

# Legemiddel- og kosttilskuddbruk i norsk elite ishockey

Sofie Christensen



Masteroppgave i farmasi  
45 studiepoeng

Farmasøytisk Institutt  
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2023



# Legemiddel- og kosttilskuddbruk i norsk elite ishockey

Sofie Christensen



Masteroppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk Institutt, Universitet i Oslo

Mai 2023

Hovedveileder:

Ingunn Björnsdottir, Seksjon for farmasi, Universitet i Oslo

Eksternveiledere:

Astrid Gjelstad, Universitet i Oslo og Antidoping Norge  
Fredrik Lauritzen, Antidoping Norge

© Sofie Christensen

2023

Legemiddel- og kosttilskuddbruk i norsk elite ishockey

Sofie Christensen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Innledning:** Idrettsutøvere har på lik linje som resten av befolkningen av og til behov for bruk av legemidler. Enkelte legemidler kan være fysisk prestasjonsfremmende, helseskadelig og/eller usportslige. Derfor er idrettsutøvere underlagt et strengt regelverk for bruk av flere legemidler. Likevel kvalifiserer ikke alle legemidler for å bli beregnet som ulovlige, og havner mellom forbudt og ikke-forbudt. En del av antidopingarbeidet handler om å se trender over bruk av legemidler i idretten, og i norsk elite ishockey ble det rapportert at 8,2% av utøverne brukte hypnotika, samt at 17,2% brukte NSAIDs og 19% brukte paracetamol i perioden 2015-2019. Dette er legemidler som ved feilbruk og overforbruk kan forårsake uheldige bivirkninger og langtidskonsekvenser som kan påvirke helsen til utøveren. På dopingkontrollskjemaer i perioden 2015-2019 oppgir 51% av norsk idrettsutøvere minst ett kosttilskudd. Uheldig er det da at det er forbundet en fare for at kosttilskudd kan være forurenset med ulovlige stoffer. Det kan føre til at en utøver får positiv dopingprøve uten at det er bevisst bruk og kan gi store konsekvenser for en utøvers idrettskarriere.

**Hensikt:** Hensikten med dette prosjektet var å undersøke kulturen for bruk av kosttilskudd og legemidler i norsk elite ishockey. Ishockeyspillere melder overraskende ofte bruk av hypnotika (ifølge den pågående LEKONI-studien) og bedre innblikk i kulturen bak dette søkes. De generelle holdningene til antidopingarbeidet ønskes også belyst.

**Metode:** 25 ishockeyspillere fra fem eliteklubber i norsk ishockey deltok i prosjektet. Det ble brukt fokusgruppeintervjuet som er en kvalitativ forskningsmetode. Intervjuene ble gjennomført november og desember 2022.

**Resultater:** Kosttilskudd blir brukt av årsaker som å holde seg friske, optimalisere kostholdet, fremme restitusjon, prestasjonsfremmende formål og av praktiske årsaker som tid og tilgjengelighet. Utøverne viste begrenset kunnskap om produktsjekking av kosttilskudd og står i en risiko for utilsiktet doping. Smertestillende legemidler blir brukt for å håndtere smerter og skader fra idretten ofte for å kunne fortsette å spille, ofte drevet av en machoholdning. Hypnotika brukes hovedsakelig på grunn av en høy totalbelastning i hverdagen som inkluderer mye trening, reising og seine kamper. Overforbruket av hypnotika kan i enkelte tilfeller ha ført til avhengighet og misbruk. Resultatene viser at kunnskap og forståelse av antidopingreglementet er varierende, men de fleste viser til holdninger som

tilsier at de ønsker en dopingfri idrett. Rusmidler pekes på som årsak til positive dopingprøver.

**Konklusjon:** Denne studien viser at machokultur og ønske om å spille kan føre til økt bruk av smertestillende legemidler. Den høye totalbelastning i hverdagen kan ha ført til en kultur der utøverne tar i bruk av sovemedisiner i større grad enn hva som er forenlig med helse. Kosttilskudd blir brukt av individuelle årsaker, men også av kultur eller rutine fremfor medisinsk behov. Studien har vist hvordan holdninger mot doping og oppdatert kunnskap om antidopingarbeidet er viktig for å forebygge dopingsaker.

# Abstract

**Introduction:** Athletes may need pharmaceuticals to treat medical conditions like the rest of the population. Some substances have potential to enhance sport performances and represent a potential health risk or violate the spirit of sport. For that reason, athletes are subject to strict regulations for the use of several pharmaceuticals. Some substances do not qualify to be at the prohibited list and end up between prohibited and non-prohibited in an unclear and discussed area. A part of the anti-doping work is to see trends in the use of substances in sports. In Norwegian elite ice hockey, it was reported that 8,2% of the athletes used hypnotics, 17,2% used NSAIDs and 19% used acetaminophen in the period 2015-2019. The overuse, or in some cases misuse, of these drugs can cause unwanted side effects and long-term consequences and be harmful for the health of the athlete. It is reported that 51% of the doping control forms collected by Anti-Doping Norway from 2015 to 2019 contains information about at least one dietary supplement. Use of dietary supplements is associated with a risk of contamination of illegal substances in the product. This can result in exclusion from the sport due to a positive doping test, regardless of whether it was knowingly or not.

**Objective:** The aim of this study was to investigate the culture of use of dietary supplements and pharmaceuticals in Norwegian male elite ice hockey players. This group of athletes surprisingly often report use of hypnotics (according to the current LEKONI-study) and further knowledge about this is sought. General attitudes towards anti-doping work are also to be elucidated.

**Method:** A total of 25 athletes from five elite ice hockey teams in Norway accepted and participated in the study. It was used focus group interview that is a qualitative research method. Interviews were conducted in November and December 2022.

**Results:** Dietary supplements were used to improve health, for optimization of diet, for performance-enhancing purposes, promote restitution and for practical reasons. The athletes show limited knowledge about the safety of the products they use, which incurs a risk of unintended doping. Analgesics were used to manage pain and injuries from sports, often to continue playing. This is often driven by the macho-culture and masculinity norms in ice hockey environment. Hypnotics were used because of a high cumulative stress in everyday life that consists of a lot of training, traveling and late-night matches. The overuse of hypnotics has in some cases have led to addiction and abuse. Knowledge and understanding

of the anti-doping regulations varied, while most of this study's athletes show attitudes that point towards a doping-free sport. Recreational drugs were stated to be the reason for adverse analytical finding. Results from this study also identified access to several prescribers of drugs.

**Conclusion:** This study indicates that macho-culture and the desire of quick return to play after injury may lead to increased use of analgesics. The total of a total stress of everyday life may cause the athletes to accept a culture where hypnotics are used more than deemed appropriate for health and indication. Dietary supplements are used for individual reasons, but also because of a cultural acceptance. The study has shown how attitudes towards doping and updated knowledge about anti-doping regulation are important for preventing doping.



# Forord

Takk til de 25 utøverne som deltok i studien. Og takk til Norges Ishockeyforbund for å være positive til å delta i studien. Jeg håper dere finner studien nyttig for idretten deres.

Takk til veiledere Ingunn Björnsdottir, Astrid Gjelstad og Fredrik Lauritzen for å ha blitt tatt godt imot og for god hjelp underveis. Dere har bidratt til at jeg har lært mye og trivdes med prosessen disse månedene. En ekstra stor takk gis hovedveileder Ingunn for gode tilbakemeldinger og tilgjengelighet.

Takk til Vibitha Sivasambu (som gjennomførte liknende oppgave for håndball) for godt samarbeid rundt prosessen og deltakelse på intervjuene.

Takk til Antidoping Norge for muligheten til å gjennomføre prosjektet.

Denne masteroppgaven markerer slutten på farmasistudie ved Universitet i Oslo. På veien har Anne Marte, Lotta og Maiken betydd mye, i tillegg til resten av kull 2023.

Takk til dere hjemme på Elverum og Joakim.

Sofie Christensen

Oslo, mai 2023.

# Liste over forkortelser

ADNO	Antidoping Norge
LEKONI	Bruk av Legemidler og Kosttilskudd blant Norske Idrettsutøvere
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
NSD	Norsk senter for forskningsdata
TA	Tematisk analyse
TPB	Theory of Planned Behavior
TRA	Theory of Reasoned Behavior
TUE	Therapeutic Use Exemptions
WADA	World Anti-Doping Agency
WADC	World Anti-Doping Code

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Doping og antidoping .....	1
1.2	Idrettsfarmasi .....	2
1.3	Bruk av kosttilskudd i idretten.....	3
1.4	Bruk av legemidler i idretten .....	4
2	Hensikt .....	6
3	Teori.....	7
3.1	Sosialpsykologi.....	7
3.1.1	Theory of Planned behavior og risikoatferd .....	7
3.1.2	Idrettsgrupper og gruppetenkning .....	8
3.1.3	Maskulinitet i ishockey .....	10
3.2	Kosttilskudd, aktuelle legemidler og dopingmidler.....	10
3.2.1	Kosttilskudd.....	10
3.2.2	Sovemedisin.....	11
3.2.3	Smertestillende legemidler .....	11
3.2.4	Dopingmidler .....	13
4	Metode .....	15
4.1	Forskningsmetode.....	15
4.1.1	Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.....	15
4.1.2	Fokusgruppeintervju .....	15
4.2	Datainnsamling .....	16
4.2.1	Utvalg og rekruttering .....	16
4.2.2	Intervjuguide.....	17
4.2.3	Gjennomføring av intervjuene .....	17
4.3	Databehandling .....	18
4.3.1	Transkribering.....	18
4.3.2	Analyse .....	18
4.4	Forskningsetiske refleksjoner .....	20
4.4.1	Informert samtykke .....	20
4.4.2	Konfidensialitet og konsekvenser av deltakelse. ....	21
4.4.3	Validitet og reliabilitet .....	21

5	Resultater.....	22
5.1	Bruk av kosttilskudd .....	22
5.1.1	Temasammendrag og oversiktsfigur .....	22
5.1.2	Produkter som brukes .....	23
5.1.3	Hensikten med bruk av kosttilskudd .....	24
5.1.4	Årsaker til bruk av kosttilskudd.....	29
5.1.5	Forurensede og trygge kosttilskudd .....	31
5.2	Bruk av smertestillende legemidler .....	34
5.2.1	Temasammendrag og oversiktsfigur .....	34
5.2.2	Fjerne smerter før, under og etter kamp .....	35
5.2.3	Machokultur.....	35
5.2.4	Sesongavhengig .....	37
5.2.5	Tilgang på smertestillende legemidler .....	38
5.3	Bruk av sovemedisiner.....	40
5.3.1	Temasammendrag og oversiktsfigur .....	40
5.3.2	Tabubelagt å snakke om.....	40
5.3.3	Prestasjon.....	43
5.3.4	Årsaker til bruk .....	44
5.4	Tillit til lege og annet støttepersonell.....	47
5.4.1	Temasammendrag og oversiktsfigur .....	47
5.4.1	Støttepersonells kompetanse.....	47
5.4.3	Pasient og lege som team .....	49
5.4.4	Tilgjengeligheten av forskrivere .....	50
5.5	Tanker om doping og antidoping.....	51
5.5.1	Temasammendrag og oversiktsfigur .....	51
5.5.2	Bredde divisjon og elitedivisjon .....	52
5.5.3	Individuell og lagidrett .....	53
5.5.4	Årsaker og stoffer.....	53
6	Diskusjon.....	56
6.1	Hovedfunn fra studien.....	56
6.2	Diskusjon av øvrige resultater .....	56
6.3	Metodediskusjon.....	64
6.4	Forslag til videre forskning og veien videre.....	67

7	Konklusjon .....	69
	Litteraturliste.....	70
	Vedlegg.....	82
	Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	
	Vedlegg 2: Intervjuguide	
	Vedlegg 3: Infoskriv og samtykkeskjema	
	Vedlegg 4: Meldeskjema NSD	
	Vedlegg 5: Svar NSD	

## **Figurliste**

**Figur 1:** Teorien om planlagt atferd. Kilde: Ajzen 1991 (80).

**Figur 2:** Hovedtema *bruk av kosttilskudd*.

**Figur 3:** Hovedtema *bruk av smertestillende legemidler*.

**Figur 4:** Hovedtema *bruk av sovemedisiner*.

**Figur 5:** Hovedtema *tillit til lege og annet støttepersonell*.

**Figur 6:** Hovedtema *syn på doping*.

## **Tabelliste**

**Tabell 1:** Oversikt ut fra ATC-kode, virkestoff og preparatnavn over utvalgte smertestillende legemidler. Kilde: Felleskatalogen (97).

**Tabell 2:** Oversikt over stoffgrupper i dopinglista. Kilde: WADA (11).

# 1 Introduksjon

## 1.1 Doping og antidoping

Fra et idrettsperspektiv kan legemidler brukt i forbindelse med doping ha litt samme effekt som å bruke rullekøyer under et maraton (1) – det er juks. Det paradoksale er at legemiddelbruk for idrettsutøvere også kan være en medisinsk nødvendighet (2). Om det greit å bruke et legemiddel så lenge det er lov (3) er en holdning som er tidligere undersøkt rundt bruk av legemidler og kosttilskudd, og belyser paradokset prestasjon versus helse. Overforbruk av legemidler for å møte idrettens krav og utvikling er et økende tema (4;5). Men idrettsutøvere kan også bruke legemidler for å oppnå et konkurransefortrinn (6) gjennom å forsøke og øke sportslige ferdigheter som utholdenhet, styrke og treningskapasitet.

Omfattende feilbruk og misbruk av legemidler og stoffer blant idrettsutøver var en av årsakene til opprettelsen av World Anti-Doping Agency (WADA) i 1999 (7). Under en etappe av Tour de France i 1967 døde 29 år gamle Tom Simpson av hjerteinfarkt og i blodet til syklisten ble det funnet amfetamin og alkohol, og dette sammen med høy temperatur, dehydrering og hard fysisk anstrengelse, hadde ført til død for syklisten (8, s. 270). Formålet med etableringen av WADA var å beskytte utøvernes helse, fremme verdiene til ren idrett og bevare idrettens ånd (7). Det betyr at ingen utøvere skal måtte ofre egen helse eller ty til bruk av kjemiske stoffer for å prestere i idretten. Her kommer antidopingreglementet inn som en beskyttelse for utøveren ved å utelukke muligheten doping.

I dag er WADAs hovedrolle å overvåke, koordinere og fremme ren idrett på tvers av land og idretter (7). For å harmonisere regler og forskrifter som angår antidopingarbeidet har WADA utarbeidet et kjernedokument med et felles internasjonalt regelverk: World Anti-Doping Code (WADC) (9). WADC samler verdier og prinsipper for ren idrett fremfor en bestemt definisjon av doping (10). Dopinglista er en oversikt over stoffer og metoder som er forbudt å bruke i idretten som oppdateres årlig (11).

Økende vekst av farmasøytisk industri og utvikling av nye legemidler er en av utfordringene antidopingarbeidet står ovenfor i dag (12). Et samarbeid mellom farmasøytisk industri og



WADA er viktig i forbindelse med utviklingen av analysemetoder før idrettsutøvere tar i bruk nye legemidler på markedet (13). BALCO-skandalen i 2003 er et eksempel på dette der et laboratorium utviklet prestasjonsfremmende stoffer som ikke var markedsført eller detekterbare i dopinganalyse (14;15). Dette illustrerer hvor langt enkelte utøvere og deres støttepersonell er villig til å ofre risiko for utøveres helse (14). Andre utfordringer er bruk av kosttilskudd som kan inneholde udeklart og ulovlige stoffer (16), bruk av sosiale rusmidler (17;18) og doping som et samfunnsproblem (19). Doping kan også skje ubevist. Det skjedde med den svenske ishockeyspilleren Nicklas Bäckström da han avla positiv dopingprøve med stoffet pseudoefedrin (ulovlig i idretten) under OL i Sotsji 2014 etter å ha søkt råd hos støttepersonell (8, s. 402).

## 1.2 Idrettsfarmasi

Idrettsfarmasi handler om legemiddelbruk i idretten og her er farmasøytisk kunnskap om farmakologi, legemiddelkemi og analyse gjeldende (20). Farmasøytisk kunnskap kan være nyttig for idrettsutøvere ved hjelp til å tolke dopinglista og få råd rundt bruk av både kosttilskudd og legemidler (6;20). Brudd på dopingreglementet kan føre til store konsekvenser for livet til idrettsutøvere og føre til utestengelse fra idretten (6). En farmasøyt kan bidra med å forstå kombinasjonen av treningsfysiologi og farmakologi i forbindelse bruk av legemidler (6), som hvordan bruk av ikke-steroide anti-inflammatoriske legemidler (NSAID) under et langvarig utholdenhetstrening kan forsterke renale bivirkninger (21), hvordan bruk av NSAID kan undertrykke prostaglandiners rolle i beinhealing (22) og hvorfor disse legemidlene kan være kontraindisert hos astmatikere (23). Legemidler brukt som doping er ofte brukt utenfor indikasjon og medfører en økt helserisiko (24). Det å identifisere og forebygge bivirkninger, interaksjoner og andre legemiddelrelaterte problemer kan også være en viktig del av idrettsfarmasi (25).

Dersom en idrettsutøver har behov for et legemiddel som står oppført på forbudslisten er det mulig å søke om medisinsk fritak (26) for å unngå å bli sanksjonert for positiv dopingprøve. Kriterier for dette er presisert i WADC (9) og utøverstatus kan spille en rolle (27). Astma (28) og belastningsskader (29) er ofte rapportert blant idrettsutøvere, og det er en sjanse for at legemidlene i forbindelse med behandling av dette brukes for å håndtere symptomer og skader av store mengder trening (30;31).

Legemidlene som står på dopinglista har kvalifisert for minst to av tre følgende kriterier: prestasjonsfremmende effekt (forbedrer ytelse), helseskadelige effekt (sikkerhet) og/eller går imot idrettens anseelse (usportslig)(11). Eksempel stoffer som står på denne listen er androgene anabole steroider, erythropoietin og sentralstimulerende stoffer (11). Det er også legemidler som ikke kvalifiserer for listen, men havner i en *gråson*e mellom forbudt og ikke-forbudt (32). Gråsoneproblematikk kan også dreie seg om praktiske årsaker som utilsiktet doping etter bruk av kosttilskudd og misbruk av TUE-ordningen (32). Det kan også dreie seg om overforbruk og misbruk av lovlige legemidler som smertestillende legemidler, astmamedisin og rusmidler.

### 1.3 Bruk av kosttilskudd i idretten

På dopingkontrollskjemaene innsamlet av Antidoping Norge (ADNO) fra perioden 2015-2019 var det på 51% av skjemaene oppført bruk av minst ett kosttilskudd hos idrettsutøvere (33). Internasjonale studier har vist prevalens på bruk hos idrettsutøvere fra 40-100% (34). En årsak til bruk har blitt foreslått ved at utøvere ikke tror et normalt kosthold er tilstrekkelig for optimal fysisk ytelse og bruker kosttilskudd et forsøk på å forbedre kostholdet eller oppnå et konkurransefortrinn (35). Oppfatningen om et sunnere liv og bedre helse dersom vanlig kost suppleres med kosttilskudd deles med den generelle befolkningen (36).

Bruk av kosttilskudd innebærer en utfordring med fare for utilsiktet doping der utøveren får i seg et forurenset kosttilskudd uten å ha intensjon om dette (17). Produksjon av kosttilskudd skjer gjennom en stor og uregulert bransje, og kontaminering av kosttilskudd med forbudte stoffer øker risikoen for at en utøver utilsiktet avlegger positiv dopingprøve (37;38). Norge har et strengt regelverk for kontroll av kosttilskudd gjennom mattilsynet (39). Likevel har analyse av høyrisikoprodukter\* solgt i Norge vist at 23% av produktene inneholdt dopingmidler, legemidler og/eller ulovlige mengder av koffein, hvorav 9% stod på dopinglisten (41). Internasjonale studier har vist til kontaminering med ulovlige stoffer i 12-58% av kosttilskuddene (16).

---

\* Kosttilskudd det er høy risiko å få i seg forbudte stoffer ved inntak av (40).

## 1.4 Bruk av legemidler i idretten

Det har blitt rapportert at idrettsutøvere bruker både reseptbelagte og reseptfrie smertestillende legemidler i forbindelse med utøvelse av idrett (42-44). En studie fra verdensmesterskapet i fotball viste at 60,3% av spillerne brukte smertestillende legemidler minst én gang under mesterskapet i 2010 (45). Smertestillende legemidlene kan føre til uheldige bivirkninger dersom de brukes i for store mengder. Overforbruk av paracetamol er forbundet med leverproblematikk (46), bruk av lokalbedøvelse kan forverre eller maskere alvorlige skader hos idrettsutøvere (47) og kortikosteroider står i dag oppført som forbudt under konkurranse (11). Det at mange smertestillende legemidler selges reseptfritt (48) kombinert med studier (49;50) som har vist at utøveres kunnskap om bivirkninger og konsekvenser av langvarig bruk av smertestillende legemidler er begrenset, kan utgjøre en helserisiko for utøvere.

Idrettsutøvere er avhengig av at kroppen fungerer optimalt til enhver tid og en skade kan være en trussel for idrettskarrieren (51). Det kan oppleves psykisk tungt og frastå fra trening og konkurranse (52). Ishockey er en idrett forbundet med høy risiko for skader (53;54) som følge av høy intensitet, pucker i høy fart og fysisk kontakt mellom spillerne (55). Skadene omfatter både akutte skader og overbelastningsskader, og en studie har vist at 40% av norske mannlige elite ishockeyspillere har symptomer på skade eller sykdom, og 20% av spillerne rapporterte helseplager som påvirket treningen eller prestasjonen negativt (56). En finsk studie som så på om elite junior ishockey utøvere rapporterte skader til støttepersonellet rundt seg, fant at i 95% av tilfelle rapporterte utøver skade til trener og i 75% av tilfelle ble skadene rapportert til medisinsk personell (57). Det at utøvere velger å frastå og melde ifra om skade, kan beskrive presset og trusselen en skade kan bety for karrieren. I ishockey kan det også belyse en kultur der man opprettholder «tøffhet» ved å spille skadet (57). Idrett har blitt beskrevet som en «risikokultur» da det å spille med smerte og skade kan bli sett på som en del av spillet (58). I tillegg møter profesjonelle idrettsutøvere ikke-medisinske faktorer som ytelsesbonuser, kontrakter og en fare for å miste plassen på laget dersom de ikke stiller til start, som kan påvirke deres valg rundt bruk av smertestillende legemidler (og andre stoffer) (59, s. 236).

Det er etterlyst mer restriktiv bruk og klarer retningslinjer for bruk av smertestillende legemidler i idretten (42;60). I forbindelse med skade og spørsmålet om en utøver er i fysisk stand til å returnere til idretten er det mange avgjørelser som skal tas og det er reist spørsmål

om hvem som er best egnet og bør ta disse beslutningene (61;62). Pasientautonomi er en av grunnprinsippene i medisinsk etikk (63), og kan utfordres av idretten ved at forholdet mellom lege-pasient utvides til lege-pasient-lag (64, s. 195). Det problematiske med dette er at lagets prioritering kan komme i konflikt med utøverens helse da ulike parter i denne triaden kan ha ulike verdier og prioriteringer (63).

Idrettsutøvere må balansere trening og restitusjon for å maksimere fysisk ytelse. I perioder med mye trening og konkurranse kan søvn være utfordrende (65). Søvn er ansett som viktig for å yte optimalt, men flere idrettsutøvere med søvn (66). Det er foreslått at nervøsitet i forbindelse med konkurranser (67), ytre forstyrrelser som av lys og støy (66), høy treningsbelastning (68) og tidspunktet for trening på dagen (69) kan forstyrre søvn. Retningslinjer rundt behandling av søvnproblemer anbefaler ikke-medikamentelle tiltak som førstevalg i behandling som fokus på søvnhygiene, avspenningsteknikker og søvnrestriksjon (70). Dersom disse ikke har effekt, kan medikamentell behandling tilbys i korte perioder (70). For idrettsutøveres hverdag, med mye fysisk trening, reising og hektiske konkurranser på ugunstige tidspunkter er dette råd som kan være utfordrende å møte.

I norsk ishockey oppgir 8,2% av utøverne at de bruker hypnotika på dopingkontrollskjema i perioden 2015-2019 (71). Videre spesifisert med virkestoff: 7,2% zolpidem, 1,1 % zopiklon og 0,3% melatonin (71). Selvom de benzodiazepinliknende stoffene (Z-hypnotika) har hatt en jevn og stor økning etter de ble introdusert som farmakologisk behandling av søvnproblemer (72), er det fortsatt potensial for misbruk og avhengighet ved disse da virkningsmekanismene er relativt lik benzodiazepiner (72;73). En forskjell ligger i mindre uttalte bivirkninger av «dagen derpå»-effekter av Z-hypnotika sammenliknet med benzodiazepiner som delvis kan relateres til kortere halveringstid (72). Bruk av melatonin har færre farmakologisk konsekvenser (74), men fra et dopingperspektiv er det verdt å nevne at melatonin kan selges som kosttilskudd (75) som medfører en risiko ved bruk.

Z-hypnotika og melatonin står ikke oppført på dopinglista (11). En studie på trente, mannlige utøvere har vist at bruk av z-hypnotika verken ga fordel eller ulempe for treningen (76). En annen studie på individer mellom 21-53 år viste at Z-hypnotika svekket fysisk ytelse og at melatonin ikke hadde noe påvirkning på ytelse (77). Det foreligger mindre studier på kulturelle og psykiske konsekvenser av bruk av hypnotika i idretten. Men det er uttrykt bekymring rundt misbruk av hypnotika i idretten (78) og tidligere blitt beskrevet uheldig bruk i ishockey (79).

## 2 Hensikt

Hensikten med denne studien var å undersøke kulturen for bruk av kosttilskudd og legemidler i norsk elite ishockey. I tillegg til en generell bekymring rundt mye bruk av smertestillende legemidler i norsk idrett melder ishockeyspillere overraskende ofte bruk av sovemedisin (ifølge den pågående LEKONI-studien) og bedre innblikk i kulturen bak dette søkes.

De generelle holdningene til antidopingarbeidet ønskes også belyst.

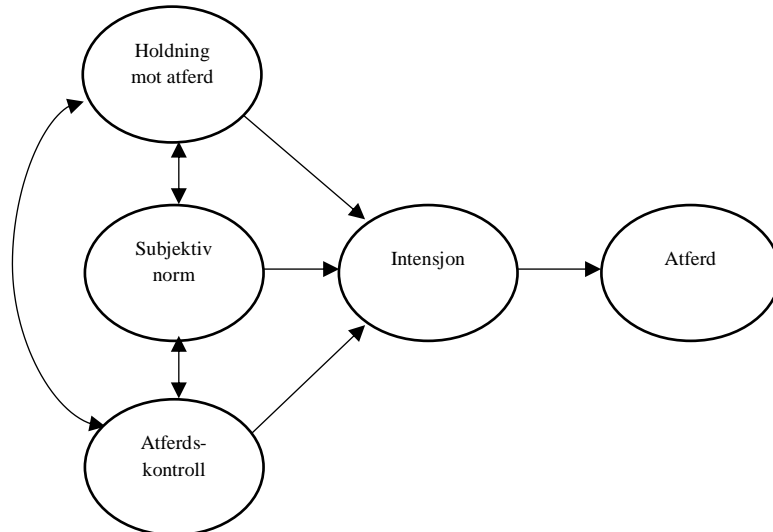
# 3 Teori

I dette kapitlet vil teorier og egenskaper som kan ligge til grunn for hvordan idrettsutøvere samhandler og tenker bli presentert i delkapittel 3.1. Dette er utvalgte sosialpsykologiske teorier og begreper som kan være nyttig for videre lesning. Siste del av kapitlet (3.2) består av en gjennomgang av kosttilskudd, aktuelle legemidler og dopingmidler.

## 3.1 Sosialpsykologi

### 3.1.1 Theory of Planned behavior og risikoatferd

*Theory of planned behavior* (TPB) er en sosialpsykologisk teori som forsøker å forklare og forutsi et individs atferd (80, s. 180). TPB er en videreutvikling av *theory of reasoned action* (TRA) (80, s. 181). I TPB vektlegges fire faktorer for et individs kontroll over egen atferd: holdning, subjektiv norm, atferdskontroll og intensjon (80, s. 181). Figur 1 illustrerer hvordan disse faktorene kan påvirke intensjon og videre atferd.



**Figur 1:** Teorien om planlagt atferd (80, oversatt fra s. 182).

Et praktisk eksempel på bruk av TPB kan være at en idrettsutøver er skadet i forkant av en viktig konkurranse. Smertene fra skaden hindrer utøveren i å stille til start, men utøveren kan benytte smertestillende legemidler for å gjennomføre konkurransen. Dersom utøveren ser på holdningen til handlingen som noe positivt («ved bruk av smertestillende legemidler klarer

jeg å stille til start»), de subjektive normene i laget støtter handlingen («de andre utøvere på laget ønsker jeg skal stille til start»), utøveren selv føler kontroll over atferden («jeg har tilgang på og nødvendig informasjon om legemidlene») vil det gi utøveren en intensjon eller motivasjon til å utføre handlingen (bruke smertestillende for å kunne stille til konkurranse). Oppsummert kan teorien vise hvordan en endring i holdning, kultur og/eller opplevd atferdskontroll kan endre atferd.

Risikoatferd er beskrevet som «enhver atferd som øker negative helserelevante utfall for deltakerne» (81). Denne risikoatferden kan gjenkjennes i idrettsmiljøet da idrettskulturen kan ha en tendens til å normalisere det som oppfattes avvikende for andre utenforstående (82). Risikoatferd utøvd i en gruppe kan beskrives gjennom en risikokultur. Nixon (83, s. 190) har beskrevet idretten som en risikokultur gjennom dilemmaet der idrettsutøvere lærer å ta risiko ved å minimere eller ignorerer smerter og skader uten å ta hensyn til fysiske, psykiske, sosiale eller økonomiske langtidskonsekvenser av dette. En idrettsutøver former ofte sin status, identitet og hverdag gjennom idrettskulturen, og kan nærmest ignorere andres innvirkninger mot risikokulturen de er en del av (83, s. 190). Nixon kaller dette for «sportsnett» (58, s. 127) og beskriver at jo sterkere et slikt «sportsnett» er forankret rundt en utøver, jo mindre innflytelse får eksterne aktørers meninger noe å si for utøveren (83, s. 190). Organisert idrett er også omtalt som både fysisk og kulturelt farlig, da det blir akseptert å delta med smerte og skade i idretten (84, s. 6). Atkinson har forsøkt å skille risiko i sport fra risiko andre steder i livet, og trekker frem idrettens tilsynelatende mangel på «time out» som spesielt for idretten (84, s. 18).

### **3.1.2 Idrettsgrupper og gruppetenkning**

Carron et al. (85, s. 13) har samlet fellestrekk ved hva som får en samling av individer til å se på seg som en idrettsgruppe: de utvikler en felles identitet, har felles målsettinger, deler nederlag, samhandler/kommuniserer på strukturerte måter, har felles syn på strukturen i gruppa, har et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre og tiltrekkes av hverandre. Resultatet av dette kan bli en lagkultur med felles verdier, tro, forventninger og praksis på tvers av medlemmene i gruppa.

I en idrettsgruppe vil hver utøver ta med sine egenskaper og påvirke hvordan gruppa fungerer, og hvilke resultater gruppa produserer. Innad i gruppa tildeles individene roller med forventninger rettet mot rollen og atferden til personene styres ut fra dette (86, s. 95). En trener

har en rolle, en utøver har en rolle og en idrettslege har en rolle. I tillegg oppstår uskrevne regler – *normer* – som er føringer for hvordan individene i gruppa skal opptre og oppføre seg (86, s. 110).

Et annet fenomen som oppstår i en gruppe er gruppekohesjon som handler om hvordan en gruppe bindes sammen (86, s. 125). Kohesjon blant utøverne kan være at de uttrykker «vi spilte for hverandre» og «vi fungerte bra som et lag» (86, s. 124). Dette vil ha flere positive konsekvenser for en idrettsgruppe med at det skaper et «vi», det kan føles trygt og nært for utøverne og kan få frem gode prestasjoner (86, s. 135). Men det kan også ha negative konsekvenser på grunn av økende konformitet (86, s. 136). Konformitet dannes når gruppens og individenes behov skal tilpasses, og enkeltindivider kan gi etter eller forandre egen atferd for å passe inn i gruppens normsystem (86, s. 29). Resultatet av dette kan være at en gruppe handler likt, og uenighet og meningsforskjeller undertrykkes (86, s. 136). Dette kan kalles gruppetenkning. Janis (87) har utvidet forståelsen av konformitet gjennom gruppetenkning ved å identifisere åtte symptomer på dette. Symptomene blir fremtredende dersom en gruppe unngår å være uenige og å tenke rasjonelt, men tar irrasjonelle og ineffektive beslutninger for å bevare «vi-følelsen» i gruppa (87). Punktene under oppsummerer symptomene (87):

1. Gruppen blir **usårbar**. Dette kan føre til økt risikotakning og overdreven optimisme.
2. Gruppen utvikler en **kollektiv rasjonalisering** for å ignorere farer eller ekstern informasjon som kritikk og advarsler.
3. Gruppen utvikler tiltro til **egen moral**. Ethiske og moralske konsekvenser av gruppens avgjørelser ignoreres.
4. Gruppen danner et **stereotypisk bilde** av ledere fra andre grupper. Disse blir sett på som motstandere som er for dumme, svake eller onde til å forstå gruppens valg.
5. Gruppen utvikler **press** på deltakerne i gruppen som avviker fra eller tviler på gruppens oppfatning.
6. Gruppens deltakere utvikler en **selvsensur** på egen kritikk mot gruppens enighet.
7. Gruppen utvikler en illusjon om **enstemmighet**.
8. Gruppen har selvutnevnte «**tankevoktere**». Dette er personer som skjermes gruppen fra å snakke om fakta som kan ødelegge gruppens tro på egen effektivitet og moral.



### **3.1.3 Maskulinitet i ishockey**

Connell plasserer maskulinitet i en organisering av kjønn («gender regime») og knytter maskulinitet til forventinger som stilles til menn (88, s. 136). Ishockey er en av idrettene Connell trekker frem som en manndomsprøve på grunn av stor grad av fysisk konfrontasjon og (lovlig) vold (88, s. 140). Tjønndal har i sin forskning på National Hockey League (NHL) beskrevet at få idretter er forbundet med maskulinitetsnormer på lik linje som ishockey (55). Maskulinitet plasseres innenfor risikokultur og demonstreres gjennom det å spille med skader som «en del av spillet» og «for lagets beste» (58, s. 128). Maskulinitet i ishockeykulturen har også blitt assosiert med en «macho kultur», preget av forventninger om emosjonell kontroll og smertetoleranse (89).

## **3.2 Kosttilskudd, aktuelle legemidler og dopingmidler**

### **3.2.1 Kosttilskudd**

Det finnes flere definisjoner av kosttilskudd. Mattilsynet beskrevet kosttilskudd som produkter som er «konsentrerte kilder av vitaminer og mineraler eller «andre stoffer» med en ernæringsmessig eller fysiologisk effekt» (90). Olympiatoppen retter sin definisjon av kosttilskudd mot idrettsutøvere: «konsentrater av næringsstoffer som kan bidra til bedre helse og restitusjon og økt prestasjon, for eksempel ved mangeltilstander» (91).

Videre kategoriserer Olympiatoppen kosttilskudd i tre kategorier: sportsprodukter (protein/karbohydrat tilskudd), vitaminer- og mineralskudd (jern og kalsium) og ergogene tilskudd (koffein og kreatin) (92). I dopingkontrollskjemaene utøvere fyller ut ved dopingkontroll er kosttilskudd ytterligere inndelt i seks kategorier (eksempler): medisinske produkter (elektrolytter, mineraler og vitaminer), sportsprodukter (karbohydrat/protein produkter), ergogene substanser (koffein, kreatin, nitrat, energidrikk og beta-alanin), sammensatte produkter (pre-workout, fettforbrennere og testosteronboostere), plantebaserte produkter og andre produkter (homeopatiske produkt) (33). Det er mattilsynet som fører tilsyn for salg, import og produksjon av kosttilskudd solgt på det norske markedet og dette er regulert i forskriften om kosttilskudd (39).

### 3.2.2 Sovemedisin

«Sovemedisin» bruk i forbindelse med søvnevansker omfatter blant annet benzodiazepinliknende stoffer (Z-hypnotika) og melatonin (93). Zopiklon (Imovane) og zolpidem (Stilnoct) er benzodiazepin-liknende som har indikasjon forbigående, kortvarige søvnevansker (94). Disse binder seg til benzodiazepinreseptorkomplekset og virker via GABA-systemet (94). Z-hypnotika virker på benzodiazepinreseptorer (BZ), som er en del av GABA-A-reseptorkomplekset (72). BZ<sub>1</sub> og BZ<sub>2</sub> er identifisert sentralt, og regulerer søvn og våkenhet (72). Zopiklon binder til både BZ<sub>1</sub> og BZ<sub>2</sub>, og zolpidem binder selektivt til BZ<sub>1</sub> (72). Den sedative effekten inntreer raskt (innen 30 minutter) (94), og halveringstiden er for zopiklon 3,5-7 timer (95) og zolpidem 1-4 timer (96). Bivirkninger til disse stoffene er «hang-over»-effekt, risiko for skadelig bruk, avhengighet og toleranseutvikling (94).

Melatonin er et hormon som er med på å regulere døgnrytmen hos mennesker og som normalt produseres i mørke omgivelser og produksjonen hemmes av lys (74). Indikasjonene for bruk forbeholdt forskyvning av døgnrytme ettersom det er lite dokumentasjon for effekten av melatonin (74). Av samme grunn er det rapporterte bivirkninger. Melatonin er unntatt reseptplikt (74) og doser på inntil 1 mg trenger ikke bli klassifisert som legemiddel i Norge og kan selges som kosttilskudd i butikker (75).

### 3.2.3 Smertestillende legemidler

Det finnes flere typer smertestillende legemidler og en oversikt over utvalgte av disse er vist i tabell 1. Nedenfor følger en gjennomgang av stoffene nevnt i tabellen.

**Tabell 1:** Oversikt ut fra ATC-kode, virkestoff og preparatnavn over utvalgte smertestillende legemidler. (Kilde: Felleskatalogen (97)).

ATC-kode nivå 5	Eksempel på virkestoff og (preparatnavn)
H02A	Kortikosteroider til systematisk bruk (Kenacort-T)
N01B B01	Bupivakain (Marcain)
N01B B02	Lidokain (Xylocain)
N02B E01	Paracetamol (Paracet)
N02A J06	Kodein og paracetamol (Paralgin forte)
N02A X02	Tramadol (Tramadol)
M01A B05	Diklofenak (Volatren)
M01A E01	Ibuprofen (Ibux)

## **Ibuprofen og diklofenak**

Ibuprofen og diklofenak (NSAID) virker antiinflammatorisk, analgetisk og antipyretisk gjennom hemming av prostaglandinsyntesen via blokkering av enzymet syklooksxygenase (COX) (23). COX finnes i to varianter – COX-1 og COX-2 – og hemming av disse to variantene varierer mellom de ulike virkestoffene som styrer selektiviteten (23). Ved inflammasjon oppreguleres COX-2 (23) og hemming av dette enzymet er ønskelig. Flere av bivirkningene til legemidlene er knyttet til hemmingen av COX-1 (23). Orale voltarol-tabletter og kapsler ble fra november 2021 reseptpliktig (98) etter å ha vist alvorlige kardiovaskulære bivirkninger (99). De gastrointestinale og renale bivirkningene til ibuprofen er uheldige og fremtredende dersom bruken overskrider doseanbefalinger og vedvarer over lang tid (23). Bivirkninger aktuelle for idrettsutøvere er at NSAIDs kan ha negativ påvirkning på bruddheling ved å undertrykke prostaglandiner som er viktig i beindannelse ved beinbrudd (22) og kan for enkelte være kontraindisert ved astma grunnet fare for bronkokonstriksjon (23).

## **Paracetamol**

Virkningsmekanismen for paracetamol er foreslått å ha analgetisk effekt gjennom hemming av COX-2 sentralt og perifert (46). Den febernedsettende effekten skjer via påvirkning av varmereguleringssenteret i hypothalamus (46). Paracetamol er førstevalget av smertestillende legemidler på grunn av gunstigere bivirkningsprofil enn andre smertestillende legemidler som NSAID nevnt ovenfor (46). Ved overforbruk kan leverskade forekomme og ved inntak av mye alkohol øker sjansene for levertoksitet (46).

## **Lidokain og bupivakain**

I idrettsmedisin benyttes injeksjoner av lokalanestetika, NSAID og kortikosteroider for målrettet behandling og for å unngå systemiske bivirkninger (8, s. 134;100;101). Den smertelindrende effekten av lidokain og bupivakain skyldes blokkade av overføringen av elektriske signaler over membranene i nerver og muskler som hindrer natrium-influks til cellene som stopper aksjonspotensialet (47). Dosering, virketid og halveringstid varierer mellom ulike virkestoff (47). Bivirkninger knyttet til lokalbedøvelse er anafylaksi, systemtoksiske reaksjoner og infeksjonsfare (47). En bivirkning relatert til idrettsutøvere som benytter lokalanestesi er at det å maskere smertene fra en skade potensielt kan forverre en skade.

## Opioider

Opioide analgetika inndeles i svake (kodein og tramadol) og sterke (morfin). Den analgetiske effekten til kodein kommer ved omdannelse til opioidet morfin (ca. 10%) (102), mens for tramadol skyldes den analgetiske effekten at legemiddelet er et prodrug og etter metabolisme i leveren dannes en metabolitt som er opioid-agonist (103). Kodein har raskere innsettende effekt enn tramadol (102;103). De ønskede virkningene av opioidene er smertelindrende, mens noen av de uønskede virkningene og bivirkningene er respirasjonsdepresjon, sedasjon, kvalme, forstoppelse og avhengighet (102;103).

## Kortikosteroider

Glukokortikoider har anti-inflammatorisk virkning ved å undertrykke gener som uttrykker inflammatoriske proteiner og øke transkripsjon av gener som koder for anti-inflammatoriske proteiner (8, s. 312). Bivirkninger forbundet med bruk av glukokortikoider er forandring i kroppssammensetning, tynn hud, beinskjørhet, diabetes og hjerte/kar endringer (104).

Glukokortikoider har også uheldig bivirkning for idrettsutøvere med at de kan gi muskelsvinn (105). Glukokortikoider forbudt å bruke under konkurranse i henhold til dopinglista (11).

### 3.2.4 Dopingmidler

For at et stoff skal havne på dopinglista og være forbudt i idretten må minst to av tre kriterier være innfridd (106):

- Stoffet (eller metoden) må ha potensiale til prestasjonsforbedring
- Stoffet må utgjøre en helserisiko for utøver
- Stoffet er et brudd på idrettens anseelse

Spesifikke stoffer og metoder står oppført på dopinglista (11) som oppdateres årlig (106).

Noen av stoffene er forbudt hele tiden, mens andre er kun forbudt i konkurranse eller i utvalgte idretter der de kan ha fordel. Tabell 2 viser oversikt over stoffgruppene i dopinglista (106). I tillegg til stoffene som er listet opp er det ytterligere spesifisert at «*andre stoffer med lignende kjemisk struktur eller lignende biologisk (e) effekt (er)*» er forbudt (106). Det foreligger også en overvåkingsliste med stoffer som ikke er forbudt i dag, men som inneholder stoffer WADA følger med på om øker i omfang eller misbrukes i idretten (107).

**Tabell 2:** Oversikt over stoffgrupper i dopinglista (106).

<b>Stoffgruppe</b>	<b>Forbudet gjelder</b>
S0. Ikke godkjente stoffer	Forbudt til enhver tid (i og utenfor konkurranse)
S1. Anabole stoffer	
S2. Peptidhormoner, vekstfaktorer, relaterte substanser og mimetika	
S3. Beta-2 agonister	
S4. Hormon- og metabolske modulatorer	
S5. Diuretika og maskerende stoffer	
S6. Stimulerende stoffer	Forbudt i konkurranse
S7. Narkotika	
S8. Cannabinoider	
S9. Glukokortikoider	
M1. Manipulering av blod og blodkomponenter	Forbudt til enhver tid (i og utenfor konkurranse)
M2. Kjemisk og fysisk manipulasjon	
M3 Gendoping	
P1. Betablokkere	Forbudt i enkelte idretter (Biljard, golf, skyting)

## 4 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens forskningsmetode. En utredning av fokusgruppeintervju presenteres i delkapittel 4.1. Deretter informasjon om datainnsamling for fokusgruppeintervju i delkapittel 4.2. I delkapittel 4.3 gjennomgås analyseprosessen. Og i siste delkapittel (4.4) gjennomgås forskningsetiske refleksjon rundt studiens metode.

### 4.1 Forskningsmetode

#### 4.1.1 Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder

Forskningsmetoder deles inn i *kvantitativ metode* og *kvalitativ metode* (108, s. 15) der begge har samme formål: bidra med kunnskapsutveksling til forskningsfeltet (109, s. 19).

Forsknings spørsmål med «hvor ofte», «hvor mange» eller «hva er hyppigst ...» knyttes ofte til kvantitativ forskning (109, s. 143) der målet kan være å nå ut til et stort antall enheter for å samle store mengder data (108, s. 16). I motsetning går ofte kvalitative metoder i dybden av et tema gjennom et færre antall enheter og studerer sosiale fenomener om hvorfor noe er som det er (108, s. 16). Mens kvantitative metoder samler data i form av tall og statistikk, samler kvalitativ metode data i form av ord og tekst (110, s. 40). Metodene kan også kombineres og utfylle hverandre (111, s. 16) da man ved en kvantitativ spørreundersøkelse kan gi resultater det er ønskelig å se nærmere på – eller motsatt – i et kvalitativt intervju kan det dukke opp resultater det er ønskelig å undersøke omfanget av (110, s. 136). Problemstillingen og forskningsopplegg er med på å bestemme metode, og det vurderes hvilket forskningsopplegg som best mulig kan belyse problemstillingen (109, s. 22).

#### 4.1.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode der kombinasjonen av gruppeinteraksjoner mellom deltakerne (kan også kalles informanter) og temafokus produserer data som sier noe om erfaringer og handlinger innad i en gruppe (111, s. 10). Til forskjell fra individuelle intervjuer vil fokusgruppeintervju ha stor vekt på *hvorfor* mennesker har de holdningene de har fordi deltakerne tvinges til å argumentere og diskutere med hverandre (110, s. 155). Et fokusgruppeintervju vil gi deltakerne mulighet til å diskutere, reflektere, være enig eller uenig og komme frem til svar om såkalt «taus kunnskap» i en gruppe (111, s. 10). Ettersom

individuelle meninger kan heller bli undertrykt i en gruppe, er fokusgrupper egnet der man vil ha kunnskap om sosiale grupperes fortolkninger, samhandlinger og normer (111, s. 13).

Deltakernes sammenlikning av erfaringer og forståelser er grunnlaget for en gruppeprosess der det dannes kunnskap holdninger og sosiale praksiser (111, s. 14). Men det må tas høyde for at gruppeeffekter som konformitet kan dempe variasjonen i deltakernes informasjonsdeling (111, s. 15).

En fordel ved fokusgruppeintervju til forskjell fra en spørreundersøkelse med faste svaralternativer, er at deltakerne får mulighet til diskuterer frem svarene uten føringer fra forskeren. Forskerens rolle er å styre diskusjonen og samhandlingen underveis i intervjuet (109, s. 65). En fordel og en utfordring ved denne type intervju er at forsker får en nærhet og relasjon til feltet som undersøkes. Det nyttige med dette er muligheten forskeren får til å innhente nyansert informasjon av temaet som undersøkes, mens det utfordrende med dette er at forskeren får en nærhet til respondentene som kan påvirke analysen (110, s. 130). En fordel, men også en utfordring, er metodens fleksibilitet. Dette gir mulighet til å fange opp uventede vendinger underveis i prosessen og bidra til ny kunnskap, men det er også en utfordring da det gjør metoden kan bli uoversiktlig og inneha mye informasjon (110, s. 135).

## **4.2 Datainnsamling**

### **4.2.1 Utvalg og rekruttering**

Rekrutteringen kan være basert på et strategisk utvalg med deltakere som har nødvendig informasjon for å belyse problemstillingen (109, s. 42). Kriteriene for deltakelse i den nåværende studien var at deltakeren var aktiv spiller i norsk elite ishockey, det ADNO omtaler som toppidrettsutøvere (112), og representerer en klubb i er den øverste herredivisjon for ishockey i Norge; Fjordkraftligaen (113). Det ble i samarbeid med Norges ishockeyforbund valgt ut aktuelle klubber. Deretter ble seks av ti klubber som spiller i Fjordkraftligaen kontaktet med forespørsel om de ønsket å delta (vedlegg 1). Hos klubbene som svarte positivt på henvendelsen ble det opprettet en kontaktperson (lege eller sportssjef) som valgte ut en gruppe deltakere på 4-6 utøvere av omkring 25 mulige deltakere fra hver klubb til å være med i studien.

For store grupper kan føre til at det dannes undergrupper i samme intervju (111, s. 39), det kan bli fare for at gruppe mister tråden (109, s. 40) og at enkelte kan bli inaktive (110, s. 156). For små grupper kan være sårbare for avlysninger og det kan bli lite samhandling mellom deltakerne som kan begrense informasjonsutvekslingen (111, s. 39). Samtidig kan mindre grupper være fordel dersom temaet det snakkes om sensitivt\*\* (111, s. 39), slik som legemiddelbruk kan være. Halkier (111, s. 39) skriver at tre til fire deltakere kan være like vellykket som ti til tolv. Det er med andre ord ikke noe bestemt fasit på dette annet en at å tilpasse forskningsprosjektet.

### 4.2.2 Intervjuguide

Intervjuguidens spørsmål skal best mulig kunne belyse problemstillingen (109, s. 32). Spørsmålene bør være åpne og ikke førende, og intervjuer bør være forberedt på å stille oppfølgingsspørsmål dersom noe uventet skulle dukke opp eller noe man ønsket å høre mer om. Målet bør være å fremme diskusjonen (111, s. 51). Guiden bør begynne med en innledende del, deretter en hoveddel og til slutt en avslutning. Intervjuguiden bør utformes slik at den går fra mindre til mer sensitive\*\* spørsmål underveis (114, s. 49). Intervjuguiden kan følge en semi-strukturert form (vedlegg 2) der forsker skal sørge for at nødvendige spørsmål blir belyst, men lar deltakerne snakke relativt fritt og tillate fleksibilitet så lenge temaet holdes i fokus (115, s. 5).

### 4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Deltakere fikk informasjon før start om estimert tid på rundt 1 time for intervjuet. Hver fokusgruppe ble møtt én gang. I alle fokusgruppeintervjuene hadde deltakerne kjennskap til hverandre fra før av. Alle intervjuene ble gjennomført på hjemmearenaen til klubben. Til stede med deltakerne (utøverne), intervjuer (forfatter av denne studien) og en sekretær (medstudent). I forkant av intervjuet fikk alle deltakerne informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3). Underveis i prosessen etterstrebes *metning* av spørsmålene, som betyr at ny data ikke lenger tilfører ny kunnskap og da kan innhenting av resultater avsluttes (109, s. 37).

---

\*\* Sensitiv temaer er beskrevet av som temaer som kan skape sterke følelser og meninger, eller innebære en trussel eller risiko for dem som er involvert (109, s. 81).



## 4.3 Databehandling

### 4.3.1 Transkribering

Transkripsjon er å skrive ned tale til tekst (109, s. 96). Intervjuene ble tatt opp på lydopptak og transkribert i kort tid, som vil si samme dag og påfølgende dager, etter intervjuet. Da kan eventuelle ikke-verbale observasjoner og stemninger i rommet foresatt memoreres. Dette inkludere blikk, latter, «mm»- og «ehh»-ord, pauser, stillhet og non-verbal kommunikasjon. Det ble også skrevet analysenotater. I all nedskrivning (transkripsjonen og prosjektlogg) er deltakerne anonymisert.

### 4.3.2 Analyse

Nybegynnere bør benytte en allerede etablert analysemetode (109, s. 101) og derfor er datamaterialet er tematisk analysert (TA) etter Braun og Clarke sin sekstrinns fremgangsmåte (116, s. 87-93). TA er en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer i et datamateriale (116, s. 79). Braun og Clarke (116, s. 82) understreker at før analysen kan skje må det settes noen begrensninger.

Første må hva som er definisjon av *et tema* avklares (116, s. 82). I en kvalitativ studie er ikke alltid prevalensen av utsagn eller meninger avgjørende for om det dannes et tema. Det én deltaker sier kan være nok dersom det er viktig for studiens problemstilling. Braun og Clarke foreslår å sette utsagnet opp mot problemstillingen fremfor antall ganger det blir sagt, for å avgjøre om det kan danne et tema (116, s. 82). I analysen for den nåværende studien vil *et tema* inneholde informasjon fra datasettet som kan si noe om og belyse problemstillingen.

Det andre som må avklares er om *hele* eller *deler* av datasettet skal tas med i analysen (116, s. 83). Braun og Clarke foreslår å inkludere *hele* datasettet hvis man ønsker en generell beskrivelse av dominerende temaer og *deler* av datasettet hvis man ønsker å beskrive et bestemt interesseområdet eller spørsmål i datasettet (116, s. 83). I denne studien inkluderes hele datasettet i analysen da det allerede begrenser seg til diskusjon om kulturen til legemiddel- og kosttilskuddbruk.

Tredje avgjørelse angår kodeprosessen og handler om tilnærmingen til analysen er induktiv (datadrevet) eller deduktiv (teoretisk drevet) (116, s. 83). Ved en induktiv tilnærming vil koder danne temaer og ved deduktiv tilnærming vil koder og temaer være dannet på forhånd

(116, s. 84). Denne analysen er induktiv. Koder og temaer er dannet ut fra hva deltakerne har sagt.

Fjerde og siste avgjørelse handler om nivået temaene skal identifiseres ut fra. På et semantisk (beskrivende) nivå identifiseres dataene ut fra overflaten og førsteinntrykk, mens det på et latent (tolkende) nivå undersøkes underliggende årsaker og antakelser for å forme temaer (116, s. 84). Analysen i denne studien skjer på et beskrivende nivå.

Oppsummert er avgrensningene for denne tematiske analysen en induktiv og beskrivende tilnærming til hele datasettet, der hvert tema gir informasjon som kan belyse problemstillingen. Braun og Clarkes seks-trinns prosedyre (116) ligger til grunn for analyse og er presentert på de følgende sidene.

### **Første trinn: Bli kjent med datamaterialet**

Først skal forskeren se etter potensielle temaer og få en generell oversikt for å bli kjent med datamaterialet. Forskeren skal aktivt og søkende tilnærme seg hele datamaterialet og ikke selektere noe foreløpig (116, s. 87). Denne fasen bestod av transkribering, gjentatt lesing og innledende analysenotater.

### **Andre fase: Finne de første kodene**

I andre fase identifiseres trender, hendelser, meninger og enigheter/uenigheter ved hele datasettet. Braun og Clarke viser til tre råd for dette trinnet (116, s. 89). Det første rådet er å kode så mange som mulige temaer. Det andre rådet er å være observant på at konteksten kan gå tapt ved koding, og da foreslår Braun og Clarke å ikke ta den kodede delen helt ut av datasettet, men bevare konteksten det er tatt ut ifra. Det tredje rådet er å tillate og kode samme utdrag med flere koder da dette kan bidra til å få frem viktige motsetninger. Kodene skal foreløpig være mange og spesifikke, og senere vil bli plassert under færre og bredere temaer. Denne fasen ble gjennomført for hånd ved å skrive ut alle intervjuene med bred marg, og deretter gi hver linje en kode.

### **Tredje fase: Lete etter temaer.**

I dette trinnet skal spesifikke koder samles under bredere, potensielle temaer (116, s. 89). Temaene skal kunne si noe problemstillingen og formålet med forskningen. Her ble kodene sortert utfra hva de handlet om i foreløpige temaer. Det ble lagd tankekart til disse temaer med

tilhørende koder, som er et virkemiddel Braun og Clarke foreslår (116, s. 90). Store temaer ble videre delt i undertemaer.

#### **Fjerde fase: Ny gjennomgang av temaene**

I dette trinnet skal analyse materialet gis kvalitet og dataene for det utvalgte temaet bør være meningsfulle og skille seg fra de andre temaene (116, s. 91). Braun og Clark (116, s. 91) foreslår to nivåer av gjennomgang i dette trinnet. Første nivået er å lese gjennom sitater i hvert tema og vurderer om de danner en sammenheng. Mangler det sammenheng mellom sitat og tema, må plasseringen revurderes eller eventuelle nye temaer dannes. Andre nivå innebærer å vurdere hele temaet opp mot hele datasettet og se om temaet gir mening ut fra hele datasettet (116, s. 91). Braun og Clarke skriver at forskeren kan gå frem og tilbake mellom fase tre og fire for å finjustere og omrokere på koder og temaer, samtidig som de skriver at det kan være vanskelig å stoppe denne prosessen, så her må forskeren vurdere når man skal stoppe (116, s. 92).

#### **Femte fase: Definere og navngi temaene.**

Hvert tema skal ha et sammendrag som identifiserer essensen av hva det handler om (116, s. 92). Det skal beskrives hvordan temaet passer inn i forhold til problemstillingen og hva som kommer ut av temaet og dette sammendraget presenteres i resultat delen.

#### **Sjette fase: Presentere analysen**

Resultatene presenteres ut fra formålet med studien. Dette er presentert i kapittel 5.

## **4.4 Forskningsetiske refleksjoner**

### **4.4.1 Informert samtykke**

Etiske prinsipper gjelder egen forskning og hvordan forskeren forholder seg til andre forskeres arbeid (108, s. 20), samt at det gjelder for alle steg i forskningsprosjektet (109, s. 141). Forskning som behandler personopplysninger er meldepliktig og derfor måtte denne studien godkjennes av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (117). Søknaden til (vedlegg 4) og svar fra (vedlegg 5) NSD ligger vedlagt. Før deltakelse i studien måtte hver utøver skrive under på et frivillig informert samtykke skjema utformet etter NSD retningslinjer og

krav. Skjemaet inneholdt informasjon om forskningsprosjektet, hvorfor personen er involvert, formål, finansering, konsekvenser av deltakelse, frivillighet, hvem som har tilgang til informasjonen, hvordan resultatene skal bli oppbevart og brukt til forskning, rettigheter og informasjon om tilbaketrekning av samtykke (vedlegg 3).

#### **4.4.2 Konfidensialitet og konsekvenser av deltakelse.**

Forskningen skal være konfidensiell og deltakernes identitet skal være ukjent (108, s. 205) og skal unngå å gi negative konsekvenser for deltakere (108, s. 26). Thagaard belyser dette som et etisk dilemma der det på den ene siden er et behov for å beskytte informantene, men også et behov for å formidle et faglig relevant perspektiv og forskningsbasert kunnskap (108, s. 205). For at forskningen skal komme utvalget til gode er det viktig at det fremstilles slik at deltaker opplever det som relevant og ikke ukjent (108, s. 209).

#### **4.4.3 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet har blitt kritisert når det gjelder kvalitative studier (110, s. 213). Det vil som Jacobsen skriver være viktig med en kritisk drøfting av metoden for å bevare kvaliteten av forskningen (110, s. 213).

Det skilles mellom intern validitet, som handler om resultatenes gyldighet ovenfor utvalget og det som er undersøkt, og ekstern validitet som handler om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (110, s. 20). Thagaard skriver at forskeren bør forholde seg kritisk til egne tolkninger og posisjon i miljøet som studeres, og forstå sin forskerrolle (108, s. 190). Malterud presenterer tre områder som styrker den eksterne gyldigheten som er en presis problemstilling, et relevant utvalg og en diskusjon av funnene i en større sammenheng (109, s. 133).

Reliabilitet handler om en vurdering av forskningens pålitelighet (108, s. 187). En eksplisitt og gjennomskuelig forklart forskningsprosess er viktig (111, s. 128). I tillegg kan det å anvende triangulering være et nyttig verktøy for å øke både gyldigheten og påliteligheten til studien (111, s. 16). Triangulering kan gjøres på flere måter og handler om å bruke flere innfallsvinkler for å se om resultatene er motstridende eller sammenfallende. Dette kan være flere forskjellige metoder eller forskere som kontrollerer påliteligheten til hverandre (111, s. 16).

# 5 Resultater

Høsten 2022 ble det gjennomført fem fokusgruppeintervjuer med totalt 25 deltakere. Denne studiens resultater kommer fra informasjonen som ble innhentet under disse intervjuene. Det var fra fire til seks deltakere i hver fokusgruppe som ble møtt én gang. Intervjuene hadde varighet fra 50-65 minutter. Deltakerne var mannlige, aktive utøvere i norsk elite ishockey. Alderen på deltakerne var 20-36 år. Disse vil videre bli omtalt som utøvere i resultat- og diskusjonsdelen. Alle intervjuene hadde utøvere med internasjonal erfaring og ulike nasjonaliteter.

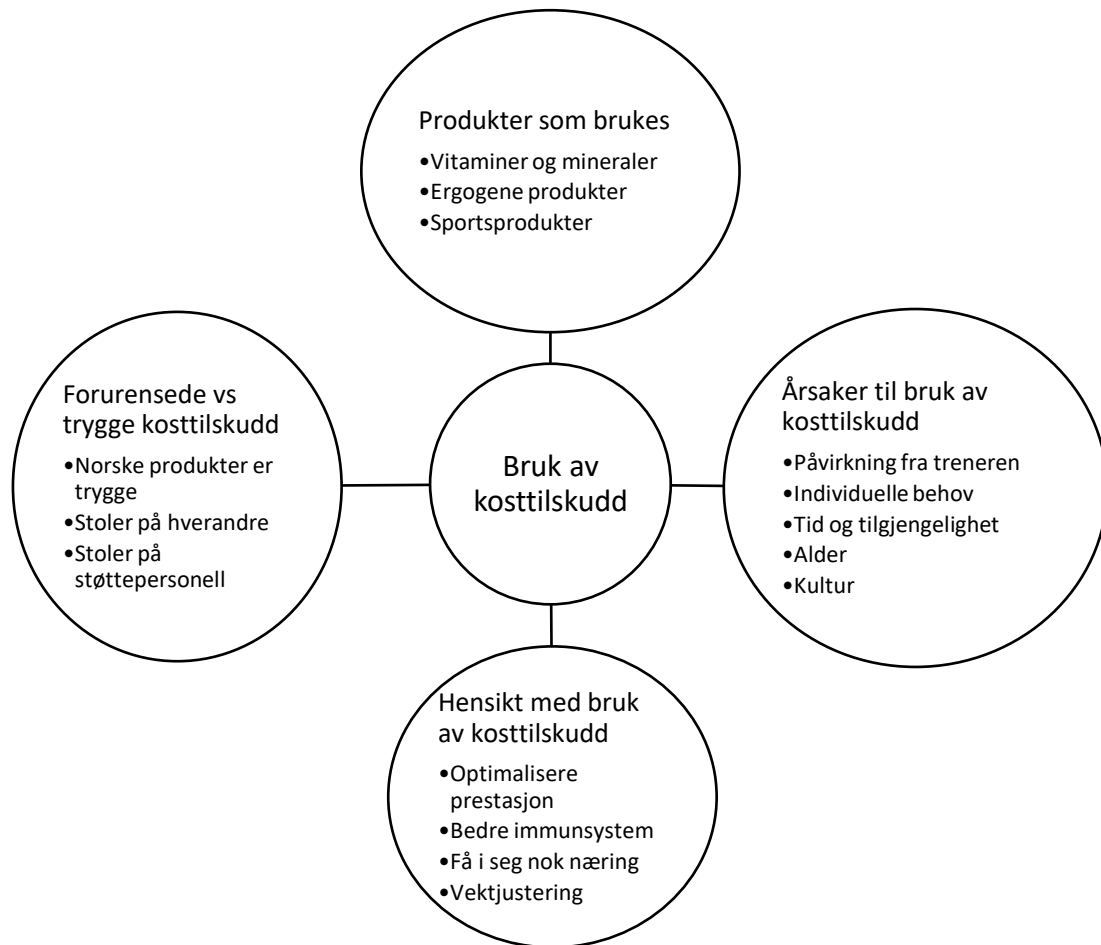
Intervjuene fant sted på hjemmearenaen til hver av klubbene. Til stede var intervjuer og forfatter av denne oppgaven, og en medstudent fra farmasøytisk institutt som sekretær. Datamaterialet som ligger til grunn for det som blir presentert i resultatdelen er først transkribert ordrett av forfatteren, deretter analysert ved bruk av koder og sortert i temaer etter Braun og Clarkes seks-trinns prosedyre for tematisk analyse presentert i delkapittel 4.3.2.

Delkapitlene presenteres etter fem hovedtemaer som ble identifisert i analysen. Et trinn i analysen var å skrive sammendrag til hvert av temaene og disse vil bli presentert først i hvert delkapittel, sammen med en oversikt over hovedtema, undertema og koder i oversiktsfigurer før resultatene legges frem.

## 5.1 Bruk av kosttilskudd

### 5.1.1 Temasammendrag og oversiktsfigur

Temaet *bruk av kosttilskudd* forteller om holdninger utøverne har til bruk av kosttilskudd, hvilke produkter som brukes og hvorfor de velger å bruke produktene. I tillegg gir temaet innsikt i hvordan utøverne kontrollerer at kosttilskuddene de bruker er trygge med tanke på forurensede produkter og doping. Temaet gir økt kunnskap om kulturen for bruk av kosttilskudd norsk elite ishockey og inspirasjon til det forebyggende antidopingarbeidet. Hovedtema med tilhørende undertemaer og koder er presentert i figur 2.



**Figur 2:** Hovedtema *bruk av kosttilskudd* med tilhørende underkategorier og koder.

### 5.1.2 Produkter som brukes

Utøverne assosierte kosttilskudd med «pulver» og «konsentrert mat» i form av eksempelvis proteiner, antioksidanter, vitaminer eller koffein. Proteinpulver og kreatin skiller seg ut og identifiseres som mye brukt. Det er enighet om at «de fleste går på kreatin» og «de fleste på laget egentlig bruker proteinpulver». Det kan av og til virke som det er en uvisshet om hva som går under kategorien kosttilskudd, da en utøver forteller at han har «aldri brukt noe, det er bare proteinshake fra proteinfabrikken og sånne ting, men det er bare vanlig whey-protein». Flere utøvere forteller at man ikke alltid ser alt av hva som brukes, men «proteiner og kreatin er vel det vi ser» og «det er det folk tar i garderoben, før og etter trening». Videre er «sportsdrikker», «fruktsukker» og «elektrolytter» ofte nevnt. Det samme er «vitaminer», «tran», «jern», «magnesium», «rødbetpulver» og «sink». «Pre-workout», «koffein»-tabletter og «beta-alanin» brukes også, men av færre. Flere utøvere tar tydelig avstand til bruk av «pre-workout» da dette forbindes med «de som blir tatt i doping» på grunn av «forurensede

produkter». En av fokusgruppene forteller at hele laget holder seg unna pre-workout og «vi tar kaffe» istedenfor pre-workout. Under presenteres en samtale fra en av fokusgruppene som belyser omfanget og bruken av kosttilskudd:

*«Jeg tar jo multivitaminer, omega 3, vitamin D, preworkout, men må jo sjekke at den er lovlig da. Proteiner, kreatin, sink, magnesium. Det er det. Ikke noe mer enn det».*  
(Utøver 10)

*«Tror nok alle tar det»* (Utøver 11)

*«Ja, jeg tror nok for så vidt alle tar noe av det»* (Utøver 7)

*«Ja, jeg og»* (Utøver 8)

*«Ja, jeg også tar det»* (Utøver 9)

*«Ja, jeg også, utenom preworkout»* (Utøver 11)

Intervju 2, side 3

### 5.1.3 Hensikten med bruk av kosttilskudd

Utøverne forteller at kostholdet i ishockeymiljøet er bestående «*variert kost*» og det er «*veldig individuelt*» hva som spises. De uttrykker at «*de fleste er veldig opptatt av å hvertfall få i seg nok*». En utøver utdyper dette:

*«Er ikke alltid det går så veldig mye på hva man får i seg, men når man trener såpass mye og spiller så mye kamper som vi gjør er det viktig å få fylt på med karbohydrater og kalorier i kroppen så vi har nok å gå på.»* (Utøver 13)

Intervju 3, side 6

Det serveres ofte fellesmåltider i forbindelse med trening og kamp, avhengig av hvor mye ressurser og tid klubben har. Flere av utøverne understreker viktigheten av å få i seg mest mulig mat. «*Jeg tenker mest på å bare prøve å få i meg mest mulig mat jeg*» og «*under sesongen synes jeg det er viktigst å bare få i seg mest mulig mat*» er gjentakende når det gjelder kosthold. En utøver forteller at han opplevde mer fokus på kosthold og tettere oppfølging med ernæringsfysiolog i andre land sammenliknet med Norge:

*«Vi hadde kostholdsskjema individuelt. Det er jo ekstremt, det blir nesten for ekstremt. Det blir for mye. Du får en liste over hva du skal spise og hvor mye. Da tenker jeg du er mer inne på fitness. Om du begynner å veie maten og sånn. Så det handler jo om å finne en balanse. Må ikke blir for mye eller for lite.» (Utøver 18)*

Intervju 3, side 3

Utøver 18 forteller videre at han følte han var «mer frisk» og «aldri syk» da han spiste etter en streng kostholdsskjema, og forklarer dette med at han fikk «nok mengde hele tiden» av alle næringsstoffer og kosttilskudd. Nå når han ikke følger et så strengt regime føler han immunsystemet er dårligere og at han er mer syk. En utenlandsk utøver som i dag spiller i norsk ishockey forteller om oppfølging med ernæringsfysiolog at han har «vært her i fire år, og vi har fortsatt ikke hatt noen sånn her». Noen av de andre utøverne uttrykker at «kunnskapen blant unge norske hockeyspillere er mye dårligere på ernæring enn i andre land».

Praten om kosthold fører intervjuene over til å snakke om bruk av kosttilskudd. Flere utøvere forteller at unge utøvere ofte får beskjed om å gå opp i vekt, mens de eldre får beskjed om å gå ned i vekt og at dette kan føre til at det blir «mye lettere og ty til» bruk av kosttilskudd.

*«Når du er yngre blir du ofte fortalt om å spise mer for å gå opp i vekt. At du må bli tyngre. Men det varierer for alle trenere jeg har hatt har tidligere har sagt at jeg må bli tyngre. Eller da jeg var yngre, måtte jeg bli tyngre, at det har vært bra for meg å bli tyngre. Men han treneren jeg har nå vil at jeg skal bli lettere.» (Utøver 12)*

Intervju 2, side 6

De forteller at i oppbygningsperioder der man ønsker å gå opp i vekt for å konkurrere på det nivået man søker, så kan man «med proteiner og kreatin kunne øke litt i vekt». «Videre snakker en utøver om at grunnene til dette er at «det første steget som hockeyspiller er det fysiske. Det er veldig få 18 og 19 åringer som har den fysikken som kreves. Så det får du beskjed om er at du må legge på deg og bli sterkere». En annen utøver forteller at vekt også kan variere i forhold til posisjon på banen og at «i duellspill vil du veie mer i taklinger og alt sånn, mens i fart og utholdenhet vil du veie litt mindre.» En utøver forklarer imidlertid hvordan moderne hockey skiller seg ved at man har gått bort «at hvis du spilte back så skulle du være stor og tung, og hvis du var løper skulle du være litt mer eksplosiv og lett og ledig».



Rundt vekt uttrykker flere utøvere at «*det er jo press på å ha en vekt, det tror jeg alle her har kjent på*». De snakker om at man skal «*holde en stabil vekt*» og «*hvis man går for mye opp får man jo høre det*». En utøver forteller hvordan han oppfatter kosthold og mat etter hvert som han har blitt mer profesjonell:

*«Jeg følte jeg var mye flinkere til mat før. Det handler kanskje litt mer om litt press kanskje fra trener og alt det. Profesjonaliteten er veldig høy her da. Så når jeg var i andre lag spiste jeg veldig mye mer og mye mer riktig [...] Tenkte ikke så mye på kropp og sånne ting. Så, men når jeg jobba mer og sånn tok jeg meg alltid god tid til å spise for hvis jeg skulle gjøre en ordentlig arbeidsdag og trene så måtte jeg ha mat. Maten var viktig.» (Utøver 9)*

Intervju 2, side 5 og 6

Utøverne kommer også inn måter de bruker for å optimalisere vekt. Utøverne forteller:

*«Det er som regel sånn at skal man telle kalorier så er det som regel på sommeren. Der man trener litt mindre, men man trener jo hardere på fysio-delen. Så kan man sette ned litt mindre mat, for å gå ned i vekt eller opp i vekt og forskjellig ting. Også justerer litt sånn da. Men i sesong så trener vi og spiller såpass mye kamper så da er det sånn, da er det bare å få i seg så mye som mulig, så da pleier man å gå litt opp under en sesong enn hva man gjør en sommer.» (Utøver 13)*

Intervju 3, side 6

*«I fjor så prøvde jeg å gå ned i vekt og da spiste jeg mindre karbohydrater. Og da merket jeg at energinivået mitt er lavere, jeg orker ikke like mye den perioden jeg spiser mindre.» (Utøver 10)*

Intervju 2, side 6

*«Jeg har kjent på det jeg også når jeg ned i vekt og spiser mindre karbohydrater og fett så har man ikke samme energi som det man har om man spiser en pose chips i ny og ne.» (Utøver 11)*

Intervju 2, side 7

En utøver forteller at han bruker en app på mobilen (MyFitnessPal) for å telle kalorier, og virker opptatt av å telle kalorier. I et spørsmål om de bakgrunnssjekker kosttilskudd som barer og proteinshaker før de spiser eller drikker dem, svarer sistnevne utøver at han bare «sjekker bare kaloriene ... det avgjør om jeg skal spise». Rundt veiledning om kosthold forteller utøverne at «noen av gutta tips av fysiotreneren vår ... men ikke noe sånn skikkelig profesjonelle greier, mer bare noen sånne småtips fordi vi kanskje ikke kan like mye som han.» En annen uttrykker seg om vektjusteringer på denne måten:

*«Det er vel mest og bare ha kontroll på hva man spiser da. Spiser man tre måltider eller fire måltider så har det litt å si. Så sånn vi sier da at i sommerperioden så trener man kanskje en fys-trening om dagen, og ikke fys og is-trening. Så da er det ganske mye mer kontroll på hvor mye du faktisk forbrenner. I sesong så er det dumme du kan være, å være i underskudd. Da tar det mye lenger tid å hente seg inn.» (Utøver 15)*

Intervju 3, side 8

I forbindelse med justering av vekt og kosthold leder en av utøverne samtalen inn på bruk av kosttilskudd:

*«Der kommer jo kosttilskudd inn, og proteinpulveret. At du i alle fall får i deg nok proteiner i stedet for mat. At du spiser mindre mat, spiser heller en ok porsjon mat også tar du en proteinshake med proteiner på en måte med veldig lite kalorier for å få i deg proteinene.» (Utøver 12)*

Intervju 2, side 8

Utøverne snakker om bruk av kosttilskudd for å gå opp i vekt. De blir derfor også stilt spørsmål om de er kjent med bruk av kosttilskudd for å gå ned i vekt. En umiddelbar kommentar til dette er: «det tror ikke jeg er ganske populært i toppidretten, for å være helt ærlig». En annen utøver tilføyer at han tror «nok det er større sannsynlighet for å brenne seg på noe ulovlig» ved bruk av den type stoffer. Noen av utøverne har internasjonale erfaringer og andre perspektiver på dette. Der forteller en utøver at han «kjenner mange som bruker sånn fettforbrennende» i andre land blant hockeyspillere. Han vet ikke hva det er for han «har ikke peiling på sånt.» Utøver i samme fokusgruppe lurer på om det er «efedrin» eller «pseudafed», før en forklarer:

*«Nei ja, det er noe sånn efedrin eller noe sånn i det. At du skal orke jævlig mye mer også forbrenner du som faen. Som slankepiller da. Men det er jo doping rett og slett. Men man er jo litt sånn, nå er det flere her som har vært mye mere rundt enn meg, men det er jo sånn at jeg ser for meg at det er en annen kultur, sånn som de fra Øst-Europa og Russland, føler det er en litt annen kultur der.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 9

En utøver forteller også at hensikten med bruk av kosttilskudd kan være at man «tenker det skal fremheve» en prestasjon. I forbindelse med optimalisering og bruk av kosttilskudd samtaler utøver 6 og utøver 3:

*«Prøver alltid å optimalisere uansett hvor man er i karrieren» (Utøver 6)*

*«Ja, akkurat det!» (Utøver 3)*

*«Du tenker at nå er jeg her, det går jævlig bra, så tenker man jo alltid at det er noe som kan gjøre at jeg kan bli bedre.» (Utøver 6)*

*«Ja, er en sånn søken på å bli bedre. Kroppen skal være best mulig skodd for det som kommer. Jeg tror det er det det går mest i.» (Utøver 3)*

*«Så er det jo ikke sånn at kroppen får det jo ikke bedre med åra når man er idrettsutøver, vil jo smøre den mest mulig» (Utøver 6)*

Intervju 1, side 5

En utøver forteller om bruk av kreatin at:

*«Vi fikk beskjed om at man kanskje kunne bruke det litt på sommeren når det er mye mer styrketrening når man skulle bygge litt muskelmasse. Men jeg har aldri prøvd det, men jeg vet det er noen som har prøvd det og driver med det litt.» (Utøver 25)*

Intervju 5, side 5

En utøver forteller om bruk av pre-workout og sier at han bruker det «før et løft» for å bli klar. Da utøverne diskuterer om bruk av kosttilskudd kan være en inngangsport til sterkere stoffer forteller de at man tenker «jo alltid at det er noe som kan gjøre at jeg kan blir bedre». De er inne på diskusjon rundt en søken på å alltid optimalisere og bli bedre, og dersom man merker

effekt av noe så vil man forsøke noe annet. Bruken av kosttilskudd knyttes opp mot produkter som gjør at *«kroppen kan prestere best mulig»*. Allikevel diskuterer de at de ikke tenker det er så relevant for toppidrett, men heller relevant for de som *«trener på gymmen hjemme fordi han skal se bra ut»*. Kosttilskudd er mer påfyll for spillerne slike de ser det.

#### 5.1.4 Årsaker til bruk av kosttilskudd

Utøverne beskriver i likhet med kosthold også kosttilskuddbruken som *«varierende»* og *«individuell»*. *«Noen tar noe, også er det noen som ikke tar noe»* og noen *«har behov for ekstra»* tilførsel av næringsstoffer og vitaminer. Flere utøvere trekker frem at de føler seg mer småsyke når de ikke tar diverse kosttilskudd. En utøver beskriver at enkelte spillere svetter enormt mye og er *«avhengig av å fylle på mer enn andre for å ikke få kramper under trening eller kamp»*, og da bruker de *«resorb under kamp»*. For andre handler det om *«å fylle på i forkant så man ikke stivner halvveis ut i trening eller kamp»*. En utøver sier han drikker proteinshake etter trening fordi *«det er vanskelig å spise etter trening»*. Flere av utøverne ser kosttilskudd som mat og ekstra *«proteiner og karbohydrater»*. *«De barene»* de får regnes ikke som kosttilskudd, men mat.

Det diskuteres også det reelle behovet for kosttilskudd som idrettsutøvere og rundt det er det delte meninger. *«Jeg tror ikke teknisk sett at vi trenger proteinpulver ... men føler det er en grei måte å få i seg protein om man har trent eller vært på kamp»* forteller en utøver. Bruken handler om *«følelsen av at man aldri vil havne under»* på minussiden og det handler om å *«få i seg det nødvendige»*. Det snakkes om sikringskost. *«Det handler om å fylle på etter trening for å ikke minke restitusjonstiden»* og *«er en grei måte å få i seg proteiner om man har trent eller vært på kamp»*. En utøver påpeker at energibehovet til utøverne er stort og at bruken av kosttilskudd er en konsekvens av dette: *«Blir en måte å få i seg når man trener mye, isteden for å måtte ty til store måltider.»* Samtidig forteller flere utøvere at de strengt tatt ikke tror det er en nødvendighet. De fleste *«klarar seg uten kosttilskudd store deler av karrieren»* er det en utøver som sier, og begrunner dette med at han *«tror man kan spise normal mat og få i seg nok gjennom mat»*.

I en av fokusgruppene diskuterer utøverne at ikke alle utøverne er helprofesjonelle, og at noen har en annen jobb ved siden av satsningen. For de som jobber ved siden av ishockeysatsningene gjør det til at de ikke kan *«prioritere maten rett etter trening»* da de må på jobb. Da blir det ofte proteinshake i stedet for mat. Noen snakker om at de kan *ha «lite tid*

*til å spise alt mulig»* av mat idrettsutøvere trenger. Også noen av utøverne som spiller ishockey på heltid forteller at det ofte er hektisk da de rett etter trening skal til *«fysio eller møter»*, og da blir bruk av kosttilskudd bare for å fylle på med noe.

Tilgjengeligheten til kosttilskudd diskuteres også. I perioder forteller utøverne at de kan være sponset av ulike leverandører, og det kan spille en rolle for hvor mye de bruker av kosttilskudd. En utøver forteller at *«før fikk jo av klubben, men nå får vi jo ikke lenger og jeg tror egentlig mange bare ikke gidder å bruke penger på det selv.»* Han forteller at de hadde *«et rom fullt av produktmerke<sup>1</sup>. Det gjorde jo til at alle bare tok»*. Tilgjengeligheten uttrykkes også av en annen klubb med at de tror *«de fleste tar protein, den vi har nede, proteintilskuddet»*.

En annen årsak til bruk av kosttilskudd som identifiseres er alder. En utøver sier at bruk kommer *«an på hvor man er i livet»*. Som unge forteller de at det brukes *«masse forskjellig»* for å bygge muskler og komme opp i vekt. Som unge hockeyspillere som ønsker å gå opp i muskelmasse kan det være større sjanse for å bruke proteinpulver og kreatin, mens at de eldre på laget ikke har like mye behov for det da kanskje skal heller ned i vekt.

Bruken kan også relateres til tradisjoner utøverne forteller om. En utøver snakker om at *«jeg ble introdusert til det ganske tidlig, omega 3 og D-vitamin gjennom trener og når man er ung tenker man det er bra.»* En annen utøver forteller han *«begynte tidlig med omega-3 og magnesium, jeg fikk det til frokost av mamma og pappa. Siden har jeg holdt på det i alle år.»*

Flere forteller om erfaringer fra Russland og uttrykker at *«det er en helt annen mentalitet på det der»*. En utøver som har spilt Russland forteller at til forskjell fra Norge fikk de *«utdelt en kopp, med piller, fire til fem stykker»* hver morgen når man kommer til hallen. Mest sannsynlig er dette vitaminer forteller samme utøver. De utøverne som forteller om Russland, forteller at der er de veldig opptatt av *«at du skal få i deg det rette hele tiden»* og *«de gir ut piller for alt virker det som»*. Utøverne forteller at *«det er helt annen holdning»* til sånne ting der, og at dette aldri ville skjedd i Norge. Enkelte av utøverne har også erfaring fra USA og forteller at det *«var mest preworkout og kreatin»* og *«ikke så mye proteinpulver»*. En annen forteller at endel NHL-spillere er ambassadører for ulike produkter, og at det kan påvirke hva disse utøverne bruker. Han forteller at det er lett å tenke: *«Hvis det funker for dem så kan vi*

---

<sup>1</sup> Anonymiserer produktnavn.

*teste, også kjenner man det funker litt for meg også. Også går det og en annen som prøver, du bruker det, så begynner det sånn også ruller det litt».*

Utøverne kommer inn på at bruken av kosttilskudd kan komme av påvirkning fra treneren, legen eller andre i teamet rundt utøverne som de har stor tillitt til. Og snakker generelt om at de stoler på legen eller trenere, og tenker at om det kommer en anbefaling om bruk fra trenerne eller legen så er det en god grunn til det.

Flere klubber forteller at det er fokus på vanlig mat fremfor kosttilskudd. I en av fokusgruppene forteller de at det alltid er tilgang brød, yoghurt, müsli og frukt. «*De foretrekker jo helt klart at det er noe vi spiser fremfor proteinshake*». Det tilrettelegges for fellesmåltider med vanlig mat rett etter trening. Og utøverne forteller at kulturen i Norge er annerledes enn det de har opplevd i utlandet. Jeg spør om hvis legen eller treneren deres her hadde gitt dem en kopp med piller, hva hadde dere tenkt om det, og da er svarer til en av utøverne umiddelbart:

*«Hva er det som skjer nå?» (Utøver 19) (Ironisk og alle ler)*

Intervju 4, side 9

### **5.1.5 Forurensede og trygge kosttilskudd**

Utøverne diskuterer renhet av kosttilskuddene de bruker. En utøver forteller at han synes det var lettere å være trygg på at produktene han brukte ikke var forurensede før:

*«Da var for eksempel et proteinpulver fra Life et proteinpulver Olympiatoppen gikk god for, nå så går dem vel ikke god for noen ting» og han mener dette fører til at «i dag skyter jeg fra hofta uansett ... så akkurat på research der nå så gjør jeg ikke så mye, så lenge det er produsert eller selges i Norge». (Utøver 5)*

Intervju 1, side 7

Det er enighet blant de fleste utøverne at produkter kjøpt i Norge er trygt og at produkter bør bestilles fra populære nettsider og store firmaer. De velger å unngå «*shady*» nettsider og utenlandske butikker.

*«Norske og danske produkter skal jo være trygge. Hvertfall norske da. Det er jo skikkelig dumt for dem hvis de ryker på en smell. Og de er jo i butikker også. På XXL.*

*Ja, de kan jo ikke stå der hvis de er, hvis det er noe urene stoffer der da. Da er de i hvertfall noen som har gjort noe feil. Det står jo vanligvis på dem at dem er testet også da.» (Utøver 14)*

Intervju 3, side 10

En utøver forteller om hvordan produkter kan bli forurenset:

*«De masseproduserer masse produkter samtidig, så bytter de bare produkter, men fortsetter med samme maskin. Så blir det forurensa. Det er likesom forurensa. Men det Life lager er norsk produsert eller sertifisert, tror jeg da. Eller sertifisert av Norge ja. Det føles trykt, men så vet jeg ikke om det er.» (Utøver 10)*

Intervju 2, side 7

I tillegg til å stole på Norge, stoler de på hverandre. Flere utøvere forteller de «kjøper det andre kjøper» og at det er en felles enighet om hva som er trygt. Produkter ingen har blitt tatt i doping av å bruke blir stort sett merket som trygge. En utøver forteller om gruppementaliteten som oppstår:

*«Det er jo lettere å ta hvis det er andre på laget som tar det, så ja er jo kanskje en sånn felles forståelse av at det er greit. Så da føler jeg at det er kanskje lettere å ta det selv, det regner jeg med at laglegen har sjekka opp.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 2

En annen utøver forteller han en gang måtte kjøpe et kreatin fra en ukjent produsent da de var utsolgt for hans vanlige på Life, og «den så veldig shabby ut». Da hørte han med laglegen og fikk han til å sjekke. En av hovedgrunnene til at han spurte legen var at ingen andre på laget brukte produktet.

Til sammenlikning med at de stoler på norske produkter har de fleste liten tillitt til produkter kjøpt i utlandet. Da de introduseres for kosttilskudd kjøpt i Spania «blinker noen varsellamper» og det er «mye mer utrygt» er alle utøverne enig i. Enkelte uttrykker at de er «skeptiske bare til Sverige», samtidig som de forteller at «det er jo sånn at fortsatt handler folk noe der». Mye av skepsisen til kosttilskudd fra utlandet kommer av at utøverne er kjent med tilsynelatende uheldige situasjoner der utøvere har blitt dopingtatt etter bruk av forurenset kosttilskudd.

Det diskuteres andre måter å sjekke kosttilskudd på som at de «kunne gått til antidoping-siden», tatt den generelle «øyetesten», «sett bak på esken eller etiketten hva som er i», se etter ett «no-go merke» eller «snakket med legen» for å få en vurdering derfra. I forbindelse med research av kosttilskudd uttrykker utøverne stor tillitt til personelle rundt seg. Det stilles spørsmål om de hadde tatt kosttilskudd utdelt av lege eller annet personell rundt dem, og da er svarene følgende:

*«Legen er ingenting å bekymre seg for. Hadde legen sagt jeg skulle tatt noe så hadde jeg tatt det, diskuterer ikke med legen.» (Utøver 11)*

*«Der diskuterer du ikke. Får du det så tar du det. Hadde jeg fått beskjed av noen på laget mitt at jeg skal ta det her så tar jeg det.» (Utøver 10)*

*«Hadde de gitt oss noe så hadde jeg tenkt kjør på. Hadde ikke tenkt så mye på det» (Utøver 12)*

*«Jeg tar det, de har bekgrunnsjekket det.» (Utøver 8)*

Intervju 2, side 12-13

*«Jeg vil nok tro at laglege eller fysio som kommer med noe så skal det være ganske godt gjennomgått av både de selv og trenere for at det er aksept for at det blir delt ut og sånn.» (Utøver 13).*

Intervju 3, side 13

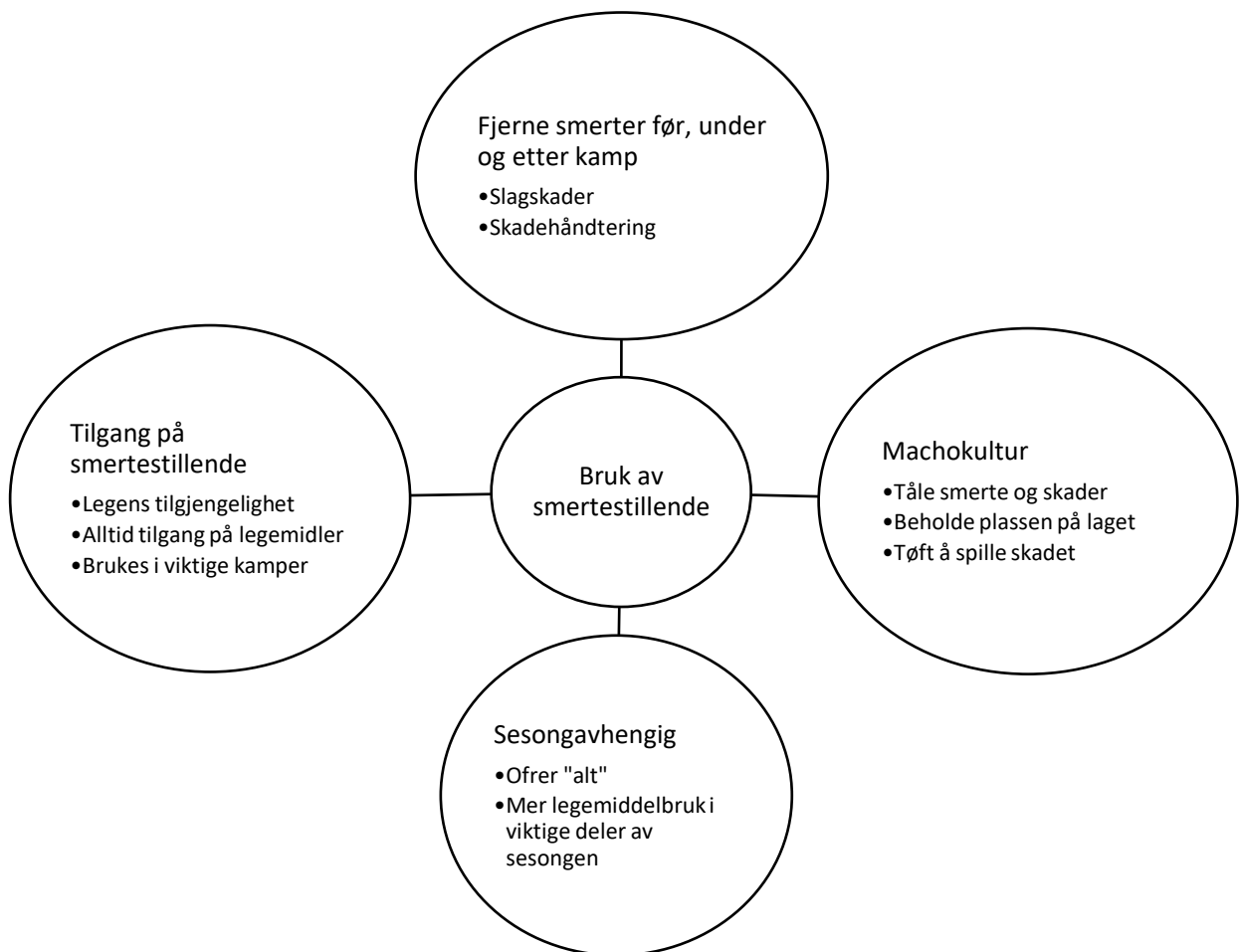
Det diskuteres også hvilke research utøverne gjør om de får utdelt kosttilskudd i en goodiebag eller vinner noe. Først forteller de at de ville nok gjort en generell «øyetest» og «at de hadde jo vurdert hva» slags produkter det var. Deretter forteller de at det er lett å tenke at det er en premie eller bare noe mat de har fått. En utøver sier: «er jeg redd jeg hadde glemt meg litt ut og tenkt ja takk og spist uten å tenke så mye på det. Tenkt ikke over at det er kosttilskudd for eksempel» og det er «lett å bare hive innpå».



## 5.2 Bruk av smertestillende legemidler

### 5.2.1 Temasammendrag og oversiktsfigur

Dette temaet identifiserte relativt mye bruk av smertestillende legemidler i norsk ishockey og årsakene rundt dette er illustrert i figur 3. Temaet gir innsikt i hvordan utøverne og støttepersonell rundt utøverne håndterer smerter og skader i forbindelse med kamper og trening med legemidler. Gjennom dette temaet innhentes kunnskap rundt tilgangen utøverne har på smertestillende legemidler, hvordan bruken varierer gjennom sesongen og utøvernes holdninger til bruk av legemidlene. Temaet gir også et innblikk i hvordan machokultur og maskulinitet kan føre til økt bruk av legemidler



**Figur 3:** Hovedtema *bruk av smertestillende legemidler* med tilhørende underkategorier og koder.

## 5.2.2 Fjerne smerter før, under og etter kamp

Det diskuteres at idretten utsetter utøverne for tøffe fysiske påkjenninger. Vi «får jo slagskader, som gjør vondt og det kan være greit å få bort smerter før man skal ut i konkurranse» forklarer utøverne. Legemidlene som diskuteres er «Paracet», «Ibux», «Voltaren», «Vimovo», «Kortison», «Tramadol», «Paralgin Forte» og «lokalbedøvelse». Spesielt «Paracet og Ibux er jo for så vidt mye brukt da når det er mye matcher». Bruken forklares videre med at det er for å:

*«Ta livet av noen smerter og betennelser og sånne ting da. Får mye slagskader. Og som X sier er det mye matcher og sånn, så er noe man kan ta for å bli klar da likesom. Hvis det er kamp neste lørdag så kan det være litt kjappe løsninger på ting kanskje.»*  
(Utøver 24)

Intervju 5, side 10

En utøver forteller at han «har vært borti mange ganger at folk blir satt sånn sprøyte på før en match for at personen har vondt et sted så for å klare å spille». Legemiddelnavn vet ikke utøveren da det er legen som styrer det. I en annen fokusgruppe forklarer en utøver det samme og utøveren ordlegger seg med lokalbedøvelse i sin forklaring:

*«Altså det er noe man kan ta hvis man har fått seg en smell da. Så rett og slett bare for å spille uten for mye smerte. Så tar du. Det er veldig vanlig for eksempel i sluttspill og sånn da. Prøver å kanskje unngå det under serien da. Men i sluttspillet så er det, tror jeg det er nesten, at det finnes i alle lag, at alle spiller litt halvskada, så setter du kanskje en sprøyte i skulderen eller i beina bare for å spille hvis du har fått noe skudd der.»* (Utøver 21)

Intervju 4, side 11

## 5.2.3 Machokultur

Da det gjelder valg ved bruk av smertestillende, er machokultur en viktig årsak. Men er en utøver skadet forsøker man «alltid å ta smertestillende før man sier stopp.» Utøverne forteller at mentaliteten i ishockey er en machokultur der de skal tåle smerte og skader:

*«Er jo litt machokultur vi er i. Man skal spille uansett med mindre man ikke kan i det hele tatt. Du skal være veldig skada og syk for å stå over viktige kamper.» (Utøver 3)*

Intervju 1, side 13

Utøverne ble spurt om de kunne diskutere deres tanker om mer eller mindre bruk av smertestillende legemidler i ishockey sammenliknet med resten av befolkningen eller annen idrett. Til dette svarer de at de tror det kan være en del i hockey *«på grunn av smerter og skader»*. En utøver forteller:

*«Ja er jo litt sånn macho og løshet ... jeg tror miljøet rundt hockey er litt sånn at man kjører på til det rett og slett ikke går. Ja, kjører på. Du har ikke lyst å miste plassen din for dem forsvinner.» (Utøver 11)*

Intervju 2, side 16

Det støttes av flere at man *«kjører på»* og begrunnes med at man *«har ikke lyst å miste plassen din, for den forsvinner»*. De forteller at man *«kommer seg jo likesom alltid igjennom»* smerter og skader, men samtidig forteller en utøver ærlig at *«når jeg tenker på skader jeg har hatt skulle jeg sikkert ikke spilt med mange av dem.»* Videre forteller utøveren at *«men samtidig ender man jo opp med å bare gjøre det helt til det sier stopp eller gir seg. Samme med sykdom, man ja...»*.

En utøver beskriver en sammenlikning med skader i ishockey og fotball:

*«Ja, og med at vi spiller så tett også og at vi har sammenliknet med fotball, hvis du har en slagskade i fotball, så har du det vondere ved å springe enn det vil være å skøyte fordi det du sklir. Så du får ikke samme belastning hvis du har vondt i kneet. Så jeg føler at skadene er så sykt varierende, du har slagskader, slitasjeskader. Har du vondt i en arm kan du fint spille eller et kne så kan du greit spille. Hvis du har samme skaden i fotball føler jeg du har, da har du for vondt, du kan ikke spille normalt.» (Utøver 12)*

Intervju 2, side 16

En utøver forteller da han *«spilte med brekt arm. Jævlig vondt, men jeg var kul»*. En utøver forteller om hvordan machokulturen er fra ung alder:

*«Føler det har vært sånn siden jeg har vært ung. For min del da så hører man jo alltid om at de som er eldre spiller med de og de skadene, og har det sånn. Det er litt den macho-rykte og idretten også har litt det der macho-rykte. Så jeg husker selv fra jeg var yngre at det var nesten litt sånn kult å spille skada, på en måte. Da kunne du nesten skryte litt av det til lagkompiser og sånn: 'hehe jeg er skada, men spiller'.» (Utøver 10).*

Intervju 2, side 18

Utøverne forteller at det *«er ikke farlig å ha litt vondt»*. De er forsiktig med bruk av smertestillende når det ikke er matcher eller viktige treninger, og at det er viktig å ikke maskere smerter når det ikke er behov for det. En utøver forteller om bruk av smertestillende at *«om du bare har litt sånn vondt, da tar du det ikke»*. En annen utøver forteller:

*«Jeg personlig bruker minst mulig. Har heller litt vondt. Men vurderer situasjonen. Skal jeg bare sitte hjemme i sofaen tar jeg ikke smertestillende. Hvis man bare sitter og tar masse piller vil man jo heller ikke mer når smertene blir borte sånn på ekte. Vet jo ikke hvordan det kjennes i benet om man bare bruker masse. Har ikke kjent noe på flere dager om man bare tar masse.» (Utøver 1)*

Intervju 1, side 16

#### **5.2.4 Sesongavhengig**

Utøverne oppfatter legemiddelbruken som fornuftig for *«det er jo legen som styrer det ... derav blir det fornuftig»*. I spørsmål om det brukes mye smertestillende er svarene ofte at *«her er det veldig lite, sammenliknet med andre steder jeg har vært»*. Utøverne forteller at de har retningslinjer om *«at man vil helst ikke bruke det»*, men samtidig vet og forteller også at det blir mye brukt. De understreker at det er *«mest i kampsesong»* og *«veldig lite bruk av det om sommeren»*. De forteller at i *«eliteidrett så har man ikke tid til å gå i styrkerommet og gjøre rehab»*. Men *«utenom sesong så kan du gjøre noe annet, hvis du har skada deg så kan du gjøre noe annet likesom»*. En utøver sammenlikner en vanlig sesong og korona-sesong der han forteller han hadde mange måneder av isen og tid til å gjøre noe annet, men uttrykker at som idrettsutøver har du ikke tid til det hvis man skal beholde plassen sin i en vanlig sesong. Under en vanlig sesong forteller de:

*«Kanskje mot sluttspillet da, da skal terskelen for å ikke spille være veldig høy. Er kanskje der det med legen er ja, klarer man å holde ut eller skader man seg igjen. Er det igjen 6 uker så holder du ut. Så hvis du har en kommende operasjon etter det så hvis du går på noe sterkere tabletter i de 6 ukene en så lang periode før operasjon, så er det klart at faren for å få en avhengighet ligger der. På akkurat Tramadol og de tablettene som vi er inne på her. Men det er ikke veldig ofte, men man hører om det noen ganger. Men det er unntak. Men at man har et overforbruk i en sånn periode skjer nok oftere enn kanskje andre idretter fordi det er så intenst i en sånne perioder.»*  
(Utøver 6)

Intervju 1, side 13

Om sluttspill forteller en utøver at man bruker *«ekstra voltaren eller paracet i disse periodene»*. Og at han tenker *«det skjer oftere i ishockey enn i andre idretter fordi det er så intenst i en sånn periode»*. De forteller at *«i sluttspillet og når det er viktige kamper og sånn da, og hvis man har skader som ikke kan bli verre, men som kan gjøre dritvondt, så blir det brukt.»* En annen utøver forteller han *«har brukt voltaren over lengre perioder før.»* En utøver forteller at det ved behov settes lokalbedøvelse slik at skadede utøvere kan spille:

*«Det er noe man kan ta hvis man har fått seg en smell da. Så rett og slett bare for å spille uten for mye smerte. Så tar du. Det er veldig vanlig for eksempel i sluttspill og sånn da. Prøver å kanskje unngå det under serien da. Men i sluttspillet så er det, tror jeg det er nesten, at det finnes i alle lag, at alle spiller litt halvskada, så setter du kanskje en sprøyte i skulderen eller i beina bare for å spille hvis du har fått noe skudd der.»* (Utøver 17)

Intervju 4, side 11

Videre forklarer han at *«det settes før, altså det times da før den skal slå inn, det settes før eller rett etter oppvarminga eller i pausen og sånn. For vi spiller jo tre perioder, så har vi alltid 18 minutters pauser hvor det da gjøres da.»*

### **5.2.5 Tilgang på smertestillende legemidler**

Om tilgjengeligheten forteller en utøver at han *«føler Paracet er lett tilgjengelig. Har et skap hvor det står Paracet og Ibox»* står. En annen utøver forteller at han *«tror det er låst inn i et*

*skap». Andre forteller at «fysioen har en egen sånn koffert med masse sånn Ibux og Paracet.» Andre forteller at legemidlene har de i et «sånt behandlingsrom, vet ikke om det er låst inn, men er ikke sånn at du bare går og tar». En utøver forteller om tilgangen at «før så kunne man gå inn i medisinrommet og det var åpne dører. En cocktail. Plukke godteri. Hockeygodis». En annen forteller at da han bodde i USA opplevde han pillebruk som «skummelt og ekkelt» og kobler det opp mot det han kaller for «big pharma».*

Utøverne diskuterer hvordan legemiddelbruken har endret seg og forteller at «*Voltaren bruken har jo gått veldig ned siste 10-15 åra. Før var det jo sånn, det fikk du nesten bare du hadde litt vondt, du bare trengte ikke å si hvor du hadde vondt da, så fikk du et brett voltaren da.*» Men samtidig forteller de at «*du får jo hvis du vil*».

Utøverne forteller også om tilgangen til smertestillende legemidler at «*det er samme som du går og kjøper deg Paracet og Ibux på butikken, hvis du føler du trenger det kan du jo få tak i det uansett likesom*» og «*de selger likesom ikke sterk alkohol engang på matbutikken*», så der får de alltid tak i det.

Tilgangen på de reseptpliktige og sterkere smertestillende diskuteres. I sluttspill forteller de som tidligere nevnt at det brukes lokalbedøvelse hvis du har alvorlige skader. En utøver forteller om bruk av Paralgin Forte etter kamp hvis han har «*spilt med smerter og har hatt veldig vondt*» etter kamp. Til dette svarer en utøver at: «*Det får du jo ikke like lett. Men det fikser jo \*\* hvis ja.*» Angående sterkere legemidler forteller en utøver om Tramadol:

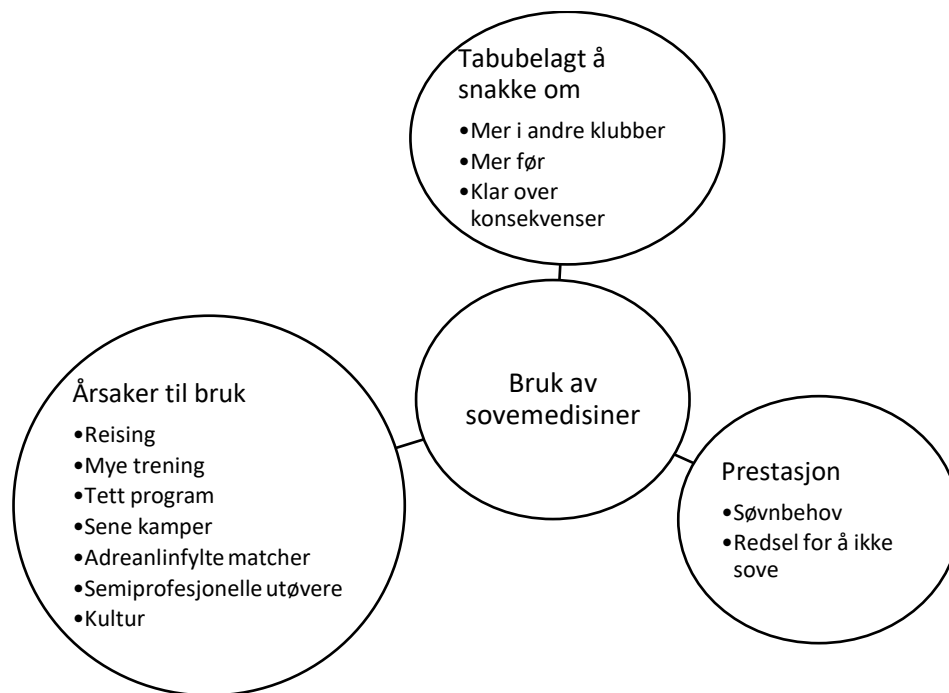
*«Noen har fått litt for mye utskrevet av Tramadol og blitt litt for mye har jeg sett da. Da har de blitt litt avhengig [...] et par spillere som har hatt mye skader, fått Tramadol, fått med seg ekstra Tramadol til smertelindring også har det kommer nye skader eller halvskada, og bare rullet bli bra nok til å spille, men fortsatt skada. Så når personen var frisk fra skaden fortsatt følt behov for Tramadol.» (Utøver 2)*

Intervju 1, side 12

## 5.3 Bruk av sovemedisiner

### 5.3.1 Temasammendrag og oversiktsfigur

Temaet belyser utøvernes egne tanker rundt bruk av sovemedisin. Det identifiseres spesifikke legemidler som er nyttig for videre forståelse av det som flere utøvere selv snakker om som en utfordring. Summen av mye trening, reising, en semiprofesjonell liga, adreanlinfylte kamper seint på kvelden og tett kampprogram er viktige årsaker. Dette, og andre tanker utøverne delte rundt bruk av sovemedisin er illustrert i figur 4. Temaet gir innblikk i utøvernes tanker om årsaker som kan føre til økt bruk av sovemedisin og hvordan holdninger utøverne har til dette.



**Figur 4:** Hovedtema *bruk av sovemedisiner* med tilhørende underkategorier og koder.

### 5.3.2 Tabubelagt å snakke om

Det identifiseres et tema der det handler om mye bruk av sovemedisin. Da utøverne blir spurt generelt om bruk av legemidler i ishockey tar en utøver opp sovemedisin som det første han tenker på og forteller han «*har vært innom noen som har brukt mye av sovemedisin. Det er vel det som kanskje stikker seg ut når det gjelder ishockey*». I noen av intervjuene blir utøverne presentert tall på at 1 av 5 i Fjordkraftligaen bruker sovemedisin svarer en utøver: «*jeg vist*

*ikke det var så mye bruk, men jeg skjønner jo hvor det kommer fra». En annen forteller at han har hørt om mye bruk av sovemedisin, men var ikke klar over omfanget: En utøver forteller at «det brukes jo endel fortsatt, men tror det har gått ned mye». Utøverne svarer litt forskjellig rundt bruk av sovemedisiner. Noen utøvere forteller at de «ikke noe personlig hvertfall» og «jeg har aldri brukt det nei. Men tror det er ganske utbredt ja, jeg har hørt om veldig mye». Mens andre forteller at ««jeg tror det er mange/noen som tar det egentlig» og «jeg pleier å ta det selv jeg». På generell basis forteller flere utøvere at «I forskjellige klubber jeg har spilt, så vet jeg at flere i dem forskjellige klubbene har brukt det da» og «jeg vet jo at det blir bruk veldig mye mer i andre lag i Norge, skal jeg være ærlig på det». Samtidig er ofte flere av utøverne forsiktig med å oppgi bruk i egen klubb og forteller: «her har jeg ikke sett det engang skal jeg være helt ærlig. Men jeg vet jo det har vært utfordringer med det her tidligere.»*

Utøverne forteller om konsekvenser ved bruk av sovemedisin og forteller at «når du begynner å ta sovemedisiner er det verre» enn å bruk av mange andre legemidler. Samme utøver forteller han har sett mye bruk av sovemedisin, og at dette brukes til mer enn bare søvn. Han forteller at enkelte har blitt «avhengige og bruker det med alkohol og litt sånn.» En annen utøver forteller om «måten de brukes på» og at «de gir jo en rus hvis du er glad i å være våken». En utøver forteller liknende:

*«De som jeg har sett har anvendt Imovane mer for rusens del, der jeg har vært rundt å sett. Der jeg har vært å sett er det dem som tar det for rusen. Er oftest dem som har lyst å ta det for rusen.» (Utøver 19)*

Intervju 4, side 13

De forteller om avhengighet, og utdyper at det er «jo også lett å feste seg i det, man blir beroligende av det og det kan medføre mye». Videre utdyper en utøver at de spillerne som misbruker sovemedisinen ofte skyldes andre problemer: «Det er jo noe som skurrer, om det er press fra hockey eller at det er noe annet, det vet jeg ikke».

Angående konsekvenser forteller en utøver om misbruk og langvarig bruk av sovemedisin følgende:

*«Vi har hatt lagkamerater som i dag sliter med tyngre stoffer holdt jeg på å si. Det har jeg sett [...] Så ja, man vet jo at dette kan skje og vi har sett mye misbruk. Også tror*



*jeg noen er mer eksponert enn andre da, altså å sitte fast i det. Man merker jo det ganske tidlig når vi nå ser tilbake på de som sliter med det. Man så jo tydelig at det hang sammen med alkohol og med, ja likesom, du ser tegna når du ser tilbake på det. Men ja, altså det der er jo skremmende.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 15

De forteller at spillere kan bruke sovemedisiner som en flukt. De forteller om press i høyere liga, om et miljø som til tider kan oppleves tøft:

*«Det blir jo en flukt også da for mange. Det blir jo et press jo høyere liga du kommer i for mange. Jo tøffere er det. Og da er det likesom mange som er langt hjemme ifra og sånn, som da kan ty til sånne ting.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 14

De forteller også om bruk av sovemedisin at «*man må respektere det litt, være klar over konsekvensene av det man gjør*». De forteller at de har «*sett mye misbruk*» av sovemedisiner. De understreker at «*noen er mer eksponert enn andre, altså sitter fast i det*». Dette uttrykker de som skremmende å se. Flere av utøverne er klar over den vanedannende effekten sovemedisin kan medføre og forteller:

*«Du har jo hørt om folk som blir avhengig av det. Så du har jo i bakhodet at du bør ikke ta det for ofte. Så det blir jo på en måte slik at du bruker det når du føler at du trenger det. Men du har jo hørt om folk som har blitt avhengig av det, og det er det som på en måte er litt det skumle med det.» (Utøver 12)*

Intervju 2, side 23

*«Man må respektere det litt, være klar over konsekvensene av det du gjør ikke sant. Så det er sånn at ser det ut som du har en sykt dårlig dag, da er det lett å kanskje ta en så du slipper å tenke så mye. Men jeg tror det har mye med overtenking å gjøre.» (Utøver 10)*

Intervju 2, side 23

Sovemedisiner utøverne nevner som blir brukt er Stilnoct, Imovane og melatonin. Angående tilgjengeligheten av sovemedisin forteller utøverne at legene som skriver ut sovemedisiner i

dag er mye flinkere til å spørre og følge opp bruken av sovemedisin sammenliknet med tidligere. «Jeg har inntrykk av at det har blitt strengere etter det har vært litt saker på det», forteller en av utøverne. Før var det vanlig å få hele pakninger med sovemedisin, mens i dag forteller de at de som regel bare får «én pille». En utøver forteller:

*«Det er sikkert forskjellig fra sted til sted, men noen leger gir jo én og én pille, men de fleste skriver ut resepter. Noen skriver jo den 10-pakningen, noen 30-pakningen også noen den 100-pakningen.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 14

Til dette kommenterer utøveren at da blir det fort misbruk, «jo flere du får, jo lettere er det å misbruke det.» Det snakkes også om at de har tilgang til mange leger:

*«Så har du spilt i noen klubber da, så kjenner du noen leger, og det er jo noen som har vært litt slepende på det da som kan sende og gi resepter et annet sted. Det har vært et stort problem i hockey generelt, hvertfall i de ligaene jeg har spilt. Men her har jeg ikke sett det engang skal jeg være helt ærlig. Men jeg vet jo det har vært utfordringer med det her tidligere.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 14

### 5.3.3 Prestasjon

Flere av utøverne uttrykker at «søvn er viktig». To utøvere diskuterer dette:

*«Er jo avhengig av søvn, man vil jo prestere, sikkert litt derfor man tar det også. Man vil jo sove.» (Utøver 5)*

*«Ja, enig, sikkert derfor man vil ta det. For man kjenner jo at dårlig søvn går utover prestasjonen dagen etter og over tid. Man behøver søvn» (Utøver 4)*

Intervju 1, side 14

Flere forteller at de er redde for situasjoner der de «sover 2-3 timer, også rett på trening dagen etterpå, så skjer dette annenhver dag, du er jo, ja du må jo ha søvn». Noen av utøverne kommer også inn på at søvnkvaliteten blir dårligere ved bruk av sovemedisin, «man sover,

men man sover jo ikke godt, så det går jo ut over prestasjonen til slutt.» Men som en utøver forteller er frykten for å ligge våken å ikke få sove er verre:

*«Istedenfor å komme på hotellrommet klokken 23:30, og ligge til klokken tre uten å få sove. Så skal du uansett opp 7 eller 8. Så tar du en sovetablett i det du kommer på hotellrommet eller noe, så sovner du gjerne tolv/halv ett da. Men du sover jo dårligere da, for du ødelegger jo søvnkvaliteten til en viss grad. Men da får du i alle fall sove da.» (Utøver 7)*

Intervju 2, side 22

Ved spørsmål om de får andre råd dersom søvn er et problem, foreslår en utøver «*powernap*» En annen utøver forteller:

*«Nei, altså har jo hørt fra leger om å lege bort telefon og sånne ting da. Men jeg vet likesom ikke helt hva som skal hjelpe heller i en sånn, når du er så høyt oppe da. Du har jo adrenalin i kroppen da, så jeg vet ikke om det hjelper å gå en tur likesom. Det vet jeg ikke.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 18

### **5.3.4 Årsaker til bruk**

Flere av utøverne forteller om problemer med å sove etter de har spilt kamp. Etter kamper har de mye adrenalin i kroppen. «*Det er veldig varmt, musklene pumper og øynene ruller, og da er det lett å ta litt melatonin*», forteller en utøver. De snakker om angsten for å ikke få sove, at de kan være trøtte, men allikevel ikke få sove.

*«Litt den angsten. Men jeg kan forstå at det er mye som surrer i hodet etter en kamp, så legger du deg på puta, så bare spinner alt, akkurat som du har vært ute i fylla. Fordi det har vært en travel kamp, lang dag og det adrenalinrushet.» (Utøver 8)*

Intervju 2, side 22

En utøver forteller også om kombinasjonene av kaffe og adrenalin i kroppen etter en kamp, og redselen for at dårlig søvn skal påvirke de kommende dagene:

*«Jeg kunne tatt i bruk sovemedisin. For sånn, etter kamper så sliter jeg, og det tror jeg mange sliter med, å sove. Det er mye adrenalin i kroppen og man får i seg noen kopper kaffe og koffein og sånn også, så jeg vet ikke helt hvorfor, men jeg sliter hvertfall med å sove så det er kanskje lett å ty til det da. Jeg tror det gjelder ganske mange da, at man sliter med å sove etter kamp ... vi spiller sent kamp på en tirsdag, så sovner du halv fire, så er det jo stressende og går utover torsdagens match, så skal du ha det igjen på torsdag da». (Utøver 24)*

Intervju 4, side 15

De forteller om et tett kampprogram og ofte kamper sent på kvelden. Flere utøvere er enig og «skjøner hvorfor mange vil ha sovepiller for å kunne sove». Da utøverne blir stilt spørsmål om hvorfor ishockeyspillere trenger sovemedisin utdyper utøver 21 spørsmålet:

*«Ja, altså at det blir brukt er jo, vi spiller jo ofte sene kamper. Også er det jo en veldig sånn adreanlin-fylt idrett. Så det er jo et ganske stort problem å sove etter kamper, veldig mange har det. Også er det jo likesom opp tidlig dagen etter også er det ofte tett kampprogram, så hvis du for eksempel skal spille kamp, i mange ligaer spiller du jo ofte kamp fredag og lørdag da, eller til og med USA tre kamper på tre dager. Vi spiller jo da torsdag og lørdag, og hvis du ligger der til klokka 3 – 4 etter kampen på torsdag så begynner du å stresse litt over hvordan fredagen kommer til å bli, og også lørdagen. Så er vel derfor det er ganske utbredt generelt da i ishockey. Så vet jeg ikke om det er vanskeligere å sovne etter en hockeykamp eller en fotballkamp. Men hvis de har da at de i morgen har de fri, om to dager skal jeg ha en lett restitusjonsøkt, også skal du begynne. Mens vi vet at om 40 timer smeller det igjen likesom.» (Utøver 21)*

Intervju 5, side 17

De snakker om det problematiske med at idretten for mange semiprofesjonell, og det kan være utfordrende å kombinere mye trening, kanskje jobb og for noen familieliv sammen med det tette kampprogrammet. Noen av spillerne uttrykker at «det er ingen hvile».

*«Det er vanskelig balansegang. Hvis du har familie og sliter med å lande etter kamp. Bruker i ny og ne 3 timer på å sovne. Så skal du opp med barn og selv bli klar til trening. Så for å lande forttere å få 6-7 timer med søvn.» (Utøver 6)*

Intervju 1, side 14

En utøver forteller at det «i forbindelse med mye reise og sånne ting, så er det mange som tar sovemedisin». Flere utøvere er enig det og forteller at pleier å ta sovemedisin i forbindelse med reising. Med «*mye matcher har mange problemer med å sove*». Er de for eksempel ute og reiser, så kommer de ofte seint til hotellrommet, fortsatt fulle av adrenalin også vet man at man skal tidlig opp på trening dagen etterpå. Da er det «*visse spillere som går å spør om sovemedisin*».

Utøverne snakker om hvordan de kan påvirke hverandre og kulturen i laget. En utøver sier at «*med engang bruken blir synlig så er det jo et tegn på at det er usunn bruk, og da brukes det jo litt mer enn til det det burde da*». En utøver forteller han tenker det er en ulempe med stor aldersforskjell i laget:

*«Hvis en del av de eldre på laget, som har barn eller jobb ved siden av hockeysatsningen, bruker sovemedisin for å kunne sove. Så tenker han 17-åringen på laget at: 'åh han tar det jo, det er kult', også bruker de det kanskje, uten at de egentlig trenger det, og da blir det mer til at de bruker det til noen form for rus, og da blir det farlig. En stor gruppe med stor aldersforskjell, så det er likesom det da. Du kan aldri kvalitetssikre at det blir brukt til det det skal da når så mange får tilgang til det da.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 15

En annen utøver forteller at bruken av sovemedisiner i dag er mer privat og ikke like synlig som tidligere med «*at vi hadde det veldig løssluppet på det her før*», og at de fikk utfordringer med at «*unge gutter som ikke trenger det, begynte å ta det nesten for moro skyld*». De diskuterer også hvordan kulturen blant spillerne kan utvikle seg når det kommer spillere fra andre land eller lag som bruker sovemedisiner.

*«Vi kan ha et lag hvor for eksempel ingen tar sovepiller, også går det 5 år så er det samme laget, så tar alle det da. Så det er, altså det blir en kultur i hver klubb, i hvert lag. Jeg holdt på å si, kommer det plutselig noen amerikanere da, så kan det bli en trend eller en kultur i et lag da. Så selvom dem har dratt så kan det bli en kultur og satt en standard da.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 14

## 5.4 Tillit til lege og annet støttepersonell

### 5.4.1 Temasammendrag og oversiktsfigur

Temaet tillit til lege og annet støttepersonell tar for seg hvordan utøverne ser på legen som mest kompetent for å vurdere legemiddelbruk, men også hvordan forhold utøverne har til trenere og fysioterapeuter da det gjelder bruk av legemidler og kosttilskudd. Med temaet kommer det også frem hvordan utøverne ser på ansvarsfordelingen av risiko rundt utilsiktet doping mellom støttepersonell og utøver. Viktig innsikt i tilgjengeligheten utøverne har av forskrivere kommer også frem, og dette kan være en viktig faktor når det gjelder bruk av legemidler. Det temaet *ikke* forteller er lege, trener eller annet støttepersonell sitt syn på dette, her er det utøverens stemme. Temaet og tilhørende temaer og koder er illustrert i figur 5.



Figur 5: Hovedtema *tillit til lege og annet støttepersonell* med tilhørende underkategorier og koder.

### 5.4.1 Støttepersonells kompetanse

Utøverne stoler på legens faglige kompetanse og avgjørelser rundt bruk av legemidler og kosttilskudd. Angående doping forteller utøverne at de er klar over utøverens «*ansvar til syvende og sist*», men de «*velger å stole på dem for vi kjenner dem jo ganske godt.*» Med dem

henviser utøverne i hovedsak til leger, fysioterapeuter og trenere. I forbindelse med doping legger en utøver vekt på at «*legen har sitt ansvar*» i forbindelse med å kontrollere for at legemidlene som brukes ikke er ulovlige i henhold til dopinglista. Samtidig understreker de at de er klar over at utøvere «*har det siste valget*» når det gjelder bruk av legemidler. Angående bruken av legemidler forteller en utøver at han er mest interessert i om han får noe «*nytteeffekt*», og «*spør aldri om bivirkninger for det er noe hvertfall jeg ikke har lyst til å høre om heller.*»

En utøver forteller hvordan legen har opparbeidet seg en tillit alle på laget:

*«Her har legen opparbeidet seg tillit til alle nedi garderoben ... legen er veldig streng. Ingenting er godt nok for legen her. Legen her er skeptisk til alle produkter. Til og med norske produkter er ikke godt nok. Legen her er veldig grundig. Legen vet hvor hen skal lese. Det vet ikke jeg, så jeg ville gått til legen. For legen har peiling. Legens klaring er grundig. Jeg vet jo ikke hvor jeg skal lese. Hvor starter man likesom?»*  
(Utøver 6)

Intervju 1, side 9

Tillitsforholdet til legen uttrykkes også rundt utøvernes research av legemidler da han skulle starte på et nytt legemiddel og «*da gikk vår lege inn på den antidoping-sida, og sjekket at den var om å bruke og skrive ut. Så det var opp til henne om hun sjekket det. Så da trenger ikke vi å sjekke opp i tillegg, hun har jo sjekket.*» Og de fleste forteller at «*når legen sier det er greit så tenker jeg de fleste bare kjører på. Men man har jo så klart, ja man kan ikke skylde på legen da. Men det er jo mange som hører på legen.*»

I forbindelse med bruk av legemidler blir de spurt om de vet hvor de skal lete etter informasjon om legemiddelet er lovlig i henhold til forbudslisten, og flere uttrykker at de ikke vet hvilke andre steder de kan finne informasjon om legemidler enn å spørre legen eller trener. Det er varierende hvor god kjennskap de har til antidoping sin søkefunksjon, flere har vært borti det de kaller som «*grønn mann*» og da er det trygt.

Utøverne forteller at når de skal sjekke et nytt legemiddel eller kosttilskudd vet de ikke alltid hvor de skal lete, de ville gått til legen eller annet personell rundt dem da disse er «*mest rusta til å kvalitetssikre det og man skal jo kunne stole på det.*» Utøverne forteller at «*det beste er å ringe laglegen og prate med han, ellers vet jeg ikke*» når de skal undersøke legemidler de skal

bruke. Videre forteller de at om legen ikke sjekker riktig «*så gjør jo ikke legen jobben sin*». En utøver sammenlikner legens jobb med treneres jobb, du gjør jo det treneren sier, og du gjør det legen sier. De forteller at «*vi har jo sånn ren utøver eller noe*» som vi «*må gjennomføre en gang i året*». Men gjennomføringen av det «*er litt sånn for å fullføre, skal jeg være helt ærlig*», forteller flere utøvere. En utøver forteller om praksisen i en klubb han spilte i tidligere, at utøverne ga lagleder informasjon hvis de skulle starte på et nytt kosttilskudd, og «*da tok lagleder den greia for å sende og sjekke, så da viste man ekstremt godt at her er det ingenting som kan ødelegge for deg*».

En utøver forteller om en konkret situasjon og bruk av kortison. Han forteller han vet det ikke er «*lov å konkurrere på noen dager*» etter bruk av kortison og videre om legen at «*sånn vet jo de, så man stoler jo på det, den personen som gir deg informasjon*». Flere utøvere forteller om legemiddelbehandlingen i forbindelse med skader. Utøveren med sitatet nedenfor kjente ikke til legen, men stolte på at legen gjorde jobben sin, «*jeg viste jo han var lege da*»:

*«Jeg fikk noen sprøyter faktisk. Det skjedde når jeg spilte i X. Han er litt liberal han der, han doktoren. Jeg hadde jævlig vondt, så da satte han noen sprøyter og da var jeg helt borte. Tror det var noe lokalbedøvelse [...] Det var under en kamp, så det var likesom legen til bortelaget som kom og hjalp meg.» (Utøver 24)*

Intervju 5, side 12

### 5.4.3 Pasient og lege som team

Forholdet utøverne har med lege og annet støttepersonell kommer til uttrykk når de forteller om erfaringer fra andre land. I Russland kunne det stå en «*kopp med piller*» når de kom til garderoben, og «*det er klart at det ville aldri stått en kopp med piller her i garderoben*» forteller de. De forteller om «*en helt annen innstilling til det*» i mange andre land og at det kan virke som «*de gir ut piller for alt*». Hadde de fått beskjed om å ta noen piller i Norge på samme måte er de sikre på at «*vi hadde fått en tydelig forklaring på hva det er vi får*».

Utøveren som forteller dette sier også at han tenker de fleste utøverne hadde krevd en god forklaring på hva pillene var, og det er ikke noe de hadde stilt seg gode for. Allikevel diskuterer forteller flere utøvere at de «*stoler på legene våre 100% likesom. Uansett hva. Det kan godt hende jeg hadde spurt hva det er for noe, men jeg stoler på det*». En utøver sier «*jeg hadde spurt, men tatt det*» om han hadde fått noe tildelt av legen sin.



En annen utøver uttrykker seg om tillitsforholdet til legen som at legen og han er et team. Utøveren blir spurt om hva han tenker er ansvarsforholdet mellom lege og utøver. Da trekker han frem at de jobber mot et felles mål:

*«Er jo likesom et team. Man stoler jo ganske mye på den personen, det er du som har greie på det, jeg har jo ikke peiling, men det har du, så sier han at det skal være greit. Da blir det sånn burde jeg da gå til en annen igjen for å høre som ikke er i mitt team. Også blir det sånn, og hvis han skjønner at det er lov men det kan gjøre deg bedre, da sier han kanskje nei for han vil ikke at du skal bli bedre for han er et annet team, sånn ikke sant. Da vil jeg heller stole fult på den legen du har.» (Utøver 14)*

Intervju 3, side 27

#### **5.4.4 Tilgjengeligheten av forskrivere**

De snakker om at de kjenner flere leger når de har spilt i mange klubber. I tillegg til at noen forteller de bruker både fastlege eller «de her». De forteller at enkelte forskrivere kan være «slepphendte» og at de stort sett får tak i legen og legemidler. Utøverne diskuterer på den andre siden at det også kan være vanskeligere å få tett forhold mellom lege og utøver i lagidrett sammenliknet med individuell idrett. Dette diskuterer de i forbindelse med doping, men de får frem et viktig poeng med kulturen og informasjonsutveksling mellom utøverne:

*«Jeg tror det kan ha litt med det forholdet utøver og lege ... at hvis man driver noe alene og kanskje får leger til å følge opp, og har et litt annet forhold enn hva man har i lagidrett, sikkert mange på et lag og lett å gå å spørre en på laget i stedet for alltid å gå til legen.» (Utøver 11)*

Intervju 2, side 23

*«Jeg ser for meg at hvis det er i individuell idrett og det er et nytt legemiddel de skal ha i seg, så spør de jo legen med en gang, mens her er det gjerne sånn at jeg hadde spurt legen også er det sånn at ja det er sikkert greit, og da er det sånn ja da er det sikkert det. Selvom man har lett vei til legen, kan bare sende en melding, men du har ikke det samme forholdet som en individuell idrettsutøver.» (Utøver 10)*

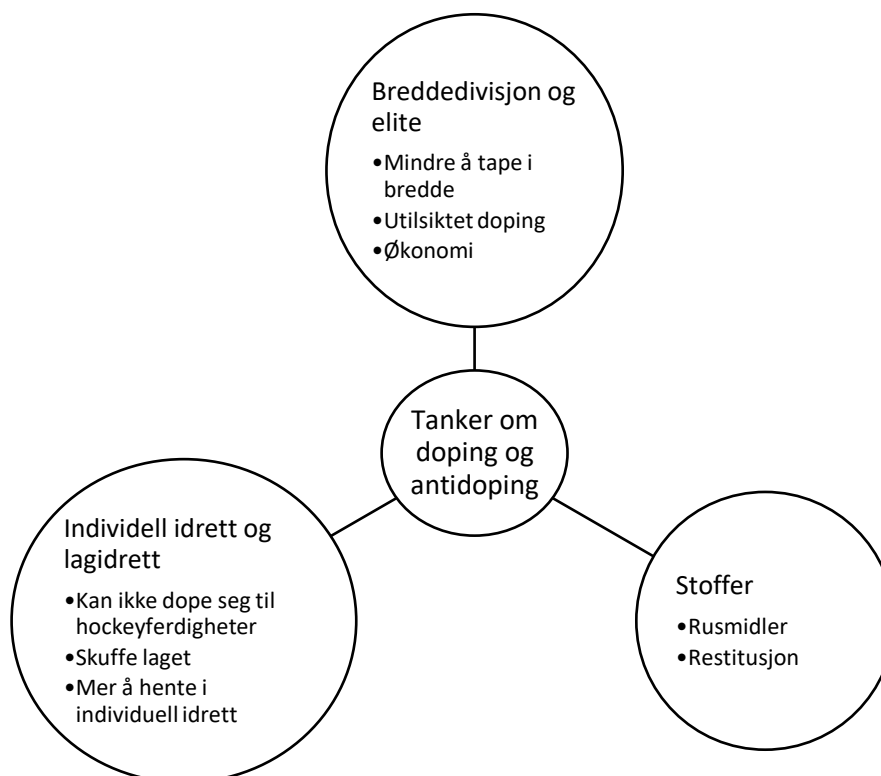
Intervju 2, side 23

Tilgjengeligheten av lege snakker også utøverne om. De forteller at dersom de har spørsmål rundt legemidler kan de bare sende en «*melding til legen*» og uttrykker at det er en «*lett vei til legen*». Om legen forteller en klubb at «*er det noe som helst sender du han bare melding også ordner det seg*». Utøverne blir spurt om de bruker fastlegen som laglege, og svarene er som regel nei, at de har en fastlege i tillegg.

## 5.5 Tanker om doping og antidoping

### 5.5.1 Temasammendrag og oversiktsfigur

I dette temaet kommer utøvernes tanker om doping i norsk ishockey. Temaet gir økt kunnskap om hvordan utøverne tenker det er forskjell mellom bredde- og elitedivisjon, lagidrett og individuell idrett, Norge og andre land. Temaet belyser også utøvernes holdninger til antidopingarbeidet, som er nyttig for å kunne imøtekomme de aktuelle utøverne når det gjelder forebyggingsarbeid. Utøvernes syn på doping er illustrert i figur 6.



**Figur 6:** Hovedtema *tanker om doping og antidoping* med tilhørende underkategorier og koder.

## 5.5.2 Breddedivisjon og elitedivisjon

Utøvernes tanker om eventuell doping i ishockey er at dette tilhører utilsiktet doping der utøvere har vært uheldig å fått i seg stoffer gjennom kosttilskudd eller lavere divisjoner. «*Når vi kommer ned i divisjonen så er det sånn at hvis du doper deg og blir tatt for det så er det litt sånn samme det, får ikke noen konsekvenser*». En utøver forteller at «*jeg vet at noen i lavere divisjoner som har blitt tatt på kokain og sånne ting, men ser ikke på det som doping i den forstand.*» Utøverne omtaler bruk av rusmidler som «*mer hemmende enn fremmende*». De diskuterer konsekvensene i lavere divisjoner som de anser mindre alvorlige enn i høyere divisjoner, og forteller at «*det er jo ikke sånn at du mister lønna de for du tjener antakeligvis ingen penger på det du driver med. Så du blir ikke påvirket i samme grad som eliteutøvere.*»

Utøvernes tanker om årsaker til å ikke dope seg er konsekvenser for helse, skuffelse i laget, tapt ettermæle og stempel som jukser. En av utøverne snakker om hinderet som at han ikke orker å sette seg inn i det, at «*det virker slitsomt*» og mye «*styr da for å bli god, og du må jo trene i tillegg*». De fremhever også at doping i Norge vil bli sett veldig ned på og skuffelsen for laget, kompiser, familie og byen man spiller for vil bli slått hardt ned på.

De diskuterer kulturen rundt doping i andre land og kommer inn på økonomi som en faktor for at doping kan forekomme.

*«Det er veldig mange idrettsutøvere som er villig til å ofre veldig mye for å komme langt. Spesielt hvis du er ung og på vei opp da, så har du likesom en mulighet. Så kan du spille i en norsk klubb, og tjene 500 000, eller så kan du komme til NHL og tjene 7 millioner i året. Da tror jeg veldig mange er villig til å ta den helsemessige risikoen for å dope seg. Altså du driter i det der at okei om jeg får problemer med hjertet når jeg er 60 da for eksempel, da tror jeg mange bare driter i det. Men at du rett og slett ikke kan risikere det da, for da er du ferdig. Jeg tror vi har, vi har jo vokst opp i Norge da, så du har så mange muligheter til å ha et fint liv uansett da. Så jeg tenker jo sånn der at det er jo ikke på samme måte fristende som en norsk utøver gjør det, som at du kommer fra et sted hvor du egentlig.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 20

### 5.5.3 Individuell og lagidrett

Utøverne tenker at det er mer å hente på å dope seg i individuell idrett. De forklarer at man ville fått lite ut av doping om én på laget hadde dopet seg. «*Jeg tenker at sånn at når det er et lag da, vi er 5 utpå banen, om en doper seg, det hjelper ikke så mye*», forteller en utøver. Flere er enig dette synet på doping og forteller at «*vi hadde ikke vunnet noen flere matcher om en hadde bloddopet seg noe skikkelig*» og «*du får jo ikke bedre blick og spilleforståelse av å dope deg.*» De diskuterer at de sportslige kravene i ishockey kan man ikke møte med dopingmidler. Dette sammenlikner de med at «*hvis du er ute på ski og løper, så får du kanskje bedre oksygenopptak og du kan bli bedre. Men det er ikke sikkert at du blir noe bedre i hockey av å ha bedre oksygenopptak likesom. Det er mye mer som henger sammen.*»

De forteller også om de sosiale aspektene ved doping og mentaliteten de har sammen:

*«Ja, så er du jo i en gruppe med 20 kompiser da, så skal du da trekke deg vekk fra dem, holde noe skjult for dem, jeg tror det også sitter langt inne for folk da. Også potensielt blir du tatt da, da har du ikke 20 kompiser lenger da. I stedet for at du driver med en individuell idrett og løper opp i skauen for deg sjøl, det er ingen andre enn deg selv du på en måte svikter da. Men her hvis en på laget doper seg så svikter du jo hele laget [...] Du svikter jo alle hele klubben, fansen, sponsorer, kompiser dine og fallhøyden er jo sinnsyk da.» (Utøver 17)*

Intervju 4, side 21

Da utøverne blir stilt spørsmål om hvor de tror det er mest dopingsaker, i individuelle idretter eller lagidretter, er svarene ofte individuell idrett. Det pekes på de allerede nevnte grunnene til at det er mer å hente der. Da utøverne blir presentert for at det er flere dopingsaker de siste årene i lagidretter stiller de spørsmål til dette og virker overrasket, og drøfter at det kan være rusmidler. En utøver fremhever også at det er jo slik at «*man tar mer legemidler og da blir det caser*».

### 5.5.4 Årsaker og stoffer

Det diskuteres hva som eventuelt kunne vært interessant og kommer inn på at «*noe som får deg til å restituere bedre*» og «*kanskje noe utholdenhet*» som aktuelle dopingmidler i ishockey. Noe som får deg til å «*orke å trene mer*». «*Du klarer jo ikke dope deg til å få bra*

ferdigheter i hockey. Men du kan dope deg til å kunne trene mer da, men jeg vet likesom ikke.» er det en som foreslår. Samtidig så tviler de på effekten av det.

*«Men jeg tror du hadde blitt en bedre hockeyspiller om du kunne dopet deg, det er jeg sikker på, for du kunne trent mer og du kunne blitt sterkere og orka mer, og det er jo ofte når du blir sliten at du gjør feil og sånn. Men for å bli en god hockeyspiller så er det så sinnsykt mange ting som spiller inn da som ikke har med prestasjonsfremmende produkter å gjøre. Men det er jo derfor vi som hockeyspillere er imot doping. Men man tenker jo kanskje sitt at som driver med det for eksempel i USA da [...] Men man tenker jo mer at det er ikke det som gjør at den spilleren er god eller ikke. Det er så mye annet som spiller inn.» (Utøver 21)*

Intervju 4, side 23

Utøverne stiller spørsmål om er det «mange som blir tatt for kall det partydop?». Dette kommer også frem da utøverne blir spurt om det er hvorfor doping kan forekomme i norsk ishockey og da svarer flere «kan være rusmidler» og «kan være ecstasy». De forteller at «I et hockeylag er det flere som tar kokain.» De forklarer at de som lag er ute å gjør sosiale ting, mer enn hva for eksempel individuelle idretter er, og da kan det være enkelte som tar rusmidler. Som lagidrett er de «jo mer ute å gjør sosiale ting enn hva individuell idrett er».

*«Jeg har hørt rykter om at noen har tatt noen rusmidler i helgen, røyka, også blitt testa til uka. Men da er det mange som sier at de ikke tester for sånn og sånt da, og leter etter det, for da blir de ikke tatt. [...] men er jo noen juniorlag da som er ute å fester i helgen og sånn da så er det ofte de samme som blir tatt opp i test, tissetest, sikkert noen anonyme tips eller noe da selvom de sier selv at de har tatt noe blir de aldri tatt for det. For noe ulovlig greier [...]Men det er jo ikke mange, det er sånn en eller to på hvert lag som er litt ekstra høylytt om sånn.»*

Intervju 3, side 23-24

Her deler de også tanker om hvordan dette er i andre land og NHL:

*«En kompis i USA, der var det mer rus på spillerne fordi de fløy til en match seint og landet klokken 12 på natten, så var det ut på banen og tjente masse millioner og hadde råd til masse kokain i stedet for 12-13 øl for å få rusen. I stedet for at det skulle ta dem*

*mange timer og komme i gang. Da var de mye raskere igang med festen i stedet for å bruke mange timer.» (Utøver 1)*

Intervju 1, side 19

Angående Russland og andre land oppfatter de hockey som mer «*business der borte*». Det er «*mindre fokus på lagkultur*», og mer individuelt hvordan de tenker på idretten. De fremhever også kulturen som annerledes og at det handler om mer korrupsjon og doping er «*innafor så lenge du ikke blir tatt*» i eksempelvis Russland. Til dette snakker de om en helt annen kultur der borte sammenliknet med norsk idrett.

# 6 Diskusjon

## 6.1 Hovedfunn fra studien

Hensikten med denne studien var å undersøke kulturen for bruk av kosttilskudd og legemidler i norsk elite ishockey, samt få økt kunnskap om holdninger til antidopingarbeidet. Studiens resultater begrenser seg til å gjelde norsk mannlig elite ishockey og er nødvendigvis ikke overførbart til andre divisjoner i ishockey eller andre idretter. Studiens funn er basert på fokusgruppeintervju der holdninger er muntlig diskutert og atferden/praksis kan være annerledes.

Hovedfunnene fra denne studien er at skader og smerter kombinert med et ønske og et press om å spille tilsynelatende fører til mye bruk av smertestillende legemidler. Machomiljø og maskulinitetsnormer ser ut til å være pådrivere for dette. En kultur for bruk av hypnotika identifiseres, og totalbelastningen fra hverdagen utpeker seg til å være en faktor for dette. Dette kan ha ført til misbruk og avhengighet for enkelte utøvere. Et funn i forbindelse med bruk av legemidler er at det kan virke som utøverne har tilgang på flere leger og da forskrivere av legemidler. Bruk av kosttilskudd kan virke som kommer av en rutine eller kultur fremfor et medisinsk behov.

Studien får frem betydningen av å ha et godt utdannet og oppdatert støttepersonell på antidopingreglementet da et funn i studien er at utøverne tillegger dette støttepersonell stor grad av tillit og ansvar. Utøvernes syn på doping kommer også frem i studien, og de trekker frem økt medikalisering i samfunnet og bruk av sosiale rusmidler som mulige årsaker til positive dopingprøver.

## 6.2 Diskusjon av øvrige resultater

Selvom om anbefalingen for idrettsutøvere rundt bruk av kosttilskudd er at dette bør skje dersom det foreligger et bevist behov for bruk (118), forteller utøverne i tråd med andre idrettsutøvere at kosttilskudd er brukt for å forbedre prestasjon (38;119), fremme restitusjon (38), holde seg friske (38) og optimalisere kostholdet (38;119). Det ble identifisert at det av praktiske årsaker som lite tid og vanskeligheter med å spise etter trening kunne føre til at utøverne brukte kosttilskudd fremfor mat. Det etiske dilemmaet der idrettsutøvere ofte

frarådes bruk av kosttilskudd samtidig som idretten selv markedsfører kosttilskudd er et tema som går utenfor denne studiens omfang (120), men den nåværende studien kan vise til at tilgjengeligheten (fra sponsorer eller klubben) var en faktor som førte til bruk av kosttilskudd blant utøverne.

Det er diskutert om kosttilskudd kan spille en rolle for prestasjon, og de ergogene stoffene utøverne i den nåværende studien nevner – koffein, kreatin og beta-alanin – har i studier vist små ytelsesforbedrende effekter (121). At utøverne fortalte om bruk av proteinpulver kan støttes med at tilstrekkelig proteininntak er nødvendig for vedlikehold av muskelmasse og eventuelt muskelvekst, og at idrettsutøvere kan ha økt behov for proteiner i perioder (122). En utøver poengterte at det brukes mer legemidler i samfunnet og det kan være årsak til flere dopingsaker. Det samme er gjeldende for kosttilskudd, for dersom en utøver bruker flere produkter er risikoen for å innta et forurenset stoff større. Utøverne i den nåværende studien så ofte på kosttilskudd som sikringskost og at det brukes for å aldri havne på minussiden. Til dette er det verdt å nevne at et overdrevent inntak av visse kosttilskudd kan utgjøre en helserisiko. Enkelte vitaminer og mineraler har en øvre grense for inntak (123, s. 41) da de kan være toksiske i for store doser som vitamin D (124) og jern (125).

Bruk av kosttilskudd bør vurderes med en nøye nytte-risiko vurdering utført av et kompetent personell på ernæring, og bør ikke overlates til utøver alene (126). Et slikt kompetent personell virker ikke å være rundt utøverne i den nåværende studien da enkelte etterlyser mer opplæring på kosthold, samt uttrykker at ernæringskunnskapene i norsk elite ishockey er begrenset. Dette er i tråd med hva som tidligere er rapportert blant norske idrettsutøvere (127). En annen norsk studie fant at flertallet av eliteidrettsutøvere brukte ikke-medisinsk støttepersonell som rådgivere rundt bruk av kosttilskudd, og stilte spørsmål til kunnskapen rundt ernæring hos dette støttepersonellet (119). Det at utøverne i den nåværende studien forteller om et press for å ha en viss vekt og at kosttilskudd kan komme inn for å regulere dette understreker behovet for oppfølging. Begrensinger i næringsinntak kan føre til mangelsykdommer og videre føre til økt bruk av kosttilskudd. Utøverne i den nåværende studien forteller at spesielt unge utøvere tyr til bruk av kosttilskudd for å møte idrettens fysiske krav og øke i muskelmasse. Det er vist at tilrettelagt kosthold kan være positivt for idrettsprestasjon (128), og dersom økt kunnskap og trygghet om at vanlig kosthold kan være tilstrekkelig for å dekke alle næringsstoffer kunne dette kanskje bidratt å redusere oppfatningen om behov for bruk av kosttilskudd.



Det er ikke ukjent at det brukes kosttilskudd blant idrettsutøvere (33;34). Det trenger heller ikke å være et problem og er i utgangspunktet et individuelt valg, men det forsvarer ikke ufornuftig bruk og kan by på utfordringer som fare for utilsiktet doping (41). Tross studier på (41;129) og advarsler om faren (130) for utilsiktet doping ved bruk av spesielt høyrisikoprodukter forteller enkelte av utøverne i den nåværende studien om bruk av pre-workout. ADNO sine tall på bruk av kosttilskudd viste at ishockey er en av idrettene som bruker relativt mye av produkter som kan være av høy-risiko med dette oppført på 5,5% av skjemaene (33). Fra farmasøytisk ståsted kan det trekkes frem at kosttilskudd ikke stiller samme kravene til dokumentasjon av effekt og sikkerhet sammenliknet med legemidler (131), og det er av den grunn vanskelig å gi føringer rundt om et kosttilskudd er sikkert å bruke eller ikke. Selvom et eventuelt forurenset kosttilskudd kun har minimale mengder av en ulovlig substans som kanskje ikke vil ha en fysiologisk funksjon (38), kan det resultere i en positiv dopingprøve. Analytiske metoder (132) som blir brukt i analyse av dopingprøver er svært ømfintlige og kan finne små doser av forbudte substanser som kan resultere i en utilsiktet positiv dopingprøve for utøveren. Disse betraktningene bør være en sentral del av nytte-risikovurderingen utøveren tar og kan kreve veiledning fra kompetent personell.

Risikoatferd og risikokultur er beskrevet i delkapittel 3.1.1 og tas opp igjen her da det skal diskuteres hvordan utøverne kontrollerer kosttilskudd. Å ta risiko kan handle om å normalisere noe som ikke er trygt og ignorere konsekvenser. Gruppetenkning er beskrevet i delkapittel 3.1.2 og kan være uheldig for en gruppe dersom de blir enige i noe som ikke er gunstig for gruppa. Utøverne i den nåværende studien viste enighet om at kosttilskudd til på det norske markedet som trygge, kosttilskudd flere utøvere på laget bruker er trygge og at kosttilskudd som støttepersonell har bekreftet er trygge som sikre å bruke. En slik gruppetenkning kan ifølge Jannis (87) bidra til å undertrykke påvirkninger og meninger fra eksterne aktører som advarer mot dette, og føre til at gruppa sammen begår risikofylte handlinger. For risikoen er der da flere av kosttilskuddene solgt på det norske markedet har vist seg å inneholde ulovlige stoffer (41).

Utøverne i den nåværende studien viser stor tillit til støttepersonellet rundt seg. Det poengterer behovet for at personellet rundt utøverne er oppdatert på antidopingreglementet. Garthe og Maughan understreker at dersom kulturen rundt utøvere ikke har klare og fornuftige retningslinjer rundt bruk av kosttilskudd, kan dette motivere utøveren til å ta høyrisikobeslutninger for å prioritere prestasjon (34). I en studie om dopingholdninger fant

forskerne ut at dopingbruk var tre og en halv gang mer utbredt hos de som brukte kosttilskudd sammenliknet med de som ikke brukte kosttilskudd i studiens utvalg av idrettsutøvere, og har foreslått en mulig *gateway*-effekt fra kosttilskudd til doping (133). I tidligere litteratur er dette omtalt ved at utøvere kan venne seg til at kjemiske stoffer (kosttilskudd, men også legemidler) kan bidra til ytelsesforbedring (134) og kan lette overgangen til bruk av dopingstoffer (135). Utøverne i den nåværende tenkte ikke umiddelbart på kosttilskudd som inngangsport til sterkere stoffer, men snakket samtidig ofte om at kosttilskudd ble brukt for at man alltid tenker det er noe som kan fremheve en prestasjon ytterligere.

Det finnes ingen entydig måte å definere kosttilskudd på som presentert i delkapittel 3.2.1. Utøverne i den nåværende studien vurderte flere av kosttilskuddsproduktene som *mat* fremfor kosttilskudd. At det ikke er klare føringer eller ja/nei svar på om et produkt er trygt eller ikke, ser av og til ut til å ende med at utøverne ikke vet hvor de skal sjekke. Noen ganger ender det også med at de ikke sjekker. Denne problematikken er allerede diskutert ovenfor, og begrenser seg til reguleringen av kosttilskudd og at det er et stort marked for salg. En annen årsak kan også være at utøverne ikke innehar den nødvendige kunnskapen som kommer frem ved at enkelte utøvere forteller at gjennomføringen av læringsprogrammet *Ren Utøver* (136) bare for å få det fullført. I tillegg overlates vurderingen av et kosttilskudd ofte til andre.

I tråd med en tidligere studie på idrettsutøvere (137) fant den nåværende studien ut at det å kunne stille til start i viktige kamper og beholde plassen på laget var faktorer som førte til at utøverne brukte smertestillende legemidler. Utøverne i den nåværende studien beskrev også trekk fra en tidligere studie fra profesjonell fotball om at utøvere spiller tross smerter og skader (138). Machomiljøet og maskulinitetsnormene som er assosiert med ishockeymiljøet (55) bekreftes av utøverne ved at de forteller at det både er tøft og forventet å spille med smerter og skader. Dessuten er det nærmest en nødvendighet grunnet idrettens skadepotensiale, ifølge utøverne. Det blir en måte å vise seg verdig for plassen på laget, som gjenkjennes med hva Atkinson har beskrevet der «maskulinitet er risiko, og risiko er utført maskulinitet» (84, s. 7). Dette belyses også gjennom hvordan utøverne i den nåværende studien fortalte at det i ishockeymiljøet fra ung alder er en holdning om at det er tøft å spille med skader. De beskrev en kultur passende med hvordan Nixon har beskrevet risikokultur (83, s. 190); utøverne i den nåværende studien normalisere og delvis ufarliggjøre det å spille med skader og smerter, uten å nødvendigvis ta hensyn til konsekvenser av dette.

Utøverne i den nåværende studien fortalte at de kan ha spilt med skader de kanskje ikke burde ha spilt med. Ofte blir skader håndtert med bruk av smertestillende legemidler for å ikke vise svakhet. Det er utenfor denne oppgavens omfang og diskutere legers syn på behandling, men sitatet «get players fit yesterday» (138) fra en studie som blant annet undersøkte legers syn på skadehåndtering i fotball kan være beskrivende. Utøverne i den nåværende studien fortalte at i eliteidrett er det ikke tid til å vente på at en skade skal bli bra, og i tråd med en studie gjort på idrettsutøvere (139) beskriver de en høy vilje til å spille tross skader. Utøverne i den nåværende studien fortalte om bruk av lokalbedøvelse i viktige kamper dersom en skade er til hinder for å utøve idretten. Bruk av lokalbedøvelse har også blitt rapportert i andre idretter (140-142). Potensielt kan bruk av lokalbedøvelse (lidokain eller bupivakain) føre til forverring av en skade ved at smertesignaler blir blokkert og en skade kan bli forverret på grunn av tap av smertesignaler (59). Til tross for at lokalbedøvelse kan redusere systemiske bivirkninger (47) sammenliknet med orale legemidler og få en utøver raskere tilbake i spill (140), er ikke idrettsutøvere frigjort fare for andre bivirkninger som infeksjoner og overfølsomhetsreaksjoner forbundet med disse legemidlene (47;59).

Et grunnleggende prinsipp i medisinsk etikk er autonomi og en del av autonomi er å ha kunnskap (63). En del av autonomi er også informert samtykke, og en leges rolle er å hjelpe pasienten til å forstå risikoer og fordeler ved behandlingsoalternativer (63). Utøvers interesse skal ivaretas og trolig vil en utøver i flere idrettsmedisinske situasjoner velge å stille til start i konkurranse uansett hva. Utøverne i den nåværende studien viser ofte til selvmotsigende utsagn og praktiske tilnærminger til bruk av legemidler og kosttilskudd. De fortalte at kosttilskudd kjøpt i Sverige er utrygt, men fortsatt er det noen som kjøper kosttilskudd i Sverige. De er klar over at det er uheldig å bruke Voltarol, men fortalte at det fortsatt brukes endel. De er klar over at å ha tilgang på hypnotika øker faren for avhengighet, men enkelte kan få tak i det da de kjenner flere leger som kan gi dem dette. Det finnes eksempler på at overforbruk og/eller misbruk av smertestillende legemidler har ført til at reglementet har blitt innskrenket (143;144) og fratatt triaden av utøver-lege-lag(trener) (64, s. 195) muligheten til bruk av visse legemidler for utøvelse av idretten. Som en utøver fortalte tenker kanskje unge, aktive utøvere sjelden på hjerte- og karsykdommer som kan forekomme i 60 årene ved bruk av stoffer i dag. Da det gjelder bruk smertestillende legemidler hos en ellers sunn utøver bør ikke dette bagatelliseres da det kan føre til negative konsekvenser og normalisering kan bidra til overforbruk. Det er problematisk at NSAIDs har blitt rapportert å være blant de mest brukte legemidlene hos idrettsutøvere (145) da dette er legemidler som kan ha uheldige

bivirkninger også for friske personer (146). For en idrettsutøver kan bivirkninger av NSAIDs som magesår (23) hindre trening eller svekke beinheling (100) som kan forlenge et skadeforløp.

Temaet om bruk av hypnotika virker å være mer tabubelagt sammenliknet med bruk av smertestillende legemidler. Diskusjonen er ofte distansert da utøverne i den nåværende studien snakket om mye bruk i *andre klubber* fremfor egen klubb og *fortid* fremfor nåtid. Det kan ha vært flere årsaker til at utøverne distanserte seg fra dette. En årsak kan være at søvnproblematikk strider imot machoholdninger, en annen årsak kan være at utøverne forteller om feilbruk som gjør det upolitisk å snakke om og en tredje årsak kan være at det ikke er noe problem. Likevel kan det ha virket som at bruk av hypnotika var et tema utøverne ønsket å snakke om, da flere av fokusgruppene på eget initiativ tok opp at hypnotika er en av legemidlene som er mye brukt i ishockey.

Totalbelastning utøverne i denne studien forteller om kan virke som en pådriver for bruk av hypnotika. Utøverne fortalte om et tett kampprogram, mye trening, reising og seine kamper som tidligere er beskrevet som forstyrrelse av søvn hos idrettsutøvere (147). I tillegg beskrev utøverne i denne studien et miljø der det ikke er noe hvile, som kan støttes opp med en lang sesong i Fjordkraftligaen (113). Utøverne i den nåværende studien fortalte at de frykter for dårligere prestasjon ved lite søvn som kan støttes med studier som har vist at prestasjon kan bli redusert ved søvnmangel (148) og økes ved mer søvn (149).

I motsetning til bruk av smertestillende legemidler fortalte utøverne i den nåværende studien om konsekvenser ved bruk av hypnotika. En undersøkelse fra 2019 som så på Z-hypnotika og rapporterte bivirkninger til de europeiske legemiddelmyndighetene understreker en bekymring for misbruk og avhengighet, og en mulig undervurdering av risikoen ved disse legemidlene (150). Flere studier (151;152) har vist at det er forbundet misbruks- og avhengighetsfare ved bruk av Z-hypnotika, som også bekreftes av utøverne i denne studien. Fra et farmasøytisk syn er det bekymringsfull bruk blant utøverne i den nåværende studien da de fortalte at hypnotika blir brukt samtidig med alkohol, for rusens del og for moroskyld. Ved farmakologisk behandling av søvnproblemer kan Z-hypnotika benyttes i korte perioder for den sedative effekten (94). Det finnes begrensede studier på kulturen rundt bruk av hypnotika i idretten, men en tidligere studie har undersøkt kulturen for bruk og tilgjengelighet av stoffer i ishockey ved intervju av tidligere ishockeyspillere i kanadisk ishockey (79). I studien fortalte utøverne at bruk av reseptbelagte opioider og hypnotika var sjelden før slutten av

1990-tallet, men ble til mer tilgjengelig via medisinsk personell og ved at utøverne delte resepter med hverandre fra slutten av 1990-tallet (79). Deltakerne i den nåværende studien rapporterte i likhet med deltakerne i studien til Gaetz (79) at årsaken til bruk av stoffer ofte er for å håndtere kombinasjonen av skader og stress. Gaetz (79) konkluderte med at det er risikofyllt å ha en kultur der problemer løses med rusmidler og legemidler. Tilbake til den nåværende studien så vil ikke hypnotika gjøre noe med årsaken til søvnproblematikken, som ser ut til å skyldes en høy totalbelastning og en kultur der problemet tilsynelatende blir løst med legemidler. Som en utøver fortalte kan man forsøke å gå en tur når man kommer hjem seint på kvelden eller natten etter en kamp for å få adrenalinet ut av kroppen, men det har en begrensning det også da du skal tidlig opp på trening morgenen etter.

Selvom de fleste utøverne uttrykker at det er kort vei til legen, fortalte en utøver i den nåværende studien hvordan han tenker individuelle idrettsutøvere sammenliknet med lagidrettsutøvere har et tettere forhold og oppfølging med lege. I lagidrett har kanskje legen mindre tid til hver utøver som kan resultere i at det blir tatt raske avgjørelser og gis mindre oppfølging til enkeltutøvere. Utøverne beskrev noe som kan antyde legemiddelshopping (153) i den nåværende studien. Dette av legemidler med misbrukspotensialet som Z-hypnotika og Paralgin Forte. De uttrykte tilgang på flere leger i form av laglege, tidligere lagleger og fastlege som kan være uheldig da det kommer til legemiddelbruk. Dette strider imot ordningen om eksempelvis én fastlege som blant annet kom for å begrense legemiddelshopping (154).

En studie der hockeyutøvere er høyt representert har funnet at lagkamerater i 44,3% av tilfellene var kilden til informasjon om kosttilskudd (155). Dette kan være i tråd med hva utøverne i denne studien fortalte om gruppementalitet og at de sammen godtar bruk av visse produkter. «Strict liability» er et prinsipp i kampen mot doping og handler om at ethvert stoff som befinner seg utøverens kropp er utøveren selv ansvarlig for (9). Utøverne i den nåværende studien er delvis bevist dette ansvaret. Dersom en trener, lege eller fysioterapeut har sagt det er trygt å bruke et produkt eller legemiddel, tillegger de også et ansvar til denne eksterne personen dersom det skulle gi utslag i en positiv dopingprøve. Mangel på kunnskap om legemidler og kosttilskudd er rapportert blant andre idrettsutøvere (156) og det kan stilles spørsmål til hvor mye kunnskap en idrettsutøver skal ha rundt dette? Allikevel vil holdninger og restriktiv bruk være gjeldene. En studie (157) fra 2018 fant at samarbeidet med ADNO og

Norges Ishockeyforbund var i en startsfase, som kan forklare noe av dagens holdninger rundt delvis ansvarsforskrivelse og tilsynelatende høy risikotakning.

I tråd med en tidligere studie (158) anså utøverne i denne studien bruk av prestasjonsfremmende stoffer mer aktuelt hos individuelle utøvere sammenliknet med lagidrettsutøvere. De vektla tekniske og taktiske ferdigheter som viktigst for en lagidrett som ishockey, som kan belyses med en studie (159) som fant at risikoen for doping så ut til å være høyere i farts- og styrkeidretter fremfor krevende motoriske idretter. Samtidig trakk enkelte utøvere frem en eventuell betydning av stoffer som kan bidra til raskere restitusjon og øke evnen til å orke mer som potensielle dopingstoffer i deres idrett. Mens utøverne i den nåværende studien tar avstand til tilsiktet doping i fokusgruppeintervjuene, kan det virke som det er en mer liberal holdning til lovlig legemiddel- og kosttilskuddbruk. Det finnes lite studier på holdninger til doping og legemidler i norsk ishockey, men en studie som undersøkte college-hockeyspillere i amerikansk ishockey fant en liberal holdning, da 58% bruk eller tidligere bruk av sentralstimulerende stoffer og av disse var 92% klar over forbudet mot dette (160). Likevel er det forskjell på norsk og amerikansk hockey og nødvendigvis ikke riktig å trekke paralleller mellom disse.

Det er også vist til dopingsaker i lagidretter (129). Utøverne i den nåværende studiens tilskrev dette til å gjelde lavere divisjoner, der konsekvensene for å avlegge positiv dopingprøve ikke er av like stor betydning som for elitenivå ifølge utøverne. De foreslo rusmidler som en mulig årsak til positive dopingprøver, men anså ikke alltid dette som prestasjonsfremmende. Den nåværende studien er basert på fokusgruppeintervju med flere til stede som kan begrense hva utøverne ønsket å dele. Det kan være mer sosialt akseptert å snakke om bruk av rusmidler, som vist i en tidligere studie der 14,6% fortalte om bruk av prestasjonsfremmende stoffer og 31,7% fortalte om bruk av rusmidler (161). Kokain er forbudt under konkurranse (11) og utøverne i den nåværende studien nevnte stoffet som brukt i ishockeymiljøet. Det er vist at flere positive dopingprøver for ishockeyutøvere i Norge skyldes kokain (162). For å skille *legemidler* fra *rusmidler* i denne konteksten introduseres norsk legemiddelhåndboks forklaring om at rusmidler er stoffer som i varierende grad påvirker stemningsleie, atferd, impulsivitet, hukommelse og kritisk sans (163). Tvilen om den ytelsesforbedrende effekten av rusmidler utøverne i den nåværende studien uttrykte har vært diskutert tidligere (164;165). Men de farmakologiske virkningene av disse stoffene er sentralstimulerende ved å mobilisere «fight and flight»-modus som kan potensielt forbedre fysisk ytelse og konkurranseevne ved

økt våkenhet og energi (166). Stoffene har også helsefarlige og usportslige aspekter som kvalifiserer de til å havne på dopinglista. Den politiske diskusjonen rundt dette er utenfor denne oppgavens omfang, men ettersom oppgaven tar for seg kultur er det verdt å nevne at som rollemodeller og del av norsk idrett har norsk ishockey et ansvar i å ikke blir assosiert med eller bidra til å normalisere bruken av disse stoffene. Det er vist at doping finner sted utover den sportslige konteksten (167) og antidopingarbeidet strekker seg utover eliteidretten og mot et folkehelseproblem (168). Fra et farmakologisk ståsted kan risikoen ved å kombinere fysisk aktivitet med tilstedeværelse av sentralstimulerende stoffer i blodet belyses. Det er vist til dødsfall ved hjerteinfarkt hos idrettsutøvere som har inntatt eksempelvis kokain (169). Disse dødsfallene kan via de kardiovaskulære virkningsmekanismene til kokain forklares ved at hjertets oksygentilførsel utfordres (170) som kan være uheldig for utøvere som allerede utsetter kroppen for hard fysisk påkjenning.

I tråd med andre studier (158;171) ser lagånden og gruppentilstanden i den nåværende studiens utvalg ut til å være en viktig forebyggende faktor mot doping da frykten for skuffe lagkamerater, klubben og bli utestengt fra idretten er sentral for mange av utøverne. Det fremhever betydningen av å ha en kultur og klare, etiske holdninger *mot* doping og *for* antidopingarbeidet. Likevel rettes tanker mot det komplekse bilde der maskuliniteten og tøffheten, totalbelastningen og presset toppidretten bærer meg seg, og om dette kan føre til økt bruk av legemidler og i enkelte tilfeller videre misbruk. Utøverne i den nåværende studien beskrev en kultur der man ikke skal vise svakhet og at det kan føre til at problemer som skader og søvnmangel blir løst med legemidler. Som Alsarve skriver om maskulinitet i svensk ishockey så kan «hyllest av styrke også risikere at det skapes frykt for svakhet» (172).

## 6.3 Metodediskusjon

Her vil styrker og svakheter ved studien bli gjennomgått, samt en diskusjon rundt hvordan ulike valg for pressen ble tatt. Forskerrollen diskuteres også. Studien søkte forståelse av en kultur og derfor ble kvalitativ metode sett på som best egnet. Utvalget er strategisk valgt da dette var den best egnede måten å belyse studiens problemstilling på. Rekrutteringen av deltakerne skjedde gjennom en kontaktperson i hver av de utvalgte klubbene, som kan ha vært både en fordel og en ulempe for studien (109, s. 51). En fordel da kontaktpersonen er kjent for miljøet og ville kunne bidra til at studien ble oppfattet seriøst og aktuell for de forespurte deltakerne, men en ulempe da forskningsprosjektet kan bli påvirket av denne personen og

kontaktpersonen stod fritt til å velge deltakere. Av praktiske grunner ble det gjort på denne måten. En av klubbene svarte ikke på henvendelsen, men har vært i kontakt med antidoping via et annet prosjekt og derfor anses ikke svaret som negativt.

Gruppedeltakerne kjente hverandre fra før av noe som gjorde at de allerede var vant til å kommunisere med hverandre. Interaksjonen som oppstod mellom deltakerne virket ofte som en katalysator for informasjonsutveksling. Eksempelvis der noen utøvere i begynnelsen svarte distansert på spørsmål om hypnotika, endret samtalen seg til økt informasjonsutveksling da én begynte å fortelle om sin oppfattelse av bruk. Uenighet bidro til å starte diskusjoner som mettet spørsmålene fra flere synsvinkler. Selvom utøverne i dag deler samme interesse og kan ses på som relativt homogene, dekket utøverne et bredt aldersspenn og hadde med ulike karrierer og erfaringer inn i intervjuet. Som Malterud skriver er det dette mangfoldet – blanding av homogenitet og variasjon blant deltakerne – som skaper nyanser i resultatene (109, s.44). En begrensning for studien er at det ble en kunstig situasjon. Utøverne ble oppfordret til å tenke at dette var en uhøytidelig samtale i garderoben dem imellom, men jeg er der uansett og kan potensielt ha ført deltakerne til å svare politisk korrekt eller ikke deler det de faktisk mener. Dette er en feilkilde som har blitt kalt *Hawthorne-effekten*, som betyr at individer endrer atferd under observasjon (173).

En semistrukturert intervjuguide ble valgt av to grunner: for å legge til rette for en åpen og fri diskusjon uten for mye føringer, og for å sikre like nok diskusjoner til at intervjuene kunne sammenliknes. Bruk av semistrukturert intervjuguide viste seg også å være nyttig for å holde kontroll på metodens fleksibilitet og mye informasjon. Spørsmålene i guiden og intervjuerrollen var på forhånd testet ut i to prøveintervjuer. Rollen som intervjuer ble også studert i forkant og opplæring gjennomført i regi av Universitetet i Oslo (174). En begrensning for intervjuene kan være at jeg var fersk i rollen som intervjuer.

Intervjuene ble gjennomført på utøverens hjemmebane i deres omgivelser for å skape trygghet. Snakk om legemidler og doping kan bli oppfattet som et sensitivt tema og dette kan ha begrenset hva utøverne ønsket å dele med andre til stede i gruppa. I den forbindelse er det viktig å være klar over at resultatene produseres i en gruppeprosess og maktforhold som ofte finnes i en gruppe kan påvirke hvilken informasjon som blir delt. Maktforhold og at enkelte tok mer til ordet enn andre kan ha vært en styrke for studien, da dette mindre sannsynlig ville funnet sted om utøverne hadde planlagt hva de skulle si på forhånd. Men en fordel ved fokusgruppeintervju er dersom noen sier noe som *ikke* stemmer, kan noen andre rette opp i



dette ved reaksjoner på det som blir sagt. Dette skjedde underveis i intervjuene ved at utøverne stilte hverandre oppfølgingsspørsmål.

Tematisk analyse ble valgt fordi det er en enkel analysemetode å lære seg og krever ingen forhåndserfaring med kvalitativ forskning. Samtidig fanger analysemetoden hovedtrekk og detaljer i store mengder data som kan få frem uventede innsikter og være godt egnet for å sammenlikne fokusgruppene (116). For å opprettholde påliteligheten til analysen har jeg underveis vurdert sjekkpunkter som Braun og Clarke foreslår for å kontrollere at transkripsjon, koding, analyse og resultatene er av god kvalitet (116). Jeg har også vært bevisst faren for forskerbias, som er at jeg leter etter ønskede svar (175) og reflektert over dette underveis i analysen. Derfor ble også en induktiv og beskrivende analyse valgt, for å stå på utsiden og fortelle «utøvernes historie». Det er også viktig å være oppmerksom på at i en fokusgruppe dannes det en relasjon mellom intervjuer og deltakerne som vil prege situasjonen begge veier (176, s 104). Som Thagaard understreker kan ikke betydningen av god og tillitsfull atmosfære i intervjuet overvurderes (108, s. 105). Målet for studien var ikke å fortelle deltakerne hva som er rett eller galt, men å lage *et felles prosjekt* for idrettens beste, fremme adekvat legemiddelbruk og det forebyggende antidopingarbeidet.

Forskningens pålitelighet er forsøkt ivaretatt gjennom å inkludere flere fokusgrupper og bruke en semi-strukturert intervjuguide. Det er også blitt benyttet forskertrianglering for å styrke funnene med veiledere fra flere institusjoner og med ulik bakgrunn. Funnene er også knyttet opp kvantitative tall fra ADNO (71) som lå til grunn for studien. En medstudent har vært til stede under alle intervjuene og kan bekrefte at resultatene fra fokusgruppene har funnet sted. Validiteten er forsøkt ivaretatt gjennom å velge deltakere som er relevante for problemstillingen og ved å presentere direkte sitater i resultatdelen.

Thagaard presenterer dilemmaet der det på den ene siden er viktig å ta etiske hensyn til deltakerne og på den andre siden videreføre relevant informasjon til fagmiljøet og forskningsfeltet (176, s. 205). Ishockeyforbundet har vært involvert hele veien. Konfidensielle vurderinger er under hele prosessen gjort ved å anonymisere deltakere og klubber i skriftlig materiell. Det er også gjort små, uvesentlige endringer i utsagn der gjenkjennelse kan skje uten å fjerne meningsinnholdet. Dette er basert på Thagaards tips om å «få oppmerksomheten rettet mot generelle mønstre i dataene fremfor å forstå teksten som beretninger om spesifikke situasjoner og personer» (108, s. 25). Innsamlet informasjon er anonymisert og lydopptak ble lagret på Universitet i Oslo sitt datasystem med samtykke fra deltakerne og

samtykkeskjemaene er låst i brannskap på universitetet. Disse ble skrevet under av deltakerne før intervjuene ble gjennomført (vedlegg 3).

I forkant av studien skrev jeg en forforståelse som beskrev mitt syn og motivasjon for prosjektet der jeg beskrev at mitt ønske var å kunne bidra med legemiddelkunnskap relevant for idretten. Jeg gikk inn i prosjektet med respekt for at utøverne tok seg tid til å møte meg og gikk ut av hvert intervju med en opplevelse av ærlige og gode diskusjoner. I forsøk på å lette stemningen og skape trygghet i intervjuene startet jeg med enkle spørsmål om ishockey. Dette var i håp om at vi skulle etablere tillit slik at de ville svare på mine spørsmål om legemidler uten å se på meg som «ekspert», samtidig som jeg balanserte dette med å svare kort faglig og relevant dersom de stilte meg spørsmål. Jeg forsøkte også å ufarliggjøre situasjonen med å informere om at utøverne når som helst kunne ta kontakt i etterkant av intervjuet dersom noe ikke føltes greit. Jeg håper utøverne kjenner igjen det som blir presentert i denne studien og ikke opplever dette som fremmed.

## **6.4 Forslag til videre forskning og veien videre**

### **Videre forskning**

Denne studien er begrenset til å være gjeldende for eliteutøvere i norsk ishockey. For å få en større kartlegging og forståelse av holdninger og kunnskap kan det i fremtidig forskning være interessant å undersøke lavere divisjoner.

Til videre forskning ville det også vært nyttig å undersøke holdninger og kunnskap om legemiddelbruk og antidopingarbeid blant personellet rundt utøverne, dette inkluderer trenere, leger og annet støttepersonell rundt utøverne. Dette vil kunne gi et helhetsbilde av faktorer som påvirker legemiddelbruk.

I tillegg kan videre forskning undersøke mer om antall forskrivere og hvor tett oppfølging enkeltutøvere har med leger i lagidretter sammenliknet med individuell idrett.

### **Tilbakemelding til idretten og veien videre**

Eliteidrett handler om underholdning, økonomi, tradisjon, kultur, sponsorsamarbeid og mange andre faktorer som fører til at kampoppsett og hverdagen til utøverne er slik den er. Eliteidrett er en fulltidsjobb og bør ikke være fritidsaktivitet da totalbelastningen kan bli høy, selvom

dette ikke alltid er gjennomførbart grunnet økonomiske aspekter. Allikevel må helse og forsvarlighet rundt utøvere komme i første rekke. Det kan stilles spørsmål om denne tøffheten utfordrer utøverens helse og det kan også stilles spørsmål om dette også går utover psykisk helse.

Antidopingarbeidet i dag handler om å bekjempe doping ved at dette slås hardt ned på, men holdninger og forståelsen av hvilken rolle idrettsmiljøet har for å forebygge doping er likeså viktig. Ishockeykulturen, på bakgrunn av lagånd og samhold, står i en god posisjon til å utvikle en antidopingkultur, hvis fokuset og holdningene brukes riktig. Det bør settes aktivt lys på antidopingarbeidet og kanskje rette dette mot et samfunnsoppdrag. Antidoping handler om at den rene utøveren skal bli beskyttet og det er viktig å ha respekt for dette slik at ikke nettopp den rene utøveren er den som blir rammet av strengere regler. Sistnevnte setning kan være gjeldene for ishockeyutøvere.

Apotekene og farmasøyter har også en rolle i å bidra med kunnskap om legemidler og kosttilskudd for idrettsutøvere, og kan være en viktig kilde for sikker informasjon og veiledning.

## 7 Konklusjon

Denne studien har belyst kulturen rundt bruk av kosttilskudd, smertestillende legemidler og sovemedisin i norsk eliteishockey, i tillegg til holdninger til antidopingarbeidet. Studien får frem hvordan en tøff, maskulin og presset kultur kan fostre en risikoatferd og påvirke bruken av legemidler og kosttilskudd. I tillegg hvordan en gruppe kan være sårbare for å utvikle en egen, felles forståelse av antidopingarbeidet, som ikke alltid er med tråd med det faktiske arbeidet.

Kosttilskudd ser ut til å bli brukt av årsaker som å fremme restitusjon, optimalisere kostholdet, holde seg friske og for prestasjonsfremmende effekter. Studien identifiserte hvordan lite kunnskap om ernæring kan bidra til økt bruk av kosttilskudd og hvordan bruk av kosttilskuddsprodukter uten risikobedømming kan sette utøvere i fare for utilsiktet doping.

Kombinasjonen av en skadeutsatt idrett, machomiljø, tilgang på flere forskrivere og en normalisering av bruk av smertestillende legemidler i idretten ser ut til å bidra til økt bruk av disse legemidlene. Det ser også ut til å være begrenset kunnskap om bivirkninger og langtidskonsekvenser ved bruk av smertestillende legemidler. Til kontrast til dette viser utøverne forståelse for farene ved bruk av hypnotika, som de trekker frem som misbruk, avhengighet og overgang til sterkere stoffer dersom bruken går for langt. Utøverne i den nåværende studien belyser det relativt høye forbruket av hypnotika med en totalbelastning av mye reising, trening, seine kamper og semiprofesjonell liga. Utøverne beskriver at det er få plasser på elitenivå og om en vilje til å ofre egen helse ved bruk av legemidler. De beskriver en kultur der man ikke viser svakhet, og for å opprettholde det machoholdningen og klare den intensive hverdagen løses enkelte av utfordringene med legemidler.

Utøverne forteller det er mye av *alt*: prestasjonspress- og ambisjoner, kamper, skader, trening og reiser. Men også sosiale settinger, som utøverne knytter til positive dopingprøver der rusmidler er årsak. Lagånden som finnes i en lagidrett som ishockey virker å være en viktig forebyggende del i kampen mot doping og frykten for å skuffe laget er en viktig faktor til å ta avstand til doping.

# Litteraturliste

1. Murray TH. Doping in sport: challenges for medicine, science and ethics. *Journal of Internal Medicine*. 2008;264(2):95-8.
2. Thorsby PM, Gjelstad A. When the patient is an athlete. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*. 2021;141(7).
3. Hansen PØ, Breivik G, Loland S. Er det greit så lenge det er lov? En kartlegging av verdier og holdninger til doping og antidoping i norsk idrett. *Norges Idrettshøgskole: Forskningscenter for barne- og ungdomsidrett*; 2019.
4. Endsjø T-Ø. Astma i toppidretten - fra 1960-årene til i dag. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2017;137(1):48-50.
5. Bratberg Å, Berner M, Andersen TE, Erdal H. Forbruket av NSAIDs i idretten må begrenses [Internett]. Oslo: *Dagens medisin*; 2019 [oppdatert 2. september 2019; hentet 3. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/forbruket-av-nsaids-i-idretten-ma-begrenses/301024>
6. Malve HO. Sports Pharmacology: A Medical Pharmacologist's Perspective. *J Pharm Bioallied Sci*. 2018;10(3):126-36.
7. World Anti-Doping Agency. Who we are [Internett]. World Anti-Doping Agency [hentet 19. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/who-we-are>
8. Mottram D, Chester N. *Drugs in sport*. 8. utg. London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2022.
9. World Anti-Doping Agency. World Anti-Doping Code 2021 [Nettdokument]. World Anti-Doping Agency; 2021 [hentet 20. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021\\_wada\\_code.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021_wada_code.pdf)
10. Bloodworth AJ, McNamee M. Sport, Society, and Anti-Doping Policy: An Ethical Overview. *Med Sport Sci*. 2017;62:177-85.
11. World Anti-Doping Agency. Dopinglisten 2023 [Nettdokument]. World Anti-Doping Agency; 2023 [hentet 20. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2023-01/prohibited\\_list\\_2023\\_norwegian.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2023-01/prohibited_list_2023_norwegian.pdf)
12. World Anti-Doping Agency. WADA Emphasizes Importance of Cooperation with Pharmaceutical and Biotechnological Companies [Internett]. World Anti-Doping Agency; 2009 [hentet 21. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/news/wada-emphasizes-importance-cooperation-pharmaceutical-and-biotechnological-companies>
13. Rabin O. Involvement of the health industry in the fight against doping in sport. *Forensic Science International*. 2011;213(1):10-4.
14. Schamasch P, Rabin O. Challenges and perspectives in anti-doping testing. *Bioanalysis*. 2012;4(13):1691-701.
15. Catlin DH, Ahrens BD, Kucherova Y. Detection of norbolethone, an anabolic steroid never marketed, in athletes' urine. *Rapid Communications in Mass Spectrometry*. 2002;16(13):1273-5.

16. Martínez-Sanz JM, Sospedra I, Ortiz CM, Baladía E, Gil-Izquierdo A, Ortiz-Moncada R. Intended or Unintended Doping? A Review of the Presence of Doping Substances in Dietary Supplements Used in Sports. *Nutrients*. 2017;9(10).
17. Gjelstad A, Lauritzen F. Utilsiktet doping - de største risikoområdene. *Norsk Idrettsmedisin*. 2020;1.
18. Turner M, McCrory P. Social drug policies for sport. *British Journal of Sports Medicine*. 2003;37(5):378-9.
19. Antidoping Norge. Doping som samfunnsproblem [Internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 27. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/forebygging/doping-som-samfunnsproblem>
20. Gjelstad A. Idrettsfarmasi og antidoping - hvilken rolle kan farmasøyten spille? *Norges Farmaceutisk Tidsskrift*. 2020;8:29-32.
21. Warden SJ. Prophylactic use of NSAIDs by athletes: a risk/benefit assessment. *Phys Sportsmed*. 2010;38(1):132-8.
22. Lilly KF. Athletes, NSAID, coxibs, and the gastrointestinal tract. *Curr Sports Med Rep*. 2010;9(2):103-5.
23. Norsk legemiddelhåndbok. L17.1.1 NSAID (ikke-steroid antiinflammatoriske midler) [Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 18. februar 2021; hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Ikke%20steroid%20antiinflammatoriske%20midler%20\(NSAID\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Ikke%20steroid%20antiinflammatoriske%20midler%20(NSAID))
24. Gupta SK, Nayak RP. Off-label use of medicine: Perspective of physicians, patients, pharmaceutical companies and regulatory authorities. *J Pharmacol Pharmacother*. 2014;5(2):88-92.
25. Bomfim J. Pharmaceutical Care in Sports. *Pharmacy (Basel)*. 2020;8(4).
26. World Anti-Doping Agency. International standard Therapeutic use exemptions 2023 [Internett]. World Anti-Doping Agency [hentet 20. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2022-09/international\\_standard\\_for\\_therapeutic\\_use\\_exemptions\\_istue\\_2023.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2022-09/international_standard_for_therapeutic_use_exemptions_istue_2023.pdf)
27. Antidoping Norge. Medisinsk fritak (TUE) [Internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/medisinsk-fritak-tue>
28. Nystad W, Harris J, Borgen JS. Asthma and wheezing among Norwegian elite athletes. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(2):266-70.
29. Kujala UM, Taimela S, Antti-Poika I, Orava S, Tuominen R, Myllynen P. Acute injuries in soccer, ice hockey, volleyball, basketball, judo, and karate: analysis of national registry data. *Bmj*. 1995;311(7018):1465-8.
30. Helenius I, Rytälä P, Sarna S, Lumme A, Helenius M, Remes V, et al. Effect of continuing or finishing high-level sports on airway inflammation, bronchial hyperresponsiveness, and asthma: A 5-year prospective follow-up study of 42 highly trained swimmers. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2002;109(6):962-8.

31. Riiser A, Stensrud T, Stang J, Andersen LB. Can  $\beta$ 2-agonists have an ergogenic effect on strength, sprint or power performance? Systematic review and meta-analysis of RCTs. *British Journal of Sports Medicine*. 2020;54(22):1351-9.
32. Fincoeur B, Henning A, Ohl F. Fifty shades of grey? On the concept of grey zones in elite cycling. *Performance Enhancement & Health*. 2020;8(2):100179.
33. Lauritzen F, Gjelstad A. Trends in dietary supplement use among athletes selected for doping controls. *Frontiers in Nutrition*. 2023;10.
34. Garthe I, Maughan RJ. Athletes and Supplements: Prevalence and Perspectives. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2018;28(2):126-38.
35. Maughan RJ, Depiesse F, Geyer H. The use of dietary supplements by athletes. *Journal of Sports Sciences*. 2007;25(sup1):103-S13.
36. Reinert A, Rohrmann S, Becker N, Linseisen J. Lifestyle and diet in people using dietary supplements. *European Journal of Nutrition*. 2007;46(3):165-73.
37. Beck KL, Thomson JS, Swift RJ, von Hurst PR. Role of nutrition in performance enhancement and postexercise recovery. *Open Access J Sports Med*. 2015;6:259-67.
38. Maughan RJ, Greenhaff PL, Hespel P. Dietary supplements for athletes: Emerging trends and recurring themes. *Journal of Sports Sciences*. 2011;29(1):57-66.
39. Forskrift om kosttilskudd FOR-2004-05-20-755 [hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-05-20-755>
40. Olympiatoppen. Kosttilskudd [Nettdokument]. Oslo: Olympiatoppen [hentet 12. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://olympiattoppen.no/contentassets/46877e22b142421cb9abaac4d17ebcc/olympiattoppens-kosttilskuddsprogram.pdf>
41. Helle C, Sommer AK, Syversen PV, Lauritzen F. Doping substances in dietary supplements. *Tidsskriftet den Norske legeforening*. 2019;139(4).
42. Tscholl P, Junge A, Dvorak J. The use of medication and nutritional supplements during FIFA World Cups 2002 and 2006. *British Journal of Sports Medicine*. 2008;42(9):725.
43. Alaranta A, Alaranta H, Heliövaara M, Airaksinen M, Helenius I. Ample use of physician-prescribed medications in Finnish elite athletes. *Int J Sports Med*. 2006;27(11):919-25.
44. Corrigan B, Kazlauskas R. Medication Use in Athletes Selected for Doping Control at the Sydney Olympics (2000). *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2003;13(1):33-40.
45. Tscholl PM, Dvorak J. Abuse of medication during international football competition in 2010 – lesson not learned. *British Journal of Sports Medicine*. 2012;46(16):1140-1.
46. Norsk legemiddelhåndbok. L20.1.1.2 Paracetamol [Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2020 [oppdatert 23. mai 2022; hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.1.2/Paracetamol>
47. Norsk legemiddelhåndbok. L22.1.1 Lokalanestetika for lokal- og regionalanestesi [Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2013 [oppdatert 15. august 2017; hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1/Lokalanestetika\\_for\\_lokal-og\\_regionalanestesi](https://www.legemiddelhandboka.no/L22.1.1/Lokalanestetika_for_lokal-og_regionalanestesi)

48. Statens legemiddelverk. Lister over legemidler som kan omsettes utenom apotek [Nettdokument]. Statens legemiddelverk; 2021 [hentet 13. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://legemiddelverket.no/Documents/Import%20og%20salg/LUA/LUA-listen/LUA-liste%202021.pdf>
49. O'Connor S, McCaffrey N, Whyte E, Moran K, Lacey P. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use, knowledge, and behaviors around their use and misuse in Irish collegiate student-athletes. *Phys Sportsmed*. 2019;47(3):318-22.
50. Gorski T, Cadore EL, Pinto SS, da Silva EM, Correa CS, Beltrami FG, et al. Use of NSAIDs in triathletes: prevalence, level of awareness and reasons for use. *Br J Sports Med*. 2011;45(2):85-90.
51. Leena R, Kettunen J, Kujala U, Heinonen A. Sport injuries as the main cause of sport career termination among Finnish top-level athletes. *European Journal of Sports Science*. 2012;12:274-82.
52. Margot P. The psychological response to injury in student athletes: a narrative review with a focus on mental health. *British Journal of Sports Medicine*. 2016;50(3):145.
53. Engebretsen L, Steffen K, Alonso JM, Aubry M, Dvorak J, Junge A, et al. Sports injuries and illnesses during the Winter Olympic Games 2010. *British Journal of Sports Medicine*. 2010;44(11):772-80.
54. Soligard T, Steffen K, Palmer-Green D, Aubry M, Grant M-E, Meeuwisse W, et al. Sports injuries and illnesses in the Sochi 2014 Olympic Winter Games. *British Journal of Sports Medicine*. 2015;49(7):441-7.
55. Tjønnedal A. NHL Heavyweights: Narratives of Violence and Masculinity in Ice Hockey. *Physical Culture and Sport Studies and Research*. 2016;70(1):55-68.
56. Nordstrøm A, Bahr R, Talsnes O, Clarsen B. Prevalence and Burden of Health Problems in Male Elite Ice Hockey Players: A Prospective Study in the Norwegian Professional League. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2020;8(2):2325967120902407.
57. Listola J. Overuse Injuries Of Finnish Elite Junior Ice Hockey Players. Prospective Online Survey. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*. 2013;7:1203-12.
58. 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.
59. Matava MJ. Ethical Considerations for Analgesic Use in Sports Medicine. *Clinics in Sports Medicine*. 2016;35(2):227-43.
60. Brian H, Wayne D, Alan V, Richard B, Masataka D, Jiří D, et al. International Olympic Committee consensus statement on pain management in elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*. 2017;51(17):1245.
61. Shrier I, Safai P, Charland L. Return to play following injury: whose decision should it be? *Br J Sports Med*. 2014;48(5):394-401.
62. Shultz R, Bido J, Shrier I, Meeuwisse WH, Garza D, Matheson GO. Team clinician variability in return-to-play decisions. *Clin J Sport Med*. 2013;23(6):456-61.
63. Dunn WR, George MS, Churchill L, Spindler KP. Ethics in Sports Medicine. *The American Journal of Sports Medicine*. 2007;35(5):840-4.



64. Devitt BM. Fundamental Ethical Principles in Sports Medicine. *Clin Sports Med.* 2016;35(2):195-204.
65. Fullagar HHK, Duffield R, Skorski S, Coutts AJ, Julian R, Meyer T. Sleep and Recovery in Team Sport: Current Sleep-Related Issues Facing Professional Team-Sport Athletes. *Int J Sports Physiol Perform.* 2015;10(8):950-7.
66. Fullagar HH, Skorski S, Duffield R, Hammes D, Coutts AJ, Meyer T. Sleep and athletic performance: the effects of sleep loss on exercise performance, and physiological and cognitive responses to exercise. *Sports Med.* 2015;45(2):161-86.
67. Juliff LE, Halson SL, Peiffer JJ. Understanding sleep disturbance in athletes prior to important competitions. *J Sci Med Sport.* 2015;18(1):13-8.
68. Hausswirth C, Louis J, Aubry A, Bonnet G, Duffield R, Y LEM. Evidence of disturbed sleep and increased illness in overreached endurance athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(5):1036-45.
69. Sargent C, Lastella M, Halson SL, Roach GD. The impact of training schedules on the sleep and fatigue of elite athletes. *Chronobiology International.* 2014;31(10):1160-8.
70. Helse Bergen. Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni [Nettdokument]. Helse Bergen [hentet 9. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/S%c3%b8vn%20Insomni%20og%20anbefalinger.pdf>
71. Gjelstad A, Herlofsen TM, Bjerke AL, Lauritzen F, Björnsdottir I. LEKONI - legemiddel- og kosttilskuddsbruk blant norske idrettsutøvere [Upublisert artikkel].
72. Mellingsæter TC, Bramness JG, Slørdal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? *Tidsskrift for den Norske Legeforening.* 2006;126(22):2954-6.
73. Licata SC, Rowlett JK. Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABAA receptor modulation and beyond. *Pharmacology Biochemistry and Behavior.* 2008;90(1):74-89.
74. Norsk legemiddelhåndbok. L5.1.5.1 Melatonin [Internett ]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2023 [oppdatert 29. mars 2023, hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.5.1/Melatonin>
75. Statens legemiddelverk. Melatonin - mange markedsførte legemidler i Norge Statens legemiddelverk [Internett ]. Statens legemiddelverk; 2021 [oppdatert 1. desember 2022, hentet 8. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://legemiddelverket.no/nyheter/melatonin-mange-markedsfor-te---legemidler-i-norge>
76. Mougín F, Bourdin H, Simon-Rigaud ML, Nhu UN, Kantelip JP, Davenne D. Hormonal responses to exercise after partial sleep deprivation and after a hypnotic drug-induced sleep. *Journal of Sports Sciences.* 2001;19(2):89-97.
77. Paul MA, Gray G, Kenny G, Pigeau RA. Impact of melatonin, zaleplon, zopiclone, and temazepam on psychomotor performance. *Aviat Space Environ Med.* 2003;74(12):1263-70.

78. Taylor L, Christmas BC, Dascombe B, Chamari K, Fowler PM. Sleep Medication and Athletic Performance-The Evidence for Practitioners and Future Research Directions. *Front Physiol.* 2016;7:83.
79. Gaetz M. Substance availability and use in ex-professional ice hockey enforcers. *Scientific Reports.* 2022;12(1):22204.
80. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991;50(2):179-211.
81. Ford JA. Alcohol Use among College Students: A Comparison of Athletes and Nonathletes. *Substance Use & Misuse.* 2007;42(9):1367-77.
82. Skårderud F. Sterk, svak: håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug; 2013 (s. 82).
83. Nixon HL. Accepting the Risks of Pain and Injury in Sport: Mediated Cultural Influences on Playing Hurt. *Sociology of Sport Journal.* 1993;10:183-96.
84. Atkinson M. Sport and Risk Culture I: Young K, red. *The Suffering Body in Sport. Research in the Sociology of Sport; 12.* Bingley: Emerald Publishing Limited; 2019. s. 5-21.
85. Carron AV, Hausenblas HA, Eys MA. *Group Dynamics in Sport: Fitness Information Technology;* 2005.
86. Høigaard R. *Gruppedynamikk i idrett: Høyskoleforlaget;* 2008.
87. Janis IL. Groupthink. *IEEE Engineering Management Review.* 2008;36(1):36.
88. Connell R. Masculinity construction and sports in boys' education: a framework for thinking about the issue. *Sport, Education and Society.* 2008;13(2):131-45.
89. Pettersen KB. *Skadehåndtering og maskulinitet En kvalitativ analyse om skadehåndtering i ishockey [Bachelor]. Trondheim Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet* 2020.
90. Mattilsynet. Definisjon av et kosttilskudd [Nettdokument]. Mattilsynet; 2016 [oppdatert 21.02.2020, hentet; 10. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.mattilsynet.no/mat\\_og\\_vann/spesialmat\\_og\\_kosttilskudd/kosttilskudd/definisjonen\\_av\\_et\\_kosttilskudd.22722](https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/spesialmat_og_kosttilskudd/kosttilskudd/definisjonen_av_et_kosttilskudd.22722)
91. Olympiatoppen. Olympiatoppens kosttilskuddsprogram [internett]. Oslo: Olympiatoppen [hentet; 10. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/for-stipendutovere/for-stipendutovere/kosttilskudd/olympiatoppens-kosttilskuddsprogram/>
92. Olympiatoppen. Fakta om kosttilskudd og idrett [internett]. Oslo: Olympiatoppen Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/fagomrader/idrettspsernaering/faktaark/fakta-om-kosttilskudd-og-idrett/>
93. Norsk legemiddelhåndbok. T5.2 Søvnevansker [internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 29. mars 2023; hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.2/S%C3%B8vnevansker>
94. Norsk legemiddelhåndbok. L5.1.2 Benzodiazepinlignende hypnotika [Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 22. desember 2015; hentet 11. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2/Benzodiazepinlignende\\_hypnotika](https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2/Benzodiazepinlignende_hypnotika)

95. Norsk legemiddelhåndbok. L.5.1.2.2 Zopiklon [internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 22. mars 2017; hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2.2/Zopiklon>
96. Norsk legemiddelhåndbok. L5.1.2.1 Zolpidem [internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 4. juni 2018; hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2.1/Zolpidem>
97. Felleskatalogen. ATC-register [internett]. Oslo: Felleskatalogen AS [hentet 12. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/>
98. Statens legemiddelverk. Voltarol (diklofenak) tabletter og kapsler blir reseptpliktig fra 1. novemeber 2021 [internett] Oslo: Statens legemiddelverk: 7. januar 2020 [oppdatert 29. juni 2021; hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://legemiddelverket.no/nyheter/diklofenak-tabletter-og-kapsler-blir-reseptpliktig>
99. Schmidt M, Sørensen HT, Pedersen L. Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies. *Bmj*. 2018;362:k3426.
100. Smith BJ, Collina SJ. Pain medications in the locker room: to dispense or not. *Curr Sports Med Rep*. 2007;6(6):367-70.
101. Harle CA, Danielson EC, Derman W, Stuart M, Dvorak J, Smith L, et al. Analgesic Management of Pain in Elite Athletes: A Systematic Review. *Clin J Sport Med*. 2018;28(5):417-26.
102. Norsk legemiddelhåndbok. L20.1.2.1.1 Kodein [Internett ]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok [oppdatert 30. juni 2020; hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2.1.1/Kodein>
103. Norsk legemiddelhåndbok. L20.1.2.1.3 Tramadol [Internett ]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 30.juni 2020 [hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2.1.3/Tramadol>
104. Norsk legemiddehåndbok. L3.7.1 Glukokortikoider for systemisk effekt og lokal injeksjon [Internett ]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 11. okotber 2021 [oppdatert 7. september 2022; hentet 12. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L3.7.1/Glukokortikoider\\_for\\_systemisk\\_effekt\\_og\\_lokal\\_injeksjon](https://www.legemiddelhandboka.no/L3.7.1/Glukokortikoider_for_systemisk_effekt_og_lokal_injeksjon)
105. Braun TP, Marks DL. The regulation of muscle mass by endogenous glucocorticoids. *Frontiers in Physiology*. 2015;6.
106. Antidoping Norge. Dopinglisten 2023 [Internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 10. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten>
107. World Anti-Doping Agency. The 2023 Monitoring Program [Nettdokument]. World Anti-Doping Agency [hentet 23. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2022-09/2023list\\_monitoring\\_program\\_en\\_final\\_9\\_september\\_2022.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2022-09/2023list_monitoring_program_en_final_9_september_2022.pdf)
108. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
109. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.

110. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.
111. Halkier B, Gjerpe K. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
112. Antidoping Norge. Toppidrettsutøverliste [Internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 24. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/regler/toppidrettsut%C3%B8verliste>
113. Fjordkraftligaen [hentet 24. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fjordkraftligaen.no/>
114. Morrison-Beedy D, Côté-Arsenault D, Feinstein NF. Maximizing results with focus groups: Moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*. 2001;14(1):48-53.
115. Kaae S, Sporrang SK, Nørgaard LS. Guide to Qualitative Research on Patient Perspective on Medicines Use [Nettdokument]. Denmark: University of Copenhagen [hentet 1. april 2023]. Tilgjengelig fra: [https://whocc-meduse.ku.dk/documents/Guide\\_To\\_Qualitative\\_Research.pdf](https://whocc-meduse.ku.dk/documents/Guide_To_Qualitative_Research.pdf)
116. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
117. Norsk senter for forskningsdata [hentet 14. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/index.html>
118. Burke LM. Practical Issues in Evidence-Based Use of Performance Supplements: Supplement Interactions, Repeated Use and Individual Responses. *Sports Med*. 2017;47(1):79-100.
119. Sundgot-Borgen J, Berglund B, Torstveit MK. Nutritional supplements in Norwegian elite athletes—impact of international ranking and advisors. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2003;13(2):138-44.
120. Outram SM, Stewart B. Should nutritional supplements and sports drinks companies sponsor sport? A short review of the ethical concerns. *Journal of Medical Ethics*. 2015;41(6):447-50.
121. Peeling P, Binnie MJ, Goods PSR, Sim M, Burke LM. Evidence-Based Supplements for the Enhancement of Athletic Performance. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2018;28(2):178-87.
122. Benardot D, Clark K, Manore MM. Nutrition and Athletic Performance. *Medicine and science in sports and exercise*. 2016;48(3):543-68.
123. Nordic Co-operation. Nordic nutrition recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. 5th ed. [Internett]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2014 [hentet 1. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.norden.org/en/publication/nordic-nutrition-recommendations-2012>
124. Ozkan B, Hatun S, Bereket A. Vitamin D intoxication. *Turk J Pediatr*. 2012;54(2):93-8.
125. Papanikolaou G, Pantopoulos K. Iron metabolism and toxicity. *Toxicology and Applied Pharmacology*. 2005;202(2):199-211.
126. Maughan RJ, Burke LM, Dvorak J, Larson-Meyer DE, Peeling P, Phillips SM, et al. IOC Consensus Statement: Dietary Supplements and the High-Performance Athlete. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2018;28(2):104-25.

127. Helle C. En kostholdsundersøkelse av norske toppidrettsutøvere i utholdenhetsidretter [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2007 (s. 71).
128. Hottenrott K, Hass E, Kraus M, Neumann G, Steiner M, Knechtle B. A scientific nutrition strategy improves time trial performance by  $\approx 6\%$  when compared with a self-chosen nutrition strategy in trained cyclists: a randomized cross-over study. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4):637-45.
129. Lauritzen F. Dietary Supplements as a Major Cause of Anti-doping Rule Violations. *Front Sports Act Living.* 2022;4:868228.
130. Gjelstad A, Lauritzen F. Utilsiktet doping - de største risikoområdene. *Norsk Idrettsmedisin.* 2020.
131. Forskrift om legemidler til mennesker FOR-2009-12-18-1839 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1839>
132. Cadwallader AB, de la Torre X, Tieri A, Botrè F. The abuse of diuretics as performance-enhancing drugs and masking agents in sport doping: pharmacology, toxicology and analysis. *Br J Pharmacol.* 2010;161(1):1-16.
133. Backhouse SH, Whitaker L, Petróczi A. Gateway to doping? Supplement use in the context of preferred competitive situations, doping attitude, beliefs, and norms. *Scand J Med Sci Sports.* 2013;23(2):244-52.
134. Petróczi A, Aidman E. Psychological drivers in doping: the life-cycle model of performance enhancement. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008;3:7.
135. Ntoumanis N, Ng JY, Barkoukis V, Backhouse S. Personal and psychosocial predictors of doping use in physical activity settings: a meta-analysis. *Sports Med.* 2014;44(11):1603-24.
136. Antidoping Norge. Ren Utøver [Internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 10. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/forebygging/ren-ut%C3%B8ver>
137. 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.
138. Roderick M, Waddington I, Parker G. PLAYING HURT: Managing Injuries in English Professional Football. *International Review for the Sociology of Sport.* 2000;35(2):165-80.
139. 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.
140. Orchard JW. Benefits and risks of using local anaesthetic for pain relief to allow early return to play in professional football. *Br J Sports Med.* 2002;36(3):209-13.
141. Orchard JW, Steet E, Massey A, Dan S, Gardiner B, Ibrahim A. Long-term safety of using local anesthetic injections in professional rugby league. *Am J Sports Med.* 2010;38(11):2259-66.
142. Tscholl PM, Vaso M, Weber A, Dvorak J. High prevalence of medication use in professional football tournaments including the World Cups between 2002 and 2014: a narrative review with a focus on NSAIDs. *Br J Sports Med.* 2015;49(9):580-2.

143. Antidoping Norge. To viktige endringer på neste års dopingsliste [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; 30. september 2021 [hentet 6. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/nyheter/to-viktige-endringer-p%C3%A5-neste-%C3%A5rs-dopingliste>
144. Antidoping Norge. Tramadol på dopinglisten fra 2024 [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; 12. desember 2022 [hentet 6. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/nyheter/tramadol-p%C3%A5-dopinglista-fra-2024>
145. Alaranta A, Alaranta H, Helenius I. Use of Prescription Drugs in Athletes. *Sports Medicine*. 2008;38(6):449-63.
146. Fosbøl EL, Køber L, Torp-Pedersen C, Gislason GH. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs among healthy individuals. *Expert Opin Drug Saf*. 2010;9(6):893-903.
147. Nédélec M, Halson S, Delecroix B, Abaidia A-E, Ahmaidi S, Dupont G. Sleep Hygiene and Recovery Strategies in Elite Soccer Players. *Sports Medicine*. 2015;45(11):1547-59.
148. Oliver SJ, Costa RJ, Laing SJ, Bilzon JL, Walsh NP. One night of sleep deprivation decreases treadmill endurance performance. *Eur J Appl Physiol*. 2009;107(2):155-61.
149. Teece AR, Argus CK, Gill N, Beaven M, Dunican IC, Driller MW. Sleep and Performance during a Preseason in Elite Rugby Union Athletes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9).
150. Schifano F, Chiappini S, Corkery JM, Guirguis A. An Insight into Z-Drug Abuse and Dependence: An Examination of Reports to the European Medicines Agency Database of Suspected Adverse Drug Reactions. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22(4):270-7.
151. Cimolai N. Zopiclone: is it a pharmacologic agent for abuse? *Can Fam Physician*. 2007;53(12):2124-9.
152. Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G, Jolliet P. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;64(2):198-209.
153. Sansone RA, Sansone LA. Doctor shopping: a phenomenon of many themes. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(11-12):42-6.
154. Winther R, Bramness J. Legemiddelshopping av vanedannende medikamenter i Norge. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2009;129:517-20.
155. Erdman KA, Fung TS, Doyle-Baker PK, Verhoef MJ, Reimer RA. Dietary supplementation of high-performance Canadian athletes by age and gender. *Clin J Sport Med*. 2007;17(6):458-64.
156. Morente-Sánchez J, Zabala M. Doping in sport: a review of elite athletes' attitudes, beliefs, and knowledge. *Sports Med*. 2013;43(6):395-411.
157. Danielsen M. Anti-doping efforts in Norwegian ice hockey and golf [Mastergrad]. Oslo Norges idrettshøgskole 2018. (s. 88)



158. Paul Dimeo JA, John Taylor, Sarah Dixon, Leigh Robinson. Team dynamics and doping in sport: A risk or a protective factor? World Anti-Doping Agency: University of Stirling School of Sport; 2011.
159. Alaranta A, Alaranta H, Holmila J, Palmu P, Pietilä K, Helenius I. Self-Reported Attitudes of Elite Athletes Towards Doping: Differences Between Type of Sport. *Int J Sports Med.* 2006;27(10):842-6.
160. Bents RT, Tokish JM, Goldberg L. Ephedrine, Pseudoephedrine, and Amphetamine Prevalence in College Hockey Players. *The Physician and Sportsmedicine.* 2004;32(9):30-4.
161. Uvacsek M, Nepusz T, Naughton DP, Mazanov J, Ránky MZ, Petróczi A. Self-admitted behavior and perceived use of performance-enhancing vs psychoactive drugs among competitive athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports.* 2011;21(2):224-34.
162. Antidoping Norge. Dopingsaker - oversikt Oslo Antidoping Norge [internett]. Oslo: Antidoping Norge [hentet 23. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kontroll/dopingsak/oversikt>
163. Norsk legemiddelhåndbok. G13.1 Rusmiddelgrupper [internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhåndbok [hentet 25. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/G13.1/Rusmiddelgrupper>
164. Heuberger JAAC, Cohen AF. Review of WADA Prohibited Substances: Limited Evidence for Performance-Enhancing Effects. *Sports Medicine.* 2019;49(4):525-39.
165. Avois L, Robinson N, Saudan C, Baume N, Mangin P, Saugy M. Central nervous system stimulants and sport practice. *Br J Sports Med.* 2006;40 Suppl 1(Suppl 1):i16-20.
166. Docherty JR. Pharmacology of stimulants prohibited by the World Anti-Doping Agency (WADA). *Br J Pharmacol.* 2008;154(3):606-22.
167. Kokkevi A, Fotiou A, Chileva A, Nociar A, Miller P. Daily exercise and anabolic steroids use in adolescents: a cross-national European study. *Subst Use Misuse.* 2008;43(14):2053-65.
168. Ljungqvist A. Brief History of Anti-Doping. *Med Sport Sci.* 2017;62:1-10.
169. Cantwell JD, Rose FD. Cocaine and Cardiovascular Events. *The Physician and Sportsmedicine.* 1986;14(11):77-82.
170. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular Effects of Cocaine. *Circulation.* 2010;122(24):2558-69.
171. Kirby K, Moran A, Guerin S. A qualitative analysis of the experiences of elite athletes who have admitted to doping for performance enhancement. *International Journal of Sport Policy and Politics.* 2011;3(2):205-24.
172. Alsarve D. Historicizing Machoism in Swedish Ice Hockey. *The International Journal of the History of Sport.* 2021;38(16):1688-709.
173. Pripp AH. Hawthorne-effekten. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020;140(14).
174. Breen RL. A Practical Guide to Focus-Group Research. *Journal of Geography in Higher Education.* 2006;30(3):463-75.

175. Johnson R, Christensen L. Educational Research Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. 5. utg. 2014. Kapittel 11.



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### Forskning om legemiddel- og kosttilskuddbruk blant idrettsutøvere

**Farmasøytisk Institutt (Universitetet i Oslo)** og **Antidoping Norge** gjennomfører for tiden et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle en bedre forståelse av kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk blant toppidrettsutøvere i ulike idretter i Norge.

Dere blir kontaktet fordi dere leder et topplag i Norge i en av de aktuelle sportsgrenene. Deltakelsen innebærer et fokusgruppeintervju med to masterstudenter. Spørsmålene som stilles vil handle om erfaringer og opplevelser knyttet til legemiddel- og kosttilskuddbruk i elite-ishockey. Intervjuet vil vare 1 ½ - 2 timer. Det vil bli gjort lydopptak fra intervjuet, og disse blir anonymisert og lagret på en sikker måte. Vi venter ennå på godkjenning fra «norsk senter for forskningsdata», og ingen innsamling av data vil skje før vi får denne godkjent.

Målet med prosjektet er økt forståelse av legemiddel- og kosttilskuddbruk blant idrettsutøvere. Svarene fra deltakerne vil bidra med nyttig kunnskap rundt dette. I tillegg vil bidraget være til hjelp forebyggende antidopingarbeidet.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis klubben velger å delta, kan deltakerne når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deltakerne vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deltakerne eller laget hvis dere ikke vil delta eller senere velger å trekke dere.

Kort informasjon om rekruttering av deltakere og gjennomføring av intervjuet:

- Vi ønsker å rekruttere minimum fire og inntil åtte utøvere (18 år og over).
- Tidspunkt for gjennomføring av intervjuet vil foregå i perioden oktober 2022 til desember 2022, etter nærmere avtale.
- Intervjuene gjennomføres på avtalt sted, vi kommer gjerne til dere!
- Det er ønskelig med bistand fra klubbledelsen til utsending av informasjonsmateriell og egnet rom for gjennomføring av intervju dersom det er aktuelt.

Det vil bli sendt ut et infoskriv med ytterligere informasjon om studien før intervjuet. Ønsker klubben din å være med på dette prosjektet? Vi håper dere har anledning til å komme med tilbakemelding på dette til Sofie Christensen (sofiechr@student.farmasi.uio.no) innen fristen 30. september 2022.

Er det ytterligere spørsmål om studien, kan du ta kontakt med:

- Masterstudent Sofie Christensen, [sofiechr@student.farmasi.uio.no](mailto:sofiechr@student.farmasi.uio.no), mobil: 46944078.
- Veileder Astrid Gjelstad, [astrid.gjelstad@antidoping.no](mailto:astrid.gjelstad@antidoping.no)

Vi håper dere vil være med og ser frem til samarbeidet.

Vennlig hilsen Sofie og Astrid

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Rammesetting (10-15 minutter)

- Informasjon om prosjektet
  - Velkommen og introduksjon
  - 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.
  - Forklare hva intervjuet skal brukes til: få en oversikt over hvordan det kulturen for legemiddel- og kosttilskuddbruk er i dag.
  - Avklare eventuelle spørsmål rundt anonymitet og samtykke:
    - Anonymitet: vi bruker fiktive navn/koder i videre arbeid.
    - Samtykke: skriftlig samtykke.
  - Spørre om noe er uklart
  - Informere om lydopptak (via mobil, lagres kun på UiOs disk)
  - Informere om tidsbruk (ca. 1 time)

### Åpningspørsmål/innledende spørsmål (5-10 minutter)

- Presentasjon av seg selv
- Hvordan har sesongsstarten 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 snakke om kosttilskudd?
- Kan dere fortelle om eventuelt bruk av kosttilskudd blant spillerne på laget?
  - Føler dere kosttilskudd er en nødvendighet og noe en idrettsutøver “må ha”?
  - Hvilke kosttilskudd tenker dere er mest brukt innenfor deres idrett?
  - Om dere føler det er komfortabelt å snakke om, kan dere fortelle om egne erfaringer og bruk?
- Hvor henter dere kunnskap om kosttilskudd?
  - Kan dere huske konkrete situasjoner der dere søkte informasjon.
  - 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 han kjøpte dette. Vi skal nå diskutere de ulike svaralternativene han 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 (10-15 minutter)

- 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 sammenliknet med generell befolkning?
  - 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 det som hindrer 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:
  - (Lagidrett viser til flere positive dopingcaser de siste årene sammenliknet med individuell idrett). Hva er deres tanker om dette?
  - 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?
- Har dere noe spørsmål?

## Vedlegg 3: Infoskriv 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 skrevet 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 skrivet. 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 prosjektshutt 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](mailto:ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no), tlf. arbeid: 22856650 og mobil: 93621551

Astrid Gjelstad, [astrid.gjelstad@antidoping.no](mailto:astrid.gjelstad@antidoping.no)  
Fredrik Lauritzen, [fredrik.lauritzen@antidoping.no](mailto:fredrik.lauritzen@antidoping.no)  
Vibitha Sivasambu, [vibithas@student.farmasi.uio.no](mailto:vibithas@student.farmasi.uio.no), mobil: 95136972  
Sofie Christensen, [sofiechr@student.farmasi.uio.no](mailto:sofiechr@student.farmasi.uio.no), mobil: 4694407

- Kontaktinfo for personvernombudet i UiO er: [personvernombud@uio.no](mailto: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](mailto: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 4: Meldeskjema NSD



[Meldeskjema](#) / [Hva er kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant idrettsutø...](#) / 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 "sklir 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 funker 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

## Vedlegg 5: Svar fra NSD



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

### Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
642391

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
13.10.2022

**Prosjekttittel**

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

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Felles behandlingsansvarlige institusjoner**

Antidoping Norge

**Prosjektansvarlig**

Ingunn Bjornsdóttir

**Student**

Sofie Christensen

**Prosjektperiode**

15.08.2022 - 15.08.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**

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

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 15.08.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Antidoping Norge er felles behandlingsansvarlig institusjon. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!