

Implementering av DBT i en rural kontekst

Tom Jørund Knive*, Stein Daniel Østmo* og Malin Fors

*Artikkelen har to førsteforfattere Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

Implementering av DBT i en rural kontekst

Å gjennomføre evidensbasert psykologisk praksis (Høstmælingen, 2023; Norsk psykologforening, 2007; Rønnestad 2008) i rurale områder, det vil si perifere landområder lokalisert langt fra bysentrum og politiske administrative enheter, kan være utfordrende (f.eks. Bergmark et al., 2022). På den andre siden inngår det i evidensbasert psykologisk praksis å tilpasse intervensjoner til kontekst. I APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) står det «Clinical expertise allows psychologists to adapt interventions and construct a therapeutic milieu that respects the patient's worldview, values, preferences, capacities, and *other characteristics*» (vår kursivering).

I Norge representerer Finnmark en rural kontekst hvor helsetilbudene preges av stor turnover og mangel på kvalitet og stabil og tilstrekkelig bemanning (Gaski & Abelsen, 2018; Helse Nord, 2019). Det er iverksatt politiske strukturelle tiltak for å utligne sosiale ulikheter i helse, men likevel er det forskjeller mellom psykisk helseverntilbud i urbane og rurale strøk (Helsedirektoratet, 2018; Riksrevisjonen, 2021). Gundersen (2021) bruker begrepet diskrimineringsgeografi for å beskrive ulikhetene i helsetilbudet. Da Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Gaski & Abelsen, 2018; Helse Nord, 2019) utredet fastlegesituasjonen i Nord-Norge, fant de en høyere gjennomtrekk i fastlegestillingene (12,8 %) enn i resten av Norge (7,3 %). Et lignende bilde ser man nok for psykologer og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten. En sak i Psykologtidsskriftet (Halvorsen, 2020) viste at de lokale forskjellene i turnover for psykologer og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten er store rundt om i landet. Ved Finnmarkssykehuset har turnover økt de siste tre årene til hele 28,3 prosent i 2020. Til sammenligning var turnover nasjonalt 16 prosent i perioden 2016–2019 (se også Gaski et al., 2022). Vi erfarer at praktisk implementering av evidensbaserte psykoterapimanualer, nasjonale retningslinjer og behandlingsprogram er krevende i våre lokale forhold, spesielt på grunn av begrensede økonomiske ressurser og svak tilgang på fagpersonell (Fors, 2023a, 2023b, 2023c; Probst et al., 2019). Situasjonen har inspirert oss til å reflektere rundt pragmatiske måter å innlemme og tilpasse modeller og retningslinjer til lokal klinisk praksis på.

DBT er en utbredt evidensbasert metode for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Linehan, 1993, 2015, 2020; Panos et al., 2013). Forskningen på DBT i rurale områder er marginal, og studier gjennomført i storbyer kan være preget av svak økologisk validitet siden premissene er annerledes. Bakteppet og inspirasjonen for teksten er rural psykologi, som handler om perspektiver på det rurale som en kulturell forskjell (fra det urbane) (f.eks. Smalley et al., 2012), en forskjell i befolkningsdemografi, avstander og økonomi (f.eks. Le Tourneau, 2020),

og forskjeller med hensyn til mangel på anonymitet, men også problemer med bemanning og spisskompetanse (se f.eks. Simpson & McDonald, 2017).

I de siste årene har det urbane–rurale spekteret blitt adressert som en *maktordning* (f.eks. Bourke et al., 2010; Fors, 2018a, 2018b, 2023a, 2023b, 2023c; Gundersen, 2021; Probst et al., 2019; Simpson & McDonald, 2017; Stein et al., 2019), hvor man blant annet tenker at den rurale posisjonen aldri helt kommer på den nasjonale agendaen. Statsviterne Buck et al. (2022) har eksempelvis undersøkt de langsgående politiske spenningene mellom nord og sør etter nedbrenningen og evakueringen av Finnmark under andre verdenskrig, et narrativ som beskrives som usynliggjort nasjonalt. Regjeringen i Oslo var mot gjenreisningen, men folk reiste ulovlig tilbake. Lignende historier med spenninger mellom sentrum og periferi finnes i mange land (Luca et al., 2022). Fors (2018a) kaller maktordningen *geografisk narsissisme*, et begrep som sidestiller urban–rural-aksen med andre diskrimineringsproblemer som sexisme, rasisme og homofobi, og som også har blitt kalt strukturell urbanisme (Probst et al., 2019). Nylig foreslo Malatzky og Couch (2023) termen *rural place stigma* for å beskrive det samme. I en helsekontekst går maktkritikken på at behandlingsopplegg ofte har et urbant utgangspunkt og bærer med seg urbane bias fordi rurale problemstillinger ikke er inkludert i originalformatet (Fors, 2018a, 2023b; Kinsey, 2014; Simpson & McDonald, 2017). Under arbeidet med å tilpasse DBT for en amerikansk urbefolkning poengterte Kinsey (2014) DBT bærer med seg en urban bias fordi den er lite tilgjengelig på steder med store geografiske avstander, og fordi den krever flere behandlingskanaler og flere oppmøter for pasienten.

Målet vårt er å undersøke DBT fra en rural klinisk posisjon og tegne opp mulige utfordringer og tilpasninger for DBT i distriktet. Fokuset er de deler av hovedbehandlingskanalene i DBT som vi mener gir praktiske problemer i griskrendte strøk. Vi vil forsøke å trekke frem sentrale utfordringer med å implementere DBT i rurale strøk basert på Finnmark som case, og vi skisserer mulige tilpasninger i vår konkrete kliniske praksis. Før vi går inn på lokale utfordringer og tilpasninger, vil vi ta for oss internasjonal forskning på kulturelt tilpasset og rural DBT. Vi presenterer også kort DBT og de fire behandlingskanalene som vi fokuserer på i artikkelen: individualterapi, ferdighetstrening, teamveiledning og telefonkonsultasjon.

Fremgangsmåte

Utgangspunktet for dette arbeidet er evidensbasert psykologisk praksis (Høstmælingen, 2023; Norsk psykologforening, 2007; Rønnestad, 2008) der vi som klinikere ønsker å eksemplifisere integreringen av best tilgjengelig forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientenes *rurale kontekst*. I og med at Linehans visjon (1993) er en pasienttilpasset behandling og at DBT er kontekst- og prinsippbasert (Hayes et al., 2011; Kinsey, 2014) har vi også funnet inspirasjon i pragmatisk psykologi (f.eks. Fishman & Messer, 2013; Fors, 2023a), der formålet er å være til konkret nytte for pasienten. Vi forfattere har alle mellom 10 og 16 års erfaring fra klinisk praksis i både Vest- og Øst-Finnmark. Målet er at arbeidet skal gi en første skisse for rural tilpasset DBT, og vi integrerer det vi mener er relevant forskning og klinisk erfaring. Tradisjonelle litteraturstudier (Jesson et al., 2011; Yin, 2012) inneholder uunngåelig et subjektivt moment fra forfatterne. Vi har søkt i PsychInfo med søkeordene rural DBT og har brukt alle artikler vi har funnet. Videre har vi søkt i referanselister og i nettverk omkring kulturelt tilpasset DBT, men også bredere etter litteratur om rural virkelighet, rural psykologi, tidligere forskning rundt forsøk på kulturtilpasning og anvendt det på vår egen kontekst ut ifra klinisk erfaring. Innen vitenskapsteori har McLeod (2011) understreket at autoetnografiske studier (f.eks. Adams et al., 2017; Karlsson et al., 2021) åpner opp for subtile aspekter og fenomener som det ikke går an å nå med annen metode. Den feministiske teoretikeren Harding (f.eks. 2009) har argumentert for at personlige erfaringer og sosial plassering bestemmer hvordan vi ser og fortolker verden. Med andre ord betrakter vi vår erfaring fra rural kontekst som noe som beriker snarere enn kontaminerer vår undersøkelse. Arbeidet er teorigenererende (Reichenbach, 1938/2006), og er et forsøk på en første teoretisk formulering. Det betyr at vi har brukt teori, klinisk erfaring og tradisjonelle litteraturstudier (Yin, 2012) side om side.

DBT og behandlingskanalene

I dag er DBT, som ble utviklet av Marsha Linehan på 1980-tallet, en av de mest utbredte evidensbaserte behandlingene rettet mot emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Linehan, 1993, 2015, 2020; Panos et al., 2013) og tilbys over store deler av verden. Gjennom fire teoretiske hjørnesteiner – læringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zen-buddhistisk filosofi – utviklet Linehan en metode som krever flere innsatser samtidig, via behandlings-kanalene individualterapi,

ferdighetstrening, teamveiledning og telefonkonsultasjon. I utgangspunktet ble DBT utviklet for bruk i psykiatriske poliklinikker, men metoden er blitt tilpasset nye pasientgrupper med emosjonell reguleringssvikt og flere psykiatriske settinger (se f.eks. Kåver & Nilsonne, 2005). Metoden er videreutviklet for bruk i psykiatriske dag- og døgnavdelinger, i barnevernsinstitusjoner og i fengselshelsetjenester (Mehlum & Tørmoen, 2015). DBTs evidensbase er omfattende, og det er gjort flere RCT-studier av både standard DBT (f.eks. Feigenbaum et al., 2012; Priebe et al., 2012) og tilpassede opplegg (se f.eks. Clarkin et al., 2007). DBT i sin opprinnelige form var nokså ortodoks, for eksempel ved at Linehan tidlig lanserte en grunnidé om at terapeuter måtte meditere daglig for å kunne kalle seg DBT-terapeuter. Dette har de fleste fagmiljøer gått bort fra, og det kan argumenteres for at metoden er mer pragmatisk enn ortodoks siden den er kontekst- og prinsippbasert (Hayes et al., 2011). Samtidig viser adherensstudier på DBT lave tall (f.eks. Harned et al., 2021), og man har vært bekymret for at den opprinnelige metoden skulle bli utvannet. Prinsippene for behandlingskanalene ser slik ut:

Ferdighetstrening – DBT-gruppe

Ferdighetstreningen er sentral, ettersom pasientens problemer oppfattes som en konsekvens av manglende ferdigheter eller manglende evne til å anvende ferdigheter (Kåver & Nilsonne, 2005). Ferdighetstreningen har et psykoedukativt format og foregår helst i grupper. I Linehans opprinnelige program foregikk ferdighetstreningen i et ukentlig møte på 2–2,5 timer, men andre gruppeformater er mulig. For eksempel kan man dele opp møtene til to ganger per uke, hvor hvert møte varer i én time. Linehan (1993) argumenterer for at man må skille ferdighetstreningen fra individualterapien, der man skal prioritere å redusere motivasjonen for selvmord og selvskading. Ferdighetstreningen må være manualbasert, agendafokuset og rigid for å gjøre treningen effektiv og målrettet, og det er ikke plass til dette motivasjonsarbeidet rundt kriseintervensjoner. Det bør derfor være to ulike terapeuter for ferdighetstreningen i gruppe- og individualterapien.

Individualterapi

I DBT er det individualterapeuten som er primærbehandleren, og de andre behandlingskanalene skal kretse rundt den. Linehan (1993) skisserer ukentlige terapitimer, hvor lengden av hver time er på mellom 50 og 120 minutter. Når pasienter er i akutt krise, kan ferdighetstreningen fremstå som betydningsløs målt opp mot krisen pasienten står i, og i individualterapi har man større mulighet til å arbeide med krisen i dybden. Samtidig har individualterapeuten innblikk i hva det arbeides med i ferdighetstreningen slik at hen kan hjelpe pasienten å ta i bruk ferdighetene og å

identifisere hvilke situasjoner som gir dysregulerte følelser. Det er viktig at man balanserer disse to behandlingskanalene, og det er nødvendig at pasienten deltar i ferdighetstrening og individualterapi parallelt.

Teamveiledning

Kåver og Nilsonne (2005) beskriver DBT som en teambehandling og anser ikke behandlingen som DBT hvis ikke terapeuten går i teamveiledning. Fokuset i teamveiledning er at behandlerne støtter hverandre, holder oppe motivasjonen og øker egne ferdigheter og kompetanse.

Telefonkonsultasjon

I telefonkonsultasjoner har pasienten mulighet til å kontakte individualterapeuten utenfor terapitimene. Hensikten er å trene pasienten til å be om og å ta imot hjelpen som tilbys. Pasienten har mulighet til å kontakte terapeuten i tre situasjoner: i krise, for å generalisere ferdigheter eller når pasienten er urolig for relasjonen til terapeuten. Telefonsamtalene skal ikke brukes til å forsterke dysfunksjonell atferd, og dermed kan ikke pasienten ringe etter å ha selvskadet eller dersom pasienten truer med suicid. I utgangspunktet skal det være individualterapeuten som tar telefonen, men i mange opplegg er telefonen koblet til et akutt-team på kvelder og i helger.

Kulturelt tilpasset DBT

Tross utvikling og tilpasninger til nye pasientgrupper og andre kulturer enn den vestlige finnes det få studier om DBT i rural setting. Det finnes dog gode grunner til å tenke tilpasning. Hall et al. (2016) fant i en metaanalyse at kulturelt tilpassede behandlingsmetoder hadde fem ganger så stor sannsynlighet for å være virksom behandling som den opprinnelige modellen. Huey et al. (2014) argumenterer for det samme. I en nylig metastudie av kulturelle tilpasninger av DBT fant Haft et al. (2022) at de fleste kulturelle tilpasninger av DBT gjaldt modifikasjon i språk, metaforer, metode og kontekst. Mange har for eksempel modifisert den åndelige delen av DBT etter kulturell kontekst. Haft et al. (2022) understreker nettopp at DBT er en prinsippstyrt behandling, og at mange etniske grupper ikke var med i de opprinnelige studiene av DBT. De mener det er behov for tilpasninger for å gjøre metoden gunstigere, selv om det ennå ikke finnes tilstrekkelig evidens i tall for å si at kulturelt tilpasset DBT er mer effektiv. De argumenterer med andre ord i tråd med idealene om evidensbasert praksis (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Norsk psykologforening, 2007) for å sette klinisk ekspertise i sammenheng med pasientens kulturelle bakgrunn og kontekst. I

en nylig studie integrerte Pierson et al. (2022) DBT med kritisk raseteori («critical race theory») for å legge frem en antirasistisk versjon av DBT. De anså at den opprinnelige DBT-versjonen var blind for rasisme og mikroaggresjoner knyttet til hudfarge.

Ruralt tilpasset DBT

I Australia evaluerte NSW Institute for Rural Clinical Services and Teaching (Stanford, 2010) en modifisert rural versjon av DBT, og de så at denne formen hadde like gode behandlingsresultater som originalformen. Tilpasningene gjaldt fleksibilitet på flere områder og var primært en konsekvens av ressursmangel, slik som for få behandlere. Ved telefonkonsultasjon kom pasienten kun til en kliniker i kontortiden og ellers til en nasjonal svartjeneste hvor telefonen ikke ble besvart av helsepersonell. Videre hadde ferdighetstreningen flere planlagte pauser på mange uker og ble utført i bolker. Deltakere ble oppfordret til å øve selv i pausene. Individualterapien fant sted kun en gang annenhver uke (Stanford, 2010) og ikke parallelt med ferdighetstreningen.

I Alaska undersøkte Beckstead et al. (2015) i en pilotstudie med 229 deltakere effekten av DBT for rusavhengighet hos ungdom i urbefolkningen. Det ble tatt inn elementer av urbefolkningens spesifikke kulturelle, tradisjonelle og åndelige praksiser samtidig som man var metodelojal. Forskerne argumenterte for at kjerneferdigheten i DBT, mindfulness, er et konsept som finnes i de fleste kulturer gjennom historien. Derfor kan mindfulness brukes som en katalysator for å forene tradisjonell og åndelig praksis med en evidensbasert metode som DBT. En lokal medisinmann / åndelig rådgiver fikk sju dagers opplæring i DBT og mindfulness. Den åndelige rådgiveren hjalp forskerne til å forstå hvordan ferdigheter i mindfulness og tradisjonell praksis kunne relateres til hverandre. Resultatene av studien antydte at behandlingen hadde effekt, da 96 % hadde enten total remisjon eller opplevde signifikant forbedring. I en annen, mindre pilotstudie med ti deltakere viste Ramaiya et al. (2017) tilpasning av DBT gjennom en dynamisk implementeringsprosess i Nepal. Tilpasningen ble gjort i et geografisk område preget av knapphet på offentlige ressurser. Personer med helse- og sosialfaglig grunnutdanning tilsvarende bachelorgrad gjennomgikk en fem dagers workshop, der de lærte å bruke grunnleggende DBT-prinsipper for å kunne gi ferdighetstrening i grupper. Mange av deltakerne kunne ikke lese og skrive, og en del av ferdighetstreningen skjedde gjennom kulturtilpassede rollespill. Andre tilpasninger var for eksempel at familiemedlemmer som kunne lese og skrive, fikk være med

som medhjelpere. Tilbakemeldingene fra deltakerne antydte at behandlingen hadde verdi og var hjelpsom: 82 % fullførte.

Det er vanskelig å overføre funn fra studier i Alaska og Nepal til Finnmark, men det er interessant at forskningsteamene (Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017) brukte lokale ressurser, til dels ufaglærte, til å bidra i behandlingsopplegget. Dette rimer med tidligere forskning, som har vist at man er mer vant til å bruke fleksibilitet og generalisme i rurale strøk (f.eks. Boilen, 2021; Fors, 2018a, 2023a), og at det noen ganger er helt nødvendig for å kunne tilby livsviktig helsehjelp. Helsepersonell i rurale settinger lærer nok generelt mental fleksibilitet og generalisme, og må oftere gå utenfor sin umiddelbare kompetanse, noe som innen rural medisin har blitt kalt både klinisk mot (clinical courage) (MacLellan, 2011; Wootton, 2011) og potetetikk (Fors, 2023a).

DBT tilpasset lokal klinisk praksis i Finnmark

I det videre vil vi trekke frem sentrale utfordringer i Finnmark og skissere mulige tilpasninger til vår lokale kontekst som eksempler på rurale tilpasninger.

Geografisk avstand

Vi mener at en urban bias ved DBT er at det i originalformatet ikke blir diskutert alternativer til hyppig oppmøte. I rurale strøk har avstand stor betydning, og pasientene har ikke mulighet til å møte opp til behandling flere ganger i uken når de bor langt borte fra tilbudet. Fra Honningsvåg til nærmeste VPP (i Hammerfest) er det en reisevei på tre timer med bil én vei. Helbich et al. (2017) konkluderte med at lang reisevei til spesialiserte psykiske helsetjenester førte til mindre etterspørsel etter tjenestene. Et DBT-tilbud som ligger geografisk langt unna pasientens hjemsted, vil i denne sammenhengen ikke representere et reelt alternativ. I Hammerfest har vi erfaring med å kunne henvise til en DBT-gruppe i Alta, som er 2,5 timer én vei i bil over fjellovergang. Dette er det ikke realistisk å klare for mange pasienter. Siden DBT er bygget rundt flere kanaler, vil reisingen bli ekstra krevende. Pasienter skal reise både til ferdighetstrening og til individualterapi, noen ganger på forskjellige steder, siden individualterapeuten kan være i Hammerfest og gruppebehandlingen i Alta.

DBT-teamet hos BUP Tromsø, som behandler ungdommer fra hele Nord-Norge, har løst utfordringene med lang reise på en god måte: De som har lang reisevei, får gjennomføre ferdighetstrening og individualterapi på samme dag. En slik løsning kan man også se for seg i andre rurale områder. Slik som nevnt tidligere løste teamet i Australia (Stanford, 2010) lang reisevei ved

å ha gruppeterapien i bolker med noen ukers pauser imellom, og gjennom å tilby individualterapi annenhver uke. Slike typer tilpasninger løser også rurale utfordringer knyttet til grupperekruttering og anonymitet. Det er gjerne små forhold i rurale strøk; lokale motsetninger, konflikter mellom deltakere og mangel på anonymitet kan vanskeliggjøre rekruttering og seleksjon. Ofte oppstår det et dilemma hvor man står mellom å ha for få deltakere i en gruppe eller å ha folk som kjenner hverandre fra før. Dilemmaet kan også innebære inntak av deltakere som egentlig ikke oppfyller alle inklusjonskriteriene, eller å ta inn pasienter med lang reisevei og høy risiko for å droppe ut, noe som skaper ustabilitet i gruppeprosessen.

En annen løsning på utfordringene med geografisk avstand er å bruke innleggelse på DPS-døgneheter. Et slikt forslag er kontroversielt, siden det er bred faglig konsensus om at pasienter med kronisk suicidalitet frarådes innleggelse utover den akutte krisen, og man mener at lengre innleggelse vil føre til forverring av tilstanden (Livesley, 2003; Paris, 2004). Vi tenker at denne sannheten ikke lenger er entydig. En longitudinell naturalistisk studie (Fowler et al., 2018) har vist at behandling under innleggelse for denne pasientgruppen kan være gunstig dersom man sikrer innleggelsen med evidensbaserte metoder og gir intensiv oppfølging. Bohus et al. (2004) endret DBT-tilbudet til en døgnkontekst og fant at tre måneder med slik behandling var signifikant bedre enn vanlig, uspesifikk poliklinisk behandling. Basert på funnene fra disse to studiene kan en mulig tilpasning innebære å prøve ut planlagte periodiske innleggelse hvor man gir intensiv ferdighetstrening i løpet av noen uker, forutsatt at døgnetenheten også iverksetter DBT-metoden for innleggelse (se f.eks. Mehlum & Tørmoen, 2015). Samtidig kan dette være problematisk med tanke på at iverksetting av DBT i døgnpost er svært ressurskrevende.

En mer søkt mulighet ligger i virtuell psykoterapi, som ble aktualisert under restriksjonene i pandemien. Finnmarkssykehuset har tilbudt psykoterapi over nett i flere år. Det er mulig at ferdighetstreningen kan foregå på en virtuell arena, siden den er manualbasert, agendafokuset og rigid, men her trenger vi mer dokumentasjon gjennom forskning på erfaringer med gruppeterapi på video for personer med emosjonell ustabilitet. Vår erfaring hittil er at pasienter i denne målgruppen ofte har vanskeligere for å nyttiggjøre seg av videobasert individualterapi enn mange andre pasientgrupper.

Oppsummert kan lokale kliniske tilpasninger for kontekster som vår være ferdighetstrening i bolker, individualterapi annenhver uke og kortvarige periodiske innleggelse på DPS med intensiv ferdighetstrening.

Ressurser

Med mindre fagmiljøer og færre fagpersoner kan det bli utfordrende å finne mange nok kvalifiserte fagpersoner som kan være DBT-spesialiserte ferdighetstreningsterapeuter, slik metoden opprinnelig krever. Rurale strøk er preget av mer turnover og nyutdannede psykologer. Bakdelen med DBT er at metoden er ressurskrevende. Man er avhengig av at det er flere fagpersoner som kan metoden, og som ikke skiftes ut midt i et behandlingsløp. Fordelen med DBT er at den er prinsippstyrt og manualbasert, noe som gjør at deler av DBTs prinsipper kan læres uten dybdetrening, og at man slik kan få hjelp til å bygge kontinuitet av et utvidet terapi-fellesskap (community), det vil si støttespillere i felt. Begge forskningsteamene i Alaska og Nepal (Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017) brukte lokale ressurser, til dels ufaglærte, som bidrag i behandlingen. For å få til DBT-grupper organiserte teamet i Australia (Stanford, 2010) treningen i bolker (Stanford, 2010). I tillegg hadde de en telefonlinje som støtte til telefonkonsultasjon og individuell terapi annenhver uke istedenfor hver uke.

Mest sårbar for lav bemanning er etter vår erfaring behandlingskanalen telefonkonsultasjon, som gjerne går utenfor normal arbeidstid. Det ser ut til at flere DBT-team i Norge har løst dette med en turnusordning for DBT-teammedlemmene, selv om det i den opprinnelige modellen til Linehan (1993) var meningen at det i hovedsak var individualterapeuten som skulle ta imot telefonene. Dette byr naturlig nok på utfordringer i et småsamfunn som gjerne har mindre fagmiljøer, hvor et DBT-team kanskje består av bare to behandlere. DPS Vest-Finnmark har satset betydelig på DBT. Utdanningen er gitt i flere trinn, men ideen har vært at alle ansatte skal ha grunnleggende kjennskap til metoden for at de skal kunne bidra ved for eksempel akuttelefoner til sengeposter eller poliklinikkens vakttelefoner når ikke hovedbehandler er tilgjengelig.

Det argumenteres for at teamveiledning for individualterapeuten i utgangspunktet krever et større fagmiljø for å fungere etter Linehans opprinnelige modell. Selv om man kan klare seg med to for å kalle det en teamveiledning (Kåver & Nilsonne, 2005), vil en slik løsning være mer sårbar, og det skal mindre til før et slikt team blir oppløst. I en rural kontekst med stor gjennomtrekk og hyppig behandlerbytte (Boilen, 2021) er det vanskelig å opprettholde faglig kontinuitet, ikke bare i det enkelte pasientløp, men også i team og teamveiledning. DBT krever gjerne et større fagmiljø for å kunne fungere i praksis (Kåver & Nilsonne, 2005). En mulig tilpasning her er å legge opp til digital teamveiledning på tvers av regioner, noe som allerede brukes flere steder. Dette vil kunne samle veiledningsressurser for klinikere i et større geografisk område, uten at det går bort mye tid til reisevirksomhet, og det vil også åpne for at rurale klinikere kan få tilgang til mer sentral kurs- og

veiledningsvirksomhet gjennom hybrid digital deltakelse og det vil også åpne opp for hybrid digital deltakelse for rurale klinikere for mer sentral kurs- og veiledningsvirksomhet.

Kontinuitet

I rurale samfunn har man ofte god oversikt over lokale ressurspersoner som har tillit og innflytelse i befolkningen, og som pasientene ofte er i kontakt med. Kjennskap til slike ressurser gir gode forutsetninger for å rekruttere hjelpere på steder med begrenset tilgang på helsepersonell. Som Ramaiya et al. (2017) viste, er det fullt mulig å instruere ufaglærte med relevant grunnkompetanse i bruk av DBT. Mennesker med sosialfaglig utdanning og erfaring i å møte mennesker i krise kan etter vår erfaring være til god hjelp hvis man gir dem støtte og rammer for å håndtere henvendelser fra brukere av DBT-teamet.

Vår erfaring er også at man som individualterapeut (psykolog) i et ruralt helsesystem i større grad må informere og forberede eksterne samarbeidspartnere om tiltak i et behandlingsforløp for å motvirke diskontinuitet, en proaktiv mentalisering av helsesystemet, med andre ord. En vanlig måte å gjøre dette på er å sende kriseplan til legevakta og informere en «stødig» sykepleier om dette. Sykepleieren vil så kunne informere de forskjellige vaktlegene og vikarene om pasienten og aktuelle tiltak dersom pasienten skulle henvende seg i en akutt situasjon. Dermed har man aktivt motvirket den diskontinuiteten som kommer på steder med høyt vikarbruk. Harbitz et al. viste nylig (2021) at helsesekretærer og hjelpepersonell i rurale strøk er sentrale for kontinuitet og pasientsikkerhet. En fordel med små rurale samfunn er at det dreier seg om et lavt antall pasienter og nøkkelpersoner. Det er derfor mulig å følge opp pasientene på denne måten, og individualterapeuten kan lettere identifisere nøkkelpersoner i hjelpeapparatet. Det kan være politi, lærer, NAV-ansatt, prest eller lignende. Den sosiale anerkjennelse som følger med «hjelperrollen» i et ruralt samfunn er viktig å bruke, da potensialet og betydningen av yrkesutøvere som sykepleiere og helsesekretærer her er sentral, men dessverre ofte devalueres. Vi foreslår en ordning der lokale nøkkelpersoner gis grunnopplæring i ferdighetstrening og de strenge rammene for telefonkonsultasjon. Da kan de være et supplement til en telefonvaktordning hvis de i kraft av sitt yrke har kontakt med pasientene. De kan bidra for eksempel ved å spørre om kriseplanen eller hva personen pleier å gjøre når det er tungt, hvis pasienten ringer akutt. Vi har ikke praktisert dette systematisk, men på en singel-case-måte; det vil si at vi i enkelte tilfeller fikk i stand et lignende opplegg for utvalgte pasienter. Da har vi arbeidet med pasienter der prester, NAV-ansatte, sykepleier på legevakt, miljøterapeuter i kommunen og politi har hatt kriseoppfølging og vært akutt-buffer. Å bruke lokale ressurspersoner i

eksempelvis kanalen telefonkonsultasjon avviker fra vanlig praksis, der telefonkonsultasjoner helst gjøres av individualterapeuten eller til nød av en annen i DBT-teamet. De lokale ressurspersonene kan dessverre bli for løst knyttet opp mot de spesifikke oppgavene og rammene til en DBT-telefonkonsultasjon, og pasientgruppen blir slik sett for krevende å håndtere på denne måten. Videre kan eksterne yrkesgrupper havne i en uheldig dobbeltrolle, for eksempel at en politimann får vite om noe kriminelt i en telefonkonsultasjon. Likevel er vår erfaring at det tross disse utfordringene lar seg gjøre.

Vi mener at nøkkelpersoner kunne vært brukt enda bredere, og foreslår en ordning der slike lokale nøkkelpersoner også i kommunen, NAV og politi gis grunnopplæring i ferdighetstrening. De kan bli en ekstra ressurs i krevende situasjoner der de treffer på pasienter i kraft av sitt yrke (som i opplegget i Australia). De aktuelle ressurspersonene inngår da som et lokalt supplement til DBT-teamet og kan være gode «støttespillere i felt». Hjelpen kan være så enkel som å spørre en pasient i pågående krise om tiltakene i vedkommendes kriseplan eller hvilken ferdighet som pleier å hjelpe. Hvordan bruker pasienten å roe seg ned når det blir for mye?

Oppsummering

I rurale strøk er man nødt til å gå utenfor den umiddelbare kompetansen (Curtin & Hargrove, 2010; Fors, 2018a; Konkin et al., 2020).

Det kan være etisk problematisk å ikke prøve å hjelpe i tilfeller der ingen andre kan bistå. American Psychological Association har tydeliggjort (APA, 2017) at man i fravær av tilgjengelig spesifikk kompetanse kan prøve å hjelpe i et nært anliggende felt som man kan tilstrekkelig mye om, noe MacLellan (2011) og Wootton (2011) har kalt klinisk mot, og som Fors kalte potetettikk (Fors, 2023a). Dette er et spørsmål med stor spennvidde uten sikre svar. Vi mener det er i tråd med intensjonene i evidensbasert psykologisk praksis å tilpasse behandlingen etter reelle forutsetninger for å prøve å være til hjelp. Det kan til og med argumenteres for at det i seg selv er en egen kompetanse, et spesielt klinisk mot og en egen etikk å gjøre seg brukbar og nyttig til tross for manglende ressurser og forutsetninger (Fors, 2018a, 2023a, 2023b; Konkin et al., 2020; MacLellan, 2011; Wootton, 2011).

Vi har foreslått at lokale rurale tilpasninger kan justeres til opplegg med ferdighetstrening i bolker, intensiv ferdighetstrening i form av periodiske kortvarige døgninnleggelses, bruk av nøkkelpersoner i telefonkonsultasjon, digital teamveiledning og individualterapi annenhver uke.

En del av tilpasningene er foreslått og prøvd ut tidligere (f.eks. Beckstead et al., 2015; Ramaiya et al., 2017; Stanford, 2010). Til tross for de skisserte tilpasningene ønsker vi å presisere viktigheten av at individualterapeuten er en trent terapeut. Vi tenker oss at individualterapi alltid vil trenge mer dybdekompetanse, men at telefonkonsultasjon og/eller gruppe kan håndteres på et annet nivå. Det er for eksempel vanlig å ha to gruppeterapeuter i en ferdighetsgruppe, der begge ikke nødvendigvis må være psykologer. Vi mener også at premisset om at individualterapi og ferdighetstrening skal foregå parallelt, i hovedsak må opprettholdes, selv om Stanford (2010) viste at det ikke var helt nødvendig.

Ved å endre intervensjoner for å tilpasse DBT til en rural kontekst risikerer man å bevege seg bort fra de grunnleggende prinsippene i behandlingen og også fra evidensgrunnlaget. Når blir en metode utvannet, og når blir den tilpasset? Her minner vi om at Linehans metode vokste frem av en pragmatisk virkelighet (og hennes egen erfaring som pasient), der den var ment å hjelpe spesifikke personer i en spesifikk kontekst med spesifikke vansker, og at den i tråd med fagfeltets utvikling er blitt tilpasset nye problemstillinger og pasientgrupper. Det er med andre ord i seg selv en pragmatisk etikk (f.eks. Fishman & Messer, 2013) i bunnen av metoden. Det kan godt finnes andre måter å involvere gode støttespillere på enn det som er nevnt i denne teksten, eksempelvis i form av nettverksarbeid, som er kjent som en femte behandlingskanal i DBT. Vi håper våre forslag til hvordan man kan tilpasse urbant designede terapimetoder til en rural kontekst, kan inspirere andre. I pragmatisk ånd (Fishman & Messer, 2013; Linehan, 1993, 2015, 2020) betrakter vi alle terapimetoder som levende og i stadig utvikling. Det betyr at vi ser spennvidden rural versus urban som en del av en sentral, men tidligere lite adressert kontekst som oftere burde være med i forskning og i klinisk praksis. Erfarne klinikere finner en ny terapi for hver pasient (Yalom, 2009). I den prosessen håper vi at dimensjonen rural–urban i større grad skal være til stede i reisen for å finne den beste terapien for pasienten.

Referanser

- Adams, T. E., Ellis, C. & Jones, S. H. (2017). Autoethnography. I J. Matthes, C. S. Davis, & R. F. Potter (Red.), *The International Encyclopedia of Communication Research Methods* (1. utg., s. 1–11). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0011>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017).

- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P. & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native Adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors, 51*, 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.018>
- Bergmark, M., Sundberg, L. R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2022). Evidence-based Methods in Rural Areas – Knowledge and National Guideline Utilization in Mental Health Service Development. *Journal of Evidence-Based Social Work, 19*, 161–184. <https://doi.org/10.1080/26408066.2021.2001401>
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 487–499. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00174-8)
- Boilen, S. (2021). *Ethics in rural psychology. Case studies and guidance for practice*. Routledge.
- Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakerman, J. & Taylor, J. (2010). From ‘problem-describing’ to ‘problem-solving’: Challenging the ‘deficit’ view of remote and rural health. *Australian Journal of Rural Health, 18*, 205–209. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01155.x>
- Buck, M., Markussen, J. & Stein, J. & Midtbø, T. (2022). Brent jord – langsiktige politiske effekter av nedbrenning og tvangsevakuering i Nord-Troms og Finnmark. *Tidsskrift for samfunnsforskning, 63*, 79–101. <https://doi.org/10.18261/tfs.63.2.1>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Curtin, L. & Hargrove, D. S. (2010). Opportunities and challenges of rural practice: managing self amid ambiguity. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 549–561. <https://doi.org/10.1002/jclp.20687>
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A. & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology, 51*, 121–141. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02017>
- Fishman, D. B. & Messer, S. B. (2013). Pragmatic Case Studies as a Source of Unity in Applied Psychology. *Review of General Psychology, 17*, 156–161. <https://doi.org/10.1037/a0032927>

- Fors, M. (2018a). Geographical narcissism in psychotherapy: Counter-mapping urban assumptions about power, space, and time. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 446–453. <https://doi.org/10.1037/pap0000179>
- Fors, M. (2018b). *A Grammar of Power in Psychotherapy: Exploring the Dynamics of Privilege*. APA Books.
- Fors, M. (2023a). Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Healthcare. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(2), 265–277. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10242-x>
- Fors, M. (2023b, 2. mars). *Geographical narcissism: Implications for policy-making and planning in the health sector. Panel on Rural-proofing policies for health and development*. Paper presentert på WHO European Forum on Health in the Well-being Economy, København.
- Fors, M. (2023c, 4. mai). Prioritering av «robust fagmiljø» er sminket sentralisering. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/prioritering-av-robust-fagmiljo-er-sminket-sentralisering/559578>
- Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., Fonagy, P. & Oldham, J. M. (2018). A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *Journal of Affective Disorders*, 235, 323–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.054>
- Gaski, M. & Abelsen, B. (2018). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge* (NSDM-rapport). Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš, UiT Norges arktiske universitet. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>
- Gaski, M., Abelsen, B. & Fosse, A. (2022). *Kunnskapsoppsummering: hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse og omsorgstjenesten i distriktskommuner? NSDM-rapport 2022*. <https://web.archive.org/web/20220814193343/https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/07/NSDM-rapport-2022-Kunnskapsoppsummering.pdf>
- Gundersen, T. (2021, 7. juni). Kritikkverdige og alvorlige mangler i psykisk helsevern. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/07/kritikkverdige-og-alvorlige-mangler-i-psykisk-helsevern/>
- Haft, S. L., O'Grady, S. M., Shaller, E. A. L. & Liu, N. H. (2022). Cultural Adaptations of Dialectical Behavior Therapy: A Systematic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(10), 787–801. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000730>

- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N. & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior Therapy*, *47*, 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Halvorsen, P. (2020, 2. november). Store lokale forskjeller i turnover. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/11/store-lokale-forskjeller-i-turnover>
- Harbitz, M. B., Stensland, P. S. & Gaski, M. (2021). Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: An interview study. *Family Practice*, *39*(1), 130–136. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab064>
- Harding, S. (2009). Standpoint Theories: Productively Controversial. *Hypatia*, *24*(4), 192–200. www.jstor.org/stable/20618189
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Schmidt, S. C. & Gallop, R. J. (2021). The Dialectical Behavior Therapy Adherence Coding Scale (DBT ACS): Psychometric properties. *Psychological Assessment*, *33*(6), 552–561. <https://doi.org/10.1037/pas0000999>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Helbich, M., Blüml, V., de Jong, T., Plener, P. L., Kwan, M.-P. & Kapusta, N. D. (2017). Urban–rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *International Journal of Health Geographics*, *16*. <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0112-x>
- Helsedirektoratet. (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse* (Rapport IS-2749). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse>
- Helse Nord. (2019). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak* (Rapport). <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>
- Huey, S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O. & Smith, C. A. (2014). The Contribution of Cultural Competence to Evidence-Based Care for Ethnically Diverse Populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 305–338. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153729>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *60*(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>

- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review. Traditional and systematic techniques*. Sage.
- Karlsson, B., Klevan, T., Soggiu, A.-S., Sælør, K. T. & Villje, L. (2021). *Hva er autoetnografi?* Cappelen Damm Akademisk.
- Kinsey, K. (2014). *A critical ethnography of the compatibility of a culturally modified dialectical behavior therapy with Native American culture and context*. ProQuest Dissertations Publishing. repository.arizona.edu/bitstream/handle/10150/321004/azu_etd_13278_sip1_m.pdf
- Konkin, J., Grave, L., Cockburn, E., Couper, I., Stewart, R. A., Campbell, D. & Walters, L. (2020). Exploration of rural physicians' lived experience of practising outside their usual scope of practice to provide access to essential medical care (clinical courage): an international phenomenological study. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037705>
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Gyldendal Akademisk.
- Le Tourneau, F.-M. (2020). Sparsely populated regions as a specific geographical environment. *Journal of Rural Studies*, 75, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2019.12.012>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2020). *Building a life worth living: a memoir*. Random House.
- Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. Guilford Press.
- Luca, D., Terrero-Davila, J., Stein, J. & Lee, N. (2022). *Progressive Cities: Urban-rural polarisation of social values and economic development around the world (III Working Paper 74)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22189.77280>
- MacLellan, K. (2011). Clinical courage. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16, 107. PMID: 21718631.
- Malatzky, C. A. R. & Couch, D. L. (2023). The Power in Rural Place Stigma. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(2), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10260-9>
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage.
- Mehlum, L. & Tørmoen, A. J. (2015). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 19. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2266>

- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 1127–1128. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2007/09/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. & Panos, A. (2013). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DABT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Paris, J. (2004). Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18, 240–247. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.240.35443>
- Pierson, A. M., Arunagiri, V. & Bond, D. M. (2022). “You Didn’t Cause Racism, and You Have to Solve it Anyways”: Antiracist Adaptations to Dialectical Behavior Therapy for White Therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29, 796–815. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.001>
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P. & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356–365. <https://doi.org/10.1159/000338897>
- Probst, J., Eberth, J. M. & Crouch, E. (2019). Structural Urbanism Contributes To Poorer Health Outcomes For Rural America. *Health Affairs*, 38, 1976–1984. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00914>
- Ramaiya, M. K., Fiorillo, D., Regmi, U., Robins, C. J. & Kohrt, B. A. (2017). A cultural adaptation of Dialectical behavior therapy in Nepal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 428–444. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.12.005>
- Reichenbach, H. (2006). *Experience and prediction: An analysis of the foundations and the structure of knowledge*. University of Notre Dame Press (Opprinnelig utgitt 1938).
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)).
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454. psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi
- Simpson, C. & McDonald, F. (2017). *Rethinking rural health ethics*. Springer.

- Smalley, K. B., Warren, J. C. & Rainer, J. P. (Red.) (2012). *Rural mental health. Issues politics and best practices*. Springer.
- Stanford, B. (2010). *The effect of Dialectical Behaviour Therapy on clients diagnosed with Borderline Personality Disorder in a rural setting of NSW, Australia Research* (Rapport). NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching and Management of the Greater West Mental Health Service. https://www.heti.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0017/442214/pamela-stanford-final-report.pdf
- Stein, J., Buck, M. & Bjørnå, H. (2019). The centre–periphery dimension and trust in politicians: the case of Norway. *Territory, Politics, Governance*, 9, 37–55. <https://doi.org/10.1080/21622671.2019.1624191>
- Wootton, J. (2011). President’s message. Clinical courage. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 16, 45–46.
- Yalom, I. (2009). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter* (V. Føllesdal, Overs.). Pax forlag.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research* (3. utg.). Sage.