



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

# **Platschefers hantering samt känslor i samband med misstänkt ätstörning bland gymbesökare**

**En kvalitativ studie i Göteborg**

Josefine Bergsten och Anna Larsson

Rapportnummer: VT14-43  
Examensarbete: 15 hp  
Program: Hälsopromotionsprogrammet inriktning idrottsvetenskap  
Nivå: Grundnivå  
Termin: VT 2014  
Handledare: Stefan Pettersson  
Examinator: Kerstin Bergström



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer:	VT14-43
Titel:	Platschefers hantering samt känslor i samband med misstänkt ätstörning bland gymbesökare
Författare:	Anna Larsson & Josefine Bergsten
Uppsats/Examensarbete:	15 HP
Program/kurs:	Hälsopromotion med inriktning idrottsvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Stefan Pettersson
Examinator:	Kerstin Bergström
Antal sidor:	31
Termin/år:	VT/2014
Nyckelord:	Ätstörning, Anorexi, Gym, Träning, Riktlinjer

## Abstract

I dagens samhälle läggs stort fokus på kroppsliga ideal. Fixering över den egna kroppen kan resultera i att vardagliga aktiviteter som att träffa vänner eller arbeta utsluts, detta kan tyda på en ätstörning. Syftet med studien var att belysa de problem platschefer, på en gymkedja, ställs inför vid hantering av misstänkt ätstörning. Studien utgick från en kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer genomfördes med platschefer vid sex gym inom en gymkedja i Göteborg. De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, där respondenternas känslor, tankar och underliggande meningar gällande hanteringen av medlemmar med misstänkt ätstörning beforskades. Utifrån resultatet kan utläsas att platscheferna ställs inför ett både moraliskt och känslomässigt dilemma vid hantering av misstänkt ätstörning hos medlem. Då platscheferna saknar kompetens inom området och därmed känner sig otrygga i situationen uppstår ett dilemma då de varken vet vad som får göras eller bör göras. Utifrån denna studie kan tema otrygghet utläsas då platscheferna anser att utbildning krävs för hantering av misstänkt ätstörning. Gymkedjorna bör inleda ett samarbete med vården för hantering av personer som lider av ätstörning.

## Förord

Vi vill börja med att tacka våra mammor för att med änglars tålamod hjälpt oss med textgranskning. Vi vill också tacka vår handledare Stefan Pettersson för stöd och engagemang, trots pappaledighet. Slutligen vill vi rikta ett stort tack till alla de platschefer som ställt upp på intervjuer och därmed gjort den här studien möjlig.

<b>Arbetsuppgift</b>	<b>Procent utfört av Anna/Josefine</b>
<b>Planering av studien</b>	50/50
<b>Litteratursökning</b>	50/50
<b>Datainsamling</b>	50/50
<b>Analys</b>	50/50
<b>Skrivande</b>	50/50
<b>Layout</b>	50/50

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Bakgrund.....	1
Tecken på ätstörning.....	1
Diagnoser och benämning av ätstörning.....	2
Bulimia Nervosa.....	2
Ätstörning UNS.....	3
Ortorexi Nervosa.....	3
Anorexia Nervosa.....	3
Svenskarnas motionsvanor.....	6
Syfte.....	6
Metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning och analys.....	8
Tabell 1.....	9
Forsknings etiska frågor.....	10
Resultat.....	10
Deskriptivt resultat.....	11
Figur 1.....	12
Saknar kompetens.....	12
Formell utbildning.....	12
Externa erfarenheter.....	13
Värdering av kompetensutveckling.....	13
Subjektiva bedömningsmetoder.....	14
Sjukdomsuppfattning.....	14
Subjektiva diagnosmetoder.....	14
Subjektiva tolkningar av riktlinjer.....	15
Värna om individens integritet.....	16
Nervositet vid konfrontation.....	16
Diskretion.....	17
Samhällspåverkan.....	17
Moraliskt dilemma.....	17
Känslomässigt (negativt) engagemang.....	18
Avsäga sig ansvaret.....	19
Hopplöshet.....	20
Sammanfattat resultat och tema: otrygghet.....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	21
Saknar kompetens.....	21
Subjektiva bedömningsmetoder.....	22
Värna om individens integritet.....	23
Moraliskt dilemma.....	23
Känslomässigt (negativt) engagemang.....	24
Avsäga sig ansvaret.....	25
Slutsats.....	25
Referenser.....	26
Bilagor.....	2

## Introduktion

Föreställ dig att du arbetar i receptionen på ett gym. Varje dag strömmar det in olika typer av människor, i olika åldrar. En dag inser du att en av dina medlemmar tränar flera timmar om dagen samt har rasat i vikt de senaste månaderna. Frågan är hur du reagerar, vad gör du i denna situation? Vårt intresse för denna fråga väcktes när vi fick undervisning kring ätstörningar och dess skada på kroppens alla organ. I bakgrunden kommer information om ätstörningar och dess konsekvenser att förklaras samt hur svenskars motionsvanor ser ut i dagsläget.

## Bakgrund

Om fokuseringen på mat, energi-, näringsintag och/eller kroppsvikt och utseende tar sig orimliga proportioner, kan det vara ett tecken på en ätstörning vilket kan få allvarliga konsekvenser (Solberger, 2001).

Enligt *Kunskapscentrum för ätstörningar* (KÄTS u.å.) är ätstörningar det största gemensamma hälsoproblemet bland flickor och kvinnor. Idag lider cirka sex procent av Sveriges befolkning av en ätstörning. Prevalensen är högst bland flickor och kvinnor mellan 13 och 30 år (KÄTS, u.å.)

Ätstörningar representerar ett självdestruktivt beteende där snedvriden självuppfattning och ett lågt självförtroende kan leda till en ohälsosam livsstil med negativa fysiologiska och psykologiska konsekvenser. Extrem kosthållning, hetsätning och osunda ideal om vikt samt kroppsform är kriterier för en individ som lider av ätstörning. Mat är inte längre en form av bränsle utan en kamp för självkontroll då intaget av mat är något individen själv kan bestämma över. Detta beteende undanhåller den som lider av ätstörning vanligtvis för sin omgivning, exempelvis genom att ljuga om vad de ätit, genom att ursäktas sig från bordet för att spy upp de intag som gjorts etc. Ett sådant beteende för ofta med sig negativa mentala konsekvenser som depression och ångest (Treasure, Claudino & Zucker, 2010).

## Tecken på ätstörning

Sjukdomen behöver inte alltid visa sig på ett fysiskt plan, dock är snabb viktnedgång ett vanligt tecken på ätstörning (Kontic, Vasilevic, Trisovic, Jorga & Gasic, 2012). Tecken på en ätstörning kan vara att man försöker gå ner i vikt, besatthet av matvanor och vikt, oregelbundna matrutiner, ohälsosamma träningsvanor, koncentrationssvårigheter, tvångsbeteenden, utebliven menstruation, fysisk och psykisk stress, självdestruktiva tankar etc. Som tidigare nämnts kopplas ätstörning vanligtvis samman med nedstämdhet, ångest eller dålig självkänsla. Det är inte klarlagt vad som utlöser ätstörningar, dock visar studier att olika faktorer spelar in. Psykologiska-, biologiska- och sociala faktorer påverkar en individ samt dess förutsättningar för utveckling av ätstörning (Dalle Grave, 2011; Kontic et al., 2012).

De *psykologiska faktorerna* har med personlighet att göra. Personer med karaktärsdrag som perfektionism, lågt självförtroende samt kontrollbehov och symptom som panik- och/eller ångestattacker kan vara mer utsatta för att drabbas av ätstörningar. Fixering vid vikt, kroppsform samt att ha kontroll över sin kropp är gemensamma nämnare vid ätstörning (Dalle Grave, 2011).

De *biologiska (ärflika) faktorerna* kan innebära medfödd risk att utveckla ätstörningar. Personer med anhöriga som har eller har haft en ätstörning har påvisats ha tio gånger större risk att drabbas av sjukdomen än de som inte har någon anhörig med en ätstörningsdiagnos (Dalle Grave, 2011). I början av puberteten är sårbarheten för utveckling av ätstörning stor. Utveckling av kroppen och hormoner kan stressa kroppen och därmed påverka till beteenden som utvecklas till ätstörning (Treasure, Claudino & Zucker, 2010).

De *miljömässiga faktorerna* handlar om påverkan från samhälle, vänner och familj. Samhället sänder idag ut orealistiskt smala ideal genom viss media som påverkar unga individers självbild. Det smala skönhetsidealet är för många inte biologiskt möjligt att uppnå vilket leder till att många är missnöjda med sina kroppar (Groesz, Levine & Murhen, 2002). Även vårdhavarna bär ett ansvar då barn med kroppsfixerade vårdhavare ofta tar efter deras fixering (Dalle Grave, 2011).

## Diagnoser och benämning av ätstörning

Då ätstörningar ter sig på olika sätt har kriterier utformats, vilka listats i DSM-manualen (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) (Dalle Grave, 2011). Nedan följer en förklaring av de olika ätstörningsdiagnoser och benämningarna *Bulimia Nervosa*, *Ätstörning UNS*, *Ortorexi* samt *Anorexi Nervosa*.

### Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa är en ätstörning som inkluderar ett cykliskt förlopp av hetsätning följt av ett självbesträffande beteende som kräkning, hård träning eller liknande. Vid hetsätning har individen svårt att kontrollera matintaget och kan i många fall inte sluta äta. Denna psykiatriska diagnos myntades år 1979 och var tillsammans med diagnosen Anorexia Nervosa med i en tidigare version av DSM som gavs ut 1980 (Dalle Grave, 2011; Parling, 2011). Bulimia Nervosa för med sig ett asocialt beteende då personer med diagnosen vill undvika att vistas bland vänner och större folksamlingar då de vill undanhålla sitt beteende (Dalle Grave, 2011).

Kriterie vid fastställande av diagnosen Bulimia Nervosa är att det cykliska förloppet med ett hetsätande och självbesträffande beteende ska pågå kontinuerligt under tre månader (Mazzeo, Mitchell, Bulik, Aggen, Kendler, & Neale, 2010).

Enligt KÄTS (u.å.) debuterar ätstörningen vanligtvis kring 20 års ålder. Bulimi Nervosa har en stark koppling till kontrollen över kroppsform och vikt vilket i sin tur kan medföra depression och självmordstankar. Både droger och alkohol används i vissa fall för att dämpa matlusten (KÄTS, u.å.).

## Ätstörning UNS - Utan närmare specifikation

År 1994 myntades diagnosen *Ätstörning UNS – utan närmre specifikation* och introducerades först i DSM version 4 (Parling, 2011). Denna diagnos uppkom då många ätstörningsfall inte uppfyllde de kriterier i DSM för Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa (Dalle Grave, 2011). Dokumentet beskriver kriterier som rädsla för viktuppgång, Amenorré, det vill säga tre uteblivna menstruationer i följd, förnekelse av sjukdom osv. Ätstörning UNS delar fixering vid vikt och kroppsform med både Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa (Dalle Grave, 2011).

Ätstörning UNS är den mest förekommande ätstörningen. Den kliniska beskrivningen förklarar att kriterierna för diagnosen liknar både de för Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa, dock något mildare (Fairburn & Bohn, 2005). Detta kan innebära att en drabbad person kan ha ett BMI som ligger precis över gränsen för undervikt (Fairburn & Bohn, 2005) för Anorexia Nervosa, det vill säga BMI 18.5 (WHO), eller att individen inte uppvisar ett självbesträffande beteende kontinuerligt i tre månader som en bulimiker gör (Fairburn & Bohn, 2005).

## Ortorexi Nervosa

Den amerikanske läkaren Steven Bratman myntade begreppet Ortorexi 1997 (Rangel, Dukeshire & MacDonald, 2012). Begreppet Ortorexi Nervosa är inte en diagnos utan snarare ett samhällsfenomen eller syndrom. Bratman uppmärksammade problemet då en del av hans klienter hade en ohälsosam fixering vid nyttig mat (Bratman, 2000).

Bratman betonar att Ortorexi Nervosa vanligtvis börjar oskyldigt med viljan att övervinna en sjukdom, förbättra hälsan, minska i vikt eller liknande. Att vara medveten om sin kost kan leda till viljan att uppnå allt högre mål och på detta sätt skapas en stark självdisciplin. Att ha en stark självdisciplin kan efter en längre tid leda till att de mål som satts upp tar allt mer tid mentalt och kan komma att bli en besatthet (Bratman, 2000). Det är känslan av renhet, perfektion samt en hälsosam kropp som motiverar individen att laga och äta nyttig mat. Målet är att uppnå perfekt kosthållning och rädslan att förtära onyttig mat, såsom snabbmat, är ständigt närvarande (Rangel, Dukeshire & MacDonald, 2012).

En person med Ortorexi Nervosa prioriterar nyttig kost framför exempelvis fritidsintressen. Aktiviteter som en kväll på en biograf, att umgås med vänner samt restaurangbesök bortprioriteras och kan därigenom gå miste om de aktiviteter som tidigare gett värde i livet (Bratman, 2000).

## Anorexia Nervosa

Den mest förekommande typen av ätstörning är Anorexia Nervosa vilken också är den psykiska sjukdom som har högst dödlighet (Jeremiejczyk, 2007; Vårdguiden, 2012). Anorexia Nervosa innebär att genom självmant framkallad svält nå en ohälsosamt låg vikt (Vårdguiden, 2012). Anorexia betyder ”avsaknad av aptit”, trots detta är anorektikern ständigt hungrig. Anorexia Nervosa präglas av rädsla för att tappa kontrollen över sin hunger samt

viktuppgång (Giordani, 2005). Ätstörningen förekommer i alla åldrar hos både kvinnor och män, dock drabbas främst flickor. Cirka en procent av flickor i tonåren drabbas (Giordani, 2005).

### Kriterier för Anorexia Nervosa

Det finns, enligt DSM-4, fyra kriterier för Anorexia Nervosa. Det första kriteriet innebär att den drabbade självmant genom bantning, överdriven fysisk aktivitet, kräkningar eller liknande försöker hålla sin kroppsvikt minst 15 % under förväntan. Inga precisa siffror kring kroppsvikt finns i DSM-4 då dessa skiftar mellan olika länder. Det andra kriteriet innebär en störd kroppsuppfattning som gör att personen förnekar allvaret i sitt tillstånd. Det tredje kriteriet innebär att personen tycker sig vara överviktig trots undervikt och känner en intensiv rädsla för viktuppgång. Det fjärde kriteriet är Amenorré, det vill säga tre uteblivna menstruationer i följd. Det finns även män som drabbas av sjukdomen men inte i lika hög utsträckning (Jeremiejczyk, 2007; Vårdguiden, 2012). Cirka åtta procent av dem som drabbas är män (KÄTS u.å.), för dem gäller inte det fjärde kriteriet. (Jeremiejczyk, 2007; Vårdguiden, 2012).

### Psykologiska symptom vid Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa kan påverkas av flera olika faktorer. Utlösande faktorer kan exempelvis vara trauma eller andra svåra upplevelser. I föregående stycke nämndes att bantning är ett kriterie för Anorexia Nervosa. Viktigt att nämna är att all bantning inte leder till Anorexia Nervosa. Fler faktorer som psykologiska-, biologiska- och miljömässiga faktorer spelar in för att sjukdomen ska utvecklas (Dalle Grave, 2011).

Enligt Vårdguiden (2012) ger viktnedgång ofta positiv bekräftelse från omgivningen vilket ger en förstärkt känsla av kontroll över kroppsvikt och sitt eget liv. Detta resulterar ofta i ytterligare viktnedgång. Behovet av kontroll förstärks eftersom det blir svårare att gå ner ytterligare i vikt när kroppen hamnat i ett svälttillstånd. Kroppen ses då som en fiende som ska övervinnas och personen anstränger sig oerhört för att stå emot kroppens naturliga signaler och processer såsom hunger, trötthet och liknande (Vårdguiden, 2012). Det är vanligt att personer som lider av Anorexia Nervosa även lider av depression, ångesttillstånd, missbruk, personlighetsstörning och neuropsykiatriska tillstånd (Socialstyrelsen, 2010).

### Fysiologiska symptom vid Anorexia Nervosa

Utöver de psykologiska symptom som tidigare beskrivits ger Anorexia Nervosa fysiologiska konsekvenser. Förstoppning, nedsatt basal metabolism, torr hud, Amenorré, trötthet och försämrad cirkulation är vanligt förekommande symptom vid Anorexia Nervosa (Dalle Grave, 2011). Synliga fysiska symptom kan vara ödembildningar, torrt och glanslöst hår, ökad hårväxt på armar och ben samt nedbrytning av muskler och fett (Vårdguiden, 2012).

Långsiktigt skadas tänder och osteoporos kan uppstå, då både fett- och muskelvävnaden bryts ned vid näringsbrist. Fysiologiska symptom som kan visa sig senare i livet är skador på



skelett, fortplantningssystem och hjärna. De barn där modern lider av Anorexia Nervosa har generellt en lägre födelsevikt (Treasure, Claudino & Zucker, 2010). Anorexia Nervosa påverkar kroppens alla organ och dess negativa effekt på hjärta och cirkulation kan bli livshotande. Puls och blodtryck blir lägre, hjärtmuskeln försvagas samtidigt som blodvolymen minskar. Detta i sin tur ökar risken för hjärtsvikt (Socialstyrelsen, 2010).

### Anorexia Nervosa och träning

Det förekommer ofta överdriven träning hos personer med Anorexia Nervosa. Enligt Shroff et al. (2006) anses överdriven träning vara träning mer än elva timmar per vecka. Dock kan idrottare som strävar efter att nå en hög nivå träna mer än elva timmar i veckan utan att det ses som överdrivet. Shroff menar att överdriven träning också innebär att träningen går ut över viktiga aktiviteter eller om personen tränar vid sjukdom samt om personen känner ångest om den inte tränar mer än tre timmar per dag. Studier visade att cirka 40 procent av personer med Anorexia Nervosa påvisats använda sig av överdriven träning med syfte att bibehålla/uppå en lägre kroppsvikt. Anorektiker har påvisats använda sig av överdriven träning i högre grad än individer med andra typer av ätstörning. Det finns få studier kring hur överdriven träning påverkar sjukdomsförloppet, dock har det visat sig att en längre sjukhusvistelse ofta krävs. Anorektiker som använder sig av överdriven träning har i högre grad symptom som tvångstankar, ångest och depression (Shroff et al., 2006).

Enligt Shroff et al. (2006) bör man göra skillnad på olika subtyper av Anorexia Nervosa där vissa subtyper är mer benägna att överträna. Den subtyp som använder träning i högre grad är de som på olika vis också rensar kroppen (kräkning, överdriven träning). Denna subtyp verkar dessutom vara svårare att behandla (Shroff et al., 2006).

### Behandling av Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa kräver professionell behandling av psykolog, dietist eller liknande (Jeremiejczyk, 2007). Ju tidigare sjukdomen upptäcks och behandlas, desto bättre är prognosen för tillfrisknande. Sjukdomen kan ha fem till femton års långt förlopp och svårighetsgraden på symptomen skiftar ofta under denna tid (Socialstyrelsen, 2010). Ofta saknas sjukdomsinsikt vilket kan komplicera behandling (Socialstyrelsen, Vårdguiden, 2012). Obehandlad Anorexia Nervosa kan då bli livshotande. Dödligheten i sjukdomen är, hos tonåringar, sex till nio gånger högre än dödligheten hos normalbefolkningen i samma åldersgrupp (Vårdguiden, 2012).

### Svenskars motionsvanor

Enligt Riksidrottsförbundet har antalet motionerande individer ökat mellan år 2001 och 2011. Studier visar att promenad/power walks är den mest förekommande motionsaktiviteten hos svenska folket. Cirka 60 procent av kvinnorna och 40 procent av männen använder detta som aktivitet minst en gång i månaden. Två andra populära motionsaktiviteter är styrketräning samt löpning. Drygt 20 procent av Sveriges befolkning anser sig utföra dessa aktiviteter minst en gång i månaden. Svenska kvinnor aktiverar sig mer genom promenader, gympa, dans och liknande medan män föredrar gym och sport såsom innebandy, fotboll, golf och badminton

(Riksidrottsförbundet, 2011). De vanligaste anledningarna till att människor utför idrott och motionerar är att de vill hålla sig i form samt att må bra (Riksidrottsförbundet, 2011). Motionsvanorna varierar beroende av utbildningsnivå, ålder samt inkomst. Att motionera för att hålla sig i form verkar vara ett signifikant motiv bland höginkomsttagare medan tävlingsmotivet är viktigare för personer med lägre inkomst (Riksidrottsförbundet, 2011).

År 2010 utförde Riksidrottsförbundet en undersökning som visade att 1 714 000 individer utövar styrketräning, varav ca 54 procent var män och 46 procent var kvinnor (Riksidrottsförbundet, 2012). Det senaste decenniet har de största gymkedjorna nära fördubblat sin omsättning och nya anläggningar etableras frekvent i Göteborg (Olsson, 2013, 30 mars).

Mot bakgrund av den expansiva utveckling av gymbranchen sett till antalet betalande medlemmar (Olsson, 2013, 30 mars) samt den höga prevalens av ätstörningar i samhället som påvisats (KÄTS, u.å.), finns starka skäl att anta att ätstörningar även förekommer bland individer som tränar på gym. Detta kan därmed potentiellt innebära ett problem som gymföretagen ställs inför, och eventuellt bör hantera. Baserat på ovan nämnda antagande, dvs att vissa individer som tränar på gym lider av en ätstörning, gör det relevant att undersöka hur gymbranchen ser på hanteringen av medlemmar som kan misstänkas vara drabbade av en ätstörning, samt hur platschefer på träningsanläggningar resonerar kring detta. Platschefernas uppgifter är att utveckla klubbarna samt att sköta det administrativa arbetet.

## Syfte

Huvudsyftet med denna studie är att undersöka problem som platschefer, vid en gymkedja i Göteborg, ställs inför vid hantering av medlemmar som misstänkts lida av en ätstörning.

## Metod

Studien utfördes med en kvalitativ ansats på en nationell gymkedja med träningsanläggningar i centrala Göteborg. Målet var att genom semistrukturerade intervjuer få en fördjupad förståelse för platschefernas känslor inför hantering av misstänkta ätstörningar hos medlemmar. Då målet var att få fram underliggande känslor var en semistrukturerad intervju mer relevant än en enkätundersökning. Enkätundersökning innebär endast raka svar på frågor och ger inget tillfälle för varken följdfrågor eller reflektioner (Bryman, 2011).

## Urval

I denna studie var kriterier för val av gymkedja att det skulle vara en av de fem största gymkedjorna i Göteborg samt att det då skulle finnas tillräckligt med klubbar för att genomföra minst sex intervjuer. Detta för att kunna samla in tillräckligt med data för att analys. Gymkedjan fick inte skilja sig från standard, genom till exempel att sakna bemanning större delen av öppettiderna eller rikta sig till rehabträning. De skulle ha en bred målgrupp såsom både kvinnor och män, från ungdomar till seniorer.

Intervjuerna skulle genomföras med en person, på varje klubb, som hade ansvar för hanteringen av misstänkt ätstörning hos medlemmar. Det fanns inget krav på erfarenhet av behandling av ätstörning då studien utgick från subjektiva tankar och uppfattningar.

## Datainsamling

E-mail med information kring studien (se bilaga 1) skickades ut till gymkedjans alla klubbar som en första kontakt, varav fyra klubbar svarade och tackade nej. Då resterande klubbar i den aktuella gymkedjan inte svarade gjordes ett personligt besök på klubbarna. Vid detta möte kontaktades platschefen och information om studien gavs. Därefter bestämdes tid och plats för utförande av intervjuer.

En semistrukturerad intervju användes vid intervjutillfällena. En sådan intervju innehåller öppna frågor där respondenten fritt kan berätta om ämnet. En intervjuguide användes med indelning av relevanta teman och frågor vilket underlättade för både intervjuaren och respondenten då det blev enkelt att följa med under intervjuens gång (Polit & Beck 2012). Även följdfrågor av intresse till de teman/intervjufrågor som fanns i intervjuguiden ställdes. Detta för att generera ytterligare information av intresse för studien (Trost 2010).

Intervjuguiden (se bilaga 2) delades in i fem teman. Det första temat var en inledning där frågorna handlade om antal medlemmar och genomsnittligt antal dagliga besök på respektive av de i studien ingående träningsanläggningarna samt medlemmarnas ålder och könsfördelning. Nästa tema rörde gymmets riktlinjer kring hantering av ätstörningsärenden. Det tredje temat rörde hantering i praktiken av dessa fall, det vill säga hur personalen konkret går tillväga. I det fjärde temat ombads respektive platschef beskriva exempel på eventuella aktuella fall som påträffats. Det femte och sista temat berörde tankar och åsikter om hanteringen av medlemmar som misstänks lida av ätstörning.

Inför intervjuerna gjordes en pilotintervju (Bryman, 2011) med en bekant till författarna för att undersöka om intervjuguiden var hållbar. Efter justeringar var guiden klar för att genomföras med de olika respondenterna.

De respondenter som intervjuades valdes utefter att de frivilligt ville delta i studien. Det var sex personer som tackade ja. Bekantskap mellan författarna och respondenterna fanns inte. Intervjuerna påbörjades genom en presentation av intervjuerna och respondenterna informerades om det forskningsetiska förhållningssättet, det vill säga att all data behandlas konfidentiellt och att de hade möjlighet att avbryta intervjun när som helst (Bryman, 2011). Varje intervju tog cirka 45 minuter. Vid intervjutillfällena spelades intervjun in för att därefter transkriberas. Detta gjordes av intresse både för vad respondenten sade och på vilket sätt denne sade det. Respondentens gester och tonfall analyserades (Bryman, 2011). Öppna frågor ställdes till respondenterna och det gavs tid för reflektion. Vid utformandet av intervjuguiden undveks frågor som kunde besvaras med ja och nej för att på så sätt öka chansen till innehållsrika och detaljerade svar (Polit & Beck, 2012). Det är väsentligt att uppmuntra

respondenten att uttrycka sina känslor och tankar kring ämnet för att sedan kunna analysera de bakomliggande meningarna (Bryman, 2011).

Intervjuarna försökte uppträda så avslappnat och neutralt som möjligt, detta för att respondenten inte skulle känna press eller nervositet. Efter de sex intervjuerna bedömdes att tillräckligt underlag fanns för att påbörja analysen.

### Databearbetning och analys

Syftet med en kvalitativ ansats är att organisera, få fram innehållsrik data samt att strukturera den insamlade data (Polit & Beck, 2012). I denna studie användes en innehållsanalys som strategi för tolkning och granskning av text. Innehållsanalys innebär ett sökande efter de bakomliggande teman som finns i den text, intervju, som analyseras (Bryman, 2011).

Första steget efter datainsamlingen var att transkribera ljudinspelningen. Ljudinspelningen transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället. Genom transkribering var målet att finna likheter och skillnader i texten. Utefter dessa likheter och skillnader skapades kategorier och teman. Analyseringen av texten gjordes med en induktiv ansats, vilket innebär att texten granskas förutsättningslöst (Granheim & Lundman, 2004). Meningsbärande delar av texterna plockades ut till meningsenheter vilka i sin tur kondenserades för att göra texten mer lätthanterlig. Efter kondensering skapades koder som kortfattat beskriver dess innehåll. Efter kodning fanns flera koder med liknande innehåll vilka fördes samman till en underkategori. Flera underkategorier med samma innehåll blev därefter huvudkategorier (Se tabell 1). Genom att tolka underliggande budskap i varje kategori kunde sedan ett tema konstrueras. De kategorier som analyserades fram blev det latent innehåll i texten (Granheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Bearbetning samt kodning av data med hjälp av innehållsanalys.

Citat ur Intervju	Citat kondenserad	Tolkning	Underkategori	Kategori
<i>"Jag kan inte gå in och säga att "du är sjuk", "du har anorexia" eller att "du har ätstörningar". För det är inte mitt jobb, jag är ingen läkare."</i>	Kan inte avgöra om någon har en ätstörning, det kan endast läkare göra.	Har inte kompetens att avgöra om någon har en ätstörning eller ej.	Saknar formell utbildning	Avsaknad av kompetens
<i>"Vi är ju inte utbildade, vi är ju inge psykologer på nåt sätt, läkare eller har jobbat med nån med ätstörningar så det är ju en jättesvår grej att ta."</i>	Kan bara konfrontera och hänvisa till hjälp eftersom saknar utbildning att behandla ätstörningar.	Avsaknad av kompetens för att utöva behandling problematiserar hantering.		
<i>"Jag tog över här och gick en upplärningsmånad, under den månaden så började vi alltså hantera det här fallet då... därmed att jag tackade ja till denna intervju, annars hade jag inte kunnat säga så jättemycket om hur det funkar."</i>	Hade inte kunnat förklara hur ätstörningshantering går till utan praktisk erfarenhet.	Hade saknat kunskap helt utan erfarenhet.	Yttre erfarenheter	
<i>Däremot har jag bekanta som har haft ätstörningar, anorexia helt enkelt. Eh, inte så att jag vart jätteinvolverad i det själv."</i>	Har erfarenhet från nära och kära som varit drabbade men har inte varit så involverad.	Förlitar sig på personliga erfarenheter.		
<i>"(...)min tanke är väl att utbildning, vad den gäller, i all ära men, om det är högskoleutbildning eller om det är utbildning om att stå i reception eller om ätstörningar, är ju en bra grund att stå på men... även i det här fallet då så är väl den verkliga erfarenheten en väldigt stor, hög bonus."</i>	Har ingen utbildning och utbildning är en bra grund att stå på men erfarenhet är det som är användbart i praktiken.	I praktiken är erfarenhet viktigare än utbildning.	Värdering av kompetensutveckling	
<i>"Jag skulle ju vilja vara med om det själv, jag skulle vilja se olika personer, hur är de? Hur ser de ut? Hur mår de? Alltså egentligen vill jag ju inte träffa på någon, men det finns ju där ute och då måste man ju vara öppen för det."</i>	Vill skaffa sig bred erfarenhet i ätstörningshantering men vill inte behöva hantera någon.	Vill ha kompetens för att kunna känna sig säker i ätstörningshantering.		

## Forskningsetiska frågor

Det finns fyra forskningsetiska frågor man bör hålla sig till vid en intervju. De fyra huvudkraven är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*.

*Informationskravet* innebär att respondenten ska få information kring den aktuella studiens syfte. Personen har rätt att veta att deltagandet är frivilligt och har rättighet att dra sig ur när den vill. Personen ska även bli underrättad om vad som ingår i undersökningen (Bryman, 2011). Därmed fick respondenterna information kring intervjuerna och syftet med den vetenskapliga forskningsstudien. Respondenterna ställde upp frivilligt och fick information om att de när som helst kan dra sig ur eller välja att inte svara om någon fråga kändes opassande.

*Samtyckeskravet* innebär att respondenten själv har rätt att bestämma om sin medverkan. Respondenten själv bestämmer hur lång tid de vill medverka samt under vilka villkor personen ställer upp. Är personen minderårig krävs vanligtvis intyg från målsman som godkännande (Bryman, 2011). Respondenterna var alla myndiga och fick förklarat de rättigheter de hade enligt samtyckeskravet. De fick information om att de kunde dra sig ur forskningsstudien när som de önskade.

*Konfidentialitetskravet* innebär att alla de uppgifter som uppges ska vara anonyma. Kravet innebär att respondenten och dess uttalanden är anonyma. (Bryman, 2011). Vid intervjutillfällena underrättades dessa tydligt om att det som respektive respondent uttrycker behandlas konfidentiellt och att varken respondentens eller den aktuella gymkedjans namn kommer att delges eller beskrivas.

*Nyttjandekravet* är det fjärde kravet och innebär att de uppgifter som kom att samlas in endast får användas i vetenskapligt forskningssyfte. I denna studie valdes att inte samla in några personuppgifter från respondenterna då detta inte var relevant.

## Resultat och analys

I detta kapitel kommer resultatet av studien att presenteras. I resultatet kunde följande kategorier kodas för att tydliggöra resultatet för läsaren: *Saknar kompetens*, *Subjektiva bedömningsmetoder*, *Värna om individens integritet*, *Moraliskt dilemma*, *Känslomässigt (negativt) engagemang*, *Avsäga sig ansvaret* samt *Hopplöshet* (Se figur 1), några kategorier med underkategorier. Inledningsvis redovisas vissa deskriptiva data gällande de i studien ingående träningsklubbar och deras riktlinjer vid misstänkt ätstörning, samt utbildning kring detta till platscheferna. Respondenterna kommer att anges som A-F för att kunna hänvisa till var och en vid citaten.

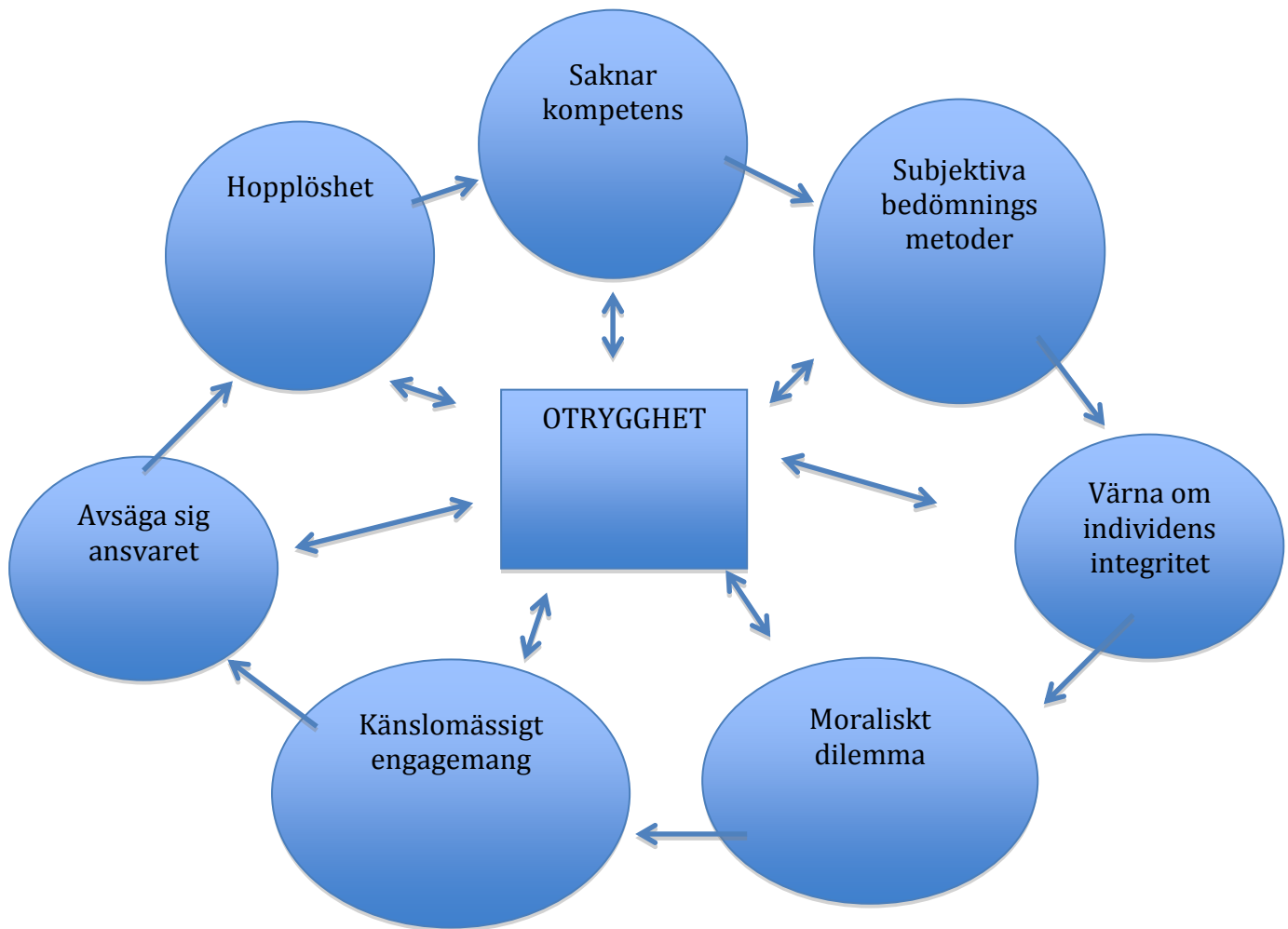
De besökta klubbarna har mellan 1000 och 7500 medlemmar som i genomsnitt tränar en till två gånger i veckan. För att få träna utan målsmans sällskap är åldersgränsen 15 år. Respondenterna uppskattade att genomsnittsåldern är 25 år. Könsfördelningen hos medlemmarna är jämn, två respondenter uppskattar att det är något fler kvinnor än män som tränar.

Respondenterna får viss utbildning angående ätstörningar i form av föreläsningar. Föreläsningarna framförs av personer med hög kompetens inom området. Respondenterna för i sin tur vidare kunskapen till sin personal.

På varje klubb finns ett dokument som förklarar riktlinjer vid misstänkt ätstörning. I dokumentet finns en lista på synliga tecken vid ätstörningar. En platschef läser högt ur dokumentet:

*Det kan vara svårt att bara genom att titta på en person avgöra om han eller hon har ätstörningar. Bara för de är smala behöver de inte ha ätstörningar. Vissa tecken är dock vikt nedgång, för mycket träning, manisk träning, personligt inåtvänd, personligt isolerad, nedbrytning av muskelvävnad och fett etc (Respondent B).*

Riktlinjerna anger att platschefen är ansvarig för all hantering av misstänkt ätstörning. Personalen får inte hantera en medlem de misstänker lida av en ätstörning. Platschefen ska ta kontakt med medlemmen, fråga hur denne mår samt hjälpa personen i den mån det går. Förnekar personen sin misstänkta ätstörning kan respondenterna kräva ett läkarintyg som visar att den träning personen utför inte är skadlig. Riktlinjerna avråder från att stänga av medlemmar med misstänkta ätstörningar eftersom medlemmen då kan fortsätta sin träning på annat gym. Vidare framgick i intervjuerna att trots att respondenterna ska använda sig av samma dokument så hade inte alla tagit del av det.



Figur 1. Problem som platschefer ställs inför vid hantering av misstänkt ätstörning, samt dess konsekvens; otrygghet.

### Saknar kompetens

Respondenterna uttrycker tydligt att de saknar kompetens för att på ett tryggt sätt hantera situationer som uppstår när en medlem misstänks lida av en ätstörning. De kan inte redogöra för ett optimalt tillvägagångssätt från första misstanke till avslutande av ätstörningsärende. Tre underkategorier kunde urskiljas ur detta: *formell utbildning, externa erfarenheter och värdering av kompetensutveckling.*

### Formell utbildning

Respondenterna ansvarar för att alla som arbetar på klubbarna har kunskap att upptäcka ätstörningar. En av respondenterna, en platschef som arbetat på sin post mindre än ett halvår och ännu inte har varit i kontakt med något ätstörningsärende, upplever att det dokument som finns till förfogande är ett stöd. Respondenterna beskriver att de varken kan ställa diagnos eller behandla medlemmar de misstänker lida av ätstörningar men förväntas ändå försöka hjälpa dem, vilket de inte känner sig kompetenta att göra.



*Jag kan inte gå in och säga att du är sjuk, du har anorexia eller att du har ätstörningar. För det är inte mitt jobb, jag är ingen läkare (Respondent A).*

Vidare berättar en respondent att utan praktisk erfarenhet av ätstörningar skulle kunskap om dessa saknas helt.

*Jag tog över här och gick en upplärningsmånad, under den månaden så började vi alltså hantera det här fallet då... därmed att jag tackade ja till denna intervju, annars hade jag inte kunnat säga så jättemycket om hur det funkar (Respondent A).*

### Externa erfarenheter

Då respondenterna saknar formell utbildning, med undantag av enstaka föreläsningar, förlitar de sig på externa erfarenheter. I intervjuerna följer berättelser om närstående som varit drabbade.

*(...) jag har väl egentligen ingen professionell erfarenhet av ätstörning. Däremot har jag bekanta som har haft ätstörningar, Anorexia helt enkelt. Eh, inte så att jag vart jätteinvolverad i det själv (Respondent F).*

Berättelser om hur de sökt på nätet och pratat med bekanta som arbetar med annan typ av vård framträder. Detta bekräftar att de behöver leta kunskap och erfarenhet utanför sin tjänst för att kunna hantera ätstörningsärenden inom tjänsten.

*I den här vevan så läste jag på lite då jag har en svärmor som jobbar med missbrukarbarn, inte med Anorexia men droger och alkohol och lite sådana grejer. Jag pratade lite med henne då. Jag läste lite och det fanns en bild på Internet som jag tyckte var väldigt bra och där är det en tjej som står framför spegeln som har anorexia där spegelbilden är en tjock tjej (Respondent D).*

### Värdering av kompetensutveckling

Respondenterna förklarade att olika typer av kompetens är till olika grad användbar. De värderar praktisk erfarenhet högre än teoretisk utbildning.

*(...)min tanke är väl att utbildning, vad den gäller, i all ära men, om det är högskoleutbildning eller om det är utbildning om att stå i reception eller om ätstörningar, är ju en bra grund att stå på men... även i det här fallet då så är väl den verkliga erfarenheten en väldigt stor, hög bonus (Respondent C).*

En respondent anser att praktisk erfarenhet är eftersträvansvärt för att kunna hantera en misstänkt ätstörning.

*Jag skulle ju vilja vara med om det själv, jag skulle vilja se olika personer, hur är de? Hur ser de ut? Hur mår de? Alltså egentligen vill jag ju inte träffa på någon, men det finns ju där ute och då måste man ju vara öppen för det (Respondent E).*

Gymkedjan beskrivs, av respondenterna, ha en ambition att uppmärksamma ätstörningsproblematiken i större omfattning. De utvecklar dock varken kompetens, riktlinjer eller tillvägagångssätt i dagsläget.

*Jag har ju bara jobbat här i företaget sen i december och sen dess har vi haft en föreläsning, men regionchefen har sagt att vi ska ta tag i det (...) Vi vill ju bli rena, vara ett rent gym (Respondent A).*

*Ja, sen jag börjat jobba (fyra år sedan) har vi pratat om det att det är så vi går tillväga. Sen har det vart mer uppe i ropet på olika perioder (Respondent B).*

Detta tolkas som att företaget har svårt att värdera problematiken, det vill säga hur mycket resurser som är värt att lägga på detta område.

### Subjektiva bedömningsmetoder

Då kompetens saknas speglar subjektiva uppfattningar respondenternas hantering av ätstörning. Informationen i dokumentet är begränsad vilket innebär att den subjektiva bedömningsförmågan spelar roll vid misstänkt ätstörning. Trots att respondenterna säger sig sakna kompetens går det att utläsa att de till viss del litar på sin subjektiva och intuitiva förmåga att avgöra huruvida en medlem lider av en ätstörning eller ej. Underkategorierna som urskiljs är: *Sjukdomsuppfattning, Subjektiva diagnosmetoder samt Subjektiva tolkningar av riktlinjer.*

### Sjukdomsuppfattning

Respondenterna beskriver sina uppfattningar av ätstörningar i vaga begrepp som "tror, nog och antar" vilket tyder på subjektiva upplevelser snarare än fakta.

*Det existerar, ja det gör det och det är **nog** i större utsträckning än man **tror**. (ang ätstörningar) Det har varit en, för henne, tuff process **antar** jag (ang medlem med ätstörning) (Respondent B).*

Vidare speglas de subjektiva uppfattningarna av ätstörningar som ett kvinnligt problem då de, när de pratar om en hypotetisk ätstörning, alltid pratar om hon/henne, trots att de vet att även män drabbas.

*Är det så att hon, eller han ska jag också säga, för det finns ju killar också (Respondent E).*

### Subjektiva diagnosmetoder

Vid misstanke om ätstörning blir den subjektiva metoden avgörande då den objektiva metoden inte är tillräcklig. Listan på synliga tecken för ätstörning i informationsdokumentet kan användas, dock mer som verktyg att styrka redan befintlig misstanke. Dokumentets användbarhet värderas relativt lågt.

*Ja det är väl det, första hand är det väl känslan och sen listan om det stämmer överens med personen (Respondent C).*

Relevansen för ätstörningsmisstanke bedöms subjektivt, både visuellt och beteendemässigt. Upplever platschefen att en medlem är ohälsosamt smal samt tränar mycket ger det upphov till misstanke om ätstörning.

*Vi såg ju på den här personen att hon var ju för smal eller för... det såg inte hälsosamt ut. I den vevan då, det kan jag ju säga att det sker ibland, att man går in och kollar på en person, vi har ju inpasseringstider och statistik och hur träningen ser ut och ser man då att den här tjejen får vi ta och titta lite på, vi är lite osäkra kanske. Då är det inte bara jag, utan även personalen då att Shit hon har tränat i två månader, varje dag tre timmar om dagen plus hälften av dagarna så har hon även vart här på kvällen. Då kan man ju börja ana oråd, att då är det någonting som inte är hundra (Respondent A).*

Respondenterna anser sig kunna avgöra om en person lider av en grav ätstörning genom att använda sig av subjektiva bedömningsmetoder samt att kolla dess träningsstatistik. Dock uppstår större problematik när misstanke finns men individen inte är vad de anser vara ett självklart fall.

*Sen såklart om någon är riktigt sjuk i Anorexi så det går ju inte att ta miste på (Respondent F).*

De förklarar att den erfarenhet de har, genom att arbeta inom gymbranschen, ger en förmåga att visuellt avgöra om en person lider av en ätstörning på samma sätt som de bedömer dopingmissbruk. Genom att vara uppmärksam ses en förändring av kroppsform hos individen.

*Nej men jag har ju mina kollegor som har varit i branschen lite längre, de ser personer dagligen samt hur de förändras. Likadant med killarna som växer onaturligt snabbt, då vet jag direkt att okej det där är steroider (Respondent C).*

De upplever en viss problematik med sin subjektiva bedömning när de berövas på visuella intryck då personer med ätstörningar försöker dölja sina symptom med bylsiga kläder.

*Och kommer en person då, det här var ju i vintras då och då hade hon ju en jättelång parkasjacka på sig, extralång modell och lite höga stövlar så man såg ju inte (Respondent E).*

### Subjektiva tolkningar av riktlinjer

Det framgår tydligt att riktlinjerna inte täcker den process som krävs för att hantera ett ätstörningsärende. Respondenterna förklarar att de enligt riktlinjerna ska konfrontera medlemmen som misstänks lida av en ätstörning samt erbjuda hjälp. Längre än så räcker inte riktlinjerna vilket öppnar för subjektiv tolkning. Hur mycket ansvar som ska tas efter att riktlinjerna tar slut är upp till varje platschef att avgöra.

*Personalen säger till mig och jag tar kontakt med personen. Och säger hej jag ser dig, jag kan hjälpa dig, du behöver inte ha det såhär. Sen beror det på hur hon/han möter upp, så får man ta det därifrån (Respondent E).*

Respondenterna förklarar att de har ett ansvar för att se till att klubbens medlemmar mår bra. Dock är det diffust om de bör följa upp individens sjukdom eller om de bör stänga av individen vid vad de anser vara en svår ätstörning.

### Värna om individens integritet

Det framkom att de var viktigt för respondenterna att inte inkräkta på de ätstörningsmisstänkta medlemmarnas integritet. Underkategorier som urskiljs är: *Nervositet vid konfrontation*, *Diskretion* samt *samhällspåverkan*.

#### Nervositet vid konfrontation

Respondenterna uttryckte en nervositet inför att konfrontera en medlem de misstänker lida av en ätstörning. De förklarar att nervositeten grundar sig i en rädsla för att kränka dennes integritet, detta trots att syftet är att hjälpa individen.

De förklarar att de försöker utföra konfrontationen så varsamt som möjligt och därmed inte uttrycka sina misstankar rakt ut, detta för att undvika känslan av integritetskränkning. De använder därför fraser som ”hälsosam träning” istället för ”ätstörning”.

*Ska man träna här så ska man må bra. Vi proklamerar en hälsosam träning. Det är ju det vi kan gå in och säga att vi ser på dig att din träning inte är hälsosam* (Respondent F).

De vill få den ätstörningsmisstänkta medlemmen att känna att den är under uppsyn snarare än att den är anklagad för att lida av en ätstörning.

*Vi började faktiskt med att vi pratade med henne. Helt allmänt bara. Frågade hur det gick med träningen och hon backade väl tillbaka till att börja med och ”varför undrar ni det?” och ”vad är problemet?” liksom. ”Hur går det med träningen” liksom och då, till slut, kanske så förstod hon kanske att vi hade lite koll på henne* (Respondent C).

Det framkommer att det ibland är svårt att avgöra om en individ har en tunn kroppsbyggnad eller om den eventuellt lider av en ätstörning. Detta är en ytterligare risk att inkräkta på individens integritet då denne kan ha komplex för sin smala kropp och ta illa vid sig om en konfrontation på felaktiga grunder sker.

*Och det kan ju vara folk som har komplex för att de är så smala. Kommer då någon och ifrågasätter kroppsbyggnaden blir det ju inte bättre* (Respondent A).

Även könsaspekten spelar stor roll enligt respondenterna. De menar att det känns mer inkräktande för en manlig platschef att konfrontera en misstänkt medlem som är kvinna och vice versa. Platschefen förklarar att det är mer kränkande att anklaga en man än en kvinna för att vara för smal. Enligt respondenten säger normen att det är positivt för kvinnor att vara smala men negativt för män.

*Det har vart en kille som var väldigt, väldigt smal och där känns det nästan ännu värre. Att säga det till honom. Det kan ju bli väldigt fel. De kan ju ha komplex för det. En tjej kan ju*

*nästan åh tycker du att jag är smal? (positivt). Säger du till en kille så är det ju ofta mer känsligt. Det är väldigt svårt (Respondent F).*

### Diskretion

Personalen på klubben informerades av platschefen om individen med misstänkt ätstörning då det bör finnas en viss uppmärksamhet kring denne. Respondenterna poängterar dock att det är viktigt att skydda medlemmens integritet, varvid information om denne hanteras konfidentiellt. Information delges dock till anställda som kan komma att vara i kontakt med medlemmen. Respondenterna berättar att personalen vanligtvis redan är medveten om problemet när de informeras då de sett medlemmens kroppsform förändras. Genom subjektiv bedömning fanns alltså redan misstankar kring individen.

*Jag berättar ju uppföljningen men inte ingående om vad hon har sagt eller hon har gjort, jag berättar bara att det här har hänt och det här kommer att hända (Respondent E).*

### Samhällspåverkan

Respondenterna talar om det smala ideal som media idag sänder ut. De förklarar att det ständigt sänds ut bilder och reklamfilmer på tjejer med ohälsosamt smala kroppar vilket leder till att samhället tror att det är så man bör se ut för att duga. Respondenterna menar att det kroppsideal som media sänder ut leder till fler ätstörningar hos kvinnor och är kränkande. De nämner att det vanligtvis är bilder på tjejer och fokuserar därför huruvida tjejer påverkas.

*Oh Herregud! Mediautveckling, tidningar, tv-reklam o allt det här. Det är sådana ideal, kvinnor kränks och det ökar ju (Respondent C).*

### Moraliskt dilemma

Att respondenterna, trots att de anser sig sakna kompetens, bär ansvaret för att försöka hjälpa medlemmar som misstänks lida av ätstörning leder till ett moraliskt dilemma. De känner att det är etiskt och medmänskligt rätt att hjälpa en medlem som lider av en ätstörning men då de inte har tillräcklig kompetens befarar de att de kan förvärra situationen ytterligare. Att inte göra någonting anser de dock vara etiskt inkorrekt.

*Ja det handlar väl om det moraliska dilemmat, hur mycket kan jag göra, utan utbildning. Ska jag gå fram och säga, du får inte träna här, det känns ju inte riktigt helt rätt. Om hon inte får träna vad gör hon då? Tar livet av sig? Det vet ju inte jag. Så jag känner, hur långt ska jag gå som platschef? (Respondent B)*

När en situation med ett ätstörningsfall uppstår kan detta innebära fara för livet vilket respondenterna ser ytterst allvarligt på. De förklarar att det uppstår ett moraliskt dilemma då de vill hjälpa personen, men de knappa resurserna begränsar deras tid.

*Jag har alltså inte tid att åka bort och stickkolla henne om hon verkligen var där eller hur det var då (Respondent D).*

*Jag har känt att det här tar för mycket energi från mig, från gymmet, vi har gjort det vi kan och så (Respondent D).*

Enligt den aktuella gymkedjans riktlinjer/policy, skall en medlem som misstänks lida av en ätstörning inte stängas av eller nekas tillträde till gymmet. De respondenter, som har erfarenhet av att hantera ätstörningsärenden i sin tjänst, ser dock det som en sista utväg och rättfärdigar ett sådant beslut med företagets affärsidé: *hälsofrämjande träning*. De menar att de agerat moraliskt försvarbart genom att inte stänga av medlemmen direkt utan att först försökt hjälpa den.

*Verksamheten, vi ska vara ett hälsogym man ska må bra, vi har våra lokaler öppna för att man ska få ett hälsosammare liv. Ser man att man inte har det så är det egentligen avstängning som gäller. Sen jobbar vi ju egentligen i hela företaget på att försöka hjälpa istället då. Hellre hjälpa än å stjälpa* (Respondent B).

De uttrycker en meningslöshet i att stänga av en medlem som misstänks lida av en ätstörning då medlemmen i så fall kommer att gå till ett annat gym. Om medlemmen får träna kvar kommer andra medlemmar att reagera negativt då de mår dåligt av att se en person utföra ett hälsoskadligt beteende. Detta resulterar då i ett moraliskt dilemma; att försöka hjälpa den ätstörningsdrabbade personen eller stänga av den eftersom resterande medlemmar blir upprörda över situationen.

*Det är ju mer för andra medlemmar. För det är ju vissa då som, med den här sjuka personen då, som... de mådde dåligt när de stod bakom den här sjuka personen när de träna* (Respondent C)

Respondenterna drar liknelser mellan ätstörningsproblematik och dopingproblematik. De menar att dopningsproblematiken snarare är en juridisk fråga medan ätstörningsproblematiken är en sjukdom som är svår att hantera och blir då en etisk/moralisk fråga. Därmed förklarar respondenterna att det är deras plikt, både i tjänsten och som medmänniska, att försöka hjälpa medlemmar som misstänks lida av ätstörning.

Det är oklart inom företaget hur mycket resurser som kan läggas på att hantera ätstörningar. Respondenterna får påtryckningar från ledningen att de ska försöka hjälpa medlemmar med ätstörningar, samtidigt får de inte tillräckliga resurser och företaget bromsar utvecklingen av ätstörningshanteringen. En respondent antyder att motivet handlar om ekonomi:

*Det var väl det efter den där föreläsningen då med hon som hade egen klinik, att vi skulle ha ett samarbete. Men det är ju också en kostnadsfråga. Det är ju inte nåt som är gratis. Då får man ju betala för det och då är ju frågan hur mycket ska vi stå för egentligen?* (Respondent C).

### Känslomässigt (negativt) engagemang

De respondenter som har erfarenhet av att hantera medlemmar med ätstörningar uttrycker att de tvingas engagera sig mer känslomässigt än vad de varit beredda på. Även efter avslutat ärende har de fortsatt tänka på medlemmen.

*För mig också har det varit tufft, mer än vad jag trodde egentligen* (Respondent A).

*Jag kan ju säga att jag tänker på det fortfarande ibland hur det går för henne, man tar det ändå personligt (Respondent D).*

De känner medkänsla och identifierar sig med medlemmar de misstänker lida av ätstörningar.

*Nu hoppas jag ju inte att det var för sent i det här fallet men pappan var ju medveten om det och alla lögner kom ju också. Man vet ju själv när man, kanske inte i något missbruk men, man försöker ju dölja det för ... man skäms ju mest för de nära och kära (Respondent F).*

Det känslomässiga engagemanget kan bli överväldigande, vilket klart uttrycks i följande citat:

*Nu var det här ett sånt extremfall och jag skulle helt ärligt säga att i slutet så kände jag bara att jag orkar inte ha detta i huvudet längre (Respondent A).*

### Avsäga sig ansvaret

Det framgår tydligt att respondenterna litar på sina subjektiva bedömningsmetoder för att avgöra om en medlem lider av en ätstörning trots att de säger sig inte kunna avgöra detta. De litar dock inte på sin förmåga att hjälpa medlemmar som lider av ätstörningar utan uttrycker en önskan att kunna skicka vidare fallet till kompetent vård. Önskan är dock problematisk då de inte litar på att sjukvården har de resurser som krävs för att ta hand om de personer vars ätstörning inte är långt framskriden.

*Sen är det svåra också att det är som det är inom vården. Hade det funnits platser så att man bara hade kunnat ta kontakt med någon vårdcentral. "Ok, bra då skickar vi in dom dit" så vet vi att dom får behandling. Men så är det ju inte. Du måste ju vara nästan dödligt sjuk för att komma in på behandlings (Respondent C).*

Respondenterna beskriver att de önskar att det skulle finnas extern personal som har kompetens att hantera dessa fall.

*Drömmen är att vi skulle ha en egen person som hade hand om detta. En person med bara doping, en med bara, en person som man kan ringa så fort ett fall uppstår och någon tar tag i det direkt, en direktkoppling, en jour nästan (Respondent F).*

Samtidigt uttrycker respondenterna att det inte känns etiskt rätt att tränga sig på en person när de själva varken har erfarenhet eller utbildning inom området. Därav önskan att kunna avsäga sig ansvaret genom att föra vidare individen till de som är professionella inom området.

Av respondenterna berättelser kan utläsas att situationen blir överväldigande. Även respondenten som uttryckte en vilja gällande ökad erfarenhet inom ätstörningshantering menade att det optimala skulle vara att skicka problemet vidare. De antydde även att det främsta ansvaret för medlemmen med misstänkt ätstörning ligger hos dess familj. Var individen i fråga inte myndig ansågs det positivt. Respondenterna och gymkedjan kunde då avsäga sig ansvaret eftersom rutinen i sådana fall var att låta vårdnadshavare hantera fallet.

*Så det bästa är ju nästan när de är under 18 för då kan vi ju ta kontakt med föräldrarna. och då kan man ju fråga mer med de men oftast är de ju över 18 (Respondent C).*

## Hopplöshet

Respondenterna känner en hopplöshet inför hantering av ätstörningsärenden. Enligt riktlinjerna ska de försöka hjälpa personer med misstänkt ätstörning. Dock ses avstängning som en sista utväg om personen i fråga inte förstår allvaret i sin sjukdom och vägrar hjälp.

*Skulle man se att någon, gud hon kan ju knappt stå på benen längre, då får man ju ta till avstängningen (ang. ätstörningar) (Respondent A).*

Respondenterna är dock av uppfattningen att en avstängning inte skulle leda till att en person som lider av ätstörning blir frisk eller mår bättre. De vill hjälpa medlemmar som misstänks lida av ätstörning men upplever att de saknar kompetens. De vill då kunna skicka vidare ärendet till en professionell extern aktör men litar heller inte på att vården har resurser att behandla alla de som drabbas av ätstörningar. Detta resulterar i en känsla av hopplöshet då de känner att de inte kan hjälpa individen på den nivå den behöver.

*Man ska prata med dem och frågar hur de mår. För om vi stänger av dem så går de bara någon annanstans. Man stänger ju inte av problemet genom att de bara inte får komma hit (Respondent E).*

## Sammanfattat resultat och tema: otrygghet

Otrygghet var det tema som övriga kategorier hade gemensamt. Respondenterna kände avsaknad av kompetens, vilket leder till att subjektiva bedömningsmetoder tas till. Respondenterna tvingas att söka kunskap utanför sin tjänst. Detta kan tolkas som att de värderar den kompetens de fått genom erfarenheter, både i sin tjänst och genom yttre erfarenheter, överdrivet högt. Respondenterna får begränsat stöd från regionchefen och tvingas därmed improvisera vid hanteringen av misstänkt ätstörning. De förklarar att de inte är kompetenta nog att diagnostisera eller behandla ätstörningar, dock framgår det i intervjuerna att de, till viss del, anser sig vara kapabla till detta. Respondenterna anser att det är svårt att identifiera var gränser för intrång i annan profession går. Detta resulterar i en rädsla för inkräkning vid eventuell konfrontation. Respondenterna anser att de gör vad de kan för att skydda sina medlemmars integritet men menar att det blir ett moraliskt dilemma att försöka hjälpa en sjuk medlem när de riskerar att göra situationen värre. Resurser som finns tillgängliga till att hantera individer som lider av ätstörning uttrycks som problematiskt för respondenterna.

Som en konsekvens av respondenternas brist på kompetens, antyds att de blir alltför känslomässigt engagerade. Därmed önskar de att kunna skicka vidare problemet, dock känner de en hopplöshet över att själva behöva bära ansvaret för ätstörningshanteringen och inte kunna avsäga sig ansvaret och samtidigt inte kunna lita på att ärendet hamnar i kompetenta händer.



Temat som kan utläsas ur resultatet är att respondenterna är otrygga i sin roll som ansvariga för ätstörningshantering.

## Diskussion

Här kommer en diskussion om genomförandet samt resultatet föras. Inledningsvis diskuteras metoden, därefter resultatet.

## Metoddiskussion

Denna kvalitativa studie har hjälpt oss att få en bredare kunskap om en gymkedja och dess platschefers hantering av, samt känslor kring, hanteringen av ätstörningar bland deras medlemmar. Intervjuerna och den efterföljande analysen belyser en problematik som uppfattas som känslig att hantera av respondenterna. Innan studiens början valde vi mellan att genomföra en kvalitativ eller en kvantitativ studie. Vi insåg att en kvantitativ studie inte kunnat belysa problemet på ett relevant sätt. Detta då vi behövde ställa följdfrågor för att få en djupare förståelse av ämnet vi ville undersöka (Bryman, 2011).

Intervjuerna spelades in för att i efterhand kunna transkriberas och detaljanalyseras (Bryman, 2011). Vi märkte dock att detta gjorde att respondenterna kände sig obekväma i början av intervjuerna. I och med inspelning kan respondenten känna sig pressad av att vartenda ord som sägs blir sparad och kan avlyssnas igen. Därmed inledde vi varje intervju med att berätta om oss själva och förklarade syftet med studien för att få respondenterna att slappna av.

I studien undersöktes endast sex klubbar vilket inte ger ett representativt resultat, då detta är för få klubbar för att få ett omfattande resultat. Relevant vore även att intervjua personalen på gymkedjan för att få fler infallsvinklar. Då endast platschefer intervjuades fick vi enbart deras åsikter om riktlinjerna.

## Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer en diskussion att föras kring de resultat som studien gett. Vi kommer dela in diskussionen i följande kategorier: *Saknar kompetens*, *Subjektiva bedömningsmetoder*, *Värna om individens integritet*, *Moraliskt dilemma*, *Känslomässigt (negativt) engagemang* samt *Avsäga sig ansvaret*.

### Saknar kompetens

Idag tränar en stor del av Sveriges befolkning på gym (Riksidrottsförbundet, 2014). Klubbarna i studien har mellan 1000 och 7500 medlemmar. Detta kan innebära problem då varken respondenterna eller resterande personal kan uppmärksamma varje medlem eftersom det är ett stort antal personer som passerar varje dag. Respondenterna berättar att det krävs att platschefen eller personalen finns på klubbarna regelbundet för att upptäcka förändring hos en medlem.

Respondenterna anser att de inte har tillräckligt hög kompetens för att hantera en person med misstänkt ätstörning. De förklarar att de inte har någon utbildning, utöver de enstaka

föreläsningar i ämnet de får. Enligt Jeremiejczyk (2007) krävs professionell utbildning till psykolog, dietist eller liknande för att hantera en person med misstänkt ätstörning. Detta stärker respondenternas känsla av brist på kompetens.

Enligt Shroff et al (2006) utför en person som lider av ätstörning vanligtvis överdriven träning för att rena dess kropp. Den överdrivna träningen är något som personen både förnekar samt kan sakna insikt om (Shroff et al., 2006). Då medlemmar vid den aktuella gymkedjan eventuellt saknar insikt om sin sjukdom (Socialstyrelsen, 2012) försvåras situationen att kommunicera med medlemmen. Detta medför att nervositet inför konfrontation uppstår hos respondenterna samt att de känner sig obekväma och otrygga i situationen. De menar att både utbildning och praktisk erfarenhet skulle hjälpa dem att känna trygghet vid hantering av en medlem som lider av ätstörning.

### Subjektiva bedömningsmetoder

Företagets riktlinjer var konfidentiella och avsedda enbart för personalen. I dessa nämns bland annat fysiologiska symptom för ätstörningar som torrt hår, ökad kroppsbehåring, nedbrytning av muskel- och fettvävnad samt blåa läppar. Dessa symptom är alla tecken på ätstörning enligt Treasure, Claudina & Zucker (2010).

Respondenterna förklarar att de inte enbart utgår från dessa riktlinjer utan också använder sig av sin subjektiva bedömningsförmåga. Enligt respondenterna är en utmärkt kropp det mest i ögonfallande symptomet för att misstänka ätstörning hos en medlem. Detta är dock bara ett av de kriterier som krävs för Anorexia Nervosa (Jeremiejczyk, 2007; Vårdguiden, 2012). Enligt WHO (2014) anses ett BMI under 18.5 som undervikt. Undervikt kan dock inte bedömas enbart av att titta på en person. Då respondenterna inte kan tvinga en medlem att väga sig blir detta problematiskt. Hur avgör då platschefen huruvida en person är underviktig eller inte? På den frågan gavs inga entydiga svar. Respondenterna utgår i dessa situationer från sin subjektiva bedömningsförmåga av medlemmens kroppsform samt använder den statistik om träningsfrekvens som förs i klubbarnas datasystem. Tränar medlemmen flera timmar, och eventuellt även flera gånger om dagen och respondenten kan koppla detta till de fysiologiska symptomen av ätstörningar bör hantering påbörjas. Enligt Shroff et al. (2006) innebär överdriven träning att personen får ångest om träningspassen är kortare än tre timmar per dag (Shroff et al., 2006). Detta stärker teorin om att den träningsfrekvens som anses som varningsklocka bland respondenterna är korrekt.

Då respondenterna berättar att det vanligtvis är kvinnor som blir misstänkta för ätstörning uppstår fundering kring om de missar att även män drabbas av detta. Enligt Giordani (2005) drabbas främst flickor/kvinnor vilket stärker respondenternas teori kring att det vanligtvis är flickor som uppmärksammas. Detta kan vara ett problem då de riskerar att missa att uppmärksamma även mäns beteende och träningsfrekvens.

Respondenterna förklarar att de litar på sin subjektiva bedömningsförmåga vid misstänka ätstörningsfall, dock förklarades tidigare att de inte litade på sin kompetens att hantera problemet. Detta medför att de måste förlita sig på sin subjektiva förmåga. Enligt Kass, Kolko

& Wilfley (2009) krävs en evidensbaserad behandling för att hantera en individ med ätstörning. Detta innebär att respondenterna inte kan hantera en medlem med ätstörning då de saknar kompetens inom området och att de därför bör skicka individen vidare till evidensbaserad vård. Palmer (2002) menar att det kan vara enkelt att förmoda att en person lider av Anorexia Nervosa. Dock krävs en bred vetskap om personens beteenden, uppfattningar samt historia för att kunna ställa en diagnos, även för läkare eller psykolog. Detta är ytterligare en bekräftelse på de känslor respondenterna har angående saknad av kompetens för hantering av misstänkt ätstörning.

### Värna om individens integritet

Joos, Cabrillac, Hartman, Wirsching & Zeeck (2009) har visat att personer med viss typ av Anorexia Nervosa kan reagera med större rädsla än en frisk person när de upplever ilska utifrån. Att som anorektiker bli konfronterad och få sin hälsa ifrågasatt av en platschef kan upplevas som ilska. Detta bekräftar respondenternas rädsla för att inte respektera den som lider av ätstörnings integritet. De upplever att det är etiskt fel att hantera medlemmen utan att ha en korrekt utbildning. Detta bekräftar Jeremiejczyk (2007) då han förklarar att utbildning krävs för att hantera en person med ätstörning.

Information om klubbarnas medlemmar hanteras konfidentiellt. Inga personuppgifter eller liknande får ges ut om personen är över 18 år. Det anses viktigt att hantera detta noggrant för att undvika etiska misstag samt integritetskränkning (Offentlighets- och sekretesslag, 2009). Respondenterna förklarar att när en situation uppstår är det mest bekvämt om medlemmen är under 18 år, då de kan ta kontakt med vårdhavarna och förklara situationen. Är individen under 18 år är vårdhavarna ansvariga för dennes hälsa och huruvida denne behöver vård (Bryant-Waugh & Lask, 2002). Är medlemmen myndig försvåras situationen då gymkedjan har tystnadsplikt om medlemmarna samt att dennes vårdhavare inte är ansvariga på det sätt som för en omyndig medlem. Respondenterna får varken kontakta vårdhavare, vänner eller liknande då detta hade brutit mot sekretesslagen (Offentlighets- och sekretesslag, 2009).

### Samhällspåverkan

Stor del av media sänder idag ut snedvridna ideal som visar hur du bör se ut (Stice, 2002; Wesslén, 2000). Enligt Stice (2002) är idealbilden för kvinnor att sträva efter en smal kropp. Denna smala idealbild kan medföra att kvinnor internaliserar idealet och blir därmed missnöjda med sina kroppar. Detta i sin tur kan leda till en ohälsosam besatthet av viktkontroll och dieter. Respondenterna förklarar att denna snedvridna syn är en kränkning gentemot kvinnor då de ständigt matas med bilder på ohälsosamt smala kvinnor genom reklam eller liknande. Detta bekräftas av Stice (2002) som menar att de kroppar som syns i media inte representerar samhället och att det ohälsosamt smala ideal som porträtteras riktar sig främst till kvinnor.

### Moraliskt dilemma

Frågor som "Får vi hantera ett ätstörningsfall?", "Kan vi hantera dessa?" förekom frekvent hos respondenterna. Moraliska dilemman uppstår då platscheferna är medvetna om att

kompetens är viktigt för att hantera en medlem med misstänkt ätstörning men upplever sig sakna sådan.

Enligt Kass, Kolko & Wilfley (2009) krävs evidensbaserade metoder samt utbildning för att hantera en person med ätstörning. Det uppstår ett moraliskt dilemma för respondenterna då de inser att detta kan vara på "liv eller död". Cirka tio procent av de som lider av ätstörning dör varje år, vilket visar på sjukdomens allvar (KÄTS. u.å.). Respondenterna anser att det är viktigt att reagera och uppmärksamma situationen. Det ansågs som etiskt fel att blunda för situationen samtidigt som det inte är moraliskt rätt att hantera den, på grund av kompetensbrist. Respondenterna i undersökningen var ense om att de ändå bör hantera situationen utifrån den erfarenhet och kompetens de har. Då de har begränsade resurser är tiden till hantering av ätstörning knapp inom företaget. Som tidigare nämnts använder respondenterna sig av ett datasystem där de kan granska medlemmens träningsfrekvens. Detta används då de vill hindra personer med misstänkt ätstörning att överträna då detta kan bli livshotande om man har en utmärglad kropp. Enligt Shroff et al. (2006) ger överdriven träning ett förlängt sjukdomsförlopp och större risk för återfall uppstår. Schroff et al. (2006) menar även att denna grad av träning kan bli livshotande vilket även respondenterna uttryckte.

I detta fall ställs respondenterna inför det moraliska dilemmat mellan att stänga av medlemmen eller låta den fortsätta träna under uppsikt. Då resurserna är knappa finns inte den tid som krävs för att ha full uppsikt över medlemmen och dess träning vilket kan leda till att medlemmen fortsätter med sin frekventa träning.

Enligt Offentlighets- och sekretesslag (2009) får information om medlemmarna inte ges ut om denne är myndig. Som tidigare nämnt är detta något som försvårar situationen för respondenterna då de inte får ta kontakt med närstående till medlemmen. Detta leder till att respondenten står med situationen i egna händer. De förklarar att de önskar att få ringa till dennes vårdhavare och förklara situationen, men detta vore att bryta mot offentlighets- och sekretesslagen (2009). Här ställs de inför dilemmat att bryta mot en lag eller försöka hantera situationen själva.

#### Känslomässigt (negativt) engagemang

Respondenterna beskriver att de engagerar sig både moraliskt och känslomässigt. Den känslomässiga delen har kommit att bli större än vad de innan de ställts inför ett ätstörningsärendet, trott. Efter hantering av en medlem som lider av ätstörning har de fortsatt tänka på personen och situationen. Då respondenterna inte har någon utbildning i hur man hanterar sådana ärenden rent psykologiskt försvåras situationen. De har inte tillräcklig kompetens att hantera känslorna på ett professionellt sätt vilket även påverkar deras privatliv. Enligt Kass, Kolko & Wilfley (2009) krävs en psykologisk utbildning för att hantera personer som lider av ätstörning vilket bekräftar de negativt känslomässiga engagemang som respondenterna känner.

Respondenterna förklarar att det inte enbart är genom deras tjänst som de engagerar sig i dessa situationer utan att det är av medmänsklighet. De anser sig ansvara för medlemmen då

de känner ett samhällsansvar för denne. De menar att blunda för en såpass allvarlig situation vore ansvarslöst. Enligt Stice (2002) bär samhället ansvar för dessa situationer då det är media som sänder ut ohälsosamma ideal. Respondenterna menar att de ska försöka arbeta mot ohälsosamma ideal och arbeta för hälsosamma ideal.

### Avsäga sig ansvaret

Att slussa ätstörningsfallen vidare till professionell vård var en önskan hos samtliga respondenter. Dock är resurserna knappa vilket medför brist på professionella tjänster gällande ätstörningar inom företaget. Detta är särskilt oroande då inte heller samhället anser sig ha resurser då kostnaderna är höga vid behandling av personer som lider av ätstörning (Västra Götalandsregionen, 2012).

Vid hantering av personer som lider av ätstörning krävs utbildad personal som följer upp personen i fråga och ger denne den hjälp som krävs. Hanteringen kräver behandling under hela sjukdomsförloppet, vilket respondenterna varken har kompetens eller tid till (Jeremiejczyk, 2007).

## Slutsats

Då respondenterna saknar kompetens vid hantering av ätstörning krävs utbildning i hur hantering bör gå till då de känner sig otrygga i sin roll. De behöver också hjälp med att hantera de negativa känslor som följer: *Saknad av kompetens, Subjektiva bedömningsmetoder, Värna om individens integritet, Moraliskt dilemma, Känslomässigt negativt engagemang, Avsäga sig ansvaret* samt *Hopplöshet*. De enstaka föreläsningar de får i dagsläget räcker alltså inte för känna att de har tillräcklig kompetens inom området. Kompetensutveckling är en kostnadsfråga då företaget har begränsat med resurser. Vid behandling av ätstörning uppstår höga kostnader, då anställning av psykologer och dietister bör ske, vilket gymkedjan inte är beredda att lägga resurser på. Ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och gym-företag rekommenderas då respondenterna i så fall kan få resurser till professionell hjälp, som hälso- och sjukvården besitter, med att hantera medlemmar med misstänkt ätstörning.

Idag har respondenterna riktlinjer att förhålla sig till, dock är dessa bristfälliga då de endast förklarar synliga tecken på ätstörning samt en kortare förklaring om hur ätstörningsärenden ska hanteras. Dessa riktlinjer förklarar dock endast hur en konfrontation ska genomföras och att avstängning ej ska ske. Hantering av en individ som lider av ätstörning kräver koppling till professionell hjälp, via sjukvården, under hela sjukdomsförloppet. Vi hävdar att respondenterna behöver ha ett externt organ där de kan få professionell hjälp och vägledning.

### Framtida forskning inom området

Studien är inte representativ för hur svenska gymkedjor går tillväga vid hantering av misstänkt ätstörning hos medlemmar, då den berör få klubbar och endast en gymkedja. Vidare forskning krävs för att fastställa om personer som lider av ätstörning hanteras på samma sätt på de olika gymkedjor som finns representerade i Göteborg. För vidare forskning bör fler

klubbar och gymkedjor undersökas. Vidare forskning kring vilka resurser som finns i samhället samt vilka samarbeten som skulle kunna skapas mellan gym och hälso- och sjukvård är relevant.

## Referenser:

- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (2002). Childhood Onset Eating Disorders. In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity; A comprehensive handbook* (s. 210-214). New York: Guilford Press.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*(22), 153-160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010
- Fairburn, C. G & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
- Giordani, S. (2005). *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. New York: Oxford University Press Inc.
- Granheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2001). Thin Media Images. *The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review*, 31. doi:10.1002/eat.10005
- Jansson, F. (2012). *Gymkultur i förändring: Kvinnogym* (Kandidatuppsats). Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala Universitet. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:603001/FULLTEXT01.pdf>
- Joos, A. A. B., Cabrillac, E., Hartman, A., Wirsching, M. & Zeeck, A. (2009). Emotional Perception in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 318–325. doi:10.1002/eat.20621

- Kass, A. E., Kolko, R. P. & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 549-555. doi:10.1097/ICO.0b013e328365a305
- Kontic, O., Vasilevic, N, Trisovic, M., Jorga, J. & Gasic, M. J. (2012). Eating Disorders. *Srp Arh Celok Lek*, 140, 9-10. doi:10.2298/SARH1210673K
- Kunskapscentrum för Ätstörningar. (u.å.). *Ätstörningar i siffror*. Hämtad 2014-05-08, från <http://www.atstorning.se/har-jag-en-atstorning-2/fragor-svar-2/atstorningar-i-siffror/>
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S., Bulik, C. M., Aggen, S. H., Kendler, K. S. & Neale M. C. (2010) A twin study of specific bulimia nervosa symptoms. *Psychological Medicine*, 40, 1203-1213. doi:10.1017/S003329170999122X
- Offentlighet och skretesslag (2009). *Inledande bestämmelser - Lagens innehåll*. Hämtad 2014-05-15 från <https://lagen.nu/2009:400#A3>
- Olsson, M. (2013, 30 mars). *SVT Nyheter*. Hämtad 2014-05-08, från <http://www.svt.se/nyheter/regionalt/tvarsnytt/gymtraningen-okar-men-inte-folkhalsan>
- Palmer, R. L. (2002). Clinical Assessment of Patients with Eating Disorders. In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity; A comprehensive handbook* (s. 298-301). New York: Guilford Press.
- Parling, T. (2011). *Anorexia Nervosa: Emotion, Cognition and Treatment* (Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations, Faculty of Social sciences, 69). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-156641>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rangel, C., Dukeshire, S., MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite* 58, 124-132. doi:10.1016/j.appet.2011.08.024
- Riksidrottsförbundet. (2011). *Svenskarna idrottsvanor*.
- Socialstyrelsen. (2010). *Sjukskrivning vid anorexia nervosa*. Hämtad 2014-05-08, från [http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/anorexianervosa#anchor\\_1](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/anorexianervosa#anchor_1)
- Solenberger, S. E. (2001). Exercise and eating disorders: A 3-year inpatient hospital record analysis. *Eating Behaviors*(2), 151-168. doi:10.1016/S1471-0153(01)00026-5

Stice, E. (2002). Sociocultural Influences on Body Image and Eating Disturbance. In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity; A comprehensive handbook* (s. 103-107). New York: Guilford Press.

Treasure, J., Claudino, A. M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7

Trost, A. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vårdguiden. (2012b). *Anorexi*. Hämtad 2014-05-08, från <http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Anorexi/>

Vårdguiden. (2013). *Ätstörningar*. Hämtad 2014-05-08, från <http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Vad-ar-en-atstorning/>

Västra Götalandsregionen (2012). *Anorexia nervosa: En randomiserad behandlingsstudie*. Hämtad 2014-05-15 från <http://www.researchweb.org/is/vgregion/ansokan/5129>

Wesslén, A. (2000). *Teenagers and food: the impact of culture and gender on attitudes towards food*. Lic.-avh. Uppsala: Univ.

WHO (2014). *BMI Classification*. Hämtad 2014-05-13, från [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)



## Bilaga 1

### Email

Hej

Vi är två tjejer som läser sista terminen på hälsopromotions programmet på Göteborgs universitet och som just nu håller på med vårt examens arbete. Vi vill i detta arbete undersöka hur gym ställer sig till hantering av kunder med ätstörningar.

Vi har valt ut större gymkedjor/träningscenter i Göteborg där vi vill intervjua en platschef eller liknande angående hantering av ätstörningsfall hos medlemmar. Intervjun kommer att ta ca 45 minuter.

Om ni är intresserade av att delta vore vi tacksamma om ni hörde av er till oss så vi kan boka tillfälle för att genomföra vår intervju. All information i arbetet kommer att behandlas konfidentiellt, dvs allt material kommer att anonymiseras, både gymkedja/träningscentra och aktuell intervjuperson. Genom er medverkan kan ni bidra med viktig information och kunskap till ett område som är både viktigt och tidigare relativt obeforskat. Vi vore väldigt tacksamma om ni ville delta.

För frågor och funderingar kan ni ta kontakt med oss genom email eller telefonnummer, se nedan. Ni kan även kontakta vår handledare Stefan Pettersson på telefon 0702054751 eller via mail [stefan.pettersson@ped.gu.se](mailto:stefan.pettersson@ped.gu.se).

Tack på förhand!

Mvh Josefine Bergsten

Anna Larsson

Josefine Bergsten:

0737629770

[josefinebergsten.@gmail.com](mailto:josefinebergsten.@gmail.com)

Anna Larsson:

0763087541

[christina.anna@outlook.com](mailto:christina.anna@outlook.com)

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### **Introduktion av oss**

##### **Inledning**

Antal tränande individer, medlemmar, på detta gym – ett spann

Åldersspann – vanligt förekommande ålder?

Kön – kvinnor/män – mest besökande?

Åldersgräns – mest besökande?

##### **Riktlinjer**

Har personalen någon utbildning om ätstörningar?

Har ni i dag några riktlinjer angående hur ni hanterar synlig ätstörning hos medlemmar?

Beskriv.

Hur länge har ni haft dessa riktlinjer, någon förändring/utveckling?

Vad anser ni om era riktlinjer?

Finns det några begränsningar för ert ansvarsområde?

##### **Hantering i praktiken.**

När misstänker ni att någon har ätstörning? Kriterier.

Fastställer ni detta, hur? Hur bedömer ni detta?

Hur går ni tillväga när misstänkt fall uppstår? Vad anser ni om detta?

Har ni någon ansvarig person inom detta område ni kan vända er till när ett fall uppstår?

Finns det någon extern expert att kontakta?

Hur behandlas misstankar om ätstörning inom personalen?

Förekommer det undantag för eventuella riktlinjer (hur hantera det?)

Hur ser avstängningen/proceduren ut?

Hur lång tid ger ni personen (varningar?)

Hur vanligt är det att misstanke uppstår?

Hur vanligt är det att en avstängning sker?

##### **Aktuellt fall**

Finns det något fall ni kan berätta om? Hur ni gick tillväga och hur det kändes när ni pratade med individen?

Vilka känslor väcks hos er när ni genomför ett samtal? Vad får individen er att känna?

Hur var responsen hos individen?

Anser du att detta är ditt ansvar? Är det ett relevant ansvar att ha?

##### **Åsikter**

Vad anser ni om tillvägagångssättet idag, blir det korrekt utfört?  
Hur ser resten av personalen på detta?  
Vart anser ni att ansvaret ligger? Hos er, familj, vänner etc.?  
Hur skulle ni vilja att det såg ut om ni hade obegränsade resurser?