

Kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant utøvere i norsk topphåndball

Vibitha Sivasambu



Masteroppgave for graden Master i farmasi
Avdeling for Samfunnsfarmasi
45 studiepoeng

Farmasøytisk Institutt
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

April 2023

Kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant utøvere i norsk topphåndball

Vibitha Sivasambu



Farmasøytisk Institutt
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

April 2023

Veiledere

Førsteamanuensis Ingunn Björnsdottir, Seksjon for galenisk farmasi og samfunnsfarmasi,
Farmasøytisk Institutt, UiO

Førsteamanuensis Astrid Gjelstad, Seksjon for galenisk farmasi og samfunnsfarmasi,
Farmasøytisk Institutt, UiO/ Medisinsk fagrådgiver, Antidoping Norge

Forskningsjef Fredrik Lauritzen, Antidoping Norge

© Vibitha Sivasambu

2023

Kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant utøvere i norsk topphåndball

Vibitha Sivasambu

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Bakgrunn: Legemiddelbruken i idretten har fått økende oppmerksomhet på grunn av den hyppige bruken for å behandle skader, kurere sykdommer og for å oppnå et konkurransefortrinn. Flere undersøkelser tyder på at det er utfordringer knyttet til utøvernes legemiddelbruk, spesielt i enkelte idretter. Kartlegging av dopingkontrollskjemaer i Norge har blant annet vist et høyere forbruk av smertestillende legemidler i håndball.

Hensikt: Målet for oppgaven var å utvikle en bedre forståelse av kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant toppidrettsutøvere i håndball. Det var blant annet hensiktsmessig å kartlegge kulturen i håndballmiljøet med tanke på faktorer som oppmuntrer til bruk av smertestillende legemidler på en måte som ikke er medisinsk nødvendig.

Metode: Det ble benyttet kvalitativ metode til datainnsamlingen. Gjennom fire fokusgruppeintervju med totalt 22 deltakere (12 menn, 10 kvinner), ble datamaterialet hentet inn. Håndballutøvere som deltok i studien tilhørte lag fra eliteserien i norsk håndball (Rema 1000-ligaen). Videre ble systematisk tekstkondensering brukt for å analysere datamaterialet.

Resultat: Hovedfunnene i oppgaven ble presentert i seks hovedkategorier, med tilhørende subkategorier. De seks hovedkategoriene var «Smerter og smertestillende», «Relasjon til støtteapparatet», «Holdninger til legemidler», «Påvirkning av idrettens egenart», «Kosttilskudd» og «Dopingproblematikk». Fokusgruppeintervjuene fikk frem at det er en hyppig og langvarig bruk av smertestillende legemidler blant utøverne. I tillegg er legemidlene brukt profylaktisk for å kunne gjennomføre kamp og trening. Håndballutøvere begrunner bruken med skadeforekomsten i idretten og et betydelig prestasjonspress. Funnen tyder på at positive holdninger til smertestillende legemidler og en sterkt implementert risikokultur også påvirker legemiddelbruken til utøverne.

Konklusjon: Studien belyser hvordan bruken av smertestillende legemidler blant håndballutøvere er påvirket av kulturelle faktorer. Videre forskning bør inkludere det medisinske støtteapparatet og trenere for å utvikle en bedre forståelse av kulturen for bruk av smertestillende legemidler blant håndballutøvere.

Abstract

Background: The use of medication in sports has received increased attention due to the frequent use to treat injuries, cure diseases and to obtain a competitive edge. Several studies indicate that there are challenges linked to athlete's use of medication, especially in certain sports. Mapping of doping control forms in Norway has revealed a higher consumption of painkillers in handball.

Objective: To develop a better understanding of the culture of medication and dietary supplement use among top athletes in handball. It was also useful to map the culture within the handball community as regards to factors that encourage the use of painkillers in a way that is not medically necessary.

Method: A qualitative method is used for data collection. The data was collected through four focus groups with a total of 22 participants (12 men, 10 women). The handball players who took part in the study belonged to teams from the elite series in Norwegian handball (Rema 1000-league). Systematic text condensation was used to analyze the data material.

Result: The main findings in the thesis were presented in six main categories, with associated subcategories. The six main categories were "Pain and painkillers", "Relation to the support system", "Attitudes towards medications", "Influence of the nature of sport", "Dietary supplements" and "Doping problems". The focus group interviews revealed that there is a frequent and long-term use of painkillers among the athletes. In addition, the drugs are used prophylactically to be able to carry out matches and training. The handball players justify its use with the occurrence of injuries in the sport and a significant pressure to perform. The findings suggest that positive attitudes towards painkillers and a strongly implemented "culture of risk" also influence the athlete's use of medications.

Conclusion: The study sheds light on how the use of painkillers among handball players is influenced by cultural factors. Further research should include the medical support system and coaches to develop a better understanding of the culture of painkiller use among handball players.

Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til mine veiledere Ingunn Björnsdottir, Astrid Gjelstad og Fredrik Lauritzen som har gitt meg muligheten til å jobbe med en så spennende oppgave. Takk for gode tilbakemeldinger, faglige diskusjoner og oppmuntrende ord gjennom hele masteroppgaven. Jeg hadde ikke fått til dette uten den gode veiledningen deres.

Tusen takk til min medstudent Sofie Christensen som har hjulpet meg gjennom intervjuer og forberedelsesprosessen. Det har vært veldig betryggende å ha en å støtte seg på gjennom denne oppgaven.

Videre ønsker jeg å takke alle informantene som deltok i denne studien. Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten bidraget deres. Takk til ansatte i idretten som gjorde det mulig å komme i kontakt med informantene og takk til informantene som stilte opp til prøveintervju.

Til slutt ønsker jeg å takke min familie og venner for støtte og motivasjon gjennom hele året. En ekstra takk til mine foreldre for tålmodigheten, og for at dere hele tiden legger til rette for at jeg skal ha det best mulig.

Innholdsfortegnelse

Forkortelser	X
1 Introduksjon	1
1.1 Smertestillende legemidler	3
1.2 Retningslinjer for bruk av smertestillende legemidler i idretten	5
1.3 Kosttilskudd.....	6
1.4 Tidligere forskning på feltet	7
1.5 Kulturell forståelse	9
1.6 Antidoping	10
1.7 Hensikt.....	12
2 Metode.....	13
2.1 Metodevalg	13
2.2 Min forforståelse.....	13
2.3 Intervjuprosessen	15
2.3.1 Utvalg og rekruttering	15
2.3.2 Det semistrukturerte intervjuet.....	16
2.3.3 Intervjuguide og prøveintervju.....	17
2.3.4 Gjennomføring av intervjuene	18
2.4 Analyse	19
3 Resultater.....	22
3.1 Smerter og smertestillende	24
3.2 Utøvernes relasjon til støtteapparatet	28
3.3 Holdninger til legemidler.....	31
3.4 Påvirkning av idrettens egenart	34
3.5 Kosttilskudd.....	37
3.6 Dopingproblematikk.....	39
4 Diskusjon.....	42
4.1 Legemidler.....	42
4.1.1 Smerter og smertestillende	42
4.1.2 Utøverens relasjon til støtteapparatet	45
4.1.3 Håndballutøvernes holdninger til og kunnskap om legemidler	47
4.1.4 Påvirkning av idrettens egenart	49

4.2	Kosttilskudd.....	50
4.3	Dopingproblematikk.....	52
4.4	Metodediskusjon.....	53
4.5	Veien videre.....	56
5	Konklusjon	57
	Litteraturliste	58
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	65
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	68
	Vedlegg 3: Søknad til NSD.....	71

Forkortelser

ADNO	Antidoping Norge
BCAA	Branched-chain amino acids
FHI	Folkehelseinstituttet
IMEU	Idrettsmedisinsk etikkutvalg
IOC	International Olympic Committee
LUA	Legemidler utenom apotek
MOH	Medikamentoverforbrukshodepine
NHF	Norges Håndballforbund
NIF	Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité
NIMF	Norsk idrettsmedisinsk forening
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs
NSD	Norsk senter for forskningsdata
Pharmasafe	PharmacoEpidemiology and Drug Safety
STC	Systematisk tekstkondensering
TUE	Therapeutic Use Exemption
WADA	World Anti-Doping Agency
WADAC	World Anti-Doping Code

1 Introduksjon

Toppidretten er preget av en normalisert «risikokultur». Smerter, skader og andre helseplager har derfor blitt uunngåelig yrkesmessige farer i utøverens arbeidsliv (1). Samtidig er toppidrettsutøvere ansett som de fremste representantene for dagens helseidealer, og skal fremstå som gode rollemodeller i en helsefremmende idrett (2). Dette fører til at det oppstår kolliderende interesser mellom helse og prestasjoner i toppidretten (3).

Toppidretten handler ikke utelukkende om prestasjoner og helse, men er også påvirket av økonomiske interesser. Med økende medieinteresse og sponsoravtaler har finansieringsnivået til idretten økt. Idretten har derfor stadig blitt mer konkurransedyktig og betydningen av å vinne har fått økende verdi (4). Dette kan skape et ønske hos idrettsutøverne om å ty til legemidler eller kosttilskudd for å takle karrierehindringer, forbedre ytelse eller unngå lavere ytelse (1).

Legemiddelbruken i toppidretten har fått økende oppmerksomhet på grunn av den hyppige bruken for å behandle skader, kurere sykdommer og for å oppnå et konkurransefortrinn. Idrettsutøvere på tvers av ulike idretter tar i bruk legemidler, hvorav astmamedisiner, allergimedisiner, antibiotika og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) er blant de legemiddelgruppene som er mest brukt. En oversiktsartikkel konkluderer med at eliteidrettsutøvere har et høyere forbruk av disse legemiddelgruppene sammenlignet med kontrollgruppen (5). Den siste tiden har flere undersøkelser vist at det er utfordringer knyttet til idrettsutøvernes legemiddelbruk, spesielt i enkelte idretter (6-8).

I tillegg til den hyppige bruken av legemidler, er det en oppfatning om en utstrakt bruk av kosttilskudd blant toppidrettsutøvere (9). Kosttilskudd er næringsmidler som er beregnet til å supplere et vanlig kosthold og er brukt av utøvere på alle idrettsnivåer (10). I idretten deler man kosttilskudd gjerne inn i seks grupper (11). Felles for disse er at de i idretten har til hensikt å gi en spesifikk helse- og/eller ytelsesfordel (12). Kosttilskudd kan være anbefalt i enkelte situasjoner, men overdreven- eller feilbruk kan være helseskadelig (11).

PharmacoEpidemiology and Drug Safety (Pharmasafe) er en tverrfaglig forskningsgruppe som studerer sikkerhet og optimal bruk av legemidler, både på individ- og samfunnsnivå (13). I samarbeid med Antidoping Norge (ADNO) holder de for tiden på med en studie hvor de systematiserer og registrerer informasjon fra dopingkontrollskjemaer samlet inn i perioden

2015-2019 (Bruk av legemidler og kosttilskudd blant norske idrettsutøvere 2015-2019 (LEKONI)) (7). I disse skjemaene opplyser idrettsutøverne om hvilke legemidler og kosttilskudd de bruker. Ved sammenligning av de kvantitative dataene, har man i noen idrettsgrener oppdaget et høyere forbruk av enkelte legemiddelgrupper. En av disse idrettsgrenene er håndball, hvor det i 17,9% av skjemaene var rapportert bruk av NSAIDs, og 15,3% rapporterte bruk av paracetamol. Tallene fra LEKONI-studien utgjør bakgrunnen for denne studien.

Håndball er et av Norges mest populære idretter og utgjør landets tredje største sær-idrettsforbund i Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité (14). I 2019 hadde Norges håndballforbund (NHF) omtrent 137 800 spillere fordelt på 10 500 spillende lag (15). Lagidretten er både fysisk og psykisk krevende og karakteriseres av høy intensitet, hurtige retningsforandringer og høy grad av fysisk kontakt med motstanderne. Utøverne må ha evnen til å koordinere bevegelsene sine godt for å utføre fysisk krevende handlinger slik som skyting, hopping, blokkering og andre tekniske spillehandlinger. Håndball er derfor en kompleks idrett som ikke bare er definert av de individuelle prestasjonene til hvert enkelt spiller, men også interaksjonen mellom spillerne (16, 17).

For å kunne undersøke kulturen for kosttilskudd- og legemiddelbruk blant håndballutøvere er det viktig å ha kunnskap om utøverens idrettskultur. En idrettskultur formes ved at en gruppe bestemte individer bygger ulike kulturer i samfunnet, og kan variere fra idrett til idrett og fra land til land. De ulike idrettsgrenene avspeiler derfor ulike subkulturer som er dannet på bakgrunn av en rekke faktorer (18 s.50-54) . Håndballkulturen har derfor særegne trekk som skiller den fra andre idrettskulturer, som er med på å forme håndballutøvernes atferd og holdninger.

1.1 Smertestillende legemidler

Idrettsutøvere er stadig utsatt for ulike former for idrettsskader og andre sportsrelaterte smerter (1). Det er derfor behov for en veletablert smertebehandling. Den nåværende smertebehandlingen i idretten er dominert av smertestillende legemidler, hvorav NSAIDs og paracetamol er blant de mest brukte smertestillende legemidlene (19).

Hva er smertestillende legemidler?

Smertestillende legemidler er definert som midler som demper opplevelsen av smerte.

Smertestillende legemidlene kan kategoriseres inn i to hovedgrupper: *analgetika* og andre midler som kan ha en smertelindrende effekt som tilleggseffekt (20). De analgetiske legemidlene kan videre deles inn i to grupper; ikke-opioide analgetika og opioidanalgetika (21).

Ikke-opioide analgetika

Ikke-opioide analgetika er den mest kjente og brukte gruppen av legemidler verden over, og inkluderer de analgetiske midlene som ikke virker på opioidreseptoren (20). I denne gruppen finner vi acetylsalisylsyre, paracetamol, ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) og fenazon (21). Fordelen ved bruk av disse legemidlene, er at man kan unngå de ugunstige opioidrelaterte bivirkningene (22).

Paracetamol

Paracetamol er et av de vanligste legemidlene i denne gruppen, og selges både reseptbelagt, og reseptfritt hos flere ulike aktører. Paracetamol benyttes først og fremst ved lette til moderate smerter, og har i tillegg en febernedsettende effekt (23). På grunn av en lavere bivirkningsbelastning sammenlignet med NSAID, er den anbefalt som førstevalget i de fleste tilfeller (24). Paracetamol gir en smertestillende virkning i kroppen gjennom sentrale og perifere mekanismer, hvor den svakt hemmer syklooksigenase-2 (COX-2) enzymet, men den fullstendige virkningsmekanismen er ikke kartlagt (23). Selv om paracetamol er kjent for å ha en lavere bivirkningsbelastning, er det ingen legemidler som er helt fri for bivirkninger (22). Dersom man bruker paracetamol i korte perioder og i terapeutiske doser har den få bivirkninger, men langvarig bruk kan føre til økt risiko for leverskade (24).

NSAID

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) er en fellesbetegnelse for en rekke legemidler som har en smertestillende, antiinflammatorisk og febernedsettende effekt (22). De

mest vanlige legemidlene i denne gruppen er ibuprofen, diklofenak og naproksen (25). Enkelte legemidler som inneholder disse virkestoffene, kan kjøpes reseptfritt i apotek.

NSAID virker ved å blokkere enzymet syklooksigenase (COX) som videre har en hemmende effekt på prostaglandinsyntesen. Prostaglandinene som dannes i syntesen er ansvarlige for betennelsesreaksjonene i kroppen (26). De vanligste bivirkningene ved bruk av NSAID er gastrointestinale blødninger og økt risiko for hjerte- og karsykdommer (25).

I en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet (FHI) er det vist en oversikt over reseptfritt salg av legemidler i 2021, målt i DDD. I rapporten var ibuprofen det tredje mest solgte reseptfrie legemidlet, og hele 30% av salget av reseptfrie smertestillende legemidler var legemidler som inneholdt ibuprofen (27). Naproksen selges også reseptfritt i apotek og benyttes hovedsakelig i forbindelse med menstruasjonssmerter, hodepine, tannpine og muskel- og leddsmerter (28). I FHI sin rapport utgjorde naproksen 3,1% av det reseptfrie smertestillende salget (27).

Diklofenak har et smalere bruksområde sammenlignet med andre NSAIDs. Bakgrunnen for dette er at flere studier har vist at selv lave doser og kortvarig bruk av diklofenak kan gi økt risiko for alvorlige hjerte- og karsykdommer. Legemiddelverket vedtok derfor at Voltarol (diklofenak) tabletter skulle bli reseptpliktig fra 1.november.2021. Produkter formulert til bruk på huden sånn som gel kan fortsatt kjøpes reseptfritt i apotek, da disse produktene har et lavt systemisk opptak (29). På grunn av endringen som ble vedtatt har ikke FHI inkludert tall i rapporten for 2021, men i rapporten for 2020 stod Voltarol tabletter for 1,4% av det reseptfrie salget av smertestillende legemidler målt i DDD (30).

Opioidanalgetika

Begrepet opioidanalgetika referer til en bred klasse legemidler med morfinlignende virkning, som virker ved interaksjon med opioidreseptorer i kroppen. Opioidanalgetika deles tradisjonelt inn i svake og sterke opioider. Under svake opioider har vi legemidler som kodein og tramadol, mens de sterke opioidene inkluderer midler som for eksempel morfin, oksykodon og fentanyl. Felles for disse er at de benyttes ved moderate til sterke smerter som er akutte (31). De vanligste bivirkningene ved bruk av opioidanalgetika er kvalme, oppkast, sedasjon, forstoppelse og kløe (22). Opioidrelaterte bivirkninger og respons varierer sterkt fra individ til individ, og man må derfor tilpasse dosen til den enkelte pasient (31).

1.2 Retningslinjer for bruk av smertestillende legemidler i idretten

Selv om smerter og idrettsskader er utbredt blant toppidrettsutøvere, er det foreløpig ikke utarbeidet evidensbaserte retningslinjer for smertebehandling i toppidretten. I konsensuserklæringen til Den internasjonale olympiske komité (IOC), angående smertebehandling til toppidrettsutøvere, står det at førstelinjebehandlingen for både akutte og kroniske smerter bør inkludere ikke-medikamentelle tiltak (32). Ved akutte smerter innebærer dette hvile, kuldebehandling, kompresjon med trykkbandasje, og elevasjon. I tilfeller med kroniske smerter innebærer dette fysioterapi, kognitiv atferdsterapi og optimalisering av søvn og ernæring (33).

Ved bruk av smertestillende legemidler anbefaler IOC at disse skal benyttes i tråd med de generelle retningslinjene for sikker og effektiv bruk. I tillegg står det at smertebehandlingen skal være tilpasset den enkelte pasient. Selv om smertebehandlingen skal individualiseres ble det utarbeidet noen felles kjerneprinsipper for bruk av smertestillende legemidler hos toppidrettsutøvere. Nedenfor presenteres noen av disse kjerneprinsippene (32):

- Legemidler bør bare være en del av smertebehandlingen, og skal kombineres med ikke-medikamentell behandling
- Smertestillende legemidler bør forskrives i den laveste effektive dosen for kortest mulig tid
- Medisiner bør ikke foreskrives til idrettsutøvere for smerte- eller skadeforebygging

I likhet med IOC har Idrettsmedisinsk etikuttvalg (IMEU) utarbeidet medisineråd i forbindelse med bruk av smertestillende legemidler (34). Disse medisinerådene er først og fremst rettet mot foreldre og trenere for barn og unge. IMEU fremhever tre viktige poeng ved bruk av smertestillende legemidler. Det første rådet belyser, i likhet med et av IOC sine kjerneprinsipper, at smertestillende legemidler ikke skal benyttes forebyggende for å kunne gjennomføre en kamp eller trening. Det andre medisinerådet handler om at skader kan behandles med smertestillende legemidler, men man skal unngå trening og kamp. Det siste medisinerådet anbefaler bruk av paracetamol fremfor betennelsesdempende legemidler.

1.3 Kosttilskudd

Kosttilskudd er et tema som de aller fleste har en tilnærming til, og som vekker stor interesse uavhengig av idrettsnivå og idrettsambisjon. I jakten på et kroppsideal, bedre prestasjoner og mer energi, har etterspørselen etter kosttilskudd økt betraktelig. Kosttilskuddsbransjen reklamerer om revolusjonerende effekter og gir et inntrykk av at kosttilskudd nærmest er en nødvendighet. Flere studier tyder likevel på at kosttilskudd har lite til ingen effekt, og ikke kan måle seg med effekten av et sunt og variert kosthold (9).

Hva er kosttilskudd?

I Forskrift om kosttilskudd er kosttilskudd definert som «*næringsmidler som er beregnet til å supplere kosten. Produktene skal inneholde konsentrerte kilder av vitaminer og mineraler eller andre stoffer med en ernæringsmessig eller fysiologisk effekt*» (10).

Kosttilskudd omfatter en stor heterogen produktgruppe og finnes i en rekke ulike type formuleringer (10, 35). I idretten deler man kosttilskudd gjerne inn i seks grupper; sportsprodukter, vitamin- og mineraltilskudd, ergogene tilskudd, naturprodukter, blandingsprodukter og andre kosttilskudd (11). Sportsprodukter er produkter som skal bidra med tilførsel av karbohydrater, proteiner og væske. Eksempler på slike produkter er energibarer og sportsdrikker. Vitamin og mineraltilskudd kan være gunstig i mangeltilstander, men for de aller fleste vil et variert og sunt kosthold dekke ernæringsbehovet. Ergogene kosttilskudd er kosttilskudd som for eksempel kreatin og koffein som antas å ha en prestasjonsfremmende effekt (36). Naturprodukter er produkter som inneholder røtter, planter og urter (35).

Kategoriene blandingsprodukter og andre kosttilskudd er de kategoriene som særlig peker seg ut i norske dopingsaker (37). Blandingsprodukter er produkter som ofte inneholder en kombinasjon av ingredienser som blant annet koffein, kreatin, beta-alanin, BCAA (branched-chain amino acids) og nitrogenoksidforbindelser. Gruppen andre kosttilskudd inkluderer produkter som markedsføres med blant annet fettforbrennende og muskelbyggende effekter (35)

Kosttilskudd selges i dag gjennom mange ulike kanaler, og har blitt et attraktivt marked for produsentene (38). I 2020 brukte nordmenn 3,13 milliarder kroner på kosttilskuddsprodukter (39). På grunn av den økende etterspørselen kommer det stadig nye produsenter og

importører. Salget av kosttilskudd har derfor blitt stort og uoversiktlig, spesielt i nettbutikker. Kosttilskudd er ikke regulert på samme måte som legemidler, og har derfor ingen godkjenningsordning. Produktene er regulert i Forskriften om kosttilskudd, og det er opp til hver enkelt produsent og importør å sjekke at produktene som selges er i tråd med regelverket (10, 38).

I Norge er det Mattilsynet som er ansvarlige for kontrollen av produksjon og salg av kosttilskudd, men på grunn av det enorme markedet av produkter er det ikke mulig å kontrollere alle produktene. Et stort ansvar ligger derfor hos forbrukerne (38). Siden produktene ikke har noen offentlig kvalitetskontroll før de kommer ut på markedet, kan kvaliteten av produktene variere i stor grad (40).

Kosttilskudd har fått en sentral plass i idretten, og det er anslått at omkring 38% av håndballutøvere bruker et eller flere kosttilskuddsprodukter (11). På grunn av et dårlig kontrollert marked har man i idretten sett flere dopingsaker som har vært knyttet til bruk av kosttilskuddsprodukter (35). Olympiatoppen som er en pådriver i toppidrettsarbeidet har derfor utarbeidet et faktaark som beskriver Olympiatoppens holdninger til kosttilskudd, som er forankret i Norges Idrettsforbund (NIF) sine holdninger til doping og deres antidopingarbeid. Idrettsutøvere har derfor et særskilt ansvar om å sjekke at produktene som brukes ikke er i strid med regelverket (41).

1.4 Tidligere forskning på feltet

Litterasøk viser at det er ingen kjente studier som har undersøkt kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant håndballutøvere i Norge. Studiene som er gjort er hovedsakelig internasjonale kvantitative studier som setter søkelys på hvilke type legemidler og kosttilskudd som er brukt, samt prevalensen (6, 19). Generelt er studiene som omhandler håndballutøvere og legemidler begrenset. Det er derimot gjort flere studier på bruken av kosttilskudd hos håndballutøvere (42-44)

Sari et al. utførte en tversnittstudie som undersøkte prevalensen av smertestillende legemidler hos 466 unge håndballspillere, i en 4 ukers periode (19). Blant de 190 deltakerne som svarte at de hadde brukt smertestillende legemidler var det 83% som rapporterte bruk av paracetamol, og 52% rapporterte bruk av NSAID. Videre så de på årsaken til bruken av legemiddelene. I studien deler de inn i skaderelaterte årsaker og ikke skaderelaterte årsaker. De skaderelaterte

årsakene stod for 35% av bruken, mens resterende 65% skyldes andre årsaker. Ved bruk av smertestillende legemidler i forbindelse med skaderelaterte årsaker var NSAIDs mest brukt.

Mayer og Thiel undersøkte faktorer som påvirker hvor villig en gruppe håndball- og fridrettsutøvere er til å spille med skader (45). Selv om studien ikke var rettet mot legemiddelbruk, viser resultatene at det var et relativt høyt antall utøvere som var villig til å spille med skader dersom de tok i bruk smertestillende legemidler. Det var totalt 723 eliteutøvere som deltok i studien. Utøverne rapporterte at faktorer som verkende muskler, begynnende forkjølelse, dårlig motivasjon og uvelhet ikke var legitime grunner til å trekke seg fra konkurranse. Derimot hvis de fikk beskjed av støtteapparatet at de ikke kunne konkurrere, hadde alvorlige muskelskader eller feber med forkjølelse var det større aksept for å ikke spille. Resultatene viste også at type idrett, indirekte- og direkte press, og prestasjonsnivå var alle avgjørende faktorer for om utøverne besluttet å spille med skader. I slutten av rapporten sammenlignes friidrett mot håndball, hvor håndballutøverne hadde 10 ganger høyere sannsynlighet for å spille med skader.

Det er gjort flere studier knyttet til håndballutøvere og bruk av kosttilskudd. Dette skyldes nok at det generelt er gjort flere studier knyttet til kosttilskudd sammenlignet med legemidler. Likevel er studier som tar for seg kulturen for bruk av kosttilskudd begrenset. Forskningen som er tilgjengelig ser på hvilke kosttilskudd som er mest brukt og effekten av ulike kosttilskudd hos håndballutøvere.

I en studie utført av Munoz et al. undersøker de bruken av kosttilskudd hos mannlige og kvinnelig håndballutøvere som konkurrerer på ulike nivåer (42). I denne kvantitative studien rapporterte 59,9% av utøverne at de brukte minst et kosttilskudd, hvorav sportsdrikker var den mest utbredte gruppen. Energibarer og koffein ble også hyppig brukt. Ved sammenligning av bruken mellom kvinnelige og mannlige utøvere så man at menn brukte høyere andel kosttilskudd med bedre vitenskapelig evidens og som hadde ny vitenskapelig støtte. Studien viste også at det var forskjell i bruk av kosttilskudd mellom de ulike idrettsnivåene. Kosttilskudd som var kategorisert som medisinsk tilskudd ble observert i større grad hos profesjonelle utøvere.

Noen av studiene tar også for seg effekten av spesifikke kosttilskudd. Hos håndballutøvere har de spesielt sett på effekten av koffein og kreatin som begge regnes som ergogene kosttilskudd. I studien utført av Bougrine et al. undersøker de om inntak av koffein kan ha en

effekt på nedgangen av kognitive og fysiske prestasjonene som oppstår på morgenen hos kvinnelige håndballspillere (43). For å undersøke dette utførte de en rekke fysiske øvelser kl.08 og kl.18 etter inntak av enten placebo eller koffein. Resultatene viste at ytelsen av de ulike øvelsene ble bedre etter gitt dose av koffein.

Kreatin er et kosttilskudd som er mye forsket på, men få studier tar for seg hvordan døgnrytmer kan påvirke kreatinforbruket. I studien til Jurado-Castro et al. delte de håndballspillere i to ulike grupper, hvor den ene gruppen tok kreatin på morgenen og den andre gruppen tok kreatin på ettermiddagen (44). Resultatene viste at det ikke var signifikante forskjeller ved påvirkning av kreatin knyttet til ulike døgnrytmer, selv om døgnrytmer påvirker ytelsen.

1.5 Kulturell forståelse

Det finnes flere ulike måter å forstå begrepet «kultur» på, men felles for disse er at de omfatter normene og verdiene som påvirker væremåten, ferdigheten og oppfatningene vi tilegner oss ved å ta del i et samfunn. Når man skal studere en kultur innebærer det en større grad av fortolkning. Vi må undersøke hvordan samhandling og kommunikasjon mellom mennesker påvirker meninger og verdier som blir formet (46 s.16-17). Kultur regnes som en sentral sosial faktor og er viktig grunnlag i forståelsen av menneskelig atferd. I denne oppgaven er det viktig å etablere innsikt i kulturen i topphåndball for å skape en bedre forståelse av erfaringene og virkelighetsoppfatningene som presenteres av utøverne.

Risikokultur

Det har nærmest blitt en uskrevet regel at idrettsutøvere som konkurrerer på et høyt nivå må akseptere helserisiko. Begrepet «risikokultur» handler om en kultur som oppmuntrer idrettsutøverne til å akseptere fysiske og sosiale risikoer (45). Nixon skriver at idrettsutøverens vilje til å utsette seg for smerter og skader kan sees i sammenheng med «idrettsnettverket» utøveren er en del av. Idrettsnettverket er relatert til en subkultur som er formet av en gruppe mennesker i idretten som deler en særegen kultur (47).

Studier viser at «risikokultur» er sterkt implementert i idrettsnettverket til håndballutøvere(45, 48). I en polsk studie svarte 89% av håndballutøverne at smerter og skader er en uunngåelig del av konkurranseidretter. 79% av spillerne hadde selv deltatt i kamp

med skader minst en gang. I tillegg hadde alle deltakerne vært vitne til en slik holdning hos andre håndballspillere (48). En slik normalisering av risikokultur i idretten kan føre til at utøverne trosser kroppens smertesignaler. Konsekvensene av dette er ofte belastningsskader og utbrenthet blant utøverne (49).

1.6 Antidoping

Det finnes flere grunner til at toppidrettsutøvere tar i bruk legemidler og kosttilskudd (50). Uavhengig av bakgrunnen, har idrettsutøveren et objektivt ansvar for å sikre at det ikke inntas stoffer som er oppført på dopinglisten (51).

World Anti-Doping Agency (WADA) er en internasjonal organisasjon som ble opprettet for å fremme, koordinere og overvåke kampen mot doping (52). Gjennom World Anti-Doping Code (WADAC) harmoniserer de regelverket på tvers av alle idretter og land (53). I tillegg til WADAC er det opprettet åtte internasjonale standarder som skal fungere i samspill med koden (54). Blant disse åtte internasjonale standardene finner man «The prohibited List» oversatt til «Dopinglisten» på norsk.

Dopinglisten inneholder bestemte stoffer og metoder som er forbudt i idretten. Stoffene på dopinglisten er inndelt i ulike kategorier som identifiserer hvilke av stoffene og metodene som er forbudt i konkurranse og utenfor konkurranse. I tillegg er det en kategori som har listet opp stoffer som bare er forbudt i spesifikke idretter (55). Blant de smertestillende legemidlene er det stor sett de opioidholdige analgetiske legemidlene som er oppført på dopinglisten. Dopinggruppe S7 inneholder narkotiske stoffer som er forbudt i konkurranse. Disse narkotiske stoffene er hovedsakelig benyttet i behandling av moderate til sterke smerter. Eksempler på stoffer i denne gruppen er morfin, fentanyl og oksycodon (56).

Det forekommer tilfeller der idrettsutøvere har medisinske tilstander som gjør at de er nødt til å ta i bruk legemidler som er oppført på WADAs dopingliste. I disse tilfellene kan utøverne søke om medisinsk fritak. Medisinsk fritak (Therapeutic Use Exemption, TUE) sikrer at utøveren kan delta i god helsetilstand, dersom det betyr at de er avhengig av bruken av legemidler som inneholder forbudte stoffer (57).

En betydelig andel av legemidler på det norske markedet inneholder stoffer oppført på WADAs dopingliste, og er forbudt i idretten med mindre man har et gyldig medisinsk fritak (58). Dette utgjør en risiko for utilsiktet doping. Utilsiktet doping er definert som «*inntak av*

forbudte stoffer uten at dette var ment som forsøk på doping» (59). Dopingmidler er ofte assosiert med veksthormoner og anabolesteroider, men også legemidler som blant annet Scheriproct til behandling av hemoroider inneholder forbudte stoffer. Utøvere oppfordres derfor alltid til å sjekke at legemidlet som inntas ikke inneholder forbudte stoffer (58).

Det er også kjent at bruken av kosttilskudd utgjør en fare for å få i seg stoffer som er oppført på dopinglisten. Det er blant annet funnet anabole steroider, stimulerende stoffer og beta-2-agonister i en mengde kosttilskuddsprodukter (60).

1.7 Hensikt

Hovedformålet med denne oppgaven er å utvikle en bedre forståelse av kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant utøvere i norsk topphåndball. Oppgaven vil hovedsakelig vektlegge kulturen for legemiddelbruk, og skal undersøke om det kan være en kultur innenfor håndballmiljøet som oppmuntrer til bruk av smertestillende legemidler på en måte som ikke er medisinsk nødvendig. Siden grensegangen mellom kosttilskudd og legemidler er ikke alltid like tydelig for den generelle befolkningen var det derfor også interessant å se på kulturen for bruk av kosttilskudd.

Hovedproblemstillingen er formulert som følgende:

Hva er kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant toppidrettsutøvere i håndball?

2 Metode

2.1 Metodevalg

Kvalitative metoder er forskningsmetoder som opererer med et fleksibelt undersøkelsesdesign, hvor formålet er å få en dypere forståelse av et fenomen (61). Metoden omfatter en rekke ulike datainnsamlingsmetoder slik som deltakende observasjon, ustrukturerte intervjuer, etnografi, fokusgrupper eller kvalitativ innholdsanalyse. I motsetning til kvantitativ data hvor informasjonen er forankret til spesifikke variabler, kan man ved hjelp av kvalitativ metode oppnå dybdekunnskap om et tema (62, 63). På den måten vil kvalitativ metode være egnet i en utforskende fase når en er lite kjent med fenomenet som skal studeres (64 s.65).

Problemstillingen er avgjørende for den metodiske tilnærmingen man velger innenfor kvalitativ forskning. Den metodiske tilnærmingen skal gi mest mulig relevant data og representere kunnskap med ulike nyanser (65 s.27-29). I denne oppgaven var det hensiktsmessig å velge fokusgruppeintervju, ettersom jeg i denne problemstillingen var interessert i å undersøke et fenomen som gjelder felles erfaringer blant håndballutøverne (65 s.67). Ved bruk av fokusgruppedesign kan man utnytte gruppedynamikken for å få innsikt i annen informasjon enn det vi får av individualintervjuer. Dette kan videre bidra til å åpne noen nye dører til et felt som til nå er relativt ukjent (66 s.18-20).

I et kvalitativt intervju fungerer forskeren selv som et måleinstrument (64 s.64). Forskerens perspektiv og posisjon får dermed stor betydning for kunnskapen som kommer frem (67). I følge Malterud skal ikke forskeren eliminere seg selv og sin rolle. Hun presiserer at forskeren heller skal identifisere og drøfte betydningen og påvirkningen av sin rolle (65 s.66).

2.2 Min forforståelse

I den moderne vitenskapen ser man bort i fra den nøytrale forskeren som ikke utøver noen form for innflytelse. Jeg som forsker vil gjennom mine personlige erfaringer, faglige interesser, motiver og min virkelighetsforståelse påvirke forskningsprosessen og dens resultater. Det er derfor viktig at jeg gjør rede for min innflytelse, og reflekterer over hvilken betydning dette har i kunnskapsutviklingen. På den måten kan jeg representere informantenes

erfaringer med minst mulig innflytelse av min egen forforståelse, som bidrar til å styrke påliteligheten og gyldigheten av oppgaven (65 s.37-40).

Forforståelsen min baserer seg mye på erfaringer og egne interesser for idretten. I tidlig alder ble jeg introdusert til håndballen og spilte håndball fra jeg var 7 til jeg var 15år. I løpet av disse åtte årene har jeg både bevisst og ubevisst tilegnet meg erfaring og kunnskap om hvordan det er å være en del av et lag og ha en tilhørighet til et sosialt idrettsmiljø. Selv om håndballmiljøet for toppidrettsutøvere er ganske forskjellig fra miljøet i barne- og ungdomsidretten, vil jeg kunne relatere meg til problemstillinger knyttet til skader, smerter, prestasjonspress, og påvirkning av lagkamerater og andre sosiale relasjoner.

Under min periode som håndballspiller utviklet jeg en interesse for å se kamper, lese artikler og se nyheter knyttet til idretten. Dette er fordi jeg fikk beskjed om at jeg skulle ta lærdom i fra spillere på et høyere nivå og fordi en som oftest selv vil følge med på idretten man har en tilhørighet til. Problematikken rundt smertestillende legemidler og håndballen var derfor ikke helt ukjent for meg før jeg startet med denne oppgaven. Jeg har tidligere lest artikler som tar for seg problemstillingen rundt håndballspillere og overbruk av smertestillende legemidler. Dette gjelder smertestillende legemidler generelt, men også artikler om spesifikke smertestillende legemidler, slik som Voltaren tabletter. I disse artiklene har kjente håndballprofiler fortalt om langvarig bruk av Voltaren og bruken av smertestillende legemidler forebyggende før trening og kamp (68). Jeg har derfor et bevisst forhold til denne problematikken. Som forsker er det derfor min oppgave å skille mellom datamaterialet som er innhentet og min egen tolkning av det.

Eksponeringen av toppidrettsutøvere i media har alltid vært relativ stor så lenge jeg kan huske, men har økt betraktelig de siste årene som et resultat av den kommersielle og økonomiske interessen, samt utviklingen av sosiale medier. Siden jeg aktivt tar i bruk sosiale medier, har jeg kjennskap til den store eksponeringen utøverne utsettes for. Jeg har derfor mine formeninger om hvordan denne eksponeringen kan påvirke toppidrettsutøverne.

2.3 Intervjuprosessen

Kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant toppidrettsutøvere i håndball er et relativt utforsket område. Den tilgjengelige forskningen ser på bruken av ulike kosttilskudd og legemidler hos håndballutøvere, men fokuserer ikke på det kulturelle aspektet. Ved å utføre fokusgruppeintervju med flere ulike grupper, kan man studere samhandlingene mellom informantene. Disse samhandlingene kan belyse grupperes normer og verdier (65 s.201). Hensikten er å få en bedre forståelse av håndballutøvernes egne erfaringer, oppfatninger og synspunkter om legemiddel- og kosttilskuddbruken i eget miljø, som videre kan belyse bakgrunnen for utfordringene knyttet til bruken.

2.3.1 Utvalg og rekruttering

For å styrke validiteten av de empiriske data, er det viktig med et godt strategisk utvalg av deltakere og en god gruppesammensetning. Strategisk utvalg handler om å etablere en gruppe som prioriterer ressurssterke deltakere som på best mulig måte kan belyse problemstillingen (65 s.56). I denne oppgaven tar problemstillingen for seg toppidrettsutøvere i håndball, noe som setter rammebetingelsene for inklusjonskriteriene. I tillegg til å velge deltakere som har egenskaper og kvalifikasjoner som belyser problemstillingen, er det i fokusgruppeintervju viktig å ta i betraktning antall deltakere som er hensiktsmessig å ha per gruppe og antall grupper som skal være med i studien. For få deltakere kan resultere i skjevhet. For mange deltakere kan føre til at man ikke får nok dybde i intervjuet. Det er viktig å tilstrebe en god balanse mellom variasjon og homogenitet i gruppene. Dette er for å få flest mulige nyanser, samtidig som store motsetninger og maktspill blant deltakerne reduseres (66 s.37-44).

For å best mulig belyse problemstillingen ble det rekruttert toppidrettsutøvere i håndball med utgangspunkt i eliteserien i norsk håndball (Rema 1000-ligaen). Det ble rekruttert både kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Dette skulle bidra til å skape bredde, og nyanser som gir til et bedre helhetsperspektiv. Det var også ønskelig å sammenligne eventuelle forskjeller i de kulturelle holdningene mellom menn og kvinner. Det var ikke satt noen eksklusjonskriterier i studien, fordi jeg ønsket å oppnå mest mulig bredde og sikre metning. Metningsbegrepet handler om at innholdet i dataene avgjør behovet for antall intervjuer som bør utføres. Man sier at metning er oppnådd når nye data ikke lenger tilfører ny informasjon og kunnskap (66 s.37-38).

Lagene ble rekruttert via kontaktpersoner ved at vi først hadde et fellesmøte med Antidoping Norge, antidopingansvarlig i Norges håndballforbund og daglig leder i Norsk Topp håndball slik at vi med hjelp av dem kunne nå ut til klubbene. Det ble satt opp en liste over hvilke lag som skulle kontaktes, og deretter sendt ut en felles epost til de aktuelle klubbene fra daglig leder i Norsk Topp håndball. Han opplyste klubbene om studien og oppfordret alle til å delta. Det ble også lagt ved et informasjonsskriv (se vedlegg 1) med ytterligere informasjon om studien og hva det innebærer å delta i studien. Klubbene som var interesserte kunne deretter ta direkte kontakt med meg. Fordelen med å oppsøke daglig leder i Norsk Topp håndball først, er at han har tillit hos de aktuelle klubbene, og studien vil derfor presenteres som seriøs og aktuell (66 s.50).

Jeg støtte likevel på noen små utfordringer underveis i rekrutteringsprosessen. Ønsket var å rekruttere 5 lag, men jeg oppdaget raskt at det kunne bli krevende. Det ble derfor satt et mål om å rekruttere 4-5 grupper med 4-8 deltakere i hver gruppe.

2.3.2 Det semistrukturerte intervjuet

Innenfor intervju skiller vi mellom strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte intervju. Strukturert og ustrukturerte intervju er to ytterpunkter, hvor det strukturerte intervjuet har spørsmål som er utformet på forhånd og følges stort sett i en gitt rekkefølge. Det andre ytterpunktet preges av lite struktur, hvor forskeren presenterer hovedtemaet, men gir informanten rom til å komme opp med temaene som diskuteres. Basert på svarene informanten gir kan forskeren utforme nye spørsmål (69 s.84) Ordet *semistrukturert* betyr halvstrukturert eller delvis strukturert, og som navnet tilsier bidrar til delvis struktur i intervjuet, samtidig som det er rom for endringer underveis, slik at man kan stille oppfølgingsspørsmål som åpner for nye relevante samtaler (69 s.85, 70). I denne studien valgte jeg å benytte meg av semistrukturert intervju.

Ved å benytte et semistrukturert intervju har intervjueren forberedt et sett med spørsmål slik at man får dekket de ønskede temaene, samtidig som det gir rom for mer personaliserte og omfattende svar. Samtalen styres av de temaene forskeren ønsker å innhente informasjon om, men det er viktig at forskeren er åpen for at informanten bringer opp temaer som forskeren ikke har tenkt over på forhånd (71). Intervjuerens evne til å lytte til det informanten sier, er et viktig verktøy for å beslutte hvilke av utsagnene til informantene som skal følges videre (72).

I fokusgruppeintervju er målet å skape en trygg og åpen atmosfære. Poenget med fokusgruppen er ikke å komme til en enighet eller løsning på problemstillingen, men heller ved hjelp av en åpen atmosfære bidra til at deltakerne føler seg komfortabel til å uttrykke personlige og forskjellige synspunkter. Dette kan bringe frem flere spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter sammenlignet med individualintervjuer (72 s.179-180).

2.3.3 Intervjuguide og prøveintervju

Intervjuguiden danner grunnlaget for intervjuet som skal utføres. Det er derfor viktig at man utformer denne på best mulig måte (66 s.71-72). Siden det var hensiktsmessig å benytte seg av semistrukturerte intervjuguide var det viktig å utforme en intervjuguide som hadde åpne svaralternativer (66 s.32). Designet skulle bidra med struktur til intervjuet, samtidig som det hadde viss grad av fleksibilitet slik at den kunne tilpasses informantenes svar. Som forsker var det min oppgave å utforme spørsmål som gir innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra informantene.

Intervjuerens praktiske ferdigheter læres gjennom intervju praksis. Det vil derfor alltid være gunstig å utføre prøveintervju før man setter i gang med intervjuene. Uavhengig av hvor god erfaring man har som intervjuer, er det viktig med prøveintervjuer innenfor nye områder. Prøveintervjuene er et viktig verktøy for å oppnå selvtillit i intervjusituasjonen og takle menneskelige situasjoner (72 s.86). I tillegg bør man se for seg ulike scenarioer som kan oppstå under intervjuet som for eksempel at en av informantene blir opprørt eller sint, og prøve å reflektere over hvordan man på best mulig måte kan håndtere slike situasjoner. Dette vil bidra til at man er litt mer forberedt dersom man skulle komme borti en uheldig situasjon, og greier å håndtere det på en mest mulig profesjonell måte (73).

Det ble gjennomført to prøveintervjuer med personer som hadde en eller annen form for relasjon til idrett. Det første prøveintervjuer ble utført med fire deltakere som aktivt drev med CrossFit. Selv om dette ikke var en lagidrett, hadde de et godt miljø blant deltakerne og hadde en tilknytning til både kosttilskudd og legemidler. Det andre prøveintervjuet var med tre unge menn som spilte fotball i fritiden på universitetets fotballag, men har også vært med i lagidrett tidligere. Denne gruppen hadde en større tilknytning til det å spille i lag og påvirkningen det hadde for kosttilskudd- og legemiddelbruk. Ved hjelp av disse prøveintervjuene fikk jeg testet kvaliteten av spørsmålene og fikk øving i hvordan spørsmålene bør stilles til utøverne. Det ble

også utført et en-til-en intervju for å teste forståelsen av spørsmålene og om spørsmålene vekket refleksjon rundt temaer som var relevante for studien.

2.3.4 Gjennomføring av intervjuene

Før gjennomføring av intervjuene, innledet jeg samtalen med en kort introduksjon hvor jeg fortalte hvem jeg var og blant annet opplyste om formålet med prosjektet. Jeg gjorde informantene oppmerksomme på at det ville bli tatt lydopptak av intervjuene, men at deltakerne vil bli anonymisert ved behandling av dataene. Det ble også utdelt et informasjonsskriv med informert samtykke som de skulle signere. Informantene fikk beskjed om at samtykket når som helst kunne trekkes tilbake. Det var viktig for meg å understreke at hverken deltakerne eller klubben ville bli gjenkjent i oppgaven og at personvern og anonymitet vil bli ivaretatt. Anonymiteten skulle bidra med en åpen og ærlig samtale, og gir deltakerne mulighet til å dele informasjon som ellers ikke ville kommet frem. Likevel må jeg som forsker være bevisst på begrensningene i anonymiteten i en fokusgruppe. Selv om de blir helt anonyme i oppgaven, vil deltakerne i en gruppe ikke være anonyme for hverandre og på den måten kan sette begrensninger for hva deltakerne deler.

Intervjuene foregikk på avtalt sted til avtalt tid. Intervjuene ble utført henholdsvis; 28.oktober, 9.november, 23.november og 8.desember. Vi tilbød å utføre intervjuene i treningshallen til de aktuelle klubbene som er en kjent lokasjon for informantene. Intervjuet bør foregå i kjente og avslappede omgivelser for informantene slik at man skaper trygghet. På denne måten er det lettere å føle at man kan være åpen og komfortabel med å prate. Informantenes beskrivelser skapes der og da, og utformes i forhold til den relasjonen som utvikles mellom forsker og deltakerne (71 s.83). Trygghet, tillitt og relasjon setter derfor grunnlaget for hvor mye de vil dele av sine erfaringer (66 s.70).

Målet var å oppnå bred deltakelse ved å starte med enkle og åpne spørsmål som det er lett å engasjere seg i (66 s.70). Etter hvert som deltakerne ble mer aktive var det lettere å stille spørsmål som var rettet mot tema som var relevant for studien. Jeg startet med nøytrale emner og spørsmål for å opparbeide meg tillitt, for deretter å gradvis komme inn på mer sensitive temaer.

Jeg var hele tiden bevisst på kroppsspråket mitt under intervjuet, for dette kan ha stor betydning for inntrykket informantene får. Det var viktig for meg at informanten opplevde at

jeg var engasjert og lyttet. Dette skulle bidra til at informantene følte at det som ble sagt hadde verdi og betydning, og dermed gjøre at informanten ønsket å fortelle mer. Man bør få informantene til å føle at den informasjonen som de deler i intervjuet er av stor nytte for forskningen som gjøres. Positive reaksjoner kan være avgjørende for å få en dialog, men det er viktig å finne en balanse mellom det å bekrefte eller vurdere svarene fra informantene (71 s.93-94).

I en studie som oppsøker sensitive og personlige temaer, må jeg sikre etisk ivaretagelse av deltakerne. I slike studier er det høyest sannsynlig at en eller flere av deltakerne eksponerer seg og sin historie som kan utgjøre en eller annen form for personlig risiko. Det er viktig at informantene føler at de kan fortelle det de vil uten at de blir dømt eller sier noe feil. Jeg presiserte derfor flere ganger under intervjuet at det ikke finnes noen feil svar, og viste forståelse slik at deltakerne opplevde støtte i temaer som ellers skaper krenkelser (66 s.82-83). Ettersom studien behandler personopplysninger, ble prosjektet meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Avslutningsvis sikret jeg meg at jeg hadde forstått innholdet i utsagnene til deltakerne og fikk muligheten til å oppklare ting som var uklart under intervjuet. Dette er en av styrkene med kvalitativ intervjumetode, for det bidrar til at man unngår misforståelser og gir en mer riktig helhetsforståelse. Jeg ga også deltakerne mulighet til å dele erfaringer etter at lydopptaket var slått av, dersom det var noen som ikke ønsket at utsagnene skulle bli tatt opp. Til slutt takket jeg for deltakelsen og viste stor positivitet for at de har tatt seg tid til å utføre intervjuet.

2.4 Analyse

Systematisk tekstkondensering

Analysemetoden som er benyttet i denne oppgaven er Systematisk tekstkondensering (STC) som er en analysemetode inspirert av Giorgio og modifisert av Malterud. STC er en metode som egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av kvalitative data. Formålet med denne analysemetoden er utvikle kunnskap om deltakernes delte erfaringer og lete etter essenser i fenomenene som studeres. I analyse skal man på best mulig måte prøve å gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold, uten innflytelse av forskerens egne tolkninger. Dette er nærmest umulig, og forskeren må derfor ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på det empiriske datamaterialet (65 s.96-97).

Malterud har delt analysemetoden i fire trinn:

- Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra villniss til temaer
- Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
- Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening
- Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Trinn 1: Helhetsinntrykk

I det første trinnet er formålet å bli kjent med materialet. I dette trinnet fokuseres det på helheten fremfor detaljene. Transskriptet ble lest gjennom flere ganger og jeg prøvde aktivt å motstå å systematisere i dette trinnet. Først etter at jeg hadde lest alt av datamaterialet, kunne jeg spørre meg selv hvilke temaer som umiddelbart vekket oppmerksomheten og kan belyse problemstillingen. Temaer som «Smerter og smertestillende», «utøverens forhold til legen» og «prestasjonspress» var blant noen av ordene som fremstod som viktige (65 s.98-99).

Trinn 2: Meningsbærende enheter

I det neste trinnet skal man organisere materialet som skal studeres ved å finne meningsbærende enheter. Malterud definerer meningsbærende enheter som tekst, korte eller lange, som bærer med seg kunnskap og er relevant for å belyse problemstillingen. Meningsbærende enheter er ikke begrenset til bemerkninger eller setninger. Malterud forklarer at man heller bør inkludere for mye enn for lite i denne fasen slik at verdifull informasjon ikke går tapt. Når de meningsbærende enhetene er funnet, starter kodearbeidet. Koding innebærer dekontekstualisering, en prosess hvor man løsriver tekst fra sin opprinnelige sammenheng. Deretter systematiseres tekstbitene som har felles trekk i ulike grupper (65 s.100-102)

Trinn 3: Kondensering

Det neste trinnet handler om å trekke ut kunnskap fra de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Ideelt sett bør de meningsbærende enhetene være sortert i tre-seks kodegrupper. I dette trinnet er det viktig å være åpen for endringer. Dersom man oppdager at noen av kodene inneholder svært få meningsbærende enheter, må man vurdere om disse skal sorteres på en annen måte. Andre kodegrupper kan inneholde mange meningsbærende enheter og det kan derfor være hensiktsmessig å dele dem opp (65 s.104-105). Kodearbeidet var en

omfattende prosess hvor jeg stadig endret både merkelapper for kodene og plassering av de meningsbærende enhetene for å danne et overkommelig antall med grupper. Jeg endte til slutt opp med seks kodegrupper.

Heretter skal forskeren ved hjelp av subgruppene danne et kondensat, et kunstig sitat. Det kunstige sitatet gjør om de meningsbærende enhetene til en mer generell form. Kondensatet har som oppgave å gjenfortelle og oppsummere det som befinner seg i hver av subgruppene (65 s.106).

Trinn 4: Sammenfatning

I det siste trinnet skal man rekontekstualisere, altså sette sammen tekstbitene igjen.

Kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe skal oppsummeres i form av gjenfortellinger som formidles på en måte som er lojal i forhold til informantens utsagn. Leseren skal få innsikt i materialet og hva det forteller om prosjektets problemstilling (65 s.107).

3 Resultater

I denne delen av oppgaven blir funnene fra de fire fokusgruppeintervjuene presentert. Det ble rekruttert totalt 22 deltakere fra fire forskjellige håndballag. Alle lagene som deltok, var lag som spilte i eliteserien i norsk håndball (Rema 1000-ligaen). Av de 22 spillerne var 12 deltakere menn og 10 deltakere var kvinner. Informantene som deltok, var i aldersgruppen 18-28 år. Tre av intervjuene ble utført i hallen til de aktuelle klubbene, mens det siste intervjuet ble utført i et møterom hos Norges Idrettshøgskole (NIH). Intervjuene varte i snitt 53 minutter, inkludert introduksjon og avslutning. Fordelingen av antall deltakere, kjønn, aldersgruppe og tidsbruk er vist i tabell 1.

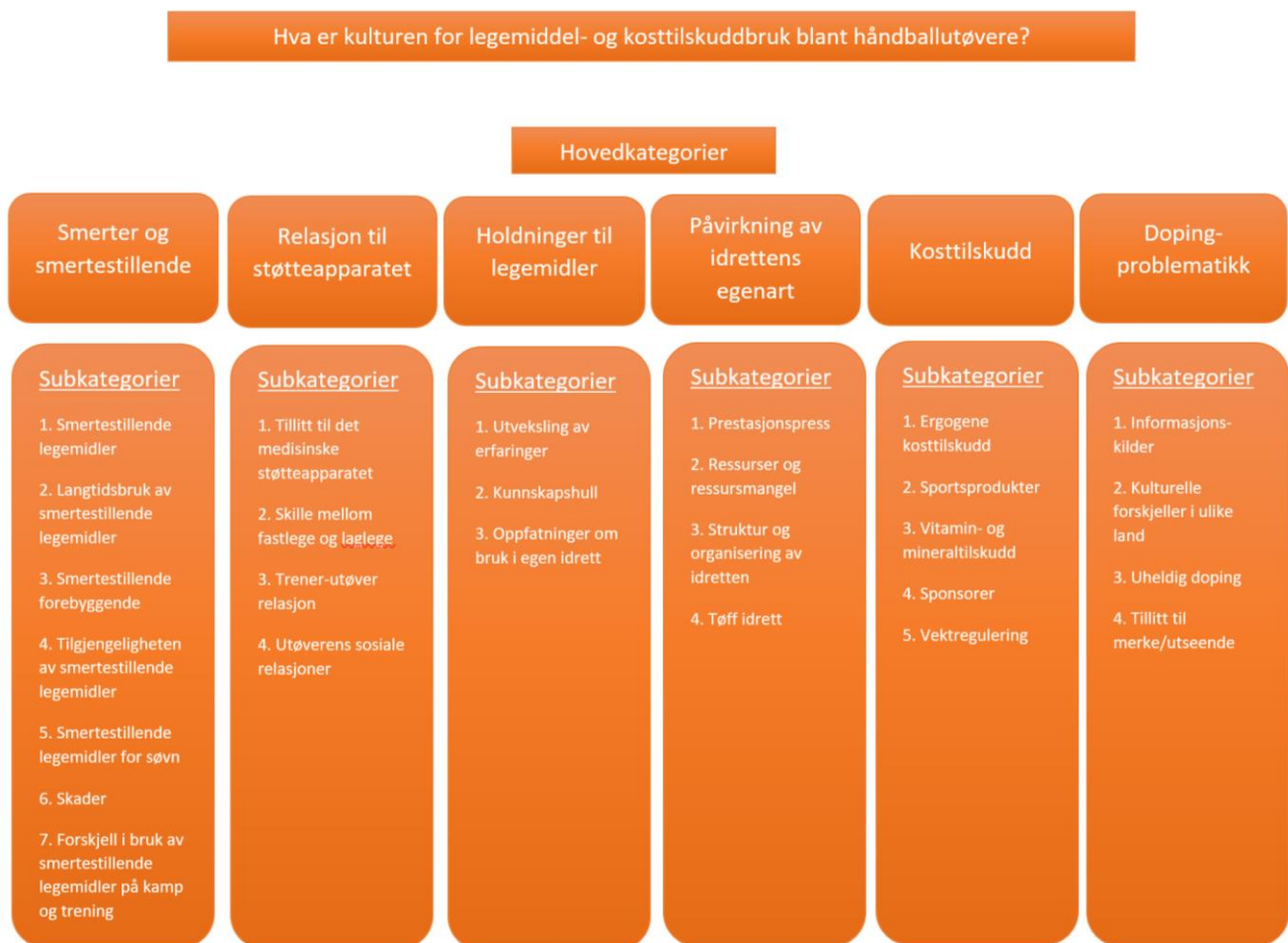
Tabell 1: Oversikt over fordelingen av antall deltakere, kjønn, aldersgruppe og tidsbruk

No.	Kjønn	Antall deltakere	Aldersgruppe	Tidsbruk
1	Menn	6	18-23 år	35min
2	Kvinner	4	21-28 år	60min
3	Menn	6	18-28 år	50min
4	Kvinner	6	19-26 år	65min

Studiens formål er å undersøke kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant håndballutøvere. Siden det gjennom oppgaven har vært fokus på kulturen for legemiddelbruk, vil de fleste hovedkategoriene utarbeidet i analysen være knyttet til dette. Det er likevel en kategori som tar for seg kulturen for bruk av kosttilskudd og en kategori om dopingproblematikk.

Resultatene presenteres i form av direkte sitater. For å bevare anonymiteten til informantene kan det forekomme små endringer i sitatene. Dette gjelder kun de sitatene som utgjør en risiko for at informantene kan bli gjenkjent. Endringene som er gjort er minimale og har ingen påvirkning på meningsinnholdet i sitatene.

Ved hjelp av analysemetoden systematisk tekstkondensering, har jeg kommet frem til hovedkategorier og underkategorier som belyser de viktigste funnene i oppgaven. Analysearbeidet resulterte i seks hovedkategorier; *Smertes og smertestillende*, *Relasjon til støtteapparatet*, *Holdninger til legemidler*, *Påvirkning av idrettens egenart*, *Kosttilskudd* og *Dopingproblematikk*. Under hver hovedkategori vil jeg presentere de tilhørende kodene og sitater som sammen har konstruert kategoriene. Figur 1 viser en oversikt over de ulike hovedkategoriene og tilhørende subkategorier utarbeidet i analysen.



Figur 1. Oversikt over hovedkategoriene og tilhørende subkategorier utarbeidet i analysen.

3.1 Smerter og smertestillende

Kodene som sammen konstruerte den første hovedkategorien er; «smertestillende legemidler», «langtidsbruk av smertestillende legemidler», «smertestillende legemidler forbyggende» «tilgjengeligheten av smertestillende legemidler», «smertestillende for søvn» «skader» og «forskjell i bruk av smertestillende legemidler på kamp og trening».

Det kommer tydelig frem i intervjuene at smertestillende legemidler har en sentral plass i legemiddelbruken hos håndballutøverne. Utøverne gir uttrykk for at det er et relativt høyt forbruk av smertestillende legemidler, hvorav Paracet, Ibux og Voltaren var mest brukt. I tillegg er det noen av utøverne som forteller at de også bruker Voltarol krem og Naproxen tabletter.

«Det har jeg ikke inntrykk av at det er så mange som bruker i hvert fall, men at det går en del Voltaren og Paracet og det greiene der» (Informant E, Transskript 1 s.7)

«Voltarol, mye, den dere piller, heter det Voltaren» (Informant I, Transskript 2 s.9)

«Jeg tar mye Ibux og Paracet» (Informant J, Transskript 2 s.9)

«man tar jo fort noe, hvis man har litt vondt, holdt jeg på å si så tar man gjerne et par piller med Ibux og sånt noe før kamp. Det er ikke unormalt det» (Informant N, Transskript 3 s.7)

Flere av utøverne uttrykker også at de har brukt smertestillende legemidler fast over en lenger periode. I et av intervjuene med kvinnelagene forteller en av informantene at hun brukte Voltaren tabletter nesten hver dag i en periode på 4 år. På herresiden forteller en av informantene at han har brukt Ibux fast siden han startet på laget.

«Enig, jeg tok Voltaren hver dag før, for vondt i skulderen [...] 4 år [...] nesten hver dag» (Informant I, Transskript 2 s.13)

«Jeg har jo typ gått på det siden jeg kom hit egentlig, typ for jeg har hatt vondt i lysken og skulderen. Asså det er ikke mye man tar, men man tar det litt sånn bare for å ikke ha vondt hele tiden. [...] Det er bare Ibux.» (Informant N, Transskript 3 s.7)

Informant N forteller videre at han har en fast rutine på bruk av smertestillende i forbindelse med kamp.

Informant N: Rutina er vel først 2 Ibux så en runde Voltarol og så en runde varmekrem

Intervjuer: Oja, før hver kamp?

Informant N: Eller ja når det gjør ordentlig vondt så er det før hver kamp (Transskript 3 s.10)

I en dialog mellom informantene kommer det frem at det er flere på laget som bruker smertestillende legemidler fast før kamp.

Informant M: Jeg tipper det er over, hva skal vi si, tror du det er over halvparten? nei? Mindre?

Informant N: nei, asså hvis du tenker, maks 4-5 eller?

Informant P: som tar det før match liksom?

Informant M: Ikke fler?

Informant P: Jeg har ikke engang lagt merke til

Informant M: Vi er en litt sprekere gjeng i år vettu, så det er litt mindre nå

Intervjuer: Var det mindre sprek gjeng i fjor?

*Informant M: Ja litt mindre sprek gjeng i fjor, og da var det nok oppe med tosifra som tok *ler**

Intervjuer: Når du sier 4-5 stykker, er det liksom som går på det fast eller?

Informant N: Ja det er vel det (Transskript 3 s.7)

Ved spørsmål om legemidlene blir brukt når smertene først oppstår eller om utøverne bruker legemidlene forebyggende er det flere av informantene som deler at de har brukt smertestillende legemidler forebyggende for å unngå smerter. Utøverne mener at dersom de venter med å ta smertestillende til smertene har oppstått, er det for sent.

«Det kan jo være litt sånn i forhold til, Hvis det er kamp da, og du våkner på morgenen og kjenner at du er litt tung i hodet, men du har ikke fått vondt i hodet enda,

men du vet at du har kamp ettermiddagen, da kan jeg gjerne ta en Paracet bare for at å jeg kan ikke få vondt i hodet i dag på en måte» (Informant G, Transskript 2 s.11)

«Ja hvis jeg går helt opp mot kampen og kjenner at jeg fortsatt at jeg er tung i hodet, jeg kjenner at jeg har vondt i hodet nå, da er det for sent» (Informant G, Transskript 2 s.11)

Videre ble tilgjengeligheten av smertestillende legemidler undersøkt. Det er tydelig at de smertestillende legemidlene er lett tilgjengelig for utøverne. Alle lagene forteller at de har en medisinkoffert eller bag som de har tilgang til under kamp og trening. Flere av informantene har også en pakke Paracet liggende i bagen.

«det er bag som de tar ut når det er kamp liksom, som er på benken. Og da tusler du ned og» (Informant H, Transskript 2 s.14)

«det er i en koffert som er åpent for hele laget» (Informant G, Transskript 2 s.14)

Noen av utøverne deler også at de i forbindelse med operasjoner har fått forskrevet pakker med sterkere smertestillende legemidler. Ofte får de ikke bruk for alle tablettene og har de dermed liggende i reserve.

«Det er sjeldent man spiser opp alt man får etter en operasjon og da, man blir ofte liggende igjen mye på en måte og har man ekstremt sterke smerter en gang så er det lett og ta seg en». (Informant G, Transskript 2 s.14)

Informant N deler hans tanker om at *«så lenge noe er enklere tilgjengelig så blir det mer brukt da»* (Transskript 3 s.11)

Det kommer frem at bruken av smertestillende legemidler stort sett er knyttet opp mot skader og smerter. Utøverne uttrykker at håndball er en fysisk idrett som fører til at de stadig har smerter, som de lindrer ved bruk av smertestillende legemidler.

«Du har jo stort sett alltid noen vondter, så det er fort gjort å ta en Paracet liksom» (Informant E, Transskript 1 s.7)

«I hvert fall hvis man har litt små vondter eller, inn mot en kamp da og man kjenner det litt så tar jeg en Paracet da for å ikke kjenne det» (Informant J, Transskript 2 s.11)

«Det er ikke noe jeg har merka, men du hører jo at alle har jo vondt, du møter ikke en håndballspiller nest som ikke har vondt et sted» (Informant R, Transskript 4 s.14)

I majoriteten av intervjuene dukket det uoppfordret opp informasjon angående smertestillende og søvn. Noen av informantene deler at de bruker smertestillende legemidler for å kunne få sove. Informant S forteller at hun føler seg mer avslappet etter inntak av smertestillende legemidler. De andre informantene som også har brukt smertestillende legemidler for å sove belyser viktigheten av søvn, og at de er nødt til å få sove.

«Jeg har faktisk tatt paracet eller ibux altså smertestillende for å, for å bli mer avslappet på en måte ut på kvelden for å få sove, det er ikke noe jeg har drivi og gjort, men det har skjedd et par ganger for å få sove da fordi jeg ikke har fått sove. Så det har skjedd» (Informant S, Transskript 4 s.17)

«ja for å få sove liksom, for det er viktigere enn å bare ligge der» (Informant H, Transskript 2 s.12)

Terskelen for å bruke smertestillende legemidler er lavere under kamp enn det er under trening. Det er tydelig at det er flere faktorer som påvirker bruken av smertestillende legemidler enn graden av smerte. Utøverne forteller at de ofte kan holde ut lenger uten smertestillende legemidler under trening.

«Det kan jo hende at det er ja, at lista er litt lavere for å ta det når du skal spille kamp, at da er det litt ja viktigere å være på da, at da skal det mindre til for å ta smertestillende sikkert» (Informant V, Transskript 4 s.12)

«Ja det er mer fordi at man skal ikke være hemma, altså hvis det hjelper litte grann da så i kamp så kan man ta, ut på trening så kan man klare seg uten, og ha vondt på en måte» (Informant N, Transskript 3 s.7)

Oppsummering av funnene i kodegruppen «Smerter og smertestillende»

Alle håndballagene gir uttrykk for at det er en utstrakt bruk av smertestillende legemidler i idretten deres. De mener selv at årsaken er knyttet til at de stadig er utsatt for smerter og skader. Flere av utøverne har uttrykt at de har hatt et behov for å bruke smertestillende legemidler over lenger perioder og at de også benytter det forebyggende for å unngå smerter. I tillegg er legemidlene lett tilgjengelig både på trening og under kamp. Flere av utøverne er enige om at terskelen for å bruke smertestillende legemidler under kamp er lavere enn under trening.

3.2 Utøvernes relasjon til støtteapparatet

Kodene som sammen danner denne hovedkategorien, er «tillitt til det medisinske støtteapparatet», «skille mellom fastlege og laglege». «trener-utøver relasjon» og «utøverens sosiale relasjoner»

Håndballutøverne er omringet av et støtteapparat som består av personer med ulik faglig bakgrunn. Det medisinske støtteapparatet består hovedsakelig av laglege og fysioterapeut. Noen av lagene hadde bare fysioterapeut, avhengig av ressursene på laget. Utøverne har stor tillitt til den faglige kunnskapen til det medisinske støtteapparatet, og de uttrykte at dersom de hadde fått tildelt legemidler av laglegen eller fysioterapeuten ville de ikke stilt spørsmål ved det eller dobbeltsjekket det.

«Hvis man er syk og man får bare en Ibux lignende greie så tar man den bare, kanskje ikke dere, men mange. Jeg hadde nok bare sagt takk» (Informant I, Transskript 2 s.8)

«De har vært leger rundt idretter i mange år så de vet jo, og ikke bare det å være lege, men også i forhold til idretten, hva som er good og ikke» (Informant E, Transskript 1 s.8)

«Burde vel kanskje vært mer kritiske, men føler jeg også stoler på dem 100%. jeg hadde nok ikke dobbeltsjekket det» (Informant D, Transskript 1 s.8)

«Jeg dobbeltsjekker det ikke når jeg får det av lege eller fysio» (Informant N, Transskript 3 s.14)

Ikke bare har utøverne stor tillit til det medisinske støtteapparatet, men flere av utøverne forteller at de har utviklet en god relasjon og tilknytning til både laglegen og fysioterapeuten. Under det første intervjuet ble utøverne stilt spørsmål om de har fastlege i tillegg til laglege. Da fortalte flere av informantene at de har byttet fastlege slik at de har laglegen som både fastlege og laglege. Dette gjaldt ikke alle informantene, men det var tydelig at de hadde bedre relasjon til laglegen sin. Flere av informantene valgte derfor å bruke laglegen fremfor fastlegen.

«Jeg har han [laglegen] som fastlege» (Informant F, Transskript 1 s.13)

«Jeg har ikke så mye kontakt med fastlegen heller, hadde brukt legen i laget foran» (Informant D, Transskript 1 s.6)

«Bruker lage lege, eller laget sin lege mest» (Informant H, Transskript 2 s.5)

Selv om dette gjald både herrelagene og damelagene, var det tydeligere skille mellom fastlege og laglege hos kvinnene enn hos menn. Kvinnene oppsøkte fastlegen dersom det var personlige ting som ikke omhandlet håndballen, men også de ga uttrykk for at de benyttet seg av legen i laget mest.

«Det kommer litt ann på hvordan, hva skal jeg si, problem du har da, har det å gjøre opp mot håndballen så bruker vi legen i laget, men andre personlige ting så bruker jo kanskje aller helst fastlegen sin da» (Informant G, Transskript 2 s.5)

I en av klubbene som ikke hadde laglege, men bare fysioterapeut, tok de kontakt med en lege som laget hadde en tilknytning til. Legen var ikke ansatt i klubben, men utøverne oppsøkte den samme legen dersom de hadde behov.

«Vi har en som vi tar kontakt med så det er liksom, trenger vi lege så er det alltid samme legen vi tar kontakt med. Så vil jo si hun på en måte er litt, hun er jo frivillig, hun jobber som lege, og det er ikke sånn at hun er ansatt hos oss, men hun er en vi har fått beskjed man kan ta kontakt med, under korona og når vi fikk influensavaksine så var det hun som kom og... så det er en jeg føler kanskje vi har en litt mer tilknytning til da så det kanskje ikke er så vanskelig å ta kontakt med» (Informant R, Transskript 4 s.7)

I motsetning til den store tilliten utøverne har til det medisinske støtteapparatet, uttrykker de mindre tillitt til trenere i situasjoner som omhandler legemidler og kosttilskudd. De ga uttrykk for at treneren hadde andre prioriteringer og derfor ikke prioriterte utøvernes helse. Flere av utøverne delte historier som beskrev situasjoner hvor de følte at de ikke ble hørt. På bakgrunn av dette forteller de fleste at de ikke diskuterer spørsmål rundt legemidler og kosttilskudd med treneren.

«Ofte vil jo han at vi skal spille, så om vi spiller bedre med Voltaren så vil jo han at vi skal ta det, men ja, jeg har jo stått i noen krangler der at jeg ikke vil ta for jeg vil kjenne etter om jeg har vondt, skjønner hans motiv og men man må passe litt på seg selv også» (Informant H, Transskript 2 s.19)

«Ikke trener, jeg har aldri snakket med treneren min om noe form for hverken kosttilskudd eller legemidler egentlig, det er noe jeg kun har diskutert med lege og fysio da, men smertestillende ved bruk opp mot skader» (Informant G, Transskript 2 s.18)

En av utøverne forteller hvordan hun opplevde press fra treneren. Ifølge informant U ville treneren at hun skulle spille kampen til tross for at hun var skadet. Hun måtte derfor gjentatte ganger si nei. Informanten endte til slutt opp med å ikke spille, men synes det var krevende å si nei.

«Jeg opplevde jo i fjor at jeg forstuet armen ganske heftig så ville treneren at jeg skulle spille kamp to dager senere mens armen min fortsatt var ekstremt hoven og det gjorde vondt å kaste ball, og da merka jeg at jeg synes det var veldig vanskelig å si nei. For jeg sa sånn, «jeg burde stå over». Så fikk jeg beskjed om at «hvis du blir med på den så har du noe skyld på hvis det går dårlig og det er lettere å si nei men det gikk dårlig på grunn av armen» og dit og dat. Men så endte jeg opp med å ikke spille fordi jeg måtte pushe meg selv så hardt til å si nei jeg skal ikke, selv om jeg allerede hadde sagt det og fått beskjed om at «nei men bli med da, det kommer til å gå fint og da har du noe å skyld på», men jeg merket at det synes jeg var veldig krevende og vanskelig å stå opp å si «nei, det går ikke»» (Informant U, Transskript 4 s.18)

Informant L forteller at trenere bør vise mer støtte i slike situasjoner, og tenke på de langsiktige konsekvensene.

«Det er der jeg mener at trenerne burde være mye mer støttende og tenke, og hjelpe deg i situasjonen da at de skal ha deg lenger enn bare den kampen. Så du burde heller bli frisk» (Informant L, Transskript 4 s.18)

Legemiddelbruken blant håndballutøverne er ikke bare påvirket av det medisinske støtteapparatet og trenere. Utøverne omgås med en rekke ulike mennesker i hverdagen og blir derfor også påvirket av andre sosiale relasjoner. Dette kan for eksempel være venner, familie, og andre i støtteapparatet. Flere utøvere nevner særlig at familien har en innvirkning på legemiddelbruken deres.

«Nei det er mamma, tror hun bare stikker innom apotek 1 og kjøper det bare. Det er ikke noe reseptbelagt» (Informant D, Transskript 1 s.7)

«Jeg har kjøpt det i spania for å få det uten resept da. Så var det sånn at hver gang familie ble skrevet på voltaren så tok de ut en ekstra pakke for meg» (Informant I, Transskript 2 s.13)

Oppsummering av funnene i kodegruppen «Utøvernes relasjon til støtteapparatet»

Utøverne viser stor tillitt til det medisinske støtteapparatet, og flere av dem uttrykker til og med at de stoler blindt på både laglegen og fysioterapeuten. Dersom de har spørsmål knyttet til legemidler eller kosttilskudd henvender de seg ofte til det medisinske støtteapparatet. Ikke bare har de stor tillitt til den faglige kunnskapen, men flere forteller at de har utviklet et godt forhold til dem. Dette har ført til at flere velger laglegen fremfor fastlegen. Derimot er det for de fleste utøverne ikke aktuelt å diskutere temaer knyttet til legemidler og kosttilskudd med trenere. Dette er fordi håndballutøverne opplever at treneren har andre prioriteringer enn utøverens helse. Flere uttrykker at det er vanskelig å si ifra og har endt opp i krangler for å ta vare på sin egen helse. Samtidig blir det uttrykt at påvirkningen på legemiddelbruken ikke er begrenset til det medisinske støtteapparatet og trenere, men også andre sosiale relasjoner påvirker bruken til håndballutøverne.

3.3 Holdninger til legemidler

Kodene som sammen danner denne kategorien er «utveksling av erfaring», «kunnskapshull» og «oppfatninger om legemiddelbruk i egen idrett».

Håndballutøverenes holdninger til legemidler er påvirket av erfaringer, kunnskap og deres opplevelser. Utøverne forteller at det vil være naturlig for dem å dele erfaringer knyttet til legemiddelbruk med sine lagkamerater. Spesielt dersom de vet at det er noen som sliter med de samme problemene som de selv har hatt. Det er derfor en viss åpenhet rundt bruken av legemidler. Samtidig uttrykker flere at det sjeldent er behov for å spørre om råd rundt legemidler fra lagkameratene.

*«Vi blir jo påvirket av hverandre, liksom sånn, vi er jo gode venninner i laget, hvis *navn* bruker noe drit bra liksom så forteller hun det til meg også blir man liksom sånn, oi det, hun har jo mer troverdighet hos meg» (Informant H, Transskript 2 s.18)*

«Det er mer hvis noen sliter med noe, og vet at den andre sliter med det og tar noe for det så deler vi selvfølgelig, men det har liksom ikke vært noe behov for at vi har trengt å spørre om råd om legemidler» (Informant J, Transskript 2 s.10)

«Hvis du vet at det er noen andre som sliter med noe du gjorde tidligere eller sånt noe så tror jeg ikke terskelen er så lav for å si ifra til de her at jeg gjorde det her og det funka, det er det ikke» (Informant N, Transskript 3 s.15)

Under intervjuene utrykte utøverne at det var behov for mer kunnskap om legemidler. Det var tydelig at mangelen på kunnskap påvirket beslutningene rundt bruken av legemidlene. Hovedsakelig ble dette tatt opp ved at utøverne direkte sa at de ikke hadde nok kunnskap, men det kom også frem på en indirekte måte hvor utøverne oppga feilaktig informasjon eller viste usikkerhet.

«Men vi har ikke lært så mye av skyggesiden av å ta det, Paracet og sånt, vi har ikke lært så mye av kanskje hvis man tar for mye av det» (Informant I, Transskript 2 side.13)

«Der hadde vi ikke visst hva vi skulle sjekka heller» (Informant S, Transskript 4 s.9)

Det var spesielt mye usikkerhet rundt hvilke preparater som defineres som legemidler, og skille mellom kosttilskudd og legemidler.

Informant U: Men så tenker jeg også på sånn nesespray som legemiddel egentlig

*Informant T: Oja, hehe *ler* Er det noe i det da? *Flere ler** (Transskript 4 s.10)

I et av intervjuene hadde utøverne ulik oppfatning om hva som regnes som kosttilskudd.

Informant O: Det er jo noe yoghurt, det er ikke piller i det, det er sånn der

Informant M: Men det er jo en omega 3 booster, er det ikke?

Informant O: Sikkert, men det er jo i en sånn kartong

*Informant M: *Ler* Det er jo fortsatt omega 3 i det*

Informant O: Jeg tenkte ikke på det som kosttilskudd (Transskript 3 s.4-5)

Informantene søkte ofte en bekreftelse fra meg i de tilfellene de var usikre. Jeg svarte som oftest kort med ja eller nei.

Informant T: Epipenn, er det et legemiddel?

Intervjuer: Ja

Informant V: Er sånn Paracet og sånn?

Intervjuer: Mhm (Transskript 4 s.10-11)

Videre spurte jeg håndballutøverne hvilke oppfatninger de hadde om legemiddelbruken i håndballen. Flere av lagene ga uttrykk for at de hadde en oppfatning om at håndballen mest sannsynlig hadde et høyere forbruk av smertestillende legemidler enn normalbefolkningen fordi det er en fysisk idrett med større risiko for skader, men at de ikke oppfattet bruken som unormal eller høy. Tvert imot, er det flere som føler at de ikke bruker så mye av det.

«Vi har ikke så mye oppmerksomhet rundt laget, egentlig. Vi bruker lite kosttilskudd og tar en paracet når det trengs lissom. Det er ikke mye mer enn det tror jeg»

(Informant C, Transskript 1 s.9)

«Men jeg tror ikke det er så veldig utbredt med smertestillende på laget vårt egentlig, det kan jo hende at folk skjuler det da, men i hvert fall alle vi her nå sitter og sier at vi i utgangspunktet ikke tar det så mye» (Informant S, Transskript 4 s.12)

Spesielt ved sammenligning med andre idretter hadde alle lagene inntrykk av at legemiddelbruken var relativ lik. De kunne heller ikke tenke seg at det var noen legemiddelgrupper som skilte seg spesielt ut i noen idrettsgrener.

«Jeg føler ikke det er så mye ulikheter, går mye av det samme, ikke at jeg hører så mye om det noen steder egentlig, men føler jeg hadde hørt det hvis det var et sted det var mer bruk av en spesiell ting eller noe sånt» (Informant H, Transskript 2 s.12)

«Nei, det tenker jeg er omtrent det samme egentlig» (Informant M, Transskript 3 s.11)

Oppsummering av funnene i kodegruppen «Holdninger til legemidler»

Holdningene til legemidler er formet av utøvernes erfaringer, kunnskap og oppfatninger. Det er tydelig at de utveksler både erfaringer med legemidler, men også informasjon om legemidler med medspillere. Selv om det er lav terskel for å dele erfaringer og informasjon uttrykker de at det er behov for mer kunnskap om legemidler, og da spesielt kunnskap om konsekvensene av å bruke for mye legemidler. Det hersker også en usikkerhet rundt definisjonen av legemidler og kosttilskudd blant utøverne. Når utøverne forteller om hvordan de oppfatter bruken av legemidler i håndballen er det flere som uttrykker at det ikke er en unormal praksis rundt bruken og at det er relativt likt som i de fleste idretter.

3.4 Påvirkning av idrettens egenart

Kodene som sammen danner denne kategorien er «prestasjonspress», «ressurser og ressursmangel», «struktur og organisering av idretten» og «tøff idrett».

I denne hovedkategorien forteller utøverne om hvilken rolle idrettens egenart har på bruken av legemidler. Både prestasjonspress, struktur av kampoppsett, og ressurser i idretten har ifølge utøverne en påvirkende faktor på legemiddelbruken. Prestasjonspress har blitt en naturlig del av toppidrettsmiljøet, og utøverne forteller både om et ytre, men også et indre press. De forteller om hvordan prestasjonspresset påvirker bruken av legemidler og at de ofte kan bruke legemidler bare for å holde ut en kamp.

«Det er ikke sånn, man har jo ikke lyst til å komme å si at man kan ikke spille, når man vet da at hvis man tar en paracet så blir dempa den smerten så man kommer gjennom kampen, fordi mange og jeg selv og synes det er ubehagelig å gå til treneren og gå å si at man har vondt å spille og egentlig ikke burde spille da og trene for den slags skyld og» (Informant J, Transskript 2 s.19)

«så er det og viktigere å gjøre det fort på en måte, hvor det i hverdagslivet kan gå en uke uten og ha det vondt, men når vi har 2 kamper på en uke så skal det helst være borte til det» (Informant F, Transskript 1 s.7)

Informant H snakker om hvordan hun føler et indre press til å måtte prestere og at hun samtidig føler et ansvar overfor laget.

«jeg føler ikke jeg får så mye ytre press, mer liksom sånn indre, man føler man får ansvar for laget, man har stor rolle, det er en viktig kamp, det er liksom, det er to kamper igjen til det er pause, man kan ta litt ekstra da for å holde ut da, for man vet liksom okei da tar jeg hensyn til skaden etter det, men akkurat det er verdt det å spille de to kampene. Man drar det litt langt, men det er toppidrettsutøvere og» (Informant H, Transskript 2 s.19)

Informant R forteller om hennes rolle som arbeidstaker. Hun sier at siden det er en del av jobben deres, er de villig til å strekke seg ganske langt før de gir seg.

«Jeg tror man bruker mer, fordi ehm, for det første så får du mer vondt, du får mye mer småskader og ting og i tillegg skal du da, det er jo jobben vår så har vi litt vondt

så vil vi jo fortsatt prøve å jobbe på liksom. Andre folk som kanskje har litt vondt i skulder ja så da bruker de ikke skulderen på en stund. Vi skal kaste en ball så vi må fortsatt bruke den. Jeg merker jo selv at jeg kan jo ha vondt stedet, men jeg skal ha ganske vondt for å si ifra at nå kan jeg ikke trene» (Informant R, Transskript 3 s.16)

Noen av lagene snakker også om hvordan mangel på ressurser i håndballen fører til større grad av selvmedisinering. Dette kommer tydeligst frem i klubbene som har mindre ressurser og ikke har en laglege. Utøverne som fremhever dette, sammenligner ressursene i håndballen med ressursene i større idretter som fotballen. De mener at et større medisinsk team vil føre til bedre oppfølging.

«Det er litt det vi snakker om at vi har ikke en ansatt lege i laget, vi har ikke noen med ernæring, så det gjør at vi fikser det selv. Så du får jo ikke så lett, det er ikke noen medisinsk som bare tar kontakt med deg og spør hvordan det går, du må selv da ta kontakt med noen» (Informant R, Transskript 4 s.15)

«Ja at det er mye selvmedisinering» (Informant S, Transskript 4 s.15)

«Ja, for det er lite, nå har jeg, jeg har drevet å sett på sånn engelsk fotball og det er jo helt sinnsykt hvor stort medisinsk team de har. Og i Norge og så er det jo mange fler man kan gå til, mens i håndballklubber så er det meste frivillige og få å spørre med og hvis du kommer igjen og igjen og igjen så, det er vanskeligere på en måte» (Informant W, Transskript 4 s.15)

Noen av utøverne nevner også hvordan struktur og organisering av idretten, spesielt kampoppsettet gjør at det ikke er rom for pauser. For å komme seg gjennom kampene tar de derfor ekstra smertestillende legemidler.

«Det er litt det i håndballen, når det store mesterskap og sånt noe så kommer kampene dag etter dag, mens i stort sett alle andre idretter så har de gjerne noen hviledager, 90% av håndballspillere dagen derpå etter en kamp har jo vondt i hele kroppen. Da tar de jo sikkert litt ekstra for å ikke ha så vondt når de skal spille kamper. Det kan jo ha noe med det å gjøre» (Informant N, Transskript 3 s.13)

Informant P referer til kampanjen DontPlayThePlayer og forklarer at overbelastningen av spillerne kan være bakgrunnen for bruken av smertestillende legemidler.

«Don't play the player. Hvor man pusher spillere for langt da til at de, man blir skadet. At det er kanskje, hvertfall at det kan bli for mye at det er for fysisk og at det da går utover spillerne da. Kanskje det er noe med det, at da må man bruke smertestillende for å spille, jeg vet ikke» (Informant P, Transskript 3 s.13)

Utøverne nevner stadig at håndball er en tøff idrett og begrunner ofte bruken av smertestillende legemidler med at håndballen er tøff og fysisk krevende. Ved sammenligning med andre idretter uttrykker utøverne at det er mer kroppskontakt og mindre beskyttelse i håndball enn andre idretter som fotball og ishockey.

«ja, du blir liksom, du får ikke de smellene i kroppen, det er ikke lov til å ta på hverandre, det er mye sånn strekker og sånt, men det er ikke de slagene, i håndball får man legge hverandre ned i bakken og nesten hoppe på hverandre, så det er ganske mye mer lov i håndball» (Informant I, Transskript 2 s.14)

«Jeg ville også sagt det blir litt sånn der og, men det er så mye beskyttelse der, vi har jo bare knebeskytter og det hjelper ikke så mye når du blir kasta rundt» (Informant J, Transskript 2 s.15)

Oppsummering av funnene i kodegruppen «Påvirkning av idrettens egenart»

På grunn av prestasjonspress velger flere utøvere å bruke smertestillende legemidler for å dempe smertene fremfor å stå over en kamp. Det at håndball er en lagidrett fører til at de er avhengig av hverandre og føler et ansvar overfor sine medspillere. Flere spillere mener at det er et forbedringspotensial når det kommer til strukturering og organisering av idretten. De mener kampoppsettet er lagt opp på en slik måte at det ikke er rom for å hvile, som gjør at man bruker smertestillende legemidler for å kunne spille. I tillegg til dårlig organisering mener klubbene med mindre ressurser at ressursmangel fører til mer selvmedisinering og dårligere oppfølging av skader og smerter sammenlignet med større idretter.

Håndballutøverne føler selv av at de er en del av en tøff idrett og den er ofte mer fysisk krevende enn andre idretter som ishockey og fotball. Derfor mener de at det er større risiko for skader som resulterer i mer bruk av smertestillende legemidler.

3.5 Kosttilskudd

Denne hovedkategorien tar for seg kosttilskudd og er satt sammen av kodene «ergogene tilskudd», «sportsprodukter», «vitamin- og mineraltilskudd», «sponsorer» og «vektregulering».

Selv om utøverne uttrykker restriktiv bruk av kosttilskudd er det flere av utøverne som bruker en eller flere kosttilskuddsprodukter. Blant de ergogene kosttilskuddene blir kreatin og gainer nevnt av noen få spillere.

«Jeg har tatt kreatin i perioder, egentlig bare fordi man lærte på skolen at det var, hva heter det når man er forsker, at 50% får virkning av det, da hadde jeg lyst å prøve. Så da har jeg prøvd. Man merker ikke sånn oi, akkurat som doping at nå skjedde det noe, men man har en god periode og lurer på er det derfor, jeg hadde mye energi var det derfor, så jeg vet liksom ikke, men jeg har brukt det» (Informant I, Transskript 2 s.3)

«Generelt sett så er det mest proteinpulver det går i, det er noen som bruker gainer»
(Informant N, Transskript 3 s.2)

Blant sportsproduktene er det stort sett barer og proteinpulver som blir nevnt av utøverne, men de spesifiserer at det bare er noen få utøvere som bruker det. I noen av intervjuene var det ingen informanter som brukte proteinpulver. Vitamin- og mineraltilskudd derimot har en større plass hos handballutøverne.

«jeg tar sånn d-vitamin, og så, hva heter det, sånn combination mange vitaminer»
(Informant B, Transskript 1 s.4)

«Kan bruke noe sånn tilskudd av vitamin C og vitamin B liksom som blander seg i vann, men ikke noe mer enn det» (Informant E, Transskript 1 s.4)

«Alt sånt vitamin greier og sånn bare slenger man seg i hverdagen og heletida liksom»
(Informant M, Transskript 3 s.1)

Flere av lagene forteller at de får tilsendt kosttilskuddsprodukter i forbindelse med sponsoravtaler som klubben har.

«Nå hadde vi jo den sponsor, nå har vi fått en sponsor avtale her og som gjør at vi kan få sånn kosttilskudd da. Da var det en kveld hvor det var litt informasjon om det»
(Informant G, Transskript 2 s.4)

«Ja og vi hadde sponsorer og så man fikk liksom forskjellig hva du trengte»

(Informant I, Transskript 2 s.4)

«Vi var sponset av smartfish» (Informant M, Transskript 3 s.4)

Når håndballutøverne snakket om kosttilskudd var ofte «vekt» et tema som dukket opp, særlig hos herrelagene. Utøverne forklarte at særlig det ergogene tilskuddet gainer ble brukt i forbindelse med vektøkning hos spillere som hadde vanskeligheter med å gå opp i vekt.

«Det er noen som bruker gainer og hvis de sliter litt med å legge på seg kilo, men utover det så er det, generelt der jeg har vært så har det ikke vært så mye bruk av det, det er gjerne 3-5 som bruker det» (Informant M, Transskript 3 s.2)

Når utøverne videre ble spurt om hva bakgrunnen for vektøkningen var, forklare de at man ønsker å bygge mer muskler, og for å kunne bygge mer muskler må man ha ekstra kilo på kroppen. Noen av spillerne forteller også at de spesifikt har fått beskjed av trenere om å gå opp i vekt og at det til og med er spillere som har blitt oppfordret til å bruke gainer.

«I min forrige klubb så var det også mange som brukte det, der var det til og med trenerne som sa til en av linjespillern, fordi de ville at han skulle opp i vekt, så hadde de sagt til han måtte bruke gainer, så da var det på bestilling fra trenerne også» (Informant D, Transskript 1 s.9)

«Jeg hadde et møte med, det var ikke nåværende trener, men forrige. Da fikk jeg beskjed at jeg skulle opp i vekt, og da fikk jeg egentlig bare beskjed at jeg skulle spise så mye jeg klarte» (Informant Q, Transskript 3 s.3)

Vekt og vektregulering var ikke like relevant hos kvinnelagene, men også de var klar over at vekt var et viktig tema hos herrelagene i håndball.

«Jeg tror det er mer på herresiden, for de er mye mer opptatt av å legge på seg. Når du snakker med herrespillere så har de mye sånn «jeg skal opp i vekt», det er svært sjeldent man hører mange jenter si at jeg må opp i vekt, så jeg tror det er mer fokus på det der nesten. Og der er det mer åpent for å ta vekten og, som de som da, styrketrenerne som tok vekten vår, de hadde tatt vekten på herrespillerne i flere år og det var først siste året de begynte å gi det en mulighet for oss fordi det er så sensitivt egentlig da også kan man diskutere om det er bra eller dårlig at man skal være så hemmelighetsfull ovenfor vekten sin» (Informant R, Transskript 4 s.6)

Ved spørsmål om hvorfor informantene tenker at det er større fokus på vekt i herrehåndball, svarer Informant W at herrehåndball har helt andre krav. Hun mener at vekt er en prestasjonsfremmende faktor i herrehåndball.

«Det er helt andre idrett, eller krav, arbeidskrav. Herrehåndball er mye mer fysisk, det er mye mer dueller. Du kommer ikke unna med å ikke ha en høyere kroppsvekt på en måte, det er en prestasjonsfremmende faktor på en måte» (Informant W, Transskript 4 s.6)

Et av damelagene fortalte at de frivillig kan velge å veie seg slik at styrketrenerene kan følge opp vekten.

*«Jeg vil si det er ganske fritt. Nå husker jeg ikke om *navn* har tatt vekten vår. Det gjorde vi på, da vi trente styrke med de som hadde ansvar med det før så kunne vi, vi måtte ikke, men vi kunne valgfritt veie oss sånn at stryketrenerne hadde kontroll på vekten og kunne følge med på den, men det har vel ikke blitt gjort i år»* (Informant R, Transskript 4 s.5)

Oppsummering av funnene i kodegruppen kosttilskudd

Selv om håndballutøverne forteller at de ikke bruker særlig mye kosttilskudd er det flere av informantene som bruker minst et kosttilskudd. Det er stort sett bruk av vitamin- og mineraltilskudd, men også ergogene kosttilskudd og sportsprodukter er brukt blant informantene. Ergogene kosttilskudd som gainer blir brukt i forbindelse med vektøkning hos herrespillerne, og var i flere tilfeller etter beskjed fra trenere. Det er tydelig at det er stort fokus på vekt og vektregulering blant herreutøverne.

3.6 Dopingproblematikk

Den siste hovedkategorien er satt sammen av kodene «informasjonskilder», «kulturelle forskjeller i ulike land», «utilsiktet doping» og «tillitt til merke og utseende».

Flere legemidler og kosttilskuddsprodukter kan inneholde stoffer som står på WADAs dopingliste. Utøverne var godt kjent med både Antidoping Norge og WADA. De fleste refererte til disse kildene når de ble spurt om hvor de henter informasjon om potensielt forbudte stoffer. I tillegg var det noen av utøverne som nevnte Ren utøver.

«Jeg starta jo med astmamedisin, det var før jeg kom til klubben her og, så fikk jeg det jeg fikk av en lege, for jeg hadde jo astma og da måtte jeg søke opp og sjekke at på

antidoping Norge om, i forhold til å bruke det, og det var good, da var det jo greit»
(Informant E, Transskript 1 s.11)

«Kan eventuelt, hvis det er noe spesielt så kan man sjekke på WADA sin dopingliste. Med tanke på at det alltid er vårt ansvar, men de pleier alltid å ha kontroll på det på en måte, og de har som regel alltid sjekka det de og» (Informant C, Transskript 1 s.5)

De fleste spillerne hadde enten spilt i utenlandske klubber, kjente noen som spilte i utenlandske klubber eller selv spilt kamper i andre land. Her kommer det frem hvor skeptiske de er til utenlandske produkter og forteller om hvordan legemiddelkulturen er så annerledes der enn den er her i Norge. Det er også tydelig at de har mye mer tillitt til produkter som er her i Norge både når det gjelder kosttilskudd og legemidler.

«også handler det litt om kulturen og for jeg føler at hvertfall her da så vet vi at, ikke at folk går rundt og er streng på det men vi vet at det er veldig streng på det så vi er veldig varsomme og passer på, mens kanskje i andre land og sånt så er det kanskje ikke like mye snakk om eller like streng rundt det at derfor er det lettere da for noe å kanskje bare prøve her også funker det også fortsetter de med de også sprer det seg rundt til lag da» (Informant J, Transskript 2 s.20)

«ja der var det litt sånn, man tok litt protein, eller tok litt sånn der, sånn man tenker mer vektløft og sånt, er viktig med disse tingene, det var mer i Danmark» (Informant I, Transskript 2 s.4)

«Jeg kjenner folk som har spilt i andre klubber i utlandet, der er det en helt annen kultur for partydop» (Informant N, Transskript 3 s.17)

Informant R forteller at de fikk utdelt legemidler og øl i premie i Tsjekia.

«Jeg var på rekruttlandslag nå for noen uker siden, og etter VB premien der var medisiner og kosttilskudd [...] De som fikk den la det fint fra seg, hadde ikke tenkt å bruke det liksom. Så der var det i hvert fall ingen som hadde tenkt å stole på det. Men da var litt sånn ja, vi fikk det og øl» (Informant R, Transskript 4 s.9)

Flere av utøverne uttrykker at de er klar over at det kan finnes rester i produktene som kan slå ut på dopingtesten, og derfor mest bekymret for utilsiktet doping. Det er derfor en frykt rundt bruken av både kosttilskudd og legemidler, fordi de er redde for å ta noe feil

«For min del, da hadde jeg aldri rørt det. Jeg er sykt paranoid på de greiene der. Kjæresten min har kjøpt sånn proteinpulver hun har hjemme, og jeg tørr ikke å røre det engang. Jeg føler vi har hatt så mange møter med Antidoping og jeg bare tørr ikke.. jeg er veldig bare paranoid på sånne ting» (Informant O, Transskript 3 s.5)

«Ja, jeg er ikke så kjent med det, for jeg har ikke turt å gå så inn i det. For jeg er så redd for at jeg tar noe feil også slår det ut på dopingtest eller noe» (Informant J, Transskript 2 s.3)

Det var ikke tvil om at merke og utseende spilte en stor rolle når utøverne skulle velge produkter. De valgte gjerne produkter som de hadde hørt om eller var kjente med. Dersom de gjenkjente både merke, logo, og utseende følte de seg ganske trygge på at de kunne bruke produktet uten å bekymre seg. Dette var uavhengig av hvor det var kjøpt.

«Det har mye å si om det er et kjent merke eller» (Informant G, Transskript 2 s.8)

«Jeg tenker det kommer mer på merke enn hvor det er kjøpt, for da vet man jo hvor det er produsert og man vet jo hvilke merker som er trygge. Alltid safe bet som jeg har fått liksom er maxim for der er det alltid trygt, hold deg til det på en måte, det meste andre kan du finne rester av hvis du er veldig uheldig og litt sånn der da» (Informant P, Transskript 3 s. 4)

«De har samme voltaren i spaina [...] Samme logo, samme alt. Jeg har kjøpt det i spania for å få det uten resept da» (Informant I, Transskript 2 s.12)

Oppsummering av funnene i kodegruppen Dopingproblematikk

Håndballutøverne er godt kjent med Antidoping Norge og WADA, og oppsøker ofte disse kildene når de er usikre på om et produkt inneholder stoffer som kan slå ut på dopingtesten. De har likevel ikke følt behovet for å oppsøke disse kildene i stor grad, for de har mye tillitt produkter de får i Norge, spesielt dersom det er kjente merker eller utseende. Ved sammenligning med andre land sier de at Norge har en annen kultur for bruk av kosttilskudd og legemidler, og at det i utlandet er mye mindre strengt og mer vanlig å bruke ulike typer kosttilskudd.

4 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal resultatene diskuteres i lys av tidligere forskning.

Avslutningsvis skal det drøftes om metoden som ble benyttet har vært egnet i denne studien.

Hovedfunnene fra datainnsamlingen tyder på at det er en hyppig og langvarig bruk av smertestillende legemidler blant håndballutøverne. I tillegg er de smertestillende legemidlene benyttet forebyggende for å utføre kamp og/eller trening. Bruken kan sees i sammenheng med et betydelig prestasjonspress i form av både indre og ytre press, og en normalisert risikokultur i topphåndballmiljøet.

4.1 Legemidler

4.1.1 Smerter og smertestillende

Idrettsutøvere er stadig utsatt for skader og smerter, og lindrer ofte dette ved bruk av smertestillende- og antiinflammatoriske legemidler (50 s.17). Til tross for at legemidler er en viktig del av smertebehandlingen, anbefaler HelseNorge at de smertestillende legemidlene brukes i lavest mulig effektiv dose over korte perioder (74). Flere studier og nyhetsoppslag tyder på at dette ikke er tilfellet i norsk håndball (68, 75), noe som også gjenspeiles i svarene fra utøverne i denne studien. Håndballutøverne i denne studien gir uttrykk for at det er et relativt høyt forbruk av smertestillende legemidler. Paracet, Ibux og Voltaren ble hyppigst nevnt blant utøverne. Dette stemmer godt overens med en tidligere studie utført av Sari et al., hvor man så at bruken av paracetamol var høyest, etterfulgt av NSAID blant en gruppe unge håndballutøvere (19).

Bruken av de smertestillende legemidlene er ikke bare hyppig, men også langvarig. Det kommer frem i intervjuene at flere av håndballutøverne har brukt smertestillende legemidler fast over lenger perioder. Informant I deler at hun brukte Voltaren tabletter nesten hver dag i en periode på 4 år. I likhet med henne er det flere utøvere som deler at de har brukt NSAID fast i lenger perioder. Problematikken rundt unødig bruk av betennelsesdempende legemidler er diskutert i en artikkel publisert i Dagens Medisin. Her diskuteres det hvordan utviklingen av unødig bruk av NSAID blant idrettsutøvere er bekymringsverdig på grunn av de kjente gastrointestinale og kardiovaskulære bivirkningene, men også fordi risikoen for langsiktig bruk ikke er kartlagt (75).

Utenom den terapeutiske bruken av smertestillende legemidler, er det kjent at idrettsutøvere tar i bruk smertestillende legemidler for å oppnå konkurransefortrinn, prestasjonsforbedring, men også som profylaktisk behandling for å unngå smerter (1). Flere av utøverne deler at de har tatt smertestillende legemidler forebyggende for å kunne gjennomføre kamp og trening. Datagrunnlaget for den profylaktiske bruken av smertestillende legemidler er svært tynn. I en oversiktsartikkel er det gjort nytte-risikovurdering på den profylaktiske bruken av NSAID hos idrettsutøvere (76). Warden skriver at de studiene som viser en forebyggende effekt er tvetydig og ikke sier noe om den profylaktiske effekten på symptomer som oppstår i forbindelse med fysisk aktivitet. Han advarer derfor om at det ikke er nok vitenskapelig bevis på effekten av NSAID som forebyggende mot smerter, og at slik misbruk kan resultere i flere komplikasjoner (77). Utøverne som deler informasjon om den profylaktiske bruken, sier at det brukes for å forebygge hodepine. Fagdirektør i legemiddelverket Steinar Madsen forklarer hvordan bruk av smertestillende legemidler over lenger perioder kan føre til medikamentoverforbrukshodepine (MOH), en hodepine som oppstår på grunn av hyppig medikamentinntak (78). I likhet med Warden, fraråder derfor Madsen bruken av smertestillende legemidler forebyggende.

Den hyppige og langvarige bruken av smertestillende legemidler kan sees i sammenheng med økt tilgang til legemidlene. Warden (76) skriver at idrettsutøvere har en relativt ubegrenset tilgang til smertestillende legemidler, da de er lett tilgjengelig gjennom ulike aktører. I dag selges reseptfrie legemidler flere steder enn bare på apoteket. Gjennom LUA-ordningen (legemidler utenom apotek) kan forbrukerne skaffe disse legemidlene i dagligvare butikker, kiosker og bensinstasjoner (79). I tillegg har nettapotek fått økende popularitet og selger flere av de reseptfrie smertestillende legemidlene til konkurransedyktige priser (80). Utøverne opplyser om at alle lagene har en medisinkoffert eller bag som er tilgjengelig for hele laget både under trening og kamper. De står derfor fritt til å gå å ta legemidlene dersom de har et behov. I forbindelse med dette deler en av utøverne hans tanker om at *«så lenge noe er enklere tilgjengelig så blir det mer brukt»*.

Håndballutøverne begrunner den høye bruken av smertestillende legemidler med forekomsten av skader i idretten. I boken «Epidemiology of injuries in sports» ser de på skadeforekomsten i 24 ulike idretter, hvor håndball er blant topp fem idretter med høyest skadeforekomst og alvorlighetsgrad av skader (81). I British Journal of Sports Medicine er det publisert en studie som ser på idrettsskader og helsetilstand til pensjonerte idrettsutøvere som tidligere har deltatt

i OL. Blant de 42 sommeridrettene utgjorde håndball 82% av skadene som ble registrert (82). Dette viser at flere studier understøtter håndballutøvernes teori om at idretten er preget av høy skadeforekomst. Likevel er det gjort studier som tyder på at andre idretter som for eksempel fotball har høyere forekomst og risiko for skader (81). I Norge står fotball for en tredjedel av alle idrettsskader. Til sammenligning står håndball for 12% av skadene (83). De kvantitative dataene til Antidoping Norge viser at bruken av de smertestillende legemidlene er omtrent lik i disse idrettene til tross for at skadeforekomsten nesten er tredoblet i fotballen (7). Det er grunnlag for å argumentere med at skadeforekomsten alene ikke er årsaken til den høye bruken av smertestillende legemidler blant håndballutøverne. Det kan derfor være mer interessant å diskutere holdningene til å spille med skader.

Mayer og Thiel forklarer hvordan fenomenet «å spille skadet» har blitt utbredt i toppidrettsmiljøet, og går sammen med bruken av smertestillende legemidler. Håndballutøvere hadde ifølge studien deres 10 ganger høyere risiko for å spille skadet sammenlignet med friidrettsutøvere. Bakgrunnen for dette mener Mayer og Thiel kan være at topphåndballen ofte har flere toppspillere per plassering på banen, og kan derfor enkelt bli byttet ut dersom de ikke viser at de er engasjerte nok til å spille skadet (45). Derman forklarer hvordan toppidrettsutøvere har romantisert skader som en del av idrettskarrieren. Han beskriver hvordan man i idretten nærmest er overbevist om at det ikke er mulig for toppidrettsutøvere å oppnå suksess med mindre man har pådratt seg en mengde skader (84). Disse holdningene til skader kommer også frem i utsagnene til spillerne fra denne studien. Informant I deler at «*man skal være ganske skada for å ikke spille*».

Uoppfordret delte flere deltakere at de tar smertestillende legemidler for å kunne sove. Dette ble nevnt i majoriteten av intervjuene. Informant S forklarer at bruken av smertestillende legemidler gjør henne avslappet, og at hun derfor har tatt det i forbindelse med søvn et par ganger. Litteratursøk ga ingen treff på studier som understøtter teorien om at smertestillende legemidler som NSAID og paracetamol kan ha effekt på søvn direkte. Derimot har man sett på hvordan kroniske smerter påvirker kvaliteten av søvn (85). Det antas derfor at bruken er forbundet med at smertene gjør det vanskeligere for utøverne å sove. Ved bruk av smertestillende legemidler vil man derfor kunne dempe smertene som kan gjøre det lettere å sove. Det skyldes nødvendigvis ikke en direkte påvirkning på søvnen, men en indirekte påvirkning ved at man sover bedre når man ikke kjenner smertene. Likevel kan det være håndballutøverne har en oppfatning om at bruken av smertestillende legemidler hjelper mot

søvn. Selv om dette var et tema som dukket opp i flere intervjuer, var det et fåtall av informanter som delte denne erfaringen. Det kan derfor være dette er tilfeldig, og ikke nødvendigvis representerer en praksis i håndballmiljøet.

4.1.2 Utøverens relasjon til støtteapparatet

I følge Salcinovic et al. er en idrettsutøvers suksess sterkt preget av et godt fungerende støtteapparat (86). Norsk toppidrett har derfor i større grad tatt i bruk ekstern fagekspertise for å heve nivået og prestasjonene til idrettsutøvere (87). Støtteapparatet i toppidretten består av trenere, medisinsk personell, klubbledelsen, foreldre og andre som har en støttende funksjon i utøverens idrettskarriere (88). Videre i diskusjonen vil det fokuseres på medisinsk støtteapparat, trenere og familie.

Medisinsk støtteapparat

Et medisinsk støtteapparat har til hensikt å forebygge skader og gi utøverne rask medisinsk behandling (89). I intervjuene forteller utøverne at de har stor tillitt til den faglige kompetansen til det medisinske støtteapparatet. Det var derfor ikke et behov for å «dobbeltsjekke» vurderingene som var gjort av legen eller fysioterapeuten. Dette er bekymringsverdig da det medisinske støtteapparatet ofte står ovenfor medisinsk etiske problemstillinger og interessekonflikter som kan påvirke beslutningene som blir tatt (90). I jakten på suksess kan trenere, ledere, sponsorer og utøvere påføre et press som kan resultere i negativ virkning på behandlingen som gis (4). Tidligere dopingsaker viser hvordan slik ansvarsfraskrivelse i verstefall kan få alvorlige konsekvenser (91, 92).

Som et resultat av den store tilliten og den gode relasjonen utøverne har utviklet til laglegen kan det virke som at flere av håndballutøverne ville valgt laglegen fremfor fastlegen. Et av de oppsiktsvekkende funnene i denne studien var at flere av informantene i det første intervjuet hadde byttet fastlege, slik at de nå hadde samme lege som både fastlege og laglege. Norsk idrettsmedisinsk forening (NIMF) har utarbeidet en rekke kriterier som må oppfylles for å få godkjenning som idrettslege, men ingen av disse problematiserer bruken av laglege som fastlege (93). Calandrillo reiser spørsmålet om interessekonflikter som oppstår mellom laglegens etiske retningslinjer og spilleren og klubbens ønsker (94). I de etiske retningslinjene for leger står det i § 1 at «*En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den*» (95). Calandrillo skriver at på den andre siden er laglegen ansatt for å tjene klubbens ønsker som

vanligvis innebærer å få verdifulle spillere raskest mulig tilbake på banen. Det er derfor ikke uvanlig at klubbens interesser påvirker laglegen til å ta beslutninger som ofte er i strid med de etiske retningslinjene om å verne utøverens helse (94). Det kan derfor diskuteres hvor vidt dette er en god praksis med hensyn til utøverens helse. Dette var et tema som dukket opp blant de mannlige utøverne. De kvinnelige utøverne hadde i større grad kontakt med fastlegen, noe man også ser generelt i samfunnet (96). Men også de sier at de ville prioritert å oppsøke laglegen fremfor fastlegen.

Treneren

Trenere i toppidrettsmiljøet er stadig under press for å stille med et vinnerlag. Presset og påkjenningene blir ofte overført til både det medisinske støtteapparatet og utøvere (4). Informantene uttrykker sine bekymringer rundt dette, og forteller hvordan dette har en innvirkning på bruken av legemidler. En av informantene forteller hvordan treneren har andre motiver, og derfor vil at spillerne skal spille, selv om dette betyr at de må ta i bruk smertestillende legemidler. Anderson og Jackson beskriver hvordan motivet til trenere ikke bare omhandler lagets suksess, men også inkluderer egne interesser. Et lag som presterer bra, er ofte sett på som en refleksjon av en god trener. Dette kan dermed bidra til lønnsøkning og forfremmelse (4).

Som tidligere diskutert er det flere toppidrettsutøvere som strekker seg langt for å kunne spille, selv om det innebærer å spille med både skader og smerter. Waddington og Roderick forklarer hvordan en slik holdning kan være et resultat av at trenere oppfatter dette som «riktig innstilling» (97). I studien deres forklarer de hvordan trenere ser etter spillere med «riktig innstilling», og en av måtene utøverne kan bevise dette på er å spille med skader og smerter. Selv om Waddington og Roderick diskuterer dette som et aspekt ved fotballkulturen, kan det tenkes at dette gjelder flere idrettskulturer. Funnene i denne studien kan bekrefte at disse holdningene også sees i håndballmiljøet. Informant U deler en hendelse som fremhever dette. Informanten forteller at hun hadde forstuet armen og sa derfor ifra til treneren at hun burde stå over kampen. I stedet for å oppmuntre til hvile og restitusjon, oppfordret treneren henne til å spille, og sa at hun kunne skylde på skaden dersom det skulle gå dårlig. Når en slik risikotaking fremmes av innflytelsesrike personer i idretten kan det bidra til å opprettholde normaliseringen av å spille med skader. I stedet for at utøvere oppsøker hjelp kan det være at de velger å ty til enkle «løsninger» som for eksempel å bruke smertestillende legemidler.

Familie

Håndballutøverne eksisterer i et komplekst nettverk med mange ulike sosiale relasjoner. Påvirkningen på legemiddelbruken er derfor ikke begrenset til det medisinske støtteapparatet og trenere, men kan også sees i sammenheng med andre relasjoner. Utøverne snakker om hvordan foreldre og familie påvirker bruken av legemidler. En av utøverne deler hvordan familien tok ut en ekstra pakke med Voltaren til henne hver gang de selv ble forskrevet legemiddelet. Basert på funnene til Erickson et al. er foreldrene regnet som barnas største støttespillere, og de gir regelmessig råd relatert til deres idrettskarriere. Studien til Erickson diskuterer hvordan foreldre derfor er med på å forme barnas holdninger. De fleste studiene som er utført rundt utøveres holdninger og påvirkningsfaktorer er gjort i forhold til doping, men denne studien viser at disse påvirkningsfaktorene er like relevant for legemidler (98).

4.1.3 Håndballutøvernes holdninger til og kunnskap om legemidler

Holdninger

Holdninger utvikles i samspill med omgivelsene og er preget av erfaringer og kunnskap (99). Håndballutøverne tilbringer store deler av tiden med hverandre, og det vil derfor være naturlig at de gjennom de daglige interaksjonene vil påvirke hverandres holdninger. De snakker om hvordan det er lav terskel for å dele egne erfaringer rundt legemidler med sine medspillere. De spesifiserer at dette oftest skjer hvis noen på laget sliter med de samme problemene som de selv sliter med. Det kan derfor tenkes at de gjennom delte erfaringer tilegner seg en felles oppfattelse og forståelse om bruken av legemidler. Branstetter forklarer hvordan venners handlinger påvirker oppfatningen om hva som er «normalen» (100). Håndballutøverne som stadig ser sine medspillere ta i bruk smertestillende legemidler for å holde ut en kamp kan derfor påvirke dem til å tro at en slik holdning er normal.

Ifølge Ajzen kan håndballutøverenes atferdsmessige intensjon om å ta i bruk smertestillende legemidler forklares ved hjelp av deres holdninger til smertestillende bruk. Positive holdninger dannes til atferd som oppfattes som gunstige. Motsatt vil negative holdninger dannes til atferd som oppfattes som ugunstig (101). I studien ser vi at håndballutøverne uttrykker at de har opplevd de gunstige effektene ved bruk av smertestillende legemidlene. Samtidig forteller utøverne at de ikke har kjennskap til «skyggesidene» ved bruken. De har derfor en positiv holdning til smertestillende legemidler, som øker sjansen for å ta i bruk legemidlet. Ajzen skriver også at sosiale normer påvirker atferdsmessig intensjon. Sosiale

normer er definert som regler som sier noe om hva som er forventet atferd og akseptert i en gruppe (102). I dette tilfellet vil det bety at utøvere som opplever en forventning til bruk av smertestillende legemidler for å gjennomføre kamp eller trening, vil i større grad ta i bruk dette. Ut ifra informasjonen utøverne har delt kan vi se at trenere ønsker at utøverne tar i bruk smertestillende legemidler hvis dette bidrar til at de kan spille kampen. Den positive holdningen treneren har ovenfor bruken vil dermed kunne påvirke utøverens holdninger til smertestillende legemidler.

En slik normalisering av smertestillende bruk av legemidler kommer også frem når utøverne sier at de ikke oppfatter bruken som unormal. I begynnelsen av intervjuene gir håndballutøverne uttrykk for at det er høy bruk av smertestillende legemidler både i utsagn om at «det er et jevnlig inntak», eller «det går en del voltaren og paracet og det greiene der», men når de ble spurt om hvilke oppfatninger de hadde om legemiddelbruken i håndballen oppfattet de ikke den smertestillende legemiddelbruken som unormal. Dette kan skyldes at slike holdninger er så sterkt implementert i idrettskulturen til håndballutøverne at det har blitt en normativ oppførsel (103).

Kunnskap

Burr forklarer hvordan kunnskap utvikles gjennom daglig interaksjon mellom mennesker i det sosiale livet (104). Håndballutøverne referer i stor grad til lagkameratene sine som kunnskapskilde for legemidler. Likevel var det tydelig at det var behov for mer kunnskap om legemidler blant utøverne. Noen av utøverne utrykte direkte at de ikke hadde kunnskap om «skyggesidene» og konsekvensene ved bruk av smertestillende legemidler. Andre utøvere utrykte kunnskapsmangel ved å oppgi feilinformasjon, eller viste tegn til usikkerhet. I studien til Wolf et al. så man hvordan kunnskapsmangel var en av grunnene til misbruk av legemidler. Idrettsutøverne som manglet kunnskap om smertestillende analgetika, hadde større sjanse for å misbruke legemidlet (8).

Kunnskap alene er ikke nok for å ta beslutninger knyttet til legemiddelbruk, den må kunne anvendes. Det vil derfor være mer relevant å diskutere helsekompetansen til håndballutøverne. Helsekompetanse er et relativt nytt begrep som er blitt viktig i folkehelsen. Helsekompetanse er definert som «*personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten*» (105). Lavt nivå av helsekompetanse er

ofte assosiert med uheldig helseutfall, vanskeligheter med å følge instruksjoner og redusert evne til å anvende helseinformasjon. Helsekompetanse er derfor et relevant begrep innenfor idretten også, men få studier har undersøkt helsekompetansen hos idrettsutøvere (106). Helsekompetanse handler ikke bare om å kunne lese informasjon, men også i hvor stor grad man greier å forstå, vurdere og anvende denne kunnskapen. Det kommer frem i intervjuene at utøverne ikke bare mangler kunnskap om effekt og bivirkninger ved bruk av smertestillende legemidler, men også forstå og vurdere informasjonen. En av utøverne forteller at de stolte blindt på legen, men dersom de skulle dobbeltsjekke legens vurdering, så hadde hun ikke visst hva hun skulle sjekket heller. Dette viser at det ikke bare er et økende behov på kunnskap, men at det er viktigere å fokusere på å øke helsekompetansen til utøverne.

4.1.4 Påvirkning av idrettens egenart

Toppidrettsutøvere i håndball operer stadig under et press. Dette kommer både i form av et indre press der spillerne har egne ambisjoner og forventninger, men også et ytre press fra trenere, klubben og ikke minst eksterne aktører som media (107). Håndballutøverne deler hvordan beslutningstakingen rundt bruken av de smertestillende legemidlene er påvirket av et betydelig prestasjonspress. En spiller forklarer at lista er ganske høy for å ikke spille, og dersom bruken av smertestillende legemidler vil hjelpe utøverne med å komme gjennom kamp og trening så foretrekker de denne løsningen. Dette viser at legemiddelbruken ikke utelukkende handler om hvor vidt man er skadet eller har smerter, men i større grad hva som hjelper spilleren med å returnere til idretten på kortest mulig tid.

Andre utøvere uttrykker forventninger til deres rolle som «arbeidstaker». En spiller sier «det er jo jobben vår, så har vi litt vondt så vil vi jo fortsatt prøve å jobbe på liksom». Mayer og Thiel forklarer hvordan toppidrett kan forstås som en arbeidsplass. Utøverne blir derfor bundet til en rekke forpliktelser gjennom signerte kontrakter, som kan sammenlignes med en arbeidskontrakt. De må utfylle visse krav som å være tilstede på trening og kamper. I likhet med andre arbeidstakere har de forventninger fra sine arbeidsgivere at de skal utføre jobben sin på best mulig måte (45). I håndballen innebærer dette større grad av kroppslig funksjon. Håndballutøverne forteller at andre arbeidstakere har muligheten til å hvile og ikke belaste kroppen dersom det skulle oppstå skader og smerter, men at som en håndballutøver er du avhengig av å bruke kroppen. Dette er problematisk da dette er med på å overbelaste kroppen.

Skader og smerter som i utgangspunktet kunne behandles ved ikke-medikamentelle løsninger, kan derfor bli avhengig av medikamentell behandling.

Kampanjen «Dont't play the players» er nevnt av en av utøverne. I en video publisert av The European Handball Players Union har noen av Norges fremste håndballprofiler, Nora Mørk og Stine Bredal Oftedal, sammen med en rekke andre kjente europeiske håndballutøvere satt i gang en kampanje for å sette fokus på utøverens behov for restitusjon. Kampanjen kritiserer det elleville kampoppsettet som øker totalbelastningen på håndballutøverne som videre øker risikoen for skader (108). I likhet med de store håndballprofilene opplever håndballutøverne i denne studien at organiseringen av kampene ikke gir rom for restitusjon. De forklarer at utøverne som er med i store mesterskap ofte må spille kamper flere dager rett etter hverandre, som resulterer i økt bruk av smertestillende legemidler.

I noen av intervjuene kritiserer de også mangelen på ressurser i håndballen. Utøverne som trekker frem dette er utøvere som tilhører lagene som ikke har en laglege. Informantene sier at mangel på ressurser fører til at utøverne må ta tak i problemene på egenhånd. Dersom de blir skadet må de derfor selv oppsøke hjelp. Dette resulterer i høyere grad av selvmedisinering blant håndballutøverne. I studien til Wolf et al. viser de til hvordan selvmedisinering var knyttet til at man brukte mer NSAID enn den anbefalte dosene (8).

4.2 Kosttilskudd

Selv om hovedtrekk fra denne studien har basert seg på legemiddelbruk, ble også kulturen for bruk av kosttilskudd undersøkt. Kosttilskudd er et mye omdiskutert tema i idrettsmiljøet. Toppidrettsutøvere blir stadig eksponert for kosttilskuddsprodukter som bruker villedende påstander som «bedre helse» og «større muskler». Kjente idrettsprofiler blir i økende grad brukt i markedsføringen av flere av disse produktene. For utøvere som opererer under et enormt press og har ambisjoner om bedre resultater, kan slike produkter bli oppfattet som veien til suksess.

Håndballutøverne fra denne studien har en oppfatning om at bruken av kosttilskudd er lav innad lagene. Men ved spørsmål om hvilke kosttilskudd de bruker, kommer det frem at flere av utøverne tar i bruk minst et kosttilskudd. Kategorien som ble nevnt hyppigst blant utøverne var vitamin- og mineraltilskudd, men også sportsprodukter og ergogene tilskudd ble nevnt. Dette stemmer godt overens med tallene fra LEKONI-studien hvor man så at vitamin- og

mineraltilskudd var mest brukt (11). Informant M sier at han har inntrykk av at det bare er 2-3 spillere som bruker kosttilskudd og at de bruker proteinpulver. Videre sier han at vitamin- og mineraltilskudd «slenger» de bare i seg hele tiden. Det kan virke som at utøverne har ulike definisjoner av kosttilskudd, da de på den ene siden sier at de tror bruken er lav, men på den andre siden forteller at de bruker en del vitamin og mineraltilskudd. Dette blir også belyst når en annen informant sier at han ikke regnet omega-3 booster som kosttilskudd. I en studie utført på Island så man at det var store variasjoner i definisjonene på kosttilskudd og legemidler blant den generelle befolkningen. Det var tydelig at skille mellom kosttilskudd og legemidler ikke var klart for deltakerne (109). Dette kan skyldes at det ofte hersker en gråsoner mellom kosttilskudd og legemidler hos de ulike aktørene (110)

De utøverne som brukte sportsprodukter, refererte til produkter som barer og proteinpulver. Bruken av proteinpulver var ifølge spillerne begrenset til et fåtall personer, og var stort sett utbredt blant herreutøverne. Blant herreutøverne ble også det ergogene kosttilskuddet gainer nevnt. Ifølge aktører som selger produktene er gainer, eller også kalt big mass gainer, et kaloririkt tilskudd som inneholder en kombinasjon av karbohydrater, fett og proteiner. Produktet har som hensikt å hjelpe til med å øke muskelmassen og vekten (111). Flere av herreutøverne forteller at gainer ble brukt som et hjelpemiddel for å øke kroppsvekten. Når informantene ble spurt om det er en fordel med vektøkning i håndball svarer informant N at man ønsker å bygge muskler, og for å bygge muskler trenger man ekstra kilo på kroppen. Noen av utøverne hadde selv valgt å ta i bruk dette produktet for å gå opp i vekt, men informantene deler at det også er spillere som har blitt oppfordret til å bruke gainer av trenere. Eck og Byrd-Bredbenner skriver at utøvere som opplever større kroppspress fra trenere vil ha større bekymringer om vekt og er assosiert med dårligere kroppsbygge blant utøverne (112).

Vektøkning var et tema som var viktig blant herreutøverne, men også kvinneutøverne var klar over det store fokuset på vektøkning i herrehåndball. Informant W forklarer hvordan herrehåndball er mye mer fysisk og at vektøkning kan sees på som en prestasjonsfremmende faktor i herrehåndballen. Selv om temaet vekt ikke var like aktuelt blant kvinneutøverne, var det noen av informantene som delte at styrketrenere tok vekten til spillerne dersom de selv ønsket det, og fulgte opp fra et styrkeperspektiv. Vekt er ofte et sårbart tema og kan derfor i et idrettsmiljø som oppfordrer til å ha en spesifikk vekt være med å skape et stort press på utøvere om å oppnå den «optimale vekten». Dette kan resultere i bruk av

kosttilskuddprodukter slik vi ser i denne studien, men også være «inngangsporten» til bruk av ulovlige prestasjonsfremmende midler (113).

Sponsorer har en påvirkningskraft for hvilke kosttilskudd som anvendes av håndballutøvere. Flere av håndballagene fra studien hadde sponsoravtaler som førte til at de fikk tilsendt produkter fra sine sponsorer. Sponsoravtaler har blitt en stadig viktigere del av finansieringen til idretten. Toppidrettsutøvere som signerer disse sponsoravtalene vil i større grad ha tilgang til disse produktene som kan resultere i økt bruk. Noen av utøvere vil også gjennom kontrakten bli bundet til å ta kosttilskuddsproduktene for å kunne gi en anmeldelse av produktet og øke eksponeringen av produktene. Det at kjente idrettsprofiler blir brukt i markedsføringen av disse produktene fører til at idretten presenterer disse kosttilskuddsproduktene gjennom sponsoravtaler (4). Bruken av kosttilskuddsproduktene handler derfor ikke bare om bedre prestasjon og ytelsesforbedring, men har også økonomiske fordeler for spilleren og klubben.

4.3 Dopingproblematikk

Gjennom forebyggende arbeid og informasjonsformidling ønsker Antidoping Norge å heve kunnskapen til utøvere og øke bevisstheten rundt doping (114). Dette har de blant annet fått til gjennom «Ren Utøver» programmet. Utøvere i denne studien virker godt kjent med antidopingarbeidet til ADNO og WADA. De refererte blant annet til disse informasjonskildene ved spørsmål om potensielt forbudte stoffer. Dette viser viktigheten av arbeidet til antidopingorganisasjonene.

Til tross for at WADA harmoniserer regelverket på tvers av alle idretter og land, er utøvere samstemte om at det er ulike holdninger til både kosttilskudd og legemidler i ulike land. Utøvere forklarer hvordan de gjennom erfaringer har opplevd kulturelle forskjeller som påvirker holdningene til legemidler og kosttilskudd. De forteller at Norge har en mer restriktiv tilnærming til både kosttilskudd og legemidler, og markedet er i større grad regulert. Den restriktive holdningen har derfor en innvirkning på utøvernes holdninger. De er derfor mer skeptiske til bruk av legemidler og kosttilskudd, spesielt hvis det er kjøpt i andre land. Oppfatningen om at norske utøvere er mer skeptiske til legemidler og kosttilskudd sammenlignet med utøvere fra andre land, støttes opp av studien til Røhmer (115). Røhmer sammenlignet forskjellen i holdningene til kosttilskudd og legemidler mellom russiske og

norske utøvere. Ifølge studien hennes hadde norske utøvere blant annet et bedre opplæringsystem, og mottar «klare» og «konsistente» signaler. Studien konkluderte med at utøvernes kunnskap og tro bidro i stor grad med å forme deres holdninger (115).

I samtalene om dopingproblematikk var utøverne mest bekymret for utilsiktet doping. Samtidig har de stor tillitt til merke og utseende på legemidler og kosttilskudd. En av utøverne snakker om hvordan hun kjøpte Voltaren i Spania, fordi de har «samme Voltaren i Spania» med «samme logo, samme alt». Det finnes flere legemidler i utlandet som har samme handelsnavn som legemidlene i Norge, men med andre innholdstoffer. Et eksempel på dette er Nurofen. Nurofen som selges i norske apotek inneholder kun ibuprofen, men dersom man kjøper Nurofen i for eksempel Storbritannia inneholder den i tillegg pseudoefedrin som står på WADAs dopingliste. Tillitt til merke og utseende utgjør derfor en risiko for utilsiktet doping.

Gjennom denne oppgaven har det vært fokus på de ikke-opioide analgetiske legemidlene. Ikke-opioide analgetiske legemidler slik som paracetamol og NSAID er ikke oppført på WADAs dopingliste og dermed ikke forbudt i idretten. Det kan derfor tenkes at håndballutøvere nærmest «ufarliggjør» legemidler som ikke står på denne listen. Ifølge nestleder i WADAs laboratorier i Cologne oppfyller smertestillende legemidler, etter hans mening, alle kravene til et dopingmiddel. Smertestillende legemidler virker ved å bedøve smertene slik at man kan fortsette å spille eller trene. På den måten kan smertestillende legemidler virke prestasjonsforbedrende ved at restitusjonstiden forkortes, og på den måten øker ytelsen (116). Det er en bekymring at håndballutøvere tar i bruk smertestillende legemidler for å holde ut kamp og trening, og er derfor en problematikk som bør diskuteres. Antidoping arbeidet handler ikke bare om å sikre rettferdig idrett, men også om hvordan man skal beskytte utøvernes helse (117). Riktig legemiddelbruk er derfor et viktig tema i antidoping arbeidet.

4.4 Metodediskusjon

Samfunnsvitenskapelig forskningsmetoder stiller krav til reliabilitet og validitet. Reliabilitet handler om hvor pålitelig datamaterialet er. I kvalitative studier er det ingen standardiserte metoder for å teste eller beregne reliabiliteten. Dette skyldes at kvalitative studier i større grad er preget av forskerens analyse og tolkninger av datamaterialet. Likevel er det mulig å

etablere et visst empirisk grunnlag for å vurdere reliabiliteten i kvalitative studier. Validitet referer til datamaterialets gyldighet, og viser i hvor stor grad datainnsamlingen har resultert i data som er relevant for problemstillingen. Et undersøkelsesopplegg som er lite treffende i forhold til problemstillingen resulterer i lav validitet (118 s.222-235). Disse begrepene blir tatt i betraktning i kvalitetsvurderingen av metoden som er benyttet i studien.

I denne studien ble det benyttet fokusgruppeintervju for å besvare forskningsspørsmålet. Fokusgruppeintervju er en effektiv metode for å generere kvalitativ data fra mange deltakere samtidig, og er velegnet i studier som søker et mangfold av ideer og følelser knyttet til et fenomen (119, 120). Gruppedynamikken i fokusgruppeintervju fører til at deltakerne stimulerer hverandre som kan bidra til å få frem flere ulike aspekter av informantenes opplevelser (120 s.107). I denne studien hvor hensikten var å undersøke en felles kultur blant håndballutøverne var fokusgruppeintervju en egnet metode.

En metodisk tilnærming som fokusgruppeintervju, hvor man samler flere personer som er i samme situasjon, kan bidra til å ufarliggjøre situasjonen. Dette er fordi det kan være lettere for informantene å snakke om fellesutfordringer enn individuelle problemer (119). Det er likevel viktig at jeg som forsker er klar over de begrensningene som et fokusgruppeintervju medbringer. I denne studien ble de diskutert sensitive temaer knyttet til kropp, helse, legemiddelbruk og doping. Dette kan ha bidratt til at informantene ikke ønsket å dele informasjon som de selv opplevde som ubehagelig å snakke om fremfor gruppen, som kanskje ville kommet frem i dybdeintervju. En annen ulempe ved fokusgruppeintervju er at det er stor risiko for at deltakere med synspunkter som avviker fra flertallet har valgt å være tause (119).

For å redusere ubehaget knyttet til å snakke fremfor en gruppe, ble det rekruttert grupper fra allerede eksisterende lag (120). I fokusgrupper der deltakerne allerede er kjent for hverandre kan det være lettere å skape en god flyt i samtalen. Deltakerne føler dermed tillitt og støtte fra hverandre som fører til at de er mer ærlige og våger å være uenige. Selv om studien tydet på at de våget å være uenige var det likevel ujevn maktfordeling i noen av fokusgruppene. Dette var spesielt tydelig i fokusgruppene som bestod av mange informanter. Dominante deltakere hindret derfor mer reserverte deltakere i å bidra i diskusjonen. Ekstremt dominante deltakere kan derfor påvirke resultatene slik at de ikke er representative for gruppen som helhet (119).

Som moderator er det min oppgave å sørge for at alle informantene kommer til ordet, og at tause deltakere blir inkludert. Det ble utført tre prøveintervju som skulle bidra til å forberede meg i rollen som moderator. Prøveintervjuene bidro med erfaringer i forhold til hvilke oppfølgings spørsmål som kunne være gunstig å stille og hvordan man kunne skape flyt i intervjuet. Prøveintervjuene var også nyttig for å kunne avdekke svakheter ved intervjuguiden. To av prøveintervjuene foregikk i fokusgrupper, men det ble også utført et en-til-en intervju for å teste forståelsen av spørsmålene og om spørsmålene vekket refleksjon rundt temaer som var relevante for studien. Dette bidro til å styrke validiteten i studien. Selv om prøveintervjuene bidro med nyttig erfaring, behersket jeg ikke rollen som en god moderator etter kun tre prøveintervjuer. Lite erfaring med rollen som moderator gjorde at det var utfordrende å inkludere passive deltakere.

For å styrke reliabiliteten ble det inkludert flere forskere i prosjektet slik at andre kunne gjøre en kritisk evaluering av fremgangsmåten (71). I fokusgruppeintervjuene hadde jeg med meg en assistent, som bistod med notering av nonverbal kommunikasjon og hadde ansvar for det tekniske utstyret. Etter gjennomføring av hvert intervju diskuterte vi tanker og oppfatninger rundt det informantene hadde delt for å sikre at vi hadde oppfattet utsagnene på samme måte. Hun var også med på å diskutere min rolle som moderator og ga kritiske tilbakemeldinger, sånn at jeg kunne forbedre meg til neste intervju.

Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene. I kvalitative studier som innebærer intervjuundersøkelser kan reliabiliteten styrkes ved å benytte lydopptak. Lydopptak gjør det mulig å utvikle datamaterialet som er mer uavhengig av forskerens oppfatninger sammenlignet med notater (71). Grønmo skriver at lydopptak gir forskeren mulighet til å foreta kritisk gjennomgang av opptaket gjentatte ganger (118). Transskriptet ble lest gjennom flere ganger, og lydopptaket ble gått gjennom flere ganger for å sikre at verdifull informasjon ikke gikk tapt. Likevel er det noen av stedene informantene prater i munn på hverandre eller snakker utydelig som gjorde at det ble vanskelig å høre hva som ble sagt. Det foreligger derfor en risiko for at verdifull informasjon ikke har blitt transkribert.

Under transkriberingsprosessen ble utsagnene til alle informantene transkribert. Likevel ble utsagnene til en av informantene fra intervju 3 ikke tatt med videre i analyseprosessen. Grunnen til dette var at det i etterkant av intervjuet ble oppdaget at vedkommende var under 18 år. I NSD søknaden ble det satt en nedre aldersgrense på 18 år. For å overholde kravene ble utsagnene sett bort ifra i analysearbeidet. Informanten var blant de passive deltakerne og sa

veldig lite i intervjuet. Det hadde derfor lite påvirkning på resultatene. For å unngå en slik situasjon burde det vært gitt tydeligere beskjed om aldersgrenser i rekrutteringsprosessen, da dette kunne ført til at tap av nyttig informasjon.

Denne studien ble utført i samarbeide med Antidoping Norge. Antidoping Norge er en stiftelse med mye makt i idrettsmiljøet, og er ofte forbundet med dopingkontroller og sanksjoner. En studie som presenteres gjennom Antidoping Norge vil derfor ha en påvirkning på hva informantene velger å dele. Det kan derfor tenkes at informantene har tilbakeholdt informasjon og presentert informasjonen på en måte som er sosialt akseptert og ikke nødvendigvis reflekterer virkeligheten (121).

4.5 Veien videre

Utenom denne studien, er det ingen kjente studier som undersøker kulturen for bruk av smertestillende legemidler blant håndballutøvere. Denne studien bidrar derfor med kunnskap på et område som er relativt utforsket. Kunnskapen kan være nyttig for å evaluere hvordan bruken av smertestillende legemidler i håndballmiljøet eventuelt kan påvirkes.

Studien tydeliggjør et behov for ytterligere forskning på feltet. I denne studien var det bare håndballutøvere som ble inkludert. Videre forskning bør inkludere det medisinske støtteapparatet og trenere for å utvikle et bedre helhetsperspektiv av den komplekse problematikken rundt bruk av smertestillende legemidler i håndball.

5 Konklusjon

Studien belyser hvordan bruken av smertestillende legemidler blant håndballutøvere er påvirket av kulturelle faktorer. Funnene i denne studien tyder på at bruken av smertestillende legemidler er hyppig og langvarig blant håndballutøvere i norsk topphåndball. I tillegg er det en kultur for profylaktisk bruk av smertestillende legemidler. Bruken av de smertestillende legemidlene kan knyttes opp mot en normalisert risikokultur i håndballmiljøet. Det påpekes at flere av utøverne tar i bruk smertestillende legemidler for å spille med både smerter og skader. Faktorer som prestasjonspress, relasjon til støtteapparatet, og kunnskapsmangel var alle påvirkende faktorer for om utøverne besluttet å ta smertestillende legemidler.

Studien undersøkte også kulturen for bruk av kosttilskudd blant håndballutøvere. Flere av håndballutøverne tar i bruk minst et kosttilskudd. Vitamin- og mineraltilskudd var mest brukt blant informantene. Blant herreutøverne ble det ergogene kosttilskuddet gainer brukt i forbindelse med vektøkning, da vektøkning var et viktig fokus i herrehåndball.

Litteraturliste

1. Overbye M. Walking the line? An investigation into elite athletes' sport-related use of painkillers and their willingness to use analgesics to train or compete when injured. *International review for the sociology of sport*. 2021;56(8):1091-115.
2. Aas OI. Bør vi beskytte barna våre mot toppidretten? [Internett]. Stavanger Aftenblad; 2016 [updated 27.10.2016; cited 2023 17.03]. Available from: <https://www.aftenbladet.no/sport/i/kaqOeA/boer-vi-beskytte-barna-vaare-mot-toppidretten>.
3. Skårderud F, Fladvad T, Garthe I, Holmlund H, Engebretsen L. Når idrett og helse kolliderer. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2012;132(17):1977-8.
4. Anderson L, Jackson S. Competing loyalties in sports medicine: Threats to medical professionalism in elite, commercial sport. *International review for the sociology of sport*. 2013;48(2):238-56.
5. Alaranta A, Alaranta H, Helenius I. Use of Prescription Drugs in Athletes. *Sports Med*. 2008;38(6):449-63.
6. Garcin M, Mille-Hamard L, Billat V, Imbenotte M, Humbert L, Lhermitte M. Use of acetaminophen in young subelite athletes. *J Sports Med Phys Fitness*. 2005;45(4):604-7.
7. Gjelstad A, Herlofsen TM, Bjerke AL, Lauritzen F, Björnsdottir I. LEKONI – legemiddel- og kosttilskuddsbruk blant norske idrettsutøvere.
8. Wolf DA, Miller TW, Pescatello LS, Barnes C. National Collegiate Athletic Association Division I Athletes' Use of Nonprescription Medication. *Sports Health*. 2011;3(1):25-8.
9. Strand-Udnæseth. Misforstått bruk av kosttilskudd [Internett]. *Sunn Idrett*; [cited 28.02 2023]. Available from: <https://sunnidrett.no/spis-mat-ikke-preparat/>.
10. Forskrift om kosttilskudd. Forskrift om kosttilskudd. 2004.
11. Lauritzen F, Gjelstad A. Trends in dietary supplement use among athletes selected for doping controls. *Frontiers in nutrition (Lausanne)*. 2023;10.
12. Maughan RJ, Depiesse F, Geyer H. The use of dietary supplements by athletes. *J Sports Sci*. 2007;25(sup1):S103-S13.
13. Department of Pharmacy. PharmacoEpidemiology and Drug Safety (PharmaSafe) [Internett]. University of Oslo 2013 [updated 05.01.2023]. Available from: <https://www.mn.uio.no/farmasi/english/research/groups/pharma-safe/>.
14. Aune T. Håndball i Norge [Internett]. *Store Norske Leksikon*; 2020 [updated 17.02.2023; cited 2023 23.02]. Available from: https://snl.no/h%C3%A5ndball_i_Norge.
15. Bryhn R. håndball [Internett]. *Store Norske Leksikon* 2009 [updated 12.11.2020; cited 2023 03.04]. Available from: <https://snl.no/h%C3%A5ndball>.
16. Wagner H, Finkenzeller T, Würth S, von Duvillard SP. Individual and team performance in team-handball: a review. *J Sports Sci Med*. 2014;13(4):808-16.
17. Michalsik LB, Madsen K, Aagaard P. Technical Match Characteristics and Influence of Body Anthropometry on Playing Performance in Male Elite Team Handball. *J Strength Cond Res*. 2015;29(2):416-28.
18. Goksøy M. Samfunnets idrett og idrettens egenart. 2 ed 1998.
19. Sari DM, Rønne Pedersen J, Bloch Thorlund J, Ramer Mikkelsen U, Møller M. Pain medication use in youth athletes: A cross-sectional study of 466 youth handball players. *Translational sports medicine*. 2021;4(6):914-20.

20. Ræder J. Smertestillende midler [Internett]. Store Medisinske Leksikon; 2009 [updated 27.01.2023; cited 2023 26.02]. Available from: https://sml.snl.no/smertestillende_midler.
21. Norsk legemiddelhåndbok. Analgetika [Internett]. Norsk legemiddelhåndbok; [cited 2023 26.02]. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1/Analgetika>.
22. Sinatra RS, Jahr JS, Watkins-Pitchford JM. NSAIDs. 2011. In: The essence of analgesia and analgesics [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; [211-66].
23. Spiering L, Dietrichs ES. Paracetamol [Internett]. Store Norske Leksikon; 2009 [updated 19.05.2022; cited 2023 26.02]. Available from: <https://sml.snl.no/paracetamol>.
24. Norsk legemiddelhåndbok. Paracetamol [Internett]. Norsk legemiddelhåndbok; 2020 [updated 23.05.2022; cited 2023 26.02]. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.1.2/Paracetamol>.
25. Kvien TK. ikke-steroid antiinflammatoriske midler [Internett]. Store Norske Leksikon; 2009 [updated 08.07.2021; cited 2023 26.02]. Available from: <https://sml.snl.no/ikke-steroid antiinflammatoriske midler>.
26. Norsk legemiddelhåndbok. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) [Internett]. Norsk legemiddelhåndbok; 2021 [updated 18.02.2021; cited 2023 26.02]. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Legemidler ved muskel-og skjelettsykdommer#Lk-17-muskl-19>.
27. Folkehelseinstituttet. Reseptfritt salg av legemidler i 2021 [Internett]. FHI; 2022 [cited 2023 27.02]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/omsetning-utenom-apotek/reseptfritt-salg-av-legemidler-i-2021/>.
28. Ohna L. naproxen [Internett]. Store Norske Leksikon; 2019 [updated 18.12.2019; cited 2023 13.04]. Available from: <https://snl.no/.versions/list/443032>.
29. Statens legemiddelverk. Voltarol (diklofenak) tabletter og kapsler blir reseptpliktig fra 1. november 2021 [Internett]. Statens legemiddelverk; 2020 [updated 29.06.2021; cited 27.02. 2023]. Available from: <https://legemiddelverket.no/nyheter/diklofenak-tabletter-og-kapsler-blir-reseptpliktig>.
30. Folkehelseinstituttet. Reseptfritt salg av legemidler i 2020 [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2021 [cited 2023 28.02]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/omsetning-utenom-apotek/reseptfritt-salg-av-legemidler-i-2020/>.
31. Norsk legemiddelhåndbok. Opioid analgetika [Internett]. Norsk legemiddelhåndbok; 2020 [cited 2023 28.02]. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2.2/Opioid analgetika>.
32. Hainline B, Derman W, Vernec A, Budgett R, Deie M, Dvořák J, et al. International Olympic Committee consensus statement on pain management in elite athletes. Br J Sports Med. 2017;51(17):1245-58.
33. World Anti-Doping Agency. TUE Physician Guidelines Pain Management in Sport. 2021.
34. Idrettsmedisinsk etikuttvalg. TRE GODE MEDISINRÅD FOR TRENERE OG IDRETTSFORELDRE. 2022.
35. Lauritzen F. Dietary Supplements as a Major Cause of Anti-doping Rule Violations. Front Sports Act Living. 2022;4:868228-.
36. Olympiatoppen. Fakta om kosttilskudd og idrett [Internett]. Olympiatoppen; [cited 2023 28.02]. Available from:

<https://olympiatoppen.no/fagomrader/idrettspersnaering/faktaark/fakta-om-kosttilskudd-og-idrett/>.

37. Byfuglien H. I 49 norske dopingsaker har kosttilskudd fått skylda. Hvorfor det?

[Internett]. Antidoping Norge 2022 [cited 2023 07.04]. Available from:

<https://www.antidoping.no/nyheter/i-49-norske-dopingsaker-har-kosttilskudd-f%C3%A5tt-skylda-hvorfor-det>.

38. Mattilsynet. Risikovurdering av «andre stoffer» i kosttilskudd og andre næringsmidler, del 1 [Internett]. Mattilsynet; 2015 [updated 05.02.2019; cited 2023 28.02]. Available from:

https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/spesialmat_og_kosttilskudd/kosttilskudd/risikovurdering_av_andre_stoffer_i_kosttilskudd_og_andre_naeringsmidler_del_1.20990.

39. Nettavisen. Vi kjøper unødvendige kosttilskudd for milliarder av kroner 2022 [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.nettavisen.no/helse/kosttilskudd/vitaminer/vi-kjoper-unodvendige-kosttilskudd-for-milliarder-av-kroner-apotekene-selger-humbug/s/5-95-705103>.

40. Antidoping Norge. Kosttilskudd [Internett]. Antidoping Norge [Available from:

<https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/kosttilskudd>.

41. Olympiatoppen. Olympiatoppens holdning til kosthold og bruk av kosttilskudd. 2014.

42. Munoz A, Lopez-Samanes A, Dominguez R, Moreno-Perez V, Jesus Sanchez-Oliver A, Del Coso J. Use of Sports Supplements in Competitive Handball Players: Sex and Competitive Level Differences. *Nutrients*. 2020;12(11):3357.

43. Bougrine H, Cherif M, Chtourou H, Souissi N. Can caffeine supplementation reverse the impact of time of day on cognitive and short-term high intensity performances in young female handball players? *Chronobiol Int*. 2022;39(8):1144-55.

44. Jurado-Castro JM, Campos-Pérez J, Vilches-Redondo MÁ, Mata F, Navarrete-Pérez A, Ranchal-Sanchez A. Morning versus Evening Intake of Creatine in Elite Female Handball Players. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;19(1):393.

45. Mayer J, Thiel A. Presenteeism in the elite sports workplace: The willingness to compete hurt among German elite handball and track and field athletes. *International review for the sociology of sport*. 2018;53(1):49-68.

46. Loland S. Idrett, kultur og samfunn. Bokmål[utg.], 4. utg. ed. Oslo: Gyldendal undervisning; 2002.

47. Nixon HL. A Social Network Analysis of Influences On Athletes To Play With Pain and Injuries. *Journal of sport and social issues*. 1992;16(2):127-35.

48. Jasny M. "Playing with injury": the health-related aspects of a career in women's handball. *Physical culture and sport studies and research*. 2021;93(1):62-71.

49. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Utviklingsmiljø og destruktiv ledelse i idretten [Internett]. NTNU; [Available from: <https://www.ntnu.no/iss/utviklingsmiljo-og-destruktiv-ledelse>].

50. Mottram DR, Chester N. *Drugs in sport*. Seventh edition. ed. New York: Routledge; 2018.

51. World Anti-Doping Agency. *World Anti-doping code 2021*. 2021.

52. Antidoping Norge. WADA [Internett]. Antidoping Norge [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.antidoping.no/internasjonalt/wada>.

53. World Anti-Doping Agency. *The World Anti-Doping Code* [Internett]. WADA; [cited 2023 21.03]. Available from: https://www.wada-ama.org/en/what-we-do/world-anti-doping-code?gclid=EAlaIQobChMIafT6anr_QIVRbT7Ch2iVghKEAAYASABEGLeJfD_BwE.

54. World Anti-Doping Agency. International Standards [Internett]. WADA; [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.wada-ama.org/en/what-we-do/international-standards>.
55. Antidoping Norge. Dopinglisten 2023 [Internett]. Antidoping Norge; [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten>.
56. Antidoping Norge. S7. Narkotiske Stoffer [Internett]. Antidoping Norge [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten/dopinggruppe-s7>.
57. World Anti-Doping Agency. Therapeutic Use Exemptions (TUE) [Internett]. WADA; [cited 2023 21.03]. Available from: <https://www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel/therapeutic-use-exemptions-tues>.
58. Gjelstad A, Lauritzen F. Utilsiktet doping – de største risikoområdene. Norsk Idrettsmedisin,. 2020;NUMMER 1:10-3.
59. Drange M, Christensen S. dopingkontroll [Internett]. Store Norske leksikon; 2009 [updated 21.02.2022. Available from: <https://sml.snl.no/dopingkontroll>.
60. Helle C, Sommer AK, Syversen PV, Lauritzen F. Dopingmidler i kosttilskudd. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2019.
61. Dahler-Larsen P. Kvalitativ metode. Politica (Århus, Denmark). 2007;39(3):317-34.
62. Grønmo S. Kvalitativ metode [Internett]. Store Norske Leksikon 2009 [updated 16.01.2023; cited 2023 22.03]. Available from: https://snl.no/kvalitativ_metode.
63. Kaiser M. Kvantitativ metode [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2015 [Available from: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvantitativ-metode/>.
64. Hellevik O. Sosiologisk metode. 2. rev. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 1995.
65. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
66. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
67. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeforsking; 2002 [cited 2023 01.04]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>.
68. Høidalen I, Overvik J. SLÅR ALARM OM SMERTESTILLENDE I IDRETTE: – JEG TOK VOLTAREN HVER DAG [Internett]. VG; 2020 [updated 05.01.2021; cited 2023 01.04]. Available from: <https://www.vg.no/sport/i/eK8kVa/slaar-alarm-om-smertestillende-i-idretten-jeg-tok-voltaren-hver-dag>.
69. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2003.
70. Andersen G. Kvalitative intervjuundersøkelser [Internett]. Nasjonal Digital Læringsarena; 2020 [cited 2023 01.04]. Available from: <https://ndla.no/nb/subject:1:9bb7b427-3f5b-4c45-9719-efc509f3d9cc/topic:1:432baee9-5671-47ce-870e-48b8fc3b7a42/topic:1:1db7bf3c-3a7b-44af-b632-e3c5ff2a999e/resource:201ce19e-7011-49a6-b415-91fd42d5dfe9>.
71. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. 3. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2009.
72. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

73. Kaae S, Sporrang SK, Nørgaard LS. Guide to Qualitative Research on Patient Perspective on Medicines Use. University of Copenhagen Department of Pharmacy 2020.
74. HelseNorge. Reseptfrie smertestillende medisiner [Internett]. Helsenorge2023 [updated 16.01.2023; cited 2023 02.04]. Available from: <https://www.helsenorge.no/medisiner/reseptfrie-smertestillende-legemidler/>.
75. Bratberg Å, Berner M, Andersen TE, Erdal H. Forbruket av NSAIDs i idretten må begrenses [Internett]. Dagens Medisin 2019 [cited 2023 05.04]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/forbruket-av-nsaids-i-idretten-ma-begrenses/301024>.
76. Warden SJ. Prophylactic Use of NSAIDs by Athletes: A Risk/Benefit Assessment. Phys Sportsmed. 2010;38(1):132-8.
77. Society for the Advancement of Education. Overuse of NSAIDs harms athletes. USA Today. 2010 2010/02//:12.
78. Skreiberg ECM. Fagdirektør bekymret for bruk av smertestillende legemidler [Internett]. Apotekforeningen; 2018 [cited 2023 09.04]. Available from: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/fagdirekt%C3%B8r-bekymret-for-bruk-av-smertestillende-legemidler>.
79. Statens legemiddelverk. Salg utenom apotek (LUA-ordningen) [Internett]. Statens legemiddelverk; [cited 2023 09.04]. Available from: <https://legemiddelverket.no/import-og-salg/salg-utenom-apotek>.
80. Nettavisen. Apotekprodukter til sterkt reduserte priser! [Internett]. Nettavisen; 2016 [updated 04.10.2016; cited 2020 09.04]. Available from: <https://www.nettavisen.no/tjenester/apotekprodukter-til-sterkt-reduerte-priser/s/12-95-3423266692>.
81. Canata GL, Jones H. Epidemiology of injuries in sports. Berlin, Germany, New York, New York: Springer-Verlag; 2022.
82. Palmer D, Cooper DJ, Emery C, Batt ME, Engebretsen L, Scammell BE, et al. Self-reported sports injuries and later-life health status in 3357 retired Olympians from 131 countries: a cross-sectional survey among those competing in the games between London 1948 and PyeongChang 2018. Br J Sports Med. 2021;55(1):46-53.
83. Lereim I, Norges idrettsforbund og olympiske k. Idrettsskader i Norge : en studie over forekomst, fordeling og endringer av idrettsskader behandlet ved norske sykehus i perioden 1989 til 1997. Oslo: Norges idrettsforbund og olympiske komité; 2000.
84. Derman W. "Deromanticising" the Image of Pain in Athletes. Clin J Sport Med. 2018;28(5):415-6.
85. Goldberg S. An awakening to better sleep therapies; Painkillers, sedatives often not a helpful mix. Business Insurance. 2016;50(2):14.
86. Salcinovic B, Drew M, Dijkstra P, Waddington G, Serpell BG. Factors Influencing Team Performance: What Can Support Teams in High-Performance Sport Learn from Other Industries? A Systematic Scoping Review. Sports medicine - open. 2022;8(1).
87. Sæle OO. Johaug-saken: autonomi vs. avhengighet av støtteapparat [Internett]. Blogg.forskning.no; 2022 [cited 2023 05.04]. Available from: <https://blogg.forskning.no/ovelsen-saeles-blogg/johaug-saken-autonomi-vs-avhengighet-av-stotteapparat/2101348>.
88. World Anti-Doping Agency. Athletes & Support Personnel [Internett]. WADA [cited 2023 09.04]. Available from: <https://www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel>.

89. Norges Fotballforbund. Sportsrelaterte kriterier [Internett]. Norges Fotballforbund; [updated 16.01.2020; cited 2023 05.04]. Available from: <https://www.fotball.no/lov-og-reglement/klubblisens/tl-og-obos/kriterier/sportsrelaterte-kriterier/#Toppen>.
90. Testoni D, Hornik CP, Smith PB, Benjamin DK, McKinney RE. Sports Medicine and Ethics. *Am J Bioeth.* 2013;13(10):4-12.
91. Jorem Ø. Therese Johaug tatt i doping: - Jeg er helt knust [Internett]. Aftenposten; 2016 [updated 20.03.2020; cited 2023 09.04]. Available from: <https://www.aftenposten.no/sport/langrenn/i/9vBMd5/therese-johaug-tatt-i-doping-jeg-er-helt-knust>.
92. Selliaas A. Når kan man stole på legen i dopingsaker? [Internett]. Nettavisen; 2017 [cited 2023 09.04]. Available from: <https://www.nettavisen.no/meninger/friskemeninger/nar-kan-man-stole-pa-legen-i-dopingsaker/s/12-95-3423479913>.
93. Den norske legeforeningen. Godkjenning som idrettslege NIMF [Internett]. Den norske legeforeningen; [cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/spesial/norsk-forening-for-idrettsmedisin-og-fysisk-aktivitet/fag/krav-til-autorisasjon-for-idrettsleger/>.
94. Calandrillo SP. Sports medicine conflicts: team physicians vs. athlete-patients. *Saint Louis University law journal.* 2005;50(1):185.
95. Den norske legeforeningen. Etske regler for leger [Internett]. Den norske legeforeningen; 1961 [updated 2021; cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/>.
96. Statistisk sentralbyrå. Allmennlegetjenesten [Internett]. SSB; 2022 [cited 2023 09.04]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>.
97. Waddington I, Roderick M. Management of medical confidentiality in English professional football clubs: some ethical problems and issues. *Br J Sports Med.* 2002;36(2):118-23.
98. Erickson K, Backhouse SH, Carless D. Doping in Sport: Do Parents Matter? *Sport, exercise, and performance psychology.* 2017;6(2):115-28.
99. Bostad T, Røyert H, Paulsen TM. Holdninger [Internett]. Nasjonal digital læringsarena; 2020 [cited 2023 13.04]. Available from: <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cf7bbe1/topic:d4f5557a-73ab-40a0-af05-e1f178cc0dcf/topic:4b913cf7-fbcf-4644-9d1d-f85f318559e0/resource:1:25440>.
100. Branstetter SA, Low S, Furman W. The influence of parents and friends on adolescent substance use: a multidimensional approach. *J Subst Use.* 2011;16(2):150-60.
101. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes.* 1991;50(2):179-211.
102. Jusleksikon. Sosial norm [Internett]. Jusleksikon; [cited 2023 13.04]. Available from: https://jusleksikon.no/wiki/Sosial_norm.
103. Kabiri S, Choi J, Shadmanfaat SM, Ponnet K, Lee J, Lee S, et al. Learning to Play Through Pain and Injury: An Examination of Social Learning Theory Among Iranian Athletes. *Social science quarterly.* 2021;102(1):343-61.
104. Burr V. *Social constructionism.* London, New York: Routledge; 2015.
105. Helsedirektoratet. Helsekompetanse – kunnskap og tiltak [Internett]. Helsedirektoratet; 2021 [updated 16.02.2021; cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>.

106. Jacobsson J, Spreco A, Kowalski J, Timpka T, Dahlström Ö. Assessing parents, youth athletes and coaches subjective health literacy: A cross-sectional study. *J Sci Med Sport*. 2021;24(7):627-34.
107. Stokland J. Prestasjonspress i toppfotballen [Internett]. Norges Idrettshøgskole 2016 [cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.nih.no/om-nih/aktuelt/nyheter/2016/juni/prestasjonspress-i-toppfotballen/>.
108. Handball Planet. FINALLY – Players raise up their voice in campaign #DontPlayThePlayers [Internett]. 2019 [cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.handball-planet.com/finally-players-raise-up-their-voice-in-campaign-dontplaytheplayers/>.
109. Björnsdóttir I, Almarsdóttir AB, Traulsen JM. The lay public's explicit and implicit definitions of drugs. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(1):40-50.
110. Nilsen J. Vil ha økt kontroll med helsekost [Internett]. *Aftenposten*; 2003 [updated 19.10.2011; cited 2023 23.02]. Available from: <https://www.aftenposten.no/norge/i/mPxIO/vil-ha-oekt-kontroll-med-helsekost>.
111. Gymgrossisten. 3 ting å tenke på når du kjøper gainer [Internett]. [cited 13.04 2023]. Available from: <https://www.gymgrossisten.no/3-ting-a-tenke-pa-nar-du-kjoper-gainer.html>.
112. Eck KM, Byrd-Bredbenner C. Development and Psychometric Validation of the Athletes' Perceived Body Pressures from Coaches Questionnaire (APBPCQ). *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16416.
113. Mallick M, Camacho CB, Daher J, El Khoury D. Dietary Supplements: A Gateway to Doping? *Nutrients*. 2023;15(4):881.
114. Antidoping Norge. Strategiplan_ekstern.
115. Røhmer V. Attitudes towards nutritional supplements and medications in junior elite endurance athletes: A qualitative study of Norwegian and Russian athletes. 2020.
116. McGrath M. Is pain medication in sport a form of legal doping? [Internett]. *BBC News* 2012 [cited 2023 13.04]. Available from: <https://www.bbc.com/news/science-environment-18282072>.
117. Thorsby PM, Gjelstad A. Når pasienten er idrettsutøver. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2021.
118. Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforl.; 2004.
119. Eines TF, Thylen I. Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2012;8(1):94.
120. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
121. Bergen N, Labonté R. "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qual Health Res*. 2020;30(5):783-92.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan er kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant idrettsutøvere”?

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle en bedre forståelse av kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant toppidrettsutøvere innad ulike idretter i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er NISO-undersøkelsen i 2021 og den pågående studien (Bruk av legemidler og kosttilskudd blant norske idrettsutøvere 2015-2019 (LEKONI)). Disse studiene og flere medieoppslag viser at det blant annet et relativt høyt forbruk av visse legemiddelgrupper på toppnivå i noen idrettsgrener. Det er derfor interessant å se nærmere på kulturen for legemiddelbruk i de aktuelle sportsgrenene. Prosjektet skal derfor bidra til bredere kunnskap om dette og generelle holdninger til legemiddel og kosttilskuddbruk blant eliteutøvere.

Forskningsprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom **Farmasøytisk Institutt (Universitetet i Oslo)** og **Antidoping Norge**. Prosjektansvarlig og hovedveileder for masteroppgaven er Ingunn Bjørnsdottir. Masterstudentene Sofie Christensen og Vibitha Sivasambu fra farmasøytisk institutt (universitetet i Oslo) skal utføre fokusgruppeintervjuene. Astrid Gjelstad og Fredrik Lauritzen er eksterne veiledere fra Antidoping Norge.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dere har blitt spurt om å delta fordi dere tilhører et topplag i Norge i en av de aktuelle sportsgrenene. Antall informanter per gruppe er mellom fire og åtte, og det trengs minst fire fokusgrupper for å kunne gjennomføre studien. Sammensetningen av informanter i gruppen skal avspeile bredde, slik at både nye spillere, rutinerte spillere og landslagsspillere blir invitert til å delta. Daglig leder på klubben til deltagerne har blitt kontaktet i forkant av intervjuene for bekreftelse om at laget ønsker å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelsen innebærer et fokusgruppeintervju med to masterstudenter. Fokusgruppe intervju kan skape en gruppedynamikk som kan bidra til at man får frem informasjon som man kanskje ikke ville fått ved individuelle intervjuer. Spørsmålene som stilles vil handle om erfaringer og opplevelser knyttet til legemiddel- og kosttilskuddbruk. Dette kan føre til at vi blir nødt til å behandle kategorier om helse. Intervjuet vil vare ca. 1 ½ - 2 timer. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Datamaterialet vil behandles konfidensielt og slettes når prosjektet er avsluttet, og ingen vil kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare forskningsgruppen som har tilgang til informasjonen.
- Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.
- Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.
- Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.
- Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.
- Vi følger loven om personvern.

Data blir oppbevart i UiOs sine systemer, TSD. Ansvar for behandling av data er delt i den forstand at medveilederne i Antidoping Norge kommer til å bidra i noen grad inn i analysen. Men det er kun masterstudentene Sofie Christensen og Vibitha, samt veiledere Ingunn Björnsdottir og Astrid Gjelstad som er ansatte i UiO som vil ha tilgang til rådata. Bidrag inn i analysen fra Fredrik Lauritzen, som ikke er ansatt i UiO, blir etter at intervjuene er transkribert. Veilederne kommer ikke til å lytte til (deler av) intervjuene med mindre det er nødvendig for avklaring rundt noe.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes sommeren 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Datamaterialet vil behandles konfidensielt og slettes når prosjektet er avsluttet, og ingen vil kunne gjenkjennes i publikasjoner. Det vil ikke være mulig å spore dine opplysninger tilbake til deg.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo og Antidoping Norge har Personverntjenester (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ingunn Björnsdottir, ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no, tlf. arbeid: 22856650 og mobil: 93621551

Astrid Gjelstad, astrid.gjelstad@antidoping.no

Fredrik Lauritzen, fredrik.lauritzen@antidoping.no

Vibitha Sivasambu, vibithas@student.farmasi.uio.no, mobil: 95136972
Sofie Christensen, sofiechr@student.farmasi.uio.no, mobil: 4694407

- Kontaktinfo for personvernombudet i UiO er: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Ingunn Bjørnsdottir
(Forsker/veileder)

Sofie Christensen/Vibitha Sivasambu

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan er kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant idrettsutøvere?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Rammesetting (10-15 minutter)

Informasjon om prosjektet

- o Bakgrunn og formål med prosjektet: få økt kunnskap om holdninger til legemiddel- og kosttilskuddbruk blant idrettsutøvere slik at dette kan bidra til riktig legemiddelbruk og styrke antidopingarbeidet.
- o Forklare hva intervjuet skal brukes til: få en oversikt over hvordan kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk er i dag.
- o Avklare eventuelle spørsmål rundt anonymitet og samtykke:
 - Anonymitet: vi bruker fiktive navn/koder i videre arbeid.
 - Samtykke: skriftlig samtykke.
- o Spørre om noe er uklart
- o Informere om lydopptak (via mobil, lagres kun på UiOs disk)
- o Informere om tidsbruk (1-2 timer)

Åpningsspørsmål/innledende spørsmål (5-10 minutter)

- Vil dere introduserer dere med navn, alder og hvor lenge dere har spilt på laget?
- Hvordan har sesongstarten vært?
- Hvor lenge har du drevet med ishockey/håndball?
- Hvordan ser en trening/kamp uke ut nå i sesong?

Kosttilskudd (10-15 minutter)

- Hva tenker dere på når vi skal snakker om kosttilskudd?
- Kan dere fortelle om eventuelt bruk av kosttilskudd blant spillerne på laget?
 - o Føler dere kosttilskudd er en nødvendighet og noe en idrettsutøver "må ha"?
 - Kan dere utdype?
 - o Hvilke kosttilskudd tenker dere er mest brukt innenfor deres idrett?
 - Hva tenker dere er grunnen til det?
 - o Om dere føler det er komfortabelt å snakke om, kan dere fortelle litt om egne erfaringer og bruk?
- Hvor henter dere kunnskap om kosttilskudd?
 - o Kan dere huske konkrete situasjoner der dere søkte informasjon. Hvor gikk dere da?
 - o Scenario: en medspiller har kjøpt et nytt kosttilskudd og deler positive erfaringer med effektene av dette. Dere ønsker å prøve det og spør om hvor hen kjøpte dette. Vi skal nå diskutere de ulike svaralternativene hen kan gi:
 - 1) Kjøpte i en norsk butikk
 - 2) Kjøpte i en spansk butikk
 - 3) Utdelt av lege/trener
 - 4) Premie i konkurranse, utdelt på event eller reklame.

Legemidler

- Hva tenker dere på når vi snakker om legemidler?
- Kan dere fortelle litt om hvordan dere tenker legemiddelbruken er i idretten?
 - Er det noe dere tenker brukes mer av i akkurat deres idrett enn annen idrett?
 - Hvordan opplever dere at legemiddelbehovet er hos idrettsutøvere sammenlignet med generell befolkning?
 - Ser dere på behovet som økt/ redusert/ likt?
 - Scenario: nyhetsoppslag viser til at idretten kan være utsatt for en uheldig legemiddelbruk der det er en "ukultur" for å ta ekstra smertestillende for å holde ut en kamp eller at utøvere sliter med søvn i hektiske perioder og bruker ekstra mye sovemedisin.
 - Hva tenker dere om dette?
 - Tror dere det er forskjell mellom breddeidrett og eliteidrett?
- Hvor finner dere informasjon om legemidler?
 - Hvilke vurderinger gjør dere selv når dere bruker et preparat?
 - Er det noe forskjell i vurderingene dere gjør om dere får det fra lag-legen, fastlegen eller kjøper selv?
 - Hva tenker dere om ansvaret for å bruke legemidler?
- Utveksler dere erfaringer om legemiddelbruk med hverandre?
 - Hva tenker dere om andre på lagets legemiddelbruk?
 - Påvirker noen i deres omgangskrets bruken og kulturen av legemidler?
- Hvis dere er komfortable med det, kan dere dele hvilke legemidler dere bruker?

Gråsoner/antidoping

- Hva tenker dere på når vi snakker om doping?
 - Hva tenker dere er hindret til doping?
- Hvor henter dere informasjon om potensielt forbudte stoffer?
 - Har dere eksempler på konkrete situasjoner der dere har søkt informasjon?
 - Snakker dere med laget eller trener om antidoping?
- Hvilket tanker har dere om bevisst vs. ubevisst doping?
- Nå skal vi snakke litt om oppfatninger til bruk av doping i norsk idrett:
 - Ved sammenlikning av lagidretter og individuelle idrettsgrener, viser det til flere positive dopingcaser innenfor lagidrett siste årene, og færre innenfor individuelle idrettsgrener.
 - Hva er deres tanker om dette?
 - Hva tenker dere om press til å eventuelt bruke doping?
 - Har dere opplevd noe endring i holdninger fra mindre til større klubber?
 - Hva tenker dere om påstander om at det er umulig å konkurrere på toppnivå uten doping?
 - Hva tenker dere om påstander om at kosttilskudd og misbruk/overforbruk av legemidler kan være inngangsporten til sterkere midler/doping?
- Hvordan opplever dere andres bruk (forbilder) av doping?
 - Hva tenker dere er deres ansvar?
 - Hva tenker dere er treners og lagleders ansvar?

Avslutning

- Er det noen som sitter inne med noe mer eller noe som er uklart?

Kommentarer/forslag til spørsmål lagt inn etter 2 intervjuer:

- *Hvis de nevner vekt, spør rundt dette og kost? Press til vekt?*
- *Still spørsmål om smertestillende legemidler som forebyggende*
- *Hvordan er tilgjengelighet av smertestillende legemidler?*
- *Hva tror dere er bakgrunnen for at håndball kanskje bruker mer smertestillende enn andre idretter?*

Vedlegg 3: Søknad til NSD



[Meldeskjema](#) / [Hva er kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant idrettsutøve...](#) / Eksport

Meldeskjema

Referansenummer

642391

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person
- Helseopplysninger

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Alder/fødselsår vil bli samlet inn. Vi kommer ikke til å spørre spesifikt om bakgrunnsopplysninger, men kan hende en person sider noe som kan identifisere dem. Studien vil uansett bli lagt frem med hensyn på anonymisering.

Beskriv hvilke andre opplysninger som vil kunne identifisere en person du skal behandle

Kommer ikke til å spørre direkte om opplysninger som kan identifisere, men igjen kan det hende personene i intervjuet gir opplysninger selv og uoppfordret. Samme gjelder avhukingen av "helseopplysninger" nedenfor. Det vil ikke bli spurt direkte om dette, men kan være personene i intervjuet selv sier noe.

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Hva er kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant idrettsutøvere?

Prosjektbeskrivelse

Gjennom fokusgruppeintervju skal ishockeyspillere og håndballspillere på toppnivå i Norge intervjues om bruken av legemidler. Bakgrunnen for prosjektet er resultater fra blant annet NISO-undersøkelsen i 2021, og tall fra en pågående studie som utføres av Antidoping Norge og Farmasøytisk institutt. Denne studien viser at ishockeyspillere har et høyt forbruk av sovemedisin på toppnivå i norsk ishockey. Og håndballspillere har et høyt forbruk av blant annet smertestillende. Målet er å få kunnskap til den generelle holdningen til legemiddel- og kosttilskuddsbruk blant eliteutøvere, slik at dette kan brukes til å fremme riktig legemiddelbruk og styrke det forebyggende antidopingarbeidet. Studien gjennomføres masterstudenter Vibitha Sivasambu og Sofie Christensen ved farmasøytisk institutt ved UiO under veiledning av Ingunn Björnsdottir, Astrid Gjelstad og Fredrik Lauritzen fra farmasøytisk institutt og Antidoping Norge.

Dersom personopplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Ikke noe kjent per dags dato. I tilfelle vil ny søknad bli sendt inn.

Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene

Opplysningene som skal innhentes er begrenset til det nødvendige for studien, som handler om å forstå idrettsutøveres kultur og holdninger til legemiddelbruk. Dette sikres blant annet gjennom at fasilitator i fokusgruppeintervjuet vil hjelpe til under intervjuet dersom det "skliir ut" til å handle om andre temaer enn legemiddelbruk. Allikevel kan man i fokusgruppeintervju ikke unngå opptak og stemmer er gjenkjennelige. Alt blir anonymisert før analyse og publisering.

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sofie Christensen, sofiechr@student.farmasi.uio.no, tlf: 46944078

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet / Farmasøytisk institutt

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingunn Bjørnsdóttir , ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no, tlf: 93621551

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Ja

Felles behandlingsansvarlig**Institusjon**

Antidoping Norge

Norge, 0855 Oslo, astrid.gjelstad@antidoping.no; fredrik.lauritzen@antidoping.no,

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Eliteutøvere i norsk ishockey.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Utgangspunktet for studien er resultatene fra undersøkelsene nevnt i prosjektbeskrivelsen. Videre har ishockeyforbundet i Norge blitt kontaktet, og sammen med dem er det blitt bestemt at seks topp-lag i Norge skal stille med deltakere til intervjuene. Videre vil rekrutteringen av hvilke spillere innad i hvert lag bli plukket ut med tanke på hva som funker for lagene og hvem som er tilgjengelig. Dette vil bli et samarbeid mellom oss og ishockeyforbundet.

Alder

18 - 50

Personopplysninger for utvalg 1

- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Gruppeintervju

Vedlegg

[Utkast intervjuguide .docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Infoskriv og Samtykkeerklæring utkast .docx](#)

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Eliteutøvere norsk håndball

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Utgangspunktet for studien er resultatene fra undersøkelsene nevnt i prosjektbeskrivelsen. Videre har håndballforbundet i Norge blitt kontaktet, og sammen med dem er det blitt bestemt at seks topp-lag i Norge skal stille med deltakere til intervjuene. Videre vil rekrutteringen av hvilke spillere innad i hvert lag bli plukket ut med tanke på hva som fungerer for lagene og hvem som er tilgjengelig. Dette vil bli et samarbeid mellom oss og håndballforbundet.

Alder

18 - 50

Personopplysninger for utvalg 2

- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 2?

Gruppeintervju

Vedlegg

[Intervjuguide første utkast \(1\).docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 2

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Infoskriv og Samtykkeerklæring utkast .docx](#)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)
- Muntlig

Beskriv

Deltakerne skal få informasjon om studiens formål, hvordan forskningen vil foregå og potensielle konsekvenser av å delta i studien. De skal få informasjon dette før vi møtes, og vi vil gjenta det før intervjuet starter og innhente samtykke.

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke kan trekkes tilbake uten å måtte oppgi noe grunn til dette. Det er mulig å trekke seg fra studien og få opplysningene sine slettet før oppgaven er publisert eller dataene er inngått i analyser. Samtykke kan trekkes tilbake ved å kontakte oss.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Informantene kan ved ønske få transkribering av det han/hun har sagt. Og få dette slettet om ønskelig.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Behandling

Hvor behandles personopplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Interne medarbeidere

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Nei

Begrunn hvorfor personopplysningene oppbevares sammen med de øvrige opplysningene

Det er ikke mulig å atskille stemmen fra lydopptaket og hva stemmen sier. Men signerte samtykker blir innsamlet på papir og oppbevart i brannskap atskilt fra andre data.

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende
- Adgangsbegrensning

Varighet

Prosjektperiode

15.08.2022 - 15.08.2023

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger