuse käsitlemisega seotud küsimustest.

Kogemusnõustamise idee mõistmiseks on esmalt vaja mõista taastumise ja rehabilitatsiooni printsiipe.

DUO heade praktikate kogumikus (Mäe, 2011) kirjeldatakse taastumist kui „sügavalt isiklikku, ainulaadset protsessi, mille käigus inimene muudab oma hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmärke, oskusi või rolle. See on viis elada rahuldustpakkuvalt, lootusrikkalt ja omalt poolt panustades isegi siis, kui haigus seab piiranguid.“

Sotsiaalministeeriumi kodulehel defineeritakse rehabilitatsiooni kui eesmärki parandada inimese iseseisvat toimetulekut, soodustada töötamist või tööle asumist ja suurendada ühiskonnas osalemist („Mis on rehabilitatsiooniteenus?“, SM koduleht, 2014). Blounin ja Vallejo Echeverri, (2010), sõnastavad rehabilitatsiooni sisu kui vabaduse, võrdsuse ja kaasatuse edendamiseks läbiviidav protsess, mille eesmärgiks sotsiaalse kaasatuse suurendamine hoolimata inimese füüsilistest ja vaimsetest erinevustest.

Need kaks mõistet on tugevas seoses kogemusnõustamise olemuse mõistmisega.

Repper'i ja Carter'i, (2011), järgi pole veel määratletud üldtunnustatud kogemusnõustamise definiitsiooni, kuid tavaliselt mõistetakse selle all samalaadsete elukogemustega inimeste vastastikust toetamist, et kergendada hetkeolukorrast tingitud probleeme. Kogemusnõustamise alustalaks on arusaam, et sarnaste läbielamistega inimestel on üksteise suhtes parem mõistmine ja seeläbi on nad võimelised pakkuma paremaid nõuandeid ja empaatiat.

Kogemusnõustamisele on viidatud ka kui heaolu mudelile, mis keskendub taastumisele ja patsiendi/kliendi tugevustele, mitte sümptomite ja probleemidega tegelemisele.

Grant jt., (2012), järgi on kogemusnõustaja inimene, kes on taastumas või taastunud haigusest ja on palgatud vaimse tervise süsteemi poolt eesmärgiga pakkuda tuge ja jagada oma isiklikke kogemusi, mille läbi aidata patsienti/klienti paremini taastuda.

Kogemusnõustamine on varem loomulikult aset leidnud olukordades, kus inimesed jagavad sarnaseid probleeme ja läbielamisi. Eesmärgipärane ja formaalsem kogemusnõustamise käsitlus hakkas tekkima tõenäoliselt Anonüümsete Alkohoolikute loomisega. Sarnaste läbielamistega inimesed on üksteisele toeks ja jõustavad teineteist oma probleemidega paremini toime tulema. Jagatud kogemustest lähtuvad ka eneseabi ja vastastikuse abistamise grupid vaimse tervise valdkonnas (Repper & Carter, 2011).

Teenusena on kogemusnõustamine olemas olnud juba mõnda aega mitmel pool maailmas. Ameerika Ühendriikides edestavad kogemusnõustajate poolt pakutavad teenused peaaegu kahekordselt traditsioonilisi, professionaalide poolt juhitud vaimse tervise organisatsioone. Enamik neist pakuvad tuge kohalikule kogukonnale spetsiifilise probleemi puhul (sõltuvushäired, ärevus- ja paanikahäired, personaalsed kriisid jm.) või jõustamist konkreetse eesmärgi suunas (hariduse edendamine, tööhõive). Teisalt on kogemusnõustajate tööhõive vaimse tervise valdkonnas olnud aeglasem võrreldes teiste valdkondadega, kus kogemusnõustamine rakendust leiab. See on tõenäoliselt mõjutatud vaimsete häirete ja haigustega seonduvatest stereotüüpidest (Repper & Carter, 2011).

Mäe, (2014), järgi leiab kogemusnõustamine aset siis, kui inimesed vahetavad üksteisega teadmisi ja kogemusi, pakkudes emotsionaalset, sotsiaalset või praktilist toetust ja abi. Enamasti seostub see koolitatud tugiisikute initsiatiiviga ning võib omada mitmeid erivorme nagu mentorlus, aktiivne kuulamine või nõustamine. Mõistet „kogemusnõustamine“ kasutatakse ka juhtudel, kus kolleegid või eneseabiorganisatsioonide liikmed kohtuvad kui võrdsed, et anda üksteisele vastastikust tuge ja abi. Sellistel juhtudel märgib kogemusnõustaja isikut, kellel ei ole toetajana rohkem ekspertteadmisi kui nendel, kellele ta abi osutab ning omavahelistes suhetes on kõik võrdsed

4.1.2 Kogemusnõustaja ülesanded ja tegevus

Kogemusnõustaja ülesanded ja tegevused on kirjanduses kajastatud alates patsiendi/kliendi nõustamise ja kogemuste jagamisega seotud ülesannetest lõpetades eestkoste, huvikaitse, administreerimise ja organisatoorse tegevustega.

Palju mõjutab rolli defineerimisel asutuse suunitlus, kuhu kogemusnõustaja värvatakse. Rollid kujunevad alates kergematest abistavatest ülesannetest töös patsientide/klientidega lõpetades administratsiooni, huvikaitse ja kogukondliku teavitustööga. Simoni jt., (2011), loetleb oma töös kogemusnõustajatele omistatud mitmekülgseid ülesandeid, nagu näiteks: nõustamine, koolitamine, teavitamine, tervisest informeerimine, abistamine, sekkumine, õpetamine, sõbraks olemine, toetamine.

Walker'i ja Bryant'i, (2013), järgi hõlmab kogemusnõustamine psüühilistest häiretest ja haigustest taastuvaid ja/või juba taastunud inimesi, kes pakuvad tuge teistele taastujatele. See põhineb uskumusel, et psüühika häireid ja haigusi põdenud ja neist taastunud inimesed suudavad paremini pakkuda tuge, toetust ja lootust ning usku paranemise võimalikkusse.

Kogemus, lähenemine, kohalolek, eeskujuks olemine, koostöö, katsumused ja kompromissid käivad kogemusnõustaja tööfilosoofia juurde. Kogemusnõustamine on tugevustele keskenduv, üksteisest lugupidav ja mittesüüdistav (*non-judgemental*) lähenemine, mis põhineb nõustaja endi kogemustel (Jacobson jt., 2012).

Simon jt., (2011), järgi varieeruvad kogemusnõustajate tegevused alates tavalisest abistamisest, kus tööülesanded toetavad konkreetse asutuse toimimist, lõpetades paraprofessionaalsete ülesannetega, kus kogemusnõustajad on täielikult integreeritud osaks teenust pakkuvast personalist. Täpsem rolli määratlemine sõltub konkreetsest juhtumikäsitlusest, seotud eesmärkidest, patsientide/klientide vajadustest ja kogemusnõustajate integreerimise võimalustest. Veel võib ühe võimalusena kogemusnõustaja positsiooni paremaks määratlemiseks vaadelda teenuse integreerimist haiguse või häire konkreetsetel etappidel, näiteks: enne haigestumist, asümptomaatilisel eeldiagnoosimisel, sümptomaatilisel eeldiagnoosimisel, diagnoosimise ajal, varases ravi staadiumis, haiglaravil, pärast haiglaravi, järjepideva ravi puhul ja tagasilanguste ajal. See näitab kogemusnõustajate paindlikkust ja võimaldab paremini näha nende suhet ja asetumist professionaalsete töötajatega. On oluline teada kuidas ja millal on tarvis kogemusnõustamist pakkuda.

Jacobson jt., (2012), jaotab kogemusnõustaja ülesanded patsientidega/klientidega töötamisel otsesteks ja kaudseteks. Otsesed ülesanded on näiteks eestkoste/esindamine, huvikaitse (*advocacy*), ressursside kaardistamine, kogemuste jagamine, kogukonna loomine, suhete loomine, gruppide läbiviimine, mentorlus ja enesekindluse/sotsialiseerumise julgustamine. Kaudsed ülesanded on näiteks gruppide planeerimine, administreerimine, superviseerimine, teadlikkuse edendamine, informatsiooni kogumine.

Kogemusnõustamise läbiviimisel on oluline osa gruppidega töötamine, kuna nii on võimalik kogemusnõustamist läbi viia rohkemate inimestega. Gruppide puhul rakendub üksteiste ärakuulamine ja samas on võimalik rääkida ja arutada muresid vastastikuselt. Samas on gruppide läbiviimise puhul oluline, et grupitööst endast ei saaks patsiendile/kliendile koormat. Selleks pakuvad Miller ja Mason, (2012), üheks grupi moodustamise viisiks välja avatud grupi (*open-ended group*, ingl. k.) meetodi. Zastrow'i, (2009), järgi on avatud grupi töömetoodika selline, kus grupiliikmed on pidevas vahetuses – osad liikmed lahkuvad grupist ning uued liikmed tulevad juurde mille läbi lisatakse grupitööle pidevalt uusi vaatenurki. Sellisel grupil on ka oma varjuküljed vähese usalduse ja pinnapealse suhtluse näol ning grupisisene ühtsus, probleemide taust ning motiveeritus võib olla varieeruv.

Kogemusnõustajatele omistatud ülesanded ja tegevused kätkevad endas patsiendi/kliendi nõustamist, toetamist, ära kuulamist, kogemuste jagamist, eestkostet, huvikaitset. Laiemas perspektiivis on kogemusnõustajate ülesanded seotud administreerimisega, gruppide loomise ja läbiviimisega, ressursside kaardistamisega, ja kogukondade teadlikkuse tõstmise ja informeerimisega ning diskrimineerimise ja stereotüüpiate lõhkumisega.

4.2 Kogemusnõustamise mõju

Kogemusnõustaja mõju on suuresti seotud tema ülesannetega. Kogemusnõustamise eelis traditsiooniliste rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenustega on kogemusnõustaja ja patsiendi/kliendi vaheline usaldussuhe, mis saab tekkida tänu ühisele mõistmisele. Samal ajal toimib kogemusnõustaja patsiendi/kliendi ning asutuse või süsteemi vahelise kommunikaatorina. Kogemusnõustaja saab anda nõu ning aidata vastastikuselt mõista mõlema osapoole positsiooni.

Ühe New York'i osariigi vaimse tervise kliinikus kirjeldasid nii kliiniku direktor kui ka sinna tööle võetud kogemusnõustaja tema rolli integreerimist kliiniku meeskonda. Mõlemad pooled kirjeldasid raskusi integratsiooni algusfaasis, mis tulenesid suuresti ebaselgusest kogemusnõustaja ja ülejäänud personali tööülesannete jaotamisega, kuid lõpptulemused olid kõigi jaoks positiivsed. Pärast konkreetsete tööülesannete kinnistumist tundis kogemusnõustaja end osana meeskonnast ning nägi uut mõtet ja sihti oma elus. Kliiniku direktor märkis paremat mõistmist patsiendi/kliendi muredest kliiniku personali poolt. (Dragatsi & Alvarez, 2012).

Kogemusnõustamise tulemuslikkuse ning hea töökeskkonna tagavad meeskonna rollide selge piiritletus ja hästi läbimõeldud süsteemne struktuur (Totman jt., 2011).

Jacobson jt., (2012), uuringust ilmneb, et nii patsiendid/kliendid kui ka teised meeskonnaliikmed täheldavad kogemusnõustamise positiivset mõju elukvaliteedi, hoolekande, patsientide/klientide informeerituse, kaasamise (*engagement*), moraali, jõustamise ja lootuse puhul.

4.2.1 Mõju patsiendile/kliendile

Kogemusnõustamise puhul on äärmiselt oluline uurida patsientide/klientide arvamust, kuna näiteks Cabral jt., (2014), väidavad, et konkreetseimat ülevaadet kogemusnõustamise mõjust ja kogemusnõustajate olulistest omadustest ja oskustest oskavad pakkuda just patsiendid/kliendid.

Kogemusnõustamisse suhtumist Inglismaa klubimajades (*clubhouse*) käsitlevas uuringus väljendasid kogemusnõustamise teenuse kasutajad suurenenud usalduse, isiklike kogemuste jagamise ning kogemusnõustaja ja patsiendi/kliendi vahelise suhte olulisust (Biegel jt., 2013). Simpson, jt., (2014), märgivad Suurbritannia psühhiaatriaiglates läbiviidud uuringus, et võrreldes kontrollgrupiga kes teenust ei kasutanud kogemusnõustamise kasutajatel ravi edukuse mõttes otseseid eeliseid ei täheldatud. Küll aga nentisid teenusekasutajad suurenenud lootust ja usku paranemisse.

Robinson jt., (2010), soovivad kogemusnõustamist kasutada ka nooremate patsientide/klientide seas, kes on psüühikahäire pärast haiglasse sattunud esmakordselt.

Esmakordsete haigusjuhtude puhul on vaja uurida kogemusnõustamise potentsiaali ja patsientide/klientide suhtumist teenusesse ning mõlema poolse kasu olemasolu (Robinson jt., 2010).

Enamus probleeme kogemusnõustamise integreerimisel tulenevad rolli ja suhete käsitlemisest. Ebaselge roll, piirangud, rolli mitmemõttelisus, staatus ja madal kompensatsioon on kõige põhilisemad murepunktid, millele keskenduda (Miyamoto & Sono, 2012).

Kui inimest koheldakse pidevalt kui patsienti/klienti siis võib inimene hakata ennast tundma abituna ja sõltuvana välisest abist. Selline „abistatava“ mina-pilt ei aita kaasa taastumisele. Kogemusnõustamine võimaldab ennetada traditsioonilist „abistaja – abisaaja“ suhet läbi patsiendi-/kliendikeskseks muutmise, tema olulisus seisneb võimes patsientides/klientides ärgitada usku ja lootust paranemisse. Pakkudes eeskuju ja ehtsat näidet taastumise võimalikkusse, võimaldab see patsiendil/kliendil seada isiklikud eesmärgid taastumise teekonnal.

4.2.2 Mõju kogemusnõustajale

Kogemusnõustamine vaimse tervise valdkonnas on vaadeldav kui võimaliku karjäärivalikuna psüühikahäireid põdevale või põdenud inimesele. Oma kogemuste põhjal teiste nõustamine eeldab, et tegu on oma ala eksperdiga, mis võimaldab kogemusnõustajale võimalust eneseteostuseks.

Moran jt., (2014), märgivad, et töötamine kogemusnõustajana aitab kaasa suuremale motiveeritusele, kuna see võimaldab inimesel tunda end iseseisvama ja kompetentsena. Kogemusnõustajad hindavad võimalust end avada ja jagada oma kogemusi ning samas laiendada oma suhtlusringkonda. Väga oluliseks peetakse ka kuuluvuse tunnet kolleegide seas. Jones jt., (2013), nendivad kogemusnõustajate endi kogemuste sarnasust patsientide/klientide omadega, mis aitab kaasa vastastikuse usalduse tekkimisele.

Sellise usaldusliku suhte tekkimine inimestega, kes taolises situatsioonis ise kunagi pole olnud, oleks võimatu ja ongi kogemusnõustamise kõige põhilisemaks väärtuseks ning eripäraks. Kogemusnõustamine võib olla ka vastastikune protsess, kus toetus võib kanduda ühelt osapoolelt teisele ja vastupidi, kuna patsientide/klientide seisundi paranemine mõjutab

omakorda kogemusnõustaja motiveeritust. Periooditi võib kogemusnõustaja muutuda ise abivajajaks ja rollid võivad vahetuda.

Bouchard jt., (2010), uurisid neljas erinevas vaimse tervise asutuses loomulikult toimuvat kogemusnõustamist. Nende patsientidega/klientidega läbi viidud intervjuud tõlgendasid kogemusnõustamise positiivset mõju ja selle toimumist loomulikult ilma asutuse töötajate sekkumiseta. Patsiendid/kliendid kirjeldasid kogemusnõustamist kui protsessi, mis hõlmab nii oma olukorra jälgimist ja analüüsimist, oma mõtete ja tunnete kajastamist, vastutuse võtmist ja ka tulemuste hindamist. Vastastikused toetavad tegevused koosnevad igapäevaelu tegevustega toimetulemise aitamisest, tarbeesemete omavahelisest jagamisest, üksteise nõustamisest, sotsialiseerimisest ja emotsionaalse toe pakkumisest. Positiivsed mõjud on kahepoolsed ja aitavad kaasa vaimse tervise taastumisele ja elukvaliteedi paranemisele.

Austraalias on valitsuse poolt rakendatud programm, kus keskendutakse kogemusnõustajate koolitamisele ja tööhõivele ning töölevõtivate organisatsioonide konsulteerimisele ja abistamisele. Selle programmi tulemuslikkuse uurimuse käigus on täheldatud kogemusnõustamisega kaasnevat stressi, seega on vajalik teenusepakkujatele välja töötada tugisüsteem, mis aitab tööl ilmnevate katsumustega paremini toime tulla. Projekti käivitamisest alates on kogemusnõustajate tööhõive pidevalt kasvanud (Franke jt., 2010).

Kogemusnõustamise mõju kogemusnõustajale endale on eelkõige seotud suurema iseseisvuse ja pädevuse tekkimisega. Suhtlemine, kolleegide olemasolu, enda kuuluvuse tundmine ja võimalus aidata sarnaste läbielamistega inimesi pakuvad kogemusnõustajale aitavad kõik kaasa kogemusnõustaja autonoomsuse tekkele ja isiklikule taastumisele. Samas tuleb silmas pidada ka võimalikke negatiivseid mõjusid, mis kaasnevad uude rolli sisseelamisel kaasnevatest võimalikest stressoritest ja ülejäänud personaliga lävimisest. Kohustuste olemasolu võib sammuti päädida stressi ilmnemisega, kuid teisalt tõstab see enesehinnangut kogemusnõustajale usaldatud ülesannete näol.

4.2.3 Mõju erihoolekande süsteemile

Kogemusnõustamist rakendatakse vaimse tervise teenuste puhul järjest enam, eelkõige on seda trendi võimalik näha vabatahtliku töö puhul, kuid ka hõive professionaalse teenusena

liigub tõusvas joones (Lloyd-Evans jt., 2014). Kogemusnõustamine aitab vaimse tervise ja erihoolekande süsteeme muuta kliendikessemaks ja taastumispõhisemaks.

Grant jt., (2012), kajastavad oma uuringus 59 kogemusnõustaja hinnanguid nende integratsiooniperioodil asutuse meeskonnatöösse. Uuringusse kaasatud uuritavad erinesid ea, rassi ja haridustaseme poolest, paljudel oli mingil alal kõrgharidus. Kogemusnõustajad pakkusid uusi teenuseid ja tegelesid kogemusnõustaja rollile omaste ülesannetega, mida varem asutustes ei pakutud. Uuring näitas integreerituse kõrget taset, kogemusnõustajate kõrget tööga rahulolu ja tugevat toetust organisatsiooni poolt. Need näitajad näitavad kogemusnõustajate aktsepteerimist kolleegide poolt ning vähendavad läbipõlemise ja tööst loobumise riske ja iseloomustavad vaimse tervise süsteemi liikumist taastumispõhisele lähenemisele (Grant jt., 2012). Sellest võib järeldada, et kogemusnõustamise mõju tuleneb mitte ainult kogemusnõustaja enda tegevustest, vaid on seoses ka kolleegide ja asutuse poolse suhtumisega

Cabral jt., (2014), nendivad iga uue teenuse integreerimisel süsteemi kaasnevaid probleeme ja rollisegadust, sellepärast on äärmiselt oluline, et tekkivate probleemidega tegeletaks võimalikult kiiresti, et oleks võimalik pakkuda võimalikult kvaliteetset ja optimaalset teenust. Et seda edukamalt teha on vajalik põhjalikum kogemusnõustaja rolli mõistmine süsteemis. Eelkõige on vaja läbi viia teavitustööd ja koolitusi asutuste personaliga, kus kogemusnõustajad töötavad. Neid on vaja kurssi viia, kuidas kogemusnõustaja rolli nende organisatsioonis või asutuses oleks kõige mõistlikum rakendada ning aidata näha kogemusnõustamise positiivset mõju. Väga oluline on ka patsientide/klientide hinnangute arvestamine, kuidas nemad ise näevad kogemusnõustaja tööd nendega töötamisel. Kogemusnõustajate lisamine patsiendi-/kliendikesksesse meeskonda võib aidata kaasa erinevate töötajate paremale koostööle. Seda on vaja teha toetavas keskkonnas, kus meeskonnaliikmete ülesanded on selged. Tarvilik on ka korraliku infrastruktuuri loomine pakkumaks patsiendile/kliendile tuge ja optimaalseid teenuseid

Erinevalt professionaalsest meeskonnast on kogemusnõustajad positsioonis, mis jääb patsiendi/kliendi ja teenusepakkuja vahele ning seeläbi hõlbustab nende kahe osapoole vahelist suhtlust (Moll jt., 2009). Kogemusnõustamine võimaldab erihoolekande süsteemil muutuda taastumispõhisemaks, aidates süsteemil mõista paremini patsiendi/kliendi vajadusi.

4.3 Kogemusnõustamise tegevuste teadvustamine.

4.3.1 Nõuded, ettevalmistus, koolitused

Kuna uuringutes juureldakse väga palju kogemusnõustaja definitsiooni ja ülesannete üle, siis paratamatult tekib palju küsimusi ka kogemusnõustamise kui professiooni määratlemise suhtes. Mõned tööd pakkusid välja programme (Chinman & Salzer, 2012) kogemusnõustajate koolitamiseks ja praktikastandardeid kogemusnõustamise eesmärkide ja eelduste paremaks määratlemiseks (Gillard jt., 2013). Teisalt toodi välja kogemusnõustamise liigse standardiseerimise puhul oht patsiendi/kliendi ja kogemusnõustaja vahelise usaldussideme mitte-tekkimise näol (Jacobson jt., 2012). Liigne süsteemi poolt kujundatud ametistandard võib tekitada patsientides/klientides umbusku kogemusnõustaja suhtes.

Jacobson jt., (2012), toovad oma töös välja mõningad kogemusnõustajatele ülekantavad kvalifikatsioonid. Selle järgi on kogemusnõustajatel vaja eelkõige valdkonnapõhiseid teadmisi. Tarvis on tunda vaimse tervise ja sotsiaalteenuste süsteeme ning patsientide/klientide õigusi.

Kogemusnõustaja peab olema võimeline töötama erinevates asutustes mitmesuguse taustaga inimestega, nii patsientide/klientide kui kolleegidega, läbi viima nii grupitööd kui ka individuaalnõustamisi, peab olema valmis kohanema erinevate olukordadega.

Kogemusnõustajale vajalike oskustena toovad Jacobson jt. välja organiseerimise ja planeerimise oskused, et läbi viia üritusi, kasvõi näiteks inimeste teavitamiseks kogemusnõustamisest.

Koostöövalmidus ja aktiivne kogukonnatöö, hea suhtlemisoskus ning võime esineda publiku ees ja läbi viia töötubasid, õpetamise ja läbirääkimise oskused, arvutikasutamise oskused on kõik vajalikud kogemusnõustaja töö eduks.

Department of Veteran Affairs Office of Mental Health Services Ameerika Ühendriikides on välja töötanud kogemusnõustajate koolitusprogrammi, mille pikkus on 40 – 80 tundi ning käsitleb teemasid nagu oma kogemuse kasutamine taastumismehhanismina, vastastikuste tugigruppide moodustamine ja juhtimine, kuulamise ja küsimise tehnikad, probleemilahendusoskused, taastumisplaanide planeerimine ja läbiviimine, eetiliste probleemidega toimetulek ja vaimse tervise alused (Chinman & Salzer, 2012). *National Association of Peer Supporters* arendavad praktika standardeid, mis võimaldaksid

kogemusnõustamist määratleda väärtushinnangute, kvaliteedi, eetilise käitumise, töö rolli ja peamiste eelduste põhjal (Gillard jt., 2013).

Jacobson jt., (2012) väidavad, et kuigi ametikirjeldus on äärmiselt vajalik, ei tohiks see kogemusnõustamise puhul olla kindlalt fikseeritud, kuna peab säilima võimalus kohaldada kogemusnõustamist vastavalt vajadusele. Kogemusnõustamine on arenev amet ja tööpõhimõtted võivad kontekstist lähtuvalt olla erinevad (Jacobson jt., 2012). Veel toovad Jacobson jt. esile viis iseloomulikku joont, mis muudab kogemusnõustaja töö efektiivseks. Nendeks on kogemus (eriline teadmiste pagas ja suhe patsiendiga/kliendiga); lähenemine (*approach*) (oma rolli tõttu on patsiendile/kliendile lihtsam läheneda); kohalolek (patsiendi/kliendi murede kuulamine ja nõustamine); eeskuju (patsientidele/klientidele annab lootust paranemisele, meeskonnale näitab taastumise protsessi); koostöö (patsiendi/kliendi ja hoolekande teenuse/süsteemi vaheline suhtlemine).

Simoni jt., (2011) nendivad, et kuigi kogemusnõustajate tööülesanneteks on valdavalt „abistamise“ ja „toetamisega“ seotud tegevused, ei ilmne kirjandusest üldjuhul täpselt defineeritud tegevuskava, mis oleks omane spetsiaalselt kogemusnõustajatele. Täpsem ameti identiteet võimaldaks paremini määratleda kogemusnõustajatelt oodatavaid tegevusi ja aitaks kaasa nende töö suuremale efektiivsusele. See aitaks ka paremini analüüsida kogemusnõustamise edu või ebaedu erinevate juhtumite puhul ja võimaldaks uurida, millistes tegevustes on kogemusnõustajast enim abi ja milliste puhul oleks vaja professionaalsemat lähenemist (Simoni jt., 2011).

Kogemusnõustajatele vajaliku koolituse või treeningu osas tekib küsimus, kui palju ja kas üldse oleks kogemusnõustajaid vaja koolitada. Kogemusnõustaja pagasiks on tema isiklik kogemus, mis tekitab töös patsiendiga/kliendiga võimaluse samastuda. Koolitamine võib sellele aga negatiivselt mõjutada, kuna eriline usaldussuhe kogemusnõustaja ja patsiendi/kliendi vahel võib saada hoopis teistsuguse ilmingu. Sellele vaatamata on vajalik mingit laadi ettevalmistus, mis aitaks ära hoida ebamäärasest rollimääratlusest tulenevat liigset stressi, mis muidu võiks kogemusnõustajale osaks saada (Alberta jt., 2012).

Kogemusnõustajate koolitamise ja ettevalmistamise puhul märgitakse, et läbi konkreetse kutsestandardi loomise on kogemusnõustaja tegevuste ja ülesannete määratlemine lihtsam.

Samal ajal ollakse eriarvamustel koolituste mahukuse ja paindlikkuse osas, kuna liigne professionimääratlemine muudaks kogemusnõustamise järjekordseks süsteemipõhiseks teenuseks ning patsiendid/kliendid võivad kaotada usalduse kogemusnõustajatesse, mis on nende töö peamiseks eelduseks.

4.3.2 Takistused ja raskused kogemusnõustamise olulisuse teadvustamisel

Peamised takistused ja raskused on seotud nii ebamäärase ülesannete määratlemise ja üldtunnustatud kogemusnõustamise definitsiooni puudumisega. See avaldab mõju töös patsientide/klientidega, kogemusnõustajatele endile ülesannete mõistmise kui ka värbavatele asutustele personali rollide piiritlemise näol. Suhtumine ja seotud ootused võivad kogemusnõustajale põhjustada palju pingeid, mis on aga kogemusnõustamise rakendamise ideedega vastuolus. Kõik see pärsib kogemusnõustamise täieliku potentsiaali saavutamist.

Alberta jt., (2012), kajastavad vaimse tervise süsteemide ja erihoolekande asutuste muret teenustepakkumiste laienemise osas. Aastatepikkune töö ja pingutused luua konkreetseid professionaalseid ameteid süsteemis, mis kunagi põhines vabatahtlikkusel, võib nüüd liikuda jällegi ebaprofessionaalsuse suunas, kuna kogemusnõustamise puhul ei saa talle määratleda täisprofessionaalset käsitlust. Gillardi jt., (2013), uuringus toodi kogemusnõustamisega kaasnevate kasutegurite kõrval välja ilmingud, kus ootused teenuseosutaja rollile erinesid, puudus üksmeelne ettekujutus kogemusnõustamise praktikast ja selgus kogemusnõustajate vähene toetus nende rollide eristamisel süsteemist.

Teisalt tuleks aga kogemusnõustamist vaadata kui sotsiaalhoolekande koormust vähendavat praktikat. Kuna kogemusnõustamise teenuse pakkumine on riigi kulusid säästev ja samas võimaldab kogemusnõustajatel olla väärtuslikeks ühiskonna liikmeteks, siis on kogemusnõustamise integratsiooniga kaasnevate probleemidega tegelemine täna teerajajaks jätkusuutlikuma vaimse tervise süsteemi ülesehitamisele homme.

Paljud tervishoiusüsteemid on võtnud tarvitusele meetmeid, mis võimaldaksid praktikutel keskenduda nende ekspertiisi nõudvatele ülesannetele. Seega võib kogu süsteemile osutada kasulikuks määrata kogemusnõustajatele ülesandeid, mis ei nõua eriharidust, nagu näiteks majutuse või töökoha otsimine. Seeläbi on võimalik hoolekande kvaliteeti suurendada, kuna

professionaalsel personalil on võimalik paremini keskenduda nende pädevust nõudvatele ülesannetele (Alberta jt., 2012).

Repper ja Carter, (2011), väidavad, et on vaja pädevat kogemusnõustaja professiooni definitsiooni ja määratlust, mis võimaldaks seda paremini integreerida. Ta eristab kolm erinevat kogemusnõustamise vormi: a) mitteformaalne, loomulikult ilmnev kogemusnõustamine; b) kogemusnõustajate poolt organiseeritavad ja läbiviidavad kogemusnõustamise programmid ja projektid; c) traditsiooniliste vaimse tervise teenuste juurde kogemusnõustajate värbamine.

Gillard jt., (2013) märgivad, et ebaselge rollimääratluse ja praeguste töökorralduste säilitamise puhul püsib oht, et kogemusnõustamine ei tööta nii nagu soovitakse. Teenuse kasutajad, töötajad ja haldajad peavad kõik olema üksmeelel, milliseid ootusi nad teenusele seavad ja kuidas nad seda piiritlevad – läbi selle võivad kogemusnõustajad tunda end toetatuna kõigi osapoolte poolt.

Kogemusnõustamise teenusega kaasnevad probleemid on kõige suuremad kogemusnõustaja rolli määramise juures.

Selle tõttu on kogemusnõustajad kogenud negatiivset ja tõrjuvat suhtumist teistelt töökaaslastelt ja nendesse on suhtud pigem kui patsienti/klienti kui kolleegi. Kogemusnõustajate töö rolli ebamäärase käsitlemise tõttu on täheldatud hierarhia tekkimist töökollektiivis, kus kogemusnõustajad ei ole võrreldes ülejäänud töötajatega võrdsed (Walker & Bryant, 2013) ja omavahelised suhted on kannatanud (Kemp & Henderson A., 2012). Teiseks suureks katsumuseks on täheldatud patsiendist/kliendist kogemusnõustajaks üleminekut ja küsimust kogemusnõustaja rolli käsitlemisest pigem sõbra kui teenusepakkujana. On täheldatud, et kogemusnõustajatelt oodatavad erinevad ülesanded (sõber; nõustaja; ekspert) võivad viia ebaselge rollimõistmiseni (Walker & Bryant, 2013). See aga võib omakorda viia kogemusnõustaja identiteedikriisini ja läbipõlemiseni, mida tuleb aga vältida, et kogemusnõustaja ei kahjustaks ennast ega teisi.

5. ARUTELU

Käesolev töö teenis kogemusnõustamise kirjeldamisel kahte eesmärki. Esiteks taheti saada ülevaade kogemusnõustamise praktikatest ja vastavate uuringute tulemustest, et kasutada seda Eesti kogemusnõustamise süsteemi jõustamiseks. Teiseks püüti kirjanduse analüüsi põhjal saada ülevaade rahvusvahelisel tasandil kogemusnõustamise kui professiooni määratlemisest ja sellest tulenevalt anda sisend kogemusnõustajate rolli senisest täpsemaks kirjeldamiseks Eesti rehabilitatsioonisüsteemi ja erihoolekande tarbeks.

Enamus uuringuid kajastasid kogemusnõustamise olulisust taastumisele orienteeritud vaimse tervise süsteemi kontekstis ja kogemusnõustamise positiivset mõju patsientide/klientide jõustamisel ning taastumise võimalikkuse demonstreerimisel. Kogemusnõustamise positiivset mõju täheldati kogemusnõustajatele endile ning ka vaimse tervise süsteemile – patsiendid/kliendid muutusid iseseisvamaks ja õppisid iseendiga paremini toime tulema.

Riigi tasandil on hakatud hindama elanikkonna vaimse tervise olulisust. Tuleb olla valmis arendama praegust vaimse tervise süsteemi, kus rõhk on ennekõike patsiendi/kliendi vajadustele keskendumisel. (Minas, 2012)

WHO 2013 – 2020 aasta vaimse tervise arenguplaanis on teiste eesmärkide seas rõhutatud vaimse tervise strateegiate arendamist järjest enam ennetavate abinõude näol. Uued suunad vaimse tervise arendamisel hõlmavad keskendumist kogukonnapõhise hoolekande arendamisele ja patsientide/klientide õigustele. Keskendumine toimub mitte enam pelgalt meditsiinilisele mudelile, vaid liigutakse taastumisele suunitletud käsitlemisele, toetades töö ja hariduse omandamist, majutuse ja teenuste pakkumist, et tagada laialdasem süsteem vaimse tervise valdkonna toetuseks. Arenguplaanis on eraldi välja toodud ka vaimse tervise häiretega inimeste jõustamine ning nende kaasamine vaimset tervist käsitlevatesse küsimustesse, planeerimisse, teenuste jälgimisse ja hindamisse (WHO, 2013). Kogemusnõustamine on inimeste jõustamisel väga oluline instrument, mis võimaldab patsientidel/klientidel saada kogemuspõhist eeskujulist isiklikku taastumise tarbeks.

Käesolevas töös vaadeldud kirjanduses käsitleti uuringute tulemusi, mis on läbi viidud riikides, kus erihoolekande süsteemi areng on olnud pikaajalisem ja majanduslikult

kindlustatum kui Eestis, eriti arvesse võttes lähiminevikus toimunud hoolekandesüsteemi suletust ja repressiivsust nõukogude korra tingimustes. Sellest tulenevalt võib kogemusnõustamise juurutamisel Eesti vaimse tervise süsteemi osutada kahele võimalikule stsenaariumile valdkonna alarahastatuse tingimustes.

Positiivse mõjutegurina saaksid ülekoormatud eksperdid enam keskenduda nende erioskusi nõudvatele ülesannetele; kogemusnõustamise teenus vähendaks hoolekandesüsteemide koormatust; säästetakse ressursse; kogemusnõustamine annab võimaluse osaleda vaimse tervise süsteemi arengus ja panustada ühiskonda.

Negatiivse stsenaariumina on võimalik, et igapäevategevusi suunavad, samuti ülekoormatud ja alatasustatud tegevusjuhendajad ja muu personal ei pruugi tööstressist tulenevalt kogemusnõustajate vaimse tervise süsteemis kohanemisele ja sulandumisele kaasa aidata. Teisalt, kuna praegusel ajal on vaimse tervise süsteemis töötajatest puudus, siis võib kogemusnõustajatele langeda liigne koormus, mis võib kahjustada nii neid kui ka kogemusnõustamise teenuse saajaid.

Viimastel aastatel on vaimse tervise valdkonna areng kohalikul tasandil liikunud siiski paremuse poole ning loodetavasti on näha selle tendentsi jätkumist ka tulevikus. Oma soodustavat mõju võib anda ka probleemide laiem arutelu avalikkuses.

Eesti Vabariigi sotsiaalministeeriumis väljatöötatud eelnõu reguleeritud SHS §11 kohaselt on saadaval järgnevad erihoolekande teenused: igapäevaelu toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus, töötamise toetamise teenus, ööpäevaringne erihooldusteenus (Paavel jt., 2001). Sotsiaalministeeriumi kodulehel on võimalik tutvuda erinevate pakutavate rehabilitatsiooniteenustega - sotsiaaltöötaja teenus; psühholoogi teenus; tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenused; eripedagoogi teenus; logopeedi teenus; füsioterapeudi teenus („Mis on erihoolekandeteenused?“ SM koduleht, 2013).

Kogemusnõustamise rakendamine teenusena võimaldaks keskenduda teistsugustele ülesannetele kui traditsioonilised erihoolekande teenused, mis vähendaks kõigi osapoolte koormust ning võimaldaks suuremat ekspertiisi asutuste professionide lõikes. See eeldab kogemusnõustajalt aga väljaõpet oma rolliga toimetulemiseks. Vajalik on kutsestandardi väljatöötamine, mida saab erinevatel juhtudel kasutada pidepunktina küsimuste tekkimisel ja otsuste tegemisel. Kogemusnõustamise rakendamine oleks kindlasti suur samm edasi vaimse tervise süsteemi kliendikesksmaks muutmisel.

Kõigele sellele vaatamata tuleb arvestada võimalikke raskusi kogemusnõustamise integreerimisel vaimse tervise süsteemi. Uuringute põhjal olid need enamjaolt seotud kogemusnõustamise üldtunnustatud definitsiooni puudumisega ja vähese arusaamaga kogemusnõustajate rollist töös patsiendi/kliendiga. See põhjustab pingeid kogemusnõustajate ja ülejäänud asutuse personali vahel, kuna puudub arusaam täpsetest ülesannetest. Kogemusnõustajatel on seetõttu raskusi ka oma tööidentiteedi kujundamisega, mis võib põhjustada tarbetut stressi. Segadust põhjustas ka kogemusnõustajate koolitamise ja nõuetega seotud dilemmad, kuna arvestada tuleb asjaoluga, et kogemusnõustamise teenuse liigne formaliseerimine võib kahjustavalt mõjutada kogemusnõustaja ja patsiendi/kliendi vahelist usaldussuhet.

Et kogemusnõustamise integratsioon Eesti vaimse tervise süsteemi saaks olla võimalikult edukas, tuleb palju vaeva näha kogemusnõustaja rolli ja definitsiooni määratlemisel kohalikul tasandil. Tuleb arvesse võtta rahvusvahelist praktikakäsitlust ning üritada luua sobiv lähenemine kohalikul tasandil. Lõpetuseks tuleb lisada, et kõige väärtuslikum kogemus tuleb läbi praktika ning õnnestumistest ja vigadest õppimise. Kõigele sellele soovib käesolev töö ka teoreetiliseks aluseks olla.

6. KOKKUVÕTE

Käesoleva bakalaureusetöö eesmärgiks oli koostada kogemusnõustamise teenust käsitleva kirjanduse ülevaateuuring ja anda seeläbi sisend kogemusnõustamise rolli senisest täpsemaks kirjeldamiseks Eesti rehabilitatsioonisüsteemi ja erihoolekande tarbeks.

Töö viidi läbi koostöös Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühingu juhatuse ja taastujate nõukojaga, eesmärgiga lähtuda sellest kui praktikate teoreetilisest alusest.

Töö kirjutamise meetodiks valiti kirjanduse ülevaateuuring. Töös lähtuti Julie Repper'i ja Tim Carter'i (2011), uuringust, mis pakub ülevaate kirjandusest kogemusnõustamise mõju kohta vaimse tervise valdkonnas. Repper'i ja Carter'i töö eeskujul koostati kogemusnõustamist puudutava kirjanduse uuenduslikum ülevaade, keskendudes aastatel 2008-2014 avaldatud uuringutele.

Uuringu tulemused kajastasid üldjoontes positiivset suhtumist kogemusnõustamisse nii patsientide/klientide poolt kui ka vaimse tervise süsteemi ja erihoolekande asutuste poolt. Mõju patsientidele/klientidele, kogemusnõustajatele endile ja süsteemile kajastati positiivselt. Samas toodi välja probleeme ja takistusi kogemusnõustamise integreerimisel, mis kõik lähtusid üldtunnustatud definitsiooni puudumisest ja kogemusnõustaja rolli ebaselgest tõlgendusest.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kogemusnõustamise võimalikult edukaks integratsiooniks Eesti vaimse tervise süsteemi tuleb palju vaeva näha kogemusnõustaja rolli ja definitsiooni määratlemisel kohalikul tasandil. Tuleb arvesse võtta rahvusvahelist praktikakäsitlust ning üritada luua sobiv lähenemine kohalikul tasandil. Lõpetuseks tuleb lisada, et kõige väärtuslikum kogemus tuleb läbi praktika ning õnnestumistest ja vigadest õppimise. Kõigele sellele soovib käesolev töö ka teoreetiliseks aluseks olla.

Töö lisade peatükis on näha kokkuvõtted kogemusnõustamise teenuse soovituslikule juhendile (Lisa 1) ja kogemusnõustaja koolituskavale (Lisa 2), millele käesolev töö on ka sisendiks olnud.

Märksõnad: kogemusnõustamine, vaimse tervise süsteem, integratsioon, rehabilitatsioonisüsteem, erihoolekanne.

7. BIBLIOGRAFIA

- Ahmedani, B. K. (2011). Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *Journal of Social Work Values and Ethics* (8), 410-416.
- Alberta, A. J., Ploski, R. R., & Carlson, S. L. (2012). Addressing Challenges to Providing Peer-Based Recovery Support. *The Journal of Behavioural Health Services and Research* (39), 481-491.
- Biegel, D. E., Pernice-Duca, F., Chang, C. W., & D'Angelo, L. (2013). Correlates of Peer Support in a Clubhouse Setting. *Community Mental Health Journal* (49), 249-259.
- Bouchard, L., Motreuil, M., & Gros, C. (2010). Peer Support among Inpatients in an Adult Mental Health Setting. *Issues in Mental Health Nursing* (31), 589-598.
- Blouin M., Vallejo Echeverri, L. E. (2010). Rehabilitation. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
[WWW](<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/>) (12.05.2014).
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L., & Savageu, J. (2014). Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health & Social Care in the Community* (22), 104-112.
- Chinman, M., & Salzer, M. (2012). National Survey on Implementation of Peer Specialists in the VA: Implications for Training and Facilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (35), 470-473.
- Clubhouse International. *What is a Clubhouse?*
[WWW](<http://www.iccd.org/whatis.html>) (15.05.2014).
- Dragatsi, D., & Alvarez, J. Y. (2012). Integration of a Peer Provider in a Mental Health Clinic: Perspectives From a Peer Provider and a Clinic Director. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (35), 409-410.
- Franke, C. C., Paton, B. C., & Gassner, L. J. (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian Journal of Primary Health* (16), 179-186.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Christine, W. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research* (13).
- Grant, E. A., Reinhart, C., Wituk, S., & Meissen, G. (2012). An Examination of the Integration of Certified Peer Specialists into Community Mental Health Centers. *Community Mental Health Journal* (48), 477-481.

- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research* (12).
- Jones, N., Corrigan, P. W., James, D., Parker, J., & Larson, N. (2013). Peer support, self-determination, and treatment engagement: a qualitative investigation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (36), 209-214.
- Kemp, V., & Henderson A., R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (35), 337-340.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Johnson, S., Kendall, T., Harrison, B., Istead, H., et al. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* (14).
- Mäe, K. (2011). DUO-tugigruppide edulood. Hea praktika kogumik. *Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing*.
[WWW](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/DUO-tugigruppide_edulood._Hea_praktika_kogumik.pdf) (26.04.2014).
- Miller, R., & Mason, S. E. (2012). Open-ended and open-door treatment groups for young people with mental illness. *Social Work Groups* (35), 50-67.
- Minas, H. (2012). The Centre for International Mental Health Approach to Mental Health System Development. *Harvard Review of Psychiatry* (20), 37-46.
- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* (8), 22-29.
- Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work, IOS Press* (33), 449-458.
- Moran, G., Russinova, Z., Yim, J., & Sprague, C. (2014). Motivations of Persons with Psychiatric Disabilities to Work in Mental Health Peer Services: A Qualitative Study Using Self-Determination Theory. *Journal of Occupational Rehabilitation* (24), 32-41.
- Onwuegbuzie, A. J.; Leech, N. L.; Collins, K. M. T., (2012). Qualitative Analysis Techniques for the Review of the Literature. *The Qualitative Report* (17), 1-28.
- Oxford Dictionaries. „Integration“
[WWW](<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/integration?q=integration>) (01.06.2014).

- Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., & Vasar, V. (2000/2001). Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat. *Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing*.
- [WWW](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/K%C3%A4siraamat_Ps%C3%BC%C3%BChilise_erivajadusega_inimeste_hoolekanne_Eestis.pdf) (20.05.2014).
- Repper, J., & Carter, T. (2011). Using personal experience to support others with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* (20), 392-411.
- Robinson, J., Bruxner, A., Harrigan, S., Bendall, S., Killackey, E., Tonin, V., et al. (2010). Study protocol: The development of a pilot study employing a randomised controlled design to investigate the feasibility and effects of a peer support program following discharge from a specialist first-episode psychosis treatment centre. *BMC Psychiatry* (37).
- Simoni, J. M., Franks, J. C., Lehavot, K., & Yard, S. S. (2011). Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *American Journal of Orthopsychiatry* (81), 351-359.
- Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., et al. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry* (30).
- SM. Koduleht. „Mis on erihoolekandeteenus?“
- [WWW](<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihooletamine.html>) (26.05.2014).
- SM. Koduleht. „Mis on rehabilitatsiooniteenus?“
- [WWW](<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavate-teenused/rehabilitatsioon.html>) (10.05.2014).
- Totman, J., Hundt, G. L., Wearn, E., Paul, M., & Johnson, S. (2011). Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England: a qualitative investigation. *BMC Psychiatry* (68).
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (36), 28-34.
- WHO. (2013). WHO Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-*

Publication Data.

[WWW](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
(12.05.2014).

WHO, & European Commission Health and Consumers, D.-G. (2010). User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe.

[WWW](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)
(10.05.2014).

Zastrow, C. H. (2009). *Social Work with Groups: A Comprehensive Workbook*. 7th edition, Brooks/Cole, Cengage Learning.

[WWW](http://books.google.ee/books?id=kqY8SQigMnwC&printsec=frontcover&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (30.05.2014).

8. LISAD

8.1 Lisa 1

KOGEMUSNÕUSTAMISE TEENUS – SOOVITUSLIK JUHEND - kokkuvõte

Kogemusnõustamise teenuse soovituslik juhend koosneb järgnevatest alapunktidest:

1. Üldalused

Kogemusnõustamise osutamine teenusena eeldab, et kogemusnõustaja on saanud vähemalt esmase kogemusnõustamise alase väljaõppe ja kuulub meeskonda ja/või kovisioonigruppi. Juhendi eesmärgiks on kirjeldada, kuidas parimal võimalikul moel kaasata ühiskonnas kogemuspõhist teadmist. Juhend annab aluspõhja eri tasanditel ning erinevates valdkondades kogemusnõustajate kaasamiseks.

2. Sihtgrupp ja teenuse integreeritus

Kogemusnõustamine on suunatud kriisis või psühhosotsiaalselt keerulises olukorras olevatele inimestele ja nende lähedastele, kes vajavad: kriisi esmaabi; jõustamist; sotsiaalset tuge; kogemuslikke teadmisi ja informatsiooni, sh kättesaadavas vormis vastavalt sihtgrupi erivajadustele; teadmist ja kogemust, et nad ei ole maailmas oma murega/ omapäraga üksi; võimalust saada lootust ja õppida sarnase kogemusega inimestelt.

Kogemusnõustamise teenus on soovitatav integreerida sihtgrupile suunatud teenuste süsteemi loomulikuks osaks ning arendada seda teadmispõhiselt läbi valdkondlike arengudokumentide.

3. Teenuse sisu

Kogemusnõustamise teenuse osutamisega soodustatakse keerulisse elusituatsiooni sattunud inimeste ning nende lähedaste omavahelist suhtlemist, kriisisituatsiooni leevendamist ning aidatakse kaasa samalaadse kogemusega inimeste tugivõrgustike loomisele.

Teenust osutatakse nii individuaalselt kui ka grupis, kasutades aktiivse kuulamise ja/või nõustamise meetodeid. Töö aluseks on võrdsete tugiisikute või mentorluse mudel.

4. Nõuded teenuse osutajale

Teenuseosutaja võib olla füüsilisest isikust ettevõtja, juriidiline isik, kohalik omavalitsus ja riik täidesaatva riigivõimu asutuste kaudu.

Kogemusnõustamise teenust võib osutada sarnase isikliku kogemusega üldjuhul vähemalt gümnaasiumiharidusega isik, kes on läbinud esmase kogemusnõustaja koolituse ja kuulub meeskonda ja/või kovisioonigruppi. Kogemusnõustajalt eeldatakse head suhtlemisoskust,

positiivsust, empaatiavõimet ning suutlikust taluda emotsionaalset pinget ennast ja teisi kahjustamata.

5. Nõuded koolitusele

Kogemusnõustajate koolitust korraldaval organisatsioonil peab olema kaasaegne koolitusprogramm, mis on väljatöötatud spetsiifilise valdkonna spetsialistide ja sihtgrupi esindusorganisatsiooni koostöös. Koolitajatelt nõutakse isiklikku kogemust või koostöökogemust kogemusnõustamise valdkonnas.

6. Teenuse finantseerimise põhimõtted

Teenuse maksumus ja/ või omaosaluse määr sõltub vastava valdkonna, teenuseosutaja ja sihtgrupi spetsiifikast.

Teenust võib korraldada ja osutada ka vabatahtliku tööna tuginedes käesolevas kirjelduses toodud põhimõtetele.

7. Teenuse jälgimine ja hindamine

Kliendi tagasiside puhul lähtutakse väljatöötatud teenuse osutamise korrast, arvestades eelkõige aitamistöö häid tavasid ja eetikanõudeid; tagasisidesüsteemi; kaebuste lahendamise korda.

Teenuse väljundite puhul lähtutakse tellija ja teenuse osutaja koostöös väljatöötatud teenuse osutamise korrast, arvestades eelkõige kvaliteedi tagamist ja tulemuslikkuse hindamist.

Ettepanekute ja kaebuste käsitlemisel lähtutakse teenuse tellija/rahastaja, teenuse osutaja ja sihtgrupi esindusorganisatsiooni koostöös välja töötatud ja kinnitatud teenuse osutamise korrast.

Järelevalvet teostab maakonnas Sotsiaalhoolekande seaduse § 7 lõige 2 järgi maavanem või tema volitatud isik, kes jälgib osutatavate sotsiaalteenuste ja muu abi kvaliteedi ning riigi poolt sotsiaalhoolekandeks eraldatud sihtotstarbeliste rahaliste vahendite kasutamise üle.

8. Soovitused teenuse arendamiseks

KOV'del ja teenuseosutajatel on soovitatav soodustada kogemusnõustamise teenuse ellukutsumist käesolevas teenusekirjelduses nimetatud sihtgruppidele, kättesaadavuse tagamiseks on kohalikel omavalitsustel soovitatav teha teenuse osutamisel koostööd. Teenuse arendamine ja uute algatuste toetamine peaks tuginema iga sihtgrupi spetsiifilistele vajadustele ja teadmispõhistele praktikatele. Kliendile kogemusnõustamise soovimine ja teenusele jõudmise toetamine peaks saama professionaalse aitamistöö loomulikuks osaks ning teenuse arendamisel tuleb arvestada teenuseosutaja valmisoleku ja võimalike

kompetentsipiirangutega. Pakkuda tuleb igakülgset abi ja juhendamist teenuse arendamiseks, osutamiseks ja jätkusuutlikkuse tagamiseks.

8.2 Lisa 2

KOGEMUSNÕUSTAJA KOOLITUSKAVA - kokkuvõte

Sotsiaalhoolekande seadus lubab meeskonda kaasata kogemusnõustaja. Kogemusnõustaja koolituse kava määrab kindlaks koolituse täpsustatud mahu ja koolituse sisu, praktilise väljaõppe läbimise kohustuse ning õppe lõpetamise tingimused.

Koolituse kava on 4,5 EAP, mahus 117 tundi (32,5 akadeemilist tundi auditoorset tööd ja 84,5 tundi iseseisvat tööd õppematerjalidega, lugemist ja kodutööde ettevalmistamist ning praktilist tööd kogemusnõustamise valdkonnas). Kogemusnõustaja koolitus koosneb viiest moodulist (taastumiskogemuse analüüs, esmased nõustamisoskused, kriisinõustamine, grupitöö, kogemusnõustamise praktika), praktilisest väljaõppest ja lõputööst.

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Taavet Tomberg

24.11.1988

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihlitsentsi) enda loodud teose

„Kogemusnõustamine töös psüühiliste erivajadustega klientidega. Ülevaateuuring erialase kirjanduse põhjal.“

mille juhendajateks on Reeli Sirotkina, MSW; Külli Mäe, MA (Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing)

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartu, 02.06.2014