

The concealed language of eating disorders

A qualitative study on how to detect and acknowledge the earliest signs of eating disorders.

Candidate: Madelene Karlsson.
Professional education in medicine, MK-10.
Stadium IV - Med-3950, 5th year assignment.
University of Tromsø – The Arctic University of Norway.
Faculty of Health Sciences.
E-mail: madelene.karlsson@hotmail.com
Mobile: +47 986 33 277

Supervisor: Dr. Med. Nils Kolstrup.
Researcher, University of Tromsø – The Arctic University of Norway.
Advisor, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.
E-mail: nils.kolstrup@telemed.no
Mobile: +47 482 40 154

Tromsø, May 2015

Preface

The thesis “*The concealed language of eating disorders*” presents a qualitative study on if and, in such case, how it is possible to detect and acknowledge the earliest signs of eating disorders, in this study mainly seen from the perspective of public health nurses. This thesis is a result of the reviewed and processed information which has been collected from existing literature on the topic, in addition to the knowledge brought to the surface in three conducted focus group interviews with dedicated public health nurses where the topic of eating disorders has been eagerly discussed. All material used in this thesis is collected and analysed by the undersigned.

I would like to take this opportunity to thank my supervisor Dr. Nils Kolstrup for the time and effort he has put into this project for the last year and a half. Thank you for your close follow-up and monitoring during the planning period and the implementation process. I also want to thank you for answering countless questions well and with great benevolence – one can learn a lot from constructive criticism. Thanks also to all external professionals for their valuable contributions to this project. An extra honour goes to the public health nurses who willingly agreed to participate in the different focus groups – thank you so much for sharing your great knowledge and experience with me.

Last, but not least I have to express my gratitude to my nearest and dearest who patiently have endured with me throughout this process.

Tromsø, May 2015.

Madelene Karlsson.

Table of content

Preface.....	2
Table of content.....	3
Abstract	4
Background	4
Objective	4
Methods.....	4
Results	4
Conclusion.....	4
Introduction.....	5
Eating disorders.....	6
Obsessions related to body and food.....	7
Methods and material	9
My prior understanding.....	9
Choosing qualitative research	9
Ethics approval.....	10
Collection of data	11
Background for the selection of research subjects.....	11
Recruitment to the focus group interviews and procedure	11
Participants	12
Design of the focus group interviews	14
Question protocol	14
Process description.....	16
NVivo and the process of coding.....	18
Results	21
The rise of the first suspicion	22
Recurring signs.....	24
Contributing factors	26
Protective factors	32
Discussion	33
Principal findings	33
Strengths and limitations.....	39
Conclusion	41
References.....	42
Appendices.....	44

Abstract

Background: The prevalence of eating disorders in the general population is approximately 0,2-0,4% for anorexia nervosa (1) and 1,5-3% for bulimia nervosa (2, 3). In addition there are numerous obsessions related to body and food which are becoming more widespread, but these are difficult to quantify as they are not currently recognized as clinical diagnoses in the DSM-5. Eating disorders result in serious consequences for the afflicted individual and their families as well as for the society. Recognition and acknowledgement of the early signs of eating disorders by people close up to the youth, such as school staff and public health nurses, may be an important factor in the fight against eating disorders.

Objective: The aim of this study was to identify the signs which the interviewed public health nurses had noticed as the earliest signs of eating disorders. A further intent was to use the findings to enable relevant professionals to detect these disorders at an early stage – and so might help preventing further disorder development.

Methods: By using qualitative research, twelve public health nurses working in schools and health care centres in Northern-Norway were interviewed in semi-structured focus group interviews to elicit their knowledge about early signs of eating disorders. The recorded audio files were transcribed and analysed using NVivo 10 software.

Results: The interviewees had a great deal of experience concerning eating disorders. In this sample of public health nurses, the average working experience was >10,9 years. Totally, 44 different signs of eating disorders were brought up by the interviewed public health nurses. These 44 presented signs of eating disorders were categorized into different main groups:
a) Signs related to food, 2) Signs related to mood and behaviour, and 3) Physical signs.

Conclusion: Eating disorders represent a significant clinical burden to the suffering individuals and the health services, which means efforts to improve early detection is needed. Based on the results of this study, public health nurses appear as an ideal source of knowledge and seem uniquely positioned to detect early signs of eating disorders. Provided with more resources, public health nurses would be able to act proactively to help educate school personnel, physicians, coaches and other relevant professionals, to help recognize and prevent eating disorders.

Introduction

Due to my budding interest in psychiatry, I was eager to write an assignment in which I would have the opportunity to become better acquainted with this field of medicine. Through this assignment my wish was to strengthen my knowledge of a small section of a large and interesting medical area. The reason that I chose the topic concerning early detection and diagnosis of eating disorders is that eating disorders are relatively common disorders, especially among younger women. According to the Norwegian Medical Handbook, over 90% of patients suffering from eating disorders, both anorexia nervosa (4) and bulimia nervosa (5), are young women. These disorders are severe, but certainly curable using proper treatment. Since eating disorders can lead to serious consequences for the affected, such as unfortunate or disturbed patterns of life with isolation, social insecurity, depression and despair (6), it is highly important to start treatment at the earliest possible stage of the disease progression.

The term "eating disorder" is a volatile and unspecific term which covers many different degrees as well as subtypes of the disorder. In this thesis, I have mainly directed my focus towards the two most common subtypes of eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa. In addition, I have focused on orthorexia nervosa and megarexia nervosa (also called "muscle dysmorphia" and "reversed anorexia nervosa") (7), which are conditions involving obsessions related to body and food. These conditions are not currently recognized as clinical diagnoses in the DSM-5 (8), but since many people struggle with symptoms associated with these conditions and because the prevalence appears to be increasing, I have chosen to give attention to these conditions too.

Unfortunately, eating disorders appear to be underdiagnosed in general practice and many of those who suffer from these conditions are reluctant to make contact with treatment services. The Norwegian Medical Handbook states that only approximately 30% of those who suffer from anorexia nervosa, and under 6% of those who suffer from bulimia nervosa, will ever receive treatment for their disorders (4). Are there ways to detect these individuals without themselves having to make contact with a doctor? Are there expressions and signs of eating disorders that health professionals and school staff can learn how to discover - and thus prevent further development of eating disorders? These were the questions I sought the answers to through this 5th year assignment.

Eating disorders

Definition from the Pubmed MeSH Database:

Eating disorders - A group of disorders characterized by physiological and psychological disturbances in appetite or food intake (9).

Eating disorders are complex illnesses with biological, genetic, psychological, social, and developmental roots (10). There is a gradual transition between the various eating disorders. Many suffers from at least two of the varieties, and some oscillate regularly between even more of the various eating disorders (11). The severity of the disorder is not necessarily related to the weight – it is the individual’s perception of his or her own body and weight which is crucial when considering the severity and morbidity of these disorders (6). Furthermore, weight is not the only clinical marker of an eating disorder, also people who are at normal weight can suffer from eating disorders (12). Patients with eating disorders may not recognize that they are ill and/or they may be ambivalent about accepting treatment. This is a symptom of their illness. In addition, patients may minimize, rationalize, or hide eating disorder symptoms and/or behaviors. Their persuasive rationality and competence in other areas of life might contribute in disguising the severity of their illness (12).

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa is an eating disorder that is characterized by the lack or loss of appetite. Other features include excess fear of becoming overweight, body image disturbance, significant weight loss, refusal to maintain minimal normal weight, and amenorrhea. This disorder occurs most frequently in adolescent females (13). The prevalence is estimated to be about 0,2-0,4%, but varies greatly from country to country (1).

A Swedish population study of 16-year-olds found the prevalence of 7/1000 in girls and 1/1000 in boys (14). The incidence in the general population is on average among women 19 per 100,000 per year and among men 2 per 100,000 per year (15). While the overall incidence has remained stable over the past decades, there has been an increase in the high risk-group of girls in the age range between 15 and 19 years. It is unclear whether this reflects earlier detection of anorexia nervosa cases or an earlier age at onset (16).

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa is an eating disorder which is characterized by a cycle of binge eating (bulimia or bingeing) followed by inappropriate acts (purging) to avert weight gain. Purging methods often include self-induced vomiting, use of laxatives or diuretics, excessive exercise, and fasting (17). The condition is more common than anorexia nervosa, and the lifetime prevalence is probably 1,5-3% (2, 3). Less than 6% of those who suffer from bulimia nervosa, will ever receive health care treatment (18).

A Norwegian study indicates an average of 10 patients with bulimia nervosa and 38 patients with binge eating per doctor working in primary care (19). The incidence has shown a slight increase during the 1990's and early 2000's. In the recent years, the incidence has become somewhat decreased (5).

Obsessions related to body and food

Orthorexia nervosa

Orthorexia nervosa describes a pathological obsession with proper nutrition which is characterized by a restrictive diet, ritualized patterns of eating, and rigid avoidance of foods believed to be unhealthy or impure (20). Orthorexia nervosa involves a fixation on eating exclusively food which is considered healthy (21). The term uses "ortho" in its meaning as straight, correct and true, to modify "anorexia nervosa". The place of orthorexia nervosa is not clearly defined in the diagnostic systems thus is not an eating disorder per se. However, the increasing number of clinical experiences and research data gives more and more information about the epidemiology, as well as the social and individual characteristics of orthorexia nervosa. The general population shows a 6,9% prevalence of orthorexia nervosa, while healthcare professionals are at especially high risk with a prevalence rate of 35-57,6% (22). Education, the choice of profession, socioeconomic status and the internalization of the ideals of society are significant factors in the development of orthorexia nervosa - while sex, age and body mass index do not seem to be determining variables in this respect (22).

“I think that the prevalence of the different eating disorders varies with time, but in the recent years we have certainly seen an increase in orthorexia. And it is in the transition from middle school to high school that we see it most frequently.”

Public health nurse 1

Megarexia nervosa (muscle dysmorphia or “reverse anorexia”)

This disorder is characterized by a fear of being too small, and by perceiving oneself as small and weak - even when one is actually large and muscular. This disorder may cause significant morbidity, and may be associated with anabolic steroid abuse (23). Most of the afflicted will avoid beaches, swimming pools, locker rooms, and other places where their bodies might be exposed to the public. If such exposure is unavoidable, many of them will experience distress. Another characteristic feature is that the affected typically exercise compulsively (24). When it comes to prevalence, it is hard to find research which gives answers to how prevalent this condition really is. Though, in a survey from 2014 conducted by The Sports Science Institute at NTNU in Norway, it was concluded that 6,5% of the men who trained at a specific fitness centre, showed signs of muscle dysmorphia (25).

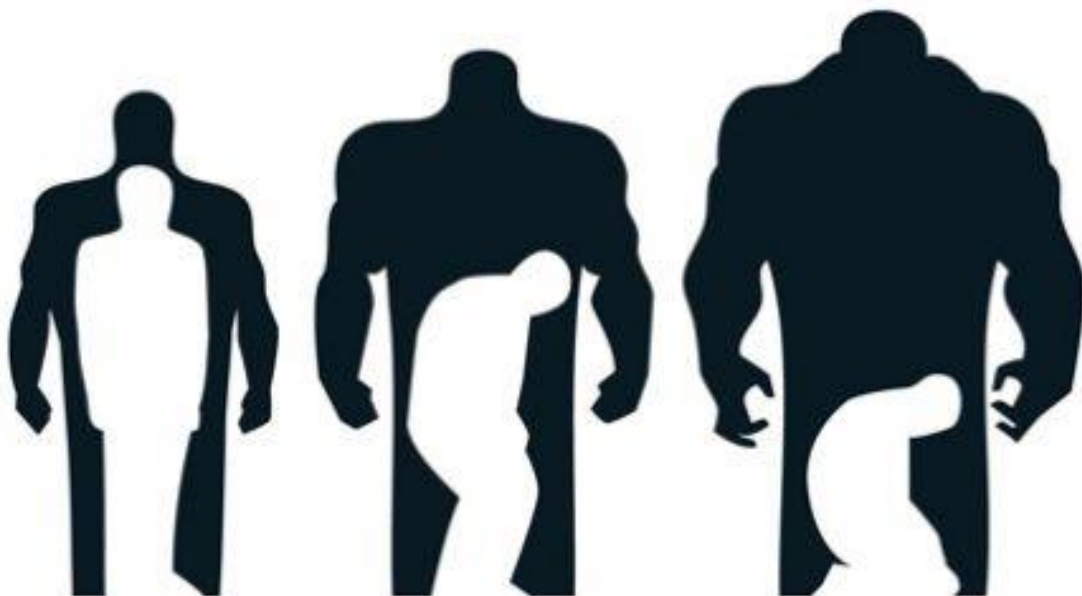


Figure 1 – Depiction of megarexia nervosa (26)

Methods and material

My prior understanding

In qualitative studies, having the feeling of closeness to the area of research is an important factor. Simultaneously, it is necessary to maintain a reflexive attitude towards the research material, in order to be able to give the collected empirical data a proper analytical interpretation (27). My prior understanding is coloured by my role as being a fifth year medical student, in addition to being a young female. Also, after receiving my temporary medical license in March 2015, I have worked side by side with public health nurses. Due to this, I see this topic from several different angles; I have experienced eating disorders at close range, and in my role as a medical student I relate to eating disorders in meetings with patients where I possess a role as a part of the medical team.

Through the process of writing this thesis, it has been important for me to be conscious of my own attitudes and be able to assess the significance of these.

Choosing qualitative research

Together with my supervisor, we agreed on using qualitative research for this project. Mostly this decision was made due to our shared interest in this type of research, and also because the chosen theme was well suited for qualitative research. Qualitative research includes various forms of systematic collection, processing and analysis of materials from conversations, observations and/or written texts. In qualitative research, most qualitative methods are characterised by direct contact between the researcher and those studied [“De fleste kvalitative metoder preges av direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres”. (28)].

For the gathering of the data, we chose to use focus group interviews. The term “focus group interview” can be defined in many ways - and according to Kitzinger and Barbour 'any group discussion may be called a "focus group" as long as the researcher is actively encouraging of, and attentive to, the group interaction' (29).

In qualitative research, conversation between people is considered a very important working tool; hence focus group interviews are frequently used as a way of collecting valuable data for the qualitative researcher. Through the use of qualitative research interviews, the qualitative researcher attempts to understand the world from the research objects' perspectives, to bring out the importance of people's experiences, and to uncover their experience of the world, ahead of scientific explanations (30).

During a focus group interview, the focus group moderator (interviewer) should attempt throughout to anticipate analysis, and this ultimate aim should guide the requests for clarification or encourage the moderator to follow up on potentially interesting distinctions alluded by participants. It is important that the moderator looks out for nonverbal cues which may provide an opportunity to engage otherwise quiet members - and must also remain alert to the tenor of the discussion and potential impact on the other participants (31).

When using focus group interviews, the group discussion gives the interviewees permission to formulate and articulate their responses — perhaps for the first time. This is one of the most significant advantages of using focus groups as compared to other methods (31), and is one of the main reasons why focus group interviews was chosen as a method for collecting data for this project.

Ethics approval

Before starting the research process, I was in contact with “Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk” [“Regional Committees for Medical and Health Research Ethics”], also known as REK Nord, to obtain an assessment regarding whether the project was of such a nature that REK-approval was required.

The decision I received from REK Nord reads: *“After reviewing the application, it appears that the project is not a medical and health research project that falls within the Health Research Act. The project is not subject to disclosure, cf. Health Research Act § 10, cf. Ethics Act § 4, paragraph 2”*. [“Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. Led”].

Collection of data

This thesis consists of material collected from three conducted focus group interviews, conversations with individuals with broad clinical knowledge and experience, as well as material collected from structured data collection via databases, mainly PubMed and Google Scholar.

The MeSH search words which have been used for this project are: [MeSH] eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, orthorexia nervosa, muscle dysmorphia, reversed anorexia nervosa, detecting eating disorders, early detection + eating disorders, health nurses + eating disorders.

Background for the selection of research subjects

When the process came to the point of selecting research subjects, we decided to conduct focus group interviews with public health nurses. Public health nurses are an important entity as they are located in schools and therefore interact with people in the age group in which eating disorders often debuts. Also it is reasonable to assume that the threshold for students contacting a public health nurse at their own school is lower than to consult a doctor at a medical practice outside school and outside school hours, which will result in registered absence.

Recruitment to the focus group interviews and procedure

The recruitment to the focus group interviews was accomplished through e-mail correspondence with public health nurses in Northern-Norway. An invitation to attend focus group interviews was sent by e-mail to publicly listed e-mail addresses and luckily the response rate was high.

During the research period there has been organised and performed three focus group interviews with two, four and six public health nurses in each group, respectively. Totally twelve public health nurses were interviewed.

Using an indicative interview guide containing fifteen questions, these focus groups discussed various aspects of the theme ‘early detection of eating disorders’. The interview guide comprised questions that encouraged the interviewees to frame their responses using examples from their own experiences as public health nurses.

After the interviews, the audio files were transcribed into written text. Transcription involves the translation of a spoken language, which has its own rules, into a written language with completely different rules (30). The interviewees' statements from the focus group interviews were primarily transcribed all verbatim, but in cases where quotations were too verbal, they were changed only slightly to increase the readability - while the presumed meaning was still preserved.

Participants

A sample of twelve public health nurses from Northern-Norway was included in this project. In the process of recruiting, public health nurses from both lower and upper secondary schools were included. The participants were all women, of various ages and with various lengths of experience as public health nurses.

Sex	All 12 were females
Average age	43,75 years
Average working experience	> 10,9 years
Workplace	Lower secondary schools Upper secondary schools Health centres

All of the twelve interviewed public health nurses have been anonymised and has been given the names “Public health nurse 1-12” in this thesis.

Table 1 - Participant characteristics (32)

Public health nurse	Gender	Age	Experience	Interview venue
1	Female	56	>10 years	School
2	Female	37	9 years	School
3	Female	40	10 years	Health centre
4	Female	38	8 years	Health centre
5	Female	38	10 years	Health centre
6	Female	41	7 years	Health centre
7	Female	56	19 years	Health centre
8	Female	53	17 years	Health centre
9	Female	39	8 years	Health centre
10	Female	40	4 years	Health centre
11	Female	50	14 years	Health centre
12	Female	37	15 years	Health centre

The design of the focus group interviews

The focus group interview arrangements were held as 1-1,5 hour meetings at different locations, both schools and health centres. None of the twelve interviewees had participated in focus groups before. A standardised question protocol was used as a guideline during the interviews. The interviews were taped on two different digital recorders for safety reasons. This taping was, of course, accepted by the informants on beforehand. All twelve participants signed an information sheet which contained information about how the focus group meetings would be conducted, as well as information about the duty of confidentiality and deletion of sensitive audio material after the transcription process.

Question protocol

In advance of the interviews, it was necessary to create a question protocol, also known as an interview guide. Interviewers who know what they are asking for and why they are asking about this, will in the interview stage attempt to clarify opinions that are relevant to the project, remove ambiguity in the answers thus creating a more reliable basis for the subsequent analysis stage (30). The question protocol was not meant to be followed slavishly during the focus group interviews, but would rather work as a list of relevant themes which could be discussed. The selected questions were intended to elicit the participants' opinions on the discussed topic, and bring up the public health nurses' perspectives on a theme that they possess much knowledge about and which they have qualifications to discuss. The questions were meant to highlight the public health nurses' own working experiences with eating disorders. In qualitative research interviewing, the research objects do not only answer questions which are prepared in advance – they also formulate their own perception of the world their living in, through dialog with the interviewer (30).

In qualitative research, there is placed considerable emphasis on active listening when conducting interviews. Active listening is based on the interviewer's participation in the conversation, while showing empathy and giving response to what is being said. The interviewer should listen carefully to what the interviewees say and go after the signals which are being sent during the course of the interview. If the conversation should come to a halt, a question protocol would be helpful to guide the interviewees back into a desired topic of discussion.

Table 2 – Question protocol/interview guide (33)

1. Presentation - what is your age and your work experience as a public health nurse?
2. What kind of experience do you have with the theme eating disorders?
3. What are your thoughts about a "concealed language" with respect to eating disorders?
4. What factors come into play when the "first thought" of eating disorders builds up?
5. How do you catch the students who are in the "danger zone"?
6. What do you think are the main early signs of eating disorders under development?
7. Are there different signs in disorders under development and at an advanced stage?
8. Which of the various eating disorders do you think is most prevalent at your school?
9. Have you seen an increase in the prevalence of megarexia nervosa or orthorexia nervosa in your working place?
10. Do you recognise any recurring traits in the individuals with these sufferings?
11. Do you experience that students try to express their issues using body language or other non-verbal communication?
12. Do you think that there are good and bad ways to approach this subject?
13. How does the intervention process occur? Who are being contacted in what order?
14. Are there any other factors you think are important to include?
15. Of all the things we have discussed today, what do you think are the main points?

Process description

I started working with this project in my fourth year of study (autumn 2013 – spring 2014). At an early stage I knew that I wanted to write about a subject which I had a burning interest in. I also knew that I had more interest in qualitative rather than quantitative research. When I searched for supervisors I had this in mind, and I remembered that Dr. Kolstrup had held some really interesting and inspiring lectures concerning psychiatry earlier in my study period. Therefore, I contacted him and asked if he wanted to be my supervisor on this project.

On the 10th of October 2013, the first meeting between the undersigned and Dr. Kolstrup was arranged to discuss possible assignments. The same day, the supervisor contract was signed. In January 2014, the signed supervisor contract along with the project description was submitted to the Faculty of Health Sciences at The University of Tromsø.

All the way from the start of this project, Dr. Kolstrup has supported and encouraged my desire to dig deeper into the subject of early detection of eating disorders. Since I had no experience with qualitative research on beforehand, I was recommended to read Kirsti Malterud's book "Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag" before creating the question guide to be used during the focus group interviews. After reading the book, I completed the preparation of the question guide to be used in the focus group interviews.

By searching for public health nurses on the webpages for the different municipalities of Northern-Norway, I found the e-mail addresses to which I sent requests to participate in the focus group interviews. I quickly received several positive replies, and on the 29th of October 2013, the first interview with public health nurses was conducted. The same day the audio file was transcribed into text and implemented into the analysis tool NVivo 10.

On the 19th of December 2013, the first progression meeting with Dr. Kolstrup was held, and we agreed that I would send the transcribed interview to him so that he could comment on it. On the 30th of January 2014, I was handed back the commented interview and thus were given many tips on how to improve the next focus group interview.

On the 13th of February 2014, the second progression meeting was held. In this meeting I was given the names of several people who could have ideas for relevant literature. The following days I contacted these people and received plenty of tips on additional people with on-topic knowledge, as well as on-topic books and articles.

The 16th of May 2014, the second focus group interview was conducted. Later that day, the accompanying audio file was transcribed into text and implemented into NVivo 10. The third and last focus group meeting was conducted on the 1st of October 2014. After transcribing the audio file into text, also this document was implemented into NVivo 10. On the 27th of October, the third progression meeting was held. In this meeting we discussed the upcoming analysing process and how to use the NVivo 10 software as an analysis tool.

Due to the unexpectedly busy days in the fifth year practice, the analysis work was not started until February 2015. However, the writing process was started after the third and last focus group meeting conducted on the 1st of October 2014. The layout of the assignment was readied during my general medical district practice in October 2014.

In early March 2015, the analysing part of the project was completed. In parallel with the analysis work, I used the databases PubMed and Google Scholar to find relevant articles and studies. After struggling with keeping control of the references, I received tips from other student to use EndNote – which made everything so much easier.

Interpreting the results from the analysis and implementing these into the thesis was a continuous process from March to May 2015. By mid-March 2015, I simultaneously directed my attention towards the “Discussion” and the “Conclusion” part of the thesis.

During March, April and early May 2015, my supervisor and co-supervisors continuously gave me advice on what to do next, and where to direct my focus. During early May 2015, I was mainly focused on correction, proofreading and finishing of the thesis.

The first draft was finished before planned, on the 24th of March 2015, and the assignment was finished according to the original plan – in the middle of May 2015.

NVivo and the process of coding

NVivo 10 is a qualitative data analysis (QDA) computer software package produced by QSR International, and has been designed for qualitative researchers. NVivo 10 enables the researcher to collect, organise and analyse content from interviews, focus group discussions, surveys, audio, social media, videos and webpages (34).

By using NVivo 10, quotations from the conducted focus group interviews that held information about a particular subject that I wanted to explore further, were identified and saved as “nodes”. This process is called “coding”, which means the ‘transformation of data into a form understandable by computer software’ (35). Coding is, quite simply, an attempt to categorise excerpts of data with reference to a set of key themes and related subcategories developed by the researcher (31). In all major qualitative methods, coding techniques are used to help organise and analyse the overwhelming amount of data that are frequently collected during the process of qualitative research. Regardless of the qualitative method, coding is the process of focusing a mass amount of free-form data with the goal of empirically illuminating answers to research questions (36).

The coding of the different nodes was a continuous process already from the planning and the conduction of the focus group interviews, during the listening to the taped audio files retrospectively, during the transcription of the audio files into written text, as well as in the final writing stage. During this process, themes and statements brought up in the focus group interviews which contributed to answer the research questions were identified and coded.

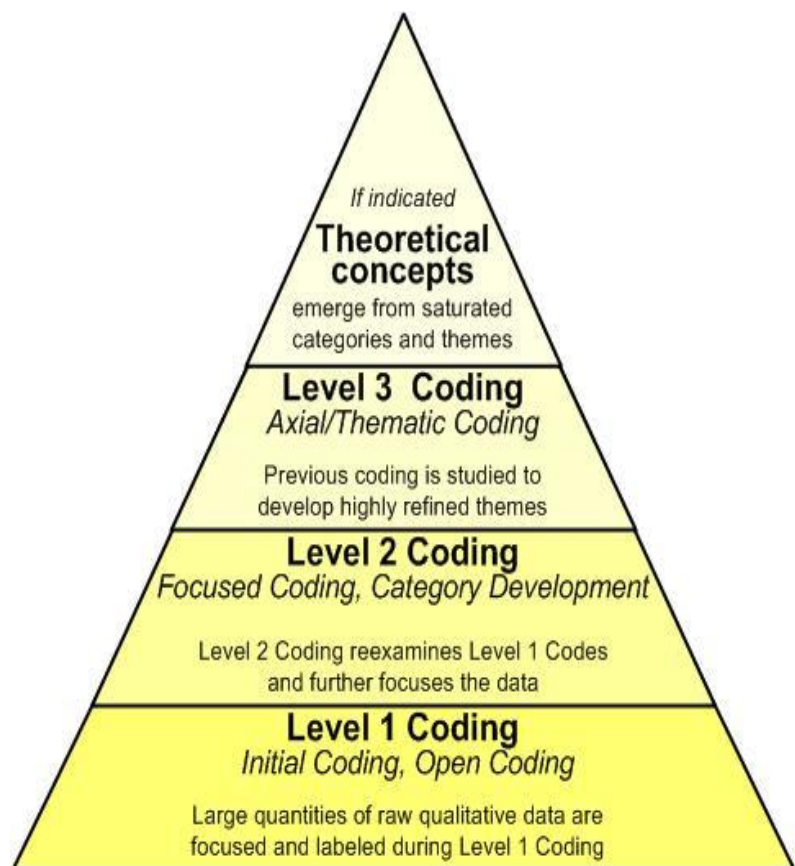


Figure 2 - Qualitative coding levels (36)

The empirical analysis of the transcribed interviews which results in the different “nodes” consists of several steps. First, the whole interview is read thoroughly to get a sense of the entirety, then the natural “meaning units” is determined by the researcher. The next step consists of expressing the theme that dominates the different “meaning units” as simple and clear as possible. The researcher tries to read the interview objects' answers in the most unbiased way as possible, and then thematise the statements from the interviewees' point of view – in the way that the researcher interprets their perspectives (30). The interviewer's theoretical frame of reference and knowledge in advance will often contribute in the process of directing the selection.

Altogether, nineteen different nodes were identified and coded. Through multiple rounds of revised coding, the number of nodes was reduced to eleven. Why these exact eleven nodes were chosen to be used in the next step of the research process, was justified by the fact that these nodes were the ones mentioned and discussed the most in the three conducted focus group interviews. In addition, these were the nodes which were most well-founded in the interviewed public health nurses' working experience.

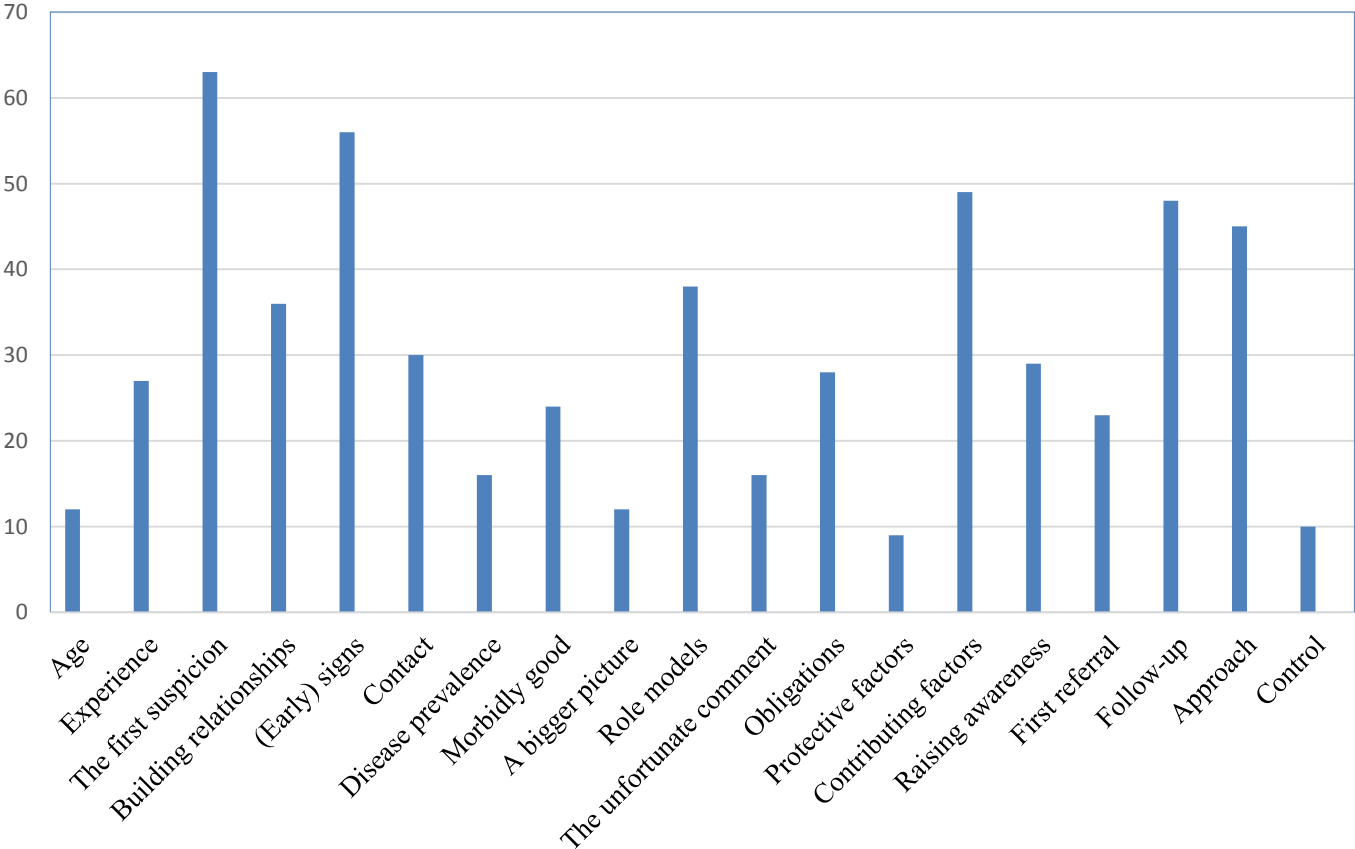


Figure 3 – Number of references for each node

The statements which formed the basis for the nodes emerged from the public health nurses' answers to the questions from the prepared interview guide, as well as from the unbounded discussions between the participating public health nurses. The "names" of the nodes were determined according to which words and phrases that embraced the contents of the references in a proper and, not least, easily understandable way.

The eleven nodes I ended up using in this thesis were:

1. The first suspicion [Den første mistanken].
2. (Early) signs [(Tidlige) tegn].
3. Experience [Erfaring].
4. Contributing factors [Medvirkende faktorer].
5. Protective factors [Beskyttende faktorer].
6. The unfortunate comment [Den uheldige sleivkommentaren].
7. A bigger picture [Et større bilde].
8. Control [Kontroll].
9. Obligations [Krav].
10. Building relationships [Relasjonsbygging].
11. Morbidly good girls [Sykt flinke jenter].

Name	Sources	References
Alder	3	12
Erfaring	3	27
Den første mistanken	3	63
Relasjonsbygging	3	36
(Tidlige) tegn	3	56
Kontakt	3	30
Sykdomsforekomst	3	16
Sykt flink	3	24
Et større bilde	3	12
Rollemodeller	3	38
Den uheldige sleivkommentaren	3	16
Krav	2	28
Beskyttende faktorer	2	9
Medvirkende faktorer	2	49
Bevisstgjøring	3	29
Første henvisningsinstans	2	23
Oppfølging	3	48
Tilnærming	3	45
Kontroll	3	10

Figure 4 – Screen dump from the analysis process in NVivo 10.

Results

Three focus groups interviews were conducted with a total of twelve participating public health nurses. All twelve participants were female in the range of thirty-seven to fifty-six years of age. The experience working as a public health nurse varied from four to nineteen years.

Table 3 – Age range of the participants

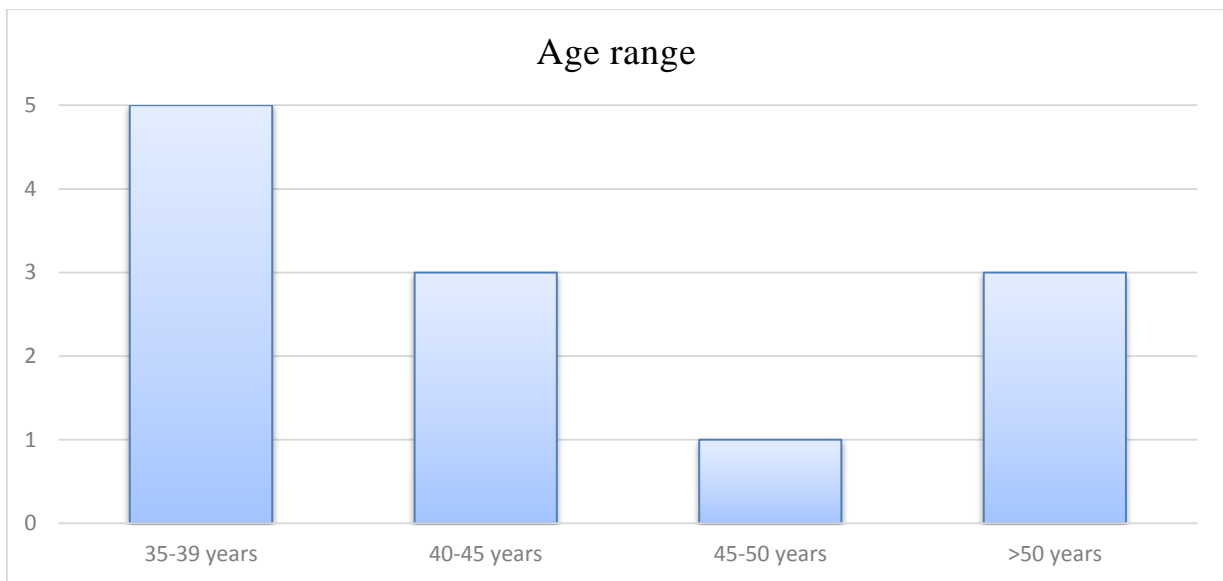
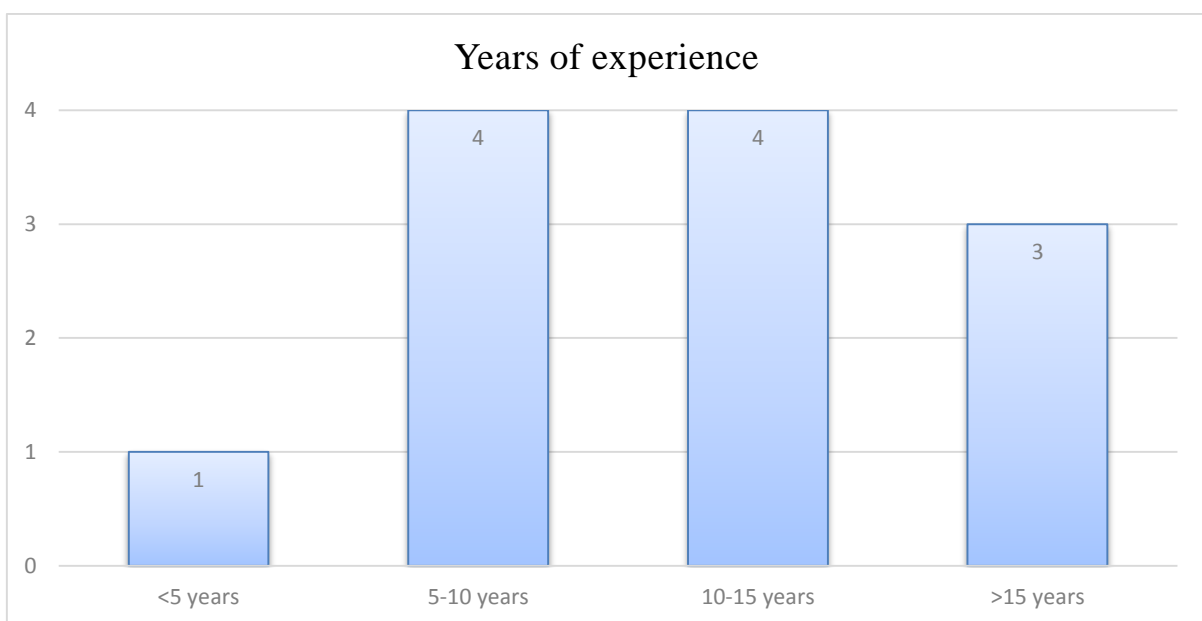


Table 4 – Years of experience of the participants



The rise of the first suspicion

Through the conducted focus group interviews, it became clear that pupils who seek contact with public health nurses at school or a near-by health centre, very rarely address concerns about problematic relationships to food and/or body image. According to the interviewed public health nurses, it seems that - in many cases - eating disorders may be an underlying cause for the contact. But instead of coming forward with the actual cause - other minor complaints are often used as pretexts for making contact.

“I won’t not say that I have experienced it many times, but I have experienced pupils coming here with many "little things" [mimics accent marks with fingers]. At first in these cases, I never imagined that there could be an underlying eating disorder. But then you start wondering what is really going on when they come here for the fifth time with a small wound on the finger, or other minor injuries...When I think about it, I have the experienced that quite a lot of times”.

Public health nurse 1

“Mm-hm. I experience that they quite often come here for no apparent reason and kind of wants us to ask them about it - they don’t want to bring it up themselves. It’s a fair amount of adolescents who experiment with food and "fumble slightly", you could say. Most of them recover from this - and manage to restore a normal relationship to food, but then there are some that falls into something unhealthy.”

Public health nurse 2

According to the interviewees, the signs that give rise to suspicion are often vague and unspecific – which means that experience and acknowledgment is required in order to be able to detect them. However, an eating disorder may also occur without obvious physical signs or symptoms (12).

“When I look back on the time I that I used to work in lower secondary school, I think that loss of concentration was the first symptom for many of them. And that’s when they are in that “experimentation period” regarding food which you mentioned [refers to the statement from Public health nurse 2]. They fail to focus on school subjects.”

Public health nurse 1

“And increased absenteeism is another warning sign. And grades that goes down.”

Public health nurse 2

“Repeated visits with little things. And self-harm. And body language – many of them are very cautious. Often there is no clear order, and it's not like "pang-pang-pang" - these are my issues. Somehow it's something there, it's really hard to describe.”

Public health nurse 3

“Many times I find that they are so serious, at least when the conversation is turning towards the actual issue. They have almost no facial mimic. And they don't want to be noticed and, eventually, they isolate themselves. They are sort of “closed”, a form of seriousness. The repertoire of emotions is somehow slightly flattened.”

Public health nurse 6

“There can be particular bodily reactions – you might see changes in the facial features, or notice the way they are sitting in the chair. Some of them “close” a little when you hit a sore spot”.

Public health nurse 4

Since it is rare that eating issues are taken up by the young people themselves, it is frequently the public health nurses who bring this up as a topic after becoming suspicious. According to the interviewed public health nurses, relationship building is one of the most important elements in how to get in position to ask and talk about these difficult topics.

“They are reluctant to talk about these issues, but it's all depending on the relationship you have managed to build up. How early the question is brought up depends on the relationship. I definitely think that the question won't be answered honestly if the relationship isn't close enough at the time of the question being asked.”

Public health nurse 3

“Often it is the “hasten slowly”-tactic which works, and not being too prompt. It is important to build up good contact.”

Public health nurse 1

Recurring signs

The signs which were mentioned by the interviewed public health nurses to give rise to suspicion of an underlying eating disorder were many. The tables below show the (early) signs of eating disorders categorized into three main groups – signs related to food, signs related to mood and behaviour and physical signs.

1. *Table 5 - Signs related to food:*

Eating or drinking large quantities of powdered foods.	Weighing of the food.
Eating remarkably less.	Preoccupation with healthy foods.
Altered dietary.	Crumbling of the food.
Food intolerance – not necessarily proven medically.	Feeling of nausea/malaise when eating.

2. *Table 6 - Signs related to mood and behaviour:*

Repeated visits at the public health nurse with minor complaints or diffuse issues.	Loss of concentration.
Loss of focus.	Isolation tendency.
Increased absenteeism.	Reduced grades.
“Black-and-white” mindset.	Feeling of not being good enough.
Newly arisen disgruntlement.	“Closed” in terms of character.

Depressed mood.	Behaving very carefully.
“Serious” in terms of character.	Preoccupation with training and fitness.
Feeling of not coping with everyday life.	Blunted emotions.
Altered behaviour.	Does not attend swimming or gym classes.
Often declines invitations to social events.	New friends or new interests.

3. *Table 7 - Physical signs:*

Loss of menstruation.	Newly onset of irregular menstruation.
Weight loss.	Altered body shape.
Muscle mass gain [boys especially].	Loss of facial expression.
Sallow skin.	Lifeless hair.
Thinning of hair.	Low energy.
Self-harming.	Feeling tired and exhausted.
Sleeping problems.	Aggressiveness [boys especially].
Strikingly frequent use of bulking clothing.	Strikingly frequent use of workout clothing.

Contributing factors

According to the public health nurses interviewed, the development of an eating disorder is an incremental, often slowly evolving, complex affair - with many contributing factors. The section below summarizes the contributing factors that were mentioned and discussed in the focus group interviews.

“I believe that an eating disorder does not occur in isolation, there is more in “the bag” that makes you lose control and pushes you into a negative spiral.”

Public health nurse 2

The morbidly good girls

The theme concerning “the good-girl syndrome” was brought up in all three focus group interviews. It is clear that the public health nurses recognize this as a recurring type of case.

“It was not the girls who slammed the doors and rebelled which we discovered suffered from eating disorders.”

Public health nurse 1

“No wonder many young girls get sick - they are expected to be good in everything! Today there are so many things one cannot control, so at least being able to control what you eat provides a feeling of achievement.”

Public health nurse 2

“There are so many demands and expectations in terms of friends, school and appearance...Many have to work outside school hours. There is much cross-pressure.”

Public health nurse 4

“Today you get more feedback on what you achieve - rather than on who you are.”

Public health nurse 5

“The sum of all loads I think is important. They are often very conscientious and work hard at school. They want to be the best in everything.”

Public health nurse 8

Role models

Through the focus group interviews, it was discussed whether some of the young people who suffers from eating disorders actually have gained some ideas and inspiration from home. The public health nurses raised a discussion on whether mothers counting calories and fathers running several miles a week, might have greater influence on their children than they are really aware of.

“Eating disorders evolve slowly over time, and since we are involved in the lives of the children already from the neonatal period, we have an exceptional opportunity to continuously observe these children. We are in contact with the parents right from the start, and thus in a unique position to influence them.”

Public health nurse 1

“It is so important to focus on the relationship between the parents and the child - because the parents are their child’s biggest role models. For example, the mother’s own relationship to body and food can play a big role.”

Public health nurse 4

“I’ve been thinking that some mothers and daughters might be competing a little. There are fabulous looking mothers out there who would like to look as young and pretty as their daughters.”

Public health nurse 6

“Some mothers are very concerned about being pretty and staying slim – and perhaps this is transferred to the daughters. The mothers have to discover and acknowledge that their daughters are crumbling away bread on the platter before they take action.”

Public health nurse 1

In some homes, according to the public health nurses, it seems like there is an actual requirement of staying thin. And since children usually are obedient to their parents, they meet these requirements – in a healthy or an unhealthy way.

“I work with a case where there is a requirement from the girl’s parents to stay thin.”

Public health nurse 5

The unfortunate comment

How much can one single, silly comment from one of your closest family members, from a friend or from a boyfriend/girlfriend really mean? What consequences can it get? According to the interviewees, these comments may have tremendous impact on the recipient. *“And unfortunately, it is often enough with one single silly comment”*, one of the public health nurses stated.

“And then there are these unfortunate comments. On the appearance. Maybe they are not meant to be hurtful at all, but they are perceived as hurtful by the recipient. Often fathers come with these silly comments on body and appearance, and it seems like a comment is perceived as more negative if it comes from the father than from the mother. These comments are stored in the back of their minds – and get reactivated when new and other factors are added.”

Public health nurse 8

“It's about self-esteem and confidence. I followed a student, I think she was 19. She had suffered from eating disorders for several years, and I asked her what she thought had triggered it. She thought about it for a while before she told me that in 10th grade, she had a boyfriend who at one time had commented that she was a little “chubby” - and she thought was the cause. So this one single comment from 4-5 years back hit really hard.”

Public health nurse 2

“There are so many requirements! Everyone should fit and the same type of clothes, right. And these comments - “Now when we are at this social gathering, do not eat more than one piece of cake – the national costume [bunaden] becomes too small and it costs a lot of money.” Thus, there are so many things! These little comments.”

Public health nurse 12

“I find it interesting what is being said in the film by Margareth Olin - “Kroppen min”. She says that throughout her childhood she was told “You will never be pretty with that nose from your father” and “Those big feet of yours must come from Grandpa”.”

Public health nurse 7

The feeling of being invisible

In the focus group interviews, the feeling of being invisible was mentioned as an important potentially contributing factor in the development of eating disorders.

“The feeling of being invisible is recurrent, right? “If I could only get a little thinner – then people might see me”...Those kinds of thoughts are frequent when it comes to getting attention.”

Public health nurse 3

“The feeling of not being seen and loved for who you are.”

Public health nurse 5

“For example, parents arguing a lot or parents in the middle of a divorce may be unable to focus on others than themselves. Or parents might have the main focus on their career - and that makes one absent in the child’s life.”

Public health nurse 1

“Children of divorced parents might be a bit “forgotten”. Especially if the parents are so caught up in the battle against each other that they cannot see that the kids are not doing well. Or maybe one of the parents sees it and the other does not – and, well, the child spends half the time with this “blind” parent...”

Public health nurse 7

“It’s often a matter of complexity in these cases. There maybe things going on at home. So, things are not okay. Often they are not okay with themselves or with the family. Many of them feel like they are not seen or heard in their immediate surroundings. So, they want to change.”

Public health nurse 6

The exchange student

In the focus group interviews, a somewhat surprising theme - being an exchange student - was brought up as a potentially contributing factor in the development of eating disorders. Norway has a long tradition of student exchange, and today Norway is the country in the world that emit most exchange students per capita. Every year, over 1,500 Norwegian students travel to another country as an exchange student (37). Generally speaking, the student exchange experience is considered as something very exciting, amazing and entirely positive. The possible negative aspects of exchange are rarely brought to light.

“I've had some exchange students. I do not know if you've had some of them? Those who have been gone for a year in the US for example.”

Public health nurse 5

“I've experienced that too. Quite a few of the exchange students get problems because the exchange made a big impression in a negative way. Anxiety, insecurity. Maybe we should report this to the schools? Today the youths are taught that they should tackle and master the situations they are in – which they do, here in Norway on familiar ground. But when they go away they are told "This will be a very good year for you!" and then they meet the many unforeseen things which is beyond their ability to cope.”

Public health nurse 6

“Many of them are completely alone. They have no one they know there with them.”

Public health nurse 5

“Yes, nobody mentions the difficult things in the planning of these trips.”

Public health nurse 4

“It's supposed to be such a positive thing. It's almost an epidemic with all these exchange students! Many believe that it's purely wonderful and exciting. They forget the fact that they are alone in completely foreign countries – and maybe they don't even know the language. When they call home and cry, the parents reply: "You just have to manage" – because that's what they have taught their children to do.”

Public health nurse 6

Changes

As a whole, “changes” was brought up as a main theme of discussion in all focus group interviews. Small changes, which themselves does not appear to be alarming, may be a symbol of change in behaviour patterns – and can also be a sign of eating disorder under development. It was strongly emphasized by all the interviewed public health nurses that parents, caregivers, school staff, coaches, friends and health care professionals have to pay attention and act quickly if any changes are detected.

The interviewees also stated that one must be curious about the youngster’s life - and be tough enough to ask what is going on if one gets the feeling that something is not right.

“Satisfaction and downheartedness is important. Parents and teachers might notice that the well-being of their child/student has changed over the past months. They also might notice that the youngster is starting to change - getting new friends, new interests, eating differently or skipping meals. Maybe he/she gets unfocused, hasty or grumpy. All these little things. Not everything shows up at once, but when a change is noticed, one should be aware. It should be taken seriously, even if it doesn’t mean anything. One should at least think through what one observes. And also dare to ask and dare to take action.”

Public health nurse 2

“If the grades change we have to pay attention. Then there is something going on with the youth - they are unable to concentrate or they are being unfocused. Some of these youths are so tired that they don’t manage to attend school and so get a lot of absenteeism. Many small things come little by little, small changes. Friends also come to us with their concerns. “We do not quite know what it is, but there is something going on”, they say. That friend that they are worried about keep declining invitations, they don’t want to be involved in events and so on. They isolate themselves.”

Public health nurse 10

Protective factors

Far from everyone who is exposed to the same type of stress develops an eating disorder. We are all equipped with different emotional baggage, which means we have varying degrees of resistivity when we encounter stress. The interviewees stated that having many protective factors imprinted, will make a person better able to cope with heavy strains - and thus generate other ways of handling problems than by developing eating disorders. The section below summarizes the protective factors that were mentioned and discussed by the interviewed public health nurses.

*“To be loved for who you are and feel that you are loved by your nearest – not for what you are performing, but for who you really are. **That** is a protective factor. For many of those I have met suffering from eating disorders, it seems like they haven’t experienced this in sufficient quantities.”*

Public health nurse 6

“I think that it's all about the ballast you bring from childhood. What kind of support have you had, and what protective factors do you carry along with you.”

Public health nurse 3

“Yes, you might get the comments on your big feet - but it is not necessarily hurting you because you are loved. So you tolerate it.”

Public health nurse 5



Figure 5 – The resilience model (38)

Discussion

Principal findings

The results of the presented study indicate that public health nurses in Northern-Norway are very knowledgeable when it comes to identifying signs and symptoms of eating disorders. Through the conducted focus group interviews, many suggestions on subtle as well as distinct signs that may indicate an underlying eating disorder were brought up and discussed. According to the interviewees, an eating disorder often is a small piece of a larger picture – it rarely occurs solely on its own. This is in accordance with what Margaret Funari, the assistant vice president and director of Nursing and Clinical Support Services at The Renfrew Center in the USA, has stated: *“There is never a single cause but a wide range of factors that can trigger this kind of behaviour”* (10).

Previous research shows that the sooner eating disorders are diagnosed and addressed; the more likely treatment will lead to sustained recovery. Public health nurses are in a unique position to detect the onset of eating disorders and be a catalyst for early intervention as they have regular contact and interaction with students (10).

Through the project it has been shown that public health nurses in Northern-Norway are already spending much time working with preventing eating disorders, but having the opportunity to do even more is a matter of resources. Time and resources seemingly are key challenges. In previous research, student–nurse ratios and lack of time have been identified as key barriers to public health nurses (39). The interviewed public health nurses were convinced that increased engagement and the opportunity to exercise outreach activities would result in more detection and prevention of eating disorders.

My impression, after working with this project for a year and a half, is that there is so much to be gained from utilizing the public health nurses’ immense knowledge on the subject - in order to prevent eating disorders. Studies conducted on this subject, support that public health nurses are uniquely positioned to play an important role in prevention of eating disorders, screening for risk factors, counseling students who present with symptoms, or referring them to appropriate resources for specialized care (10, 12, 40, 41).

Recurring signs in practice versus Finn Skårderud’s listed (early) signs

When the mentioned recurring signs from the conducted focus group interviews are compared to the (early) signs of eating disorders listed in Finn Skårderud’s book “Sterk svak” from year 2000 (42), it is clear that many of the signs listed in the book are the same as which the public health nurses experience in practice. But, also many “new” signs were brought into the light. The variation of the findings may be due to the different perspectives that public health nurses versus psychiatrist Finn Skårderud holds. Public health nurses meet their clients in schools and health centres, whereas Dr. Skårderud meets his clients in specialized institutions. “Sterk svak” appears to be highly acknowledged amongst public health nurses in Northern-Norway, as it was mentioned with kind words in all the focus group interviews.

In the following tables, Finn Skårderud’s list of (early) signs is presented.

1. Table 8 - Finn Skårderud’s signs in relation to food:

Preoccupation with food.	Reads recipes and cookbooks.
“Pickyness” for certain foods	Eats less.
Prefers to eat alone.	Cooks for others but not for themselves.
Chooses low-calorie food exclusively.	Seems irritable and stressed when it comes to meals.
Altered behaviour associated with meals (cutting food into small pieces, moving it around or smearing it).	Goes into the room or the bathroom after the meal and puts on loud music, the TV, the water or everything at once.
Throws away and hides food – in napkins, pockets etc.	Binge eats.
Collects and saves food.	Leaves the table during the meal or immediately afterwards.

Eats in secret.	Vomits.
Denies being hungry when it's obvious he/she must be.	The self-esteem is related to what is eaten.
Gets stressed and guilty for eating.	Does not accept non-planned situations related to food.
Gets irritable when meals are served earlier/later than usual.	Drinks a lot of water to alleviate hunger.

2. Table 9 - Finn Skårderud's signs in relation to mood and behaviour:

Weighs often.	Excessive physical activity.
Gathers information about dieting from books, magazines etc.	Abuses laxatives.
Wears big clothes to cover up emaciation.	Has sleeping difficulties.
Generally irritable.	Dislikes him-/herself.
Defiance and stubbornness.	Develops rigid daily routines.
Social withdrawal.	Eager to help – often to compensate for guilt.
Obsessed with the hunger issue in the third world.	Insists on being fat when it's obviously wrong.
Has an extreme fear of weight gain.	Self-destructive behaviour.

3. Table 10 - Finn Skårderud's physical signs:

Loss of weight.	Weight fluctuations.
Lack of or irregular menstruation.	Dizziness, fainting.
Sleepiness.	Abdominal pain and feeling of fullness when eating only small amounts of food.
Low body temperature and feeling cold.	Poor peripheral blood circulation – cold hands and feet, poor wound healing.
Blueish colour on hands and feet.	Downy hairs in the face and on the back.
Loss of pubic hair and armpit hair.	Flat and lifeless hair.
Tension headache and muscle pain.	Swollen cheeks.

In the section “Signs related to food”, the public health nurses mentioned 8 signs, while Finn Skårderud lists 22. Of the 8 signs mentioned by the public health nurses, 5 correlated with Finn Skårderud’s list, while 3 of the signs were “new”. In the section “Sign related to mood and behaviour”, the public health nurses mentioned 20 signs, while Finn Skårderud lists 16. Between these two lists, only 4 of the signs correlate. This means that 16 of the signs mentioned by the public health nurses are “new”. In the section “Physical signs”, the public health nurses mentioned 16 signs, while Finn Skårderud lists 14. 7 of the signs mentioned by the public health nurses, correlates to Finn Skårderud’s list, while 9 of the signs were “new”.

Totally, the public health nurses mentioned 44 signs. Finn Skårderud’s list contains 52 signs. 28 of the signs mentioned by the public health nurses were not mentioned in Finn Skårderud’s “Sterk svak” (42), which is a well-known and highly respected book. Thus, these “new” signs mentioned by the public health nurse are valuable contributions to the existing knowledge.

Morbidly good girls - "The good-girl syndrome"

They get good grades, they are good in their sports, they exercise a lot, they look very healthy and they never do anything wrong. Amongst these seemingly highly successful girls, there are also unhappy girls who struggle with eating disorders. Strikingly many of these “morbidly good girls” come from resourced families where all conditions are facilitated for them to be happy and satisfied – yet they develop eating disorders (43).

In April 2014, general practitioner Gisle Roksund wrote a debate article in Aftenposten regarding his experience with the morbidly good girls. In this debate article he says: *“Something new has happened in recent years. For the younger, and perhaps especially the educated women, I more and more often observe that their overall life cabal no longer adds up. Many of these young women have such great demands to themselves, that they eventually ‘hit the wall’. All their available time is scheduled into detail...”* (44).

It seems as if the obligation of achievement is greater today than ever before – and the success is required in many more areas. It is nowadays often being said that ‘it is only the will and imagination which sets the limit of what can be achieved’.

The HEMIL Centre at the University of Bergen has measured school stress among Norwegian pupils every fourth year since 1993. In the report published in the spring of 2013, it was stated that every second 10th grader reported that they were "pretty much" or "very much" stressed at school. That is an increase of 73 percent since 1997 (45).

A survey from Stockholm University shows that one in three of Swedish teenagers are severely stressed, with symptoms such as difficulty concentrating and fatigue. In both studies, the problem was particularly bad among girls (45).

“It is easy to think that outer coping is related to internal wellbeing, but it is not necessarily so”, says the Norwegian professor and psychiatrist Finn Skårderud in an article concerning “the morbidly good” youngsters. *“In the worst case, one can feel a performance constraint, leading to symptoms such as depression and eating disorders”,* he states (45).

Role models and the unfortunate comment

Parents are their children's most important role models. Parents with a strict and strong focus on food and fitness transfer these attitudes to their children – which in most cases works out perfectly fine and provides the basis for a healthy lifestyle. But, in some other cases, this can lead to an unfortunate excessive focus on food and exercise in the youngster - and so become the first step in the complex development of eating disorders.

Research shows that as early as elementary school, parental remarks about weight and shape are linked with body dissatisfaction and weight loss attempts (46). Therefore, role models' behaviour and unfortunate comments might be contributing factors in the complex development of an eating disorder.

The feeling of being invisible

Today we live in a busy world where we are expected to preform countless deeds while endless impressions and inputs are constantly draining the energy. To many people, just managing to get through their own everyday life is a struggle – which means that they could easily overlook that one person who really needs to be seen.

Finn Skårderud describes this theme in these words:

“It may feel worse to be ignored and made invisible than to be confronted. A conflict can be better than an absence. Many are hiding, but also have a desire to be discovered” (42).

My prior understanding and influence

Through this process, I have focused on assessing the significance of my own attitudes towards the research area to avoid being too much influenced by them. Also, I have tried to emphasize to make a clear distinction between what are other professionals' opinions and what are my own views and opinions, and be aware of how different attitudes may have impacts on the results.

Strengths and limitations

The sample of interviewed public health nurses in this study is quite small, consisting of individuals who volunteered to attend the focus group interviews. Perhaps these particular individuals, for various reasons, were highly motivated to participate in research, and maybe they are in some ways different from other potential candidates who chose to decline the invitation. The ones who participated may have been more motivated and proactive in their communication with help-seeking students than the average public health nurse. As a result, it is possible that the present findings do not reflect the knowledge, attitudes, communication behaviours, and information seeking preferences of the average public health nurses.

The number of public health nurses in Troms County is not very large, which lead to that in the different focus groups, the attending public health nurses belonged to the same municipality and thus knew each other from before. This may, or may not, be contributing to that they had consistently quite similar views on many of the topics. This was not necessarily a disadvantage; this could - on the contrary – have been beneficial, since all of the three discussions took place with good progress without much interference from the interviewer. However, in the process of selecting research objects, it is important not to end up with a group that is so similar that there is little room for discussion or debate (47).

Using qualitative group interviews as a working tool contributes to a deepening of the themes which are discussed, due to the fact that participants can follow up each other's responses and give comments directly during the discussion. On the other hand, you risk that only the most dominant views are promoted in a group situation because people with divergent views may be reluctant to introduce them to the group (28). During the focus group interviews, I tried to make sure that every participant contributed with their opinions. In the information sheet handed out before starting the interviews, everyone was encouraged to speak their minds, even if they had opinions which were conflicting with other participants' opinions. The group situation in the focus group interviews allowed the public health nurses to step back from their taken-for-granted behaviours and assumptions, and provided space to “problematize” concepts and ideas to which they may previously have paid scant attention (31).

In this study, there were arranged three focus group interviews, in which the first interview had only two participants. Although there were only two participants (or three if the interviewer is included), the result came out satisfying.

The discussion lasted for an hour and went on with good progress. At the start of this project, only conducting three focus group interviews seemed a bit sparse, but after actually conducting these interviews it became clear that mostly the same information was brought up also in the last interview – very little “new” information was produced. The material seemingly was "saturated" – new aspects no longer appeared in the focus group interviews.

The knowledge obtained in focus group interviews is produced through the interpersonal interaction in the interview situation (30). This means that the interpersonal interaction between the participants is crucial for the results which are presented for the researcher. In this particular project, one might think that prevention and looking out for individuals in the danger zone of developing eating disorders is an important part of public health nurses' job. The consequences for the public health nurses if they do not detect these individuals are great suffering for the afflicted and their surroundings. In a focus group consisting of individuals from only one profession, one might end up in a situation where the participants feel they have to maintain a certain prestige and a façade. The risk is that the results which are being produced are based on statements on how things idealistically should be, rather than statements on how things actually are. In all the conducted focus group interviews in this project, the discussions seemed authentic, and I therefore have no reason to suspect that the results were produced on false premises.

Using NVivo as a working tool in the analysis phase of the project has been of great benefit. NVivo has given me the ability to sort the material in an unprecedented manner and it also facilitated for subsequent analysis. However, it is important to remember that the reliability of the results obtained using this type of research, depends on the skills of the user in both executing the method as well as in using the software (48).

To use an empirical research model for this project was a conscious choice. Gaining deep understanding of demanding qualitative research methods requires far more training and time than what has been possible to implement in this student thesis. Time has been a limiting factor since I am the only candidate in this project. Working with a time-consuming project alone has led to it being crucial to keep the amount of material within certain limits. In this way, I have had the opportunity to work thoroughly with the material gathered in the focus group interviews. I was warned by my supervisor that it would require quite a lot time and effort to analyse the accompanying material. Therefore, the first focus group interview was conducted over 1,5 years before the finishing of the thesis.

Conclusion

Through this process of observation, discussion and analysis, public health nurses' important aspects regarding 'the concealed language of eating disorders' have been discovered. These complex disorders are expressed in many different ways, and many of the sent signals are vague and unspecific. Therefore, ingenuity and attention is required to capture the signals.

According to the interviewed public health nurses, building close relationships based on trust is crucial in the process of helping students suffering from eating disorders. In order to get in position to talk about such issues, things cannot be rushed – things have to be taken in a pace and in an order which is comfortable for the help-seeking student. Maintaining the relationship and the follow-up in the transition between middle school and high school is today a great challenge for the public health nurses. In the schools where the interviewed public health nurses were working, there is currently no system for transferring journals or paper records from one school to another, and there is no systematic collaboration between public health nurses in middle schools and high schools. As a result, this leads to a void for the students who are in a very vulnerable transition period – in which many cases of eating disorders debuts.

Too few resources, mostly in terms of too few positions as public health nurses, make early detection of eating disorders more difficult than it could be. The public health nurses have the knowledge and the ability to detect the suffering individuals, but as it is today there are not enough eyes to keep watch. Knowing the consequences of untreated eating disorders, it is a shame that this has become a question of resources.

By knowing the signs and symptoms, as well as treatment options, the public health nurses become a great resource for parents, classmates and teachers who may be worried about their child, their friend or their student. The results from this study emphasize that one should appreciate and utilize the knowledge which the public health nurses possess, and ensure that public health nurses, school personnel, physicians and other appropriate professions cooperate – and thus are able to learn from each other the signs which can be detected from the concealed language of eating disorders.

References

1. Skårderud F, Rosenvinge J, Göttestam K. Spiseforstyrrelser - en oversikt. [Eating disorders - an overview]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2004(124):1938-42.
2. Bushnell J, Wells J, Hornblow A, Oakley-Browne M, Joyce P. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. Psychological Medicine. 1990:671-80.
3. Garfinkel P, Lin G, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, Kaplan A, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. American Journal of Psychiatry. 1995(152):1052-8.
4. Legehåndbok NE. Anorexia nervosa 2014 [updated 31.01.2014]. Available from: <http://legehandboka.no/barnepsykiatri/tilstander-og-sykdommer/spiseforstyrrelser/anorexia-nervosa-1042.html>.
5. Legehåndbok NE. Bulimia nervosa 2014 [updated 12.04.2014]. Available from: <http://legehandboka.no/barnepsykiatri/tilstander-og-sykdommer/spiseforstyrrelser/bulimia-nervosa-1044.html>.
6. Buhl C. Kampen om kroppen. [The battle of the body]. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1991.
7. LLC M. Muscle dysmorphia 2015. Available from: <http://www.mediander.com/connects/1095712/muscle-dysmorphia/#!/26534334/anorexia-nervosa>.
8. Association NED. Orthorexia nervosa NEDA: Kratina, K.; [updated 09.03.2015]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>.
9. PubMed. Eating disorders. 1989 ed. MeSH Database 1989.
10. Funari M. Detecting symptoms, early intervention, and preventative education: eating disorders & the school-age child. NASN Sch Nurse. 2013:162-6.
11. Christensen K, Storhaug H. Når følelser blir mat. Kvinner og spiseforstyrrelser. [When feelings become food. Women and eating disorders]. Oslo: H. Aschehoug & Co.; 1990. 167 p.
12. Disorders AfE. Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. AED, 2012.
13. APA ToPIT. Anorexia nervosa. 1994.
14. Råstam M, Gillberg C, Garton M. Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population based study. . Br J Psychiatry. 1989(155):642-6.
15. Pawluck D, Gorey K. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. . Int J Eat Disord. 1998(23):347-52.
16. Smink FRE, Hoeken Dv, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Current Psychiatry Reports. 2012;14(4):406-14.
17. PubMed. Bulimia nervosa. MeSH2006.
18. Walsh J, Wheat M, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. Journal of General Internal Medicine. 2000(15):577-90.
19. Rosenvinge J, Göttestam K. Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? [Eating disorders - how should the treatment be organized?]. Tidsskr Nor Lægeforen 2002(122):285-8.
20. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015.
21. Bratman S. The Health Food Eating Disorder. Yoga Journal. 1997.
22. Varga M, S. D-S, F T. Orthorexia nervosa and it's background factors. Ideggyogy Sz. 2013: 220-7.

23. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders *Comprehensive psychiatry*. 1993;34(6):406.
24. Roberto O, Pope HG, Hudson JI. Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157(8):1291-96.
25. Norge W. Megareksi. 2014.
26. <http://bodybuilding.mono.net/megareksi>. Det kan give konsekvenser at træne for meget [Working out too much can result in consequences].
27. komiteene Dnf. Forskerrollen [The researcher role]
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/5-forskerrollen/2010> [updated 15.01.201005.05.2015].
28. Thagaard T. Systematikk og innlevelse [Systematics and empathy]. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2003. 224 p.
29. Kitzinger J, Barbour RS. *Developing Focus Group Research* 1999.
30. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju [The qualitative research interview]*: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2004.
31. Denzin NK, Lincoln YS. *Focus Groups. The SAGE Handbook of Qualitative Research* 2011. p. 327-52.
32. Karlsson M. Participant characteristics. 2015.
33. Karlsson M. *Intervjuguide [Question protocol/interview guide]*. 2014.
34. International Q. NVivo. Available from:
http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx.
35. Wikipedia. Coding (social sciences). Wikipedia. wikipedia.com 2015.
36. Hahn C. Coding Qualitative Data <http://qrtips.com/coding.htm> 2008.
37. Schewe O. *Utvekslingselev: Et skoleår i utlandet. [Exchange student: A year abroad]*. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
38. Children DCfR. About resilience.
39. Concepcion M, Murphy S, Canham D. School Nurses' Perceptions of Family-Centered Services: Commitment and Challenges. *The Journal of School Nursing*. 2007;23(6):315-21.
40. Kroshus E, Fischer AN, Nichols JF. Assessing the Awareness and Behaviors of U.S. High School Nurses With Respect to the Female Athlete Triad. *The Journal of School Nursing*. 2014.
41. Cooper R. Could your patient have an eating disorder? *Nursing for Women's Health*. 2013;17(4).
42. Skårderud F. *Sterk svak - Håndboken om spiseforstyrrelser [Strong weak - The handbook on eating disorders]*. Oslo: H. Aschehoug & Co; 2000.
43. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 2007.
44. Roksund G. Sykt flinke jenter [Morbidly good girls]. *Aftenposten*. 2014.
45. Knapstad ML. De sykt flinke [De morbidly good]. *Aftenposten*. 2013.
46. Striegel-Moore RH, Smolak L. *Eating disorders: Innovation directions in research and practice*. 2002.
47. Morgan DA. *Focus Groups as Qualitative Research: SAGE publications*; 1988.
48. Bazeley K, Jackson K. *Qualitative Data Analysis with NVivo: SAGE Publications*; 2013.

Appendices

Attachment 1 - Consent form for participation in focus group

Samtykke til å delta i fokusgruppe

Du har blitt bedt om å delta i en fokusgruppe som et ledd i innsamlingen av data til en masteroppgave i regi av en 5.-års medisinstudent ved Universitet i Tromsø. Formålet med fokusgruppen er å prøve å identifisere og forstå tidlige tegn på utvikling av spiseforstyrrelser. Informasjonen som fremkommer i fokusgruppen vil bli brukt i en masteroppgave som har som formål å belyse mulige tegn og handlingsmønstre i utviklingen av spiseforstyrrelser. Ved å belyse temaet og bedre kunnskapen på området vil man kunne øke fokuset på forebygging av disse lidelsene. Du kan velge om du vil delta i fokusgruppen og du kan velge å stoppe når som helst. Selv om informasjonen som kommer frem i fokusgruppen blir registrert, vil dine svar forbli anonyme og ingen navn vil bli nevnt i oppgaven. Opptak og navnelister vil bli destruert ved ferdigstillelse av masteroppgaven. Det finnes ingen riktige eller gale svar på spørsmålene som stilles i fokusgruppen. Jeg ønsker å høre alle ulike synspunkter og det er svært ønskelig å høre fra alle deltakerne. Jeg håper du kan være helt ærlig selv om dine meninger ikke skulle være i samsvar med det resten av gruppen mener.

I respekt for hverandre, bes det om at bare én person snakker om gangen og at informasjonen fra alle deltakerne behandles konfidensielt.

Jeg forstår denne informasjonen og samtykker til å delta fullt ut i henhold til vilkårene nevnt ovenfor:

Signatur: _____ **Dato:** _____



Madelene Karlsson
Hansine Hansens veg 18

2013/1947 Tidlig oppdagelse og diagnostikk av spiseforstyrrelser

Vi viser til forespørsel om framleggingsplikt for av 10.10.2013.

De prosjekt som skal fremlegges for komiteen er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som fremleggelsespliktig for REK eller ikke.

Vurdering

Formålet med studien er beskrevet å kartlegge hvordan helsesøstre "fanger opp" spiseforstyrrelser på et tidlig stadium. Dette innebærer ikke å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom eller helse som omfattes av helseforskningsloven.

Vedtak:

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Klageadgang

Du kan klage på ovennevnte vedtak, jf. helseforskningslovens § 10 tredje ledd og forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette e-brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sender REK nord klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at en eventuell klage sendes inn på skjema via vår saksportal:
<https://helseforskning.etikkom.no>. Øvrige henvendelser sendes på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare
seniorkonsulent

Intervju med helsesøstre 1:

Helsesøster 1: Jeg er 56 år og har jobbet som helsesøster ved denne skolen siden 2004. Jeg jobbet i ungdomsskolen tidligere.

Helsesøster 2: Jeg er 37 år og har jobbet som helsesøster ved denne skolen siden 2006.

Intervjuer: Hvilke erfaringer har dere med temaet spiseforstyrrelser?

Helsesøster 1: Som jeg sa har jeg jobbet i ungdomsskolen før, og jeg må si at jeg synes det var oftere vi kom i kontakt med temaet spiseforstyrrelser der. I ungdomsskolen kom vi tidligere i kontakt med de som hadde slike problemer, i videregående er det gjerne sekundært at vi kommer i kontakt med dem.

Helsesøster 2: Jeg vil si at vi ofte får bekymring fra lærer. Det er sjelden at det kommer noen på eget initiativ, synes jeg.

Helsesøster 1: Eller venner! Og det var det mer av på ungdomsskolen. At venner kom og sa ifra. Og faktisk også foreldre.

Helsesøster 2: Ja, det er sjelden at de kommer selv. Det kan jo hende at de kommer med noe annet, tenker jeg, og når man begynner å kartlegge så kan man oppdage at her er det et usunt spisemønster eller forhold til mat.

Intervjuer: Hva er det som gjør at dere får «den første tanken» om at her kan det være noe som dreier seg om spiseforstyrrelser?

(Noen sekunders tenkepause).

Helsesøster 1: Det er jo som helsesøster 2 sier, når det kommer noen hit til oss så ligger det jo et stort kartotek bak i hodene våre - «hva er det her?» er det store spørsmålet. Så når vi begynner å kartlegge så kan vi oppdage at spiseforstyrrelser er en del av bildet. Det er ikke sånn at man snevrer seg inn med en gang.

Intervjuer: Spør dere direkte om spiseforstyrrelser eller går dere forsiktig frem når dere får denne «første tanken»?

Helsesøster 1: Jeg er ganske direkte. Jeg spør: «Hvordan er forholdet ditt til mat?».

Helsesøster 2: Ja, jeg er enig i det.

Intervjuer: Er det greit å få ut av dem at de har et unormalt forhold til mat, eller vegrer de seg for å fortelle om det?

Helsesøster 1: De vegrer seg nok da og. Men det er jo avhengig av hvilken relasjon man har greid å bygge opp, ikke sant? Hvor tidlig og hvor lett det spørsmålet kommer er avhengig av den relasjonen. Så jeg tror nok at noen ikke svarer ærlig på det spørsmålet fordi man ikke har fått til en nær nok relasjon på det tidspunktet spørsmålet blir stilt.

Helsesøster 2: Ja. Mm-hm. Jeg synes jo som sagt at det er viktig å tenke på spiseforstyrrelser som en del av bildet. Det kan være depresjon eller det kan være angst og det kan være et «prestasjonsjag» som først og fremst gjør at de kommer hit. Eller konsentrasjonen som svikter.

Helsesøster 1: Ja. Du kan si at symptomene også peker den veien.

Helsesøster 2: Ja. Mm-hm.

Helsesøster 1: Og jeg tror mange kanskje ikke innser at de har et problem, men jeg tror at de opplever at jeg trykker på et ømt punkt når jeg spør om forholdet deres til mat og at de kanskje blir mer bevisst på det da. Flere sier jo at «men forholdet til mat er ikke et problem, jeg har bare ikke så godt forhold til kroppen min». Det er langt ifra det til det å bli problemet bevisst.

Helsesøster 2: Ofte er det en ganske lang prosess det med å få de til å innse selv at det faktisk er et problem.

Helsesøster 1: Ja. Og det er jo det som gjør det vanskelig å komme i posisjon til å kunne tilby behandling. Og det er jo vår oppgave å kartlegge hvordan ting er, hva kan vi gjøre for å hjelpe og kanskje få fokuset på akkurat det med spiseforstyrrelser.

Helsesøster 2: Ja, mm-hm. Og forklare dem at man er bekymra og vil hjelpe dem.

Intervjuer: Hva gjør dere med de som dere oppfatter er «i faresonen», men som ikke kommer til dere?

Helsesøster 1: Vi har jo ikke oppsøkende virksomhet.

Helsesøster 2: Vi er en «åpen-dør-tjeneste» først og fremst. Vi kan ikke tvinge noen til å komme til oss. Vi kan selvfølgelig snakke med en venninne eller elevens lærer og forklare at vi er bekymret for han eller henne, og gjennom dem oppfordre eleven til å ta kontakt med oss. Men vi kan ikke tvinge noen. Vi kan komme med en sterk oppfordring til læreren. Men læreren kan heller ikke tvinge den det gjelder til å komme hit.

Helsesøster 1: Ja, vi kan komme med en oppfordring til alle lærerne om å be elevene om å komme å snakke med oss.

Helsesøster 2: Ja, og læreren kan også få en avsatt timeavtale i hånda. Da blir det kanskje lettere for eleven. Så er jo de fleste som går her over 16 år, og det er jo en utfordring. Vi er helt avhengig av at de kommer selv.

Helsesøster 1: Forebygging driver vi med hele tiden, men noen oppsøkende virksomhet har vi ikke kapasitet til. Men du kan si at vi er til stede som et lavterskeltilbud og en «åpen-dør-tjeneste». Jeg skal ikke si at jeg har opplevd det mange ganger, men noen ganger har jeg opplevd at elever kommer hit med mange «småting», der jeg ikke har tenkt tanken at det er en underliggende spiseforstyrrelse. Men man begynner jo å lure hva som foregår når de kommer hit for femte gang med et lite sår på fingeren eller andre småting. Når jeg tenker meg om så har jeg jo opplevd det.

Helsesøster 2: Ja, mm-hm. Det hender at de kommer hit uten noen åpenbar grunn og vil at vi skal spørre dem om det de ikke selv vil si. Det er jo en del ungdommer som eksperimenterer med mat og «roter litt» kan du si. De aller fleste henter seg jo inn igjen og får et normalt forhold til mat, men så er det for noen at dette bikker over til å bli noe usunt. Det er jo sjeldent at vi er involvert i den prosessen i videregående skole da dette gjerne oppstår før, i 12-13 årsalderen.

Helsesøster 1: Og når jeg da går tilbake til den tiden jeg jobbet i ungdomsskolen så tenker jeg at konsentrasjonssvikt er det første symptomet de kommer til helsesøster med. Fordi at da er de i den eksperimenteringsperioden som du nevner. Da klarer de ikke ha fokus på skolen og fagene.

Helsesøster 2: Ja, mm-hm. Og økt fravær er et annet varseltegn. Og karakterer som går ned.

Helsesøster 1: Ja, ikke sant. Også er det jo ikke alltid det er vekttap heller. Og noen er naturlig tynne, så man kan ikke gå rundt i gangene å tenke den tanken. Derfor er vi avhengig av tett samarbeid med lærerne.

Helsesøster 2: Ja. Vi ser jo at det er enkeltlærere som bruker oss mer enn andre, så det er veldig individuelt. Også ser vi at når sykdommen er blitt avansert så kommer eleven kanskje ikke på skolen i det hele tatt. Og de mister menstruasjonen, er trøtt og sliten og har lite overskudd. Og jeg har aldri opplevd at eleven selv har sett sammenhengen.

Helsesøster 1: Mm-hm. Jeg tror noen kanskje får mistanken når de mister menstruasjonen, at de er klar over at det kan skyldes spiseforstyrrelse. At de kanskje har tenkt tanken selv, men ikke sier det.

Helsesøster 2: Mm-hm. Ikke sant.

Intervjuer: Hva opplever dere er den hyppigste spiseforstyrrelsen? Og har dere opplevd noen endringer i mønsteret på spiseforstyrrelser de siste årene? Har «nye» spiseforstyrrelser økt, som eksempelvis ortorexi og megarexi?

Helsesøster 1: Ja, ja! Jeg tenker at det svinger, men de siste årene har vi hvert fall sett en økning i ortorexi. Og det er i overgangsfasen fra ungdomsskolen til videregående, altså det første året på videregående som vi ser det hyppigst.

Helsesøster 2: Mye pulver! Pulvermat. Det er egentlig sjelden at vi får frem at noen kaster opp. Jeg tror det er blitt mindre bulimi enn tidligere.

Helsesøster 1: Og avføringsmidler er det ingen som har kommet frem med. Ingen tør å si det.

Helsesøster 2: Mm-hm. Det er nok der selv om ingen forteller det. Det er nok tabu. Men det å trene veldig, veldig masse, spise veldig, veldig, veldig sunt, telle kalorier og slikt. Det ser vi mye av.

Helsesøster 1: Mm-hm. Det ser vi, den ortorexidelen ser vi mye av. Jeg tror det er lettere å være åpen om det, at man er hekta på å være sunn. Men det er vanskelig for oss å overbevise disse elevene om at de er inne på noe som kanskje ikke er så lurt, at det fort kan bli sykelig. Det virker nesten som det er «trendy» å være så sunn.

Helsesøster 2: Ja, det er ikke så rart at mange blir syke. I dag skal alle være så flinke i alt at til slutt blir man syk. «Generasjonen de sykt flinke», som det stod i en artikkel i Aftenposten. Generasjonen flink!

Helsesøster 1: Og flinke jenter! «Flink-pike-syndromet».

(Noen sekunders tenkepause).

Helsesøster 2: Men er vi egentlig flinke nok til å se guttene, og kartlegge dem? De få guttene som kommer hit til oss kommer jo med litt av de samme symptomene. Depresjon, konsentrasjonsvansker. Jeg tror ikke jeg har hatt spiseforstyrrelser så langt fremme i hodet!

Helsesøster 1: Ja, vi er nok flinkere til å spørre og kartlegge jentene. Vi har vel ikke den store erfaringen siden det er så få gutter som er innom.

Helsesøster 2: Mm-hm. Det er sjelden.

Helsesøster 1: Også i ungdomsskolen tenker jeg på de «snille pikene». Det var det jo ikke de jentene som slamret i dørene og som gjorde opprør som vi oppdaget led av spiseforstyrrelser.

Helsesøster 2: Mm-hm. Jeg tror det handler mye om kontroll. At det er så mye man ikke kan kontrollere i dag, slik at det å kontrollere hva man spiser eller ikke spiser i hvert fall kan gi en mestringsfølelse.

Helsesøster 1: Enig.

Helsesøster 2: Og igjen er det viktig å tenke på at spisingen kan være en del av et større bilde. At det kan være en liten del av et større bilde av psykiske lidelser.

Intervjuer: Hva er første henvisningsinstans herifra?

Helsesøster 1: BUP er første instans.

Helsesøster 2: Vi prøver jo først å kartlegge hvor omfattende problematikken er. Det er viktig for om BUP vil ta imot henvisningen. Og vi har jo ikke så mange andre å spille på lag med.

Helsesøster 1: Og noen synes at BUP er voldsoomt. Og da er Psykhjelpa en annen løsning. Men de er også et lavterskeltilbud, og vil ikke bli «for stort». Men de har mer fokus på behandling enn det vi har.

Helsesøster 2: Også prøver vi å holde faste avtaler med de elevene det gjelder, slik at vi kan følge med dem.

Helsesøster 1: Men det er jo over når de slutter her på videregående. Derfor er det så viktig å oppdage de tidlig.

Helsesøster 2: Så er det jo en del som kan tenke seg å benytte seg av fastlegen, men de synes det er skummelt fordi foreldrene har samme fastlegen for eksempel, men da kan vi jo hjelpe dem å bytte.

Intervjuer: Riktig. Er det andre ting som kan gi dere «den første tanken»? Kroppsspråk eller annen non-verbal informasjon?

Helsesøster 1: Det er jo dette med gjentatte besøk her med småting. Også er det jo selvskadning. (Noen sekunders tenkepause). Og når du sier kroppsspråk og jeg tenker over det så er mange av dem veldig forsiktige. Det er ofte ingen klar bestilling, og det er ikke sånn «pang-pang-pang» dette er mine plager. Det ligger liksom noe der, det er egentlig vanskelig å beskrive.

Helsesøster 2: Mm-hm. Det hender vi ber dem komme tilbake eller gir dem en time, ikke fordi eleven selv spør, men fordi vi ikke helt klarer å legge fra oss den tanken om at det var noe mer. Men vi klarer ikke få det frem, eller vi har for liten tid. Diffuse plager og sånt.

Helsesøster 1: Mm-hm. Det skjer. At man ikke kan legge det helt fra seg om det var noe mer. Eller vi kan samarbeide med rådgiver hvis vi føler vi ikke klarer å nærme oss det faktiske problemet, kanskje klarer hun å komme til bunns i det.

Helsesøster 2: Mm-hm. Og at vi involverer henne siden vi av og til er på kurs og slikt og ikke er her.

Intervjuer: Er det noen gode eller dårlige måter å tilnærme seg dette temaet tenker dere?

Helsesøster 1: Ja, det er vel det å skynde seg langsomt som ofte fungerer. Det å ikke være for snar. Det er viktig å bygge opp den gode kontakten.

Helsesøster 2: Ja, ikke blir for ivrig eller veldig bekymra, ikke sant? Det er en utfordring. For man kan jo risikere miste dem.

Helsesøster 1: Det har jeg nok opplevd, at jeg har vært for raskt og ikke klart å «gå i takt med» den det gjaldt og så kom hun ikke til neste avtale.

Helsesøster 2: Og så etterlyser man dem, men de svarer ikke. Man må skynde seg langsomt, he he.

Helsesøster 1: Ja, det må være på det rette tidspunktet. Dette grunnlaget må være langt. Man må på en måte få de til å si det selv, he he. Hvis de har sagt det indirekte selv, da er det mye lettere å få aksept for at man spør. «Hvordan har du det egentlig med kropp og mat?» er et godt spørsmål. Og hvis man dveler for lenge og ikke spør direkte, he he, så kan man vel miste

dem da og. Hvis man ikke tar de signalene som blir sendt. Det har jeg også tenkt noen ganger. «Hvorfor spurte jeg ikke mer om akkurat det der?», «Hvorfor tok jeg ikke det signalet?» og sånt.

Helsesøster 2: Ja, man kan tenke slik, at man ikke fulgte de sporene man burde. Også rekker man kanskje ikke å følge alle sporene på en samtale på et kvarter, heller.

Helsesøster 1: Mm-hm. Og da kan man jo gå ut å se om det sitter noen elever utenfor og venter og eventuelt høre med dem om de kan komme igjen senere slik at man får avsluttet den samtalen man sitter i på en god måte.

Helsesøster 2: Jeg tenker også på å ikke sitte for lenge med en person, for det er ikke så bra det heller. Til slutt kan det ikke være særlig konstruktivt lenger.

Helsesøster 1: Ja, det er viktig å tenke på. At det kan være greit å dele samtalen opp slik at det ikke blir så tungt og lenge for hver gang. Vi legger grunnlaget for videre behandling, vi sitter jo ikke med svarene, men vi kan hjelpe dem på vei. Det er jo noen som ikke tar imot behandling hos andre instanser og da blir det grunnlaget vi har lagt her enda viktigere.

Helsesøster 2: Det kan være en slags «svart-hvit-tenkning» hos disse elevene, at det er enten eller i forhold til hjelpeapparatet. Hvis de har dårlige erfaringer fra før vil de ofte ikke ta imot hjelp nå. Da gjelder det å motivere dem til å ta imot hjelp. De vil ikke ha det slik de har det, men de vil heller ikke gjøre det som skal til for å gjøre dem friske, ikke sant.

Helsesøster 1: Mm-hm.

Intervjuer: Er det noen andre elementer dere føler er viktige som jeg ikke har spurt om?

Helsesøster 1: Jeg tenker jo at spiseforstyrrelser er sykdomsbilder som utvikler seg over lang tid, og vi som helsesøstre er jo involvert i barnas liv allerede i nyfødtp perioden. Vi har jo kontakt med foreldrene allerede fra starten av. Vi står jo i en unik posisjon til å påvirke foreldrene til å bygge opp barna til sterke individer og bygge opp deres selvtillit slik at barna kan si i fra hvordan de vil ha det og ikke ha det og ikke minst vise følelser. Og sørge for at ikke foreldrene blir skremt av det, men tør å stå sammen med barna om det. Det er en menneskerett å skrike og være sint. Det er veldig viktig tror jeg.

Helsesøster 2: Mm-hm, det er sant. Og det er så viktig fordi foreldrene er barnas rollemodeller. Hvordan for eksempel mors eget forhold til kropp og mat er kan spille en stor rolle.

Helsesøster 1: Ja. Også har man disse uheldige kommentarene da. På utseendet. Og kanskje er de ikke ment sårende i det hele tatt, men de oppfattes slik at mottakeren. Og det er ofte fedre som kommer med disse «sleivkommentarene» på kropp og utseende, og det virker som en slik kommentar oppfattes mer negativ dersom den kommer fra far enn fra mor. Disse kommentarene lagres og aktiveres igjen når andre faktorer kommer til, eksempelvis «Ja, pappa sa jo også at jeg var blitt så stor over rumpa». Og hvis moren da i tillegg har tatt slankeoperasjon eller er svært opptatt av slanking er det jo enda flere truende faktorer.

Helsesøster 2: Ja, det er komplisert.

Helsesøster 1: Huff, ja, det er svært komplisert.

Intervjuer: Da har jeg ikke flere spørsmål, så dersom dere ikke har noe mer å legge til så tenker jeg at vi avslutter her.

Helsesøster 1 og 2: Nei, vi tror vi har fått sagt det vi kommer på.

Intervjuer: Da sier jeg tusen takk for at dere stilte opp til dette intervjuet.

Helsesøster 1 og 2: Bare hyggelig og lykke til!

Intervju med helsesøstre 2:

Helsesøster 1: Kvinne 40 år og jeg har jobbet som helsesøster i 10 år.

Helsesøster 2: Kvinne 38 år og jeg har jobbet som helsesøster i 8 år.

Helsesøster 3: Kvinne 38 år og jeg har jobbet som helsesøster i 10 år.

Helsesøster 4: Kvinne 41 år og jeg har jobbet som helsesøster i 7 år.

Helsesøster 5: Kvinne 56 år og jeg har jobbet som helsesøster i 19 år.

Helsesøster 6: Kvinne 53 år og jeg har jobbet som helsesøster i 17 år.

Intervjuer: Hvilke erfaringer har dere med temaet spiseforstyrrelser?

Helsesøster 1: Det er jo et tema som man kommer innom egentlig med jevne mellomrom, eh, hvis man jobber med ungdom spesielt. Det er mange ganger man kanskje møter noen som man mistenker har det uten å være sikker, så temaet dukker opp regelmessig vil jeg si.

Intervjuer: Når du sier at du får en mistanke om det, hva er det som gjør at man får den første tanken?

Helsesøster 1: Veldig tynn!

Helsesøster 2: De spiser lite, sjeldent.

Helsesøster 4: Også har vi de som kommer til oss og tar opp problemstillingen at de har begynt å sulte seg som et «slankeprosjekt».

Intervjuer: Hva med de som kommer inn og ikke sier noe om det? Også de som ikke er veldig tynne – siden ikke alle som har spiseforstyrrelser er tynne.

Helsesøster 5: De kommer ofte inn med en problemstilling som handler om skolen og mestring av skolen. I forhold til søvn, i forhold til seg selv og selvfølelse. Så blir det jo gjerne at man gjør en kartlegging hvor man går inn også på temaet mat – og da kan man jo se hvordan personen reagerer og hvordan de blir når man snakker og kropp og mat.

Intervjuer: Er det noen spesielle reaksjoner dere kjenner igjen?

Helsesøster 5: Det er veldig forskjellig.

Helsesøster 3: Noen kan komme i forsvar med èn gang – «NEI! Nei! Det er ikke tilfelle».

Helsesøster 6: Det kan være slike kroppslige reaksjoner – man kan se det kanskje på ansiktsdraget, kanskje måten de sitter i stolen på eller som du sier at du ser at det kanskje «lukker seg litt».

Helsesøster 5: Det er også viktig å se på dem når man spør dem om trening, mat og kropp og om de er fornøyd med seg selv og sånt. De liker på et vis å prate om det, de er opptatt av det og det merker man etter hvert kanskje.

Helsesøster 2: Eller at de ikke er fornøyd.

Helsesøster 5: Ja, men at det opptar deres tanker på et vis.

Helsesøster 2: Mm, ja.

Helsesøster 3: Ja, de kan henge seg veldig opp i at de ikke er fornøyd med kroppen sin.

Helsesøster 1: Ja, de tilfellene har man jo og.

Helsesøster 4: Vi har jo også de som har fortalt at de sliter med spiseforstyrrelser på første møte og at det er derfor de kommer til oss.

Intervjuer: Hender det at de kommer med uklare problemstillinger?

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 5, 6: Mm, ja, absolutt.

Helsesøster 1: Det er jo noen ganger det går lang tid før man får fanga opp at det er det, kanskje i tillegg til andre ting. Det er ikke så lenge siden jeg hadde ei som var veldig tynn som kom egentlig å lurte på om hun var undervektig. Så vi målte henne og veide henne og hun var jo undervektig, eh, men hun benektet jo selv at hun hadde en spiseforstyrrelse. Og vi gikk mange, mange runder og hun ble henvist via fastlege til Ernæringscenteret på sykehuset for hun var ikke interessert i å henvises til BUP eller til Ressurssenteret for spiseforstyrrelser. Og hun kom dit og fikk jo høre at det hun spiste var greit, eh, og det at hun hadde gått opp et par kilo på to måneder var flott – så det var utrolig vanskelig å på en måte nå inn til henne og få henne videre i hjelpeapparatet. Så jeg tenker at det er nok noen av de som, ja, som benekter at de har et problem.

Helsesøster 6: Det er mange! Og det er ganger jeg tenker at vi, eh, har jo kanskje en bekymring før de selv har en bekymring. Det kan være at noen kommer til oss for eksempel for prevensjonsveiledning også...Eeeh...

Helsesøster 2: Så er blodtrykksmansjetten for stor!

Helsesøster 6: Ja, ikke sant, ikke sant, kjempestor. Mm. Eller når man spør om de har noen problemer med magen med tanke på pillen siden den skal fordøyas også..Så man spør om sånt og kan på en måte danne seg et bilde, kanskje før de selv uttrykker en bekymring. Det har vi nok gjort mange ganger.

Helsesøster 2: Det hender jo også at de kommer med en bekymring for en bekymring for en venninne.

Helsesøster 3: Veldig ofte!

Helsesøster 1, 4, 5, 6: Mhm, ja.

Helsesøster 2: ...Som de lurar på kanskje muligens sliter med dette. Også etter hvert så kan det godt hende at den finnes denne venninna også, men det viser seg at det gjelder en selv også.

Helsesøster 6: Ja, det er klassisk! Det gjelder egentlig dem selv.

Helsesøster 2: Det er litt lettere å snakke om når det «ikke gjelder en selv», eller når det er i tredjeperson.

Helsesøster 1, 3, 4, 5, 6: Ja, mm.

Intervjuer: Hva med fysiske symptomer som tap av menstruasjon eller liknende?

Helsesøster 1: Det kommer i hvert fall frem når man kartlegger. For eksempel hvis de kommer og skal ha p-piller, så spør man jo om når tid de hadde menstruasjon sist og da kommer det jo frem at det kan være lenge siden. Og da må man jo spørre litt om mat og om de har gått ned i vekt i det siste.

Intervjuer: Klarer de selv å sette det i relasjon til maten?

Helsesøster 3: Ikke bestandig.

Helsesøster 6: Det har jo vært litt sånn «erklært sannhet» at hvis man trener mye så mister man menstruasjonen, men det vet vi jo nå at det skal man ikke. Men før var det jo sånn, og da var det nok kanskje litt lite mat. Men årsaken til det er jo selve treningen.

Helsesøster 2: På den skolen jeg er på er det jo en god del som trener mye, og den der kombinasjonen med lite mat og mye trening går litt igjen.

Intervjuer: Fanger dere opp de som er i «faresonen», eller må de komme til dere?

Helsesøster 3: Det året vi målte og veide i 8. klasse, da fant vi noen som var undervektige, selv om prosjektet egentlig handlet om å finne de overvektige. Men de undervektige var ikke de vi målrettet jobbet mot, så det var ikke dem vi skulle følge opp i så måte og tilby oppfølging ut fra retningslinjene våre. Men det var jo en «metode» for å fange opp elever. Jeg hadde blant annet ei som klaget over at hun var så kald, hun frøs bestandig. Og hun var veldig, veldig tynn og lå under grensa, men hun ville ikke ha noen oppfølging og hun ville ikke komme tilbake til meg. Hun påstod hardnakket at dette var noe hun snakket med foreldrene om, men om det er fakta kan jeg jo aldri sjekke ut, ikke sant, for hun var veldig tydelig på at «nei, jeg vil ikke hit». Så det er jo også noe det der når man blir så avvist at man ikke får noen posisjon og man ser at kanskje hadde det vært lurt. Men nå vi veier ikke lenger i 8. klasse på grunn av ressurser, så det er selvfølgelig tosidig. På den måten ville vi jo fanget opp begge de to gruppene.

Helsesøster 1, 2, 4, 5, 6: Mm, absolutt.

Helsesøster 2: Vi skal jo gå inn i klassene nå, som rutine. I stedet for å veie og måle, som er utrolig ressurskrevende og masse oppfølging på, så har kommunen nå lagt seg på en linje der vi skal inn i 8. klasse å ha en «undervisningsstund» i forhold til kropp, selvbilde, trening og kost. Og da treffer man jo veldig bredt, og da er jo risikoen for at de som i utgangspunktet kanskje burde spise det de spiser og kanskje litt mer – det er de som *virkelig* tar til seg informasjon. Også plukker de ut den informasjonen som de føler treffer dem best, eh, og alt det andre det «har de ikke hørt».

Helsesøster 5: Jeg tenker og at det er veldig begrenset – en time – å få med all den informasjonen. Jeg hadde en jente som hadde kommet til den konklusjonen at hun hadde et problem, så det var kjent og hun gikk i behandling. Men hun sa jo det at hun ble bombardert fra alle hold og kanter med informasjon om sunn mat. Også sa hun: «Se bare her», så viste hun meg en brosjyre. Og det klart, det er jo en del rubrikker om mat, kosthold og trening. Det er jo overalt.

Helsesøster 6: Ja, man kan jo tro at liksom en time med helsesøster i 8. klasse er bra, men kanskje er det ikke nok. Men det hender jo at lærere kommer og spør hvis de har elever som har problemer på et eller annet vis om vi kan gå inn å snakke på generell basis, men jeg har faktisk avvist dette for jeg tror vi heller bør jobbe spesifikt mot de som har disse problemene.

Helsesøster 1: Ja, altså, hvordan påvirker det at man snakker om kosthold og aktivitet – både i positiv og negativ retning? Vet man om det har noen «pushende» effekt på ungdom?

Helsesøster 3: Etter det jeg har hørt så har ikke det noen negativ effekt at man snakker om kosthold og aktivitet i for eksempel i en klasse, men man kan jo kanskje risikere å treffe feil gruppe. At man «pusher» de som er nært grensen mot spiseforstyrrelse enda nærmere.

Helsesøster 4: Jeg mener at man ikke må være så redd for å ta opp dette, man må kunne ta opp dette med overvekt. Ungdommene er jo klart over dette.

Helsesøster 5: Ja, bildet er mye mer komplisert hvis man først utvikler en spiseforstyrrelse. Dette med mestring blant annet.

Helsesøster 2: Det handler om selvbilde og selvtillit. Jeg hadde en elev som jeg fulgte opp, hun var vel 19 år. Hun hadde hatt spiseforstyrrelse i flere år, og jeg spurte om hva hun trodde hadde utløst det og hun satt og tenkte litt før hun fortalte at i 10. klasse hadde hun hatt en kjæreste som hadde kommentert at hun var litt lubben, og det trodde hun var årsaken. Så den ene kommentaren fra 4-5 år siden satt enda i. Og hun var så tynn som...Ja.

Intervjuer: Er det flere av dere som har fanget opp utløsende årsaker?

Helsesøster 1: Hun som jeg hadde samtaler med sist, hun mente selv at hun alltid hadde vært veldig tynn og at det var genetisk. Det var hennes forklaring.

Helsesøster 6: Det har ofte vært sammensatt hos de jeg husker å ha snakket med. At det gjerne kanskje er ting hjemme. Altså, ting er ikke helt greit. Man har det ikke helt greit med selvbildet, med familien og at man kanskje ikke får «gjenklang» i nærmiljøet på den man er. Også ønsker man å forandre seg.

Helsesøster 5: Man får mer tilbakemelding på hva man presterer enn hvem man er.

Helsesøster 6: Mm, ja.

Helsesøster 2: Jeg har hatt en del saker der det har vært en del fysisk i tillegg, for eksempel at matvareintoleranse har vært en del av pakken også. De har på en måte en opplevelse av at når de spiser så blir de kvalm og uvel ikke sant, så er det bedre å ikke spise.

Helsesøster 1, 3, 4, 5, 6: Mm.

Helsesøster 3: Ja, sånn kan det og være for noen.

Helsesøster 4: Det er mange som kommer på åpen dør på ungdomsskolen som sier at de «ikke er fin nok», «ikke tynn nok» og tar det opp som et tema. Og når jeg spør dem om å speile seg selv i en venninne så klarer de å se at alle er så fine rundt dem, men selv er de ikke bra nok. Og de ser jo omtrent jevne ut alle sammen. De sier ofte at de er den venninna som henger etter de fine. Det bildet de har av seg selv er jo så annerledes enn det som faktisk er der, for å si det sånn.

Helsesøster 3: Det synes jeg kanskje er det som er vanskeligst, det der med å finne ut hvilken vei man skal nå inn til disse - for de er helt overbevist om at de ser mye større ut enn det de egentlig er og tror de er veldig mye mer annerledes enn de andre er og verden skal være *sånn*, helt smal.

Helsesøster 4: Idealet er jo veldig smalt.

Helsesøster 1: Idealet er forferdelig smalt. Det er jo det.

Helsesøster 3: Og alle er klar over dette med fotoretusjering. De kan godt snakke om det, at bildene av kjendiser er fikset på før de blir gitt ut. De kan godt si det, men likevel ønsker de å bli det.

Helsesøster 4: «Bare jeg blir tynn nok så blir jeg lykkelig»...

Helsesøster 3: Det er et sånt ideal som går igjen. Det er «perfekt» å være tynn.

Helsesøster 5: Ja, hvis jeg ikke er tynn, hva er jeg da? Det hører jeg ofte. «Hvis jeg ikke lykkes på den fronten, hva er jeg da?»

Helsesøster 6: Også har jeg tenkt litt på at noen konkurrerer kanskje litt med mødre sine. Det er mange flotte mødre som på en måte kanskje vil være like fine som døtrene sine.

Helsesøster 1: Ja, og som kanskje er veldig opptatt av å skulle være fin og å holde seg slank. Helt til du oppdager at dattera di sitter å smuler bort brødiskiva på fatet før man gjør noe.

Helsesøster 6: Ja. Jeg har en sak der det har vært litt sånn krav hjemmefra å være tynn.

Helsesøster 3: Jeg har også en litt omvendt sak der mammaen er litt rund, og hvor hun bruker seg selv som eksempel. «Du må passe deg, ikke spis der her nå for da blir du sånn som meg», og hvor denne jenta gråter mye over de kommentarene. Og da sulter hun seg, hun gikk inn i «prosjektet sulting». Og hun beskrev også det at hun torde ikke å veie seg fordi hun var så himla redd for å ikke ha gått ned i vekt for da var denne sultinga helt forgyves. Så vi har ikke turt å nærme oss den delen av dette. Vi bare prater og hun gråter og gråter og gråter. For det er

så mye krav og så skal man passe de og de klærne, ikke sant. Og disse kommentarene – «nå er vi i selskap, ikke spis mer enn ett stykke kake». «Bunaden blir for trang og den koster mye». Altså, det er så mange ting! Disse små kommentarene. Og de treffer jo som bare det.

Helsesøster 1: Og det er kanskje de kommentarene fra de nærmeste som er mest sårende. Eller fra en kjæreste. For det er kanskje det som betyr mest.

Helsesøster 4: Også er det jo misforståelser, altså foreldrene mener ikke noe ondsinnet. De tenker omsorg, men barna oppfatter ikke det som omsorg.

Helsesøster 2: De vil jo ofte ikke at foreldrene skal bry seg, at de ikke skal ha noen del i det der.

Helsesøster 3: Og i hvert fall ikke kommentere kroppen negativt.

Helsesøster 4: Ja, de må jo hente noe opp fra deres indre. Hvordan skal de tolke seg bort fra foreldrenes kommentarer? Hvordan skal de få frem ressurser, hvis de har ressurser, til å la være å sulte seg og la være å gå i de fellene som ligger der. Og da må du ha en ressurssterk ungdom for at de skal klare det. Har du da en ressurs svak ungdom som strever med flere ting, da blir det kjempevanskelig. Har du en ungdom som du klarer å komme inn til og som du klarer å ha en dialog med og prate att og frem med. Og at man klarer å lage et annet prosjekt enn det å sulte seg så er det lettere.

Intervjuer: Nå ble jeg litt nysgjerrig for det blir ofte sagt at det er ressurssterke, typisk «flinke piker» med gode karakterer og som presterer godt i idrett osv., osv. som er i risiko for å få spiseforstyrrelser. Hva tenker dere om det?

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 5: Ja.

Helsesøster 4: Men flinke piker er nødvendigvis ikke de ressurssterke. Kanskje har de ressurssterke foreldre, men kravene er så høye og de skal være så himla flink.

Helsesøster 5: Ja, og det er det jeg sier at de kommer kanskje ikke med den bestillingen på spiseforstyrrelser, men at de holder på å miste konsentrasjonen. De mestrer ikke de høye karakterene eller at de ikke orker å trene sånn som de har gjort før. Og det er *det* som er problematikken, hvordan skal de klare å mestre hverdagen sin?

Helsesøster 2: Også sover de ikke heller...

Helsesøster 5: Nei, ikke sant. Og da kommer man inn på det å jobbe med anerkjennelse av at spisingen kan være en årsak. Og det kan være vanskelig og kan ta ganske lang tid. Og mange vil absolutt ikke henvises videre og de vil ikke at det skal tas opp med noen andre, eh, så mye går jo på det å prøve å motivere til å involvere andre, tenker jeg.

Intervjuer: Tenker de på det som et nederlag?

Helsesøster 5: Det er fylt av skam. Altså veldig mye skam.

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 6: Ja.

Helsesøster 1: Ja, det tror jeg og. Det er nok et nederlag også vil man egentlig klare det sjøl så lenge man kan uten å involvere noen flere fagfolk.

Helsesøster 6: Det er nok en svakhet fortsatt å ikke være sterk og strekke til på alle områder. Så svakhet er jo skamfullt.

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 6: Ja... (stille noen sekunder).

Intervjuer: Hvilken type spiseforstyrrelse ser dere mest av?

Helsesøster 5: Anorexia for min del.

Helsesøster 2 og 6: Ja, at de ikke spiser.

Helsesøster 1: Ja, vegring.

Helsesøster 2: Å gå en hel dag på ett glass vann eller to. Også spiser de en «Skyr» dagen etterpå, så da «er det jo greit». Det er utrolig hvor lavt inntak av mat de tilsynelatende fungerer på. Jeg skjønner ikke at det går an.

Helsesøster 6: Hvis de sier de spiser frokost, lunsj og middag så er det alltid lurt å spørre hva de spiser..! (De andre ler). «Ja, et halvt eple til frokost og det andre halve til middag»...

Helsesøster 2: «30 gram havregryn».

Helsesøster 6: Ja, 30 gram havregryn, da skjønner du at de har et problem.

Helsesøster 2: Og 1 desiliter vann... Når de begynner å veie maten da tenker jeg at de har gått over en terskel.

Helsesøster 6: Og hvis du spør om de har et problematisk forhold til mat og de spiser 30 gram havregryn....

Helsesøster 1: En drue! (De andre ler).

Helsesøster 6: Ja, og en drue!

Helsesøster 4: Og de mener de ikke har et problematisk forhold til mat... (De ler).

Helsesøster 6: Da ringer det klokkeklang i hodet mitt, da er det påtrengende!

Helsesøster 3: Men jeg tenker at dette kan være noe de har lært hjemmefra også.

Helsesøster 4: Ja klart, det finnes vel mødre der ute som veier maten og regner kalorier.

Helsesøster 3: Ja, men at de spiser så lite! At de har det hjemmefra. Og kanskje veier maten i tillegg.

Helsesøster 1: Det er nok noen som har det hjemmefra at man spiser lite og veier maten. Så de får det «inn med morsmelka», rett og slett.

Helsesøster 6: Det var noe i avisa her i fjor om en familie som spiste bare pulver og det ga de til disse småbarnene sine også. De spiste pulver til frokost, sånn proteinpulver.

Helsesøster 1: Sunne greier! Hehehehe!

Helsesøster 2: Ja, da rekker de vel å trene mer.

Helsesøster 1: Ja, ikke sant.

Helsesøster 2: Det er jo det det handler om.

Intervjuer: Har dere sett noen økning av de andre typene spiseforstyrrelser? Megarexi eller ortorexi for eksempel? (Forklarer hva de ulike typene innebærer).

Helsesøster 6: Ja. Jeg synes det er en del venner som kommer og sier det der med gutter som trener mye og kanskje tar noe pulver i tillegg. Og noen jenter også. Også karakteriserer de liksom hvordan de blir å se ut. «De musklene *her* blir større». Og de kanskje ikke kommer av regulær trening heller...

Helsesøster 5: Jeg har aldri hatt noen gutter som har kommet og tatt det opp.

Helsesøster 3: Ikke jeg heller.

Helsesøster 6: Det har jeg hatt faktisk.

Helsesøster 1: Hvor han var engstelig da for om det va skadelig?

Helsesøster 6: Ja.

Helsesøster 2: Jeg har hatt bekymrede lærere som har kommet til meg og drøftet gutter som har vokst mye i muskelmasse.

Helsesøster 6: Og at det her med litt aggressivitet. Jeg hadde en gutt som hadde problemer med det. Han trengte litt hjelp med det.

Helsesøster 5: Ja, for det forstår jeg fastlegene kan få en del av. Psykiske bivirkninger.

Helsesøster 4: Av anabole steroider tenker du da?

Helsesøster 5, 6: Ja.

Helsesøster 1: Men proteinpulver selges jo overalt, er det farlig? Anabole steroider vet man jo kan være skadelig.

Helsesøster 6: Han som kom til meg og fortalte at han var så aggressiv, han skjønnte at det var på grunn av de anabole steroidene. Han hadde ganske sammensatt problematikk hvor alt var blitt u håndterlig for han. Og der var det direkte relasjon til bruk av anabole steroider.

Helsesøster 1: Men hva gjorde du da?

Helsesøster 6: Nei da fikk han samtaler og ble henvist til psykolog. Mm, ja. For å få hjelp.

Helsesøster 2: Jeg var i kontakt med «Sunn jenteidrett» for noen år siden i forhold til det med pulver og de tok veldig avstand fra det. Hos vanlig ungdom, selv om de trener, så er det det normale kostholdet som skal dekke proteinbehov og. Jeg tror det var Jorunn Sungot-Borgen som svarte meg.

Helsesøster 6: Ja, de er jo veldig tydelig på at uansett hvor mye man trener så skal man klare å dekke det gjennom vanlig mat.

Helsesøster 2: Det er jo på en måte et skapt marked.

Helsesøster 6: De sier jo også de på «Sunn jenteidrett» at det med maten er en del av treningsopplegget. Altså, det er en viktig del av å planlegge en treningsøkt både det man spiser før og etter. Og *hva* du kan spise. Men det forhindrer jo ikke at de blir veldig bevisst på hvordan de ser ut når de står på startstreken i kondomdressene sine. De er jo utsatt og i en sårbar alder, eh, også skal de eksponeres så, ja... Så det er jo dobbelt.

Helsesøster 4: Da må jeg bare si i den forbindelse hvor bra jeg synes det var at de tok ut fra landslaget og ga de startforbud de som mistet menstruasjonen og de som hadde tydelige spisevansker. «Ut! Dere får ikke stille til start!». At det faktisk er et fokus fra dem.

Helsesøster 6: Ja, det er et viktig signal.

Helsesøster 4: Ja, de er gode forbilder da.

Helsesøster 2: Det tror jeg gjelder NTG også, at «Sunn jenteidrett» har vært involvert der også. Der de hadde matlagingskurs og snakket om kosthold og hadde fokus på det.

Helsesøster 4: Men det her med alle disse voksne mammaer og pappaer som trener så himla mye nå og som skal være så aktiv og... Den balansen der tenker jeg at man skal være obs på. Det er bra at man er forbilder for sine barn, men det er jo klart at vi blir å få en del ungdommer som har foreldre som trener fem-seks ganger i uka og som har fullt fokus på det. Og at det også kan gjenspeile seg blant barn og unge.

Helsesøster 5: Jeg tenker og at man må ikke glemme at mange takler jo det her. Det er noe i personligheten eller i miljøet eller andre ting som gjør at man ikke klarer å håndtere det. Og det er litt viktig at man ikke bare ser på trender og forbilder som trener mye - for det må være noe mer der, ellers blir man ikke syk.

Intervjuer: Er det noen disponerende faktorer dere ser går igjen?

Helsesøster 6: Hvis jeg bare skal synse veldig så er det det å bli elsket for den man er og virkelig føle at de nærmeste er glad i en, ikke for det de presterer men for den de er. Det synes jeg at jeg kjenner igjen i mange. Det er en beskyttende faktor. Jeg synes at det virker som det er litt mangelfullt hos de som jeg har møtt i hvert fall.

Helsesøster 1: Det kan jo dreie seg om foreldre som for eksempel er i skilsmisse eller krangler veldig mye og har «nok med seg selv», eller som har karrieren gående og har masse fokus på det – og som gjør at man er fraværende i ungdommens liv.

Helsesøster 5: Prestasjon, prestasjon...

Helsesøster 3: Det å føle at man ikke blir sett, ikke sant.

Helsesøster 1, 2, 4, 5, 6: Ja, mm.

Helsesøster 5: Å føle at man ikke blir sett og elsket for den du er.

Helsesøster 3: «Hvis jeg bare blir tynnere så blir jeg kanskje sett»....Det er mange sånne tanker rundt det å få oppmerksomhet.

Helsesøster 5: Ja, og det gir også en følelse av kontroll. Det er behagelig å kunne kontrollere noen ting. Å føle at du mestrer matinntaket.

Helsesøster 1: Det sier de de som erkjenner at de har et problem, at de har kontroll når de kan styre det de spiser.

Helsesøster 2: Jeg har hatt noen som har vært utsatt for overgrep og slike alvorlige ting som også har fått en spiseforstyrrelse i etterkant, og det er en del av et slikt bilde.

Helsesøster 5: Også har jeg hatt en del utvekslingsstudenter. Jeg vet ikke om dere har hatt det? Som har vært borte ett år, i USA for eksempel.

Helsesøster 6: Ja, det har jeg også merket meg. Det er en del som er ute på utveksling som har kommet hjem og har en del problemer fordi at det har kanskje har gjort et stort inntrykk på en negativ måte. Ja, litt angst, utrygghet. Så det er nesten noe vi bør ta opp og melde som et problem til skolen. Og ungdom i dag blir på en måte opplært til at de skal takle og mestre de situasjonene de er i, ikke sant, og de er jo veldig flinke her i Norge når de er på kjent grunn. Men når de reiser bort så blir de fortalt at «Dette blir et veldig fint år for deg!», også kommer de dit også er det kanskje mange uforutsette ting som er utenfor deres mulighet til å håndtere.

Helsesøster 1: Ja, også er de alene.

Helsesøster 6: Også er de *helt* alene, de har ingenting der. Også tenker de at «Det er sikker meg det er noe feil med, ikke de andre».

Helsesøster 4: Ja, for dette var det jo ingen som løftet opp som vanskelig når man planla denne turen.

Helsesøster 6: Mm, det skal jo liksom være en sånn positiv ting. Og det er jo nesten en farsott dette med utveksling nå og mange tenker at det er så flott og spennende - «Gud så heldig du er, og for en fantastisk mulighet!», også glemmer man at de blir sendt helt alene til et helt fremmed land der de nesten ikke kan språket engang. Også ringer de hjem og forteller at det ikke er helt slikt som de ville at det skulle være også sier foreldrene at «Du må bare holde ut».

Helsesøster 1: «Vi har betalt 40000»...

Helsesøster 5: Også i forhold til mat så er det jo en annen kultur. For eksempel i USA der det er masse fokus på helse og kropp og mat, men så spiser de noe helt annet!

Helsesøster 6: Og noen går også opp i vekt, og det er ganske vanskelig når man flytter til et annet land for du må på en måte tilpasse deg. Og noen synes kanskje det er pinlig å komme hjem med 5 kilo ekstra i bagasjen og begynner kanskje da å...Ja.

Helsesøster 1: Ja, ikke sant, det er ikke tvil!

Helsesøster 4: Men denne aksepten for å være ulik...Aksepten for at vi har ulik genetisk disposisjon. Både i høyde og bredde og hele pakken, den synes jeg er blitt helt borte. Den formen vi skal inn i er så liten og det er jo ikke sjans i havet! Vi ser jo ikke lik ut alle sammen,

og vi har ikke mulighet til å springe 100-meteren på så og så kort tid alle sammen. Noen av oss streve grusomt og vil aldri få det til uansett hvor mye vi trener og øver. Og det samme gjelder jo med vekt! Så den formen vi skal inn i og det fokuset som ligger på det nivået helt her oppe (strekker armen langt over hodet) og at man blir sett ned på hvis man er overvektig...Det teller ikke like mye det en overvektig sier som det en normalvektig sier. Så det er jo et problem den veien også, og det er mange som strever i den kategorien også. Det er et stort samfunnsproblem i bunn og grunn, tenker jeg.

Helsesøster 1: På overvekt og hvordan man skal se ut, tenker du?

Helsesøster 4: Ja, at man er så himla redd for å bli tjukk er jo ofte motivasjonen for å slanke seg. Og som da er årsaken til at man blir alt for tynn. Og egentlig er man kanskje normalvektig ut i fra de genetiske forutsetningene du har.

Helsesøster 6: Også sammenlikner de seg med venner hele tiden.

Helsesøster 4: Ja, og det med høyde er overhode ikke en faktor der. Det er hvor smal de er som er eneste faktor.

Helsesøster 6: Men før i tida så var det jo også slik at vi sammenliknet oss med hverandre, men...Jeg tror det var Katarina Wang som sa det i forhold til det her med psykiske problemer hos ungdom...At før så målte vi oss opp mot hverandre, og slike som mannekenger og skuespillere de var på en måte uoppnåelig så vi sammenliknet oss ikke med dem. Mens nå så er det kanskje en i klassen som er med på «Idol», ikke sant, og det var i avisen her en dag at ei jente på 18 her fra byen skulle til Milano som modell. Så du har på en måte disse modellene og mannekengene i blant oss, du skal liksom måle deg opp mot dem. Det er liksom ikke noe uoppnåelig lenger, er du bare viljesterk nok så har du også mulighet. Man måler seg med hele verden.

Helsesøster 4: Ja, det er jo lagt opp til at vi kan nå hvilke mål vi vil. Det er jo ingenting vi ikke kan, ikke sant. Det er jo veldig fokus på oss selv og egosentrisk og...«Jeg kan gjøre hva jeg vil og jeg kan bli hva jeg vil». Det er bare vilje det står på omtrent. «Hvis jeg bare bestemmer meg for det så»..

Helsesøster 6: Man er sin egen lykkes smed...

Helsesøster 1: Det var litt amerikansk!

Helsesøster 4: Ja, det er litt amerikansk. Men vi er nok på vei dit. På god vei, tror jeg. Og at det er tøft for ungdommer i dag å gå inn i det...Det er jeg ikke i tvil om.

Helsesøster 2: Ja, og den tilgjengeligheten. Og man skal legge ut bilder av seg selv hele tiden og være vellykka.

Helsesøster 4: Også er det en del bloggere også som er ganske sterk. De tjener penger og...Fotballfrue etc. De tjener penger og ser flott ut og er så vellykket at det er jo til å få «karamba» av! Det er jo ikke et realistisk liv.

Helsesøster 5: Men hvor mye påvirkes de av det?

Helsesøster 4: Mye! De leser det jo alle sammen..

Helsesøster 5: Ja, jo. Men øker forekomsten av spiseforstyrrelser? Jeg vet ikke. Jo mer fokus man har på det jo mer øker det vel.

Helsesøster 1: Ja når vi va unge eller når våre foreldre var unge så fantes det vel og, men man kalte det noe annet. «Sær i matveien», «småspist», «hysterisk» og slikt.

Helsesøster 3: Mm. Men da tenker jeg på at det handler jo om hvilken ballast man har med seg fra man var små. Hvilken støtte har vi, hvilke beskyttelsesfaktorer er det.

Helsesøster 6: Mm. Jeg synes det er interessant i den filmen til Margareth Olin – «Kroppen min», der hun sier at du gjennom hele oppveksten får høre at «Du kommer nå aldri til å bli pen med den der nesen til faren din», eller «De svære føttene må nå være bestefar sine», ikke sant. Der du liksom er dømt til å være den der med store føtter i stedet for at foreldrene kan se forbi det og heller være glad i deg for den du er, og ikke se deg gjennom noen andre. At du blir elsket for den du er.

Helsesøster 5: Ja, du kan jo godt få kommentarer på dine store føtter, men det er ikke sikkert det gjør deg noe fordi du blir elsket. Ja, så du tåler det.

Helsesøster 6: Ja, det ligger en del beskyttelsesfaktorer der, men jeg tenker at slike mantra blir gjentas ofte nok så blir det jo en sannhet.

Helsesøster 4: Og de store hoftene..En ting er de store føttene, men de store hoftene..

(De andre ler)

Helsesøster 4: Det er jo veldig kjekt å høre når man er 13-14-15 år. «Du blir aldri smal du, du har tante Thea sine hofter!». Da er det gjort.

Helsesøster 1: Men jeg har jo inntrykk av at foreldregenerasjonen vår har vært mye mer sånn fokusert på at man ser ut som den eller likner på den enn det min generasjon har vært. Jeg tror vi har vært flinkere å se ungene for dem de er.

Helsesøster 2, 3, 4, 5, 6: Ja, mm. Det tror jeg er sant.

Helsesøster 1: Nå vet jeg ikke om det bare gjelder vår faggruppe...(Alle ler). Men jeg kjenner jo andre som ikke er helsesøstre og – *ja faktisk!* (latter)...Og jeg synes folk er ganske flinke til å se ungene i et litt annet perspektiv enn det foreldrene våre har vært.

Helsesøster 6: Ja, det viser jo alle disse undesøkelsene også nå at ungdom har et mye bedre forhold til foreldrene, det er mindre risikoadferd, mindre alkohol, mindre hasj. Ja, så det er ganske mange positive faktorer faktisk.

Helsesøster 3: Det er fordi de sitter hjemme og chatter og har ikke tid til å dra ut...Man hasjer ikke på Facebook (latter).

Helsesøster 3: Men...Også skal jo alle være så lik nå.

Helsesøster 4: Dusingtryne.

Helsesøster 1: Dusingtryne? Er det et begrep?

Helsesøster 3: Ja, det er at du gjør som alle andre. Du følger strømmen.

Helsesøster 2: Hehehe, jeg husker når jeg begynte å jobbe på ***** videregående. Jeg synes alle så likedan ut! Alle hadde langt, glatt hår, pudder, sminke...Og de hadde de og de klærne. Og sommer som vinter gikk de i slike småsko og korte ankelsokker.

Helsesøster 3: Og Acne-skjerfet sitt...

Helsesøster 2: Ja, jeg så jo ikke forskjell på dem! Så jeg måtte spørre alle om de hadde vært hos meg før...(Latter). Det var den følelsen jeg satt med.

Helsesøster 1: Det er nok noen skoler som har mer den der «dusingtryne»-faktoren enn på andre skoler. Jeg jobber på en skole der det nesten er litt motsatt, hvor det er om å gjøre å skille seg ut, faktisk. Så jeg kjenner dem igjen! Hehehe. Nei altså, i noen miljøer er det nok viktigere at man likner på mengden enn det er i andre miljøer. Det er litt forskjell, tenker jeg.

Helsesøster 4: Så søker de seg vel til den videregående skolen der de matcher inn.

Helsesøster 1: Ja, det tenker jeg. Vi er jo flokkdyr!

Helsesøster 5: Ja, også har du disse utskuddene. For vi har jo hatt mange «flinke piker», som sagt, men jeg har også hatt de som har hatt veldig dårlig sosial oppvekst og vært utsatt for diverse saker og ting og de har vært veldig syke. Jeg har hatt noen sånne.

Intervjuer: Er det seksuelle overgrep det er snakk om da?

Helsesøster 5: Ja. Mm. Der det virkelig er en del av deres identitet. Som spyr blod og som virkelig...Skjærer seg og bruker det som smertelindring eller kontroll eller...Men det samme går jo igjen – at de ikke vil ha hjelp. Det er det samme med denne motiveringen. Det handler om å motivere dem til å ta imot hjelp.

Helsesøster 6: Men det er jo ikke alltid at man selv erkjenner at det er et problem – og det er det som er så vanskelig med spiseforstyrrelser. For det er liksom litt deilig for dem å ha den kontrollen. Så det er liksom litt positivt også, i begynnelsen i hvert fall, for da er det hvert fall noe som er bra. «Dette kontrollerer jeg», ikke sant. Og da er det jo veldig vanskelig å motivere til å få hjelp.

Helsesøster 4: Men ser dere dette med selvskading og sulting, er det begge deler?

Helsesøster 1, 2, 3, 5, 6: Ja.

Helsesøster 4: For jeg tenker at det er jo samme mekanismer som slår inn.

Helsesøster 1: Jeg har ei som når hun spiser så kutter hun seg. Og når hun klarer å la være å spise så kutter hun seg mindre. Men det er veldig tydelig sammenheng om hun spiser eller ikke, ja. Og det er jo kontroll det går på.

Helsesøster 6: Og det kan jo gi en mestringsfølelse, ikke sant. At du mestrer det.

Intervjuer: Merker dere om dere får ulik respons på de ulike tilnæringsmåtene?

Helsesøster 6: Jeg synes det er veldig individuelt.

Helsesøster 4: Ja, det er veldig stor forskjell.

Helsesøster 6: Jeg hadde en gang to jenter som hadde funnet hverandre på internett i forhold til det å spise lite. Også tematiserte jeg det som et problem og de ble veldig provoserte av det, for de var egentlig veldig lykkelige over at de hadde funnet hverandre og var liksom litt «giret», nesten litt «høy» på det.

Helsesøster 3: Sjelevenner liksom?

Helsesøster 6: Ja, og liksom «Hva synes du om det?», spurte de. Så problematiserte jeg det og sa at jeg ikke syntes noe om det. Og de ble provoserte og kom ikke tilbake.

Helsesøster 1: Men det hadde jo ikke vært rett å støtte opp under det heller.

Helsesøster 6: Det hadde det ikke vært, men det er jo på en måte noe med hvordan ting blir mottatt...Og jeg burde nok skjønt at de var litt «høy» på det - sånn at da kunne jeg lagt meg på et nivå som gjorde at de kanskje ville komme tilbake. For jeg har alltid det i bakhodet det Finn Skårderud sier i «Sterk svak» at hensikten med møte nummer 1 må være at det blir et møte nummer 2. Og det handler om tillitsoppbygging, så hvis de ikke er der så er det jo litt min jobb å identifisere det.

Helsesøster 5: Ja, for dette med årsaker for eksempel, det spør ikke jeg om så tidlig for det er noe jeg tenker kommer med tiden.

Helsesøster 4: Mm, ja, men det jeg sitter og spekulerer på nå...For jeg er jo på ungdomsskolen og ikke på videregående. Vi får plenty av de som holder på med risping, altså selvskading. Og de ser vi flere og flere av rett og slett. Og det bare slår meg når jeg sitter her at det er jo den her kontrollbiten dem er ute etter...! Altså at det starter på ungdomsskolen med risping. Starter det med risping så går det over til andre ting? Apropos dette med å oppdage tidlig. At

det går videre med å kontrollere andre ting og da er mat en faktor. Så selv om de per dags dato ser frisk og fin og sunn ut – så er det kanskje noe sånn... For min del blir jeg i hvert fall enda mer sånn «obs obs»! Når jeg nå sitter her og grunner litt på det. Det er bare første steg, kanskje? Men...hvilket apparat har vi egentlig for å hjelpe disse jentene? En ting er at de kommer til meg på skolen og vi har jevnlig oppfølging og vi kan henvise dem videre. Men det her litt mer sånn dypdykk og et lengere perspektiv.

Helsesøster 2: Det handler jo om å takle følelser. Og jeg tenker at vi må begynne enda tidligere, på barneskolen.

Helsesøster 4: Også jentekonflikter. Det er også en sånn «innfallsport». Og tidlig utvikling.

Helsesøster 3: Vi blir jo kalt inn på pubertetssamtaler til femteklassinger fordi det er jenter som har fått menstruasjon. Og fjerdeklassinger og, faktisk. Så det er tidlig.

Helsesøster 5: Men det er glipp i oppfølgingen mellom ungdomsskolen og videregående.

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 6: Ja, mm. Det er det.

Helsesøster 5: Det er helt klart en glipp, det er ikke noe oppfølging der imellom. Og det tror jeg man mister en del på. De som havner over i videregående som går uten noe, som ikke tør og ikke får til å etablere relasjoner med nye. Kanskje de har hatt kontakt med helsesøster hele ungdomsskolen.

Helsesøster 2: Jeg tror aldri jeg har opplevd at helsesøster fra ungdomsskolen har kontaktet meg. Ved overgang til videregående.

Helsesøster 4: Men det har aldri vært noe kutyme for at vi gjør det.

Helsesøster 1, 3, 5, 6: Nei, nei.

Helsesøster 1: Nei det som skjer med journalen, papirjournalen, er at den blir sendt til Rådhuset og arkivert. Og da er det «end of story». Ja, det er jo litt sånn.

Helsesøster 6: Starte med blanke ark på videregående.

Helsesøster 1, 2, 3, 4, 5: Ja, mm. Ja.

Helsesøster 2: Og mange ønsker jo det også!

Helsesøster 3: For noen kan det jo være bra.

Helsesøster 4: Kun en gang har jeg koblet inn SMS i overgangen til videregående slik at eleven skal slippe å ta kontakt med helsesøsteren på videregående skole. Og det er noen måneder i mellom her og det kan skje ganske mye i mellomtiden. Og det at hun skal slippe å selv ta den kontakten – at det er noen andre der og følger henne opp.

Intervjuer: Der har man jo virkelig muligheten til å gjøre noe for å følge opp elever i denne overgangen...

Helsesøster 6: Det er kjempeviktig! Jeg tror ikke det skal undervurderes heller. Jeg hadde senest i går ei jente her på Tvibit som fortalte meg om en alvorlig ting og jeg spurte om hun hadde vært i kontakt med helsesøster på skolen. Men da sa hun at hun hadde prøvd og det hadde vært så mange forskjellige helsesøstre der at hun fikk ikke til en ordentlig tilknytning til noen. Hun hadde store problemer med å knytte bånd til alle disse forskjellige. Så det endte med at hun bare lot være å gå.

Helsesøster 2: Vi har et skjema hos oss som elevene fyller ut når de begynner på videregående, og det er det blant annet et punkt hvor man kan hake av om man vil ha kontakt med helsesøster. Så får vi den lista også kaller vi dem inn. Men erfaringsmessig så kommer de ikke. Det er kanskje 10 % som kommer.

Helsesøster 1: Vi har slutta med det hos oss...

Helsesøster 4: Hvor mange er det som haker av at de ønsker?

Helsesøster 2: 10-15 kanskje...Av 200 stykker.

Intervjuer: Jeg tenker på dette med lavterskeltilbud...Når de ikke engang kommer når de blir kalt inn – kan man forvente at de da kommer av seg selv?

Helsesøster 5: Men det er det der med tilgjengelighet, for det skal skje *NÅ!* Nå har jeg lyst. Også var ikke helsesøster der i dag – og da er hun «aldri» der. Det blir konklusjonen. Litt sånn tror jeg faktisk det er.

Helsesøster 1: Men det hadde jo vært interessant hvis vi var der hver dag, hvordan «ståa» hadde vært. Ikke bare med spiseforstyrrelser, men med alle oppfølgingssaker.

Helsesøster 6: Det hadde vært interessant.

Helsesøster 3: Jeg tror skolene hadde vært veldig fornøyd.

Helsesøster 1: Ja, skolene hadde vært veldig fornøyd, men jeg tenker på om det hadde vært nyttig for ungdommene også.

Helsesøster 2: Vi er jo to helsesøstre som er på hver vår dag i uka, men vi opplever jo at elevene også «shopper litt» og tester oss begge ut. Men det tror jeg er før det blir dannet noen tilknytning. Før de har fortalt hva det egentlig er som er problemet.

(Stille)

Intervjuer: Det ble nevnt kroppsspråk tidligere. Er det noen annen non-verbal kommunikasjon dere kommer på som går igjen?

Helsesøster 1: Store klær.

Helsesøster 2: Jeg skulle til å si det, de er litt innpakka.

Helsesøster 1: Sånne store tykke jakker, og tar de ikke av seg. Det er veldig typisk.

Helsesøster 4: De fryser jo, hehe!

Helsesøster 5: Da er det gått langt hvis man begynner å se sånn dunbehåring i ansiktet og på armene og man tar blodtrykk og det er lavt. Da er det gått langt.

Helsesøster 6: Jeg synes mange ganger at de blir litt alvorlig, i hvert fall når man på vei inn i problematikken. De er litt sånn mimikkfattig. Og de vil ikke bli lagt merke til og isolerer seg etter hvert. Det er liksom litt sånn lukka. En form for alvorlighet.

Helsesøster 5: En type nedstemthet.

Helsesøster 6: Repertoaret av følelser blir liksom litt flatet ut. Det går igjen hos flere.

Helsesøster 3: Også er det jo også veldig inn å gå i de treningsbuksene. De tightsene.

Helsesøster 4: Ja, vi har mange på ungdomsskolen i de.

Helsesøster 6: Åjaa?

Helsesøster 4: I alle kroppsformer.

Helsesøster 3: Jaja, uansett.

Helsesøster 1: Men jeg tenker at det er nok mer de som har denne ortorexien som går slik og vil bli oppfattet som sunn og sporty, mens de som har anorexi...Ja, de som ikke er så sporty da, at de heller går kledd i litt store klær – at det er forskjell på de to gruppene.

Helsesøster 4: Ja, du må liksom ha en link den veien. Mot det sportye. Og det er noe jeg synes er etisk utfordrende – å gå inn i en 8. klasse å skulle definere hva som er sunt og at det er bra å trene. For det er jaggu ikke bra å trene 7 dager i uka, det tror jeg ingenting på. For de er så himla bokstavelig i den alderen!

Helsesøster 3: Men hvor sunt er det egentlig? Jeg opplever ikke at det stilles spørsmålsteget ved det.

Helsesøster 4: Nei, det er liksom trening = sunt. Punktum.

Helsesøster 1: Ja, hvis man leser på internett så står det jo at man bør ha minst en treningsfri dag i uka.

Helsesøster 4: Ja, men da går du i det, da dykker du dypere i det. Og det gjør ikke 16-åringene.

Helsesøster 1: Nei, ja. Hvor mye og hva du skal spise og sånt må du i hvert fall lete aktivt etter.

(Stille)

Intervjuer: Mitt siste spørsmål er om det er noen momenter som dere tenker er viktig å få med som vi ikke har kommet innom?

Helsesøster 1: Det er jo vanskelig, synes jeg, å klare å komme så langt at de erkjenner at de har et problem. Det er den utfordringen som er størst.

Helsesøster 2: Ja, men også et skritt videre – at de kan innse at de har et problem, men de vil ikke gjøre noe med det.

Helsesøster 1: Ja, ja – ja, ikke sant! Innse det og å få hjelp.

Helsesøster 5: Jeg tenker at samarbeidspartnere og gode relasjoner til samarbeidspartnere er viktig. Det jeg synes virker lettest å få dem til er ernæringsfysiolog.

Helsesøster 2: Ja, for det er «ufarlig».

Helsesøster 5: Jeg bruker det en del. Det er «ufarlig» også innser de at de vet ikke helt hva en normal porsjon er lenger – det har de mistet begrepet på. De vet ikke lenger hva man skal spise – eller hva *dem* skal spise. Så det er liksom okei å gå dit. Men så er det også forskjellig hvis man får kontakt med fastlegen. Noen fastleger er jo...Ja...Det funker ikke. Mens andre fastleger følger veldig godt opp og tar det svært seriøst. Jeg hadde en blant annet som ringte mellom jul og nyttår og virkelig fulgte opp. Og da ble det veldig bra for da ble det ernæringsfysiolog og lege som var de som «drev litt på» også kunne hun snike innom den ufarlige helsesøsteren å fortelle litt også kunne jeg motivere. Også foreldrene etter hvert, så hadde vi ulike roller. Og det ble veldig bra. Men det der å ha noen å henvise til, det tenker jeg er viktig. Og kanskje noen som man vet tar dette på alvor. Hvis man da kommer så langt at man klarer å motivere dem til det.

Helsesøster 2: Det er mye motivasjonsarbeid.

Helsesøster 6: Det er veldig mye motivasjonsarbeid, men man må også for sin egen del kjenne at det er noen som kan hjelpe dem videre.

Helsesøster 2: Mm.

Helsesøster 4: Og kanskje ville det vært et bedre alternativ om en ernæringsfysiolog kunne kommet ut og møtt dem der de er. Kontra det at vi skal sende disse ungdommene ut.

Helsesøster 1: Det er mer ufarlig å dra på UNN, enn å dra på BUP.

Helsesøster 2, 3, 4, 5, 6: Jaja, mm.

Helsesøster 1: BUP er liksom stigmatiserende, dit vil de jo helst ikke. Så da er faktisk ernæringsfysiologen på UNN et alternativ.

Helsesøster 5: Og fastlegen. Dit må man jo tenke.

Helsesøster 1: Det er jo så ymse... (Kremter).

Helsesøster 2: Jeg hadde ei som hadde kommet til fastlegen hvor han hadde sagt at det var jo bare å spise litt mer.

Helsesøster 1: Ja, bare å slutte med light og begynne med vanlig...

Helsesøster 2: Ja, og det var det som var utgangspunktet. Jeg var bekymra og mor var bekymra og lærere var bekymra – men da ikke fastlegen. Og hun fikk jo en bekreftelse der. «Da er det kanskje ikke så ille».

Helsesøster 5: Ja, og det er det jeg mener. Det er så veldig viktig at den kjeden er der sånn at man skal kunne hjelpe dem! Da må den finnes! Jeg vet ei som ikke fikk plass noen steder, eller hun fikk vel venteplass i voksenpsykiatrien. Men så stilte de opp på Institutt for psykologi ved universitetet på sommeren – da det vanligvis ikke foregår noe. Og da fikk hun komme mye raskere og hun hadde så god hjelp, det var jo helt fantastisk. Ellers hadde hun måttet vente til høsten og det vet jeg ikke hvordan det hadde gått...For da var hun motivert *akkurat* da.

Helsesøster 1: Ja, det er kjempeviktig. At *de* er motivert. Det er et must.

Helsesøster 5: Men det hadde tatt et halvt år før hun hadde kommet dit – at hun var motivert! Og hvis man da ikke hadde fått noen...Da...Huff.

Helsesøster 4: «Og nå må du enda vente et halvt år på behandling!». Og da er motivasjonen borte.

Helsesøster 5: Så der er det en svakhet i systemet. Men det er ikke så enkelt å gjøre noe med det.

Helsesøster 1: Nei...Og det er den jobben frem mot å motivere dem til å ta imot hjelp. Den tar tid.

Helsesøster 5: Ja, og det å balansere på en veldig smal linje. For om man sier feil ting så kommer dem jo ikke igjen. Så jeg føler at det er veldig skjørt.

Helsesøster 2: Ja, det er en balansegang. Det var ei med spiseforstyrrelse som gikk hos meg og som gjerne ville snakke om problemene sine – men hun sa til meg at hun ville ikke komme så ofte for at jeg ble bekymra og da ble hun bekymra. Så jeg sluttet å si at jeg ble bekymra over at hun ikke spiste. Og da kommer hun jevnlig, men ikke så ofte. Og alt henger sammen med alt, det henger sammen med skole og fysisk helse og ja..Mye skole! Og når det er mye press på skolen så slutter man å spise.

Helsesøster 1: Nei, det er ikke lett...! Også er det vanskelig dette med fastlegene. Kanskje vet de det at folk benekter problemer. At de har de spurt så mange som sier det går greit at det ikke er noe problem og rett og slett slutter å spørre.

Helsesøster 5: Ja, det er vanskelig for fastlegen når man møtes en gang også benekter de at de har et problem – ja, hva skal man gjøre da? Derfor er ernæringsfysiolog så bra å samarbeide med for de sitter med ytterligere informasjon og de kartlegger vel matinntaket.

Helsesøster 2: Ja, også lager de gode kostplaner. På detaljnivå. Og opptrapping over tid.

Helsesøster 5: Og sykehuset har vel og noe tilbud, men der er det jo også det om de kommer tilbake.. Man lager en plan der og da med lege og sykepleier også skal de tilbake også har de fått en arbeidsoppgave som de ikke klarer å gjennomføre. Så blir det da pinlig å møte opp igjen. Og en ungdom...Og en lege som er autoritær. De tør jo nesten ikke å svare.

Alle: Mm, enig.

Intervjuer: Da tror jeg vi runder av hvis ikke noen har noe mer å tilføye? Tusen takk alle sammen!

Intervju med helsesøstre 3:

Helsesøster 1: Kvinne 39 år og jeg har jobbet som helsesøster i 8 år.

Helsesøster 2: Kvinne 40 år og jeg har jobbet som helsesøster i 4 år.

Helsesøster 3: Kvinne 50 år og jeg har jobbet som helsesøster i 14 år.

Helsesøster 4: Kvinne 47 år og jeg har jobbet som helsesøster i 15 år.

Intervjuer: Hvilke erfaringer har dere med temaet spiseforstyrrelser?

Helsesøster 3: Det er ikke mye jeg for min del har. Jeg har på privaten, familie, men ikke veldig mye her på helsestasjon. Det er ikke veldig ofte vi ser det, det er i hvert fall mitt inntrykk.

Helsesøster 4: Jeg har hatt jevnlig innimellom. At de dukker opp. Når jeg husker tilbake så vet jeg at jeg har hatt ungdom som har vært innlagt på sykehuset på grunn av anorexi, som jeg har kommet inn i etterkant. Og det er fremdeles unger som ikke vil spise, som synes de er for tjukk og som går til behandling hos BUP. Så det har jeg vært borti en del ganger. Ehm, også har vi en del vekstoppfølging og der har man en del som er overvektige som er veldig opptatt av utseendet, kropp, som fokuserer på at de kanskje ikke vil spise så mye, og en del vil ikke til vekstmåling heller. Jeg har inntrykk av at det går på dette med selvbilde, selvfølelse og det er også en del som har uttrykt depresjon i kjølvannet av slik oppfølging. Så det er flere som er sårbare.

Helsesøster 1: Jeg har også hatt en del jenter på videregående. En del som har fått diagnose, men også en god del som har symptomer og som periodevis spiser veldig lite.

Helsesøster 3: Man kan jo tenke at mange av de man har møtt kan lide av spiseforstyrrelse, men som aldri får diagnosen. Noen er svært overvektig eller svært tynne, men mange får aldri en diagnose.

Helsesøster 2: Man får jo også kontakt med noen bekymra foreldre. De lurer på «Hva er det her?», de ser kanskje at barnet går på do rett etter maten og lurer på hvordan de skal gå frem. Vi har jo vekstmåling i 8. klasse og når man da kommer i posisjon til å kunne snakke med foreldrene så oppdager man ofte at foreldrene har vært litt bekymra, men ikke har klart å snakke med barna sine om dette temaet. Det blir ofte krangel når de forsøker å ta dette opp hjemme. Det er jo sjelden man kommer i en slik posisjon. Det er et vanskelig tema å snakke om og man er redd for å påføre barnet spiseforstyrrelser. Det er også lærere som tar kontakt med meg i forhold til at noen ikke spiser på skolen. På ungdomsskolen her er det kantine, og lærerne er bekymret for noen som ikke vil sitte der å spise. De skjuler maten og vil ikke spise sammen med andre.

Helsesøster 4: Jeg har også en gutt nå som jeg følger som man lurer på hva er det her. Legen har ikke klart å ta tak i tingene og dette er en gutt som ikke klarer å sette ord på tingene selv. Men når man begynner å gå tilbake i historien så har han vært mobba fordi han har vært stor, så har han selv tatt tak i disse tingene og begynt å trene og har gått masse ned i vekt. Foreldrene ser at han spiser, men de ser og at han blir tynnere – så det er litt sånn bekymringer som er litt ulne.

Intervjuer: Hva er det som får dere til å få den første tanken om at dette kan dreie seg om en spiseforstyrrelse?

Helsesøster 4: Jeg har jo mange ganger møtt ungdommer hvor jeg har vært i tvil. I tilfeller hvor det har vært symptomer. Da har jeg begynt å måle høyde og vekt for å få et utgangspunkt. Du sitter med dem her og du mistenker at her er det en spiseforstyrrelse, og ofte kommer de med noe helt annet, men så i det de skal gå så kommer det frem at det også foreligger en spiseforstyrrelse. At de begrenser maten, kaster opp eller trener veldig mye. Eller at de rett og slett ser lei seg ut.

Helsesøster 3: De overvektige går ofte i store klær.

Helsesøster 2: Lærerne melder ofte om de som ikke vil ha gym, svømming, de vil ikke kle av seg, mye fravær på de dagene hvor det er turdager eller gym eller svømming. På dager der de må kle av seg eller være aktiv eller vise seg frem på en måte som de selv ikke er komfortable med. Noen ganger vil de jo komme å snakke med oss selv frivillig, men det er sjelden jeg har opplevd det. Det er oftest noen andre som er bekymret. Det er sjelden vi kommer i posisjon til å få snakket med de som har de tidligste tegnene. Kanskje lærerne ser disse endringene tydeligere enn oss – at her skjer det noe med denne ungdommen, uten at man helt vet hva det er. De små endringene.

Helsesøster 1: Det har slått meg noen ganger hvor tynn mange av de jentene som går på skilinja her er, og jeg må si at jeg har tenkt tanken på spiseforstyrrelser når jeg ser hvor mye de trener. Men man kommer jo vanskelig i en sånn posisjon til å kunne ta det opp med dem. Men de har jo sine egne kostholdsekspertter som har vært og snakket med dem.

Helsesøster 4: Ja, det er klart at der du skal bruke kroppen i forhold til det å prestere så vet man at risikoen er økt.

Helsesøster 1: Ja, og mange av dem trener jo ekstremt mye. I tillegg bor mange av dem alene på hybel lang borte hjemmefra og må lage maten selv og handle inn. Og sunn mat er jo dyrere enn «fos».

Helsesøster 2: Og det er jo vanskelig for foreldrene å følge med når de ikke bor hjemme. Jeg ser jo bare hvor vanskelig det er for foreldre med barn i ungdomsskolen som bor hjemme hvor vanskelig det er for dem å snakke med barna om vekt. Når vi har vektmåling på skolene og tar kontakt med foreldre til barn som trenger oppfølging fordi de er over- eller undervektige er det mange foreldre som blir veldig, veldig lei seg. Så det er et kjempevanskelig tema. Og foreldre er livredde for å påføre barna sine spiseforstyrrelser. Men man vet jo at det er viktig å tørre å ta dette opp, for fedme er jo også en helserisiko.

Helsesøster 4: Noen foreldre blir også veldig glad for at man tar kontakt og synes det er kjempebra. Men det er klart at det kan være sårt å få den telefonen – og noen føler de har svikta som forelder når barnet ditt veier for mye – eller for lite. Så det er en utfordring, men det er viktig.

Helsesøster 2: Jeg hadde et tilfelle der ungdommen selv tok det veldig ille opp. De vet jo det veldig godt selv at de er for tunge. Mange sier før veiing at «Jeg vet at jeg er altfor tung, jeg vet hva jeg veier og jeg prøver å gjøre noe med det». Og denne jenta hadde vært kjempelei seg fordi jeg sa at jeg kom til å ringe hennes mor angående oppfølging av vekt, og moren var helt rystet at helsesøster kunne ringe henne opp angående at hennes barn var «tjukk», slik datteren hadde lagt det frem. Men da jeg snakket med moren og forklarte at dette var et tema de måtte tåle å diskutere hjemme så forstod hun det og var til slutt veldig fornøyd med at de fikk tilbud om oppfølging.

Helsesøster 1: Også er det de som har sett at ungene selv har tatt tak etter veiing. At de har forandra kosthold og begynt å trene.

Helsesøster 2: Og noen sier «Neida, de tåler å høre det – de vet jo selv hvordan de ser ut». Mens i andre familier er alle overvektige og det er et veldig sårt tema. En annen sak er jo de jentene som har press på seg for å være best i alt – *de* strever. Og da tenker jeg at man har enda flere risikofaktorer som gjør at du er enda mer sårbar i forhold til å utvikle negativ spising. Og det er gjerne de jentene som ser sunnest og friskest ut og er «freshest» av alle. Veldig slank og trener masse. Og det er de som jeg har snakket med i 8. klasse veldig ærlig på. At det er et stort press.

Helsesøster 1: Samtidig er det veldig vanskelig å komme seg av den karusellen. Og det koster jo mye også.

Helsesøster 4: Det er jo mye krav og forventninger – både med venner og skole og utseende...Og jobb for mange. Det er mye krysspress. Man må være obs på disse.

Helsesøster 2: Også er det gjerne veldig skoleflinke elever også. Og veldig ofte har de ressurssterke foreldre, i hvert fall utad, som trener masse og er «vellykkede». Også har du de som utsettes for baksnakking, særlig jenter har disse klikkene hvor de finner hvem som likner dem selv.

Helsesøster 4: Og det er slett ikke lett å være overvektig når man skal leve opp til alle disse kravene. Jeg tror egentlig jeg jobber mest med de som er overvektige kontra de som er anorektiske – eller er på grensen til anorektisk.

Helsesøster 1: Blant de 70 som vi veide nå i år i 8. klasse så var det vel 20 som var overvektige, men ikke noen som var undervektige. Også var det mange som var på grensen til overvekt – så man kan jo tenke seg at om et par-tre år så er de kanskje der fordi de ikke får noen oppfølging.

Helsesøster 2: Det er jo de som har overvekt som man kommer i posisjon til å snakke med. Men jeg tror lærerne lettere kommer i posisjon til å snakke med de elevene de ser endringer hos. Enten i vekt eller i adferd eller fokus på mat eller trening.

Helsesøster 4: Også ser man jo trender, nå er det veldig fokus på dette med fitness og treningsstudio. Veldig mange unge gutter som begynner å trene på treningsstudio når de begynner på videregående eller siste året på ungdomsskolen. Og hvordan er det med de pulverne egentlig? Jeg tror jeg mangler kunnskap på dette området.

Helsesøster 1: Jeg ser jo veldig mange unge gutter, spesielt på første året på videregående, som begynner å bygge kropp på en kropp som ikke er fullt utviklet. Mange trener jo på seg skader fordi kroppen ikke er klar til å bygges på. Så forhører de seg vel ikke så nøye hva pulver og proteiner gjør med kroppen, de bare hører at det skal man gjøre.

Helsesøster 4: De har heldigvis fått inn en del undervisning om dette på ungdomsskolen. Både om ortorexi og om bygging av kropp og sånt, men hvor mye som går inn hos dem er jo usikkert.

Helsesøster 1: Jeg har faktisk hatt 16-åringer som har fått kjøpt pulver på treningssenteret, helt fritt. Og kapsler og tabletter. Det bekymrer meg. At de får handle fritt store kilostunge bokser med pulver. Hvis ikke foreldrene følger med kan de jo leve på det og bare gjemme det unna.

Intervjuer: Hva mener dere er de viktigste tidlige tegnene på spiseforstyrrelser?

Helsesøster 4: Det er kanskje at man endrer adferd fra det man har hatt. Hva er man opptatt av og endringer i det. Der må man være litt lydhør.

Helsesøster 3: Og det å trene mye. Fra ingenting til mange ganger om dagen eller hver dag og blir veldig opptatt av kost.

Helsesøster 1: Og endring av kost.

Helsesøster 2: Og trivsel/vantrivsel. Foreldre og lærere ser at det har endret seg det siste halve året eller året. Som lærer eller mamma og pappa så blir man jo veldig godt kjent så når du begynner å endre deg – kanskje du får nye venner eller nye interesser, spiser annerledes eller du kommer aldri til måltidene. Eller du spiser ikke på skolen, eller er ukonsentrert, blir hissig, amper. Alle de små tingene. Det er ikke alltid alt kommer samtidig, men når man øyner en endring skal man være obs. Man bør ta det på alvor selv om det ikke alltid er at det betyr noe – men man bør hvert fall tenke igjennom hva det er man ser. Og tørre å spørre og tørre å ta tak i det.

Helsesøster 3: Og også tørre å høre det svaret som kommer. Og tenke over hvordan man skal håndtere det.

Helsesøster 1: Og hos noen endrer jo kroppen seg – de blir tynne. Eller guttene blir fort store.

Helsesøster 4: Ja, og det med å bli fort tynn. En del isolerer seg og raser ned i vekt. Noen forsvinner på do etter måltid. Og trener masse. Og det er klart at disse blir ikke sosialt aktiv. De isolerer seg fra venner.

Helsesøster 2: Og noen blir ensporet når det gjelder mat. De slutter å spise saus og spiser bare kylling, ikke sant. Der må man følge med som foreldre.

Også kan karakterene endre seg, og da må man følge med. Da er det noe som skjer med ungdommen – de følger ikke med eller er ukonsentrert. Noen er så slitne at de ikke klarer å være på skolen og får mye fravær. Mange ting som kommer litt og litt. Og venninner kommer også med bekymringer. «Vi vet ikke helt hva det er, men det er noe», sier de. At de sier nei til å være sammen med dem, vil ikke være med på tilstelninger og så videre. At venninnene trekker seg tilbake.

Intervjuer: Tenker dere at det er ulike tegn på spiseforstyrrelser i startfasen og fullt utviklede spiseforstyrrelser?

Helsesøster 2: Jeg tenker at ved en fullt utviklet spiseforstyrrelse så opptar sykdommen veldig mye tid og tar plassen fra andre ting. Det tar mye plass og mye tid.

Helsesøster 1, 3, 4: Mm, absolutt.

Helsesøster 1: Ja, kroppen endrer seg jo også. Både hud og hår og kroppsfasong.

Helsesøster 4: Men hva utløser det? Man vet jo at der det har skjedd overgrep er risikoen høyere.

Helsesøster 2: Summen av all belastning tenker jeg er viktig. Det med at de gjerne er veldig plikttoppfyllende og vil gjøre det beste på skolen og være flott og alt det der.

Helsesøster 4: Også dette med å ha kontroll på vanskelige følelser. «Om livet ellers er vanskelig så har jeg i hvert fall kontroll på det», ikke sant?

Helsesøster 1, 2, 3: Mm.

Helsesøster 2: Også har du de som vokser opp med psykisk syke foreldre og/eller foreldre som ruser seg. Der barna tidlig begynner å styre med maten selv. Mange utvikler overvekt og så tar tak i dette selv og så raser ned i vekt i stedet. Det er viktig å se på hele familien, hvordan de egentlig har det hjemme. Man må tørre å se helheten og tørre å spørre.

Helsesøster 1: Så tror jeg barn av skilte foreldre, skilsmissebarn, hvor foreldre er veldig opptatt av sin egen kamp mot hverandre – at barna noen gang kan forsvinne litt. Foreldrene

ser kanskje ikke at ungene ikke har det bra. Eller kanskje en forelder ser det og den andre gjør det ikke også tilbringer barnet halvparten av tiden hos denne forelderen.

Helsesøster 2, 3, 4: Mm.

Intervjuer: Hva med de som har tilsynelatende svært ressurssterke foreldre som trener masse og har et sterkt fokus på mat og trening? Kan dette overføres for sterkt over til barna tror dere?

Helsesøster 2: Vi ser dem jo. Eller vi tenker jo slik om noen. Men det er vanskelig å komme så nært disse ungdommene at man får vite mer om det. De må jo nesten ta kontakt med oss selv.

Helsesøster 1, 3, 4: Mm, ja.

Helsesøster 1: Jeg har hørt om det privat. At det er mødre som er veldig opptatt av vekt og som snakker veldig mye om det – at «nå må de på slankern igjen». Og at barna også spiser den maten som mor spiser når hun slanker seg. Det er ikke alltid like heldig at barn i vekst skal spise slankekosten til mødrene sine..!

Helsesøster 2: Og dessverre er det ofte nok med en sleivkommentar.

Helsesøster 1: Ja, det vet jeg at det er noen som sier direkte til sine jenter at «Nå har du litt for mye på sidene, har du tenkt å gjøre noe med det?». Det er klart at det kan utløse alvorlige konsekvenser, det er det ikke tvil om. Og derfor oppfordrer vi foreldrene til å være veldig forsiktig på hvordan de legger frem dette og hvordan man tar det opp.

Helsesøster 2: Ja, dette at man ikke skal ha fokus på at de skal slanke seg, men at man heller fokuserer på at de skal stoppe opp i vekt.

Helsesøster 3: Hvis de fortsatt er i vekst at de strekker seg.

Helsesøster 4: Jeg fokuserer på dette å finne aktiviteter som er litt «dem». Noe de liker. Sånn at det blir noe positivt som de kan dra med seg slik at det varer. Det synes jeg er veldig viktig.

Helsesøster 1, 2, 3: Mm.

Helsesøster 4: Da får man den positive vinklinga på det.

Helsesøster 1: For alle er jo ikke skiløper eller fotballspiller eller håndballspiller. Man må finne noe som passer for dem som ikke liker disse typiske idrettene.

Helsesøster 4: Ja, at de liker det og vil holde på med det. I tillegg til endring i kosthold. Å fokusere på det som er sunt og godt.

Intervjuer: Hva tenker dere er en god måte å nærme seg dette temaet på?

Helsesøster 1: Man må i hvert fall være veldig varsom når man går fram. Velge ord med omhu.

Helsesøster 2: Og det å vise ungdommen dens egen kurve sånn at han eller hun selv eier problemet.

Helsesøster 1, 3, 4: Mm.

Helsesøster 2: Man må nesten bare «sense» litt. Når man får det første ordet tilbake så vet man litt «hvor de er». Noen foreldre når man ringer angående oppfølging etter veiing sier «ja, vi er klar over det og takk for at du ringer», mens andre er ikke der i det hele tatt. Noen starter med piggene ute. Og noen forteller at de har forsøkt selv å snakke med ungdommen men at det alltid har endt i krangel.

Helsesøster 1: Så man må forsøke å komme i posisjon slik at man har tillit både hos ungdom og forelder.

Helsesøster 4: Også kan man ikke legge skjul på det dersom ungdommen har alvorlig fedme, for det handler jo om helse. Vi skal jo være en ressurs for å følge opp og motivere.

Helsesøster 1: Man kan jo vente litt til man kommer ut i samtalen, ikke buse ut med vektproblemet med det samme.

Helsesøster 2: Tydelig og konkret, men også med ydmykhet. Også kan man også informere foreldre til de barna som veies på skolen bedre om at dersom deres barn er overvektig vil de bli kontaktet av oss. Sånn at de kan forberede seg litt når de vet at deres barn er overvektig. Da er de kanskje allerede innstilt på den samtalen når den kommer. Og det samme gjelder dersom deres barn er undervektig. Jeg tenker også at selv om det er vanskelig dette med veiing i skolen så må man tenke på det at de aller fleste som er overvektige vet det selv og ville kanskje tatt tak i det helt på egenhånd – og da er jo risikoen for å utvikle en spiseforstyrrelse absolutt til stede. Så kanskje det er bedre at de følges opp med mange voksne rundt seg.

Intervjuer: Er det noen andre momenter dere tenker det er viktig at jeg får med meg?

Helsesøster 1: Jeg tenker at dersom vi hadde hatt muligheten til å være mer synlig på skolene så hadde elevene kanskje blitt mer kjent med oss og kanskje lettere kommet til oss. Da fanger man jo opp en del mer enn det vi klarer i dag.

Helsesøster 2: Da kan man fange opp mange ting. Jeg tenker at en spiseforstyrrelse opptrer ikke isolert, det er noe mer i den sekken som gjør at du mister kontrollen, at du kommer inn i en negativ utvikling. Og det er ressurskrevende å ta tak i det.

Helsesøster 1, 3, 4: Mm, absolutt.

Helsesøster 1: Hadde man hatt mulighet til å ha øyne ute på alle skolene til enhver tid og hadde sett tegn tidligere så hadde man kunne forebygge spiseforstyrrelser. Det er så mange ting som følger i kjølvannet av en spiseforstyrrelse.

Helsesøster 2: Eller at spiseforstyrrelser kommer sekundært.

Helsesøster 1: Ja, ikke sant, det også.

Helsesøster 2, 3, 4: Mm.

Intervjuer: Da tror jeg vi runder av hvis ikke noen har noe mer å tilføye? Tusen takk alle sammen.