

Noe mer enn ord



Video som redskap i hesteassistert terapi

En kvalitativ studie av anvendelse og opplevelse av videointervensjonsterapi i hesteassistert terapi hos pasient og rideterapeut ved en avdeling for avhengighetsbehandling

av

Beate Skyrud

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS
Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie
Master i Psykisk helsearbeid
Levering: 15. mai 2014

Fotograf: Annemor Larsen, VG

FORORD

Masteroppgaven er endelig i havn og flere fortjener en takk.

Takk til informantene som deltok.

Takk til hestene som deltok uten en gang å ha bli spurt.

Takk til Oslo Universitetssykehus, Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung, for deres velvilje til å la meg gjennomføre studien hos dere. En spesiell takk til teamet i Stallen, Jeanette Lysell, Kristine Dihle Borgen og Silje Hanche-Olsen Liestøl.

Takk til veilederne mine; professor Trygve Aasgaard (Hioa) og Ann Kern-Godal (OUS).

Takk til alle som leste og kommenterte oppgaven, spesielt Anja Kristin Solheim Skar.

Oslo, 15. mai 2014.

Beate Skyrud

SAMMENDRAG

Formål: Formålet med studien har vært å belyse hvordan videointervensjonsterapi (VIT) i hesteassistert terapi (HAT) ble anvendt ved en seksjon for avhengighetsbehandling, og hvordan dette ble opplevd av pasient og rideterapeut. Kombinasjonen av alle tre delene, video, HAT og avhengighet, der video har blitt benyttet terapeutisk i møte med pasienten, har ikke tidligere blitt beskrevet så vidt jeg kan se. Dette gir et unikt utgangspunkt til å bidra med ny kunnskap i et hittil utforsket område innen HAT.

Teori: Teori om mentalisering og teori om fellesfaktorene ble benyttet i tolkningen og diskusjon av resultatene og funnene.

Metoden: Fire pasienter og en rideterapeut ved Oslo Universitetssykehus, Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung, deltok i studien. Datainnsamlingen besto av tre metoder: 1) observasjon, som omfattet videofilming og feltarbeid; 2) semistrukturerte intervjuer; og 3) forespørsel til fagmiljøet i HAT for å innhente ytterligere informasjon om bruk av video i HAT. Dette på bakgrunn av at litteraturen på feltet er mangelfull. Analysen tok utgangspunkt i metoden systematisk tekstkondensering og med inspirasjon fra Øien, Råheim, Iversen og Steinhaugs artikkel (2009). Studien søker en fenomenologisk og en deskriptiv belysning av problemstillingen.

Resultater: Analysen resulterte i seks kodegrupper som belyste anvendelse av VIT i HAT: *forberedelse og gjennomføring av terapitimen; kamerafører; behov for struktur og trening; teknisk utstyr; forberedelse og gjennomføring av gjennomgangen; og anvendelse av stegene.* Opplevelsen av VIT i HAT ble belyst av åtte kodegrupper fordelt på pasient- og rideterapeutintervjuer. Pasientintervjuer: *fokus på filmingen; økt forståelse og læring med VIT i HAT; og med positivt fortegn.* Rideterapeutintervjuer: *fokus på filmingen; positiv opplevelse; økt forståelse og læring med VIT i HAT; veiledning; og øvelse gjør mester.* Forespørselen til fagmiljøet genererte 39 svar fra fire kontinenter, hvorav 14 svarte at de brukte video i hestebasert terapi. Bakgrunnen for bruk av video ble belyst av to kodegrupper: *økt læring med video; og dokumentasjon med video.* Kun tre svar opplyste at de benyttet video basert på en teoretisk modell.

Konklusjon: Funnene fra studien indikerer at VIT i HAT kan være et spennende og nyttig bidrag til HAT. VIT i HAT ble beskrevet som en positiv opplevelse og informantene ønsket metoden velkommen som en del av HAT. Det er nødvendig med god kjennskap til videometoden og til det tekniske utstyret som skal benyttes. VIT har en konkret

fremgangsmåte som kan være positiv i tilegnelsen av metoden. Bruk av video ga tydelighet, var konkret, det var lettere å forstå med video enn med bare ord, det ga økt læring, økt bevissthet på seg selv og andre, og muligheter til å øve opp mentaliseringsevnen. Samlet kan dette være med på å påvirke den terapeutiske prosessen i HAT.

De positive funnene kan indikere at det bør gjøres mer forskning på temaet. Denne studien kan brukes som et erfaringsgrunnlag for videre forskning.

Nøkkelord: *hesteassistert terapi, videointervensjonsterapi, videoterapi, video feedback, rusavhengighet, rusavhengighetsbehandling, avhengighetsbehandling, psykisk helse.*

ABSTRACT

Purpose: The purpose of the present study was to explore how Video Intervention Therapy (VIT) in Horse Assisted Therapy (HAT) was used in a section for addiction treatment and how it was experienced by the patient and the therapist. The combination of the three part therapeutic use of video, HAT and addiction therapy has not previously been described so far as I can see. This provides a unique opportunity to contribute new knowledge to an as yet unexplored area in HAT.

Theory: Theory of mentalization and common factors were used in the interpretation and discussion of the results and findings.

Method: Four patients and a HAT therapist at Oslo University Hospital, Division of Addiction Treatment, Young, participated in the study. Data collection was carried out by three methods: 1) observation, which included video filming and fieldwork; 2) semi-structured interviews; and 3) requests for information from HAT practitioners to gather additional information about the use of video in HAT because the literature on the field is lacking. The analysis was performed on the basis of systematic text condensation and with inspiration from Øien, Råheim, Iversen and Steinhaugs article (2009). The study seeks a phenomenological and descriptive understanding of the problem.

Results: The analysis resulted in six code groups which highlighted the use of VIT in HAT: *preparation and implementation of the therapy session; camera operator; need for structure and training; equipment; preparation and implementation of the review; and application of the steps*. The experience of VIT in HAT was coded into eight groups divided between the patients' and the HAT therapist's interviews. Patient Interviews: *focus on filming; increased understanding and learning with VIT in HAT; and with positive sign*. HAT therapist Interviews: *focus on filming; positive experience; increased understanding and learning with VIT in HAT; guidance and practice makes perfect*. The request for information generated 39 responses from four continents, of which 14 responded that they used the video in horse-based therapy. The reason for the use of video was coded into two groups: *increased learning with video; and documentation of video*. Only three responses stated that they used video based on a theoretical model.

Conclusion: The findings indicate that use of VIT in HAT can make an exciting and useful contribution. VIT in HAT was described as a positive experience and informants welcomed VIT as part of HAT. Extensive knowledge of the video method and the technical equipment is necessary. VIT has a specific procedure which may be positive in acquiring the method. Use

of video gave clarity, was specific and easier to understand than just words. It provided increased learning, increased awareness of themselves and others and opportunities to practice the ability to mentalize. Overall, this can influence the therapeutic process in HAT.

The positive findings may indicate the need for more research on the subject. The present study can be used as basis for further research.

Keywords: horse assisted therapy, video intervention therapy, video therapy, video feedback, drug addiction, substance abuse treatment mental health.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	2
INNHALDSFORTEGNELSE	6
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	9
1.2 Problemstilling.....	10
1.3 Litteratursøk.....	11
1.4 Oppgavens fremstilling og avgrensning	11
1.5 Overordnet tema	12
Avhengighet.....	12
Hesteassistert Terapi	15
Video.....	19
2.0 TEORETISK FORANKRING	24
2.1 Mentaliseringsbasert teori.....	24
Mentaliseringsbasert terapi	27
Mentalisering i avhengighetsbehandling	27
2.2 Teori om fellesfaktorene.....	28
3.0 METODE, EMPIRISK MATERIALE OG FREMGANGSMÅTE.....	28
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	29
3.2 Innsamling av data.....	29
Observasjon.....	30
Nasjonalt og internasjonalt perspektiv	31
Intervju	31
3.3 Refleksivitet og forforståelse.....	31
3.4 Lokasjon og utvalg	32
3.5 Informasjon og datainnsamling	34
3.6 Studiens ulike deler	34
Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi	35
Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi	37
3.7 Transkribering	38
3.8 Analyse	38

Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi	39
Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi	40
Nasjonalt og internasjonalt perspektiv	41
3.9 Etikk.....	41
Hestene.....	43
3.10 Diskusjon av studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	44
3.11 Metodekritikk	44
4.0 RESULTATER	46
4.1 Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassisterte Terapi.....	47
Observasjon (del 1).....	47
Sekvensutvelgelse (del 4)	48
Gjennomgang (del 5)	48
4.2 Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi.....	49
Pasientintervju 1 og 2 (del 2 og 6)	49
Rideterapeutintervju 1 og 2 (del 3 og 7)	51
4.3 Nasjonalt og internasjonalt perspektiv	56
Spørsmål 1	56
Spørsmål 2a.....	57
Spørsmål 2b	57
Spørsmål 2c.....	57
5.0 DISKUSJON	58
5.1 Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi.....	58
5.2 Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi.....	60
6.0 KONKLUSJON	63
7.0 LITTERATUR	64
VEDLEGG	71
Vedlegg 1: Søkehistorikk	71
Academic Search Premier.....	71
Amed.....	79
Cinahl.....	80
Cochrane Library	86
Medline	87
PsycINFO.....	88

Vedlegg 2: Søkeord	90
Vedlegg 3: Observasjonsguide, del 1	91
Vedlegg 4: Observasjonsguide, del 5	92
Vedlegg 5: Forespørsel som ble sendt ut nasjonalt og internasjonalt.....	93
Vedlegg 6: Intervjuguide, del 2 og 3	94
Vedlegg 7: Intervjuguide, del 6 og 7	95
Vedlegg 8: Illustrasjon av en øvelse i Hesteassistert Terapi	96
Vedlegg 9: Presentasjon av hestene.....	97
Vedlegg 10: Informasjon og samtykkeerklæring	100
Vedlegg 11: Matriser pasient- og rideterapeutintervju 1	101
Vedlegg 12: Matrise pasientintervju 2, del 6.....	102
Vedlegg 13: Matrise rideterapeutintervju 2, del 7	103
Vedlegg 14: Svarbrev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.....	105
Vedlegg 15: Endringsskjema fra OUS til REK	107
Vedlegg 16: Svarbrev fra REK.....	110
Vedlegg 17: Informasjons og samtykkeskjema om å delta i RCT Hesteassistert terapi	111
Vedlegg 18: Eksempler på dokumenter og tabeller i arbeidet med analysen.....	113
Vedlegg 19: Fordelingen mellom landene i de ulike kontinentene	117

1.0 INNLEDNING

Studien som presenteres har sitt utgangspunkt i et behandlingstilbud ved Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung, Oslo Universitetssykehus, (OUS¹), hvor hesteassistert terapi (HAT) er en del av avhengighetsbehandlingen. Studien er en selvstendig del av et pågående doktorgradsprosjekt som undersøker påvirkningen HAT har på behandling og frafall (drop-out) fra behandling ved nevnte seksjon. Foreløpige funn fra denne doktorgraden (n=126) viser lovende resultater (Kern-Godal, 2013).

Formålet i denne studien har vært å belyse hvordan videointervensjonsterapi (VIT) i hesteassistert terapi (HAT) ble anvendt ved en seksjon for avhengighetsbehandling, og hvordan dette ble opplevd av pasient og rideterapeut. Det har også vært et håp om at denne studien skal være et grunnlag til videre forskning.

Jeg har ikke funnet litteratur der video har blitt brukt som et terapeutisk redskap i møte med pasienter med avhengighetsproblematikk som mottar HAT. Det finnes derimot litteratur der video er benyttet i hesteassistert terapi og aktiviteter (dog ikke i terapeutisk arbeid med pasienter), og om bruk av video i avhengighetsbehandling. Kombinasjonen av alle tre delene, video, HAT og avhengighet, der video har blitt benyttet terapeutisk i møte med pasienten er altså ikke tidligere beskrevet så vidt jeg kan se. Dette gir et unikt utgangspunkt til å bidra med ny kunnskap i et hittil utforsket område innen HAT.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Valg av tema er basert på egen hesteinteresse i over 20 år. Hesteinteressen sammen med helse og sosialfaglig bakgrunn gjorde veien kort til en interesse for bruk av hest i terapi. Forsknings- og dokumentasjonsutvalget i Hest og Helse² ble kontaktet, og kontakt med en doktorgradsstipendiat og en rideterapeut som jeg kjente til fra før gjennom deltagelse på fagmøter, ulike kurs og konferanser ble opprettet. Temaet video i hesteassistert terapi ble foreslått, og jeg bestemte meg for at jeg ønsket å forske på dette. En offisiell forespørsel ble sendt til seksjonen og meldeskjema ble sendt til Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Godkjennelse for opptak og oppbevaring av video ble innhentet av seksjonen

¹ Der det henvises til OUS i denne oppgaven menes spesifikt Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung.

² Hest og Helse er en frivillig landsdekkende organisasjon som ble etablert i 1971. Organisasjonen beskriver seg som størst på kursing av personell som arbeider med hest i ulike intervensjoner og har et formål om å *”Fremme bruk av hest i helsesammenheng og aktivt bidra til optimal kvalitet i bruk av hest i arbeidet med å bedre fysisk, psykisk og sosial helse”* (Hest og Helse, 2013).

gjennom doktorgraden denne studien er tilknyttet. Forskeren fikk klarsignal fra begge instansene.

Videometoden VIT ble valgt fremfor andre metoder på bakgrunn av kunnskapskombinasjonen til rideterapeuten, som både var rideterapeut og hadde kurs i VIT, samt den strukturerte fremgangsmåten i VIT.

1.2 Problemstilling

For å undersøke videointervensjonsterapi i hesteassistert terapi ble det tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvordan anvendes og oppleves videointervensjonsterapi i hesteassistert terapi av pasient og rideterapeut ved en avdeling for avhengighetsbehandling?

Med denne problemstillingen søkes det kunnskap i to områder, anvendelse og opplevelse. For å besvare problemstillingen bestemte jeg meg for ni forskningsspørsmål. Disse kan oppsummeres i disse fem spørsmålene:

- Anvendelse av VIT i HAT:
 - Hva slags rammebetingelser har VIT i HAT ved seksjonen?
 - Har gjennomføringen vært lik for alle pasientene?
 - Hva slags samsvar synes det å være mellom teorien i VIT og den gjennomførte praksisen?
- Opplevelse av VIT i HAT:
 - Har opplevelsen vært samsvarende hos pasient og terapeut?
 - Hvordan kan VIT ha påvirket den terapeutiske prosess i HAT?

Datainnsamlingen ble gjennomført med tre metoder, observasjon, som også omfattet videofilming og feltarbeid; forespørsel til fagmiljøet; og semistrukturerte intervjuer. De to første metodene representerer en deskriptiv tilnærming, mens den siste representerer en fenomenologisk. For å øke den deskriptive verdien av anvendelse av video i hestebasert terapi, ble det valgt å sende ut en forespørsel til fagmiljøet internasjonalt og nasjonalt via mail. Dataen som kom frem gjennom dette ble benyttet til å gi en fylldigere beskrivelse, og et

sammenligningsgrunnlag i diskusjonsdel da litteraturen er mangelfull. På bakgrunn av dette er det nasjonale og internasjonale perspektivet derfor ikke inkludert i problemstillingen.

1.3 Litteratursøk

I det systematiske søket ble det gjort litteratursøk i seks databaser 1) Academic Search Premier, 2) Amed, 3) Cinahl, 4) Cochrane Library, 5) Medline og 6) PsychINFO.

Søkehistorikken kan ses i vedlegg 1. Heste- video- og avhengighetsrelaterte begreper ble benyttet i ulike kombinasjoner i søken etter litteratur hvor alle tre delene var inkludert.

Søkeordene, både Medical Subject Headings (MeSh-termer) og keywords (se vedlegg 2), ble benyttet i ulike kombinasjoner og var utgangspunktet for søk i alle databasene. I tillegg ble søkeord som søkebasen foreslo brukt. SveMed+ ble benyttet for å finne MeSh-termer. Søket ble begrenset med språk og alder der det var et stort antall treff (for eksempel i PsycINFO hvor søket ble begrenset med engelsk og norsk). Ingen av databasene ga treff på søk som inkluderte både heste-, video- og avhengighetsrelaterte begreper. Ulike kombinasjoner hvor to av de tre begrepene ble brukt ga noen treff av varierende relevans. Allikevel var søkene nyttig da mye interessant litteratur fra de ulike fagfeltene kom frem. Søk på ett og ett begrep ble også gjort. Google Scholar og Bibsys ble benyttet til mer usystematiske søk etter tips fra fagpersoner innen felte eller fra litteraturlister i bøker og artikler.

1.4 Oppgavens fremstilling og avgrensning

Studien blir presentert ved at oppgavens overordnede tema: *Avhengighet; Hesteassistert terapi; og Video* beskrives. Deretter følger *Teoretisk forankring; Metode; empirisk materiale og fremgangsmåte; Resultater; Diskusjon; Konklusjon; Litteratur;* og til slutt *Vedlegg*.

Hesteassistert terapi kan ses på som en undergruppe av paraplybetegnelsen dyreassistert terapi (animal assisted therapy, AAT). Studier innen dette feltet viser at dyr har en positiv innvirkning på menneskers fysiske og psykiske helse (Johnson, Odendaal, & Meadows, 2002). Bachi (2012) skriver at hest sjelden er nevnt i litteraturen om dyreassistert terapi. Det er derfor gjort en avgrensning i oppgaven som i stor grad utelukker dyreassistert terapi og i hovedsak fokuserer på studier som omhandler hesteassistert terapi.

1.5 Overordnet tema

I denne delen presenteres først *Avhengighet*. Her belyses avhengighet, hva som kan være årsakene, behandling og politikken Norge har ført og fører. Så presenteres *Hesteassistert Terapi* med underkapitlene *Forskning på hesteassistert Terapi* og *Forskning på hesteassistert Terapi relatert til denne studien*. Til slutt presenteres *Video* med underkapitlene *Forskning på bruk av video; Video som dokumentasjon og observasjon; Video som veiledning og opplæring; og Videointervensjonsterapi*.

Avhengighet

Avhengighet ses på som en kronisk tilbakevendende lidelse (Lossius, 2012) og defineres slik i ICD – 10, det internasjonale klassifiseringssystemet som benyttes i Norge:

En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har brukeren sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f.eks. tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f.eks. opiater) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer (ICD-10, 2011, s. 319).

Årsakene til rusavhengighet er mange og sammensatte og kan både innebære ”genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold” (Lossius, 2012, s. 23). Flere har også psykiske lidelser i tillegg til avhengighet. Mange kan ha utfordringer med dårlig impuls kontroll og affektregulering (Lossius, 2012), og Arefjord og Karterud skriver at ”ruslidelser kan forstås som en flukt fra negative følelser og mellommenneskelige problemer” (2012, s. 222). Abrahamsen (2012) beskriver at mye teori og empiri påpeker at avhengigheten og rusmidlenes funksjon er å være affektivt regulerende. På den måten kan misbruk av rusmidler forstås som vansker med affektregulering.

Avhengighet har betydelige omkostninger både på det menneskelige-, samfunsmessige- og det økonomiske plan (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, &

Duckert, 2013; Söderström & Skårderud, 2009). I Norge har årsaksforklaringen på avhengighet gått fra den såkalte symptomteorien til et sykdomsperspektiv, og fokuset har gått fra straff og kontroll til at det kreves et helsemessig fokus (Skretting, 2013). Skretting (2013) forklarer at symptomteorien innebærer at man forstår misbruk av narkotiske stoffer som et symptom på bakenforliggende forhold og problemer slik som psykisk, sosialt og økonomisk. Videre at rusreformen som kom i 2004 ga avhengige pasientrettigheter da avhengighetsbehandling gikk fra å være sosiale tjenester til spesialisthelsetjenester. Skretting (2013) mener at avhengige først og fremst tilskrives helsevesenets ansvar, og at dette forsterkes ved at betegnelsen på de som bruker narkotika har gått fra misbrukere til avhengige. Misbruk ses i økende grad i et sykdomsperspektiv, og skadereduksjon har stadig fått en større plass (Skretting, 2013). I stortingsmeldingen ”Se meg” (Meld. St. 30, 2012) legges det vekt på en helhetlig rusmiddelpolitikk hvor målet er ”å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen” (Meld. St. 30, 2012, s. 7). Det beskrives at den restriktiv narkotika- og alkoholpolitikk fortsatt vil føres, samtidig som den enkelte må få tilpasset hjelp og rehabilitering fremfor straff.

Behandlingstilbudene i rusomsorgen er mange, blant annet motiverende samtale, en samtalemetode for å motivere pasienten for endring (Andresen, 2012); kognitiv terapi som har lang tradisjon og er godt utprøvd innen tverrfaglig rusbehandling; og mentaliseringsbasert terapi (MBT) som er en ny og lovende metode innen rusfeltet (Lossius, 2012). MBT tar sikte på å øke pasientenes mentaliserende egenskaper for å øke forståelsen av menneskelig atferd og brukes både i dag-, poliklinisk-, og døgnbehandling (Lossius, 2012). MBT beskrives ytterligere under punkt 2.1. Flere har forsøkt å finne den beste behandlingsmodellen. Lossius (2012) henviser til Project Match Research som ikke fant noen forskjell i behandlingseffekt mellom flere kjente metoder. Alle metodene hadde positiv innvirkning på noen av pasientene, men ikke på alle. Lossius (2012) mener at sammenhengen kan være terapeutenes evne til å gi god behandling uavhengig av metode. Miller og Carol (2006) mener at denne evnen kan dreie seg om empatisk kapasitet hos terapeuten. Schibbye ser på terapi som en prosess der målet er ”å endre eller modifisere de følelser, væremåter, holdninger og tankesett som hindrer klienten i å bli selvstendig, benytte egne ressurser, være avgrenset kreativt samt ha tilgang til og utvikle sitt indre liv” (Schibbye, 2009, s.245). Videre skriver hun at for å nå dette målet er hun ”overbevist om at det ikke dreier seg om spesielle teknikker, men om det *forholdet* terapeut og klient klarer å skape sammen”(Schibbye, 2009, s. 245). I artikkelen til Brorson et

al. (2013) påpekes det at fullført behandling er en av de mest konsistente faktorene for et positivt behandlingsresultat. I deres gjennomgang av 122 peer-reviewed artikler fra 1992-2013 fant de at de mest konsistente faktorene til avbrutt behandling var kognitiv svikt, personlighetsforstyrrelse, lav alder og lav allianse. Allianse er et viktig begrep som kan benyttes om både det Lossius, Miller og Carol, Schibbye og Brorson et al. beskriver. Tradisjonelt har allianse blitt betraktet som gyldig innenfor psykoanalytisk/dynamisk psykoterapi, men betraktes i økende grad som viktig innenfor alle former for psykoterapeutisk virksomhet (Rønnestad & Lippe, 2009), mye på bakgrunn av Bordins panteoretiske alliansemodell. I følge Bordin (1979) består allianse av tre deler: 1) enighet om mål, 2) enighet om hvilke oppgaver pasienten og terapeuten har og 3) kvaliteten på båndet mellom pasient og terapeut. To meta-analyser viser at alliansen mellom pasienten og terapeuten predikerer behandlingsresultatet (Horvath & Symonds, 1991; Martin & Garske, 2000), og det ser ut til at det er pasientens vurdering av alliansen tidlig i behandlingsforløpet som er den beste indikatoren fremfor terapeut og observatør (Horvath, 2001). Safran, Muran, Samstag og Stevens (2002) skriver om alliansebrudd og viktigheten av å reparere disse i sin artikkel. De påpeker at brudd kan være terapeutiske fordi det gir øvelse i å forhandle om egen og andres behov, forutsatt hvordan og om terapeuten forstår bruddene og hva som videre gjøres med de. Safran et al. (2002) har utviklet en alliansebrudd- og reparasjonsmodell som en hjelp i å håndtere brudd i alliansen.

Søk etter bruk av video i avhengighetsbehandling ga få resultater. Kun to ble videre gjennomgått. Av disse undersøkte man i en studie hvorvidt det å se et videoopptak av seg selv mens man hadde delirium tremens³ kunne være med på å redusere tilbakefall. Opptaket ble sett sammen med en psykiater som fokuserte på å forklare symptomene og deres link til alkoholavhengigheten. Man fant en signifikant reduksjon i antall tilbakefall hos de som hadde sett videoen i forhold til kontrollgruppen i de tre første månedene (1. måned 0 % versus 20%, 2. måned 13,33 % versus 46,67 %, 3. måned 26,67 versus 53,33 %) (Mihai et al., 2007). Forfatterne påpeker at studien bør ses som en hypotese og at mer forskning er nødvendig for å kunne konkludere. I den andre studien ble det undersøkt om observasjon av seg selv gjennom video kombinert med et motivasjonsintervju kunne resultere i høyere motivasjon til å forandre

³ Delirium tremens er en type delirium kjennetegnet ved skjelvinger, rastløshet og angst foruten hallusinasjoner som er utløst av abstinens hos alkoholikere. Livlige sansebedrag utvikler seg etter hvert. Pasienten kan se syner, gjerne av små gjenstander slik som maur, fluer, slanger, små hvite elefanter og lignende. Pasienten kan utmatte seg helt under anfallet og tilstanden kan ubehandlet ende dødelig (Store Norske Leksikon, udatert).

drikkemønsteret, lavere kvantitet og lavere frekvens i forbruket, nedgang i alkoholrelatert atferdsproblemer og nedgang i positive forventninger til alkohol. Resultatene kunne ikke gi grunnlag i å støtte selvoobservasjon som en intervensjon i behandling av alkoholmisbrukere, men resultatene indikerte at økt bevissthet i drikkeatferden ved bruk av video (Rothman, 2009).

Hesteassistert Terapi

Bruk av hest i helsesammenheng har vært kjent i lang tid. I Selbys (2011) artikkel vises det til at opprinnelsen til hest i terapi stammer fra den klassiske tiden (omkring 500 år f. Kr.), beskrevet i gresk og romersk litteratur. På 1500-tallet ble ridning anbefalt som opptrening og vedlikehold av menneskets helse, og det ble spesielt påpekt at ridning ikke bare var gunstig for fysikken, men også for sinnet (von Arbin, 1994). Hest i terapi har blitt brukt og brukes ovenfor ulike pasientgrupper slik som ulike psykiske lidelser (Klontz, Bivens, Leinart, & Klontz, 2007), schizofreni, personlighetsforstyrrelser (Bizub, Joy, & Davidson, 2003), ulike traumelidelser (Shambo, Young, & Madera, 2013), spiseforstyrrelser (Træen, Moan, & Rosenvinge, 2012), autisme (Anderson, 2009; Taylor et al., 2009) og fysiske funksjonshemninger slik som for eksempel cerebral parese (CP) (Sterba, 2007; Trætteberg, 2006).

Fry (2013) mener at man i hovedtrekk kan dele fokuset i hesteassisterte intervensjoner inn i to generelle områder - fysisk og psykisk (mental helse). Flere beskriver også et tredje område, det sosiale, og ofte samtidig med det psykiske (Bachi, Terkel, & Teichman, 2012; Burgon, 2011). Et tydelig skille kan være vanskelig da områdene er overlappende, de fysiske fordelene vil være der selv om man fokuserer på det psykiske og omvendt. I forskningssammenheng er det dog viktig å være tydelig på hva man fokuserer på. Under den fysiske delen finner man blant annet terapiridning. Her fokuseres det på den psykiske delen som vektlegger interaksjon og relasjon mellom hest, pasient og rideterapeut. Øvelsene velges ut fra behandlingsplan i samarbeid mellom pasient og rideterapeut og kan foregå på bakken sammen med/i nærheten av hesten, kjørende eller ridende (Professional Association of Therapeutic Horsemanship International, 2013). Det er ikke nødvendig med kunnskap om hest for å kunne nyttiggjøre seg behandling i HAT (Jarrell, 2009). Ved OUS benyttes begrepet hesteassistert terapi (HAT) som en betegnelse for psykoterapeutisk bruk av hest (Lysell, 2013).

I terapi hvor hest er involvert må sikkerheten til alle involverte ivaretas. Dette innebærer blant annet en vurdering av allergi hos pasient, forsvarlig oppbevaring av hestemedisiner, rett hest til rett pasient, opplæring av sikker håndtering av hest og at pasientene aldri skal være alene med hesten. I tillegg bør det vurderes om pasientens utfordringer passer til denne typen terapi. Cody, Steiker og Szymandera (2011) påpeker at pasienter som er aktive brukere av rusmidler ikke bør delta i terapi med hest da evnen til å følge instruksjoner og en sikkerhetsmessig god atferd kan være redusert.

Klouman (2012) refererer til flere forfattere⁴ og mener at hesten egner seg i terapi på bakgrunn av at den er et byttedyr, flokkdyr, har en sanselig kropp og en avansert kommunikasjon. Hesten sies å være blant de mest sosiale flokkdyrene i verden og benytter kroppsspråk hvor alt mellom hale og mule benyttes i både store og nesten umerkelige bevegelser (Børresen & Gjersøe, 2009). Klouman påpeker at ”hesten formidler seg naturlig kongruent til både hester og mennesker med hele sin organisme, den er samstemt i sitt indre og sitt ytre og uttrykker seg autentisk og direkte”, og mener dette er noe av kjernen til hestens egnethet i terapi (Klouman, 2012, s. 13). Cody et al. (2011) påpeker at hesten reagerer på en måte ved kongruent kommunikasjon og på en annen ved falskhet⁵. Ved kommunikasjon som ikke er kongruent søker den seg vekk eller gir uttrykk for misnøye med kroppsspråk⁶. Fry (2013) og Shambo et al. (2013) påpeker at hesten er et pattedyr, og Shambo et al. (2013) påpeker at hesten sanser aktivitet i det limbiske systemet og aktivitet (arousal) i sin *body-based partner, the Autonomic Nervous System (ANS)* hos hverandre og hos andre pattedyr. Informasjonen bruker de til å ”tune” seg inn på hverandre for validering av bekymring, berolige og trøste hverandre. De samme mekanismene benyttes også i terapi. McGreevy og McLean (gjengitt etter Fry, 2013) påpeker imidlertid at det ikke er noe vitenskapelig bevis for at hesten kan lese menneskers emosjonelle tilstand. I mange tilfeller kan hestens atferd tolkes i en retning som pasienten kan kjenne seg igjen i. Hvorvidt intensjonen til hesten var den samme som pasienten (og terapeuten) oppfattet er usikkert, men en terapeutisk effekt kan likevel være tilstede ved at pasienten kan tolke hestens atferd til å passe inn i sin emosjonelle

⁴ Klouman referer blant annet til Hallberg (2008), Kohanov (2001), Hempfling (2010) og Williams (2003).

⁵ Falskhet må her forstås som manglende samsvar mellom det indre og det ytre. For eksempel at man vil fremstå som tøff og trygg, men egentlig er redd og usikker.

⁶ Bildet på forsiden av oppgaven er valgt på bakgrunn av relasjonen og samhørigheten som kan oppleves mellom hest og menneske. Tittelen ”Noe mer enn ord” er ment å peke på det samme, i tillegg til video som også gir en ekstra dimensjon utover ord med det visuelle.

verden (Fry, 2013). Flere, for eksempel Burgon (2011), påpeker også at muligheten til å ri og mestring av et så stort dyr, både i salen og på bakken, også kan være med på å gjøre den egnet til terapi.

Forskning på Hesteassistert Terapi

Fra midten av 90-tallet har det vært en økende interesse for hesteassisterte intervensjoner. Antallet som tilbyr hesteassisterte intervensjoner og som hevder at terapien har terapeutisk effekt har også vært økende. Dette har satt fokus på behovet for god forskning som kan si noe om påvirkningen hesten har i terapi, både på effekt og på effektivitet (Lysell, 2011). Bachi (2012) skriver at det er gjort mest forskning innen fysikalsk behandling i HAT, og studien til Bertoti (1988) viser for eksempel en statistisk signifikant forbedring i holdningen (posture) hos pasienter med spastisk cerebral parese (CP) etter ti uker med terapiridning⁷. Studiene til Sterba (2007) og Snider, Korner-Bitensky, Kammann, Warner og Saleh (2007) viser klinisk signifikant forbedring ved hippoterapi⁸ for barn med CP. Disse studiene er noen av de få innen fagområdet som beskriver signifikans.

Forskning innen psykososial behandling i HAT viser fordeler på mange områder. I studien til Klontz et al. (2007) fant de en nedgang i generell psykologisk ubehag og forbedring i psykologisk velvære fra pretest til posttest, og seks måneder etter avsluttet behandling. Cody et al. (2011) fant i sin studie en positiv forandring når det gjaldt selvbilde, selvkontroll og tillit. Flere forskere er inne på at miljøet hesten er i og skaper, gir fordeler. Koren og Træen (2001) så på meningen og betydningen hesteinteresse kan ha for unge jenters sosialisering og utvikling. Informantene beskrev muligheter for mestringserfaringer som igjen skaper og styrker *self-efficacy*. Relasjonene som både hestene og de andre i stallen ga ble også beskrevet som positiv, identitetsskapende og at det ga sosiale ferdigheter. Burgon (2011) har beskrevet at hesten var med på å utvikle empati hos informantene. Brennans (2013) informanter beskrev hesten som et speil og de rapporterte at de lærte av det hesten speilet tilbake av atferd og følelser. Flere deler oppfatningen av at hesten speiler atferd og følelser, som for eksempel Hallberg (2008).

⁷ Terapiridning kjennetegnes ved en spesialutdannet fysioterapeut behandler mennesker med ulike funksjonshemninger gjennom ridning (Trætteberg, 2006).

⁸ Trætteberg (2006) beskriver hippoterapi som en metode i terapiridning der pasienten blir påvirket av hesten, men ikke selv styrer den. Behandlingen forgår uten sal og med fokus på blant annet økt bevegelighet, regulering av muskelspenninger og å styrke stabilitet.

I hesteassistert terapi er det i motsetning til tradisjonell terapi tre involverte, pasienten, hesten og terapeuten. Bachi et al. (2012) kaller dette “*the therapeutic alliance of client-horse-therapist*”, Shambo et al. (2013) kaller det “*a tri-fold limbic connection*”. Den terapeutiske alliansen som Bachi et al. (2012) påpeker har også blitt beskrevet av Wesley, Minatrea og Watson (2009). De så på effekten AAT hadde på den terapeutiske alliansen for voksne med avhengighetsproblematikk. I motsetning til kontrollgruppen fant de hos intervensjonsgruppen en signifikant bedring av alliansen hos de som mottok AAT.

Forskning på Hesteassistert Terapi relatert til denne studien

Ingen studier der video i HAT er brukt som et terapeutisk redskap sammen med pasienten ble funnet. Imidlertid er det identifisert fem studier hvor video ble benyttet som et observasjonsverktøy (Fan, Smith, Kielhofner, & Taylor, 2010; Hauge, 2013; Lorin de Reure, 2009; Stephenson & Zink, 2008; Wehofer, Goodson, & Shurtleff, 2013)⁹. Da ingen av disse studiene viser videoen til pasientene omtales de ikke videre da de ikke har en direkte relevans for denne studien. Studier som omhandlet HAT og avhengighet ble funnet. Åtte av studiene var både kvalitative og kvantitative. Antall informanter varierte fra 10-25, og studiene omhandlet forebygging og behandling av ungdommer og voksne med fokus på blant annet spiseforstyrrelser og relasjon i tillegg til avhengighet (Beebe, 2008; Cody et al., 2011; Dell et al., 2011; Dell, Chalmers, Dell, Sauve, & Mackinnon, 2008; Jarrell, 2009; Mallow, Mattel, & Broas, 2011; Pollack, 2009; Strausfeld, 2009). Det synes som om det har vært vanskelig å finne gode forskningsmetoder om avhengighet og HAT og studiene omtales derfor ikke nærmere. Den niende studien er pågående forskning ved OUS og ser på sammenhengen mellom HAT og frafall (drop-out) fra behandling. Studien er en RCT studie og foreløpige resultater (18 måneders data) viste signifikante funn (Kern-Godal, 2013). De foreløpige funnene som ble presentert på en konferanse i Sveits viste at pasienter som mottok HAT hadde 3.6 ganger så høy sannsynlighet for et positivt behandlingsresultat enn de som ikke mottok HAT (Kern-Godal, 2012).

Forskningen som er gjort innen hesteassisterte intervensjoner viser en tendens i retning av at terapien er lovende, men at mer forskning må til, kvaliteten må bedres og det er behov for flere studier med større antall informanter (Bachi, 2012). Selby (2013) og Cody et al.

⁹ Studien til Hauge (2013) og Koren og Træen (2001) (sistnevnte studie har blitt omtalt tidligere) er noen av få som undersøker opplevelsen vanlig ungdom har av deltagelse i hesteassisterte aktiviteter.

(2011) påpeker at mer forskning er nødvendig for å gi et godt vitenskapelig grunnlag. Fry (2013) påpeker at metodologien ikke er holdbar og at det mangler hensiktsmessige måleverktøy. Etter at Selby (2013) gikk gjennom 103 studier etter strenge metodologisk kriterier sto det igjen 14 godkjente studier. Av disse var det ingen randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). På grunn av mange ulike begreper som brukes og ulike måleverktøy er det også en utfordring i å kunne sammenligne studier. Det må påpekes at fagområdet er relativt ungt i forskningssammenheng og tar man forskningshistorien til HAT i betraktning, er det mange som jobber med å bedre forskningen, både fra heste- og det akademiske miljøet. Til sammen peker dette på en lovende og spennende utvikling innen fagfeltet.

Video

Video benyttes på ulike vis i forsknings- og helsesammenheng, både innen kvalitativ og kvantitativ forskning (Hauge, 2013; Heath, Luff, & Svensson, 2007). Video brukes blant annet ved dokumentasjon, observasjon, opplæring og veiledning (Løkken & Søbstad, 2013, s. 63). I denne studien brukes video i alle områdene og vil bli beskrevet under.

Flere påpeker viktigheten av at videoopptak ikke representerer virkeligheten eller sannheten, at opptaket kun er et utsnitt og en rekonstruksjon (Alrø & Kristiansen, 1997; E. Johannessen, Kokkersvold, & Vedeler, 2010; Malterud, 2003) og at det utelater det som skjer ”imellom” slik som følelser, stemning og lukt (Alrø & Dirckinck-Holmfeld, 1997). Ulike forhold slik som om kameraet skal være håndholdt, antall kamera og hvordan man skal transkribere må vurderes og avklares ut fra hensikten med video (Szulevicz, 2012). Videre er kameraets kvalitet, vinkling og hva som blir fokusert på, med på å bestemme hva man ser, fokuserer på og fortolker (E. Johannessen, 1990). Dette innebærer at videoobservasjon ikke er objektivt (Christiansen, 1997; Sparrman, 2005).

Forskning og bruk av video

Heath, Hindmarsh og Luff (2010) skriver at video har blitt brukt i forskningssammenheng helt tilbake til 1890-tallet da Felix-Louis Regnault lagde en etnografisk film. Banks (gjengitt etter Szulevicz, 2012) mener det virkelige inntoget imidlertid begynte i 1960-årene og økte fra 1980-årene da videoutstyr både ble billigere og lettere å bruke.

Alrø og Kristiansen (1997) påpeker at autentisiteten som ofte forbindes med video gjør den til et sterkt medium. Autentisiteten kan være med på å synliggjøre skjulte forhold, eller

tydeliggjøre uklare forhold. Opptak kan oppleves påtrengende og i noen tilfeller kan den som filmes endre oppførsel slik at man får en forskningseffekt (Malterud, 2003; Tjora, 2010). Erfaring viser dog klare tegn på at oppmerksomheten mot kamera avtar etter hvert som man blir vant til kameraet (Malterud, 2003; Sparrman, 2005). Tjora (2010) skriver at forskningseffekt i observasjonsstudier er en veletablert oppfatning. Han påpeker imidlertid at dette også eksisterer i intervjuer eller surveys fordi situasjonen ikke ville ha funnet sted hadde det ikke vært for forskning. Til tross for mange fordeler ved bruk av video beskriver Heath et al. at video brukt i analyse av menneskelig aktivitet ”*remains neglected within qualitative research*” (2010, s. 2).

Video som dokumentasjon og observasjon

Ratcliff (gjengitt etter Szulevicz, 2012) mener at videoobservasjoner inneholder så mye informasjon at det ikke ville vært mulig å transkribere alt. Han beskriver to realistiske muligheter, det han kaller en fokusert partiell transkripsjon eller at man unnlater å transkribere.

Video gir den åpenbare fordelene at kameraet får med seg detaljer både auditivt og visuelt, noe som kan være vanskelig ved andre observasjonsformer (Alrø & Kristiansen, 1997; Heath et al., 2010; Knoblauch, Schnettler, & Raab, 2009). Både Knoblauch et al. (2009) og Heath et al. (2010) hevder at video brukt som en observasjonsteknikk fremstår som mer detaljert og nøyaktig enn det man kan se med egne øyne. Opptaket kan også spilles av flere ganger slik at man med større sikkerhet kan fastslå hva som skjer i den aktuelle situasjonen. Dette gir muligheter til næranalyse av detaljer av for eksempel interaksjoner mellom mennesker (Alrø & Kristiansen, 1997; Løkken & Søbstad, 2013; Tjora, 2010). Knoblauch et al. (2009) og Heath et al. (2010) påpeker også at video gir mulighet for at flere kan analysere materialet og at dette kan føre til nye funn og en mer reliabel analyse. I det senere har også databaserte analyseprogrammer¹⁰ vært tilgjengelige (Szulevicz, 2012). Tjora (2010) mener at det ikke er en entydig oppskrift på hvordan man skal analysere videodata og Knoblauch et al. (2009) påpeker at det er få retningslinjer på hvordan man skal gjennomføre videobasert forskning.

Bruk av video gir særlige utfordringer i forhold til etiske aspekter. Selv om det er mulig å sladde for eksempel ansikter vil opptaket gi informasjon ved å være levende gjennom lyd og bevegelse. Informantene skal være godt informert om hva som filmes, hvordan

¹⁰ For eksempel CatDV (Heath et al., 2010).

materialet skal benyttes, hvem som skal se materialet, hvordan det oppbevares og når det eventuelt skal slettes (Heath et al., 2010; Sparrman, 2005).

Video som veiledning og opplæring

Fellesnevneren der video benyttes som veiledning og opplæring er som oftest at noen gir tilbakemelding til noen. Johannessen et al. (2010) påpeker at video gir et godt utgangspunkt for å utvikle og bedre refleksjon, selvrefleksjon og selvbevissthet. Terapeuten eller veilederen ser gjennom opptaket og velger ut deler som deretter blir vist, diskutert og reflektert over sammen med de involverte. Flere har brukt betegnelsen *feedback* om dette, dog har begrepet blitt brukt på ulike måter. Jeg har tatt utgangspunkt i det Fukkink, Trienekens og Kramer (2011) skrev i sin meta-analyse om video-feedback. Feedback blir gitt av noen, for eksempel en veileder, er spesifikk og det blir fokusert på det positive for å påvirke selvbilde og mestringstro positivt. Imidlertid påpekte de at selv om positiv atferd styrkes, reduseres ikke den negative atferden uten målrettet arbeid. Kluger og DeNisi's meta-analyse (gjengitt etter Fukkink et al., 2011) viste at både positiv og negativ feedback kunne gi læring, men at dette må gjøres på en støttende måte, og at alternativer burde gis til den negative atferden. Downing, Wortmann-Fleischer, von Einsiedel, Wolfgang og Reck (in press) og Wiberg (1997) påpeker også at tilbakemeldinger må gis på en skånsom måte. Aamot påpeker at "video er et sterkt og gjennomtrengende medium som det er vanskelig å forsvare seg mot hvis det ikke brukes etisk forsvarlig" (Aamot, 2000, s. 24). Wiberg (1997) mener at empati er viktig i god kommunikasjon, og Alrø og Kristiansen (1997) er også inne på dette ved å påpeke at den som gir respons på atferd må gjøre dette med respekt. Johannessen et al. (2010) påpeker viktigheten av god ledelse i gjennomgangen. Ofte kan man henge seg opp i det negative hos seg selv, og uten god ledelse kan dette forbli ubearbeidet. Nerdrum og Rønnestad (2002) viser i sin studie at empatisk kommunikasjon hos helsepersonell kan trenes opp. Stoller (1968) poengterer viktigheten av at terapeuten må være komfortabel med video både i forhold til selv å bli observert og analysert, og fordi holdningen til video kan være med på å legge føringer for hvordan pasienten opplever filmingen.

I hovedfagsoppgaven til Wiberg (1997) så hun på studenters opplevelse av bruk av rollespill og video som pedagogisk metode. Informantene påpekte at video gjorde det mulig å studere og lære mer om eget kroppsspråk, reaksjoner, samtaleteknikk og å se seg selv utenfra. Videre at video bidro til en sammenkobling mellom teori og praksis ved at man måtte utføre det man hadde lært i teorien, se på det og deretter reflektert over det. Kjølås (2013) er inne på

sammenkoblingen mellom indre og ytre virkelighet i sin artikkel om en pasient der indre virkeligheten ikke samstemmer med den ytre. ”Å se den observerbare ytre virkeligheten via video forstyrrer de indre forestillingene” (Kjølås, 2013, s. 165). Hun påpeker også at opptaket kan ses flere ganger, stoppes, se utvalgte sekvenser og reflektere over hva som skjer på indre mens det ytre observeres¹¹ sammen med pasienten.

Videointervensjonsterapi

Videointervensjonsterapi (VIT) er en evidensbasert metode utviklet av George Downing hvor video benyttes som et redskap med en intensjon om å forandre eller utvikle interaksjonen mellom mennesker (Downing, 2013b). VIT benytter video-feedback slik Fukkink et al. (2011) beskriver det. Downing¹², Ph. D., er blant annet professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Klagenfurt, han har skrevet boken *Körper und Wort in der Psychotherapie* (Kropp og ord i psykoterapi, min oversettelse) (Kösel Verlag Munich), flere artikler og for tiden skriver han ei bok om VIT (Downing, 2013a).

VIT ble opprinnelig utviklet for å hjelpe psykisk syke foreldre til en bedret relasjon til sine spedbarn/barn (Downing et al., in press). I dag benyttes metoden også innen andre områder som for eksempel parterapi, i individuell terapi (Downing, 2013a), i institusjoner for utviklingshemmede, i behandlingssenter for avhengighet med flere (Downing et al., in press). Downing et al. (in press) beskriver at VIT kan benyttes både individuelt, i grupper og som en modul i et større behandlingsopplegg. Videre i oppgaven omtales VIT brukt i individuell sammenheng.

Downing et al. (in press) beskriver at VIT bygger på kognitiv atferdsterapi. Fokus på atferd kommer naturlig da atferden pasienten har, blir veldig synlig på video. Med hjelp av terapeuten kan pasienten se detaljer som kan hjelpe vedkommende til å observere, tolke og mentalisere rundt det som blir vist. I tillegg til fokus på den ytre atferden, kan det også fokuseres på det som skjer inni individet. Dette kaller Downing et al. (in press) for *inner - og outer movie*. *Outer movie* representerer den visuelt synlige atferden, mens *inner movie* representerer den subjektive opplevelsen av det som skjedde, for eksempel tanker, følelser og kroppsopplevelse. Videre påpeker de at terapeuten kan legge fokus bare på den ene eller skifte

¹¹ Downing, Wortmann-Fleischer, von Einsiedel, Wolfgang og Reck (in press) betegner dette som inner- og outer movie. Se kapittelet om VIT.

¹² Downing er også tilknyttet Salpêtrière Hospital, Paris, New York Freudian Society, Universitetet i Bologna og i Heidelberg (Downing, 2013a).

mellom de to. De beskriver også at VIT er mentaliseringsbasert, at metoden bygger på utviklingsforskning på spedbarn og barn og at den praktiske prosedyren både har elementer fra kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi.

I utøvelsen av metoden identifiserer pasienten og terapeuten utfordringen det ønskes hjelp med. Tid og sted for filming blir avtalt og video blir tatt opp av to eller flere i en interaksjon. Opptaket er som regel på ca 5-10 minutter og er av en situasjon som illustrerer noen av utfordringene til pasienten. Terapeuten velger så ut sekvenser etter et spesielt ”*scanning map*”¹³ utarbeidet av Downing og Tronick. Sekvensene gjennomgås samme med pasienten etter en standardisert prosedyre strukturert i seks steg (Downing et al., in press). Nedenfor er stegene presentert med utgangspunkt i beskrivelsen til Downing et al. (in press). Steg 1¹⁴: Terapeuten viser en eller flere sekvenser av filmen og ber pasienten om å kommentere hva vedkommende finner interessant. En diskusjon ut fra hva pasienten sier kan oppstå, men steget er som regel kort.

Steg 2: Terapeuten påpeker en eller flere positive aspekter ved interaksjonen og årsaken deles med pasienten. I noen tilfeller spør også terapeuten hvordan pasienten reagerer på det positive terapeuten fremhever. Dette gjøres fordi refleksjon rundt det som er bra kan ha sterk påvirkning, og gi emosjonelle responser. Dette kan både øke motivasjonen og muliggjøre en undersøkelse av hva som gjorde forandringen mulig. Hvis terapeuten vurderer at pasienter har lav motivasjon, lav tillit til terapeuten eller seg selv kan dette steget være det siste, en forkortet versjon (*abbreviated session*).

Steg 3: Terapeuten påpeker *ett* negativt mønster i interaksjonen. I noen tilfeller to, men da begrunnet i at de henger tett sammen. Terapeuten må være sensitiv for pasientens reaksjoner og omtale det negative mønsteret på en støttende fremfor en konfronterende måte.

Steg 4: Det negative mønsteret utforskes i dybden. Downing et al. (in press) kaller dette hjertet av sesjonen, og det er i dette steget mest tid benyttes. I likhet med steg 3 må terapeuten være sensitiv da utforskningen kan bringe pasienten i kontakt med følelser det kan være vanskelig å håndtere. Mentalisering, emosjons- og kroppsfokuserte teknikker kan benyttes.

Steg 5: I dette steget reflekterer pasient og terapeut over når, hvor og hvordan pasienten kan forandre utfordringene som har blitt påpekt. Dette steget er som regel kort.

Steg 6: I det siste steget oppsummeres hovedpoengene fra gjennomgangen og fremdriften

¹³ En nærmere beskrivelse av et ”*scanning map*” og hvordan dette benyttes i utvelgelsen av sekvensene vil bli beskrevet i boken om VIT Downing for tiden forfatter.

¹⁴ Eksempler på alle stegene kan leses i kapitlet til Downing et al. (in press).

avtales.

Stegene gjennomgås som regel i denne rekkefølgen og tar omkring 50 minutter. Downing et al. (in press) påpeker at pasienten oppmuntres til å delta aktivt. Dette kan innebære at terapien tar en venning vekk fra terapeutens plan, men som allikevel er terapeutisk hensiktsmessig.

Det er mulig å oppnå sertifisering i VIT ved å delta i 20 treningsdager ved VIT-seminarer, fullføre 6 caser hvor VIT benyttes og skrive et sammendrag av hver case etterfulgt av et individuelt møte med Downing eller en veileder utpekt av han. Seminarer holdes flere steder i Europa og USA, også i Norge (Downing, 2013a).

2.0 TEORETISK FORANKRING

Studien er forankret i mentaliseringsbasert teori og teori om fellesfaktorene. Mentaliseringsbasert teori ble valgt fordi både VIT (Downing et al., in press) og avhengighetsbehandlingen ved OUS er mentaliseringsbasert (Oslo Universitetssykehus, udatert). I tillegg har jeg valgt å ta med teori om fellesfaktorene for å kunne diskutere valg av videometode.

2.1 Mentaliseringsbasert teori

Mentalisering som terapeutisk eller teoretisk begrep beskrives å være i sin ungdom, men har sin opprinnelse tilbake til 60-tallet (Skårderud, 2012). Aktualiteten til begrepet i dag skyldes at mentaliseringsbasert terapi (MBT) har blitt benyttet i behandling av borderline personlighetsforstyrrelse med stor suksess (Skårderud, 2012). Det har blitt satt spørsmålsteget ved om dette er ”gammel vin på nye flasker”. Opphavsmennene til MBT, i hovedsak Bateman og Fonagy, påpeker selv at det er lite nytt i MBT. Skårderud (2012) fremhever at opphavsmennene har en ambisjon om å representere et metaspråk som oppleves inkluderende på tvers av tekniske og teoretiske tradisjoner innen samtalebaserte behandlingsformer, at elementer fra en rekke ulike kilder (affektteori, utviklingspsykologi, tilknytningsteori m.fl.) benyttes, og at kropp og sinn, og psyke og hjerne blir forent.

Abrahamsen (2012) plasserer mentaliseringsbasert teori innenfor psykodynamisk-, tilknytning-, og intersubjektiv teori, spedbarnsforskning og nevrobiologi. Rydén, Wallroth og Nygaard (2011) trekker frem at mentaliseringsbasert teori er nært beslektet flere metoder, slik som kognitiv- og psykodynamisk terapi, og at det er nært knyttet til blant annet empati og mindfulness (Bateman, Fonagy, Skårderud, & Karterud, 2007; Rydén et al., 2011; Skårderud,

2012). Rydén et al. (2011) påpeker også at de to biologiske systemene tilknytning¹⁵ og affekter¹⁶ leder frem til mentalisering og hvordan vi forstår oss selv og andre.

Mentalisering handler om å tenke og føle om våre egne og andres tanker og følelser, hele tiden med en bevissthet om at vi kan ta feil (Rydén et al., 2011). Bateman og Fonagy beskriver mentalisering slik: “Mentalizing is the process by which we can make sense of each other and ourselves, implicitly and explicitly, in terms of subjective states and mental processes” (Bateman & Fonagy, 2013, s. 595). Abrahamsen (2012) påpeker at mentalisering både skjer på det selvreflekterende og på det intersubjektive¹⁷ plan. God mentalisering kjennetegnes ved at man både har fokus på seg selv og på den andre, og den andres separate sinn. En bevissthet på at indre tilstander har påvirkning på atferd og en grunnholdning som kjennetegnes ved nysgjerrighet, utforskning og et ikke-vitende ståsted (Abrahamsen, 2012). Svekket mentalisering kjennetegnes ved skråsikkerhet, fravær av utforskning og undring (Abrahamsen, 2012). Ofte ser man et overdrevent fokus på ytre detaljer på bekostning av mentale tilstander, motiver, følelser eller tanker. Videre en manglende evne til å se sitt eget bidrag til problemet, skyld på eller finne feil hos andre og en rigid holdning til andres følelser eller tanker (Bateman et al., 2007).

Mentale tilstander slik som ønsker, overbevisninger og følelser påvirker vår atferd (Bateman et al., 2007). Evnen til å mentalisere har konsekvenser for individets opplevelse av selvsammenheng og dets sosiale kompetanse (Abrahamsen, 2012). Feilfortolkninger av andres intensjon kan gi misforståelser som forstyrrer det sosiale samspillet. Mentaliseringsevnen er kontekst- og relasjonsspesifikk, og varierer ut fra situasjonen og relasjonen man er i, og hvor følelsesmessig aktivert man er (Abrahamsen, 2012). Dette er allmennmenneskelige fenomener (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Men for pasienter med

¹⁵ Tilknytning er et stort tema, og teorien er omtalt av flere kjente teoretikere. Mest kjent er Bowlby som omtales som tilknytningsteorienens far (Schibbye, 2009). I oppgaven går jeg kun inn på begrensede sider ved teorien.

¹⁶ Likeledes er det med affekter hvor blant andre Tomkins' med sin teori om primære affekter har hatt stor betydning (Rydén et al., 2011). Rydén et al. beskriver at det er en terminologisk forvirring i begrepsbruken rundt affekter. I denne oppgaven benyttes begrepene affekter og følelser, og jeg støtter meg på Rydén et al. sin oppdeling der de beskriver følelse som et ”samlingsbegrep for alle former for følelsesmessige opplevelser”, og (primær) affekter som ”en gruppe av systemer som består av nedarvede opplevelser som ofte er koplet til bestemte motoriske reaksjonsmønstre” (Rydén et al., 2011, s. 61).

¹⁷ Intersubjektivitet slik Schibbye (2009) omtaler det handler om at to subjekter deler en affektiv opplevelse. Dette fordrer at begge parter kan ta den andres synspunkt.

for eksempel emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som har vansker med relasjoner og affekter, er sårbarheten for svekket mentalisering større (Abrahamsen, 2012).

Mentaliseringsevnen utvikles i tilknytningsrelasjoner mellom omsorgspersoner og barnet (Choi-Kain & Gunderson, 2008), hvor spesielt den affektive speilingen er av betydning (Rydén et al., 2011). Speiling innebærer omsorgspersoners evne til å speile barnets opplevels- og følelsesmessige tilstand (Abrahamsen, 2012). Markert speiling innebærer at omsorgspersonene viser at følelsen barnet har er forståelig, blir gitt gyldighet og at den tilhører barnet. Dette gjør barnet i stand til å forstå hvem en er, noe som senere brukes til å forstå egne tanker og egne og andres følelser. En umarkert speiling innebærer derimot at det ikke blir tydelig hvem som eier følelsen (Rydén et al., 2011). Tilknytning legger grunnlaget for en trygg eller utrygg tilknytning. En trygg tilknytning tar vare på barnet, dets behov og gir det en opplevelse av omsorg, beskyttelse, tilhørighet, kontakt med andre og et sterkt følelsesmessig bånd til omsorgspersonen (Schibbye, 2009). Den gir også barnet muligheten til å kunne utforske og være nysgjerrig på verden rundt seg. Motsatt vil en utrygg tilknytning ikke gi barnet muligheten til å utforske å være nysgjerrig på verden. Isteden må de overvåke sine omsorgspersonenes fysiske og emosjonelle tilgjengelighet, og barnet lærer ikke hvordan det kan forholde seg til seg selv og andre. Den manglende nysgjerrigheten og utforskningen kan vi gjenkjenne i kjennetegnene ved svekket mentalisering slik det er beskrevet ovenfor. En utrygg tilknytning kan føre til vansker med affektregulering (Schibbye, 2009), og barnet kan utvikle psykiske lidelser slik som for eksempel borderline personlighetsforstyrrelse (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Teoretisk er derfor mangelfull evne til mentalisering forbundet med en utrygg tilknytning (Abrahamsen, 2012).

Rydén et al. (2011) beskriver affekter som en hjørnestein i tenkingen rundt mentalisering, og beskriver følelser som både biologisk og psykologisk. De fremhever at affekter styrer handlingene våre gjennom motivasjonsfaktorer som hemmer eller initierer handlingsmønstre. I tillegg påpeker de at affekter har betydning for kommunikasjon. Følelser kommuniseres gjennom blant annet ansiktsuttrykk og er viktige i en interpersonlig sammenheng.

Oppsummert er tilknytning og affekter viktige i utviklingen av mentaliseringsevnen fordi de legger grunnlaget for å forstå seg selv og andre.

Mentaliseringsbasert terapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy (Rydén et al., 2011). Utgangspunktet var behandling av borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman et al., 2007). Behandlingen kan foregå både i gruppe og individuelt og målet er et terapeutisk miljø hvor mentale tilstander hos en selv og andre kan undersøkes og utforskes. Det søkes en bedre forståelse av egen rolle i sosiale prosesser og en bedre forståelse av det intersubjektive (Bateman & Fonagy, 2008). For å videreutvikle mentaliseringsevnen hos pasienten må vedkommende være affektivt aktivert. Følelsesladde hendelser utfordres med undring og søken etter alternative fortolkninger i kombinasjon med en empatisk holdning, og terapien blir på den måten en form for prosesslæring (Abrahamsen, 2012). Terapeuten må hele tiden følge med i hvor aktivert pasienten er da for lite ikke vil innebære endring, og overaktivering vil føre til brist i mentaliseringsevnen. Brist kan i sin tur føre til selvreguleringsvansker og økt sannsynlighet for utagerende atferd (Abrahamsen, 2012). Mange har blitt oppmerksomme på MBT, og metoden brukes i dag ovenfor en rekke ulike grupper, slik som for eksempel spiseforstyrrelser (Skårderud, 2007), behandling av profesjonelle i krise (Bleiberg, 2003) og i avhengighetsbehandling (Abrahamsen, 2012).

Mentalisering i avhengighetsbehandling

Söderström og Skårderud (2009) skriver at det hittil ikke er publisert mye litteratur når det gjelder bruk av mentalisering i behandling av avhengighet, men de beskriver en robust sammenheng mellom avhengighet og vansker med affektregulering. Allen, Fonagy og Bateman (gjengitt etter Abrahamsen, 2012) beskriver en toveisprosess mellom avhengighet og mentalisering. I den ene retningen kan rusmidler med sin kjemiske og direkte påvirkning av kognitive funksjoner, nedsette mentaliseringsevnen. I den andre retningen kan vansker med affektregulering, som følge av utrygg tilknytning, representere sårbarhetsfaktorer for å utvikle rusavhengighet. Arefjord og Karterud (2012) mener at man kan forstå ruslideleser som en flukt fra negative følelser og mellommenneskelige problemer, og peker på en åpenbar sammenheng mellom utrygg tilknytning, svekket mentaliseringsevne og avhengighet. Arefjord og Karterud (gjengitt etter Abrahamsen, 2012) påpeker at bruk av MBT i avhengighetsbehandling vil handle om å hjelpe pasienten til å sette ord på de følelsene og tankene vedkommende ellers har ruset bort. Gjennom å hjelpe pasienten med å opparbeide et språk for følelsene og tankene vil mentaliseringskapasiteten utvikles slik at følelser og tanker kan håndteres.

2.2 Teori om fellesfaktorene

Rønnestad og Lippe (2009) beskriver at det er mye uklarhet og uenighet innenfor feltet om fellesfaktorer. Studier som har sett på resultatet i ulike former for psykoterapi har vist at det oppnås liten eller ingen forskjell mellom de ulike metodene. De påpeker at resultatene kan tolkes dit hen at det ikke er den spesifikke metoden som er mest virksom i terapi. Etter å ha gått gjennom psykoterapiforskningen har Lambert (gjengitt etter Rønnestad & Lippe, 2009) satt opp en fordeling mellom fire terapeutiske faktorer han mener er virksomme i terapi. 1) klienten med 40%: personlige og sosiale ressurser, 2) det terapeutiske forholdet med 30%: klientens opplevelse av terapeutens empati, aksept og varme, 3) forventninger med 15%: klientens håp og forventning til utvikling som resultat av å delta i terapi, placebo, og 4) teknikk med 15%: kjennetegn ved den spesifikke teknikken som brukes. Med andre ord kan det være viktigere hvem terapeuten er enn hvilken metode som anvendes (Rønnestad & Lippe, 2009).

3.0 METODE, EMPIRISK MATERIALE OG FREMGANGSMÅTE

Med bakgrunn i problemstillingen hvor det var ønskelig med både en fenomenologisk og en deskriptiv belysning av VIT i HAT, var det i denne forskningsstudien nærliggende å benytte kvalitativ metode. Malterud (2003) beskriver at kvalitativ metode egner seg godt der målet er å utvikle ny kunnskap slik at nye beskrivelser, teoretiske modeller eller nye begreper kommer frem gjennom analysen. Gjennom litteratursøk lykkes det ikke å finne litteratur om bruk av video som et terapeutisk middel i hesteassistert terapi i behandling av avhengighet. Med andre ord, er det et relativt utforsket område min studie undersøker, og den kan slik betegnes som eksplorativ.

Det ble valgt å kombinere flere metoder i innhenting av data, og kildetriangulering¹⁸ ble benyttet. Ordet triangulering er hentet fra geometrien og kan betraktes som den sterkeste geometriske formen vi har, trekanten. Ved bruk av flere punkter til navigering, for eksempel til sjøs, kan man lettere få nøyaktig posisjon. Overført til forskning er metodetrianguleringens formål å hindre skjevheter som lettere kan oppstå hvis man benytter kun en metode, gi et

¹⁸ Denzin (gjengitt etter Patton, 2002, s. 247) beskriver fire mulige trianguleringsformer, 1) metodetriangulering: anvendelse av både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, 2) observatørt triangulering: flere forskere, gjerne med ulik faglig bakgrunn, deltar i innsamlingen av data 3) teoritriangulering: analyseringen gjennomgås med ulik teoretisk referanseramme og 4) kildetriangulering: hentes fra forskjellige kilder eller fra informanter som befinner seg i ulike posisjoner i forhold til problemstillingen (min oversettelse).

klarere bilde av det som undersøkes (Løkken & Søbstad, 2013), styrke kvaliteten og gi mere velbegrunnede argumenter (Pedersen, 2012). Malterud (2003) påpeker at flere perspektiver kan gi en mer presis eller mangfoldig beskrivelse.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Vitenskap handler om å finne ut hvordan man skal finne ut noe, og redegjøre for dette etter oppsatte kriterier. Hvorvidt kunnskapen som innhentes ”holder vitenskapelige mål bestemmes av måten forskeren forvalter innhenting og håndtering av kunnskap på” (Malterud, 2003, s. 13). En deskriptiv tilnærming beskriver Kaiser (2000) at innebærer en beskrivelse av noe, og i denne studien beskrives anvendelsen av VIT i HAT. Fenomenologi er et begrep i kvalitativ forskning som prøver ”å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter” (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 45). Fenomenologien er opptatt av det subjektive perspektivet, den enkeltes måte å oppfatte virkeligheten på. Kunnskap om den enkeltes følelser og tanker, deres livsverden søkes (Malterud, 2003). I denne studien søkes den subjektive opplevelsen til pasient og rideterapeut. I tillegg er studien også preget av hermeneutisk teori som er læren om fortolkning av tekster, og hvor fortolkning av mening er det sentrale (Kvale et al., 2009). Ifølge Malterud (2003) innebærer kvalitative metoder både beskrivelser og tolkninger. Hun mener at det ikke er mulig å bruke det ene uten å bruke det andre fordi beskrivelser innebærer tolkninger, og tolkninger innebærer beskrivelser

3.2 Innsamling av data

Datainnsamlingen besto av tre metoder 1) observasjon, som omfattet videofilming og feltarbeid; 2) forespørsel til fagmiljøet gjennom utsendelse av spørsmål via mail; og 3) semistrukturerte intervjuer. Utsendelsen av spørsmål til fagmiljøet ble gjort for å innhente informasjon om bruk av video i HAT da litteraturen er mangelfull. Videre i oppgaven omtales dette under overskriften *Nasjonalt og internasjonalt perspektiv*. De to førstnevnte metodene ble benyttet for å innhente kunnskap om hvordan VIT i HAT ble anvendt ved den spesifikke avdelingen og en deskriptiv tilnærming ble benyttet. Intervju ble benyttet for å innhente kunnskap om den enkelte pasient og rideterapeuts opplevelse av VIT i HAT, og fenomenologisk tilnærming ble naturlig. I studien ble kunnskapen fra den enkelte informant

satt sammen for så å trekke ut fellestrekkene fra disse. I analysen ble dette satt sammen i kodegrupper.

Uavhengig av metode er det viktig å være klar over at dataen man samler inn ikke er en sannhet, men et utsnitt av en større del (Alrø & Kristiansen, 1997; Malterud, 2003). Det er lagt vekt på ydmykhet og åpenhet for dataene, høy grad av gjennomsiktighet i studien og en bevissthet om forforståelse og rollen jeg hadde i Stallen.

Observasjon

I samsvar med det deskriptive fokuset ble observasjon benyttet for å få direkte tilgang (A. Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010) til hvordan VIT anvendes i HAT. Del 1, 4 og 5 (se tabell 1) ble observert. Observasjonen av del 1 ble gjennomført med utgangspunkt i en observasjonsguide (se vedlegg 3). Feltnotater og logg ble også benyttet. Hendelsesforløpet ble skrevet ned i etterkant av observasjonen, inkludert mine refleksjoner på min rolle og reaksjoner i settingen. I del 4 ble det benyttet det Johannessen et al. (2010) kaller ustrukturert observasjon. Dette innebærer at jeg som forsker på forhånd ikke hadde gjort meg opp en mening om hva som skulle observeres og følgelig ikke hadde en observasjonsguide. Observasjonen av del 5 omtales under.

Videoobservasjon

Videofilmingen ses som en del av observasjonen, men med videokamera som hjelpemiddel. Malterud (2003) skriver at videoobservasjon ikke er en egen forskningsmetode, men et teknisk medium for datainnsamling. Videofilming ble benyttet for å sikre observasjonen av del 5 (se tabell 1). Observasjonsguide ble benyttet (se vedlegg 4). Observasjonen ga kunnskap om hvorvidt det var samsvaret mellom teori og praksis i forhold til de seks stegene beskrevet av Downing et al. (in press). I del 5 ble filmingen gjort ved hjelp av kamerastativ, mens det i del 1 ble håndholdt. Heath et al. nevner to forhold som er med på å bestemme hvorvidt bruk av stativ er hensiktsmessig eller ikke; ”hva slags data man har behov for og praktiske begrensninger for settingen” (Heath et al., 2010, s. 41) (min oversettelse).

Feltarbeid

Fangen (2011) beskriver at feltarbeid ofte brukes synonymt med deltagende observasjon. Feltarbeid ses derfor her som en del av observasjonen. Gjennom deltagelse i daglige gjøremål fikk jeg kjennskap til hestene og til hvordan temaet i Stallen jobbet. I tillegg

var det ønskelig at pasientene skulle ha møtt meg i forkant av filmingen. Det var et håp om at dette kunne være med på å redusere de ukjente elementene i størst mulig grad slik at forskningen, spesielt med tanke på video, var så lite inngripende som mulig. Kunnskapen jeg innhentet ble benyttet videre i min forståelse og beskrivelse av hvordan VIT i HAT ble anvendt, den ga også et bedre grunnlag i min forståelse av informantenes opplevelse.

Nasjonalt og internasjonalt perspektiv

Forespørselen som ble sendt ut til fagmiljøet ble sendt ut til organisasjoner, forskningsnettverk og enkeltpersoner nasjonalt og internasjonalt og inneholdt to spørsmål: 1) Bruker du video i hestebasert terapi?; 2) Hvis ja, vennligst forklar a) hvordan du bruker video i ditt arbeid med hester; b) hvorfor du bruker det; og c) grunnlaget for bruk av video (er den for eksempel basert på en teoretisk modell?) (se vedlegg 5). Mottakerne¹⁹ ble valgt på bakgrunn av min egen og ansatte ved OUS sin kjennskap til fagfeltet, og det ble antatt at disse ville representere feltet på en god måte. Mottakerne ble oppfordret til å sende mailen videre til sine medlemmer, som så sendte svar dirkete til meg. I tillegg ble det oppfordret til å sende mailen videre hvis man visste om andre som benyttet video i hestebasert terapi. Av denne grunn var det vanskelig å anslå hvor mange som mottok mailen.

Intervju

Intervjuene var semistrukturert. Det tillates da å gå utenfor de oppsatte spørsmålene i intervjuguiden (Kvale et al., 2009), og oppfølgende spørsmål ble stilt med utgangspunkt i det som kom frem. Det ble til sammen gjort fire intervjuer per pasient, to av rideterapeuten og to av pasienten (se tabell 1). Intervjuene tok utgangspunkt i to intervjuguider, en for det første intervjuet (se vedlegg 6) og en for det andre intervjuet (se vedlegg 7).

3.3 Refleksivitet og forforståelse

Malterud (2003) beskriver refleksivitet som en aktiv holdning som må oppsøkes og vedlikeholdes. Forskeren må hele tiden sette spørsmålstegn ved det som kommer frem og etterstrebe å se materialet med friske øyne for å prøve å avdekke blinde flekker. Malterud

¹⁹ Mottakerne var Hest og Helse, Equine Assisted Growth And Learning Association (Eagala), The Federation of Horses in Education and Therapy International (HETI), Nordic Network, Horses4Humans, Professional Association of Therapeutic Horsemanship Intl.(PATH Intl.) - EFP Working Group, Equine Research Network (Eqrn) og enkeltpersoner slik som blant annet redaktørene i HETI journalen.

(2003) påpeker også betydningen av og en klargjøring av forskerens egen rolle, hypoteser og forforståelse.

Under perioden hvor data ble innsamlet ble det tilbrakt mye tid i Stallen for å bli bedre kjent med teamet og hestene. Jeg har blant annet deltatt i daglige gjøremål slik som å lempe høy, gjøre rent hos hestene og trene dem. Denne rollen og forforståelsen har nok både hatt fordeler og ulemper. Fordelene har vært at jeg har visst gangen i det som skjer i Stallen og har gjennom det lettere kunnet forstå ulike situasjoner der andre kanskje hadde blitt forvirret eller ikke forstått. Bakgrunnen med hest har bidratt til at jeg har fått innpass i miljøet på en naturlig måte og har blitt tiltrodd oppgaver som å delta i å håndtere hestene. På den annen side, ved å forske på et felt man kjenner godt kan forforståelsen av de fenomenene man skal forske på være sementert og føre til at man således ikke klarer å tilpasse sin oppfatning til de nye dataene (Malterud, 2003). Dette kan igjen resultere i at man går glipp av informasjon. Johannessen et al. (2010) påpeker at forforståelsen er med på å påvirke hva som observeres, hva som vektlegges og hvordan ulike funn tolkes. I dette prosjektet har det vært et mål å ha et bevisst forhold til både fordelene og ulempene forforståelsen og rollen jeg har hatt ved seksjonen har gitt. Malterud (2003) beskriver at det ikke er mulig å ta vekk sin forforståelse, men at det må etterstrebes å være reflektert på egen rolle slik at forskningen preges av redelighet. Dette har gjort at jeg gjennom hele prosessen har satt spørsmålsteget ved hva jeg har funnet og hvorfor. Malterud påpeker videre at spørsmålet ikke er hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (2003, s. 43). Selv om forforståelsen min er preget av kunnskap om hest i terapi og helse og sosialfaglig bakgrunn er det ikke primært hesteassistert terapi det ble forsket på i denne studien, men videointervensjonsterapi i hesteassistert terapi.

3.4 Lokasjon og utvalg

OUS gir tilbud til Oslo-pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk mellom 16-26 år. Seksjonen har 3 enheter: 1) Døgnbehandling; 2) Utredning og Intermediær; og 3) Dagbehandling og Stall (hesteassistert terapi) (Oslo Universitetssykehus, 2014). Tilbudet inkluderer tilleggsproblematikk som lettere psykiske lidelser og relasjonelle vanskeligheter. Det er et tverrfaglig behandlingstilbud med spesielt fokus på relasjoner ved hjelp av mentaliseringsbasert tilnærming og familie- og nettverksarbeid (Oslo Universitetssykehus, 2012). Seksjonen beskriver at hestene benyttes til å jobbe med ulike temaer som er sentrale for den enkelte pasient, og som relateres til behandlingsplanen utarbeidet av pasienten og primærbehandler. Eksempler på temaer kan være relasjoner, mestring, grensesetting og

nærhet/avstand (Lysell, Dihle-Borgen, & Liestøl Hanche-Olsen, 2012). Et eksempel på en øvelse er illustrert og forklart i vedlegg 8.

I forskningsperioden gikk HAT over 12 uker. De fire første timene var satt av til introduksjon, hvor en kort innføring i HAT, håndtering og stell av hestene, ridning, praktisk stallarbeid og utføring av noen øvelser ble gjennomgått. Introduksjonen ble sett på som viktig da målet var å ivareta sikkerheten, at pasientene skulle bli trygge på hestene og dermed legge grunnlaget for å få mest mulig nytte av terapien. Terapien ble gitt individuelt og i gruppe med maks fire deltagere, men alltid individuelt tilrettelagt (Lysell et al., 2012). Teamet i Stallen besto av to rideterapeuter og en miljøarbeider/stall og hesteansvarlig, alle med lang og bred erfaring med hest (Lysell et al., 2012). Stallen ga også tilbud om lærlingplass i hestefaget²⁰ og til arbeidstrening gjennom NAV. Disse var til stede under forskningstiden i kortere eller lengre perioder. I tillegg var det andre masterstudenter som gjennomførte sin forskning samtidig med denne studien. Flere av informantene deltok i flere av studiene.

Det var fem hester i Stallen, alle med ulik rase, kjønn, høyde og bredde. Hestene eies av lokale Lions-klubber, som for øvrig har holdt Stallen med hester helt tilbake til 1974. Hestene ble trent av øvede ryttere utenfor terapिसammenheng, gikk i flokk og var ute store deler av døgnet på det som kalles utegang²¹. Det var også oppstillingsmuligheter slik at hestene kunne tas inn ved behov. På bakgrunn av en interesse i fagfeltet for hvilke type hester som brukes og egner seg i terapi er hestene ytterligere presentert i vedlegg 9. I tillegg til hestene besto utvalget av fire pasienter og én rideterapeut, tre menn og to kvinner. Pasientene var på ulikt sted i behandlingsforløpet i HAT.

Utvelgelsen av rideterapeuten ble gjort på bakgrunn av kompetanse i VIT, et tre dagerskurs holdt av George Downing, samt utdanning og erfaring i hestefaget og HAT. Inkluderingskriteriene for pasientene i studien var tilhørighet ved OUS, mottakere av hesteassistert terapi tilhørende *Youth Addiction Treatment Evaluation Project (YATEP)*²² og

²⁰ Hestefaget er en studieretning for naturbruksfag i videregående skole. Etter to års skolegang etterfulgt av to års opplæring og verdiskapning i bedrift kan man avlegge fagprøve for å bli hestefaglært. Etter bestått fagprøve er kandidaten hestefaglært og har oppnådd status som fagarbeider (Opplæringskontoret for Hest- og hovslagerfaget, udatert).

²¹ Utegang innebærer at hestene går ute hele døgnet i et inngjerdet område hvor de har tilgang til mat, vann og liggeplass med ly for vær og vind (Andersson, Knævelsrud, Lindberg, Paulsson-Bertmar, & Bjørnstad, 2000).

²² YATEP er et prosjekt opprettet av Oslo Universitetssykehus for å evaluere og forbedre behandlingen, samt å bidra inn i fagutviklingen nasjonalt og internasjonalt (Oslo Universitetssykehus, 2013)

over 18 år. I tillegg måtte pasientene ha deltatt i minimum én HAT-time og teamet i Stallen måtte anse at de ikke ville bli belastet unødige av prosessen. Utvelgelsen ble gjort av teamet i Stallen på bakgrunn av kjennskap til pasientene. Det ble vurdert at pasientene lettere kunne stille spørsmål til forskningen, og/eller avslå deltagelse til noen de var kjent med. For å unngå å komme i konflikt med behandlingsoppfølging og for å ivareta sikkerheten best mulig ble pasienter som ruset seg under behandling ekskluderte fra studien (Cody et al., 2011).

3.5 Informasjon og datainnsamling

Da gjennomførbarheten av studien i stor grad var avhengig av at rideterapeuten ønsket å delta, ble rideterapeuten tidlig i forløpet spurt og informert om studien. Teamet i Stallen ble muntlig informert i forkant av studien. I tillegg ble det gitt skriftlig informasjon i etterkant av at den første pasienten hadde gjennomført de syv delene omtalt nedenfor (se tabell 1). Dette ble gjort fordi det ble klart at det var behov for ytterligere informasjon utover det som var gitt muntlig. Informasjons- og samtykkeskjema (se vedlegg 10) ble gitt til pasientene som oppfylte utvelgelseskriteriene av teamet i Stallen.

I forkant av forskningen ble alle delene i tabell 1 gjennomført med en pasient ved seksjon Døgn og rideterapeuten. I tillegg ble det gjennomført prøveintervjuer av bekjente med hestebakgrunn. Disse kunne lett forestille seg gangen i alle delene uten at de faktisk ble gjennomført. Dette førte til noen endringer i spørsmålsformuleringen i intervjuguiden slik at de ble tydeligere, og en bevisstgjøring av viktigheten av å klargjøre videoutstyret før bruk.

3.6 Studiens ulike deler

Delene som ble gjennomført på OUS utgjorde til sammen en struktur med syv deler. Pasienten var fysisk til stede ved fire av de syv delene, mens rideterapeuten var til stede ved fem av de syv delene. I tabell 1 fremstilles delene som viser strukturen i kronologisk rekkefølge slik den ble utført i studien.

Del	Navn	Innhold	Involverte	Metode	Formål
1	Observasjon	Filming og observasjon av en HAT time	Hest, pasient, rideterapeut, kamerafører og forsker	Observasjon	Anvendelse av VIT i HAT
2	Pasientintervju 1	Intervju av pasient direkte etter observasjonen	Pasient og forsker	Intervju	Opplevelse av VIT i HAT. Den umiddelbare responsen plukkes opp i intervjuet
3	Rideterapeutintervju 1	Intervju av rideterapeut direkte etter observasjonen	Rideterapeut og forsker	Intervju	Opplevelse av VIT i HAT. Den umiddelbare responsen plukkes opp i intervjuet
4	Sekvensutvelgelse ²³	Valg av sekvenser til gjennomgang av film	Rideterapeut og forsker	Observasjon	Anvendelse av VIT i HAT
5	Gjennomgang ²⁴	Gjennomgang av video	Pasient, rideterapeut og forsker	Observasjon, videofilming	Anvendelse av VIT i HAT. Filmes for å se samsvar mellom teori og praksis i bruken av stegene i VIT
6	Pasientintervju 2	Intervju av pasient	Pasient og forsker	Intervju	Opplevelse av VIT i HAT
7	Rideterapeutintervju 2	Intervju av rideterapeut	Rideterapeut og forsker	Intervju	Opplevelse av VIT i HAT

Tabell 1.

Nedenfor følger gjennomgang av de ulike delene oppdelt i *Anvendelse av - og Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi*. Dette innebærer at delene ikke gjennomgås i kronologisk rekkefølge, men etter fargekodene som tabellen viser ²⁵.

Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Observasjon (del 1)

Observasjonen ble gjennomført på banen nær Stallen, og vekslet mellom tilstedeværende observasjon og observerende deltager da rideterapeuten i noen av timene ba meg om å hente utstyr til bruk i timen. Dette falt seg naturlig da rideterapeuten og jeg kjente hverandre fra før og fordi jeg var kjent med hesterelaterte begreper.

For at settingen skulle være så trygg som mulig ble det tilstrebet at pasientene skulle ha møtt meg i forkant av observasjonen. Det lot seg gjennomføre å møte alle pasientene før

²³ Sekvenser fra videoopptaket ble valgt med en intensjon om å følge Downing et al. (in press) sine steg i del 5.

²⁴ Downing et al. (in press) sine steg ble benyttet i gjennomgangen.

²⁵ Del 1-4-5, grønn fargekode, under overskriften *Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi* og del 2-3-6-7, orange fargekode, under overskriften *Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi*.

filmingen med unntak av en pasient, vedkommende møtte meg rett forutfor observasjonen. Kameraføreren var en fra temaet i Stallen fordi både pasienten, rideterapeut og hestene kjente vedkommende. Dette kunne bidra til at filmingen av timen var så lite forstyrrende som den kunne være. Ved klargjøring av hestene kunne det være andre pasienter tilstede begrunnet i opprettholdelse av tilbudet til øvrige pasienter, men under selve timen var det ikke andre pasienter til stede.

Filmingen av terapitimen la grunnlaget for at VIT kunne gjennomføres ved at det ga materiale til sekvensutvelgelsen og gjennomgangen. Opptaket ble ikke benyttet til innsamling av data. Etter gjennomføringen av den første pasienten ble det tydelig at det var behov for å minske mengden film slik at det ble mindre materiale å gå gjennom. For to av de tre resterende pasientene vurderte og instruerte rideterapeuten kameraføreren i når vedkommende skulle filme og ikke. For den siste pasienten valgte rideterapeuten å ikke instruere kameraføreren fordi pasienten tidlig i timen uttrykte at kameraet var distraherende. Øvelsene i HAT - timen ble lagt opp av rideterapeuten i henhold til pasientens behandlingsplan.

I forkant av filmingen sørget forskeren for at utstyret var klart til bruk. Etter timen ble opptaket overført fra videokameraet til pc ved hjelp av en ansatt ved seksjon Dag slik at det var klart til sekvensutvelgelsen.

Sekvensutvelgelse (del 4)

Opptaket fra observasjonen ble gjennomgått med formål om utvelgelse av sekvenser til gjennomgangen (del 5). Et sammendrag av de seks stegene fra kapitlet til Downing et al. (in press), først på engelsk så på norsk (min oversettelse), ble gitt til rideterapeuten for å øke sannsynligheten for at alle stegene ble benyttet. Observerende deltagelse ble benyttet gjennom at jeg var en samtalepartner i utvelgelsen av sekvensene. Det var ingen andre til stede under utvelgelsen og den foregikk på kontoret i Stallen.

Gjennomgang (del 5)

Rideterapeuten gjennomgikk de utvalgte sekvensene med pasienten på kontoret i Stallen hvor det ble antatt at pasientene var kjent og ville føle seg trygge. Gjennomgangen ble filmet slik at forskeren kunne analysere hvorvidt Downing et al. (in press) sine seks steg ble benyttet.

Under gjennomgangen var pasienten, rideterapeuten og forskeren til stede med unntak av en gjennomgang hvor det i tillegg var to andre fra teamet til stede, en som filmet og en som observerte. Fokuset mitt var å observere hvordan VIT i HAT ble anvendt, og satte således

ikke spørsmålstegn ved dette i situasjonen. Begrunnet i en antagelse om at det kan ha vært sårbart med så mange til stede, ble det gjort en vurdering om at kun pasient, rideterapeut og forsker skulle være til stede under resterende gjennomganger. Filmingen ble etter dette gjort ved hjelp av stativ.

Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Det ble benyttet diktafon i alle intervjuene. Da formålet og utfordringene med det første pasient- og rideterapeutintervjuet var de samme, har disse blitt slått sammen under overskriften *Pasient- og Rideterapeutintervju 1 (del 2 og 3)*. Her ble intervjuene gjennomført både med pasient, rideterapeut og hest til stede. Det andre intervjuet ble gjennomført med én informant til stede om gangen. I både pasient- og rideterapeutintervju 2 (del 6 og 7) informerte jeg om at de selv valgt hva de ville svare på og ikke.

Pasient- og Rideterapeutintervju 1 (del 2 og 3)

For å fange opp den umiddelbare opplevelsen av videofilming i HAT timen, ble pasientene intervjuet direkte etter timen. Disse intervjuene hadde en varighet fra førtifire sekunder til ett minutt og femten sekunder. Det var tilfeldig hvem som ble intervjuet først. Det så ut som det lot seg gjøre å stille spørsmål som helt tydelig var adressert til en av de to informantene ved hjelp av blick og posisjonering. Det var ikke alltid mulig å stille alle spørsmålene i guiden, stille oppfølgings spørsmål og beholde oppmerksomheten til informantene fordi andre pasienter kom tilbake etter å ha hatt sin HAT-time.

Pasientintervju 2 (del 6)

Intervjuet ble gjennomført direkte etter gjennomgangen (del 5) og varte fra syv til atten minutter. Intervjuet ble gjennomført på kontoret i Stallen. Etter et av intervjuene var det ønskelig å stille oppfølgings spørsmål til pasienten, men vedkommende var ikke lenger ved seksjonen da det avtalte oppfølgingsintervjuet skulle gjennomføres. Det ble lagt vekk på at pasienten kunne være sammen med rideterapeuten og hestene etter intervjuet for å oppdage eventuelle reaksjoner hos pasienten. Av hensyn til den daglige driften ble to av pasientene møtt av den andre rideterapeuten ved seksjonen etter intervjuet.

Rideterapeutintervju 2 (del 7)

Rideterapeuten ble intervjuet tre av fire ganger på kontoret i Stallen, mens et intervju ble på grunn av praktiske hensyn lagt til en annen lokasjon rideterapeuten valgte. Intervjuene varte fra ti til førtitre minutter.

3.7 Transkribering

All transkribering ble gjort av meg, noe som bidro til en opplevelse av økt forståelse av og kunnskap om datamaterialet. Transkriberingen bidro til at det var lettere å huske de ulike situasjonene og deres detaljer slik som for eksempel stemning. Notatene og refleksjonene fra observasjonene (del 1, 4 og 5), ble ført inn på pc fra notatene slik de var skrevet i notatene. Videoopptaket fra gjennomgangen (del 5) ble transkribert med inspirasjon fra Øien et al. (2009) sin artikkel hvor det ble gjort videoopptak av pasienter med kroniske rygg og/eller nakkesmerter. I likhet med deres artikkel ble transkripsjonen fra muntlig til skriftlig gjort på en modifisert måte. I denne studien ble teksten satt inn i en tabell sammen med tiden. Dette ga mulighet for å kunne gå frem og tilbake i materialet.

Lyddopptakene fra intervjuene (del 2, 3, 6 og 7), ble transkribert ordrett inkludert *hmm*, *mmm* og lignende selv om en direkte oversettelse kan by på utfordringer da talespråket er mer uformelt enn skriftspråket. Etter hvert ble det imidlertid klart at alle *hmm*, *eh*, *mmm* og lignende bidro til å dele opp sammenhengen unødvendig. I de siste intervjuene ble derfor *hmm*, *eh*, *mmm* og lignende utelatt i større grad. Dette gjaldt i størst grad intervjuene med rideterapeuten. Malterud (2003) påpeker at man må være forsiktig med å se på det transkriberte materialet som sannheten av hva som skjedde. Det ble derfor etterstrebet å se på materialet som et utsnitt av helheten.

Svarene på spørsmålene fra mailene som ble sendt ut nasjonalt og internasjonalt ble beholdt i sin opprinnelige form slik de fremsto da de ble mottatt på mail.

3.8 Analyse

Gjennom hele analysen ble det tatt utgangspunkt i Malteruds (1993) modifiserte versjon av analysemetoden Systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering ble inspirert av Giorgi (1985) og hans utvikling av fenomenologiske analyse. Malterud (2003) påpeker at analysemetoden egner seg godt til deskriptivt tverrgående analyse, hvor essensen i informasjonen fra ulike informanter trekkes ut og sammenfattes.

Malterud (2003) benytter fire trinn i analysen, noe som til sammen danner hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering. Trinnene er kort beskrevet under, og er alle hentet fra Malteruds beskrivelse (Malterud, 2003, s. 99-111).

1. Helhetsinntrykk: Formålet er å få et helhetsbilde. I studien ble dette gjort ved at materialet ble lest gjennom med en så stor åpenhet som mulig. Så ble materialet lest igjen samtidig med at de temaene jeg umiddelbart merket meg ble markert direkte i teksten eller notert i marginen.
2. Meningsbærende enheter: Meningsbærende enheter, tekstbiter som gir temaene mening, identifiseres og markeres i teksten. Meningsbærende enheter som omhandler det samme kodes så inn i kodegrupper. Her anbefales det å lage en matrise slik at det er lett å holde oversikten over hvor de ulike meningsbærende enheter er hentet fra, i tillegg til at fordelingen over hva hvilke informant har bidratt med blir synlig. Dette ble gjort i denne studien.
3. Kondensering: Kodegruppene deles opp i subgrupper. Et kunstig sitat konstrueres med utgangspunkt i subgruppene og representerer det konkrete innholdet i de meningsbærende enhetene.
4. Sammenfatning: Bitene settes sammen igjen, rekontekstualiseres, for å sikre at de stemmer med helheten. Det lages en innholdsbeskrivelse for de kodegruppene som har god nok forankring i materialet. Så velges det sitater fra informantene som gir et godt bilde av innholdet i innholdsbeskrivelsen. For å validere funnene skriver Malterud at det bør letes systematisk etter elementer som motsier funnene, i tillegg til å vurdere det opp mot eksisterende teori og empiri. Dette ble gjort i analysen av alle delene. Innholdsbeskrivelsen ble også sett opp mot konteksten de var sagt i for å sikre gyldigheten i analysen. En kopi av det originale materialet ble hele tiden bevart. Analysen av gjennomgangen (del 5) ble i tillegg gjennomført med inspirasjon fra Øien et al. (2009).

Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Observasjon (del 1)

Meningsbærende enheter ble skrevet inn i en tabell sammen med informasjon om hvor timen var, hvem som var til stede før og under filmingen, og hvem som var kamerafører (KF). I tillegg ble det skrevet inn refleksjoner jeg ønsket å huske. Så ble meningsbærende enheter gruppert i kodegrupper og satt inn i en tabell hvor innholdsbeskrivelsen også ble beskrevet.

Sekvensutvelgelse (del 4)

De meningsbærende enhetene ble skrevet inn i et dokument og deretter kategorisert i kodegrupper. Så ble kodegruppene satt inn i en ny tabell og innholdsbeskrivelse til hver kodegruppe ble konstruert.

Gjennomgang (del 5)

I denne delen ble både observasjonsnotatene og videoen analysert. Tabellen som ble benyttet i transkripsjonen av videoen ble utvidet med to kolonner slik at det til sammen var fire kolonner. En indikerte hvor i videoen informasjonen var hentet fra, den andre ga en beskrivelse av hva som ble sagt og den tredje inneholdt kommentarer, poeng det var ønskelig å huske videre i analysen og eventuelt hvilke steg den beskrivelsen ble gjenkjent som. De beskrivelsene som ble satt i sammenheng med et steg ble så behandlet som meningsbærende enheter. Dette ble gjort for alle pasientene. Så ble informasjonen fra alle pasientene sammenfattet i en tabell (se tabell 2) som viste hvorvidt stegene til Downing et al. (in press) ble benyttet og i hvilke omfang.

Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Da analysen av pasient- og rideterapeutintervju 1 ble gjennomført på samme måte har disse blitt beskrevet under samme overskrift; *Pasient- og Rideterapeutintervju 1 (del 2 og 3)*. Det samme gjelder for pasient- og rideterapeutintervju 2 under overskriften; *Pasient- og Rideterapeutintervju 2 (del 6 og 7)*.

Pasient- og Rideterapeutintervju 1 (del 2 og 3)

De meningsbærende enhetene ble skrevet inn i en tabell. Ut fra dette ble det lagd kodegrupper for hver enkelt pasient som ble satt inn i samme tabell. Deretter ble det lagd matriser for de to intervjuene (se vedlegg 11). Malterud (2003) beskriver at det så lages subgrupper ut fra kodegruppene, men på grunn av størrelsen på materialet i denne delen valgte jeg å utelate dette. Det kunstige sitatet som skulle bli lagd ut fra subgruppene ble i stedet konstruert direkte fra kodene, og de meningsbærende enhetene. Så ble det lagd en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe.

Pasient- og Rideterapeutintervju 2 (del 6 og 7)

Meningsbærende enheter ble skrevet ned på et ark, for deretter å bli kodet i kodegrupper. Dette ble gjort for hver enkelt pasient. Så ble alle kodegruppene fra alle

pasientene skrevet ned på et nytt ark og nye kodegrupper som representerte alle pasientene ble konstruert. En illustrasjon på hvordan kodingen ble gjennomført kan ses i vedlegg 18. Disse ble videre satt inn i en matrise (matrise del 6, se vedlegg 12 og matrise del 7, se vedlegg 13) med en henvisning til linjenummeret og hvilken pasient det var hentet fra. Deretter ble det lagd subgrupper, kunstige sitat og innholdsfortegnelse for hver kodegruppe.

Nasjonalt og internasjonalt perspektiv

Andre gangen mailene ble lest, ble de sortert i to grupper. En for de som svarte at de brukte video i hestebasert terapi, og en for de som svarte at de ikke brukte det. Så ble det lagd en tabell hvor mailene med nummerering og hvilke land de kom fra ble satt inn sammen med svarene på spørsmålene som ble stilt i mailen. Dette ble gjort for å få en skjematisk oversikt og for å bli ytterligere kjente med materialet. For å finne hvilke land mailene kom fra ble google eller mail benyttet. Deretter ble svarene på spørsmål 2a og b skrevet ned på et ark for så å bli kodet i ulike kodegrupper. Svarene på spørsmål 2c ble gruppert i to grupper, de som bruker en teoretisk modell, her ble metoden spesifisert, og de som ikke gjør det.

3.9 Etikk

Etiske vurderinger ble så langt det lot seg gjøre gjort i forkant av studien, men Kvale et al. (2009) beskriver at etiske problemstillinger preger hele forløpet i en studie. Der det har vært behov, har vurderinger også blitt gjort underveis. Tillatelse fra NSD (se vedlegg 14) og tillatelse til å gjennomføre studien ved OUS ble innhentet. Da det ble klart at denne studien skulle gjennomføres som en selvstendig del av det pågående doktorgradsstudiet ved OUS, ble det av OUS sendt inn endringsskjema til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (se vedlegg 15). Svarbrevet fra REK kan ses i vedlegg 16.

Oppbevaring av videomaterialet var således OUS ansvar, og ble oppbevart på en minnepenn i en safe i administrasjonsbygget der få hadde tilgang. Ved analysering av materialet ba jeg en ansatt om å låse det ut, og ga beskjed til samme ansatt da det skulle låses inn igjen. I tillegg til å samtykke til deltagelse i dette studiet, samtykket informantene også til å delta i en RCT studie i Hesteassistert Terapi (se vedlegg 17).

Johannessen et al. (2010) beskriver at etiske retningslinjer kan sammenfattes i tre typer hensyn: 1) informantens rett til selvbestemmelse og autonomi; 2) forskerens plikt til å respektere informantens privatliv; og 3) forskerens ansvar for å unngå skade.

Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi omhandler retten til å bestemme over egen deltagelse. Informasjons- og samtykkeskjema beskrev at informantene kunne trekke seg når som helst og at det var frivillig å delta. Skjemaet inneholdt også informasjon om at de ville bli filmet to ganger, men etter den første filmingen ble det imidlertid tatt en avgjørelse om kun å filme en gang. Dette var på bakgrunn av at det ikke virket som filmingen var så skremmende som først antatt. Dette kan støttes i det Johannessen (2010) og Sparrman (2005) nevner om at video er mer vanlig i dag. Jeg observerte ved flere anledninger at pasienter ønsket å bli filmet med egen mobil. Ved utdeling og gjennomgang av informasjons- og samtykkeskjema til de øvrige pasientene ble det gitt muntlig informasjon om at de kun ville bli filmet én gang. Det ble videre vurdert og avgjort at skjemaet skulle beholdes med den samme informasjonen den første pasienten fikk, men med en markering om at det kun var én filming. Informanten i pilotundersøkelsen ble ikke benyttet som en indikator på om det var nødvendig å filme to ganger eller ikke fordi vedkommende hadde erfaring med å bli filmet.

Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv innebærer respekt for å ivareta informantens konfidensialitet slik at materialet ikke kan tilbakeføres til deltagerne i studien. For å ivareta dette har pasientene blitt referert til som pasient 1, 2, 3 og 4, sitater har blitt skrevet om der dette har vært nødvendig, både fordi skriftliggjøring av talespråket kan se rart ut og for å ivareta konfidensialiteten. Navnet på hesten er skrevet om til hesten fordi mange pasienter har en yndlingshest som de oftest bruker. På bakgrunn av at det finnes få rideterapeuter i Norge ble gjennomsiktigheten og hva rideterapeuten skulle betegnes som diskutert med vedkommende.

Forskerens ansvar i å unngå skade omhandler blant annet å ivareta informantene i intervjusituasjonen. I pasient- og rideterapeutintervju 1 (del 2 og 3) ble ikke alle spørsmålene i intervjuguiden stilt til informantene da dette ville innebåret en insistering på informantens oppmerksomhet. Dette var ikke forenlig med min oppfattelse av at sikkerheten kom i første rekke. Jeg valgte derfor å trekke meg tilbake fremfor å stille alle spørsmålene i guiden. I en lignende studie kunne man kanskje valgt å gjennomføre det første intervjuet i en mer avgrenset situasjon, eller sette av en hel dag for den aktuelle pasienten slik at man unngikk å bli forstyrret.

Studien inneholdt to intervjuer per pasient. Det ble vurdert at to intervjuer per pasient ikke ville utsette informantene for en for stor belastning fordi begge intervjuene, spesielt intervju 1, var korte. I et av intervjuene med rideterapeuten kom det frem en opplevelse av at

intervju 1 var mer som en statussjekk enn et intervju, og at hun mente dette også gjaldt pasientene. Dette kan understøtte at det ikke var for belastende med to intervjuer.

Det ble vektlagt at pasienten kunne være sammen med rideterapeuten og hestene etter intervju 2. Dette fordi man i etterkant av en intervjusituasjon kan risikere at informantene kan angre på noe av det som har blitt sagt, eller at det har blitt brakt frem elementer som pasientene ikke var klar over. Eventuelle reaksjoner kunne da håndteres sammen med rideterapeuten og hestene. Dette minsket dessuten sjansen for at forskeren kom i en kvasiterapeutisk relasjon med pasienten, og dermed i konflikt med sin rolle som forsker (Kvale et al., 2009). Pasientene var ikke informert om at dette var vektlagt og la nok derfor ingen vekt på at det i et tilfelle var den andre rideterapeuten som var tilgjengelig. Til daglig har de to rideterapeutene et tett samarbeid og pasientene er vant til å forholde seg til begge i gjennomføringen av en time.

Det var meningen å bruke videoanalysen fra gjennomgangen (del 5) til å analysere kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon i tillegg til i hvilke grad de seks stegene i VIT ble benyttet. Da dette falt bort kan det argumenteres for om videoopptak av denne delen var nødvendig. Utelatingen av dette ble imidlertid klart etter at filmingen var gjennomført med flere av informantene, det var således ikke hensiktsmessig å utelate filmingen.

Under gjennomføringen av denne studien var det også andre masterstudenter som gjennomførte sin forskning. Dette innebar at flere av informantene deltok i flere studier noe som kan være belastende og et etisk dilemma. De ansatte ved seksjonen var klar over dette og prøvde å legge til rette for at det skulle være så lite belastende som mulig for informantene.

Hestene

Etikken omhandlet også hestene som har en helt sentral rolle i denne studien, og bør således inngå i etiske vurderinger og refleksjoner. Hestene gikk på utegang på et område hvor fysiske, psykiske og sosial behov ble ivaretatt gjennom blant annet at de gikk ute sammen i flokk store deler av døgnet. Hestene ble regelmessig trent av øvede ryttere og det var individuelle oppstillingsmuligheter som muliggjorde individuell foring eller pleie ved sykdom og skader. I tillegg hadde Stallen en ansatt med etologiutdannelse på masternivå med et ekstra fokus og ansvar for at hestene ble ivaretatt på best mulig måte. Hestene ved Stallen ble ivaretatt etter vanlig norsk standard for hestehold og reiste ingen etiske vurderinger eller dilemmaer i denne studien.

3.10 Diskusjon av studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I kvantitativ forskning brukes begrepene reliabilitet og validitet, der reliabilitet viser til hvor pålitelig data er, mens validitet viser til om vi måler det vi tror vi måler. I kvalitativ forskning har noen forfattere i følge Kvale et al. (2009) avvist disse begrepene. Kvale et al. (2009) benytter heller begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

Gyldighet handler om undersøkelsen undersøker det den er ment å undersøke med utgangspunkt i problemstillingen (Kvale et al., 2009). Kvale et al. (2009) påpeker at valideringen bør foregå i alle deler av studien. Videre at forskeren bør ha et kritisk syn på sine fortolkninger og uttrykke sitt perspektiv på emnet som studeres, og hvilke kontroll man har for å motvirke skjevheter. Det har vært etterstrebet å holde gyldigheten høyt gjennom hele studien. I planleggingsfasen ble det benyttet en pilotundersøkelse, samt intervju av kjente med hestekompetanse. Dette ble gjort i et forsøk på å gyldiggjøre hvorvidt undersøkelsens oppbygging og spørsmål var egnet til å besvare problemstillingen. Til tross for dette oppsto det situasjoner under forskningen som jeg ikke hadde forutsett, for eksempel at det ikke syntes nødvendig med to filminger. Gjennom metodetrianguleringen prøvde jeg å kontrollere for skjevheter.

Jeg har hele tiden satt spørsmålstegn ved mitt eget arbeid, og vært kritisk til hvordan jeg har kommet frem til de ulike delene. Fagpersoner med kompetanse både innen hest og forskning har lest gjennom arbeidet og kommet med tilbakemeldinger. Ofte kan man ha blinde flekker som gjør at man ikke ser det man har gjort på en klar måte (Malterud, 2003).

Pålitelighet viser til i hvilken grad studien kan etterprøves av andre forskere, om de kommer frem til det samme på et annet tidspunkt og om forskningsresultatene er troverdige (Kvale et al., 2009). Hvorvidt studien kan etterprøves gjenstår å se. Troverdigheten er prøvd sikret gjennom gjennomsiktigheten i beskrivelsen av fremgangsmåten.

Overførbarhet handler om hvorvidt man kan overføre det man har funnet til andre personer og andre situasjoner (Kvale et al., 2009). Videre skriver de at det kan være vanskelig å overføre funn hvis antall intervjupersoner er for lite. Antall informanter i studien gjør det utfordrende å si noe om overførbarheten, men studien kan benyttes som et utgangspunkt til refleksjon og videre forskning.

3.11 Metodekritikk

Gjennomføringen av dette studiet har både styrker og svakheter, noe som vil bli belyst i denne delen. Kvale et al. (2009) beskriver intervju som et håndverk som krever øving og

læring. Det gjelder antageligvis ved observasjon og feltarbeid også. Pilotundersøkelsen og prøveintervjuene var nyttige verktøy for å finne mulige forbedringspunkter. De ga meg erfaring og indikasjoner på forbedringspunkter, men enkelte aspekter kom ikke frem, og måtte derfor vurderes underveis i studien.

I planleggingsfasen ønsket jeg en helhetlig studie som kunne belyse flere sider ved VIT i HAT. Det ble derfor valgt å intervju både pasienter og rideterapeut for å få med begge perspektiv og benytte metodetriangulering. Et så bredt utgangspunkt har vært utfordrende i forhold til tid, organisering, holde oversikt i materialet og i analysedelen, og ikke minst i oppsettet av oppgaven. For å holde oversikten gjennom alle prosessene har jeg prøvd å være svært nøye med å systematisere materialet. Dette gjorde det mulig å gå frem og tilbake i materialet og sikre at resultatet samstemte med opprinnelsen. Det ble lagd mange dokumenter og tabeller med fargekoder og notater for å holde oversikten (eksempler på dette kan ses i vedlegg 18). På tross av disse utfordringene har prosessen vært svært lærerik og forhåpentligvis gitt studien en bredde som ellers ikke hadde vært mulig.

Det var viktig for meg at forskningsprosjektet i minst mulig grad skulle påvirke behandlingen ved Stallen. I begynnelsen førte nok dette til at jeg ikke var tydelig nok i rollen som forsker blant annet i forhold til informasjon til teamet i Stallen. Da det ble klart for meg at jeg måtte tydeliggjøre rollen og tilstedeværelsen min tok jeg tak i dette, men prøvde hele tiden å beholde balansen mellom å ikke intervenere for mye, samtidig synliggjøre at forskningen foregikk.

Noen informanter trakk seg av ukjente årsaker. Det hadde vært ønskelig å undersøke dette for å klargjøre om det var begrunnet i videofilmingen. Dette lot seg ikke gjøre da informantene hadde forlatt seksjonen. Rideterapeuten samtykket aldri skriftlig i deltagelse i studien, men det er min klare oppfatning at dette ble diskutert nøye med vedkommende før oppstart av studien.

Under observasjonen (del 1) var jeg observerende deltager da rideterapeuten ba meg om å hente utstyr som skulle brukes i timen. I disse tilfellene forlot jeg timen og kunne ikke observere mens jeg var borte. Dette kan ha medført at jeg gikk glipp av informasjon. Samtidig kan dette ha vært med på å gjøre meg til en mer naturlig del av situasjonen og ufarliggjøre min rolle som forsker.

Under sekvensutvelgelsen (del 4) var jeg en samtalepartner for rideterapeuten, i tillegg til at jeg ga rideterapeuten kapittelet til Downing et al. (in press) samt et sammendrag av stegene i VIT. Det kan settes spørsmålsteget ved om dette inngikk i rollen som forskeren, men

for å bidra til holde fokuset på å benytte VIT som en metode i HAT, og velge ut sekvenser i henhold til metodens seks steg følte dette nødvendig. Rideterapeuten påpekte i ettertid at det hadde vært ønskelig med en enda dypere kjennskap til VIT.

I gjennomgangen av filmen (del 5) var forskeren til stede i tillegg til at det ble filmet. I en lignende studie ville forskeren ikke valgt å være til stede fordi tilstedeværelsen kan gi en uønsket effekt.

Alle delene i datainnhenting, transkriberingen og analysen ble gjort av meg. Min opplevelse var at dette ga nærhet, økt forståelse og en solid sammenheng til materialet. Samtidig kan det være en styrke at flere forskere gjennomgår et materiale for å kunne få frem ulike sider.

Studien omfatter fem informanter, noe som kan anses som noe lavt; Kvale et al. (2009) skriver at det er vanlig med 15+/-10 i intervjuundersøkelser. Videre skriver de at man må ”intervjue så mange personer som det trengs for å finne ut av det du trenger å vite” (2009, s. 129). Et lavt antall informanter gjorde det mulig med et grundig arbeid med alle delene i studien og metodetrianguleringen. Rideterapeuten ble intervjuet fire ganger, noe som var utfordrende i forhold til å hindre alliansebrudd. Samtidig ga intervjuene mulighet til å kunne plukke opp igjen ulike problemstillinger og utforske de nærmere, noe jeg anser som en styrke.

Selv med det relativt lave antallet informanter og utfordringene undervis, kan de positive resultatene indikere at forskningen har vært meningsfull. Kvale et al. skriver at man kan ha et ”forvrengt rasjonalisert bilde av vitenskapelig forskning som en logisk, lineær prosess – noe som er langt fra den alltid skiftende, faktiske forskningsprosessen med dens overraskelser, designendringer og reformulering av begreper og hypoteser” (2009, s. 116). OUS viste seg å være et egnet sted for forskningen med sitt forskningsmiljø, positivt innstilt og inkluderende team i Stallen, området for øvrig, godt hestemateriale, et gjennomgående fokus på pasientenes og hestenes beste, et sterkt sikkerhetsfokus for alle involverte og ikke minst positive informanter som var villige til å dele av deres kunnskap.

4.0 RESULTATER

Resultatene viste seks kodegrupper som belyste anvendelse av VIT i HAT og åtte kodegrupper som belyste opplevelsen av VIT i HAT. En del av det som kom frem i pasient- og rideterapeutintervju 1 og 2 omhandlet mye av det samme fordi spørsmålene fra intervju 1 ble plukket opp igjen i intervju 2. På bakgrunn av dette har de to pasientintervjuene blitt slått sammen under samme overskriften; *Pasientintervju 1 og 2 (del 2 og 6)* og

rideterapeutintervjuene til; *Rideterapeutintervju 1 og 2 (del 3 og 7)*. Forespørselen til fagmiljøet genererte 39 svar. De ulike kodegruppene gjennomgås nedenfor.

4.1 Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassisterte Terapi

Observasjon (del 1)

Forberedelse og gjennomføring av terapitimen

Før hver time ble fokuset for timen og filmingen etterspurt. Utover i forskningen så det ut til at rideterapeuten hadde et stadig tydeligere fokus for hva som var ønskelig å filme.

For to av de fire pasientene var det andre til stede under klargjøring av hestene til timen, henholdsvis andre pasienter og den andre rideterapeuten. Og i to av de fire timene var det andre ansatte ved OUS til stede i korte øyeblikk.

Da det under den ene timen snødde mye våt snø ble det tydelig at videokameraet måtte tåle vann eller ha en innretning som beskytter mot været. I den aktuelle timen ble det prøvd med en paraply, men dette skremte hesten og kunne ikke benyttes.

Kamerafører

I alle videoene var det tydelig at hva kameraføreren gjør hadde stor innvirkning på hvor godt opptaket ble. Bruk av zoom kan skape et ustabil bilde da en liten bevegelse får stor innvirkning. Dette illustreres godt av følgende som ble sagt under fremvisning av en video, ”Jeg blir helt sjøsyk jeg!” Zooming vil også fokusere på noe med den følgen at det utelater noe annet. Likeledes kan bevegelse ved at kameraføreren går ha stor innvirkning på bildekvaliteten. At man snakker, ler og kommenterer vil også bli tatt opp av kameraet. I alle timene kom det frem at hesten på et eller annet tidspunkt forholdt seg til eller ble influert av kameraføreren. Ved noen anledninger ble også pasienten påvirket og snakket blant annet til kameraføreren. Dette kunne være ved at hesten stoppet opp ved kameraføreren, kikket eller begynte å gå mot vedkommende. Dette skjedde både når hesten var løs, ved leiing og ved ridning.

I tre av de fire timene instruerte rideterapeuten kameraføreren i når vedkommende skulle filme og ikke. I to av disse tre timene instruerte rideterapeuten også kameraføreren i hvor vedkommende skulle stå. I den fjerde timen valgte rideterapeuten å ikke instruere kameraføreren på bakgrunn av at pasienten opplevde filmingen som forstyrrende.

Sekvensutvelgelse (del 4)

Behov for struktur og trening

Strukturen det her handlet om var klargjøring til sekvensutvelgelse ved å overføre videoen til pc, noe som var mitt ansvar. Videre innebar det å forberede seg til gjennomgangen med pasienten. Her viste det seg at det kan være lurt å skrive ned hvilke sekvenser man ønsker å vise, hvilke av stegene til Downing et al. (in press) dette representerer, og hvorfor man ønsker å vise pasienten dette.

Analysen av loggen for sekvensutvelgelse til alle frie pasientene klargjorde at å velge ut sekvenser krever trening. Det ser ut som analysen viser at rideterapeuten hadde en progresjon i grad av målrettethet og trygghet i utvelgelsen av sekvenser.

Gjennomgang (del 5)

Teknisk utstyr

Video innebærer bruk av teknisk utstyr slik som videokamera, noe å overføre videoen med, noe å spille av videoen med og kunnskap om hvordan utstyret benyttes. På grunn av ukjent og nytt utstyr var det ved noen anledninger usikkert hvordan utstyret skulle betjenes. Alt må læres og rideterapeuten uttalte ved en anledning at dette var utenfor hennes daglige felt, ”Er det gå til bibliotek? Skjønner du! Det er ikke min sterkeste side dette her, asså! Gi meg ei trillebåre istedenfor!”

Forberedelse og gjennomføring av gjennomgangen

Analysen av gjennomgangen viser at det kreves trening i å gå gjennom de ulike stegene. Også i denne delen ser det ut til å ha vært en progresjon i gjennomgangen, spesielt i forhold til planlegging og grad av refleksjon. Under den ene gjennomgangen var det flere enn pasient, rideterapeut og meg til stede, men analysen avdekket ikke noe synlig ubehag hos pasienten, heller ikke ved spørsmål om dette i intervjuet.

Anvendelse av stegene i videointervensjonsterapi

Tabell 2 viser om stegene til Downing et al. (in press) ble benyttet, og hvor mange ganger rideterapeuten sa noe som kunne settes i sammenheng med stegene. Kolonnen lengst til venstre viser stegene i VIT, neste kolonne viser antall ganger stegene ble benyttet i gjennomgangen sammen med pasient 1, deretter pasient 2 også videre. Steg 1 ble benyttet tre ganger i gjennomgangen til pasient 1.

	Pasient 1	Pasient 2	Pasient 3	Pasient 4
Steg 1	3	3	3	5
Steg 2	19	2	3	3
Steg 3	1	3	1	2
Steg 4	6	9	9	22
Steg 5	0	2	1	2
Steg 6	1	2	1	2

Tabell: 2.

Med fare for å legge for mye i hva denne tabellen viser, ser det ut til at det er en læreprosess i å bruke stegene. Tabellen indikerer en økning i bruken av steg 1 og 4. Downing et al. (in press) betegner steg 4 som hovedsteget og følgelig det steget det bør brukes lengst tid på.

4.2 Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Pasientintervju 1 og 2 (del 2 og 6)

Fokus på filmingen

To av informantene påpekte at de var spente og nervøse i forkant av videofilmingen. De var spente på om de fikk det til, kom til å gjøre ting riktig og om de så bra ut. ”Altså, jeg var litt nervøs da. Om jeg kom til klare det, og gjøre ting riktig da. Så, men hesten var jo så snill!”. En informant beskrev det som rart i begynnelsen, men at det gikk seg til etter hvert, en annen hadde ikke tenkt så mye på det før vedkommende kom og fikk se meg og videoutstyret. Da ble vedkommende oppmerksom på at dette var noe nytt vedkommende ikke hadde gjort før. ”Så var det sånn: Oi! Vi skal filme! Det er i dag!”. Under timen så det ut til at filmingen ble glemt. En sa, ”jeg tenkte ikke på det i det hele tatt jeg!” En annen: ”Jeg glemte jo at kamera var der!” Man kunne anta at kameraføreren kunne være et forstyrrende element, men dette avviste alle fire pasientene da de ikke registrerte hvor nære eller langt unna kameraføreren var. ”...mens jeg rei så var jeg egentlig ikke klar over hvor kamera og den som filmet befant seg”.

Ingen av informantene rapporterte om negative reaksjoner i etterkant av HAT timen. En sa at vedkommende hadde fortalt flere medpasienter at timen hadde gått bra. ”Jeg glemte helt bort filmingen jeg! Jeg gikk heller og skrøt av at jeg klarte å styre hesten”. En annen fortalt at det ”(...)var helt greit å bli, ja det var ikke noe problem å bli filmet i det hele tatt”. To av pasientene gledet seg til å se opptaket og lurte på hvordan det ville se ut.

Med positivt fortegn

Alle informantene beskrev HAT timen med positivt ladede ord rett etter filmingen. En informant betegnet timen som kjempegøy, ”Jeg syns det var kjempegøy jeg!”. Her er det verdt å merke seg at selv om en av pasientene opplevde det å bli filmet som uvant i begynnelsen, opplevde vedkommende allikevel timen som positiv.

Også da pasientene hadde sett opptaket og det hadde gått litt tid fra det ble gjennomført, beskrev de det som positivt. ”Det var kult, det var kjempekult! Du ser at jeg koser meg! Ser det på hele meg! Også fiksa jeg det så bra!”. Opplevelsen ble også beskrevet som lærerik, at det ble enklere, artigere, at det var morsomt å se på opptaket, og en opplevelse av mestring. En pasient beskrev mestringsfølelsen av å se hva vedkommende fikk til slik: ”Det var helt herlig!”. En annen pasient trakk frem at vedkommende mestret det bedre enn vedkommende husket og at opptaket kunne tas vare på som et minne man kunne se på senere. En av pasientene ønsket å få opptaket og beskrev dette som så viktig at samtykket ville bli trukket dersom dette ikke lot seg gjøre. Alle pasientene fikk en kopi av sin time.

Alle pasientene var positive til VIT som en del av HAT. En pasient sa det var en god input, en pasient beskrev det som en utvikling av HAT ”Trur det er et veldig godt fremskritt!” En annen sa: ”Så absolutt at VIT skal være en del av HAT!” For en pasient hadde opplevelsen med studien været så positiv at det var ønskelig med mer, og oppfordret til flere opptak: ”Ta med deg kameraet på onsdag så skal jeg leke enda mere med han (hesten)!”.

Økt forståelse og læring med VIT i HAT

Flere av pasientene snakket om hvordan det var å se seg selv utenfra. En pasient fortalte at bevisstheten på hvordan ens egen atferd påvirket hesten ble tydelig etter å ha sett videoen. Videre at videoen ga informasjon vedkommende ikke var klar over ved egen atferd, og at hesten ga signaler vedkommende ikke hadde sett i situasjonen. En annen fortalte at forståelsen av hesten og tegnene den ga økte. To av pasientene fortalte at det ble tydeligere for dem hvordan de fremsto. Her ble det stilt spørsmål om hvordan det vil være å se det man ikke gjorde så bra. ”Da får man jo bevis på hva man trenger å jobbe med”. Selv om alle pasientene rapporterte mye positivt var det også uvant å se seg selv. En sa: ”Det var litt rart å se seg selv, uvant” og en annen sa: ”Rart og pinlig å se seg selv i begynnelsen, så gikk det bra!”.

Alle fire pasientene vektla tydeligheten video ga. De fortalte at video gjorde det lettere å forstå hva som skjedde i de ulike situasjonene, og at det ga økt læring. De påpekte også at de så og fikk bevis på både det som var bra, og det som kunne forbedres. Videoen ga ekstra

tyngde fordi de selv kunne se det. Det var noe mer enn bare ordene til rideterapeuten ”Man ser at man mestrer hesten. Man får bevis på det. Det er ikke bare noe (rideterapeuten) sier”. Pasienten trakk også frem at det nok er mange pasienter som kan trenge bevis på det de får til. ”Man får bevis på det. Det er ikke all...det finnes jo sikkert mange som trenger det! Som ikke har trua på seg selv og sånne ting, og da kan det vær absolutt en morsom ting å se”.

Rideterapeutintervju 1 og 2 (del 3 og 7)

Fokus på filmingen

Rideterapeuten beskrev at hun var spent før alle timene i forhold til hvordan pasientene ville oppleve filmingen, og om de ville bli forstyrret av den. I alle timene ble det beskrevet at filmingen tidvis ble glemt, og at det virket som pasientene også gjorde det. Rideterapeuten beskrev samtidig en kontinuerlig bevissthet om at det ble filmet gjennom instruering av kameraføreren i når det skulle filmes og ikke. Instrueringen ble gjort i tre av fire timer. Der det ikke ble gjort var dette begrunnet i at pasienten opplevde filmingen som forstyrrende og hemmende. ”...når jeg så han begynte å løsne så tenkte jeg at kameraføreren får bare filme”. Rideterapeuten opplevde ikke seg selv som annerledes da det ble filmet.

Positiv opplevelse

Rideterapeuten betegnet sin opplevelse som positiv i alle fire timene. Etter en time uttrykte hun også at hun gledet seg til å se filmen, ”Det var moro, ass! Det blir gøy å se filmen da!” og en ”God følelse!”.

Økt forståelse og læring med VIT i HAT

Rideterapeuten beskrev at tydeligheten video ga gjorde det enklere å samtale og forholde seg til sekvensene sammen med pasientene. Et av spørsmålene som ble stilt var om rideterapeuten opplevde at pasientens forståelse av seg selv og sin problematikk ble endret gjennom VIT prosessen. Det gjennomgående svaret var at det i hvert fall ble tydeligere. Hun sa om en pasient: ”Om ikke endres så i hvert fall tydeliggjøres”. Om en annen beskrev rideterapeuten at det virket som pasientens ble endret med hjelp av VIT. Det ble beskrevet at pasienten var ”mere klar over hvor mye (pasienten) har forandret seg”.

Det ble også flere ganger påpekt at både ressurser og forbedringspotensialet tydelig kom frem på film. Det ble tydeligere ved å ”se”. ”...det er jo der, på filmen!” Ved å påpeke for eksempel mønstre er det ”...noe man kan lære av”, sa rideterapeuten ved en anledning. I

en ordinær HAT-time er det ikke like lett å finne rom for refleksjon. Alt ”går jo sånn smack, smack, smack!”, sa rideterapeuten. Rideterapeuten mener muligheten for refleksjon VIT gir i etterkant av timen, kan være med på å gjøre alt tydeligere.

...det er en del ting som blir mer tydelige tror jeg, da (i etterkant), enn når du er i det. Og hvor tingene går litt fort. Asså, det går jo litt fort. Øyeblikkene. Her kan du stoppe også kan du spole tilbake, også kan du, ”jøss, hva skjedde der egentlig”! Oi! Åja, ja, han (hesten) begynte jo å gå etter meg.

Rideterapeuten beskrev at en stor fordel ved å bruke video var at man kan sette seg sammen å se på hva som skjedde i timen. Det å kunne se seg selv beskrev hun som en stor verdi. ”...det har stor verdi, særlig i forhold til mentalisering. Virkelig hvordan de får bekreftet seg selv utenifra. Og det å spørre: Hvis du var en annen, og så denne personen. Hva ville du tenkt? Det var en fin vinkling”. Her ble det også påpekt at dette samstemte med hva behandlingen ved seksjonen er fundamentert på. ”I og med at vi jobber ut ifra et mentaliseringsbasert program her, så tenker jeg at det er en genial måte å mentalisere på. Man får virkelig helt konkret sett deg selv og andre utenifra”. Det ble også fokusert på hva som foregikk inni pasienten. Rideterapeuten trakk frem at den ene pasienten beskrev dette slik: ”jeg kjenner at jeg blir myk og glad inni meg når jeg er med hesten.” Det ble også trukket frem at man ser hesten utenifra, og at man kan bruke den som et middel i å øve på mentalisering. Og at filmen kan stoppes for å tydeliggjøre hva som skjedde. ”At man får et, at man kan stoppe opp, ikke sant. Fryse bildet, eller, og se: Jøss! Var det som egentlig skjedde!? Oi, hva skjer i hodet på hesten nå?”. Rideterapeuten beskrev at VIT ga noe ekstra til HAT og så det ”som et stort bidrag til modellen”.

Da det ble stilt spørsmål om påvirkning på den terapeutiske prosessen, kom det blant annet frem en opplevelse av at pasientene viste ”nesten litt sånn barnslig glede og nysgjerrighet over seg selv og over settingen. Er nesten litt positivt overrasket over at de ser seg selv såpass positivt utenifra.” Rideterapeuten fortalte om hvordan en pasient så seg selv, vedkommende så ”en som er flink”. Rideterapeuten påpekte også at hun så den terapeutiske verdien av VIT i HAT, og beskrev det med at det ”blir en slags dobbelt eksponering. Fordi først så gjør vi jo terapien, også ser vi på terapien, og har terapi om det.”

Rideterapeuten viste pasientene sekvenser som illustrerte både utfordringer og ressurser for så å kunne ”mentalisere litt rundt det”. I alle intervjuene beskrev rideterapeuten at hun hadde fokus på ressurser og å vise pasientene det de fikk til. I en gjennomgang viste hun pasienten noe som ble mestret bra til tross for at dette egentlig var en utfordring for denne pasienten. ”...det var veldig tydelig at (pasienten) var til stede, var nysgjerrig, helt med og på nett. Og det var så fint å kunne vise det!”. Rideterapeuten beskrev også at hun opplevde at pasientene satt igjen med noe i etterkant av å ha sett seg selv. Hun sa blant annet: ”Jeg syns jeg har opplevd hver gang at pasientene får utbytte av det.” Ved en anledning opplevde hun at pasienten ”kanskje fikk noe å tenke på”. Om en annen sa rideterapeuten:

”(pasienten) ble stoltere av seg selv etter å ha sett filmen. Når (pasienten) så seg selv, så kunne (pasienten) liksom manifestere seg. For det var tydelig at (pasienten) ble stolt av seg selv, syns jeg. Innsikten eller selvforståelsen eller selvaksepten kanskje mest, øka når (pasienten) også fikk se filmen.”

I en annen gjennomgang valgte rideterapeuten å vise en sekvens hvor hun lurte på om en antagelse var rett. Gjennom refleksjon med pasienten viste det seg at dette ikke stemte, og ble følgelig avklart og avkreftet. I en time ble det reflektert rundt pasientens vanlige strategi i å håndtere ulike utfordringer, og om denne hadde forandret seg. Rideterapeuten beskrev hva pasienten sa: ”Og det sa (pasienten) at det var, at vedkommende faktisk ikke ga opp og ba oss ryke og reise, men faktisk fortsatte.” Rideterapeuten fremhevet flere ganger at noe nytt ble tilført i etterkant av HAT-timen, og at refleksjonen det ga var positiv.

”Jeg gjør jo sånn sett ikke noe nytt i selve settingen med hest og pasient. Men det er i etterkant noe tilføres. Som et, det nye elementet da. Og jeg har jo sånn sett savna litt den etterkontakten med pasienten. Fordi de gangene jeg har hatt mulighet til å sitte litt ekstra å reflektere med pasienten så har det blitt så bra terapi”.

Rideterapeuten formidlet en opplevelse av at pasientene opplevde VIT i HAT som noe positivt, men hun påpekte også at det kanskje ikke vil være slik for alle, og at heller ikke VIT

ville passe for alle. Dette ble nevnt i flere intervjuer, men med en gradvis utvikling til at det kan tilpasses alle. I det siste intervjuet hadde rideterapeuten et inntrykk av at VIT kan tilpasses alle så sant informasjonen er god, at det er avklart og tydelig at noe av tiden vil bli benyttet til å se på video, og at det dermed blir mindre tid sammen med hestene. ”Men jeg tror vel faktisk at hvis man forklarer dette på en alright måte så kan du gjøre dette med de aller, aller fleste.”

Veiledning

Rideterapeuten trakk frem nytten hun opplevde av at videoen kunne benyttes som veiledning i forhold til henne selv. ”Jeg kan bruke det som en veiledning for meg sjøl. Og jeg kan jo også, se meg selv utenfor, sånn som jeg ba pasientene om”. Hun beskrev også muligheten for å se på ulike deler i triaden mellom hest, pasient og rideterapeut. ”Nå skal jeg se på hesten, nå skal jeg se på meg, nå skal jeg se på pasienten. Nå skal jeg se på helheten. Så jeg syns det jo er, sånn sett genialt!” Hun påpekte at til forskjell fra ordinær terapi så er hesten et ekstra element som gir informasjon til terapeuten. ”I en vanlig terapisesjon så er det jo bare en dyade. Men nå blir vi jo faktisk tre stykker. Så man kan få litt ekstra hjelp til å diagnostisere hva som skjer egentlig”. Bevisstgjøring på hva man gjør og hvorfor ble påpekt: ”jeg får jo hjelp til å bevisstgjøre meg selv da. (...) det blir kanskje litt ekstra bevissthet rundt aktiviteten og øvelsene. Og at jeg må tenke etter hvorfor jeg gjør ting.” Rideterapeuten beskrev at hun ble mer skjerpet og strukturert av VIT i HAT. ”Også blir jeg jo veldig skjerpa. Asså! Jeg prøver jo alltid å gjøre ting ordentlig, det er ikke det. Men du blir litt mere skjerpa når du skal se på deg selv i etterkant. Mere strukturert kanskje?!”

Øvelse gjør mester

Gjennom de fire intervjuene ser det ut til at rideterapeuten stadig utviklet sin oppfatning av og forhold til VIT. I de første intervjuene ble det uttrykt en utrygghet for hva man skal se etter og hva det skal legges vekt på i sekvensutvelgelsen og gjennomgangen. ”Ehh, føler meg kanskje litt klønete innimellom når jeg sitter sammen med pasienten og skal se på filmen. Og, og litt..ja, hva skal vi snakke om, hva skal vi se etter, hva...” I det siste intervjuet ble det stilt oppsummerende spørsmål om opplevelsen av alle delene. Kun del 1,4 og 5 beskrives her.

I del 1 opplevde rideterapeuten en utvikling fra å være ”with the flow” og til å bli mer strukturert. ”Ok! Vi skal gjøre det fordi...” Utviklingen gikk fra å være usikker til sikrere, en

større forståelse for VIT og mer strukturert planleggingen. ”Jeg har blitt sikrere og fått mere forståelse for dette med enda mere strukturert planlegging av timen”.

Del 4 ble beskrevet med ”bratt læringskurve” på hvordan det skulle gjøres. Spørsmål som ”hva skal jeg legge vekt på” og ”hva skal vi snakke om” kom opp. Senere uttrykte hun en mye større trygghet ”(...) nå har jeg gjort det noen ganger, så jeg har blitt litt tryggere på det”. Fokuset på pasientenes historie inn i arbeidet økte. ”Jeg har blitt mere trygg på å både tenke pasientens bakgrunnshistorie inn i hvorfor vi gjør øvelsene, og inn i hvorfor jeg velger ut de sekvensene jeg gjør”.

Det samme viste seg i del 5. Delen ble opplevd som ”kjempevanskelig” i begynnelsen. Det ble uttrykt en forståelse av at steget skulle omhandle bare positive aspekter. ”(...) jeg hadde også fokus på at denne sekvensen her skulle handle om mestring og ressursorientering. Ikke gå inn i eventuell problematikk, eller noe negativt. Vi skulle ikke ha fokus på det som var vanskelig.” Senere ble det beskrevet en stor forandring her. ”(Det) var vanskelig å få til hele. Jeg hadde et sånn bilde av at man snakker jo bare om det positive de to første gangene. Så ikke for meg at man kunne gå gjennom alle stegene på en gang.” Etter hvert ble det etterstrebet å få med alle stegene. ”Prøver å få med meg alle stegene, og etter hverandre. Og jeg ser at man kan godt kanskje kan få de etter hverandre, men liksom flyte litt mellom positivt og negativt for å bevare nærværet”. Flere ganger nevnte rideterapeuten at hun ønsket hovedvekten på en ressursorientert praksis, men i de siste intervjuene ble hun også opptatt av muligheten til å snakke om utfordringene fra et ressursorientert sted. ”Jeg er jo veldig opptatt av det med ressursorientert tilnærming. Men det er noe med å snakke om det som er vanskelig ut fra et ressursfylt sted.” I det siste intervjuet ble det uttrykt en større trygghet på å benytte alle stegene, og at det var en verdi i det. ”Nå på slutten følte jeg faktisk at jeg begynte å få det til litt. Og var mye mere bevisst, at ok nå går vi inn i steg 3. Jeg ser jo kvaliteten i å ha med alle stegene.” Rideterapeuten påpekte at det var viktig å kunne stegene godt, ”nesten litt sånn overdrevent.” Etter hvert ble opplevelsen også beskrevet mer positivt. ”Så det (gjennomgang med pasienten) oppleves egentlig som ganske alright. Opplever at vi får en god kontakt om det vi ser, og at vi kan sitte sammen og utforske litt det som kommer opp, hendelser eller fenomenene. Være litt nysgjerrig rundt det da.”

Nok tid til å kunne planlegge og reflektere sammen med pasienten ble påpekt, og det ble foreslått at tiden sammen med pasienten kunne utvides.

”Det er det med å ha nok tid. Til å se på, reflektere og gå litt grundig til verks. Og det er,

men det er jo litt en sånn treningssak også, tenker jeg. Når man får treningen så vil det etter hvert sikkert også bli veldig sånn: Åh! Stopp! Der kan vi snakke om noe. At man blir litt skarpere på hvordan man kan bruke det da.”

Rideterapeuten fremhevet viktigheten av rett utstyr og nok ressurser til å filme. ”Det er en del tekniske ting som må på plass. Man må ha en som filmer. Så det er jo litt ressurskrevende sånn sett. Og det kan bare være en og en.” Det ble også foreslått å bruke to faste kamera fra ulike vinkler til å filme. På denne måten unngår man påvirkning fra kameraføringen både på deltagerne i timen og på kvaliteten på opptaket²⁶.

Rideterapeuten nevnte flere ganger at det var ønskelig å fortsette med VIT i HAT etter forskningsperioden, og hun var positiv til VIT til tross for tid, personal, ressurser og teknisk utstyr som må snakke samme språk. ”Jeg håper at vi kan fortsetter litt med det, selv om du er ferdig med masteren din. Fordi jeg har så tro på det! Jeg synes det er verdifullt (med VIT i HAT). Som sagt, en sånn dobbelfunksjon.” Hun trakk også frem muligheten til å jobbe enda tettere med andre terapeuter. ”Gjerne i samarbeid med andre terapeuter også, sånn at man virkelig kan få benyttet det godt i behandlingen”. Hun trakk også frem at det var behov for mer veiledning på metoden og mer mengdetrening.

4.3 Nasjonalt og internasjonalt perspektiv

Spørsmål 1

I spørsmål 1 ble mottakerne av mailen spurt om de brukte video i hestebasert terapi. Mailene genererte 39 svar, hvorav 14 svarte at video ble brukt. Svarene kom fra fire kontinenter: Europa med 26 svar; Nord Amerika med 10 svar; Sør Amerika med to svar; og Australia med ett svar. Fordelingen mellom landene i de ulike kontinentene kan ses i vedlegg 19.

²⁶ Under forskningsperioden ble et *Action Camera* av typen GoPro HD HERO3 Silver Edition prøvd ut for å se om dette kunne benyttes istedenfor håndholdt kamera. Ingen pasienter deltok i utprøvingen. *Action Camera* kan både festes på stolper, på rytteren, hesten og rideterapeuten. Gjennom dette kan man få ulike perspektiver. Kameraet ga et litt rart perspektiv på grunn av vidvinkelen, og det var ikke mulig å zoome. En fordel er at kameraet kan gjøres vanntett ved hjelp av et kamerahus, og at behovet for kamerafører faller bort. Kameraet bør prøves ut ytterligere før det kan konkluderes om det er hensiktsmessig å benytte kameratypen eller ikke.

Spørsmål 2a

I spørsmål 2a ble det spurt om hvordan video ble benyttet i arbeidet med hester. Svarene ble kodet i fire grupper som viste om video ble benyttet systematisk med eller uten en spesifikk videometode, eller usystematisk med eller uten en spesifikk videometode. Flertallet opplyste at de benyttet video på en usystematisk måte uten en teoretisk metode. Et eksempel på dette var at video ble benyttet hvis det var noen til stede som kunne filme. Tre opplyste at de benyttet en teoretisk videometode. En brukte Marte Meo noen ganger, og to benyttet Marte Meo og Therapeutic Riding Neuromotor Disorders Assessment Scale²⁷ systematisk. De som brukte metodene systematisk filmet for eksempel etter gitte intervaller.

Spørsmål 2b

I spørsmål 2b ble bakgrunnen til hvorfor video ble brukt etterspurt. Analysen viste to grupper som presenteres nedenfor.

Økt læring med video

I denne gruppen ble det beskrevet at video ble benyttet for å avklare hva som burde jobbes med videre, både som en egenvurdering og som en vurdering av pasienten. Det å se seg selv økte pasientenes selvtillit, motivasjon sosiale kompetanse og økte forståelsen av hva som skjedde i timen. Videre ble det beskrevet at video ble benyttet til å lære deltagerne alternativer. Det ble også benyttet som et utgangspunkt for diskusjon, for eksempel diskusjon av hvor godt et program fungerte.

Dokumentasjon med video

Video ble benyttet som dokumentasjon i forbindelse med overføring av pasienter, for å dokumentere resultater og endringer, og til å vise frem på foreldremøter. En informant beskrev også at videoen ble gitt til pasienten slik at vedkommende kunne vise den til den de måtte ønske. Atferdsforandringer hos pasienten ble dokumentert og vist til pasienten.

Spørsmål 2c

Spørsmål 2c omhandlet om bruken av video var basert på en teoretisk modell. Her ble 11 svar kodet i gruppen spesifiserer ikke/nei mens tre svar ble kodet i gruppen ja. I den siste

²⁷ Therapeutic Riding Neuromotor Disorder Scale er utarbeidet av The Chair of Child Neurology and Psychiatry, Department of neurological and psychiatric Sciences, University of Florence i samarbeid med Lapo Association – den Italienske foreningen for terapeutisk ridning. Det har ikke lyktes å finne mer informasjon om dette.

gruppen benyttet to elementer fra Marte Meo og en benyttet Therapeutic Riding Neuromotor Disorders Assessment Scale.

5.0 DISKUSJON

Med utgangspunkt i studiens problemstilling er funnene delt inn under to overskrifter; *Anvendelse- og Opplevelse av VIT i HAT*. Under hver av overskriftene nedenfor går funnene gjennom. Ved noen tilfeller diskuteres anvendelse og opplevelse sammen, selv om disse er delt gjennom overskriftene. Dette kommer av at det kan være vanskelig å skille de to fra hverandre da anvendelsen og opplevelsen noen ganger kan gli inn i hverandre.

5.1 Anvendelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Valget om å benytte VIT var basert på at dette var den videometoden rideterapeuten kjente til. Med støtte i Lamberts teori (gjengitt etter Rønnestad & Lippe, 2009) om fordeling av virksomme terapeutiske faktorer, som beskrevet under punkt 2.2, er det trolig ikke metoden som er det mest avgjørende. Fordeling legger mest vekt på klienten (40%), deretter terapeuten og det terapeutiske forholdet (30%). Slik sett var nok ikke selve metoden avgjørende, men hvordan den ble forvaltet og formidlet.

I steg nummer 3 i VIT beskriver Downing et al. (in press) at terapeuten skal påpeke ett negativt mønster. Jeg var lenge skeptisk til dette fordi jeg var bekymret for terapeutens forståelse av steget og følgelig hvordan pasienten kunne bli møtt. Jeg oppsøkte derfor andre metoder slik som Marte Meo og Video Interaction Guidance²⁸ for å undersøke deres metoder. Da jeg leste om Kluger og DeNisi (gjengitt etter Fukkink et al., 2011) som fant at både positiv og negativ feedback ga læring, forutsatt at det ble gjort på en støttende måte, og deretter satte dette sammen med alliansebegrepet som blant annet vektlegger båndet mellom pasient og terapeut, forandret min oppfatning seg. Downing et al. (in press) beskriver i steg 3 at terapeuten må være sensitiv ovenfor pasienten og presentere det negative på en støttende måte; altså det samme som Kluger og DeNisi (gjengitt etter Fukkink et al., 2011) og båndet i Bordins alliansemodell (gjengitt etter Rønnestad & Lippe, 2009) beskriver. Tilgjengelig litteratur kan også være en forklaring på min skepsis; de andre nevnte metodene har et større omfang av litteratur, også på engelsk, mens VIT har lite og en del av det er på tysk, et språk

²⁸ Marte Meo og VIG ble utviklet på 80-tallet og benytter video som et terapeutisk middel sammen med pasienten. Metodene har fokus på å bedre interaksjon og kommunikasjon (Aarts, 2008; Kennedy, 2011)

jeg ikke behersker. Det interessante her er at det kan se ut som om både jeg og rideterapeuten gikk gjennom den samme prosessen, fra skepsis til økt forståelse av metoden. Terapeuten beskrev en utvikling som gikk fra en forståelse om at det bare var det positive som skulle tas opp, til at det var mulig å ta opp det vanskelige med en ressursorientert vinkling. Hun beskrev også muligheten til å kunne flyte mellom det positive og negative for å beholde nærværet. Nærværet som her beskrives kan fortolkes som allianse. Rideterapeuten opplevde det som vanskelig å gjennomføre alle stegene i VIT i begynnelsen, men at dette bedret seg med trening. Dette er i samsvar med funnene til Wiberg (1997) der informantene opplevde en sammenkobling mellom teori og praksis gjennom at teorien måtte utføres, ses på og reflekteres over. Selv om rideterapeuten uttrykkte økt forståelse og en utvikling i utøvelsen av metoden, påpekte hun også et ønske om mer veiledning og mengdetrening. Ved implementering av VIT i HAT er det nok en fordel å være sertifisert i VIT. Utfordringene rideterapeuten opplevde, kunne trolig vært redusert med bredere skolering i VIT. At terapeuten opplevde økt beherskelse av metoden underveis, underbygger en slik antagelse; jo mer rideterapeuten jobbet med VIT, jo sikrere fremstilte hun seg.

Anvendelse av video i terapi krever bruk av og kjennskap til de tekniske hjelpemidlene som brukes. Dette for å unngå at terapien ikke forringes av tekniske utfordringer. En helgardering er nok ikke mulig, og i og for seg kan det være terapeutisk å måtte forholde seg til uforutsette utfordringer som å vente, men jeg ser det allikevel som viktig å påpeke at en grunnforståelse av teknikken som brukes er nødvendig.

Dersom man ikke har ridehall slik at terapien foregår ute, slik som i denne studien, er det også viktig at utstyret tåler vær og vind. Med mer utprøving kan det være mulig at et GoPro kamera kan benyttes ved nedbør. Dette vil også gi andre muligheter i valg av perspektiv ved at man kan feste kameraet der man måtte ønske. En fordel ved dette er at behovet for kamerafører faller bort slik at gjennomføringen blir mindre ressurskrevende. Studien viste at kameraføreren i varierende grad påvirket hestene, noen av pasientene, rideterapeuten og kvaliteten på opptaket. Med unntak av en time instruerte rideterapeuten kameraføreren i når vedkommende skulle filme og ikke. Det var nødvendig i denne studien, men med god kjennskap til HAT, god kommunikasjon mellom rideterapeut og kamerafører, avklart roller og at begge har kjennskap til hva fokuset i timen er, er dette kanskje ikke nødvendig. Og fokuset på kameraføreren vil trolig minske. Selv om alle pasientene i denne studien rapporterte at kameraføreren ikke var forstyrrende et stykke ut i timen, er det allikevel viktig å være klar over at noen kan syns det. Opplevelse er individuelt, og jeg anser det som

viktig at man er bevisst på dette. I denne studien ble det lagt vekt på at kameraføreren skulle være kjent for alle deltagerne, og det kan være noe av årsaken til at kameraføreren og kameraet ble glemt etter hvert. I tillegg formidlet informantene i Brenna (2013) sin studie om en opplevelse av at de teamet i Stallen så de for den de egentlig var. Dette i kontrast til hvordan de opplevde å bli sett på av andre ansatte ved andre avdelinger. Selv om forholdet mellom de ansatte og pasientene ikke kan karakteriseres som likt er det likevel interessant at informantene karakteriserte teamet som venner, mer avslappet, at temaet hadde en annen tilnærming enn øvrig personale og at de ga en følelse av å være normale og tilhørighet. Dette understøtter at avstanden kan ha vært mindre mellom kameraføreren som en del av teamet enn den ville ha vært hvis en ukjent hadde filmet.

I forskningssituasjonen ble det etterstrebet at filmingen skulle foregå uforstyrret, men på grunn av dagliglivet og rammebetingelsene var ikke dette alltid mulig. Kanskje er det slik at man føler seg mer utrygg når andre enn de man er forberedt på kommer inn i en fra før uvant setting. I en forskningssituasjon har heller ikke pasienten rukket å vende seg til kameraet slik Malterud (2003) og Sparrman (2005) påpeker at erfaring med å bli filmet viser. I en ridehall hadde det vært mulig å stenge av denne slik at timen kunne forløpe uforstyrret. Hvorvidt dette ville vært mer hensiktsmessig er vanskelig å si, men i en ny studie kan dette vurderes. Med VIT som en fast, integrert del av HAT hadde pasienten trolig vært mer vant til filmingen slik at det kanskje ikke ville spilt så stor rolle om det hadde vært andre til stede under selve opptaket.

Videokamera er for de fleste tilgjengelig i dag gjennom blant annet telefoner, og mange tar opp video av seg selv og deler dette gjennom for eksempel Youtube. Tilgjengeligheten og bruken gjør at mange er vant med mediet, noe som kan være med på å avvæpne bruken. Johannessen et al. (2010) og Sparrman (2005) påpeker at video er vanlig i dag og bruk av video i behandling passer slikt sett godt inn i tiden. Dette kan være med på å gjøre HAT mer spennende og interessant. Pasientene fikk en kopi av videoen fra HAT timen, noe som innebærer at de har muligheten til å se på opptaket i etterkant og kanskje huske terapien bedre og på en annen måte enn uten videoen.

5.2 Opplevelse av Videointervensjonsterapi i Hesteassistert Terapi

Informantene beskrev opplevelsen av VIT i HAT med mange positive ord, både rette etter og noe tid etter timen. Dette gjorde også de som rapporterte om at filmingen var uvant i begynnelsen. Pasientene beskrev en spenning i forhold til om de ville få det til og gjøre det

riktig i timen. Rideterapeuten var spent på hvordan pasientene ville ta det. Denne spenningen kan være begrunnet i at video var et nytt element og kan underbygges av at den ene pasienten påpekte akkurat dette, noe nytt skulle skje og dette ga spenning. Som beskrevet over rapporterte informantene i tråd med Malterud (2003) og Sparrman (2005) som beskriver at erfaring viser at oppmerksomheten mot kamera avtar etter hvert som man blir vant til det.

Informantene påpekte at det å se seg selv på video ga noe ekstra, det ga bevis på det man hadde gjort, både det som var bra og det man kunne forbedre. Det tydelige og konkrete ved å se seg selv og andre utenfra trekkes frem. Dette ga en økt bevissthet på egen atferd og hvordan denne påvirket andres atferd (hesten), egen og andres (hestens) atferd man ikke var klar over og tegn eller signaler som man ikke hadde oppfattet i situasjonen. Dette samsvarer med svarene fra det nasjonale og internasjonale perspektivet som beskrev at atferdsforandringer ble dokumentert og vist til pasienten. Dette samsvarer også med det Kjøsås påpeker om at ”å se den observerbare ytre virkeligheten via video forstyrrer de indre forestillingene (Kjøsås, 2013, s. 165). Rothman (2009) fant også indikasjoner på økt bevissthet gjennom video i sin studie.

Rideterapeuten trakk frem at hun var overrasket over hvor positivt pasientene så på seg selv utenifra. Pasientene kom også inn på dette gjennom å trekke frem at det å se seg selv ga mestring, og at noen så at de mestret situasjonen de var i bedre enn de husket. Johannessen et al. (2010) påpeker også at mange blir positivt overrasket over seg selv på video. Dette kan tyde på at rideterapeuten gjorde en god jobb i gjennomgangen av videoen ved å ivareta båndet (Bordins alliansemodell) mellom seg og pasienten, og at tilbakemeldinger ble gitt på en støttende måte (Downing et al., in press; Wiberg, 1997). Med kunnskap om at fullført behandling er en av de mest konsistente faktorene for positivt behandlingsresultat, og at god alliansen er noe av det som holder pasienten i behandling, forstår vi viktigheten av å ivareta båndet mellom terapeut og pasient i gjennomgangen av videoen. Samtidig kan fremstillingen her være noe skjev tatt i betraktning at rideterapeuten først hadde en oppfatning av at det kun var det positive i videoen som skulle påpekes.

Rideterapeuten trakk frem verdien av å kunne se videoen sammen med pasienten, og å kunne utforske og reflektere over det som skjedde i timen og i pasienten, noe som ikke alltid var mulig ellers. Hun opplevde dette som terapeutisk og i tråd med mentaliseringsfokuset på OUS. Med utgangspunkt i teori handler mentalisering om det å tenke og føle om våre egne og andres tanker og følelser (Rydén et al., 2011), og at god mentalisering kjennetegnes ved nysgjerrighet, utforskning og et ikke-vitende ståsted i forhold til seg selv og den andre

(Abrahamsen, 2012) (se 2.1), ser vi at dette samstemmer. Rideterapeutens fokus på hva som skjedde inni pasienten er i tråd med både fokuset på *inner movie* i VIT (Downing et al., in press) og mentalisering.

Arefjord og Karterud (2012) påpeker en sammenheng mellom utrygg tilknytning, svekket mentalisering og avhengighet. Selv om det kan være uklart om svekket mentaliseringsevne kommer av utrygg tilknytning eller rus, gir video en unik mulighet til konkret å øve på mentalisering. Dersom mentaliseringsevnen er svekket på bakgrunn av rus er det en forutsetning at den kognitive påvirkningen ikke har vært for stor og eventuelt reversibel for å kunne øve på mentalisering. VIT i HAT kan være med på å øve opp mentaliseringsevnen. Dette ble også beskrevet i det nasjonale og internasjonale perspektivet hvor video ble benyttet til å lære deltagerne alternativer og som et utgangspunkt for diskusjon.

Både svarene på forespørselene og rideterapeuten trakk frem nytteverdien video ga terapeuten. Den ga mulighet til egenvurdering og vurdering av metoden som ble benyttet. Rideterapeuten beskrev at hun kunne observere og bevisstgjøre seg selv i forhold til hvordan hun fremsto, den bidro til at hun ble mer skjerpet og strukturert og hun fikk en økt bevissthet i forhold til valg av øvelser.

Rideterapeuten påpekte at VIT i HAT ga ”dobbel eksponering” fordi man først hadde terapi, deretter så på terapien for så å snakke om den. I studien til Wiberg (1997) ble det samme påpekt. Dette ble kalt dobbeltlæring og det ble påpekt at gjennom å se seg selv utenfra ble man mer bevisst på sine handlinger og atferd. I likhet med pasientene i denne studien ble det i Wibergs studie også påpekt at man så nye aspekter i videoen som man ikke var klar over. Pasientene og svaret på forespørselen trakk frem dette gjennom å beskrive at video gjorde det enklere å forstå situasjonen og at det ga økt læring.

Alle informantene var enige om at VIT var et bra tilskudd til HAT, og flere ønsket det som en fast del. Dog påpekte rideterapeuten et forbehold om at det måtte være nok tid og ressurser tilgjengelig. Selv foreslo hun muligheten til å utvide tiden og så muligheten til å kunne samarbeide enda tettere med andre terapeuter. Med forskningsresultater i favør av å implementere VIT i HAT mente hun ressursbruken ville la seg forsvare.

6.0 KONKLUSJON

Studiens problemstilling søkte kunnskap i to områder, anvendelse og opplevelse av VIT i HAT. Det ser ut til at VIT i HAT kan være et spennende og et nyttig bidrag til HAT, og informantene ønsket metoden velkommen som en del av HAT.

Denne studien viser at anvendelse av VIT krever god kjenneskap til metoden. Dette fører til trygghet og likhet i gjennomføringen, noe som var synlig i denne studien. Jo mer metoden ble utøvd jo sikrere følte rideterapeuten seg i sin utførelse og jo mer ble metoden benyttet. VIT har en konkret fremgangsmåte som kan være positiv i tilegnelsen av metoden. Det er også nødvendig med kjenneskap til det tekniske utstyret som skal benyttes slik at terapien ikke forstyrres av tekniske utfordringer.

Den positive opplevelsen av VIT i HAT var samsvarende hos pasienter og rideterapeut. Dimensjonen video ga ved å se seg selv ble trukket frem flere ganger. Video ga tydelighet, var konkret, det var lettere å forstå med video enn med bare ord, det ga økt læring, økt bevissthet på seg selv og andre og muligheter til å øve opp mentaliseringsevnen. Samlet kan dette være med på å påvirke den terapeutiske prosessen i HAT.

Denne studien kan ikke sies å være stor nok til å kunne konkludere, men de positive funnene kan indikere at det bør gjøres mer forskning innen feltet. Studien kan brukes som et erfaringsgrunnlag i dette. Studien har flere ganger blitt nevnt i nasjonal og internasjonal sammenheng, blant annet ved Prescott College hvor studien ble lagt frem. Det kan se ut som det er en interesse for video i HAT. Det nasjonale og internasjonale perspektivet underbygger dette. Svært mange viste stor entusiasme over studien og ønsket å lære mer om den. Svarene på forespørselen viser at mange benytter video i hestebasert terapi selv om det oftest er usystematisk og uten en teoretisk videometode. Denne studien kan kanskje være et utgangspunkt til å systematisere denne bruken, og baser den på en metode. Flere studier med video i HAT gir et grunnlag for sammenligning i videre forskning innen området.

7.0 LITTERATUR

- Aamot, S. (2000). *"Et alvorlig skuespill": Marte Meo som metode i barne- og ungdomspsykiatrien: Hva er foreldres opplevelse og vudering av metoden* (Vol. 2001:2). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Aarts, M. (2008). *Marte Meo Basic manual 2nd edition*. Eindhoven, Nederland: Aarts Productions.
- Abrahamsen, R. (2012). *Mentaliseringsbasert psykopedagogisk gruppe i rusbehandling: erfaringer med metodetilpasning til pasienter med rusmiddellidelser*. Bergen: Kompetansesenteret rus region vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Alrø, H., & Dirckinck-Holmfeld, L. (1997). *Videoobservation*. Aalborg Aalborg Universitetsforlag og Institutt for Kommunikasjon
- Alrø, H., & Kristiansen, M. (1997). Mediet er ikke budskapet - video i observation af interpersonel kommunikasjon. In H. Alrø & L. Dirckinck-Holmfeld (Eds.), *Videoobservation*. Aalborg: Aalborg Universitetesforlag og Institutt for kommunikation.
- Anderson, J. (2009). A Horse and His Boy. *Wall Street Journal - Eastern Edition*, 254(73), W4.
- Andersson, I., Knævelsrud, T., Lindberg, C., Paulsson-Bertmar, M., & Bjørnstad, H. C. (2000). *Unghester: oppvekst, håndtering, innridning og treningsfysiologi*. [Oslo]: Landbruksforl.
- Andresen, N. E. (2012). Motiverende samtale. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Arefjord, N., & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Bachi, K. (2012). Equine-Facilitated Psychotherapy: The Gap between Practice and Knowledge. *Society & Animals*, 20(4), 364-380. doi: 10.1163/15685306-12341242
- Bachi, K., Terkel, J., & Teichman, M. (2012). Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents: The influence on self-image, self-control and trust. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 17(2), 298-312. doi: 10.1177/1359104511404177
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-194. doi: 10.1002/jclp.20451
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. doi: 10.1080/07351690.2013.835170
- Bateman, A., Fonagy, P., Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veiledning*. [Oslo]: Arneberg forl.
- Beebe, B. J. (2008). *The use of Equine Assisted Psychotherapy in Youth Chemical Dependency: A New Modality for Nurse Practitioners*. (Master), Washington State University College of Nursing, USA.
- Bertoti, D. B. (1988). Effect of Therapeutic Horseback Riding on Posture in Children with Cerebral Palsy. *Physical Therapy*, 68(10), 1505-1512.
- Bizub, A. L., Joy, A., & Davidson, L. (2003). "It's Like Being in Another World": Demonstrating The Benefits of Therapeutic Horseback Riding for Individuals with Psychiatric Disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 377.

- Bleiberg, E. (2003). Treating professionals in crisis: A framework focused on promoting mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 212-226.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Brenna, I. H. (2013). "They are part of what made my treatment positive. And maybe more meaningful." *Participants' experience of horse-assisted therapy in addiction treatment*. (Master Thesis), University of Oslo, Oslo.
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Burgon, H. L. (2011). 'Queen of the world': experiences of 'at-risk' young people participating in equine-assisted learning/therapy. *Journal of Social Work Practice*, 25(2), 165-183. doi: 10.1080/02650533.2011.561304
- Børresen, B., & Gjersøe, V. (2009). *Hest i Norge*. Oslo: Tun Forlag.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Christiansen, E. (1997). Hvad sker der egentlig på gangen? Et kritisk kik på arbejdspladsvideo. In H. Alrø & L. Dirckinck-Holmfeld (Eds.), *Videobeskrivelse*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Cody, P., Steiker, L. H., & Szymandera, M. L. (2011). Equine Therapy: Substance Abusers' "Healing Through Horses". *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 198-204.
- Dell, C., Chalmers, D., Bresette, N., Swain, S., Rankin, D., & Hopkins, C. (2011). A Healing Space: The Experiences of First Nations and Inuit Youth with Equine-Assisted Learning (EAL). *Child & Youth Care Forum*, 40(4), 319-336. doi: 10.1007/s10566-011-9140-z
- Dell, C., Chalmers, D., Dell, D., Sauve, E., & Mackinnon, T. (2008). Horse as Healer: An Examination of Equine Assisted Learning in the Healing of First Nations Youth from Solvent Abuse. *Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(1), 81-106.
- Downing, G. (2013a). george-downing.com. Retrieved 09.09.13, from <http://www.george-downing.com/index.php?id=1&subid=7&lnk=1>
- Downing, G. (2013b). george-downing.com. Retrieved 09.09.13 from <http://www.george-downing.com/index.php?id=1&subid=2&lnk=1>
- Downing, G., Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedel, R., Wolfgang, J., & Reck, C. (in press). Video Intervention Therapy (VIT) with parents with a psychiatric disturbance. In K. Brandt, B. Perry, S. Seligman & E. Tronick (Eds.), *Infant and early childhood mental health: Core concepts and clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Press, Inc. .
- Fan, C.-W., Smith, C., Kielhofner, G., & Taylor, R. (2010). Motivational Change over the Course of Hippotherapy: An Exploratory Study of Three Children with Autism. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*.
- Fangen, K. (2011). Deltagende observasjon. In K. Fangen & A.-M. Sellerberg (Eds.), *Mange ulike metoder*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Fry, N. E. (2013). Equine-Assisted Therapy: An overview. In M. Grassberger, R. A. Sherman, O. S. Gileva, C. M. H. Kim & K. Y. Mumcuoglu (Eds.), *Biotherapy - History, Principles and Practice. A Practical Guide to the Diagnosis and Treatment of Disease using Living Organisms*. London: Springer.

- Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. J. C. (2011). Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psychology Review*, 23(1), 45-63. doi: 10.1007/s10648-010-9144-5
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Hallberg, L. (2008). *Walking the Way of The Horse. Exploring the Power of the Horse-Human Relationship*. USA: iUniverse.
- Hauge, H. (2013). *Equine-assisted activities for adolescents and the impact on social support and task-specific mastery. A study integrating psychological variables with ethological methods*. (Philosophiae Doctor Thesis), Norwegian University of Life Sciences., Ås.
- Heath, C., Hindmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research. Analysing Social Interaction in Everyday Life*. Great Britain: Sage Publications.
- Heath, C., Luff, P., & Svensson, M. S. (2007). Video and qualitative research: analysing medical practice and interaction. *Medical Education*, 41(1), 109-116. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02641.x
- Hempfling, K. (2010). *It's not I who seek the horse. The horse seeks me. The path to understanding the equine body language*. London, UK: Cadmos Publishing Ltd.
- Hest og Helse. (2013). hestoghelse.no. Retrieved 08.10.13, from http://www.hestoghelse.no/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=141
- Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 4(38), 365-372.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139.
- ICD-10. (2011). *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jarrell, N. (2009). A healing triangle. *Addiction professional*, 7(1), 15-20.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, E. (1990). *Gruppekonsultasjon med barnehagepersonale*. (Doktorgradsavhandling), Barnevernsakademiet i Oslo/Statens speiallærerhøgskole, Oslo.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Johnson, R. A., Odendaal, J. S. J., & Meadows, R. L. (2002). Animal-Assisted Interventions Research: Issues and Answers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(4), 422.
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforl.
- Kennedy, H. (2011). What is Video Interaction Guidance (VIG)? In H. Kennedy, M. Landor & L. Todd (Eds.), *Video Interaction Guidance. A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing*. Great Britain: Jessica Kingsley Publishers.
- Kern-Godal, A. (2012). *Riding Out of Addiction?*. Paper presented at the International Society of Addiction Medicine Annual Meeting (ISAM), Geneva, Switzerland.
- Kern-Godal, A. (2013). Å ri ut av avhengigheten. *Rus og avhengighet*.
- Kjølås, K. Y. (2013). Perspektivene og tiden - Utenfra- og innenfra- observasjon - med bruk av video i terapeutiske samtaler. *Fokus på familien*, 2.
- Klontz, B., Bivens, A., Leinart, D., & Klontz, T. (2007). The Effectiveness of Equine-Assisted Experiential Therapy: Results of an Open Clinical Trial. *Society & Animals*, 15(3), 257-267. doi: 10.1163/156853007X217195

- Klouman, M. E. (2012). *Hva er det med hesten? Hestens potensial som medarbeider i stabiliserende traumebehandling*. Spesialistoppgave i Klinisk voksenpsykologi Enhet for Gruppeterapi, Nedre Romerike DPS. Kjeller.
- Knoblauch, H., Schnettler, B., & Raab, J. (2009). Video-analysis. Methodological Aspects of Interpretive Audiovisual Analyses in Social Research. In H. Knoblauch, B. Schnettler, J. Raab & H.-G. Soeffner (Eds.), *Video Analysis: Methodology and Methods. Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology* (pp. 9-26). Germany: Deutsche Nationalbibliothek.
- Kohanov, L. (2001). *The tao of equus. A womans journey of healing and transformation through the way of the horse*. Novato, California: New World Library.
- Koren, E., & Træen, B. (2001). Jenter og hest. Stallen som arena for sosialisering og mestring. *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 3(2).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorin de Reure, A. (2009). Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication. (French). *Autistic children in pony therapy: Evaluation scales and psychological and ethological approaches concerning relational, emotional and communication fields (English)*, 57(4), 275-286. doi: 10.1016/j.neurenf.2009.04.006
- Lossius, K. r. (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lysell, J. (2011). Bruk av hest i terapi *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtalerapi* (pp. S.[162]-179.). Bergen: Fagbokforl.
- Lysell, J. (2013). [Rideterapeut ved Oslo Universitetssykehus, Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung.].
- Lysell, J., Dihle-Borgen, K., & Liestøl Hanche-Olsen, S. (2012). *Stallens hestekunnskapshefte*. Oslo Universitetssykehus, Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, Ung. Oslo.
- Løkken, G., & Søbstad, F. (2013). *Observasjon og intervju i barnehagen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mallow, A., Mattel, P., & Broas, L. (2011). 'For the Love of Horses': Establishing a Protocol for Women in a Therapeutic Community to Work With Rescued Horses. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 205-208. doi: 10.1080/1533256X.2011.566477
- Malterud, K. (1993). Shared Understanding of the Qualitative Research Process. Guidelines for the Medical Researcher. *Family Practice*, 10(2), 201-205.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martin, D. J., & Garske, J. P. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(3), 438.
- Meld. St. 30. (2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol – narkotika – doping (2011-2012). from <http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdfMeld>.
- Mihai, A., Damsa, C., Allen, M., Baleyrier, B., Lazignac, C., & Heinz, A. (2007). Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse

- rate in alcohol-dependent patients. *Addiction*, 102(2), 226-231. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01667.x
- Miller, W. R., & Carroll, K. M. (2006). *Rethinking substance abuse: what the science shows, and what we should do about it*. New York: Guilford Press.
- Nerdrum, P., & Rønnestad, M. H. (2002). The Trainees' Perspective: A Qualitative Study of Learnig Empathic Communication in Norway. *The Counseling Psychologist*, 30(4).
- Opplæringskontoret for Hest- og hovslagerfaget. (udatert). hestefag.no. Retrieved 06.10.13, from <http://www.hestefag.no/hestefaget-mainmenu-42>
- Oslo Universitetssykehus. (2012, 18.10.). oslo-universitetssykehus.no. Retrieved 20.09.13, from <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/avhengighetsbehandling-unge/Documents/Henviserbrosjyre%20Avdeling%20Ung.pdf>
- Oslo Universitetssykehus. (2013). oslo-universitetssykehus.no. Retrieved 06.10.13, from <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/avhengighetsbehandling-poliklinikk-unge/Sider/enhet.aspx>
- Oslo Universitetssykehus. (2014). oslo-universitetssykehus.no. Retrieved 06.04.2014, from <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/avhengighetsbehandling-unge>
- Oslo Universitetssykehus. (udatert). oslo-universitetssykehus.no. Retrieved 07.12.2013, from <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/avhengighetsbehandling-unge/Documents/Henviserbrosjyre%20Avdeling%20Ung.pdf>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pedersen, M. (2012). Triangulær validering. Samspillet mellom deltagerobservationer og kvalitative interview. In M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Eds.), *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pollack, S. (2009). *Equine facilitated psychotherapy with women with addictions: Results form a Canadian pilot study*. Paper presented at the FRDI XIII International Congress, Münster, Germany.
- Professional Association of Therapeutic Horsemanship International. (2013). pathintl.org. Retrieved 15.04.13 from <http://www.pathintl.org/resources-education/resources/eaat/193-eaat-definitions>
- Rothman, W. M. (2009). *Enhancing motivation to change in clients with alcohol use disorders: Video feedback as a brief intervention* (Doctor of Philosophy), The University of Montana, Missoula, Montana
- Rydén, G., Wallroth, P., & Nygaard, L. (2011). *Mentalisering: å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax.
- Rønnestad, M. H., & Lippe, A. L. v. d. (2009). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. Om fellesfaktorer og den terapeutiske allianse. In M. H. Rønnestad & A. L. v. d. Lippe (Eds.), *Det kliniske intervjuet* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford Press.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Selby, A. (2011). A Historical Perspective of Psychotherapy Involving Equines. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*.

- Shambo, L., Young, D., & Madera, C. (2013). *The Listening Heart. The Limbic Path Beyond Office Therapy*. USA: Human-Equine Alliance for Learning (HEAL).
- Skretting, A. (2013). Konseptualisering av narkotika i sentrale offentlige dokumenter. Retrieved 19.03.2014, from <http://forebygging.no/Artikler/2013-2012/Konseptualisering-av-narkotika-i-sentrale-offentlige-dokumenter/>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339. doi: 10.1002/erv.817
- Skårderud, F. (2012). Terapiens essens. Om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi. In R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen (Eds.), *Psykoterapi i uytvikling*. Oslo: Akademika Forlag.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapiboken: mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith-Osborne, A., & Selby, A. (2013). A Systematic review of Effectiveness og Complementary and Adjunct Therapies and Interventions Involving Equines. *American Psychological Association*.
- Snider, L., Korner-Bitensky, N., Kammann, C., Warner, S., & Saleh, M. (2007). Horseback Riding as Therapy for Children with Cerebral Palsy: Is There Evidence of Its Effectiveness? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), 5-23. doi: 10.1300/J006v27n0202
- Sparman, A. (2005). Video recording as interaction: participant observation of children's everyday life. *Qualitative Research in Psychology*, 2(3), 241-255. doi: 10.1191/1478088705qp041oa
- Stephenson, T., & Zink, R. (2008). Evaluation of non-verbal communication patterns between horses and humans by video analysis. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*.
- Sterba, J. A. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(1), 68-73. doi: 10.1017/S0012162207000175.x
- Stoller, F. H. (1968). Focused feedback with video tape: extending the group's function. In G. M. Gazda (Ed.), *Innovations to group psychotherapy*. USA: Charles C. Thomas.
- Store Norske Leksikon. (udatert). snl.no. Retrieved 18.03.2014, from <http://snl.no/delirium>
- Strausfeld, P. (2009). *Therapeutic riding at a special clinic for addicted women*. Paper presented at the The Xth International Congress of Therapeutic Riding, FRDI, France.
- Szulevicz, T. (2012). Videobeskrivelser som privilegert dokumentation af hverdagspraksis? In M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (Eds.), *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. København: Han Reitzels Forlag.
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.
- Taylor, R. R., Kielhofner, G., Smith, C., Butler, S., Cahill, S. M., Ciukaj, M. D., & Gehman, M. (2009). Volitional Change in Children With Autism: A Single-Case Design Study of the Impact of Hippotherapy on Motivation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25(2), 192-200. doi: 10.1080/01642120902859287
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Træen, B., Moan, K.-A., & Rosenvinge, J. H. (2012). Terapeuters opplevelse av hestebasert behandling for pasienter med spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(4).
- Trætteberg, E. (2006). *Ridning som rehabilitering*. Oslo: Akilles.

- von Arbin, C. (1994). *Hippoterapi*. Färentuna: Kikkuli Forlag AB.
- Wehofer, L., Goodson, N., & Shurtleff, T. L. (2013). Equine Assisted Activities and Therapies: A Case Study of an Older Adult. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(1), 71-87. doi: 10.3109/02703181.2013.766916
- Wesley, M. C., Minatrea, N. B., & Watson, J. C. (2009). Animal-Assisted Therapy in the Treatment of Substance Dependence. *Anthrozoos*, 22(2), 137-148. doi: 10.2752/175303709X434167
- Wiberg, B. L. (1997). *Å spille - å bli sett - å reflektere. En kvalitativ studie i studenters erfaring med rollespill og video som pedagogisk metode i ferdighetstrening ved sosionomutdanningen*. (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Williams, M. (2003). *Learning their language. Intuitive communication with animals and nature*. Novato, California: New World Library.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-preception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, 11, 121-129.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegget viser søkehistorikken i de ulike søkebasene.

Academic Search Premier

Revised Date: 07/2011 [Accessibility Information and Tips](#)

Print Search History



Wednesday, October 09, 2013 5:26:37 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S38	S5 AND S13	Narrow by SubjectThesaurus: - video recordings Narrow by SubjectThesaurus: - horses Narrow by SubjectThesaurus: - video recordings -- reviews Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	138
S37	S5 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	994
S36	S5 AND S18	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	76
S35	S5 AND S13 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost	0

			Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	
S34	S4 AND S19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	0
S33	S4 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	0
S32	S4 AND S8 AND S19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	0
S31	S1 AND S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	0
S30	S1 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen -	0

			Advanced Search Database - Academic Search Premier	
S29	S1 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	1
S28	S7 AND S24	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	1
S27	S7 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	1
S26	S1 AND S9 AND S10 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	0
S25	S7 AND S16 AND S24	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search	0

			Premier	
S24	S17 OR S18 OR S19 OR S21 OR S22 OR S23	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	66,097
S23	S19 AND S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	4,956
S22	S18 AND S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	18,005
S21	S17 AND S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	280
S20	treatment	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	1,537,989
S19	drug addiction	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost	11,151

			Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	
S18	drug abuse	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	59,340
S17	substance-related disorders	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	554
S16	S8 OR S9 OR S10 OR S12 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	74,849
S15	S13 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	5,862
S14	therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen -	723,091

			Advanced Search Database - Academic Search Premier	
S13	video	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	598,236
S12	video therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	159
S11	video intervention therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	5
S10	videotape recording	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	5,622
S9	video recording	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search	69,366

			Premier	
S8	video feedback	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	389
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	43
S6	S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	16
S5	horse	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	52,686
S4	animal assisted therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	186
S3	horse assisted therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost	4

			Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	
S2	equine assisted psychotherapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	8
S1	equine assisted therapy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	31

Amed

Database(s): AMED (Allied and Complementary Medicine) 1985 to October 2013

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	equine assisted therapy.mp.	7
2	horse assisted therapy.mp.	0
3	exp Animal Assisted Therapy/	11
4	exp Horses/	72
5	3 and 4	2
6	1 or 2 or 5	8
7	exp Videotape recording/	439
8	video recording.mp.	54
9	video feedback.mp.	19
10	video intervention therapy.mp.	0
11	video therapy.mp.	2
12	video.mp.	1239
13	7 or 8 or 9 or 11 or 12	1443
14	exp Substance related disorders/	1153
15	exp Drug therapy/	20334
16	exp Substance abuse/	551
17	exp Substance dependence/	381
18	addiction.mp.	294
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18	21479
20	6 and 13 and 19	0
21	6 and 13	0
22	6 and 19	0
23	13 and 19	9

Cinahl

Revised Date: 07/2011 [Accessibility Information and Tips](#)

Print Search History



Wednesday, October 09, 2013 11:10:36 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S29	S22 AND S27	Limiters - Published Date: 20100101-20131231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21
S28	S22 AND S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	65
S27	S15 AND S26	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,910
S26	"therapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	558,309
S25	S9 AND S22	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	2

			CINAHL with Full Text	
S24	S9 AND S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2
S23	S9 AND S15 AND S22	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S22	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	72,350
S21	"drug addiction"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	441
S20	(MH "Substance Dependence+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	41,235
S19	"addiction"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	5,511

			CINAHL with Full Text	
S18	(MH "Substance Abuse+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32,594
S17	(MH "Substance Use Rehabilitation Programs")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,680
S16	(MH "Substance Use Disorders+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	69,583
S15	S10 OR S11 OR S12 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,756
S14	"Video"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8,379
S13	"video intervention therapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	0

			CINAHL with Full Text	
S12	"video feedback"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	41
S11	"videotape recording"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12
S10	(MH "Videorecording+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,938
S9	S1 OR S2 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	53
S8	S4 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3
S7	S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	41

			CINAHL with Full Text	
S6	(MH "Horses")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	324
S5	(MH "Pet Therapy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	690
S4	"animal assisted therapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	139
S3	"horse assisted therapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S2	"equine assisted psychotherapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8
S1	"equine assisted therapy"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	13

			CINAHL with Full Text	
--	--	--	-----------------------	--

Cochrane Library

Search Name:

Date Run: 10/10/13 12:00:05.517

Description:

ID	Search Hits
#1	MeSH descriptor: [Equine-Assisted Therapy] explode all trees 11
#2	MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees 10858
#3	MeSH descriptor: [Video Recording] explode all trees 1560
#4	#1 and #2 and #3 0
#5	#1 and #2 0
#6	#1 and #3 0
#7	#2 and #3 49 (trials)

Medline

Database(s): Ovid MEDLINE(R) 1946 to September Week 4 2013

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp Equine-Assisted Therapy/	54
2	exp Horses/	57209
3	exp Video Recording/	30168
4	exp Videotape Recording/	10590
5	3 or 4	30168
6	exp Feedback/	43420
7	video intervention therapy.mp.	0
8	video therapy.mp.	4
9	video.mp.	66247
10	exp Substance-Related Disorders/	373062
11	addiction.mp.	27004
12	drug addiction.mp.	5668
13	drug abuse.mp.	13246
14	exp Therapeutics/	3393133
15	10 or 11 or 12 or 13	385947
16	1 or 2	57251
17	5 or 6 or 8 or 9	117995
18	15 and 16 and 17	1
19	1 and 15 and 17	0
20	1 and 15	1
21	1 and 17	0

PsycINFO

Database(s): PsycINFO 1806 to October Week 2 2013


Search Strategy:


#	Searches	Results
1	Equine assisted therapy.mp.	16
2	Equine assisted psychotherapy.mp.	19
3	Horse assisted therapy.mp.	0
4	exp Animal Assisted Therapy/	481
5	exp Horses/	820
6	4 and 5	77
7	1 or 2 or 3 or 6	99
8	Video recording.mp.	555
9	Videotape recording.mp.	90
10	video feedback.mp.	263
11	video intervention therapy.mp.	1
12	video therapy.mp.	21
13	exp Digital Video/	728
14	video therapy.mp.	21
15	exp Treatment/	558757
16	exp Digital Video/ or video.mp.	21453
17	15 and 16	2616
18	8 or 9 or 10 or 12 or 13 or 14 or 16	21530
19	15 and 18	2633
20	exp Drug Abuse/	84001
21	exp Drug Therapy/	106298
22	exp Drug Rehabilitation/	25154
23	exp Drug Dependency/	20736
24	Substance-related disorders.mp.	522
25	exp Addiction/	41366
26	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	195684
27	1 or 2 or 3 or 4 or 5	1240
28	18 and 26 and 27	0
29	26 and 27	9
30	18 and 28	0
31	18 and 26	488
32	limit 31 to ((english or norwegian) and last year)	106
33	limit 31 to (english or norwegian)	456
34	5 and 33	0

35 20 or 21 or 22 or 23 or 24	191098
36 18 and 35	368
37 10 or 12	284
38 35 and 37	6

Vedlegg 2: Søkord

Tabellen viser søkeordene det ble søkt på i de ulike databasene. Animal assisted therapy og horse ble kombinert med *and* før alle de hesterelaterte begrepene ble kombinert med *or*. Det samme ble gjort med video og therapy, substance-related disorders og treatment, drug addiction og treatment og drug abuse og treatment. Deretter ble heste-, video- og avhengighetsrelateret søkeord kombinert med *and*. Søkord som de ulike søkebasene foreslo ble også brukt.

	Hesterelatert	Videorelatert	Avhengighetsrelatert
 Or (and)	Equine assisted therapy	Video recording	Substance-related disorders
	Equine assisted psychotherapy	Videotape recording	Addiction
	Horse assisted therapy	Video feedback	Drug addiction
	Animal assisted therapy	VIT	Drug abuse
	Horse	Video	Treatment
		Therapy	



And

Vedlegg 3: Observasjonsguide, del 1

Vedlegget viser observasjonsguiden som ble benyttet del 1.

Hensikt: Observere hvordan video intervensjons terapi anvendes i hesteassistert terapi. Forskeren er til stede under filmingen av pasient, terapeut og hest(er) og under gjennomgang av utvalgte sekvenser fra filmen sammen med pasient og terapeut for å innhente gyldig kunnskap slik at forskeren kan beskrive hvordan VIT brukes i HAT. Tilstedeværelse gir forskeren mulighet til å kunne reflektere gjennom hele VIT prosessen. Dette gir forskeren tilgang til informasjon det kan være vanskelig å innhente på en annen måte.

Observasjon av pasient, terapeut og hest ved gjennomgang av øvelser

Dato:

Rammevilkår:

Hvor foregår observasjonen?

Hvor mange, eventuelt hvem, er tilstede? På banen, rundt banen

Innhold:

Hva er gangen i timen;

Hvordan starter timen opp?

Hvordan foregår gjennomgangen av øvelse(e) terapeuten har valgt?

Hvordan avsluttes timen?

Hva gjør deltagerne:

Terapeuten?

Hva gjør pasienten?

Sier pasienten noe om hesten?

(Hva gjør hesten?)

Under observasjonen vil det bli notert og tatt lydopptak.

Vedlegg 4: Observasjonsguide, del 5

Vedlegget viser observasjonsguiden som ble benyttet del 5.

Observasjon av gjennomgangen av filmen

Dato:

Pasient nr:

Rammevilkår:

Hvor foregår observasjonen?

Hvem er til stede?

Innhold

Hva er gangen i gjennomgangen;

Hvilke sekvenser har forskeren plukket ut, hva viser disse?

Hvordan samtaler pasient og terapeut om dette?

Hvordan reagerer pasienten på å se seg selv på film?

Virker settingen ukomfortabel – for pasient, for terapeut?

Under observasjonen vil forskeren notere og ta lydopptak.

Vedlegg 5: Forespørsel som ble sendt ut nasjonalt og internasjonalt

Questionnaire: USE of VIDEO in EQUINE ASSISTED THERAPY (EAT)?

Please answer the following questions within 14th of March:

- 1 Do you use video in your horse based therapy?
- 2 If yes, please explain:
 - a) how you use video in your work with horses:
 - b) why you use it:
 - c) the basis for your use of video (eg is it based on a theoretical model?)

Note: This is not a quantitative survey – I simply want to know if others are using video and if so to gain some understanding of their experience with it. Please send these questions to others you know who are using video in their work with horses.

Background

I am a MA student at **Oslo and Akershus University College of Applied Sciences** in Norway, engaged in a small empirical study at the **Department of Addiction Treatment (Youth), Oslo University Hospital**. The aim of my study is to assess whether **Video Intervention Therapy (VIT)** can contribute to **Horse Assisted Therapy (HAT)**, and obtain the patient's and therapist's perceptions of this intervention.

In summary **VIT** is a method developed by George Downing and is an evidence-based, rapid means for bringing about change in human relationships. A video is made of a relevant interaction between two or more persons. The therapist or counsellor then uses clips from the video with the client to reflect upon the interaction and relevant issues to the client's situation. Possibilities for change are considered. This method has been used in parent-child interactional problems, couple therapy, etc. The focus upon specific interaction patterns, enables the discussion to quickly be made productive and concrete.

I expect to complete my study in the summer and, should you wish, would be happy to provide you with a summary of the results.

Sincerely

Beate Skyrud

bskyrud@online.no

Vedlegg 6: Intervjuguide, del 2 og 3

Vedlegget viser intervjuguiden som ble benyttet del 2 og 3.

Intervjuguide		
Overordnet problemstilling: Hvordan anvendes og oppleves VIT i HAT?		
Intervju direkte etter HAT-timen		
Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål	
	Pasient	Terapeut
Hvordan oppleves VIT i HAT direkte etter HAT timen	Hvordan var dette? Hva syns du?	Hvordan var dette?
	Hvordan var det å bli filmet?	Hvordan var det å bli filmet?
	Hadde filmingen noen betydning for hva som skjedde?	Hadde filmingen noen betydning for hva som skjedde?

Vedlegg 7: Intervjuguide, del 6 og 7

Vedlegget viser intervjuguiden som ble benyttet del 6 og 7.

Intervjuguide		
Overordnet problemstilling: Hvordan brukes og oppleves VIT i HAT?		
Intervju etter gjennomgangen av VIT-prosessen		
Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål	
Hvordan oppleves VIT	<p>Hva syns du om å bli filmet før, under og etter timen?</p> <p>Hvordan var det å se seg selv på film?</p>	<p>Hvordan opplever du VIT som metode?</p> <p>Ulemper Fordeler</p>
Hvordan oppleves påvirkningen av VIT på den terapeutiske prosess og resultat i HAT?	<p>På banen sammen med hesten og rideterapeuten gjorde dere noen øvelser. Hvordan var det å se dette på film?</p> <p>Kan du si noe om det hadde noe å si å se seg selv på film for hvordan du forsto det du og rideterapeuten gjorde?</p> <p>Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Hva syns du at du har lært av VIT i HAT?</p>	<p>Hvordan tror du VIT påvirker den terapeutiske prosessen i HAT</p> <p>Hva er bakgrunnen for at du valgt de sekvensene du gjorde?</p> <p>Du har valgt noen spesifikke øvelser til de forskjellige pasientene som skal hjelpe de med å forstå seg selv/sin problematikk bedre. Hvordan syns du VIT (se seg selv på film) har bidratt til dette?</p> <p>Opplever du at pasientens forståelse av seg selv/sin problematikk bedres ved VIT prosessen?</p> <p>Hvordan påvirker VIT din rolle/funksjon som terapeut?</p>
Opplevs inkludering av VIT i HAT likt av pasient og terapeut? Hvorfor/hvorfor ikke?	<p>Hvis du skulle bestemme, ville du da at VIT skal være en fast del av HAT?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Hvorfor ikke?</p>	<p>Hvis du skulle bestemme, ville du da at VIT skal være en fast del av HAT?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Hvorfor ikke?</p>

Vedlegg 8: Illustrasjon av en øvelse i Hesteassistert Terapi

Øvelse: grensesetting.

I denne øvelsen er målet å øve på å sette grenser og kjenne på og snakke om hvordan dette er. Bildet²⁹ viser en situasjon der pasienten har blitt bedt om å lage en sirkel rundt seg selv ved hjelp av tau. Pasienten bestemmer selv hvor stor eller liten denne sirkelen er. Hesten er løs



inne på en bane med gjerde rundt.

Rideterapeuten(e) er hele tiden til stede for å ivareta sikkerheten og bistå pasienten. I øvelsen kjenner pasienten på hvordan det er å flytte hesten utenfor ringen eller slippe den inn. Dette krever at pasienten er tydelig i kroppsspråket. Gjennom denne øvelsen kan pasienten erfare hvordan det er å sette grenser, slippe opp grensene og hente de opp igjen ved å be hesten om å gå ut av ringen igjen. Rideterapeuten kunne fortelle om flere situasjoner der pasientene hadde uttrykt lærdom av denne øvelsen. En pasient gjorde denne øvelsen med en hest hun var veldig glad i. Gjentatte ganger ble ringen invadert.

Plutselig oppdaget pasienten et mønster og sa at utfordringen var ikke å grensesette de han ikke likte, men de han var glad i og likte. De lot han innvadere seg. Etter denne erkjennelsen lyktes han i å holde hesten på rett side av grensen sin.

²⁹ Illustrasjonsfoto er benyttet. Det er ikke avbildet pasienter på dette bildet.

Vedlegg 9: Presentasjon av hestene

Hestene i Stallen ved OUS er valgt ut med tanke på å være gode terapihester. For teamet i Stallen³⁰ innebærer dette at hestene er ulike i størrelse og temperament slik at de kan passe til ulike pasienter, både når det gjelder størrelse og temperament. Hestene eies av to Lionsklubber som har holdt Stallen med hester fra 1974.



Hele flokken samlet.

Alfonso er født i 1997 og er av rasen Hollandsk sportshest. Han er godt utdannet, veldig snill, lett å ri og omtales som en gentleman.



Alfonso.



Ronja.

Ronja er født i 2000 og av rasen nordsvensk kaldblods. Hun er glad i å jobbe, spesielt når hun blir kjørt. Hun kan både kjøres og ris. Ronja har klare meninger og trenger tydelige beskjeder. Hun betegnes ofte som en morsskikkelse, streng, men ivaretagende.

³⁰ Vedlegget er basert på Stallens Hestekunnskapshefte (Lysell et al. 2012), og på samtaler med teamet i Stallen.



Bleu Eye.

Blue Eye er av rasen Hollandsk Pinto. Hun er snill og lett å stelle, men er håndtert lite på tross av alderen, og har fremdeles mye å lære. Hun kan bli engstelig hvis hun blir stående igjen alene.



Juni.

Juni er av rasen fjordhest, en av Norges tre nasjonale hesteraser. Hun er snill, men trenger tydelige rammer. Hun er nederst på rangstigen i flokken. Hun kan både kjøres og ris.

Fox er av rasen varmblodstraver, men har ikke gått travløp. Han kan være en luring og kler navnet sitt godt. Han er snill og glad i mennesker, og det beste han vet er å bli klødd inni øret. Fox er sjefen i flokken.



Fox.

Teamet i Stallen påpeker at hestenes ulike sider aktivt blir benyttet i terapien. Blue Eyes engstelse for å bli igjen alene kan for eksempel benyttes som et utgangspunkt til å snakke med pasienter om deres engstelse. Dette kan også gjelde hestenes posisjon i flokken eller farge. Noen pasienter har beskrevet at de velger en hest fordi den skiller seg ut, slik som for eksempel Blue Eye med pintofarge, eller Juni som er nederst på rangstigen. Pasientene gjenkjenner sin opplevelse av å være annerledes i hesten.



Fox ruller seg i ei rullegrup lagd av sand, mens Blue passer på.

Alfonso og Blue i skuret ute i inngjerdingen. Skuret gjøres rent hver dag slik at hestene har ren liggeplass og ly for vær og vind.



Vedlegg 10: Informasjon og samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent på "Master i psykisk helsearbeid" ved Høgskolen i Oslo og Akershus og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er bruken og opplevelsen av video opptak (VIT) i hesteassistert terapi (HAT).

For å undersøke temaet ønsker jeg å observere gangen i VIT, og intervju deg og rideterapeuten.

En ansatt fra stallen vil filme:

- a) I løpet av HAT timen x 2. Dere filmes i to ulike HAT timer, men bare en av gangene vil bli brukt i studiet.
- b) Under gjennomgangen av filmopptaket

Jeg vil være tilstede for å observere under HAT timen, og vil stille dere noen spørsmål rett etter timen. Jeg vil også observere under gjennomgangen av filmen. Videoene oppbevares av Oslo Universitetssykehus avdeling avhengighet - unge (AUA), nedlåst. Etter gjennomgangen intervjuer jeg dere begge hver for seg i ca 20 minutter. Under intervjuene og observasjonen vil jeg bruke båndopptaker og notater som jeg oppbevarer nedlåst. Intervjuet i sin helhet er det bare jeg og veilederen min som vil ha tilgang til.

Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dette vil heller ikke påvirke behandlingen din ved AUA. All data vil bli slettet innen 1.oktober 2013.

Dersom du har lyst å være med på denne prosessen skriver du under på den vedlagte samtykkeerklæringen og gir den til ansatte ved stallen ved Ann Kern Godal. Det vil da avtales dag for filmingen.

Hvis det er noe du lurer på kan du sende en e-post til s167996@stud.hioa.no.

Du kan også kontakte min veileder Trygve Aasgaard HioA på mail, Trygve.Aasgaard@hioa.no eller Ann Kern Godal ved Oslo Universitetssykehus, avdeling AUA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg kommer til å være på stallen frem mot filmingen slik at vi får hilst på hverandre før observasjonen.

Med vennlig hilsen

Beate Skyrud

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur

Vedlegg 11: Matriser pasient- og rideterapeutintervju 1

Den øverste tabellen, tabell1, viser matrisen fra pasientintervjuet (intervju 1). Matrisen gir en oversikt over hvor informasjonen til de ulike kodegruppene er hentet fra. Kolonnen lengst til venstre viser kodegruppen. Kolonne nummer 2 viser at pasient 1 bidro til kodegruppen *Fokus på filmingen* med linjenummer 20 og 21. Linjenummeret referer til hvilke linje informasjonen er hentet fra i transkripsjonen av intervjuet.

MATRISE PASIENTINTERVJU 1				
Kode	Pasient 1	Pasient 2	Pasient 3	Pasient 4
Fokus på filmingen	20, 21	21	---	12, 16
Positiv opplevelse	26	13	28	10

Tabell 1.

Tabell 2 viser matrisen fra intervjuet gjort med rideterapeuten (intervju1). Oppsettet av denne tabellen er den samme som tabellen over. Overskriften *Rideterapeut (pasient1)* indikerer at informasjonen har kommet frem i sammenheng med gjennomføringen av pasient 1.

MATRISE RIDETEREAPUETINTERVJU 2				
Kode	Rideterapeut (pasient 1)	Rideterapeut (pasient 2)	Rideterapeut (pasient 3)	Rideterapeut (pasient 4)
Fokus på filmingen	11	---	17, 19	34, 22
Positiv opplevelse	9	4, 6	5, 9	34

Tabell 2.

Vedlegg 12: Matrise pasientintervju 2, del 6

Tabellen viser matrisen fra pasientintervju 2. Matrisen gir en oversikt over hvor informasjonen til de ulike kodegruppene er hentet fra. Tallene i tabellen viser til linjenummeret i transkripsjonen. Kolonnen lengst til venstre viser kodegruppen. Kolonne nummer 2 viser at pasient 1 bidro til kodegruppen *Fokus på filming* med linjenummer 50, 59, 63 osv.

Kode	Pasient 1	Pasient 2	Pasient 3	Pasient 4
Fokus på filming	50, 59, 63, 65, 80, 90, 92, 94, 109, 110, 116, 117, 119	30, 32, 34, 38, 40, 44, 51, 53, 58, 65, 62, 63, 133, 285, 286, 288,	20, 24, 26, 54, 56, 58, 60,	13, 16, 23 25, 27, 29, 31, 33, 36, 38, 40, 42, 88
Økt forståelse og læring med VIT i hat: å se seg selv	163, 164, 166, 170, 171, 196, 203, 205, 207, 212, 216, 232, 233, 258, 271, 277, 278, 371, 372	47, 49, 69, 70, 72, 73, 78, 79, 80, 85, 87, 91, 97, 98, 100, 102, 103, 105, 117, 119, 147, 148, 151, 152, 156, 158, 159, 162, 163, 165, 166, 273, 275, 178, 180, 189, 290, 292, 298	39, 43, 45, 46, 96, 98, 115, 116, 118, 120, 124, 126, 128, 129, 138, 150, 153, 172	56, 58, 60, 62, 69, 71, 73, 79, 97, 100, 120, 127, 129, 131, 156.
Positivt å ha VIT i HAT	141, 161, 183, 197, 199, 201, 221, 225, 235, 277, 322, 323, 345, 349, 350, 361, 363, 367, 384, 386, 417, 439	47, 49, 69, 145, 158, 187, 189, 191, 192, 234, 236, 254, 290, 292, 298.	36, 131, 136, 138, 140, 142, 145, 159, 161, 163, 169, 170, 177, 186	50, 56, 58, 60, 62, 64, 69, 71, 73, 79, 97, 100, 116, 118, 120, 122, 127, 129, 131, 156

Vedlegg 13: Matrise rideterapeutintervju 2, del 7

Tabellen viser matrisen fra intervjuene med rideterapeuten. Matrisen gir en oversikt over hvor informasjonen til de ulike kodegruppene er hentet fra. Tallene i tabellen viser til linjenummeret i transkripsjonen. Overskriften *Rideterapeut (pasient1)* indikerer at informasjonen har kommet frem i intervjuet gjort med rideterapeuten etter gjennomføringen av pasientintervjuet med pasient. Kolonnen lengst til venstre viser kodegruppen. Kolonne nummer 2 viser at intervjuet med rideterapeuten gjort etter pasient 1 bidro til kodegruppen *Fokus på filming* med linjenummer 80.

Kode	Rideterapeut (pasient 1)	Rideterapeut (pasient 2)	Rideterapeut (pasient 3)	Rideterapeut (pasient 4)
Fokus på filming	80	20, 21, 24, 29, 30, 34, 37, 38, 39, 41, 43, 45	43, 45, 47, 48, 50, 59, 74, 75, 76	16, 18, 19, 25, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 66, 70, 73
Tydelighet	404, 406, 408, 410, 412, 416, 418, 419, 834, 836, 869, 871	135, 154, 158, 177, 179, 180, 182	9, 10, 113	80, 81, 83, 150, 207, 209, 210, 211
Å se seg selv	108, 110, 112, 113, 115, 124, 128, 129, 131, 149, 154, 156, 162, 195, 196, 197, 198, 250, 252, 254, 255, 256, 258, 367, 368, 369, 421, 430, 431, 517, 519, 520, 522, 523, 524, 525, 559, 561, 563, 565, 832, 857, 859, 861, 863, 875, 876, 878, 890, 1096, 1102, 1104, 1106, 1110, 1117, 1119, 1152, 1156, 1157, 1159, 1161, 1163, 1165, 1166, 1168, 1170, 1176, 1177, 1179, 1180, 1199, 1200, 1204, 1205, 1207,	59, 60, 62, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 78, 81, 82, 84, 108, 109, 111, 112, 114, 116, 124, 125, 129, 130, 131, 133, 134, 179, 180, 182, 272, 273, 276, 278, 280, 304, 308, 311, 319, 322, 360	9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 97, 99, 101, 102, 104, 106, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 130, 149, 151, 152, 154, 155, 157	84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 106, 107, 108, 109, 113, 122, 123, 128, 149, 150, 152, 153, 154, 164, 165, 177, 178, 180, 181, 210, 211, 213, 217, 218, 338, 339, 340, 341

	1208, 1210, 1212, 1218			
Veiledning	900, 902, 904, 905, 907, 908, 924, 926, 937, 938, 952, 954, 978, 981, 982, 984, 986, 987, 989, 991, 994, 995, 997, 999	187, 188, 190, 191, 193, 196, 197, 198, 251, 258, 261, 263	57, 136, 137, 138, 140, 141, 142	223, 224, 226, 227, 228, 231, 234, 236, 238, 240, 253, 254, 266, 267,
Øvelse gjør mester	84, 85, 87, 89, 91, 92, 94, 96, 97, 99, 101, 120, 104, 106, 164, 167, 168, 174, 175, 433, 435, 436, 956 958, 959, 961, 963, 968, 970, 974, 975, 976, 1034, 1035, 1037, 1046, 1047, 1053, 1076, 1077, 1078, 1090, 1091, 1093	54, 56, 57, 206, 208, 209, 211, 213, 214, 220, 222, 223, 224, 225, 227 228, 230, 236, 285, 296, 298, 299, 304, 308, 311, 319, 322, 339, 342, 346, 390, 401, 409, 418	21, 23, 1521 161, 162, 164, 165, 168, 169, 170, 173, 174	144, 145, 147, 148, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 273, 276, 300, 302, 303, 327, 329, 330, 331, 333, 335, 336, 343, 344, 350, 351, 354, 360, 361, 365, 370, 371, 396, 397, 421, 422, 423, 428, 429, 431, 432, 433, 434, 435, 443, 444, 445, 505, 506, 507, 510, 512, 513, 514, 515, 516, 518, 519, 520, 521, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 539, 540, 541, 542, 544, 545, 547, 548, 549, 550, 551, 553, 554, 555, 561, 567, 580, 581, 584, 586, 588, 589, 590, 592, 593, 594, 595, 596, 600, 601, 604, 621, 622, 624, 625, 630, 631, 632, 634, 635, 636

Vedlegg 14: Svarbrev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Trygve Aasgaard
Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 23.10.2012

Vår ref:31858 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31858	<i>Bruken og opplevelsen av video intervensjons terapi (VIT) i besteassistert terapi (HAT).</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Trygve Aasgaard</i>
Student	<i>Beate Skyrud</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

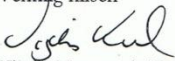
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Beate Skyrud, Oslogate 35, 0192 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31858

Utvalget består av pasienter ved en avdeling. Data samles inn via observasjon av terapi og intervju med pasient og terapeut.

Førstegangskontakt foretas av terapeuten, som formidler skriftlig informasjon om studien. Samtykkeerklæring fra dem som ønsker å delta, returneres til terapeut. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, og legger til grunn at fremgangsmåte er godkjent og avklart med avdelingsledelsen. Ombudet minner om at det blir særskilt viktig å fokusere på frivillighetsaspektet til utvalget under hele studien, gitt avhengighetsforholdet pasient befinner seg i overfor behandler.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av potensielt personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.10.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 15: Endrings skjema fra OUS til REK

Bildene, s1, 2 og 3, viser endrings skjemaet som OUS sendte inn til REK i forbindelse med å inkludere blant annet denne masterstudien i deres studie.

Prosjektendring Skjema for søknad om godkjenning av prosjektendringer i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

2011/1642-7

Dokument-id: 322992 Dokument mottatt 20.11.2012

Hesteassistert terapi for unge rusavhengige (HAT) (2011/1642)

1. Generelle opplysninger

a. Prosjekt

Hesteassistert terapi for unge rusavhengige (HAT) (2011/1642)

b. Prosjektleder

Navn: Espen Ajo Arnevik
Akademisk grad: PhD
Klinisk kompetanse: Psykolog
Stilling: Avdelingsleder
Arbeidsadresse: Sognsvannsveien 21
Postnummer: 0320
Sted: Oslo
Telefon: 41209898
E-post adresse: esame@ous-hf.no

c. Nåværende forskningsansvarlig(e)

1. Nåværende forskningsansvarlig

Institusjon: Oslo Universitetssykehus
Kontaktperson: Lars Lien
Stilling: Forskningsleder KPHA
Telefon: 22844613
Mobiltelefon: 97040683
E-post adresse: lars.lien@ullevaal.no

d. Nåværende prosjektmedarbeider(e)

1. Prosjektmedarbeider(e) som beholdes

Navn: Edle Ravndal
Stilling: Professor
Institusjon: SERAF
Akademisk rolle: PhD
Rolle: Hovedveileder

2. Prosjektmedarbeider(e) som beholdes

Navn: Espen Walderhaug
Stilling: Prosjektleder YATEP
Institusjon: OUS
Akademisk rolle: PHD
Rolle: Koordinator

3. Prosjektmedarbeider(e) som beholdes

Navn: Ann Kern
Stilling: PhD student
Institusjon: OUS
Akademisk rolle: Master
Rolle: PhD student

2. Endring(er)

a. Endringen(e) innebærer

Endring i inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ingen endring i antall pasienter. Populasjonen er endret pga. endring i avdelingens organisasjon. Pasienter rekrutteres fortsatt innenfor samme avdeling, men pasienter vil nå bli randomisert fra Seksjon 1: Døgnbehandling.

Annen prosjektendring

Det vil kobles to MA studenter til prosjektet. Begge er knyttet til hovedprosjektet og omhandler hesteassistert terapi.

Prosjekt 1 er et kvalitativt studie som bruker data fra det samme semistrukturerte intervjuet som brukes i hovedstudiet. Målet er å undersøke pasientenes opplevelse av hesteassistert terapi.

Prosjekt 2 er et videointervensjonsstudie rettet mot hesteassistert terapi. Tillatelse til videoopptak er gitt til prosjektet. Studien inkluderer 4 av pasientene i prosjektet.

b. Begrunnelse for endringen(e)

1: For RCT studien (hovedstudien) er endring i inklusjon gjort på bakgrunn av endring i organisasjonen som følge av endringer i OUS.

2: Utvidelse av hovedprosjektet med to Masterprosjekter vil på en bedre måte utnytte potensialet ved de intervjuene som allerede gjennomføres og vil tilføre hovedprosjektet verdifull faglig bredde.

3. Forskningsetiske utfordringer ved endringene

Endringene vurderes å ikke gi ekstra ulempe eller risiko for deltagerne i prosjektet. Endringene medfører ingen endring i tid eller pakkeninger for deltagerne. Endringene vil derimot gjøre at innsamlet datamateriale vil kunne brukes for å utvide forskningsgrunnlaget for bruk av hesteassistert terapi, og gi viktige bidrag inn i spørsmålsstillingen som er om hesteassistert terapi virker.

4. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Samtykke HAT	HAT_Samtykkeskjema.doc	20.11.12

5. Ansvarserklæring


Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med opplysninger gitt i opprinnelig søknad og søknad om prosjektendring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK eller andre instanser

Vedlegg 16: Svarbrev fra REK

Bildet viser svarbrevet fra REK i forbindelse med å inkludere blant annet denne masterstudien i deres studie.

				
Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-ost	Emil Lahum	22845523	30.11.2012	2011/1642/REK sør-ost D
			Deres dato:	Deres referanse:
			20.11.2012	
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				
Til Espen Ajo Arnevik				
2011/1642 Hesteassistert terapi for unge rusavhengige (HAT)				
Forskningsansvarlig: Oslo universitetssykehus				
Prosjektleder: Espen Ajo Arnevik				
Vi viser til søknad om prosjektendring datert 20.11.2012 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-ost på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.				
Endringene innebærer:				
- Populasjonen er endret pga. endring i avdelingens organisasjon. Pasienter rekrutteres fortsatt innenfor samme avdeling, men pasienter vil nå bli randomisert fra Seksjon 1: Døgnbehandling.				
- Det knyttes to masterstudier til prosjektet				
- Informasjonsskrivet revideres i henhold til endringene				
Vurdering				
REK har vurdert endringsøknaden og har ingen forskningsetiske innvendinger mot endringen av prosjektet.				
Vedtak				
REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.				
Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringsøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.				
REKs vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-ost. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.				
Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjemavia vår saksportal: http://helseforskning.etikkom.no , eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no .				
Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.				
Med vennlig hilsen				
Stein A. Evensen Professor dr. med. Leder				
Emil Lahum Forstekonsulent				
<hr/>				
Besøksadresse: Nydalen allé 37 B, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikkom.no Web: http://helseforskning.etikkom.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-ost og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-ost, not to individual staff persons	

Vedlegg 17: Informasjons og samtykkeskjema om å delta i RCT Hesteassistert terapi



RCT Hesteassistert terapi – Informasjon til pasienter og samtykke om å være med i forskningsprosjektet

Vi og mange andre tror hester kan bidra til å forbedre psykisk og fysisk helse for pasienter med rus og avhengighetsproblematikk.

Pasienter ved Avdeling ung sier ofte at hestene ved avdelingen har hjulpet dem med å bli i behandling og å bli bedre av det de sliter med. Men er det slik? For å prøve ut dette vitenskapelig har vi satt opp et prosjekt for å studere hva hestene faktisk bidrar med, hva pasientene synes om denne type terapi og om det har effekt for pasienter med rus og avhengighetsproblemer. Noen av de som blir med vil få hesteassistert terapi, mens andre får det ikke. Dette skjer ved loddtrekning.

Alle får den terapien ved Avdeling ung de er henvist for å få, helt uavhengig om de blir med på studien eller ikke. De som ikke blir trukket ut til hesteassistert terapi vil få mulighet til det som et poliklinisk tilbud etter endt innleggelse.

Hesteassistert terapi innebærer å bli kjente med hestene, lære om dem og sikkerhet, stell, riding, vognkjøring og arbeid i og rundt Stallen så som å gi hestene mat, ta vare på utstyr og rydde. Å være med i studien betyr at dersom du blir trukket ut må du være med på timene, men det betyr ikke at du må gjøre alle aktivitetene. Hvis det er noe du ikke ønsker å være med på, så gi oss beskjed, så finner vi en annen aktivitet til deg den timen. Vi vil gjerne høre hva du synes om de ulike aktivitetene, hva som er bra, hva som ikke er så bra, og hvorfor.

For de som blir trukket ut betyr det at du samtykker i å bli videofilmet i noen sesjoner, at du blir intervjuet om din opplevelse med denne terapien, og at du fyller ut noen ekstra spørsmål etter endt terapi. Studien er en del av YATEP slik at du også fyller ut de vanlige spørreskjemaene og testene som er på avdelingen.

Som med all annen informasjon på Avdeling ung og i YATEP vil informasjonen du gir fra deg aidentifiseres og lagres på en sikker måte godkjent av datatilsynet. Ved publisering vil det ikke på noen måte være mulig å knytte resultatene til deg.

Du kan når som helst, og uten å oppgi grunn, trekke deg fra studien.

Hovedansvarlig for studien er Avdelingsleder Espen Ajo Arnevik (esarne@ous-hf.no) og prosjektleder er Ann Kern-Godal (annker@ous-hf.no). Ved spørsmål eller problemer med studien ta kontakt.

Din avgjørelse vil ikke ha noen betydning eller få noen konsekvenser for din generelle behandling ved avdelingen eller din deltagelse i YATEP.

Samtykke til deltakelse i Hesteassistert terapi

Jeg er villig til å delta i forskningsprosjektet RCT Hesteassistert terapi

(Navn med blokkbokstaver)

Fødselsdato
(dag/mnd/år)

(Signert av prosjektdeltaker)

Dagens dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet RCT Hesteassistert terapi

(Signert, rolle i prosjektet, dato)

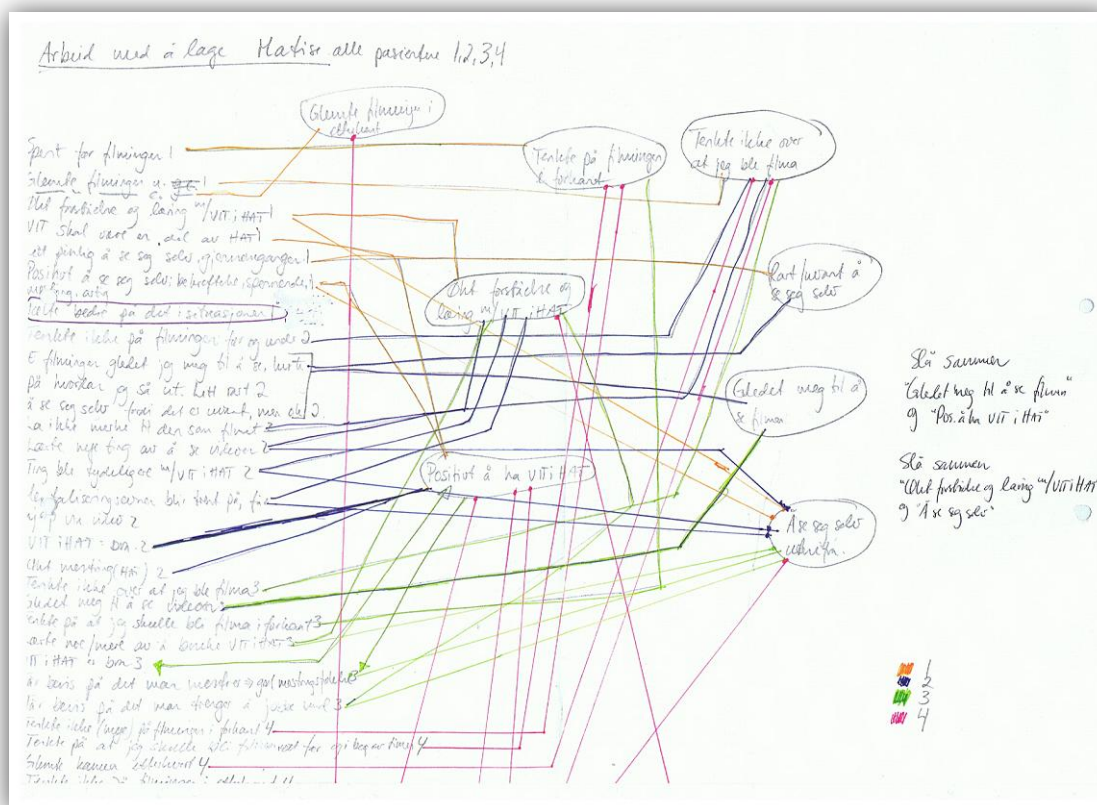
Vedlegg 18: Eksempler på dokumenter og tabeller i arbeidet med analysen

Bildene nedenfor viser eksempler på dokumenter og tabeller i arbeidet med analysen. Bildene er utdrag fra analysen og viser ikke helheten. De gir allikevel et bilde av hvordan analysen praktisk ble gjennomført. Bilde 1 viser en illustrasjon på hvordan kodingen ble gjennomført per pasient i pasientintervju 2 (del 6). Kolonnen lengst til venstre viser meningsbærende enheter, tallene i midten indikerer linjenummeret den meningsbærende enheten er hentet fra og lengst til høyre vises kodegruppene ut fra de meningsbærende enhetene.

Meningsbærende enheter	Linjenumr.	Kodegruppene
Das Interju 2. 30.6.13		
Jnd. I sa pas at det var litt art i beg (finner/tilde) så greit eller hvort.	13	
Das har samme opplevelse nå.	16	
eg tenkte egentlig ikke så mye på det. (for filmingen)	23	Tenkte ikke (u)ig på filminger i forhold
tenkte på det da jeg kom	25	
tenkte at det var nytt	27	
eg hadde ikke gode ans for	29	Tenkte på at jeg skulle bli filma rett for og i beg. av filmen
tenkte på det som det kom med kamera	31	
tenkte på det som på så langt det	31	
ja var det et litt film. Det er idag	33	
for filmer var det helt greit	36	
altså det hadde gått så bra.	38	
ja det var en utrolig	40	
eg hadde et kamera som det	42	
villeg å se filmer sammen med en	50	
det var helt å se meg godt utrolig	56	
ja polisset	56	
kan se og høre meg → på videoen	58	
i det på hele meg	60	
og filmen det så bra	62	
for veldig godt å se	64	
det var veldig bra (av ideer uter)	64	
lytte på det og så det utrolig	69	
altså det betyr en og utrolig	71	
7 det utrolig tydelig	73	
effektive på at på filmen det bra	77	
effektive om jeg tenkte på hva som langt fra	77	
den same filmen var	88	
altså nye som utrolig av hvordan jeg	95	
det gikk det ut å ha sett videoen	95	
eg skal bare finne å gjøre det som jeg skal å	97	
eg gjorde det ganske bra (for en video)	97	
effektive	100	
		(Glemte kamera effekt)
		Tenkte ikke på filminger i effekt
		Gjennomgangen av filmen: veldig kult
		Kult, var veldig og jeg selv utrolig effektive
		Tenkte ikke på hva den same filmen var.
		Stort utrolig

Bilde 1

Bilde 2 viser en illustrasjon på hvordan kodingen ble gjennomført for alle pasientene i pasientintervju 2 (del 6). Teksten lengst til venstre viser kodegruppene per pasient. Altså de kodegruppene som kom frem i vedlegget ovenfor, bilde 1. Tallet etter teksten viser til pasienten. Det innebar at det var mulig å finne linjenummeret via bildet som viser kodegruppene per pasient. Teksten i sirklene er kodegruppene. Fargen på streken refererer til en av de fire pasientene. Tilsvarende oversikter ble lagd i arbeidet med å analysere intervjuene med rideterapeuten.



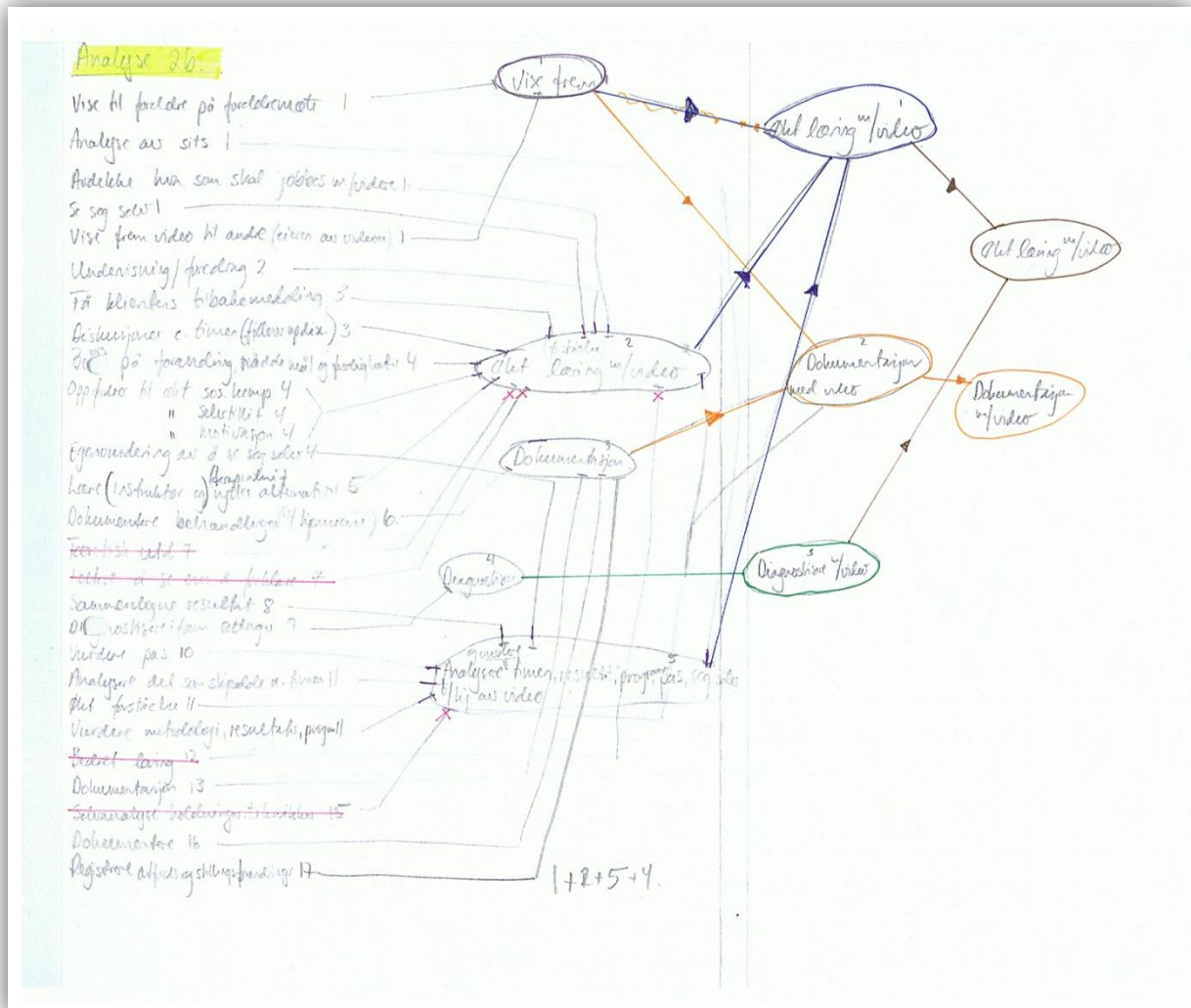
Bilde 2

Bilde 3 viser en oversikt i arbeidet med å analysere svarene på spørsmålene som ble sendt ut nasjonalt og internasjonalt. Kolonnen lengst til venstre indikerer en nummerering på mailene som gjorde det lett å gå frem og tilbake i materialet. Kolonne nr to fra venstre er meningsbærende enheter fra teksten i mailen i forhold til spørsmål 2a. Tredje og fjerde kolonne fra venstre er meningsbærende enheter i forhold til spørsmålene 2 b og 2 c og kolonnen lengst til høyre er tekst fra mailen jeg ønsket å huske, men som ikke passet inn i noen av de andre kolonnene.

	2a	2b	2c	
Mail nr.	Hvordan brukes den video i kostebasert terapi?	Hvorfor brukes den det?	Teoretisk modell iff video	Kommentar
1	<p>J-terapiindring. Er fysiot</p> <p>Filmer når det er voksne folk</p> <p>Filmer multifunksjonsrommet</p> <p>Også av andre barn</p>	<p>Viser til foreldre på foreldremøte</p> <p>Analyse av sits og kompetansen.</p> <p>Artikkel om jobb i USA</p> <p>Barna får oppfølging → for å se seg selv og vite det egen tilværelse og fram. Undervisning/foredrag.</p>	<p>Spesifiserer ikke</p> <p>⇒ nei.</p>	<p>Anner video som meget nyttig verktøy</p> <p>Kreber ekstra pers. som må vite hva som skal filmes</p> <p>Vanskelig å få god kval. og filme det i dusker å se.</p>
2	<p>Analysen å gjøre mere systematisk.</p> <p>Pløves å ta video i a t.t. → baseline, så e. 8. gangen e.</p> <p>Skriver at hun er siktemått ⇒ terapiindring</p>	<p>Registrere fysiske forandringer</p>	<p>Nei.</p>	
3	<p>Filmer klienten i aktivitet med hesten</p> <p>Basert på tagala (EAP)</p>	<p>Tor å få klientens tilbakemelding.</p> <p>Tor å ha diskusjoner i etterkant</p>	<p>Spesifiserer ikke</p> <p>⇒ Nei</p>	
4	<p>Registrere abfords forandring over et ant ukers m/sammne deltakere i en gruppe</p> <p>Deltagerne deltar i produksjon og editing</p> <p>Teama får en kopi.</p>	<p>Konkret bevis på hva de (tra) oppnådd</p> <p>Oppfølger til eget sosialkompetanse, selvtillit, og motivasjon</p> <p>Egen vurdering av å se seg på film. Måten de har målet, det er skolearbeid</p>	<p>Nei</p> <p>Experimentell</p> <p>Ingen struktur el. plan</p>	
5	<p>Analysen av hendene tar opp i d. nitter. → Analyse av hendens bevegelser i utførelse</p> <p>Se håndbrett, stabilitet ved å stå fast, utførelse forandring</p> <p>Utførelse hendt kontroll i utførelse</p>	<p>Lær instruktør og utfør andre alternativer</p>	<p>Nei, vi bruker den kvantitativt som i en case studie for lærer er helt nytt for å lære.</p>	

Bilde 3

Bilde 4 viser arbeidet med å lage kodegrupper fra spørsmål 2b. Lengst til venstre finner man de meningsbærende enhetene, etterfulgt av et tall som indikerer mailnummeret. Deretter er de meningsbærende enhetene kodet i kodegrupper.



Bilde 4

Vedlegg 19: Fordelingen mellom landene i de ulike kontinentene

Tabellen viser landene i kontinentene Europa, Nord Amerika, Sør Amerika og Australia som svarte at de bruker video i terapi eller ikke. Tallene viser antall svar fra det enkelte landet.

De røde tallene viser antall svar som ble flyttet fra kolonnen som bruker video i terapi til den som ikke bruker video i terapi. Dette på bakgrunn av at de hadde svart ja, men analysen viste at de benyttet video i opplæring av ryttere eller i opplæring av rideterapeuter og ikke i terapi.

De blå tallene viser antallet som ble lagt til i kolonnen som ikke bruker video i terapi.

	Kontinent	Land	Bruker video i terapi	Bruker ikke video i terapi
	Europa	Norge	2	5
		Sverige	(-2)	7 + 2 = 9
		Italia	2	
		Tyskland	2	
		Finland	1	
		Nederland	(-1)	1 + 1 = 2
		Hellas		1
		Portugal		1
		Irland		1
	Nord Amerika	USA	4	4
		Canada		2
	Sør Amerika	Mexico,	1	
		Brasil	1	
	Australia	Australia	1	
Sum	4 kontinenter	14 land	17 - 3 = 14 bruker video	22 + 3 = 25 bruker ikke video