

Intervjuer med idrettsleger - om legemidler, kosttilskudd, antidoping og rusmidler i norsk fotball

Kristina Julija Knisenko

Masteroppgave i Farmasi

45 studiepoeng

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet



Intervjuer med idrettsleger – om legemidler, kosttilskudd, antidoping og rusmidler i norsk fotball

Kristina Julija Knisenko

Masteroppgave i Farmasi
45 studiepoeng

Farmasøytisk institutt
Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet
Universitetet i Oslo

Mai 2025

Veiledere:

Førsteamanuensis Ingunn Björnsdottir -

Seksjon for galenisk farmasi og samfunnsfarmasi, Farmasøytisk Institutt, UiO.

Førsteamanuensis Astrid Gjelstad -

Seksjon for farmasøytisk kjemi, Farmasøytisk Institutt, UiO/Medisinsk fagrådgiver, Antidoping Norge.

Vitenskapelig assistent Sofie Christensen - *Antidoping Norge*

© Kristina Julija Knisenko

2025

Intervjuer med idrettsleger – om legemidler, kosttilskudd, antidoping og rusmidler i norsk fotball

Kristina Julija Knisenko

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

Sammendrag

Bakgrunn: I løpet av de siste årene har bruken av legemidler og kosttilskudd i idrett, inkludert fotball, fått økt oppmerksomhet fra forskere og idrettsorganisasjoner. Bruk av smertestillende midler, spesielt NSAIDs, er vanlig blant fotballspillere. Kosttilskuddbruk er også utbredt, noe som kan føre til utilsiktet doping på grunn av kontamineringer. Bekymringen for bruk av ulovlige rusmidler blant idrettsutøvere har steget. Medisinsk personell, som lagleger, spiller en nøkkelrolle i å forme kulturen rundt legemiddel-, kosttilskudd-, rusmiddelbruk og doping, men deres innflytelse er fortsatt lite undersøkt. Det finnes lite forskning om hvordan leger selv oppfatter sin rolle og erfaringer når det gjelder idrettsutøveres bruk av legemidler og forbudte stoffer. Det er også uklart i hvor stor grad leger deltar i forebygging av ulovlig rusmiddelbruk og implementeringen av antidopingtiltak i klubbene.

Hensikt: Målet med denne studien er å undersøke hvordan leger i norsk fotball oppfatter sin rolle i å forme kulturen rundt legemiddel-, kosttilskudd- og rusmiddelbruk. Studien utforsker legenes innflytelse, holdninger, kunnskap, erfaringer i praksis, samt deres strategier for antidoping og forebyggende arbeid blant utøverne.

Metode: For å nå studiens mål, ble en kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervjuer benyttet. Utvalget besto av syv leger fra ulike nivåer i norske fotballklubber. Intervjuene ble holdt online, og dataene ble analysert ved bruk av tematisk analyse, og ved hjelp av NVivo-programvare.

Resultater: Studien avdekket at leger i norske fotballklubber har lignende synspunkter og praksis når det gjelder overholdelse av antidopinglovgivningen. Det var uenigheter om valg av betennelsesdempende legemidler, avhengig av legenes kliniske preferanser. Uklarheter i ansvarsfordelingen mellom leger og fysioterapeuter ble også avdekket, noe som samsvarer med funn fra en parallell masteroppgave som handler om fysioterapeuter. Legene har distansert seg fra ansvaret for å overvåke kosttilskuddsbruk, og delegert dette til annet støttepersonell, samtidig som de var villige til å gi råd og besvare utøvernes spørsmål angående kosttilskudd. Flere leger delte erfaringer med håndtering av ulovlige rusmidler blant spillere, mens andre anså ikke dette som et problem på deres lag. Legene uttrykte stor takknemlighet til Antidoping Norge, men hadde likevel ønsker for forbedringer.

Konklusjon: Denne studien gir verdifull innsikt i legers oppfatninger og erfaringer som støttepersonell i fotball når det gjelder legemiddel-, kosttilskudd- og rusmiddelbruk, samt etterlevelse av antidopingregler. Studien viser at det finnes områder med usikkerhet og variasjon i praksis, blant annet ved valg av legemidler, ansvarsfordelingen mellom støttepersonell, og forebygging og oppdagelse av rusmisbruk. Studien fremhever behovet for en tydeligere definisjon av legers rolle og ansvar, forskning på NSAID-bruk i idrett, og økt oppmerksomhet til bruken av ulovlige rusmidler. Funnene gir grunnlag for videre forskning og utvikling av mer målrettede forebyggende strategier innen idrettsmedisin og antidopingarbeid.

Abstract

Background: In recent years, the use of medications and supplements in sports, including football, has received increased attention from researchers and sports organizations. The use of painkillers, especially NSAIDs, is common among football players. The use of dietary supplements is also widespread, which can lead to unintended doping due to contamination. Concerns about the use of illegal drugs among athletes have risen. Medical personnel, such as team doctors, play a key role in shaping the culture around medications, supplements, and doping, but their influence is still poorly examined. There is limited research on how doctors perceive their roles and experiences regarding athletes' use of medications and prohibited substances. It is also unclear to what extent doctors participate in the prevention of illegal drug use and the implementation of anti-doping measures in clubs.

Objective: The aim of this study is to investigate how doctors in Norwegian football perceive their role in shaping the culture around the use of medications, supplements, and drugs. The study explores the doctors' influence, attitudes, knowledge, practical experiences, and their strategies for anti-doping and preventive work among athletes.

Method: To achieve the study's aims, a qualitative method with semi-structured in-depth interviews was employed. The sample consisted of seven doctors from various levels within Norwegian football clubs. The interviews were conducted online, and the data were analyzed using thematic analysis with the assistance of NVivo software.

Results: The study revealed that doctors in Norwegian football clubs have similar perspectives and practices regarding compliance with anti-doping regulations. There was disagreement over the choice of anti-inflammatory medications, dependent on the doctors' clinical preferences. Ambiguities in the division of responsibilities between doctors and physiotherapists were also uncovered, which aligns with findings from a parallel master's thesis concerning physiotherapists. Doctors have distanced themselves from the responsibility of monitoring supplement use, delegating this task to other support personnel, while remaining open to providing advice and answering athlete questions regarding supplements. Several doctors shared experiences dealing with illegal drug use among players, whereas others did not consider this a problem within their teams. The doctors expressed great appreciation for Antidoping Norge, yet still proposed suggestions for improvement.

Conclusion: This study provides valuable insights into doctors' perceptions and experiences as support personnel in football regarding the use of medications, supplements, and drugs, as well as compliance with anti-doping regulations. The study highlights areas of uncertainty and variation in practices, such as the choice of medications, the division of responsibilities among support personnel, and the prevention and detection of substance abuse. The study underscores the need for clearer definitions of doctors' roles and responsibilities, research on NSAID use in sports, and increased attention to the use of illegal drugs. The findings lay the foundation for further research and the development of more targeted preventive strategies within sports medicine and anti-doping efforts.

Forord

Først og fremst ønsker jeg å takke min veileder, Ingunn Björnsdottir, for inspirasjon, den gode hjelpen og tilgjengeligheten gjennom hele prosessen med masteroppgaveskriving. Jeg vil også rette en hjertelig takk til Astrid Gjelstad for hjelpen, samt for muligheten til å bli kjent med Antidoping Norge og arbeide med en så spennende oppgave. En stor takk går også til Fredrik Lauritzen og Sophie Christensen for deres verdifulle råd og bidrag som har beriket dette prosjektet.

Jeg vil gi en stor takk til min familie som alltid støtter mine ideer, og gir meg uendelig kjærighet og tro. Deres støtte har vært avgjørende for at jeg kunne komme meg gjennom hele studiet. Likeledes ønsker jeg å takke mine venner og klassekamerater for deres varme støtte, humor og gode samtaler i tider hvor det har vært utfordrende.

Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til min kjære hund, Djusy, som tålmodig har sovet ved min side gjennom hele perioden med skriving av masteroppgaven. Takk for ditt varme nærvær og for de vennlige påminnelsene om betydningen av pauser og oppfriskende luft.

En stor takk til alle legene som deltok i denne studien. Takk for deres innsats og innsikt, og jeg håper resultatene vil være til nytte for fremtidig arbeid.

Kristina Julija Knisenko

Oslo, mai 2025

I denne masteroppgaven har ChatGPT UiO blitt brukt som et verktøy for akademisk og grammatisk korrektur. ChatGPT har bistått i finpuss av setningsstruktur og språk, med hensikt å sikre klarhet og presisjon i teksten. Verktøyet har vært en støtte i prosessen med å uttrykke ideene tydelig og konsistent, samtidig som det har bidratt til å opprettholde høye akademiske standarder.

Liste over forkortelser

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADNO	Antidoping Norge
COX	Cyclooxygenase
FIFA	Fédération Internationale de Football Association
GDPR	General Data Protection Regulation
IC	In-Competition
ISTUE	International Standard for Therapeutic Use Exemptions
LEKONI	Bruk av legemidler og kosttilskudd blant norske idrettsutøvere
NSAID	Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs
OOC	Out-of-Competition
TA	Tematisk analyse
TSD	Tjenester for Sensitive Data
TUE	Therapeutic Use Exemption
VM	Verdensmesterskap
WADA	World Anti-Doping Agency
WADC	World Anti-Doping Code

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
2	Hensikt	5
3	Teori	6
3.1	Leger som støttepersonell i fotball	6
3.1.1	Samarbeid med annet støttepersonell	7
3.1.2	Organisatoriske stressfaktorer	7
3.1.3	Fremme av sunn og etisk idrettskultur	8
3.2	Legemidler	8
3.2.1	Definisjon av legemidler	8
3.2.2	Smertestillende og betennelsesdempende midler	9
3.2.3	Andre relevante legemidler	11
3.2.4	Støttepersonellets rolle	11
3.3	Kosttilskudd	12
3.4	Rusmiddelbruk	13
3.5	Doping og antidoping	14
3.5.1	Definisjon av doping: roller til WADA, ANDO	14
3.5.2	Dopinglisten	15
3.5.3	Medisinsk fritak	18
3.6	Tidligere forskning	19
4	Metode	20
4.1	Forskningsmetode	20
4.1.1	Dybdeintervju som datainnsamlingsmetode	21
4.1.2	Semi-strukturert intervjumetode	22
4.1.3	Intervjuguide	22
4.2	Etikk	23
4.2.1	Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT)	23
4.2.2	Informert samtykke	24
4.2.3	Tjenester for Sensitive Data (TSD)	24
4.3	Datainnsamling	25
4.3.1	Utvalg, rekruttering og metning	25
4.3.2	Pilotintervju	27

4.3.3	Gjennomføring av intervjuene	27
4.4	Databehandling.....	28
4.4.1	Transkribering	28
4.4.2	Analyse.....	28
4.4.3	Validering.....	32
5	Resultater.....	33
5.1	Legemiddelbruk og beslutninger.....	34
5.1.1	Temasammendrag og oversiktfigurer.....	34
5.1.2	Bruk av smertestillende	35
5.1.3	Andre legemidler.....	36
5.1.4	Ansvarsfordeling	37
5.1.5	Tilgang til legemidler	38
5.1.6	Overvåkning	39
5.1.7	Beslutninger om legemiddelbruk	40
5.1.8	Påvirkning fra trenere	41
5.1.9	Tillit.....	42
5.1.10	Kultur	43
5.2	Kosttilskudd og ernæring	43
5.2.1	Temasammendrag og oversiktfigurer.....	43
5.2.2	Kosttilskuddregimer	44
5.2.3	Ansvar for kosttilskuddsbruk	45
5.2.4	Kultur for bruk av kosttilskudd	45
5.2.5	Søk etter informasjon om kosttilskudd.....	46
5.2.6	Kommunikasjon om kosttilskudd.....	46
5.3	Rusmiddelbruk	47
5.3.1	Temasammendrag og oversiktfigurer.....	47
5.3.2	Kultur for bruk av ulovlige rusmidler	48
5.3.3	Kommunikasjon om ulovlige rusmidler.....	51
5.4	Antidoping og regelverk.....	52
5.4.1	Temasammendrag og oversiktfigurer.....	52
5.4.2	Holde seg oppdatert.....	53
5.4.3	Søke antidopingrelatert informasjon	53
5.4.4	Utfordringer.....	54

5.4.5	Ren Utøver	55
5.4.6	Forslag	56
5.4.7	Tilbakemeldinger om ADNO	58
6	Diskusjon	60
6.1	Legemiddelbruk og beslutninger	60
6.2	Kosttilskudd	63
6.3	Rusmiddelbruk	65
6.4	Antidoping og regelverk	67
6.5	Sammenligning av funn: fysioterapeuters perspektiver	69
6.6	Diskusjon av metode	71
6.7	Videre forskning og veien videre	75
7	Konklusjon	77
	Litteraturliste	78
	Vedlegg 1: Intervjuguide	87
	Vedlegg 2: Meldeskjema til Sikt	90
	Vedlegg 3: Svar fra Sikt	94
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	96
	Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	100
	Vedlegg 6: Sitater fra resultatdelen	102

Liste over tabeller og figurer

Tabell 1. Oversikt over kategoriseringen av dopinglisten.....	16
Figur 1. Hovedtema legemiddelbruk og beslutninger med tilhørende undertemaer og koder.	34
Figur 2. Hovedtema kosttilskudd og ernæring med tilhørende undertemaer og koder.....	44
Figur 3. Hovedtema rusmiddelbruk med tilhørende undertemaer og koder.....	48
Figur 4. Hovedtema antidoping og regelverk med tilhørende undertemaer og koder.....	52

1 Introduksjon

Doping blir ofte sett på som et individuelt valg, men bak kulissene eksisterer det et komplekst nettverk av personer som kan påvirke utøvernes beslutninger. Antidopingpolitikken er utformet med bakgrunn i et høyindividualistisk perspektiv (1). Likevel befinner idrettsutøvere seg i en kontekst preget av et omfattende støtteapparat, som bidrar til å forme utøverens psykologiske og fysiologiske tilstand, den generelle kulturen og dagliglivet til idrettslagene (2, 3). Dette støtteapparatet er definert som trenere, ledere, agenter, teampersonell, medisinsk personell, foreldre og andre aktører som arbeider med, behandler eller bistår idrettsutøvere under forberedelse til eller deltakelse i en sportskonkurranse (4).

Støttepersonell spiller en avgjørende rolle i utviklingen av idrettsutøveres mentale og emosjonelle velvære, samt i fremveksten av en fleksibel idrettskultur som fremmer både personlig vekst og sportslig suksess (2). De hjelper utøvere med å opprettholde et rent idrettsmiljø (3, 5), og fungerer som agenter for kulturell og sosial endring ved å fremme etikk og verdier som disiplin, samarbeid og respekt (6). Innenfor dette støtteapparatet inntar leger en spesielt sentral rolle, særlig i forbindelse med medisinsk rådgivning, skadebehandling, antidopingrelaterte spørsmål og anbefalinger om legemiddel- og kosttilskuddsbruk. Medisinsk støttepersonell har muligheten til å identifisere risikoer og tilby veiledning som ivaretar en helseprioritert kultur, fremfor kortsiktige prestasjonsmål. Som både forebyggende og korrigerende aktører holder de seg oppdatert på antidopingregler og lærer opp utøvere om forbudte stoffer, noe som bidrar til implementeringen av internasjonale antidopingprogrammer (7, s. 83-94).

Legenes innflytelse strekker seg betydelig utover tradisjonelle medisinske oppgaver, da de også former idrettskulturen og påvirker utøvernes holdninger (5). I henhold til World Anti-Doping Agency (WADA) sin kode, spesielt artikkel 21.2 må støttepersonell ha kunnskap om og overholde alle antidopingretningslinjer og -regler, samt fremme positive antidopingholdninger (4). Derfor er legers perspektiv avgjørende for å oppnå en dypere forståelse av kulturen rundt bruken av legemidler og kosttilskudd i idretten. Det er nettopp dette perspektivet som utgjør fokuset for denne studien, som spesifikt undersøker hvilken innflytelse leger har på kulturen rundt legemiddel- og kosttilskuddsbruk i norsk fotball. Fotball er valgt som fokus for denne studien på grunn av dens sentrale posisjon i norsk idrettskultur (8). For å forstå disse dynamikkene, er det avgjørende å først granske dagens

kultur i fotball. Hvordan defineres denne kulturen, hvilke normer dominerer, og hvordan kan den påvirke utøvernes valg og praksiser innen sportens rammer?

Risikoen for smerte og skade er en iboende del av sportslig deltakelse og aksepteres ofte som en naturlig komponent av idrettsutøvelse (9). Mange idrettsutøvere, trenere og støttepersonell anser smerte som en vanlig del av treningsprosessen (10). Idrettsetikken fokuserer ofte på det å ofre kroppen sin for sporten, og innebærer ofte å «spille gjennom smerte» (11). Dette er spesielt fremtredende blant utøvere på elitenivå, som ofte forventes å ta betydelig helsefare. Innen profesjonell fotball anses det som en del av kulturen å spille mens man er skadet eller opplever smerte, hvor en «god holdning» betraktes som en ønskelig egenskap blant enkelte grener av støtteapparatet (12). Dette presset under trening og konkurranse kan føre til en økt tilslutning til bruk av legemidler (13). Psykososiale faktorer i idrettsmiljøet former videre utøvernes holdninger til helse og doping. For eksempel er idrettsutøvere som oppfatter sitt idrettsmiljø som sterkt vinnerorientert, mer tilbøyelige til å bruke forbudte substanser. Videre er bruken av kosttilskudd assosiert med mer positive holdninger til doping i senere stadier (14).

Bruken av legemidler og doping i idrett har lenge vært et omdiskutert tema. En undersøkelse blant profesjonelle fotballspillere i Norge viste at én av fire spillere tror at doping forekommer i norsk toppfotball (15). I perioden fra 2015 til 2019 gjennomførte Antidoping Norge (ADNO) en studie hvor de samlet inn dopingkontrollskjemaer, der utøverne rapporterte hvilke legemidler og kosttilskudd de hadde brukt i løpet av den siste uken. Denne studien, kjent som LEKONI-studien, avdekket at smertestillende medikamenter, som paracetamol og ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs), var de mest brukte legemidlene, etterfulgt av nasale preparater, antiastmatika og midler mot allergi (13). Denne høye bruken av smertestillende blant idrettsutøvere støttes også av internasjonale studier (16, 17, 18).

I 2024 ble det registrert 32 dopingsaker i Norge, hvorav syv tilfeller involverte fotball (19). Til tross for disse tallene, er det noen som hevder at forekomsten av dopingovertridelser i fotball er lav sammenlignet med andre idretter. Dette reiser spørsmål om hvorvidt fotballkulturen virkelig har en lav forekomst av doping, eller om de nåværende testregimene ikke er tilstrekkelige for å avdekke doping (20). Videre forskning på både forbudte og lovlige substanser i idretten er essensiell for å oppnå en dypere forståelse av årsakene til og kulturen rundt bruk av slike stoffer.

En annen utbredt praksis blant idrettsutøvere er bruken av kosttilskudd for å forbedre atletisk ytelse og kompensere for ernæringsmangler. Mange benytter kosttilskudd regelmessig uten å være klare over de potensielle risikoene knyttet til bruken (21). Selv tilsynelatende ufarlige kosttilskudd kan være forurenset med forbudte substanser (22) eller inneholde forbudte stoffer som ikke er angitt på etiketten. Feilaktig eller uvitende bruk av kosttilskudd kan få alvorlige konsekvenser, inkludert brudd på antidopingregler (23). Forskning bekrefter at kosttilskudd er en av de ledende årsakene til brudd på antidopingregler (24), og at hyppig bruk kan øke idrettsutøvernes sårbarhet for doping i fremtiden (25). Støttepersonell har en avgjørende rolle i å veilede utøverne mot å velge sikre og evidensbaserte kosttilskudd, samt i å advare mot produkter som potensielt kan inneholde forbudte eller skadelige stoffer. Mangelen på regulering av kosttilskudd kan føre til utilsiktet doping, og derfor er støttepersonell proaktive i å oppmuntre utøvere til å velge kvalitetssikrede og godkjente produkter (7, s. 33-43). En bevisst tilnærming til bruk av kosttilskudd kan dermed bidra til å forhindre brudd på antidopingregler og opprettholde utøvernes helse.

I tillegg til dopingbruk har det de senere årene vært en observert økning i narkotikabruk blant idrettsutøvere, særlig i saker relatert til kokain. Norske medier har fremhevet denne dramatiske økningen av narkotikabruk blant profesjonelle utøvere (26, 27, 28, 29). Ifølge ADNO har antallet tilfeller som involverer kokain økt betydelig, noe som gir grunn til bekymring (29). Leger, trenere og annet støttepersonell rundt idrettsutøvere har en avgjørende rolle i å forebygge rusmisbruk. Støttepersonell har mulighet til å påvirke denne kulturendringen ved å skape et trygt, bevisst og etisk miljø for utøverne. Det er viktig med opplæring av støttepersonell, slik at de kan gjenkjenne tegn på ulovlig rusmiddelbruk og være i stand til å tilby passende hjelp. Det er også essensielt å utvikle en bevissthet blant utøverne om egen helse og å vektlegge de langsiktige konsekvensene forbundet med bruk av forbudte substanser (30).

Støttepersonell har betydelig innflytelse på idrettsutøvere, og deres handlinger kan enten hindre eller fremme bruken av doping. Prestasjonsorienterte støttepersonell kan for eksempel legge press på utøvere for å bruke ulovlige substanser (31). Når støttepersonell blir en del av et system der doping begynner å bli normalisert, kan en passiv holdning til problemet ytterligere forsterke dopingkulturen. Samtidig har de muligheten til å motvirke dopingbruk ved å lære opp utøvere om risikoene ved doping, fremme verdiene knyttet til rettfærdig konkurranse, og legge til rette for åpne diskusjoner om moralske og etiske spørsmål.

Støttepersonell befinner seg ofte i en konflikt mellom ansvaret for å ivareta utøvernes helse og lagets mål om å oppnå høye resultater. Dette kan skape uklare grenser mellom akseptable medisinske inngrep og forbudte midler (31, 32).

Oppsummert viser det komplekse nettverket av støttepersonell rundt idrettsutøvere en betydelig innflytelse både på individuelle valg og den bredere idrettskulturen. Støttepersonell som leger kan spille en avgjørende rolle i å fremme helsebaserte verdier og antidopingpraksis, men deres handlinger og prioriteringer kan også skape utfordringer. Denne studien søker å belyse hvordan legers innflytelse bidrar til forståelsen av doping-, kosttilskudd- og rusmiddelbruk i norsk fotball, samt hvordan denne innsikten kan bidra til å styrke integriteten i idretten. Ved å utforske disse dynamikkene, er det et mål at prosjektet kan gi verdifulle bidrag til utviklingen av retningslinjer og praksis som kan motvirke negative tendenser og fremme en trygg og rettferdig idrettskonkurrans.

2 Hensikt

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske erfaringer, synspunkter og oppfatninger hos leger som støttepersonell i fotball, med hensyn til deres potensielle rolle og innflytelse på kulturen rundt bruk av legemidler og kosttilskudd blant spillere. Studien tar sikte på å oppnå dypere forståelse av hvordan legers erfaringer og holdninger påvirker og former spillernes praksis og den bredere kulturen knyttet til bruk av legemidler og kosttilskudd.

I denne masteroppgaven vil også legers kunnskap om og erfaringer med doping, samt med antidopingregelverket bli undersøkt. Det er viktig for å få innsikt i legers rolle i antidopingarbeidet innenfor norsk fotball, og potensielt identifisere områder der dette arbeidet kan forbedres og styrkes.

Videre vil masteroppgaven belyse legers perspektiver på bruk av ulovlige rusmidler blant fotballspillere. Målet er å utvide forståelsen av hvordan leger oppfatter og håndterer utfordringer knyttet til rusmiddelbruk, samt hvordan de forebygger og overvåker utøverne i denne sammenhengen.

3 Teori

3.1 Leger som støttepersonell i fotball

Medisinsk personell i idretten har et viktig ansvar for å ivareta utøvernes fysiske tilstand, samtidig som de må balansere kravene mellom klubbens prestasjonsmål og høy prioritering av å ikke skade idrettsutøverens helse. Dette setter dem ofte i situasjoner hvor medisinske vurderinger påvirkes av motstridende interesser. Leger kan bidra til en risikokultur der prestasjon verdsettes høyere enn helse, noe som kan resultere i en kultur hvor skader bagatelliseres og smerte aksepteres (33, 34). Som støttepersonell befinner leger seg ofte mellom klubbens interesser og utøvernes privatliv. Det er en konstant press, hvor spesielt klubbledelsen kan ønske rask tilbakeføring av skadde spillere til trening og konkurranse, drevet av det sterke konkurransepresset i idrett. Dette kan føre til at kortsiktige sportslige resultater prioriteres på bekostning av utøvernes langsiktige helse (35), og at grensen mellom akseptable medisinske inngrep og forbudte midler blir uklar (32).

Leger spiller en avgjørende rolle i å forhindre bruk av ulovlige substanser i idretten. Deres ansvar strekker seg utover å sikre utøvernes fysiske helse; de skal også forme verdier og holdninger som fremmer helse og bevarer idrettens integritet (36). Deres innflytelse kan enten hindre eller fremme dopingbruk. Støttepersonell som har et sterkt prestasjonsfokus kan legge press på idrettsutøvere for å bruke ulovlige substanser, mens en passiv holdning til problemet kan forsterke en dopingkultur (31, 32). Det er derfor av stor viktighet å forstå hvordan medisinsk personell i fotball påvirker kulturen rundt bruken av medisinske stoffer og metoder. Legers beslutninger og anbefalinger kan enten bidra til å opprettholde en kultur som tolererer smerte og risiko, eller veilede utøverne mot en mer ansvarlig holdning til helse (37).

Relasjoner mellom støttepersonell og utøvere kan være preget av en ubalanse i makt, hvor utøvernes karriere kan være avhengig av legens beslutninger, hvilket kan presse utøverne i behandlinger for å beholde sin posisjon. Støttepersonell må balansere sin rolle som helsepersonell og deres posisjon innenfor det sportslige støtteapparatet, noe som kan føre til etiske dilemmaer. Den hierarkiske strukturen i klubber kan begrense støttepersonellens autonomi i beslutningstaking (38), og den tiden de tilbringer med laget kan føre til uklare grenser mellom lege og pasient (37). Press fra trenere kan også påvirke legens beslutninger, og føre til kompromisser mellom medisinske indikasjoner og lagets interesser (39).

3.1.1 Samarbeid med annet støttepersonell

For leger i idretten er samarbeid med annet støttepersonell, som trenere og fysioterapeuter, avgjørende. Åpen kommunikasjon og tillit bør prioriteres for å etablere felles tilnærming til dopingmidler, likevel kan uklare ansvarsfordelinger hindre dette. For å motvirke uklare ansvarsfordelinger er det behov for spesifikke retningslinjer. Å styrke tilliten og opprettholde nære forhold mellom spillere og medisinsk personell er avgjørende for å redusere risikoen for dopingbruk. Kulturen for legemiddel- og kosttilskudd bruk er dermed i stor grad avhengig av samhandling mellom medisinsk personell og lagmedlemmer. Innføring av et system med gjensidig tillit og åpen kommunikasjon kan redusere uautorisert stoffbruk og styrke idrettens integritet (36).

Leger bygger ofte sterke relasjoner med utøvere og fungerer som et bindeledd mellom trenere og spillere. Dette fremmer åpen kommunikasjon og ansvarsfølelse hos utøverne. Leger spesifikt, har en kritisk rolle som rollemodeller i utviklingen av en helsekultur. Leger spiller en kritisk rolle som rollemodeller for helsekultur ved å fremme riktig legemiddelbruk, ernæring, og forebyggende tiltak, noe som kan forbedre prestasjoner og forlenge karrierer. Gjennom vurdering av spillernes tilstand og beslutninger om konkurransedyktighet etter skade, beskytter leger utøvernes helse og etablerer en kultur som respekterer deres fysiske og emosjonelle grenser (5).

3.1.2 Organisatoriske stressfaktorer

Støttepersonell i idrett møter organisatoriske stressfaktorer som påvirker deres arbeid og idrettens legemiddelkultur. Konflikter med trenere og ledelse oppstår når deres synspunkter blir underkjent, noe som begrenser deres innflytelse på spillernes behandling. Dette kan tvinge leger til å tilpasse anbefalinger, og potensielt føre til feilaktig legemiddelbruk (40). Leger kan bli presset av utøvere til å tillate dem å spille til tross for skader, mens utøvere også kan bli villedet av helsepersonell som holder tilbake viktig informasjon om skadenes omfang. Dette hindrer utøvere fra å ta informerte beslutninger og reiser etiske spørsmål om forholdet mellom medisinsk personell og spillere. Selv om mange spillere er villige til å spille med skader, utfordrer dette balansen mellom helse og prestasjon i idretten (12).

3.1.3 Fremme av sunn og etisk idrettskultur

Støttepersonell, spesielt leger, spiller en essensiell rolle i å motvirke dopingbruk ved å lære opp utøvere om risikoene og fremme rettferdig konkurranse (7, s. 33-43). Regelmessige opplæringsprogrammer øker bevisstheten om dopingens helsemessige og etiske implikasjoner. Dette inkluderer forståelsen av bivirkninger, langsiktige helsekonsekvenser, og hvordan doping undergraver sportens ånd av rettferdighet. Leger fremmer en sunn livsstil med fokus på ernæring, hvile og effektiv restitusjon, og etablerer en kultur som verdsetter naturlige ytelsesforbedringer. Klare retningslinjer og prosedyrer for legemidler og kosttilskudd kan redusere uklare grenser mellom akseptabel og uakseptabel praksis (31, 33). En tverrfaglig tilnærming med samarbeid mellom leger, trenere, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer fremmer balansert ivaretagelse av helse og prestasjon. Tidlig intervensjon for utøvere i risikozonen er kritisk for å forhindre bruk av ulovlige substanser (37).

Oppsummert viser teorien at støttepersonell, spesielt medisinsk personell, har en kompleks rolle i idrettens verden, preget av både organisatoriske utfordringer og etiske dilemmaer. Deres innflytelse kan både opprettholde og endre kulturen rundt helse og prestasjon i idretten. De balanserer mellom krav om raske resultater og langsiktig helse hos utøverne, samtidig som de navigerer i en maktstruktur som kan påvirke deres faglige uavhengighet. Denne teoretiske utforskningen gir grunnlaget for å forstå viktigheten av klare retningslinjer og en kultur for åpen kommunikasjon, som vil være avgjørende for analysene og diskusjonene i resten av denne oppgaven.

3.2 Legemidler

3.2.1 Definisjon av legemidler

I henhold til legemiddeloven omfatter legemidler stoffer, droger og preparater designet for å forebygge, behandle eller lindre sykdommer, symptomer eller smerter. Dette inkluderer også midler som påvirker fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, samt de som anvendes for diagnostisk påvisning av sykdommer, både innvortes og utvortes (41). Legemidler spiller en avgjørende rolle ved å påvirke kroppens fysiologiske prosesser gjennom farmakologiske, immunologiske eller metabolske mekanismer (42). I idrett er bruk av legemidler særlig viktig

da idrettsutøvere utsettes for betydelig fysisk stress, og medisinsk støtte kan være nødvendig for effektiv restitusjon og behandling av skader (25). Legemidler benyttes som en del av rehabiliteringsprosessen etter skader og for å opprettholde idrettsutøvernes fysiske form.

Noen legemidler inneholder aktive ingredienser som er oppført på WADA sin liste over forbudte stoffer. Analgetiske, betennelsesdempende legemidler og sentralstimulerende midler er eksempler på medisiner som kan anvendes både terapeutisk og prestasjonsfremmende, noe som kan resultere i brudd på antidopingreglene (18). Forskning viser at visse grupper av idrettsutøvere ofte brukes NSAIDs, antibiotika og sovemidler, hvilket kan indikere en økende trend i medikamentbruk i sportssammenheng (13).

3.2.2 Smertestillende og betennelsesdempende midler

Smertestillende, også kjent som analgetika, er medisiner som er spesialutviklet for å lindre smerte. De anvendes bredt både i medisinsk praksis og i idrett, hvor idrettsutøvere ofte opplever smerte fra skader, overbelastninger og inflammatoriske prosesser (43). Bruken av smertestillende legemidler i idrett, og spesielt innen fotball, er utbredt (44, 45). Denne praksisen er i stor grad et resultat av høy intensitet i arbeidsbelastningen og hyppigheten av skader. Studier indikerer at idrettsutøvere ofte benytter smertestillende midler ikke bare for smertelindring, men også for å fremskynde tilbakevendingen til trening og konkurranse. Dette kan imidlertid medføre økt risiko for kroniske skader og langsiktige helseproblemer (35). Analgetika kan deles inn i to hovedkategorier; ikke-opioide analgetika og opioidanalgetika (43).

Ikke-opioid analgetika

Ikke-opioide analgetika brukes for å lindre milde til moderate smerter og redusere feber. I motsetning til opioidanalgetika, virker de ved å hemme enzymet syklooksigenase (COX), som er involvert i produksjon av prostaglandiner – stoffer som spiller en sentral rolle i smerte- og betennelsesprosesser (43, 46). De mest vanlige ikke-opioide analgetika er paracetamol og NSAIDs som ibuprofen, naproksen og diklofenak.

Paracetamol er kjent for sine smertestillende og febernedsettende egenskaper, men har begrenset påvirkning på inflammatoriske prosesser. Den anses som relativt trygt ved korrekt

dosering, men overdosering kan føre til alvorlig leverskade (47). NSAIDs, derimot, har både smertestillende og betennelsesdempende egenskaper, noe som gjør dem effektive mot muskel- og leddsmerter, idrettsskader og revmatiske lidelser. Videre kan misbruk av NSAIDs maskere symptomer på skader, noe som kan føre til at utøvere fortsetter å trene eller konkurrere mens skaden forverres (18).

Ibuprofen, diklofenak og naproksen er ikke-selektive cyklooksygenase (COX-1 og COX-2)-hemmere, mens etorikoksib er en selektiv COX-2-hemmer (48). Vanlige bivirkninger av NSAIDs inkluderer irritasjon i mage-tarmkanalen, økt risiko for utvikling av magesår, forhøyet blodtrykk, svekket nyrefunksjon og økt kardiovaskulær risiko (49). Ikke-selektive NSAIDs er effektive for å lindre smerte og betennelse, men langvarig bruk kan medføre gastrointestinale bivirkninger. Selektive NSAIDs er mindre belastende for magen, men er knyttet til en høyere risiko for kardiovaskulære komplikasjoner ved langvarig bruk (50, 51).

Diklofenak og etorikoksib er særlig assosiert med en økt risiko for kardiovaskulære hendelser sammenlignet med andre legemidler i NSAID-gruppen (52). Vimovo har som mål å redusere risikoen for magesår, men påvirker ikke duodenum eller nedre deler av GI-trakten. Vimovo har fortsatt potensielle effekter på det kardiovaskulære systemet og nyrene (53). Videre er det kjent av intensiv trening kan være belastende for nyrene, og i kombinasjon med NSAID-bruk kan dette påvirke nyrenes hemodynamikk og redusere nyrefunksjonen (54).

Opioidanalgetika

Opioidanalgetika er en gruppe potente smertestillende midler som benyttes ved alvorlige og kroniske smerter, når ikke-opioide alternativer ikke er tilstrekkelig effektive (43). De virker ved å binde seg til opioidreseptorer i hjernen og ryggmargen, noe som fører til redusert smertefølsomhet og endret smerteoppfatning. De vanligste opioidanalgetika inkluderer morfin, oksykodon, fentanyl, kodein og tramadol. Disse medikamentene er mye anvendt i medisinsk praksis, spesielt i behandling av kreftsmarter, postoperativ smertebehandling og alvorlige skader. Til tross for deres effektivitet, er opioider forbundet med betydelige risikoer, blant annet fare for avhengighet, samt bivirkninger som respirasjonsdepresjon, forstoppelse og døsighet (55).

3.2.3 Andre relevante legemidler

Sovemedisiner/hypnotika

Sovemedisiner som zopiklon, melatonin og benzodiazepiner brukes for å gjenopprette normal søvn (56). For idrettsutøvere kan dette være relevant under perioder med intens konkurranse og ved tidsforskyvning. Zopiklon har en beroligende, angstdempende og muskelavslappende effekt, ved å forsterke den hemmende effekten av neurotransmitteren GABA i sentralnervesystemet, noe som forårsaker døsighet og reduserer tiden det tar for å sovne (57). Melatonin, et naturlig hormon, regulerer døgnrytmen og hjelper mot søvnforstyrrelser og jetlag (58). Benzodiazepiner som diazepam gir også beroligende effekter, men har høy risiko for avhengighet og kognitiv svikt (59). Det anbefales at sovemedisiner brukes minimalt og kun ved behov for å redusere risikoen for avhengighet og bivirkninger (60).

Glukokortikoider

Glukokortikoider er steroidhormoner med antiinflammatoriske og immunsuppressive effekter, blir brukt for å behandle betennelsestilstander som senebetennelse, leddgikt og allergier. Ett av de vanligste glukokortikoidene er prednisolon (61). I henhold til antidopingregler er systemisk bruk – oralt, rektalt eller injeksjon – forbudt under konkurransen uten medisinsk fritak (TUE). Inhalasjons- og topisk bruk er tillatt hvis doseringene følges, uten TUE (62).

3.2.4 Støttepersonellens rolle

I fotballmiljøet er bruken av smertestillende midler ofte forbundet med intens konkurranse og press fra klubber og trenere. Forskning viser at mange spillere tar smertestillende før kamper for å minimere smerte og opprettholde prestasjonsnivået, noe som kan sette deres helse og langsiktige karrierer i fare (7). Det er derfor viktig at medisinsk personell tar en ansvarlig tilnærming til forskrivning av smertestillende, nøye overvåker bruken, og tilbyr alternative behandlinger som fysioterapi og rehabiliteringsprogrammer. Støttepersonell og utøvere må være klare over de langsiktige risikoene ved bruk av legemidler og utvikle strategier for sikker bruk. Økt bevissthet blant utøvere om potensielle risikoer bør fremmes, og trygg smertebehandling oppmuntres for å forhindre negative helse- og karrierekonsekvenser (16, 18).

3.3 Kosttilskudd

Kosttilskudd er produkter ment for å utfylle og supplere kostholdet ved å tilføre kroppen essensielle vitaminer, mineraler, aminosyrer og andre næringsstoffer (63). Bruken av kosttilskudd er utbredt blant idrettsutøvere som ønsker å forbedre atletisk ytelse og kompensere for ernæringsmangler (64). Selv om mange kosttilskudd har dokumenterte helseeffekter, finnes det også flere som mangler bevis på positive effekter (63). Det er høyt forbruk av kosttilskudd blant norske idrettsutøvere på tvers av alle disipliner, noe som understreker behovet for å øke deres bevissthet omkring bruken. Hovedmotivene for bruk inkluderer ønsket om å forbedre fysisk form, fremskynde restitusjon og opprettholde god helse (23).

Kosttilskudd kan deles inn i tre hovedkategorier: vitamin- og mineraltilskudd, sportsprodukter og prestasjonsfremmende tilskudd (63).

1. **Vitamin- og mineraltilskudd:** Disse er mikronæringsstoffer som kroppen normalt inneholder. De er nyttige ved mangeltilstander, med det er ikke vitenskapelig bevist at inntak utover kroppens behov gir ytterligere helsefordeler (63).
2. **Sportsprodukter:** Disse er beregnet for personer med økt næringsbehov grunnet fysiske påkjenninger og ligner mer på matvarer enn legemidler. Eksempler inkluderer proteinpulver, karbohydrater, kreatin og kombinasjonsprodukter (63).
3. **Prestasjonsfremmende tilskudd:** Disse er ment for å øke fysisk prestasjonsevne, samt å forbedre hvileforbrenning, søvnkvalitet og kognitiv kapasitet. Et eksempel på et slikt produkt er koffein, som blant annet øker våkenhet. Det er viktig å merke seg at mange kosttilskudd i denne kategorien mangler dokumentert effekt (63).

Overdreven, feil eller uvitende bruk av kosttilskudd kan utgjøre en helserisiko for idrettsutøvere, føre til utilsiktet doping og gi andre negative helsekonsekvenser (23). Det er kjent at kosttilskudd kan være forurenset av uønskede stoffer (23, 63). Flere idrettsutøvere blir tatt for doping på grunn av bruk av kosttilskudd som inneholder dopingmidler, og mange er ikke kjent med den potensielle risikoen (23). Forskning viser at bruk av kosttilskudd kan være en inngangsport til bruk av forbudte dopingmidler senere i livet, noe som gjør det viktig å overvåke bruken av dem blant idrettsutøvere (63). ADNO anbefaler derfor at idrettsutøvere utviser forsiktighet og søker råd fra spesialister når de velger kosttilskudd (64).

En norsk undersøkelse fra 2023 viste at den mest populære kategorien kosttilskudd blant idrettsutøvere er helsekosttilskudd, som omega-3, multivitaminer og magnesium. Studien fremhever også bruken av sportsprodukter og prestasjonsfremmende tilskudd for å forbedre ytelse, fremskynde restitusjon og øke utholdenhet. Den utstrakte bruken av kosttilskudd blant fotballspillere krever økt bevissthet blant leger. Medisinsk personell bør ikke bare hjelpe idrettsutøvere med å velge de riktige kosttilskuddene, men også overvåke deres sikkerhet, overholdelse av antidopingstandarder og faktiske behov for idrettsutøvelse. Effektive kommunikasjonsstrategier mellom idrettsutøvere og deres helsepersonell er essensielle. Medisinsk personell bør være bevisste på omfanget av kosttilskuddsbruk og gi tilpasset rådgivning til spillere for å fremme en kultur for sikker og hensiktsmessig bruk, med hensyn til individuelle behov og antidopingregler (23).

Olympiatoppen Norge har utviklet et kosttilskuddsprogram for å gi utøvere anbefalinger om sikker bruk av kosttilskudd og minimere risikoen for positive dopingprøver. Programmet utdanner utøvere om velprøvde kosttilskudd og hindrer bruk av forbudte stoffer (65). De understreker at støtteapparatet må prioritere kostholdsarbeid og oppnå kostholdskompetanse (66, 67). Bruk av kosttilskudd bør være basert på individuell vurdering og medisinsk kontroll for å redusere risikoen for inntak av forbudte stoffer (66). Streng kontroll og risikovurdering er avgjørende (65). Olympiatoppen har publisert «Fakta om kosttilskudd i idrett», med informasjon om bruk, risiko og anbefalinger for idrettsutøvere og deres medisinske personell (68).

3.4 Rusmiddelbruk

Bruken av narkotika og alkohol kan føre til betydelige utfordringer i idretten. Rusmidler bryter ikke bare med etiske standarder i idretten, men kan også ha skadelige effekter på idrettsutøveres fysiske og mentale helse. Profesjonell idrett er ofte preget av et betydelig stressnivå og store psykologiske belastninger. Høye forventninger og intens konkurranse kan føre til angst og depresjon, noe som kan resultere i søken etter midler som gir avslapning (69).

Narkotiske analgetika som morfin og oksykodon blir av noen brukt for å lindre smerte, slik at de kan fortsette å trene eller konkurrere til tross for skader. Sentralstimulerende midler som kokain og amfetamin kan brukes for å øke utholdenhet og energinivå. Selv om disse stoffene

midlertidig kan redusere tretthet og gi en konkurransefordel, er de forbundet med alvorlige bivirkninger. I visse idrettsmiljøer er det også en sosial toleranse for alkohol- og narkotikabruk, noe som bidrar til økt popularitet blant utøvere (70). Denne kombinasjonen av faktorer gjør utfordringen med ulovlig rusmiddelbruk i idrett til en kompleks problemstilling. Langsiktige konsekvenser av rusmiddelbruk er alvorlige, inkludert kognitiv svekkelse, risiko for avhengighet og kardiovaskulære komplikasjoner (69).

Noen rusmidler er klassifisert som misbruksstoffer på dopinglisten og er forbudt kun i konkurransesammenheng. En positiv dopingprøve utenfor konkurranse, når stoffet ikke er brukt for å fremme prestasjon, resulterer i tre måneders utelukkelse. Hvis utøveren i tillegg deltar i et behandlingsprogram, kan utelukkelsen reduseres til en måned (71). For å forebygge rusmiddelbruk er det viktig å gi utøverne informasjon om de skadelige effektene (69).

3.5 Doping og antidoping

3.5.1 Definisjon av doping: roller til WADA, ANDO

Doping defineres ofte som bruk av forbudte stoffer eller metoder for å kunstig forbedre atletisk ytelse. Bruk av doping i idrett er ikke ett nytt fenomen; det finnes historiske bevis for at allerede under antikke olympiske leker brukte idrettsutøvere stoffer for å forbedre sin ytelse (72). I moderne tid har dopingproblemet blitt et tema som mange mener krever global kontroll. WADA ble opprettet etter en stor dopingskandale under Tour de France i 1998, hvor forbudte stoffer ble funnet hos flere lag (73).

WADA har utviklet World Anti-Doping Code (WADC), som er hoveddokumentet for å regulere kampen mot doping globalt. Som en del av WADC, utarbeider WADA årlig en liste over forbudte stoffer og metoder, i tillegg til å sette standarder for dopingkontroll, utvikle utdanningsprogrammer, og fastsette sanksjoner for påviste dopingovertrедelser. Doping er ikke bare deteksjon av et forbudt stoff i en prøve, men også enhver overtrедelse av antidopingregler eller handlinger som kan skjule bruken av, eller bidra til brudd på antidopingreglene (74).

ADNO er en uavhengig organisasjon med ansvar for å implementere antidopingpolitikken i Norge. ADNO samarbeider med WADA og andre nasjonale antidopingbyråer for å overvåke etterlevelsen av antidopingregler i Norge og sikre integriteten og sikkerheten til det internasjonale antidopingsystemet. Organisasjonen sørger for at antidopingsstandardene opprettholdes ved å overvåke implementeringen av World Anti-Doping Code på nasjonalt nivå. ADNOs arbeid inkluderer testing av idrettsutøvere for forbudte stoffer og metoder, veiledning i medisinsk fritak (TUE), utvikling av utdanningsprogrammer for utøvere, trenere og medisinsk personell, samt vitenskapelig forskning og andre relevante spørsmål. I tillegg iverksetter de nødvendige sanksjoner ved brudd av antidopingregler (75, 76).

3.5.2 Dopinglisten

Dopinglisten er en del av World Anti-Doping Program og gir en oversikt over stoffer og metoder som er forbudt i idretten. Listen oppdateres jevnlig av WADA for å inkludere nye substanser og metoder basert på de nyeste vitenskapelige funnene og forskningsresultater. For at et stoff eller en metode skal bli inkludert på dopinglisten må minst to av følgende tre kriterier være oppfylt:

- Stoffet eller metoden har prestasjonsfremmende effekt eller potensial for å være prestasjonsfremmende.
- Stoffet eller metoden utgjør en faktisk eller potensiell helserisiko for idrettsutøverne.
- Bruk av stoffet eller metoden strider mot idrettens ånd, som omfatter rettferdig konkurranse, etiske standarder og integritet (4).

I tillegg til de prestasjonsfremmende substansene, er også stoffer og metoder som kan maskere bruk og deteksjon av forbudte stoffer klassifisert som doping og dermed forbudt. Enkelte stoffer og metoder er forbudt til enhver tid (out of competition, OOC), mens andre er kun forbudt under konkurranser (in competition, IC) (4). Videre er noen stoffer kun forbudt i spesifikke idretter (4).

Alle forbudte stoffer er delt inn i spesifiserte og ikke-spesifiserte. Spesifiserte stoffer kan utilsiktet inntas, men blir likevel betraktet som doping. Om slike stoffer oppdages, og utøveren kan bevise at bruken ikke var beregnet som doping, vil straffene ofte være mildere.

Ikke-spesifiserte stoffer regnes alltid som doping, uavhengig av hvordan de kom inn i kroppen, og fører til strengere sanksjoner dersom de oppdages (4).

Tabell 1 viser en forenklet oversikt over hvordan forbudte stoffer og metoder er kategorisert på dopinglisten.

Tabell 1: Oversikt over kategoriseringen av dopinglisten

Stoffgruppe	Beskrivelse	Eksempler	Når forbudt
S0. Ikke godkjente stoffer	Stoffer som ikke har noe medisinsk godkjenning (77).	Designer-stoffer, nye eksperimentelle stoffer, stoffer som kun er godkjent til veterinærbruk	Til enhver tid
S1. Anabole stoffer	Øker muskelvekst og maskuliniserende effekt, kan forstyrre kjønnskarakter og gi kardiovaskulære bivirkninger (78).	Testosteron	Til enhver tid
S2. Peptidhormoner, vekstfaktorer relaterte stoffer og mimetika	Stimulerer cellevekst og regenerering, kan brukes til å øke utholdenhet. Høy risiko for hjerte- og karsykdommer og andre bivirkninger (79).	Veksthormon	Til enhver tid
S3. Beta-2-agonister	Behandling av astma og andre luftveissykdommer, øker oksygenopptaket og forbedrer ytelsen ved overdoser (80).	Salbutamol, terbutalin	Til enhver tid (over bestemte doser)
S4. Hormon- og metabolske modulatorer	Påvirker hormonsystemet, noen stoffer brukes for å redusere bivirkninger av anabole steroider, noen øker muskelvekst, noen påvirker forbrenning (73).	Tamoksifen, letrozol	Til enhver tid
S5. Diuretika og maskerende stoffer	Fjerner væske fra kroppen, og skjuler annen dopingbruk (73).	Tiazider, spironolakton	Til enhver tid
S6. Stimulerende stoffer	Påvirker sentralnervesystemet, øker energi og våkenhet, kan forbedre fysisk ytelse ved å redusere tretthet og øke oppmerksomhet (73).	Amfetamin, kokain	Forbudt i konkurranse

S7. Narkotiske stoffer	Ulovlige og helseskadelige rusmidler, gir indirekte prestasjonsfremmende effekt, redusert smertefølelse og risiko for avhengighet (73).	Heroin, morfin, tramadol	Forbudt i konkurranse
S8. Cannabinoider	Ulovlige og helseskadelige rusmidler, påvirker kognitive funksjoner, gir avslappende effekt (81).	Tetrahydrocannabinol	Forbudt i konkurranse
S9. Glukokortikoider	Brukes for å redusere betennelse og smerte, fremmer restitusjon (73).	Prednisolon, kortison	Forbudt i konkurranse når de administreres ved injeksjon, oralt eller rektalt.
M1. Manipulasjon av blod og blodkomponenter	Manipulering av blod, transfusjon eller gjeninnsetting av blodkomponenter for å forbedre ytelsen (73).	Blodtransfusjon	Til enhver tid
M2. Kjemisk og fysisk manipulasjon	Kjemisk og fysisk manipulering av prøver, f.eks ved å endre eller forbytte urinprøver for å skjule tilstedeværelse av dopingmidler (73).	Maskering og manipulering av dopingprøver	Til enhver tid
M3. Gen- og celledoping	Endre genetisk potensialet, kan føre til uforutsigbare konsekvenser for helse (73).	Gendoping, stamcellebehandling	Til enhver tid
P1. Betablokkere	Reduserer hjertefrekvens og angst, kan være fordelaktige i presisjonsidretter som skyting og golf (73).	Bisoprolol, atenolol	Forbudt i enkelte idretter

WADA understreker at idrettsutøvere har personlig ansvar for å sikre at ingen forbudte stoffer inntas, og at ingen forbudte metoder anvendes. I henhold til artiklene 2.8-2.10 har også utøverens støttepersonell et direkte ansvar ved dopingovertridelser. Det er ulovlig for støttepersonell å administrere eller levere forbudte stoffer eller metoder til utøveren. Dette inkluderer også medvirkning til doping, som å hjelpe utøveren med å unngå testing eller manipulere antidopingprosessen, for eksempel ved å påvirke testresultater. Støttepersonell

som bidrar til doping, blir straffet, og ved alvorlige brudd risikerer de livsvarig utestengelse (4).

3.5.3 Medisinsk fritak

En Therapeutic Use Exemption (TUE) er et lovlig unntak som gir idrettsutøvere mulighet til å bruke medisiner eller behandlinger som står på WADA sin liste over forbudte stoffer, når det finnes medisinske begrunnelser. Dette systemet sikrer at utøvere med kroniske sykdommer eller akutte tilstander kan få nødvendig behandling uten å bryte antidopingreglene (82).

TUE-mekanismen er regulert av International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE), som fastsetter strenge kriterier for godkjenning. I henhold til ISTUE kan en idrettsutøver få en TUE hvis følgende betingelser er oppfylt:

1. Medisinen er nødvendig for å behandle en diagnostisert sykdom, og mangel på behandling vil føre til en betydelig forverring av helsen.
2. Bruken av stoffet vil ikke gi en betydelig forbedring av atletisk prestasjon utover å gjenopprette normal helse.
3. Det finnes ingen alternativ behandling som ikke er oppført på listen over forbudte stoffer (83).

I Norge håndteres TUE-søknader av ADNO, som sørger for at internasjonale WADA-standarder overholdes. Idrettsutøvere må søke om medisinsk fritak på forhånd hvis de konkurrerer nasjonalt eller internasjonalt der antidopingkontroller foretas. I situasjoner med akutt medisinsk nødvendighet kan en TUE utstedes i etterkant, forutsatt at det foreligger tilstrekkelig medisinsk begrunnelse (84).

Idrettsleger kan spille en nøkkelrolle i TUE-prosessen. De må sikre at all behandling er i samsvar med antidopingregelverket, slik at utøveren ikke risikerer regelbrudd. Leger må nøye vurdere utøvernes behov for medisinsk behandling som kan inkludere forbudte stoffer, og eventuelt bidra i søknaden om TUE (85). I henhold til antidopingregelverket er utøvere selv fullt ansvarlige for hva de inntar, uavhengig av hvordan det skjer (4). Det er derfor avgjørende

at leger tydelig markerer at doping er uakseptabelt og fremmer en kultur der TUE ikke misbrukes til prestasjonsfremmende formål (85).

3.6 Tidligere forskning

Det finnes ingen kjente studier som har undersøkt hvordan leger som støttepersonell påvirker kulturen rundt bruk av legemidler, kosttilskudd og rusmidler i norsk fotball. Internasjonale studier om legers innflytelse på denne kulturen er også begrenset. Likevel viser forskning generelt at leger har et ansvar og innflytelse på utøveres praksis. Leger må ha relevant kunnskap og være i stand til å bruke den til å lære opp idrettsutøvere (86, 87, 88).

Det er imidlertid utført flere internasjonale kvantitative studier om hvilke legemidler og kosttilskudd som er mest brukt i fotball, samt prevalensen av denne bruken. Studier viser spesielt et høyt forbruk av NSAIDs både i fotball og andre idretter. Generelt har bruken av legemidler, særlig smertestillende, og kosttilskudd økt. Disse studiene understreker viktigheten av støttepersonell, spesielt leger, i å regulere legemiddelbruk i idrett (87, 89, 90).

Kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd fra utøvernes perspektiv i mannlig og kvinnelig fotball i Norge har blitt undersøkt i lignende masteroppgaver, samt i norsk topphåndball og norsk eliteishockey. Disse studiene fremhever den hyppige bruken av smertestillende og den varierende kunnskapen om antidoping blant norske idrettsutøvere (91, 92, 93, 94).

4 Metode

Metodedelen beskriver studiens design, rekruttering av deltakere, datainnsamling og analysemetoder som ble brukt for å utforske legers erfaringer og holdninger til legemiddel-, kosttilskudd- og rusmiddelbruk i norsk toppfotball. Denne delen inkluderer hvordan de valgte metodene sikrer gyldige og pålitelige funn. Videre beskrives de etiske hensynene og tiltakene som er implementert for å sikre konfidensiell behandling av data.

4.1 Forskningsmetode

Forskningsmetoden danner grunnlaget for strukturen i studien og fastsetter hvordan data skal samles inn, analyseres og tolkes. Kvalitativ metode er særlig nyttig for å studere komplekse sosiale fenomener som ikke fullt ut kan forklares gjennom kvantitative tilnærminger. Denne tilnærmingen gir mulighet til å utforske fenomener gjennom deltakernes subjektive opplevelser. Dybdeintervjuer gir rom for ytringsfrihet og lar forskeren utforske deltakernes erfaringer i dybden (95).

Denne studien benytter kvalitative forskningsmetoder for å muliggjøre en dyptgående utforskning av fenomener basert på deltakernes erfaringer, holdninger og oppfatninger (96). I motsetning til kvantitative metoder, som samler inn og analyserer data i form av tall eller andre kvantifiserbare enheter, er kvalitative metoder spesielt relevante for å studere komplekse sosiale prosesser, som kulturen for medikamentbruk i idrett. Disse metodene gir mulighet til å oppnå dybdekunnskap (97). Kvalitativ forskning er nyttig når man ønsker å forstå komplekse fenomener som ikke enkelt kan måles eller tallfestes. Den fokuserer på å analysere og fortolke meninger og betydninger (96).

I denne studien er målet å fange opp deltakernes subjektive erfaringer, noe som gjør kvalitativ metode til det mest passende valget. Dybdeintervjuer med leger gir innsikt i deres holdninger, erfaringer, og beslutningsprosesser, samt andre faktorer som påvirker deres praksis. Ved å benytte kvalitativ forskningsmetode, er det mulig å oppnå en dypere forståelse av kulturen rundt bruk av legemidler, kosttilskudd, og rusmidler i fotball ved å identifisere og analysere mønstre i deltakernes utsagn.

4.1.1 Dybdeintervju som datainnsamlingsmetode

Dybdeintervju er en kvalitativ datainnsamlingsmetode der forskeren gjennomfører en-til-en samtaler med intervjudeltakeren. Forskeren stiller spørsmål og følger opp svarene for å samle inn så mye informasjon som mulig om emnet av interesse (98). Ifølge Kvale og Brinkmann har intervjuobjektet direkte erfaring med temaet og besitter «intervjukunnskap», som refererer til den spesifikke innsikten og forståelsen de har omkring området som blir diskutert.

Dybdeintervju er en passende metode når forskningen søker å kartlegge hvordan individer oppfatter sin egen situasjon og hvilke erfaringer de har relatert til forskningstemaet (99, s. 27-29). Denne metoden gir mulighet for innsamling av detaljert og kontekstuell informasjon, noe som kan være vanskelig å oppnå med kvantitative metoder eller spørreskjemaer (98).

Intervjuobjektene i denne studien er leger fra ulike fotballag i Norge. Dybdeintervjuer ble valgt for å utforske deres holdninger, da metoden fokuserer på den enkeltes unike opplevelse og kunnskap. I motsetning til fokusgruppeintervju, som samler data gjennom gruppeinteraksjoner (100), gir dybdeintervjuene konfidensialitet, og oppmuntrer til større åpenhet og villighet til å dele informasjon, spesielt om sensitive temaer som rusmiddelbruk. Fokusgrupper kan skape en atmosfære av gruppepress eller innflytelse, som kan påvirke ærligheten i svarene eller begrense muligheten for å uttrykke individuelle meninger. Dybdeintervjuer kan skape en tillitsfull atmosfære der deltakeren fritt kan dele tanker og erfaringer. Selv om dybdeintervjuer ideelt sett gjennomføres ansikt til ansikt, kan de også være effektive digitalt (98). Denne studien bruker Microsoft Teams, som utvider det geografiske omfanget av deltakerne og sparer reisetid, særlig gunstig i de norske høst- og vinterforhold.

Som i alle typer intervjuer er intervjuerens innflytelse på dataene uunngåelig. Intervjueren er ikke en passiv observatør, men deltar aktivt i skapelsen av intervjudata, som oppstår gjennom interaksjonen mellom intervjuer og intervjudeltaker (99, s. 86-88). Intervjueren påvirker prosessen gjennom spørsmålene som stilles, reaksjoner på svar, og tolkninger av det som blir sagt. Personlige overbevisninger, antakelser, og kommunikasjonsstil kan styre samtalen i en bestemt retning, noe som krever bevissthet omkring egen rolle i prosessen. For å minimere denne effekten anbefales det å bruke åpne spørsmål, unngå å påtvinge egne meninger, og skape en nøytral og støttende atmosfære hvor deltakeren føler seg komfortabel med å uttrykke sine tanker (101). Påvirkningen av at dybdeintervjuene ble utført online, samt intervjuerens påvirkning, blir diskutert nærmere i diskusjonsdelen.

4.1.2 Semi-strukturert intervjumetode

I denne studien ble det benyttet en semi-strukturert intervjumetode. Dette er en datainnsamlingsmetode som kombinerer et forhåndsforberedt sett med spørsmål med fleksibiliteten til å diskutere nye temaer som dukker opp underveis i intervjuet. Intervjueren har dermed mulighet til å tilpasse seg samtalen og stille oppfølgingsspørsmål, noe som gjør det mulig å gå i dybden på temaer. Semi-strukturert intervjumetode benyttes ofte i kvalitativ forskning og gir en balanse mellom den nødvendige strukturen for å kunne sammenligne data og åpenheten for å tilpasse seg dialogen med deltakere i hvert intervju (102).

Denne metoden ligger mellom strukturerte og ustrukturerte intervjumetoder. I strukturerte intervjuer er alle spørsmål utarbeidet på forhånd, og intervjueren følger rekkefølgen strengt uten å avvike. Ustrukturerte intervjuer har ingen forhåndsbestemte spørsmål eller struktur og lar intervjueren fullt ut tilpasse seg intervjudeltakeren. Den semi-strukturerte intervjumetoden ble valgt for denne studien fordi den tilbyr en balanse mellom systematisk datainnsamling og friheten til å fordype seg i viktige temaer som kan oppstå under samtalen. Dette sikrer at intervjueren kan stille nøkkelspørsmål som er relevante for studiens formål, samtidig som deltakeren får mulighet til å dele deres erfaringer og perspektiver (102).

4.1.3 Intervjuguide

Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål og målet om å undersøke kulturen rundt bruk av legemidler, kosttilskudd, og rusmidler i norsk fotball. Intervjuspørsmål er nøkkelen i kvalitativ forskning, og de må være nøye utformet, åpne og oppmuntre deltakerne til refleksjon. I denne studien ble spørsmålene designet for at deltakerne skulle kunne formulere sine egne synspunkter uten å føle seg presset til bestemte svar (95).

Intervjuguiden fungerer som et verktøy for å opprettholde struktur under intervjuet, samtidig som den gir intervjueren mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å utdype temaene (102). Guiden var delt inn i en introduksjon, hoveddel, og en avslutning (Vedlegg 1). For å sikre at deltakerne mottar all viktig informasjon om studiet, ble det utarbeidet et manus i starten av intervjuguiden med informasjon om hensikt og bakgrunn for prosjektet, lydopptak, samtykke, anonymitet, konfidensialitet, tidsbruk, og muligheten for deltakerne til å stille spørsmål. Dette

ble gjort for å skape en tillitsfull atmosfære, og for å sikre at deltakerne ikke opplever intervjuet som en kunnskapstest.

Etter fellesinformasjonen inneholdt intervjuguiden oppvarmingsspørsmål for å hjelpe deltakerne med å komme inn i samtalen. Den var delt inn i fem hoveddeler: legemidler, kosttilskudd, rusmidler, holdninger, og antidoping, med underliggende spørsmål for hvert tema. Avslutningsvis ble det spurt om deltakeren ønsket å si noe som ikke ble dekket i intervjuet. Guiden inkluderte både åpne og lukkede spørsmål. Noen spørsmål var bredt formulerte, som for eksempel: «Hvordan vil du beskrive kulturen bak legemiddelbruk blant spillere?», for å la deltakerne ta samtalen i sin retning (103).

4.2 Etikk

4.2.1 Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT)

Denne studien ble registrert i Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT). I henhold til personvernforordningen (GDPR) og personopplysningsloven må forskningsprosjekter som behandler personopplysninger sikre personvern og informere registrerte deltakere om hvordan dataene brukes (104, 105). Hovedformålet med å sende inn meldeskjema til SIKT er å sikre at behandlingen av deltakernes personopplysninger er i samsvar med GDPR og nasjonal lovgivning. GDPR er en EU-forordning som regulerer behandling av personopplysninger og har som mål å beskytte forskningsdeltakernes personvern. Kravene omfatter blant annet innhenting av informert samtykke fra deltakerne, samt anonymisering og beskyttelse av data. Søknader og godkjenning gjennom SIKT hjelper forskere med å oppfylle disse kravene (106).

Universitetet i Oslo krever også at alle forskningsprosjekter som behandler personopplysninger, meldes til SIKT (107). Prosessen innebærer å fylle ut et «Meldeskjema for personopplysninger i forskning» som er tilgjengelig på SIKTs offisielle nettside. I meldeskjemaet ble det gitt en detaljert beskrivelse av studien, inkludert målene, metodene som ble bruk, typen data som ble samlet inn, og tiltakene for å sikre konfidensialitet og datasikkerhet (Vedlegg 2) (108).

I denne studien var det viktig å søke SIKT på grunn av kvalitative data fra dybdeintervjuer med leger som kan inneholde sensitiv informasjon. Registrering i SIKT bekrefter at forskningen blir utført i samsvar med etiske og juridiske standarder, noe som sikrer troverdigheten til resultatene og beskyttelsen av deltakernes rettigheter (108). Søknaden ble sendt inn til SIKT 22. september 2024, og automatisk vurdert og godkjent 23. september 2024 (Vedlegg 3). Automatisk vurdering innebærer maskinell vurdering, kun behandlinger av personopplysninger med lav risiko får slik vurdering.

4.2.2 Informert samtykke

I denne studien ble prosessen med å innhente informert samtykke fra deltakerne gjennomført i henhold til norsk personopplysningslov (105). Alle som ønsket å delta i studien mottok et informasjonsskriv med en detaljert beskrivelse av prosjektet, inkludert formål, bakgrunn, metode, og behandling av personopplysninger (Vedlegg 4). Informasjonsskrivet forklarte at deltakelse er frivillig, og at deltakerne kan trekke tilbake sitt samtykke, med unntak av etter innlevering av masteroppgaven. Skrivet sikret at deltakerne var fullt informert om prosjektet før de ga sitt samtykke. Samtrykkeprosessen ble godkjent av SIKT.

Deltakerne kunne avgi samtykke både skriftlig og muntlig, men ble primært bedt om å signere et skriftlig samtykkeskjema og sende det til forskeren på e-post (Vedlegg 4). Alle deltakerne unntatt en signerte de skriftlige samtykkeskjemaene. En deltaker ga muntlig samtykke, som ble dokumentert via lydopptak. Signerte dokumenter ble skrevet ut og oppbevart utilgjengelig for andre enn forskeren. Muntlig samtykke fra den ene deltakeren ble oppbevart sammen med andre lydopptak i Tjenester for Sensitive Data (TSD).

4.2.3 Tjenester for Sensitive Data (TSD)

For å sikre pålitelig databeskyttelse og konfidensialitet i denne studien ble plattformen Tjenester for Sensitive Data (TSD) brukt til lagring og behandling av sensitive data. Denne plattformen tilbyr de høye sikkerhetsstandardene som kreves for å håndtere opplysninger fra

intervjudeltakere og gir begrenset tilgang til dataene, noe som sikrer både personvern og dataintegritet (109).

Lydopptakene ble gjort ved hjelp av en diktafon-app koblet til Nettskjema. Etter hvert intervju ble lydopptakene umiddelbart lastet opp til TSD-databasen. Tilgangen til TSD-databasen var begrenset til kun autoriserte personer. Databasen var tilgjengelig bare via VMware Horizon Client, som gir ekstra databeskyttelse og reduserer risikoen for informasjonslekkasje. På denne måten sørget TSD for at alle krav til databeskyttelse ble oppfylt, og risikoen for uautorisert tilgang eller lekkasje av informasjon ble minimert. Dette er kritisk ved håndtering av sensitive data i kvalitativ forskning.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Utvalg, rekruttering og metning

Deltakerne i denne studien ble valgt ut basert på forhåndsdefinerte kriterier som er direkte knyttet til formålet med studien. Det er viktig å sikre et mangfold av perspektiver og erfaringer, samtidig som fokus holdes på den sentrale målgruppen som er relevant for forskningsspørsmålet (98, s. 53-54). Studien utforsker legers perspektiver, og utvalget av deltakere er dermed forhåndsdefinert. Deltakerne ble valgt målrettet ved hjelp av følgende inklusjonskriterier: de må jobbe som leger for kvinnelige eller mannlige fotballag som spiller på toppnivå eller andre høyere nivåer i norsk fotball. Med «toppnivå og andre høyere nivåer» menes Eliteserien, Toppserien, OBOS-ligaen, 1. divisjon og landslag. Alle lag i disse divisjonene ble kontaktet. Av hensyn til konfidensialitet opplyses det ikke om hvilke divisjoner som endte opp med å delta i studien.

Deltakerne ble rekruttert gjennom direkte kontakt via e-post. Aktuelle klubber ble først valgt ut basert på geografisk spredning for å sikre variasjon, med kontaktinformasjonen fra Norsk Fotballforbund. Da få leger viste interesse, ble det besluttet å kontakte alle aktuelle lag. E-postadressene til legene ble funnet på klubbens hjemmesider. Der hvor kontaktinformasjon til legene ikke var tilgjengelig, ble andre ansatte i klubben bedt om å videresende e-posten til legene. Det ble sendt ut offisielle e-poster med en invitasjon til å delta i studien (Vedlegg 5). Brevene forklarte i detalj studiens formål, intervjuprosessen, og garanterte anonymitet og

konfidensialitet for de innsamlede dataene. Deltakere som ønsket å bli med i studien mottok et informasjonsskriv og skulle returnere et signert samtykkeskjema digitalt eller via post (Vedlegg 4).

I tillegg ble snøballmetoden benyttet for rekruttering av deltakere. Denne metoden innebærer at intervjuobjektene blir spurt om de kjenner noen relevante informanter som kunne være aktuelle for prosjektet (98, s. 58). Dette ble gjort på slutten av hvert intervju. Siden gruppen som studeres deler en spesiell yrkesbakgrunn, ble det antatt at metoden kunne være effektiv for rekruttering. Imidlertid viste det seg i praksis at metoden ikke var vellykket, da ingen av informantene som ble anbefalt av intervjudeltakerne ønsket å delta i studien.

Det finnes ingen fasitsvar på hvor mange intervjuobjekter som er nødvendig for denne studien. Dette avhenger i stor grad av studiens art. I noen tilfeller kan et lite antall deltakere gi tilstrekkelig data for publisering, mens flere intervjuer ikke nødvendigvis vil tilføre betydningsfull informasjon (98, s. 64). Ifølge Fusch og Ness oppnås metning når datainnsamlingen ikke lenger produserer nye temaer, kategorier eller informasjon som kan berike analysen (110). Ofte, dersom intervjuobjektene er relativt homogene som gruppe, vil metning sannsynligvis nås etter et begrenset antall intervjuer. Datarikdom bestemmes ikke av et bestemt antall intervjuer, men avhenger av studiens mål og dybden i analysen (98, s. 64).

Det finnes ingen fast metode som passer for alle for å oppnå metning, men forskere er enige om noen generelle prinsipper: ingen nye data, ingen nye temaer, ingen ny koding (110, 111). Bernard (2012) uttalte at antall intervjuer nødvendig for å oppnå metning ikke er et tall som kan kvantifiseres, men at forskeren må ta det han kan få (112). I 2021 publiserte Braun og Clarke en ny artikkel om datametning. De definerer metning som det punktet hvor det ikke oppdages mer ny informasjon, koder eller temaer i dataene. Forfatterne understreker imidlertid at dette konseptet ikke alltid er hensiktsmessig for refleksiv tematisk analyse (TA). I refleksiv TA skapes temaene gjennom tolkning av dataene, snarere enn å trekkes direkte ut fra dem. Derfor kan ikke beslutningen om hvor mye data som er tilstrekkelig bestemmes nøyaktig på forhånd; den er subjektiv og situasjonsbetinget (113).

I denne studien var målet å gjennomføre minst ti intervjuer. I praksis ble det gjennomført syv intervjuer. Alle klubbene, med unntak av de som deltok, ble kontaktet tre til fire ganger uten at noen flere leger ønsket å delta. Påvirkningen av dette og oppnåelse av metning diskuteres i diskusjonsdelen.

4.3.2 Pilotintervju

Gjennomføring av et pilotintervju er viktig i kvalitativ forskning for å forbedre studiens kvalitet og sikre pålitelighet. Det bidrar til å identifisere mangler i intervjuguiden, gir intervjueren en sjanse til å vurdere sine ferdigheter, og avdekker potensielle tekniske problemer. Pilotintervjuet gir forskeren mulighet til å vurdere hvor effektivt spørsmålene fremkaller relevante svar, og om det er nødvendig å justere spørsmål eller rekkefølge. Det kan også hjelpe med å bestemme den omtrentlige lengden på intervjuet (114).

Det var ønskelig å gjennomføre et pilotintervju med en lege som arbeider innen idrett eller har erfaring med det. I praksis ble ikke en slik lege funnet, og pilotintervjuet ble derfor gjennomført med en medstudent. Siden medstudenten ikke var en lege med erfaring fra idrett, ble det klart at spørsmålene ikke var relevante for henne. Derfor bli pilotintervjuet primært brukt til å teste lydopptak og lyd kvaliteten på PC-en, samt å evaluere intervjueren og intervjuguiden i den grad det var mulig. Medstudenten ga positive tilbakemeldinger på måten intervjuet ble gjennomført på, og alt det tekniske fungerte som det skulle. Det ble ikke identifisert behov for endringer i spørsmålene eller andre problemstillinger. Tidsbruken for intervjuet ble heller ikke fastslått, da medstudenten ikke kunne gi utfyllende svar på spørsmålene, ettersom hun manglet relevant erfaring med temaet.

4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Tidspunktene for intervjuene ble avtalt individuelt med hver deltaker, og alle intervjuene ble gjennomført online ved bruk av Microsoft Teams. Deltakerne mottok en lenke til Teams-møtet dagen før intervjuet. Intervjueren brukte PC og hadde både kamera og lyd på under intervjuene. En av deltakerne hadde ikke kameraet på. Forbindelsen var generelt god for både intervjuer og deltakere; imidlertid var det ett intervju hvor lyden var litt forsinket, men dette skapte ingen betydelige problemer. For å sikre at opptakene ble gjennomført uten problemer, ble det brukt to opptaksenheter – en telefon og en PC – som var fulladet og klargjort før hvert intervju.

Under intervjuene var det kun intervjuer og deltakeren til stede. Alle intervjuene startet med en introduksjon av intervjueren, sammen med generell informasjon om studien. Intervjudeltakerne fikk også mulighet til å stille eventuelle spørsmål. De syv intervjuene varte

i gjennomsnitt 45 minutter. Deltakerne befant seg enten hjemme eller på kontoret, og forhåpentligvis følte de seg komfortable og i trygge omgivelser. Intervjueren var alltid alene hjemme under intervjuene for å unngå bakgrunnsstøy.

4.4 Databehandling

4.4.1 Transkribering

Å transkribere innebærer å konvertere talespråk fra et intervju til skriftlig tekst. Prosessen krever nøyaktig nedskrivning av det som ble sagt under intervjuet (98, s. 94). Selv om dette er tidskrevende, er det nødvendig for å kunne analysere intervjudataene. Det som blir sagt, må transkriberes ord for ord uten å rette språket. Manuell transkribering gir muligheten til å bli godt kjent med materialet og til å forbedre intervjuteknikken (98, s. 121-122).

Alle intervjuene ble transkribert av intervjueren selv, i et rom hvor intervjueren var alene, slik at ingen kunne se innholdet på dataskjermen. De fleste intervjuene ble transkribert samme dag eller dagen etter selve intervjuet, mens de siste tre ble transkribert innen en uke. Intervjuene ble transkribert ord for ord, men dialekt ble konvertert til bokmål uten å endre betydningen av setningene. Dette ble gjort for å bevare konfidensialitet og anonymitet. I tilfeller hvor lagnavn ble nevnt, ble de erstattet med «navn på laget». Uttrykk og ikke-verbale observasjoner, som latter, ble notert. For å opprettholde anonymitet ble intervjudeltakerne identifisert med bokstavene AA-GG. Det er kun intervjuer som vet hvilken lege som tilsvarer hver bokstav.

4.4.2 Analyse

Tematisk analyse (TA) er en kvalitativ forskningsmetode brukt for å identifisere, analysere og tolke mønstre (eller «temaer») i data. TA gir forskere muligheten til å identifisere sentrale aspekter ved dataene basert på forskningsspørsmål, samt organisere og presentere resultatene av analysen på en systematisk måte. Metoden gir en dypere forståelse av deltakernes erfaringer, meninger og synspunkter (115). TA ble brukt i denne studien på grunn av dens evne til å effektivt analysere kvalitative data samlet inn gjennom semistrukturerte

dybdeintervjuer. Ifølge Braun og Clarke (2006) er TA et allsidig verktøy som egner seg til å arbeide med ulike typer data, inkludert data fra dybdeintervjuer (115). Braun og Clarke (2021) bemerker også at TA er spesielt nyttig i studier som utforsker deltakernes erfaringer og perspektiver (113). Før denne analysen kan påbegynnes, må fire rammebetingelser fastsettes (115).

Den første rammebetingelsen er å avklare hva som betraktes som et tema. I TA er et tema relatert til forskningsspørsmålet og defineres som et meningsfullt mønster i dataene som bidrar til forståelsen av forskningsspørsmålet. Et tema representerer et visst nivå av svar eller mening i dataene. Det er viktig å vurdere både kvantitative aspekter ved et tema, som frekvensen av forekomsten, og kvalitative aspekter, som dybden og kompleksiteten av mening det tilfører analysen. Identifisering av temaer er alltid subjektiv og krever aktiv tolkning fra forskerens side. I denne studien vil et tema inneholde informasjon som er relevant for studiens hensikt (115).

I TA kan forskeren velge mellom å gi en fyldig beskrivelse av hele datasettet, som gir leseren en oversikt over nøkkeltemaene, eller å fokusere på en detaljert analyse av et spesifikt aspekt av dataene. Når man gir en helhetlig beskrivelse, vil temaene reflektere innhold på tvers av hele datasettet, selv om noe dybde i analysen kan gå tapt. Denne tilnærmingen er egnet for forskning på mindre utforskede områder, der deltakernes synspunkter ikke har blitt undersøkt tidligere. Den andre tilnærmingen innebærer en dybdeanalyse av ett eller flere spesifikke emner som kan være relatert til forskjellige problemstillinger. I denne studien er det hensiktsmessig å analysere innhold fra hele datasettet, siden temaet er lite utforsket og variasjon i praksis blant leger kan gi verdifulle innsikter (115).

Det finnes to hovedmetoder for identifisering av temaer i data: induktivt eller deduktivt. Den induktive tilnærmingen innebærer at temaene oppstår direkte fra dataene uten å bli tilpasset forhåndsbestemte analytiske antagelser. Mønstre og temaer utvikles naturlig gjennom analyseprosessen. Den deduktive tilnærmingen, derimot, er basert på forskerens analytiske interesse og fokuserer på å utforske spesifikke aspekter av dataene i mer detalj, fremfor å beskrive hele datasettet. I denne studien benyttes den induktive metoden, da den utforsker legers perspektiver og erfaringer uten forhåndsbestemte teorier (115).

Gjennom årene har tematisk analysemetode av Braun og Clarke blitt utviklet, og i artikkelen fra Braun og Clarke (2019) blir tre hovedtyper av TA tydelig differensiert. TA deles inn i

kodebok-basert, strukturert og reflektiv (116). Den kodebok-baserte tilnærmingen er den mest strukturerte formen for TA, med klare definisjoner for hver kode, og kodingen er organisert rundt forhåndsbestemte kategorier eller spørsmål. Strukturert TA er noe mer fleksibel enn kodebok-metoden; den beholder en viss struktur i analysen, men er åpen for justeringer underveis. Refleksiv analyse går dypt inn i dataene og former meninger ut fra materialet uten forhåndsdefinerte rammer. Denne typen er mest relevant for denne studien, da den gir fleksibilitet til å utforske dataene uten begrensninger fra forhåndsdefinerte rammer. Refleksiv analyse krever at forskeren er bevisst på sin egen rolle og hvordan den kan påvirke tolkningen. Dette understreker at forskeren ikke bare beskriver dataene, men også deltar aktivt i å skape deres betydning (115).

I TA kan analysen utføres enten semantisk eller latent. Semantisk analyse fokuserer på de eksplisitte betydningene av dataene, og beskriver dem på et overfladisk nivå uten å lete etter skjulte meninger. I semantisk analyse organiseres dataene for å identifisere mønstre, som deretter tolkes for å forstå den bredere betydningen. Latent analyse, derimot, utforsker de underliggende ideene og antakelsene. I denne studien er det ønskelig å gi en detaljert beskrivelse av dataene, og derfor er semantisk analyse mest hensiktsmessig. Denne analysen fokuserer på overfladiske betydningene av dataene, som reflekterer hva deltakerne direkte uttrykker i sine svar. Dette gir mulighet til å sikre en tydelig beskrivelse og identifisere sentrale temaer som er relevante for innholdet i intervjuene. Under analysen legges derfor vekt på legers direkte uttalelser, heller enn på skjulte eller utledede meninger (115).

TA er en trinnvis prosess. Det er viktig for forskeren å skrive ned tanker og ideer på alle trinn og kontinuerlig gå tilbake til de opprinnelige dataene, kodene og sin egen analyse for å presisere konklusjonene sine. Analysen starter med et søk etter relevante temaer og avsluttes med en rapport som presenterer innholdet og betydningen bak de identifiserte temaene (115).

I denne studien ble Braun og Clarkes seks-trinns metode for TA benyttet, med hjelp av programvaren NVivo for å organisere og strukturere analysen, noe som forenklet kodingen og kategoriseringen av dataene betraktelig. De seks trinnene i denne metoden er:

1. Bli kjent med dataene

Det første trinnet i TA innebærer å få en dyp kjennskap til dataene. Forskeren må lese datamaterialet flere ganger for å virkelig fordype seg i det og notere nøkkelpunkter som kan være nyttige for senere analyse. Dette gir forskeren en oversikt og gjør det mulig å merke seg

potensielle temaer for koding og mønstre i materialet (115). I denne studien omfatter dette steget transkribering av intervjuene og grundig gjennomlesing av de transkriberte tekstene.

2. Generere koder

Under dette trinnet identifiseres vesentlige informasjonsfragmenter fra dataene som kan være viktige for å besvare forskningsspørsmålet. Dette kalles koding. Koder er korte beskrivelser av ulike aspekter ved temaet som hjelper til med å strukturere og organisere dataene, og forberede dem for videre analyse. Forskeren finner mønstre i teksten og identifiserer relevant data ved å tildele koder (115). For koding ble programmet NVivo brukt.

3. Søke etter temaer

På dette trinnet blir kodene gruppert inn i større kategorier – temaer, som gjenspeiler store mønstre og vesentlige aspekter ved dataene. Kodene ble sortert i potensielle temaer ved bruk av programmet NVivo. Dette er en overgangsfase fra individuelle detaljer til mer generelle meninger. Temaene tar sikte på å belyse formålet med forskningen og hjelper til med å identifisere nøkkelområder som fortjener oppmerksomhet. Hovedtemaene kan også deles inn i undertemaer for å gi en mer detaljert forståelse (115).

4. Gå gjennom temaene

På dette trinnet analyserer forskeren de forhåndsidentifiserte temaene fra trinn 3. Forskeren evaluerer hvordan hvert tema relaterer seg til de faktiske dataene, sikrer at temaene er godt støttet av nok data, og eliminerer overflødige eller dupliserte temaer (115).

5. Definere og navngi temaene

På dette trinnet identifiserer forskeren de viktigste egenskapene ved temaene som ble avklart i trinn 4. Forskeren gir hvert tema et klart navn og sørger for at temaene har en tydelig struktur. Hvert tema beskrives i detalj, og dets betydning og forhold til det overordnede forskningsproblemet defineres (115).

6. Presentere resultatene

På dette trinnet integreres alle temaene til en sammenhengende tekst som beskriver hovedfunnene i studien. Resultatene presenteres på en måte som formidler de viktigste innsiktene og betydningene som har blitt identifisert gjennom analysen (115).

4.4.3 Validering

Å validere betyr å sikre gyldigheten av en studie. I sammenheng med refleksiv tematisk analyse oppnås validitet gjennom åpenhet, dybde i analysen og forsvarlighet i tolkningene. Braun og Clarke påpeker at detaljert dokumentasjon av den analytiske prosessen øker troverdigheten av resultatene. Dette innebærer at forskeren bør beskrive hvert trinn i arbeidet, inkludert koding, valg av temaer og tolkning av dataene (116).

Analysedybde innebærer at temaene er komplekse, flerdimensjonale og godt begrunnede. Det er ikke datamengden som er viktig, men den konseptuelle rikdommen og tolkningsdybden. Forskeren bør kunne forklare hvordan konklusjonene ble nådd (117). Det er også viktig å reflektere over forskerens rolle. Fordi det er forskeren som former tolkningene, må forskeren vurdere sin egen påvirkning på analyseprosessen. Dette kan oppnås ved å føre en reflekterende journal eller på annen måte registrere sine tanker og beslutninger. En reflekterende dagbok inkluderer notater om antakelser og tolkninger, utvikling av temaer og koder, og begrunnelse for metodiske beslutninger (115). De nevnte strategiene hjelper forskeren med å opprettholde et høyt nivå av validitet i refleksiv tematisk analyse.

Bruken av NVivo ga en høy grad av sporbarhet i analyseprosessen og muliggjorde mer effektiv håndtering av den store mengden kvalitativ informasjon. NVivo forenklet organisering av ustrukturert informasjon, gjorde det mulig å opprettholde konteksten og logikken i analysen (118, s. 9).

5 Resultater

Denne delen presenterer resultatene fra intervjuer med leger som arbeider innen den medisinske støttestrukturen i norske fotballklubber. Totalt syv leger ble intervjuet, fra ulike fotballklubber i ulike nivåer og regioner av Norge. Alle deltakerne jobber som ansvarlige lagleger, med regelmessig kontakt med spillere og annet støttepersonell. Utvalget besto av både menn og kvinner, med erfaring fra 3 til 20 år innen idrettsmedisin.

Intervjuene ble analysert gjennom en refleksiv tematisk analyse ved bruk av sekstrinnsmodellen foreslått av Braun og Clarke, implementert med NVivo-programvare. Målet med analysen var å identifisere tilbakevendende meningsmønstre i respondentenes utsagn som gjenspeiler deres erfaringer, holdninger og praksis i forhold til studiens hovedtemaer. Fire hovedtemaer ble identifisert: *legemiddelbruk og beslutninger, kosttilskudd og ernæring, rusmiddelbruk, antidoping og regelverk*.

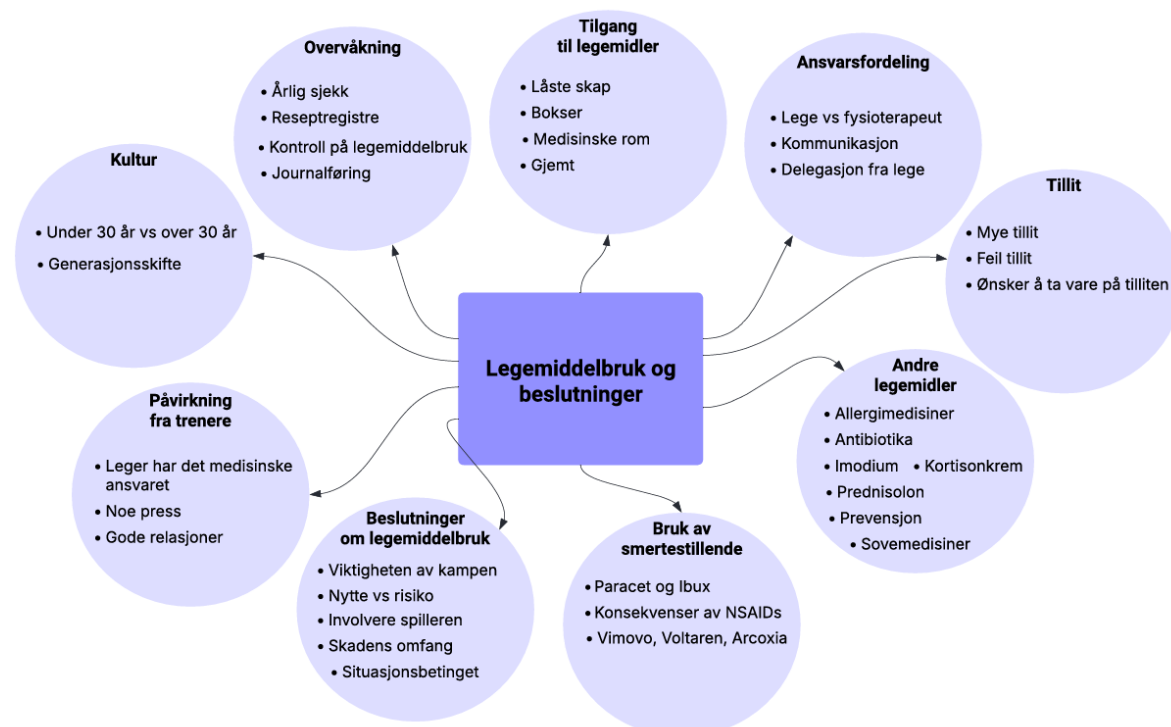
Hver tematisk blokk begynner med en kort oppsummering og inkluderer utvalgte sitater fra informanter, som illustrerer mangfoldet av synspunkter og praksiser. Sitater er presentert i sin opprinnelige form, bortsett fra redigering av dialekt for å sikre lesbarhet. For å opprettholde anonymitet, ble hver studiedeltaker tildelt en unik bokstavbetegnelse fra AA til GG. For å sikre logisk presentasjon og forbedre tekstlesbarheten, ble enkelte av de analyserte sitatene flyttet til vedlegg 6. Dette omfatter primært lengre utsagn eller de som støtter generelle mønstre, men som ikke ble inkludert direkte i teksten av hensyn til kompakthet. Hovedteksten inneholder de mest representative sitatene, mens ytterligere sitater er tilgjengelige i vedlegget, merket tilsvarende (f.eks «se vedlegg X, sitat Y») for lesere som ønsker å konsultere det komplette materialet.

De presenterte resultatene er ikke bare en refleksjon av individuelle meninger, men utgjør også en betydningsfull kilde til videre forståelse av den profesjonelle kulturen, praksisen og de etiske dilemmaene leger i idrettsmiljøet står overfor.

5.1 Legemiddelbruk og beslutninger

5.1.1 Temasammendrag og oversiktfigurer

Dette avsnittet undersøker legers beslutningsprosesser vedrørende valg og administrasjon av legemidler til idrettsutøvere. Basert på intervjuene fremstår paracetamol og ibuprofen som de mest brukte legemidlene. Videre varierer preferanser for betennelsesdempende midler betydelig blant legene; noen foretrekker å anvende Vimovo (naproksen og esomeprazol), mens andre favoriserer Voltaren (diklofenak) eller Arcoxia (etorikoksib). I enkelte idrettslag har legen en dominerende rolle i forvaltningen av legemiddelbruk, mens andre leger rapporterer om et delt ansvar med lagets fysioterapeuter. Ifølge noen leger skal all legemiddelbruk formidles via dem, og medisiner oppbevares utilgjengelig for utøverne. Beslutninger angående bruk av medisiner under spesielle omstendigheter, som ved tilstedeværelse av smerte eller skade, avhenger av den sportslige sammenhengen, betydningen av kampen, samt individuelle faktorer. Selv om trenere tidvis uttrykker ønsker om medisinsk behandling, understrekes det at legene konsekvent overholder sine egne medisinske prinsipper og lar ikke trenernes innspill påvirke deres avgjørelser. Legene uttrykker at de opplever høy tillit fra utøverne, og anser det som avgjørende å ivareta denne tilliten.



Figur 1: Hovedtema *legemiddelbruk og beslutninger* med tilhørende undertemaer og koder.

5.1.2 Bruk av smertestillende

Paracetamol og ibuprofen er de legemidlene som nevnes oftest i alle intervju (se også vedlegg 6, sitat 1-2).

«Det er stort sett Paracet vi bruker, også bruker vi litt Ibux innimellom.» CC

Flere leger har angitt bekymring over de langsiktige konsekvensene ved bruk av ibuprofen og NSAIDs, med fokus på mulige effekter på kardiovaskulærsystemet og gastrointestinal helse. De forteller at det er ikke bare «å slå opp og finne en behandling» og at det ikke er gjort så mange studier på det (se vedlegg 6, sitat 3-4).

«Det er jo mye større forbruk av NSAIDs blant idrettsutøvere, enn det er blant ungdom og voksne i klinikken min. Det kan jo være bekymringsfullt med tanke på i hvert fall mage og eventuelt hvis det skulle være noe underliggende hjertesykdom.»

DD

I tillegg til spesifikke bivirkninger var det bekymringer om høyt forbruk over tid.

«Ja så vi bruker jo mye NSAIDs på folk. Og det er jo.. stort sett friske spillere, sånn at det er jo ikke kjempekontroversielt. Men et høyt forbruk over tid er jo ... det betenkelige kanskje ... ikke så redd for å gi dem det, men jeg synes jo at det er betenkelig at belastningen for dem er så stor at de treng det så ofte som de gjør.» AA

Videre fremkommer det en variasjon blant legene i deres valg av betennelsesdempende legemidler. Det virker som om det ikke er en enighet om hvilke betennelsesdempende legemiddel skal være førstevalget. Det er to lag som bruker Vimovo som sitt betennelsesdempende legemiddel (Vedlegg 6, sitat 5).

«Vi brukte jo mye Voltaren før, vi har gått veldig mye mer over til Vimovo fordi at det er jo på en den snilleste NSAIDen på et vis, i og med at du har den syrenøytraliserende eller syrehemmende middel.» BB

Samtidig har en av legene uttalt seg negativt om bruken av Vimovo:

«[...] nei bruker ikke.. altså Vimovo det ... jeg vet ikke, altså for det første jeg er ikke så veldig glad i den magebeskyttelsen som er der, og for det andre så er det jo en depo så nei blir ikke brukt så mye av den.» DD

Andre leger rapporterer om bruk av Voltaren som betennelsesdempende legemiddel, og andre har drøftet mulige konsekvenser for mage- og hjertehelse (se også vedlegg 6, sitat 6). Flere lag har også nevnt at de anvender Voltarol Forte gel som en del av deres medisinske behandling.

«Ja forresten Voltaren bruker jo vi mye av, det vil jeg si er et medikament som vi må være litt forsiktige med, både i forhold til mage og i forhold til hjertet.» DD

FF var enig med DD om mulige bivirkningene av Voltaren.

«Jeg liker jo i utgangspunktet ikke å bruke Voltaren i så stor grad, i forhold til hjerte kar risiko og den typen.» FF

Andre leger foretrekker Arcoxia som betennelsesdempende legemiddel, «Vi har Arcoxia 90 mg foretrekkende NSAIDs, istedenfor Ibux.» AA, mens enkelte leger uttrykker negative synspunkter angående dens bruk og sier «Arcoxia har vi faktisk ikke i legebagen vår en gang.» DD.

Andre smertestillende som ble nevnt var naproksen for menstruasjonssmerter. Det ble også sagt at sterkere smertestillende brukes sjeldent (Vedlegg 6, sitat 7).

5.1.3 Andre legemidler

Andre legemiddelgrupper og legemidler som ble nevnt av legene er allergimedisiner, antibiotika, imodium, prednisolon, kortisonkrem og prevensjon (se vedlegg 6, sitat 8-9). Legene rapporterer at vanedannende sovemedisiner brukes sjelden og av et begrenset antall spillere, og melatonin er det foretrukne alternativet. To av legene opplyste at de aldri har forskrevet sovemedisiner til spillere, mens en lege nevnte at de har sovetabletter i sin medikamentkasse; spesifikt hvilken type ble imidlertid ikke diskutert (Vedlegg 6, sitat 10-11). Legene er oppmerksomme på at vanedannende sovemedisiner er uheldig å bruke for spillere (Vedlegg 6, sitat 12). Lege DD forteller:

«Heldigvis så er det noen få på laget det gjelder. Det er snakk om sånn 3-4 stykker, og resten klarer seg uten sovemedisiner. Så det er nok ikke så utbredt, det er bare det at jeg er ikke veldig fan av den type medisin.» DD

5.1.4 Ansvarsfordeling

Det virker som om både leger og fysioterapeuter deler ut medisiner til spillere. Noen leger forteller at fysioterapeuter deler ikke ut uten å spørre legen. Ansvarsfordelingen mellom legene og fysioterapeutene beskrives på ulike måter. Legene nevner ofte at de deler på ansvaret med fysioterapeuter (se vedlegg 6, sitat 13-15). Flere forteller at de har *«god kommunikasjon»* med fysioterapeuter på laget og at *«mye av hverdagen er styrt via fysioterapeut»*. Som lege DD uttrykker det:

«Det er jo et samspill, et samarbeid mellom meg og fysio, og selvfølgelig det er veldig situasjonsbetinget» DD

Og lege CC beskriver mer detaljert:

«Jeg har alle medisinene i kofferten min. Fysioterapeuten har i kofferten sin. Også har fysioterapeuten med seg en liten veske med medisiner til bruk på bortekamper, da lege ikke er der, og da på delegasjon fra lege.» CC

En av legene bemerket at det tidligere forekom situasjoner hvor både legen og fysioterapeuten kunne gi den samme medisinen uavhengig av hverandre, noe som resulterte i at spillere mottok dobbelt dose av den samme medisinen. Laget har imidlertid revidert sine rutiner, hvilket omtales som en velfungerende endring. Det ble ikke spurt om hvor lenge siden slike situasjoner har oppstått.

Lege BB forteller at den heller skriver ut resepter enn å bare utlevere og journalføre legemidler:

«[... jeg har blitt mye mer obs på å skrive ut til enkelte spillere, skjønner du, hvis det er en spesiell ting så blir det til en resept i stedet. Og det tror jeg er lurt. Så blir de andre til litt mer sånn akutte ting.» BB

Andre leger oppgir at de bærer hovedansvaret for medisiner, og at størsteparten av spillernes legemiddelbruk administreres gjennom dem, «*de kommer ofte til meg og spør om det.*» EE (les også vedlegg 6, sitat 16-17).

Andre leger forteller at siden legene ofte ikke er fulltidsansatte på en klubb, så er det fysioterapeuten som styrer mest. Lege AA uttrykker:

«[...] doktorer som bare er inni innimellom så blir det veldig mye fysioterapeuten som styrer. Og da er jo det opptil fysioterapeuten om de holdninger de har i forhold til å dele ut medisiner. Dette blir jo bare gjetting, men jeg tror kanskje at noen er mer liberale på å dele ut enn andre. Men jeg har ikke noe behov for å si det, det er bare en følelse.» AA

5.1.5 Tilgang til legemidler

Legene ble spurt om tilgjengeligheten av legemidler for spillere, og det fremkom at graden av tilgang varierer mellom lagene. I enkelte klubber oppbevares legemidler i låste skap på legenes kontor, hvor tilgjengelighet er begrenset til leger og fysioterapeuter. B-preparater (potensielt vanedannende), oppbevares enten hjemme av enkelte leger eller i låste bokser. Ved hjemmekamper lagres medisiner i medisinske rom eller bokser, mens fysioterapeuter under bortekamper frakter en begrenset mengde legemidler, ifølge enkelte leger (se vedlegg 6, sitat 18-19).

En av legene forteller at i visse situasjoner kan legemidler bli midlertid tilgjengelig på grunn av logistiske bevegelser. Spillere har ikke direkte tilgang til legemidlene, de må oppsøke leger eller fysioterapeuter for å få legemidlene de trenger. Imidlertid kan legemidlene som paracetamol og ibuprofen være tilgjengelige i medisinske esker, under direkte tilsyn av leger. Lege DD sier:

«Vi har eget rom, altså når det er mulig så har vi eget rom hvor legen disponerer alene. Da har vi det liggende der, hvis ikke da har vi en medisin boks kan du si. [...] Det er jo klart i noen situasjoner hvor vi driver og bærer litt opp og ned så kan det nok tenkes at den vil være tilgjengelig, men på generelt grunnlag ikke.» DD

En av legene rapporterte at legemidler som paracetamol og NSAIDs tidligere var fritt tilgjengelige for spillere. Etter episoder med overforbruk av ibuprofen-tabletter har de innført begrensninger i tilgangen (se vedlegg 6, sitat 20). Som lege BB uttrykker:

«Nei, vi har jo hatt får et sånt medisinskap, som ikke er ordentlig medisinskap. (ler). Og som jeg har tatt bort da, ikke fordi at alle har nøkkel til den, men det bare forsvant ting rett og slett, men den kulturen er borte.» BB

Noen leger postulerer at tilgjengeligheten av legemidler kan innvirke på spillernes oppfatning av legemiddelbruk. Dersom legemidler er lett tilgjengelige, kan spillere oppfatte dem som ufarlige, noe som kan resultere i overforbruk og unødvendig bruk. Lege AA utdyper:

«Ja, vi har gjemt den. Og det tror jeg er lurt fordi hvis ting er tilgjengelige så tror jeg folk tenker at det er greit. Det er jo ikke det at vi tror at folk tar fordi de tar det, men fordi at hvis ting er tilgjengelige så signaliserer det at ting er ikke så farlig.» AA

5.1.6 Overvåkning

Mange leger synes de har god kontroll på legemiddelbruk til utøvere. Ettersom mange utøvere benytter lagets leger som fastleger, har de adgang til reseptregisteret. For utøvere som ikke har lagets leger som fastleger, påpeker legene at de juridisk sett ikke har tilgang til reseptregisteret, men oppfordrer alltid utøvere til å informere dem om eventuelle nye legemidler. Lege BB forteller:

«[...] vi spør jo på en måte om nye medisiner eller om noe som har skjedd, men jeg opplever ikke at det er noen som underrapporterer hvis du skjønner. Men jeg har egentlig ganske god kontroll på dem, man blir jo mammaen på en måte. (ler).» BB

Andre leger påpeker at de ikke har kapasitet til å overvåke utøvernes daglige legemiddelinntak, og deres kontroll består primært av å dokumentere de legemidlene de selv forskriver til utøverne (se vedlegg 6, sitat 21-22).

Alle legene snakket om at de gjennomfører årlig sjekk av spillere for å få lisens, i tillegg til å snakke med alle nye spillere som kommer inn i klubben (se også vedlegg 6, sitat 23). Lege BB forteller:

«Det er liksom lagt opp et løp da, der vi gjør god anamnese, og det går jo både på familiehistorie men også sant medikament. Det går på hva du tar av tilskudd. Ja, og litt sånne ting.» BB

Utøverne leverer en legemiddeloversikt som inkluderer både faste og behovsrelaterte legemidler, samt kosttilskudd og vitaminer. Eventuelle legemidler som forskrives av legene i løpet av sesongen dokumenteres i journalsystemet, med tilhørende notater om årsak til bruk og dosering (se vedlegg 6, sitat 24).

Flere leger understreker imidlertid at det av og til avdekkes at spillere bruker legemidler som ikke tidligere var kjent for dem, lege AA forteller:

«Vi prøver jo å lage en kultur, vi vil vite om alt som inntas, men allikevel så stadig blir jo påminnet om at folk har jo tilgang fra andre steder, og det er jo i fotball stor utskifting av spillere, sånn at plutselig så kommer det frem at, plutselig kan en spiller komme frem til meg å si du jeg trenger en ny resept på Vimovo. Vimovo?? Bruker du det? Ja ja, det har jeg gjort i mange år, jeg tar det før kamp. Så sier jeg det er fint å vite (ler). Men jeg tror vi prøver å si at uansett hva dere bruker så må dere si det til oss.» AA

5.1.7 Beslutninger om legemiddelbruk

Legene ble spurt om deres villighet til å administrere legemidler til en skadet spiller for å muliggjøre fortsatt deltagelse i en kamp. Legene bekrefter at de kan være mer tilbøyelige til å forskrive legemidler når kampens betydning er stor, men understreker at de fortsatt opprettholder klare grenser og vurderer balansen mellom nytte og risiko. Det fremgår at legene er bevisste i sine vurderinger (se også vedlegg 6, sitat 25-26).

«Relativt situasjonsbetinget. Hvis det er siste kamp i serie og vi må vinne for å beholde plassen, så vil jeg antakeligvis gi han Paracet og NSAIDs. [...] På generell basis i løpet av sesongen så gir vi ikke medisiner som vi tenker forverrer prognosen til utøveren.» AA

Alle legene uttrykte tydelig at de ikke ville utsette en spiller for unødig risiko ved å tillate deltagelse i en kamp til tross for smerte, og de understreket viktigheten av å involvere spilleren i beslutningsprosessen (se vedlegg 6, sitat 27-28). Legene understreker også at de ikke har blitt bedt om å sette injeksjoner på spillere (se vedlegg 6, sitat 29-30). Lege EE forteller:

«Nei, da må jo man egentlig bare se situasjon til situasjon er det sånn at det er farlig fordi det er en reel skade her, brudd og sånn så må man jo undersøke det. Så får jo de ikke lov å spille. Er det sånn at det er en intervensjon, eller at man kan ikke holde ut hele tiden, så må man vurdere viktigheten av den kampen, det viktigste er at det er spilleren sitt ønske da, det har jo skjedd. Også er det forskjell på en treningskamp og en cupfinale for eksempel. Ja.» EE

5.1.8 Påvirkning fra trenere

Legene ble spurt om de opplever press fra trenere med hensyn til administrering av legemidler. Generelt rapporterer legene at de ikke føler betydelig press fra trenere om å gi legemidler eller igangsette behandlinger. Selv om trenere tidvis kan komme med forespørsler, understrekes det at den endelige avgjørelsen alltid ligger hos legen. Trenere ber ofte om legemidler *«ikke for å prestere bedre, men for å ta ned smerter»*. (Se vedlegg 6, sitat 31- 34). Lege BB sier:

«[...] men jeg har jo vært utsatt for det selvfølgelig opp i mange år i fotball, men det er sjeldent jeg har opplevd at en hovedtrener for eksempel prøver å overkomme i beslutning.» BB

Legene fremhever at de, uansett situasjon, har det endelige ansvaret for medisinske beslutninger. Videre rapporterer legene at de opprettholder svært gode relasjoner med trenere, og at eventuelle uenigheter og diskusjoner ikke innvirker negativt på disse relasjonene. Det er en tydelig forståelse og enighet om at det medisinske ansvaret utelukkende ligger hos legene, som alltid tar den endelige avgjørelsen (se vedlegg 6, sitat 35-37). Som lege CC sier:

«Det er veldig enkel problemstilling, da tar vi den diskusjonen, også spør vi, også er vi veldig tydelige på at vi velger det og ikke trener.» CC

Lege BB utdyper:

«Nei da er det uaktuelt. Helt totalt uaktuelt og som oftest så respekterer trener det. Man kan gjerne diskutere, man kan gjerne uenige, det gjør ikke noe, men til syvende og sist så er det alltid jeg som tar avgjørelsen. Og sånn må det være, eller så må man finne noen andre som gjør det.» BB

5.1.9 Tillit

På spørsmål om tillit svarte alle legene at de synes utøvere har mye tillit til dem (se også vedlegg 6, sitat 38-40).

«Min opplevelse er har stor tillit til legene våre generelt sett.» CC

Legene påpeker at utøverne av og til kan utvise overdreven tillit og understreker viktigheten av å utvikle en kritisk holdning til alle legemidler og kosttilskudd de inntar. Legene verdsetter den tilliten de får og søker å bevare den ved å oppmuntre utøverne til å selv undersøke legemidlene de bruker (se vedlegg 6, sitat 41-42). Lege DD forklarer dette slik:

«[...] det jeg har begynt å gjøre, er at jeg tar alltid og viser, det her er det du får, ikke sant. De ser navnet på det, og oftest så har jeg slått det opp på Felleskatalogen og viser til dem, ser du at det er en grønn figur her ikke sant. Og det er jo litt for å lære de at de er nødt til å sjekke medikamentet hver eneste gang. Sånn at de ikke bare tar imot.» DD

5.1.10 Kultur

Under intervjuene har legene ofte sammenlignet den nåværende kulturen med tidligere praksis, og de fremhever ofte forskjeller blant spillere som er under og over 30 år når de diskuterer endringer i kultur og holdninger. «*Det har vært et sånt generasjonsskifte, de siste 10 årene*». Generelt forteller legene at eldre spillere er mer vant med å ta legemidler og forventer å få dem (les også vedlegg 6, sitat 43). Lege BB forteller:

«[...] de som kanskje er litt eldre i klubbene som er vant med å ta Paracet og Ibux. De må ha det. Altså hvorfor? Nei jeg må ha det for å spille bra liksom. Også prøver vi å forklare at okey Ibux også får du en strekk eller et eller annet også vil jo du få en større skade i forhold til blødning. [...] Så har jo det før vært fremme, og da snakker vi om 10-15 år siden. Da var det jo helt annen kultur enn nå, men det er ikke sant lenger.» BB

Legene forteller hvordan kulturen har endret seg og hvordan den er nå, og mener at yngre spillere har en helt annen holdning enn de som har passert 30 år, «*oppdragelsen er bedre, selv om man leser at legemiddelforbruket øker*», og det er mye mer fokus på forebygging enn bruk av smertestillende legemidler (se vedlegg 6, sitat 44-45).

5.2 Kosttilskudd og ernæring

5.2.1 Temasammendrag og oversiktfigurer

Dette avsnittet presenterer legers praksis rundt bruk av kosttilskudd innen fotballag. Mange leger anser ikke kosttilskudd som en del av deres ansvarsområde, men er villige til å hjelpe utøverne med eventuelle spørsmål om temaet. Mange leger forteller at de ikke har noen faste kosttilskuddregimer på laget, men likevel nevner at utøverne får multivitaminer, omega 3 og vitamin D. De fleste leger vet ikke noe om produsentene av disse kosttilskudd og har generelt ikke fordypet seg i dette temaet. Mange legger vekt på at fysioterapeuter og annet støttepersonell styrer bruken av kosttilskudd. Flere leger uttrykker en oppfatning om at kosttilskudd ikke er en nødvendighet for utøverne. De ønsker at ADNO skal holde foredrag og kosttilskudd da de vanligvis ikke formidler slik informasjon direkte til utøverne selv.



Figur 2. Hovedtema *kosttilskudd og ernæring* med tilhørende undertemaer og koder.

5.2.2 Kosttilskuddregimer

Alle legene ble spurt om de har noen faste kosttilskuddregimer på laget. Mange av legene svarte at de ikke vet noe om dette. Resten av legene svarte at de ikke har noen faste kosttilskuddregimer, men beskrev samtidig regelmessig bruk av visse kosttilskudd, som multivitaminer, omega 3 og vitamin D. I tillegg nevnes bruk av geler og elektrolyttløsninger. De fleste legene kjenner heller ikke til produsentene av disse kosttilskuddene (se også vedlegg 6, sitat 46-47). Andre leger forteller at de har faste kosttilskuddregimer i form av multivitaminer, omega 3, tran og vitamin D. Alle legene unntatt en vet ikke hvor de kosttilskudd er kjøpt og heller ikke hvem som produserer dem (se vedlegg 6, sitat 48-49). På spørsmål om de har kosttilskuddregimer forteller lege BB:

«Nei ingenting. Vi har det som omega 3 olje, og den er på en måte, ja, sjekket for alt mulig rart, men det er veldig få som tar det. Men det er den og vitamin D, men det er veldig få som tar det. Men ellers har vi ikke noe.» BB

5.2.3 Ansvar for kosttilskuddsbruk

Flere leger har kjennskap til at utøverne bruker kosttilskudd, men har selv ikke fordypet seg i temaet, da det er annet støttepersonell som styrer dette; ernæringsfysiologer, naprapater, fysioterapeuter og trenere (se også vedlegg 6, sitat 50-52). Lege GG sier:

«Nei, det har ikke vært tema for det er jo fysioterapeuten som på en måte er involvert da. Kjøper mye som er jo det fotballforbundet har avtalt, også som kanskje er sponset»
GG

Flere synes de ikke har behov til å dobbeltkontrollere de som har ansvaret for kosttilskudd, mens andre mener at de alltid skal dobbeltsjekke (les også vedlegg 6, sitat 53-54). Lege AA forteller om behovet for å kontrollere naprapaten på laget som har ansvaret for kosttilskudd:

«[...] spør og sjekker, og er han i tvil så kommer han alltid og spør med en gang. Jeg føler ikke at jeg har noe behov for å dobbeltkontrollere han.» AA

5.2.4 Kultur for bruk av kosttilskudd

Legene ble spurt om å beskrive kulturen for kosttilskuddsbruk. Flere forteller at kosttilskudd ikke har noe stort fokus, og de selv prøver å «plukke det bort» (se også vedlegg 6, sitat 55). De forteller også at utenlandske spillere kommer ofte med «bøtter» av kosttilskudd. Noen leger forteller at klubben ikke har kapasitet til å passe godt nok på kosttilskudd som blir brukt. Som lege FF uttrykker:

«Det er vel opp til hver enkelt spiller. Det er noe vi har hatt lite fokus på. Noe jeg kunne ha tenkt meg mer fokus på med spillerne, men for meg og for klubben så har vi ikke nok kapasitet til å gjøre det. Så det blir jo veldig individuelt, så jeg vet at noen bruker kosttilskudd, andre ikke, uten at jeg har gått særlig i detalj på det med enkelte spillere.» FF

Andre sier at kosttilskudd ikke spiller så stor rolle på laget, men at det likevel blir brukt (les også vedlegg 6, sitat 56). Flere prøver å signalisere holdningen om at kosttilskudd er ikke noe som man egentlig trenger, dersom man har god nok ernæringsgrunnlag, og ikke har noe mangel, «sette på kostholdet og ikke på kosttilskuddet». Lege EE sier:

«Mindre rolle enn jeg hadde trodd. Jeg overrasket hvor få av dem som egentlig går på kosttilskudd. MEN samtidig så vet jeg at alle tar noe baseline kosttilskudd jo.» EE

5.2.5 Søk etter informasjon om kosttilskudd

Legene ble spurt hvordan de søker informasjon om kosttilskudd. De fleste fortalte at de synes det er vanskelig å finne noen nettsteder hvor de kan søke informasjon. Mange leger pleier å kontakte ADNO direkte dersom de har spørsmål om kosttilskudd. Andre har lært på kurs at tilskudd som de får i norske apotek anses som trygge, og dermed anses tilskudd fra utlandet som «uaktuelle» på deres lag. Flere leger har også nevnt at de bruker Informed Sport nettsiden når de skal søke informasjon om et kosttilskudd, og at de sjekker på «nett» uten å oppgi noen spesielle nettsider. Mange leger sier at kosttilskudd er et forbedringspotensial for dem, fordi nå per tid har de «ikke noe med kosttilskudd å gjøre». Sitater på flere av disse uttalelsene finnes i vedlegg 6, sitat 57-59. Lege BB sier:

«Det jeg bruker å sjekke det er jo å sende mail til Antidoping Norge blant annet. Også den lista man kan gå inn på, både for dopinglista og det er jo egentlig fint å få den mailen og, fordi da vet jeg at antidoping Norge ikke går for det. Det blir på eget ansvar.» BB

Lege FF forteller om forbedringspotensialet:

«Som sagt har jeg brukt lite tid og energi på det med kosttilskudd, det er forbedringspotensialet, og noe som egentlig er også inkludert i den helsesjekken som man har før sesong, og det er egentlig noe jeg har tenkt på. Men ja, hvis jeg hadde fått spørsmål, så ville jo jeg søke og på en måte finne ut hva dette er, og om det er fra en sikker leverandør.» FF

5.2.6 Kommunikasjon om kosttilskudd

Intervjudeltakerne ble spurt om de formidler noe informasjon til spillere angående bruk og risiko ved bruk av kosttilskudd. Mange fortalte at de legger dette ansvaret på ADNO, får dem på besøk, og synes dette har en større innvirkning enn dersom de selv skulle holde foredrag.

De mener likevel at dette foregår altfor sjeldent og de kunne trenge å «*ha noen regimer på det, et slags årshjul da*» (les også vedlegg 6, sitat 60). Lege BB uttrykker:

«Ja, det har jo hendt at vi har hatt antidoping inne og hadde et lite foredrag. Det har en større kraft, det er kanskje på grunn av eksterne, istedenfor at vi står der og ja... det synes jeg har vært veldig fint.» BB

Andre forteller at de ikke er flinke nok til å formidle informasjon selv og ser på dette som et forbedringspotensial. I tillegg synes de at ADNO kunne ha gjennomført flere tester fordi spillere er ikke redde for å bestille tilskudd på nett, siden de uansett ikke blir testet (se vedlegg 6, sitat 61). Lege BB fortsetter:

«Men det er derfor jeg synes synd at ikke Antidoping Norge har midler til å kunne ta og testet fordi som sagt det virker preventivt og da går det kanskje ... da får vi mer tyngde bak det jeg også sier ... hvis de bestiller på nett ikke sant, kreatin, og det er viktig at det er godkjent, så skal du bli testet ikke sant. Det er det de sier, «men vi blir jo aldri testet», nei det er jo sant, eller vi kan bli testet i teorien.» BB

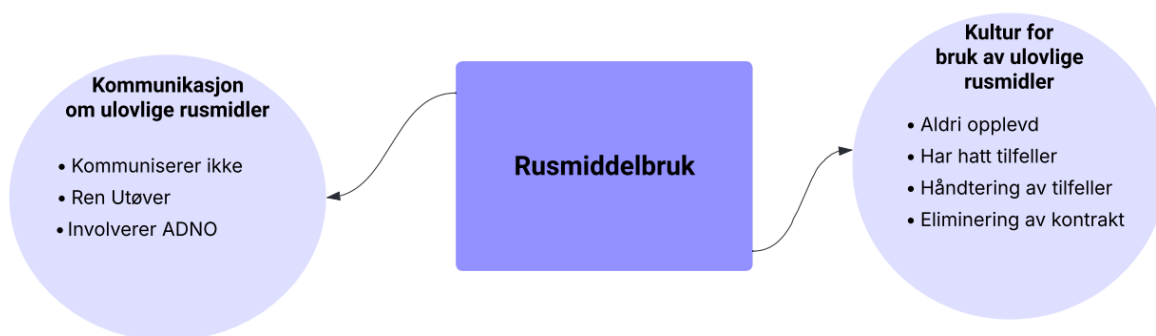
Flere leger forteller at de ikke har noe form for opplæring av utøvere når det gjelder kosttilskudd.

5.3 Rusmiddelbruk

5.3.1 Temasammendrag og oversiktfigurer

Denne delen belyser legers observasjoner og synspunkter angående bruk av ulovlige rusmidler i fotball. Det har fremkommet at noen leger ikke har vurdert problematikken rundt bruk av ulovlige rusmidler på sine lag. Flere av dem har aldri vært involvert i slike tilfeller og har heller ikke sett noen tegn til mulig narkotikabruk. Dette understreker ifølge forfatteren viktigheten av å øke bevisstheten og oppmerksomheten blant støttepersonell i fotball om potensiell ulovlig rusmiddelbruk. Noen leger har rapportert om faktiske tilfeller knyttet til ulovlig rusmiddelbruk på laget, og hvordan de ble håndtert. Det kan være gunstig for leger som aldri har opplevd rusmiddelbruk blant utøverne, å lese om erfaringene til kolleger som har taklet slike situasjoner, dermed har denne delen lengre sitater enn de andre delene.

I denne delen ble det valgt å utelate bokstavsignering av sitatene for å ivareta konfidensialiteten til både de generelle og de spesifikke utsagnene om rusmiddelbruk. Formålet er å presentere informasjonen så oppriktig som mulig, slik at flere leger kan bli oppmerksomme på rusproblematikken og hvordan den kan håndteres på en hensiktsmessig måte, samtidig som anonymiteten til kildene bevares fullstendig.



Figur 3. Hovedtema *rusmiddelbruk* med tilhørende undertemaer og koder.

5.3.2 Kultur for bruk av ulovlige rusmidler

Noen leger forteller at de ikke har tenkt over rusmiddelbruk på laget og aldri hørt noen rykter, «*jeg har faktisk aldri sett*». De forteller også at de har ingen arenaer hvor dette tema kan bli diskutert mellom ansatte i klubben, og andre forteller at de tror spillere ikke tørr å snakke om det når støttepersonell er tilstede. Mange av dem forteller også at alkohol blir brukt en del (se også vedlegg 6, sitat 62-64). Videre følger sitater fra leger som ikke har opplevd bruk av ulovlige rusmidler på laget:

«[...] ellers synes jeg pekepinnen med det med rusmidler, fordi det har jeg ikke tenkt, altså jeg tror jeg kjenner spillere så godt at det er har vært nødvendig å nevne på, men det er et poeng der selvfølgelig ... ikke som det har blitt snakket om, så det skal jeg ta med meg.»

God kontakt med spillere blir understreket:

«Nei, jeg har jo relativt god kontakt med spillerne, og vi har så langt jeg er kjent med aldri hatt noen rusrelaterte problemstillinger, verken på trening eller på reiser eller

på annen sosial sammenheng. Jeg er ikke kjent med at man bruker rusmidler regelmessig, tvert imot, mitt inntrykk er at der er man svært tilbakeholdende.»

En annen lege bemerket:

«ALDRI hørt de snakker om det. Jeg har ikke hørt de snakker om det, ikke har jeg blitt spurt om det og heller ikke har det vært adferd som har gjort at jeg har tenkt at dette må vi tenke på.»

Andre leger sier at rusmidler blir diskutert, og at de har hatt tilfeller med ulovlig rusmiddelbruk på laget:

«Rusmidler blir diskutert. Ikke alltid så åpent, men det er jo ikke til å komme fra, det er jo helt normale, vanlige norske ungdommer som kommer jo fra hele landet også fra utlandet og at det har vært rus inn i bildet ja.»

Legene som har vært involvert i situasjoner med ulovlig rusmiddelbruk blant spillere, har løst situasjonen gjennom dialog og støtte, fremfor sanksjoner:

«Jeg har ikke hørt noen rykter om det, men den ene gangen, som er jo spillere som via via treneren fikk vite det, også ble jeg involvert i det her. Og da tok jeg inn til kontoret, han fortalte at dette var et engangstilfelle, forklarte situasjonen hvorfor han gjorde det, også hadde vi overvåkning med urinprøve over lenge tid, på han.»

Legene reflekterer over betydningen av å håndtere situasjoner med ulovlig rusmiddelbruk på en passende måte. «Å gå etter motkraft, det gidder jeg ikke. Men kommer ikke med pekefinger oppå». Legene legger også vekt på viktigheten av å kommunisere effektivt og empatisk med den berørte personen, «å snakke godt på en måte». Legene er klare over at kontrakten til spillere blir terminert dersom det oppstår situasjoner med ulovlig rusmiddelbruk, men de erkjenner sitt ansvar for å vise forståelse og tilby hjelp. Andre forteller at kontraktene til spillere blir terminert ved doping, «men ikke i forhold til rusmidler». Les også vedlegg 6, sitat 65-66. En av legene fremhevet viktigheten med å bry seg:

«[...] la oss si at i verste fall det skulle utvikle seg til at du tilslutt da blir narkoman. Og da i etter tid at det kommer frem at ingen brydde seg, ingen sa ifra, jeg fikk liksom ... Det er jo forferdelig. Så det er noe med å bry seg rett og slett.»

En annen lege forteller at de prøvde å hjelpe spilleren uten å involvere ledelsen av klubben:

«[...] jeg ordner det og at jeg tar tak i det på en måte, men det er klart at kanskje hvis ledelsen får vite det, da blir jo vi prøver å håndtere det så godt vi kan. Det er jo flere involvert i det. Men vi har ikke hatt mange episoder, men vi har hatt akkurat.»

En annen lege forklarer også at ledelsen ble holdt utenfor en konkret sak, da det var behov for diskret håndtering for å beskytte spilleren. Legen beskriver:

«[...] jeg hadde behov for å få råd, fordi jeg visste at hvis jeg gikk videre med det til øverste leder, så ville det vært veldig ille for den her spiller. Også det er noe med å tenke okay hvis du føler du når frem til spiller, det er alvorlig, hvis jeg gjør sånn så kommer det til å skje, men vi kan prøve å ordne på denne måten, da må du inn til meg, jevnlig en periode. Og det gjorde jeg da, fordi vi snakket mye om det med rus. Og selv den dag i dag, var veldig glad for det, og jeg tenker jo at det var godt orientert, men... og det vet bare jeg og fysio om. Foreldrene bli ikke kontaktet og det går veldig veldig bra med den spiller.»

Legene ble også bedt om å fortelle hvordan de muligens ville håndtert en situasjon med ulovlig rusmiddelbruk. Alle legene understreket at den første prioriteten ville være å ha en samtale med spilleren det gjelder. Flere leger nevnte også at de ville vurdere å innføre selvtesting internt på laget som et forebyggende tiltak. Les også vedlegg 6, sitat 67. En av legene forteller:

«Nå har ikke jeg hatt en sånn situasjon da. Så jeg antar jo at jeg da ville ha pratet med spiller først, ikke sant, for å høre om det jeg har hørt og hvordan spiller stiller seg til det også prøve å på en måte å informere om reglene.»

5.3.3 Kommunikasjon om ulovlige rusmidler

Under intervju fikk alle ett spørsmål om hvordan de kommuniserer farene ved rusmiddelbruk til spillere. Nesten alle svarte at de ikke kommuniserer farene ved rusmiddelbruk, «*det er i utgangspunktet ikke en oppgave som de har formulert at jeg skal ha*», «*nei, det har vi ikke gjort nei*», men at de ofte snakker om hvor farlig alkohol kan være. Det blir også nevnt av flere at hovedtrener skal vise frem holdningene til både rusmidler og alkoholbruk. Les også vedlegg 6, sitat 68-70. En lege sier:

«Det er noe vi nok ikke kommuniserer. Det blir jo i forhold til mest alkohol da. Det er jo null toleranse i forhold til andre stoffer [...] jeg vet ikke om det står i kontrakten til spillerne, men i forhold til alkohol så pleier hovedtrener i starten av året å ha at spillerne kan ta seg en fest, når det er på en måte organisert av oss, som en teambuilding.»

De legene som har hatt episoder med rusmiddelbruk forteller at de snakker så godt de kan med spilleren en til en:

«[...] litt sånn okey hva er det her gjør med deg, hjertet ditt, de indre organene, hva gjør den med avhengighet da, hva gjør det med hodet ditt, sant, psyken din, og litt sånn hvorfor gjør vi det, hva godt sikt, og det er klart man kan få følger, vi har gode diskusjoner og prøver å møte dem, og snakke, og ikke minst de tørr å komme.»

I tillegg viser noen at de samarbeider med ADNO for å få ekspertråd og utvikle handlingsplaner:

«[...] også fikk jeg hjelp fra antidoping også, involverte antidoping. Det som var bra, de lot oss å anonymisere han da, gi råd. Og de kom med tilbud om å komme og prate med vedkommende om at hvis det er stort problem, så ville de komme og ikke ta han, men lage et plan for han da.»

5.4 Antidoping og regelverk

5.4.1 Temasammendrag og oversiktfigurer

Antidopingarbeid og regelverk var sentrale temaer i intervjuene med legene, som uttrykte en høy grad av bevissthet om eksisterende regelverk og hvordan de sikrer etterlevelse. Det fremstår som om legene har god kontroll på regelverket, og at de klarer å holde seg oppdaterte samt vet hvor de skal henvende seg for informasjon når noe er uklart. De fremhever ADNO som en nyttig ressurs. Utfordringene de møter, er relatert til akuttmedisinering og søknader om TUE for internasjonale spillere. Mange leger opplevde imidlertid ingen utfordringer med antidopingregelverket. Kurset «Ren Utøver» ble diskutert, og legene var enige om at det oppleves som ensformig for utøverne, og de kom med forslag til forbedring. I tillegg hadde legene flere konstruktive forslag til kurs og forelesninger, og uttrykte et ønske om mer informasjon fra ADNO, en felles diskusjonsarena, samt økt aktivitet på sosiale medier. Alle legene ønsket også sterkt flere dopingkontroller av sine lag. Til slutt uttrykte de stor tilfredshet med ADNO og takket dem for deres støtte og hjelp.



Figur 4. Hovedtema *antidoping og regelverk* med tilhørende undertemaer og koder.

5.4.2 Holde seg oppdatert

På spørsmål om hvordan legene holder seg oppdaterte på gjeldende antidopingsregler og retningslinjer forteller de at de deltar på kongresser, møter og går gjennom dopinglisten og ADNO sitt program minst en gang i året. Som lege DD sier:

«[...] du må jo oppdatere deg, hvis du ikke får med deg oppdateringer med kortison for eksempel, okey, skal det brukes med trening, skal de brukes under kamp, så du jo noen utfordringer (ler).» DD

Legene forstår viktigheten av å være oppdaterte på lover og regler, og forteller at de uansett må dobbeltsjekke alt som kommer inn, fordi de vet at ting kan forandre seg. Flere leger har nevnt Norsk Idrettsmedisinsk forening, og at de får oppdaterte mail fra dem (se også vedlegg 6, sitat 71-72). Lege EE forteller:

«[...] De er jo syke, det må avgjøres, det kommer hele tiden forespørsel om behandlinger, starte opp medisiner, så vi må hele tiden bare dobbeltsjekke alt vi skriver ut. At ikke det står på lista, de få som vi vet bruker legemidler som står på lista, men har fritak, så må vi sjekke at de er godt nok informert da. Det er kontinuerlig arbeid» EE

5.4.3 Søke antidopingrelatert informasjon

Legene forteller at de søker antidopingrelatert informasjon på ADNO, dopinglisten og Felleskatalogen. De fleste legene svarte at de bruker Felleskatalogen mest. Legene uttrykker at de er bekymret for å gjøre feil, og søker heller en gang for mye, enn en gang for lite. Se også vedlegg 6, sitat 73-75.

Legene uttrykker særlig bekymring for legemidler som utøvere mottar fra andre leger og oppfordrer utøvere til å være bevisste på dette ansvaret og søke informasjon. Flere mener at utøvere stoler blindt på legene og burde være mer kritiske til hva de får. Les også vedlegg 6, sitat 76-77. Lege GG forteller:

«Også når de får en medisin av en lege, en annen lege, da må de være veldig klare over det, hvert fall ingen av fastlegene, stort sett 99,9%, tenker ikke om det er på

dopinglisten eller ikke. Alle medisiner som de tar av andre leger så bør de kontakte meg. Ta bildet, sende, så skal jeg se.» GG

Lege AA bekrefter denne tanken:

«[...] også gjentar jeg hele tiden til alle sammen må si fra til meg hvis du går til øyelegen, hvis du ... altså uansett hvor dere får medisiner så må dere spørre. Også hvis du skal bruke noen medisiner så må du sende inn.» AA

5.4.4 utfordringer

Legene ble spurt om hvilke utfordringer de har møtt med tanke på antidopingsregler. Mange nevnte at akutt-skader og tilhørende akuttmedisinering utgjør den største utfordringen. En lege påpekte spesifikt at dersom en utøver blir akutt skadet et sted som ikke er tilknyttet lagets lege, er det mulig at legevakten ikke er klar over at utøveren er en toppidrettsutøver, noe som kan føre til komplikasjoner relatert til en potensiell dopingsak. Lege BB deler bekymringen:

«Det har jo vært mer den der skjer det noe akutt på en vis, du skjønner at en spiller ikke har sagt om noe på en vis, eller det er ikke registrert inn på en måte. Men jeg er kanskje litt ekstra (ler), er ekstra bekymret for at det skal bli feil og vi skal havne i noe som jeg burde ha hjulpet med.» BB

Andre utfordringer som ble nevnt av flere leger er TUE søknader for utenlandske spillere. Legene mener at hele prosessen da tar langt tid, og at det er vanskelig å innhente informasjon fra den som har foreskrevet legemiddelet (se vedlegg 6, sitat 78). Lege DD forteller:

«Det var en sak som var litt vanskelig, men det var jo en spiller som hadde ADHD, og som stå på noen medikamenter. Også ble det bare en veldig lang prosess med søknad og sånn, så det var mer sånn at det tok litt tid da. Men egentlig så var jo hjelpen da veldig bra fra antidoping Norge og videre opp i systemet.» DD

Flere leger synes ikke de har møtt noen utfordringer med antidopingregler og heller ikke med å søke om medisinsk fritak, så lenge dokumentasjonen er god nok og legemidlet brukes på klinisk indikasjon og under lovlig dose (se også vedlegg 6, sitat 79-81). Lege FF uttrykker:

«Det har jo egentlig ikke vært noe særlig aktuell problemstilling. Selvfølgelig hvis det er et nytt legemiddel, så må en søke opp og se om det er noe på dopinglisten.» FF

5.4.5 Ren Utøver

Tidligere masteroppgaver har inkludert spørsmål til utøverne om deres erfaringer med Ren Utøver-kurset, og tilbakemeldingene har vært blandede. Mange utøvere opplever kurset som kjedelig og gjennomfører det primært for å fullføre det (91, 92). I lys av dette ble legene spurt om deres oppfatning av Ren Utøver-kurset. Deres tilbakemeldinger var overveiende positive: «kjempebra, jeg gjør jo den selv», «ren utøver det må jo man ha», «veldig fint med sånn kurs», «et veldig godt tiltak», «veldig bra».

Når legene ble informert om utøvernes tidligere tilbakemeldinger, kjente de seg igjen i disse og ga uttrykk for enighet:

«De vet jo at de må gjøre det, de jubler på en måte ikke over at de skal gjøre det, men de fleste de gjør den og synes den er nyttig» BB

Lege AA utdyper:

«Jeg tror jo at det er sånn som du sier. De ler jo alltid fordi vi setter opp en liste på en tavle vi har, og sier disse har utført, disse mangler. Og da er jo det alltid sånn hvor er juniorspillere, få dem til å gjøre testen for meg. Så det er mye hassel rundt det, dette synes dem er unødvendig og slitsomt og bråkete, men jeg tror måten den blir gjort på, jeg tror ikke de legger skjela sine nei, det tror jeg ikke» AA

Noen leger mente at utøverne kan bli lei av kurset fordi de gjennomfører det samme kurset hvert år og kanskje ikke helt forstår dets betydning. Legene foreslo derfor å individualisere kurset og fremheve dets betydning gjennom ulike møter og seminarer (se vedlegg 6, sitat 82). Andre leger har fortalt at de selv informerer spillere om det kurset, «vi pleier å ha sånn

informasjon om det». Noen mente at kurset burde gjennomføres flere ganger i året, «det burde vært to ganger i året, obligatorisk».

Flere leger forteller også om utfordringer med det kurset, og sier at utøvere ikke får nye diplomer dersom de utfører kurset før det har gått ett år. Legene forteller at de har kontaktet ADNO angående problemet (se vedlegg 6, sitat 83-84).

5.4.6 Forslag

På slutten av intervju ble legene spurt om hva de mener kan gjøres for å optimere praksisen rundt bruken av legemidler og kosttilskudd i fotball. Flere nevnte at de ønsker en «*felles arena*» eller «*legemiddelforum*», hvor de kan diskutere ulike problemstillinger for å ikke føle seg alene, og «*en plattform å invitere Antidoping Norge på*». Les vedlegg 6, sitat 85-86.

Det er ønskelig med flere «*kurskveld*» hvor spillere, trene og administrasjonen blir «*oppmerksomme på ulike problemstillinger.*» Generelt ønsket alle legene mer informasjon, lege EE sier:

«Det er jo informasjon, ikke sant? Mer informasjon. Jeg synes jo det er noen ganger litt knotete å finne informasjon.» EE

Mange nevnte at de har altfor lite dopingkontroller og definitivt ønsker seg flere:

«[...] ellers så ønsker jo jeg meg flere dopingkontroller. Rett og slett.» BB

Til tross for at legene sender inn anonyme ønsker om flere kontroller til ADNO mener de at de ikke blir hørt på og at det ikke kommer flere kontroller. Lege BB forteller:

«Men jeg har jo for eksempel (puster høyt) etter et rykte som.. der jeg også meldt inn til antidoping Norge, jeg la ut anonymt, men du skjønner, meldt inn at jeg ønsker at de gjør tester på gruppa, men det ble ikke gjort det. Jeg synes det bare er viktig å ta det på alvor. De skal jo ha resten av livet etter fotball, de er liksom ikke bare der og da.»

BB

Det er ønskelig å ha ADNO «*mye mer på banen*», i form av besøk, flere kurs, mer informasjon, og aktiv tilstedeværelse på sosiale medier (se også vedlegg 6, sitat 87-88). Lege DD utdyper tanken om sosiale medier:

«Der kommer jo også selvfølgelig sosiale medier, spiller jo en stor rolle, at Antidoping Norge er synlige der og går ut med kampanjer ikke sant, visste du og det og det. Fordi det er jo der ungdommene er mye. De er jo mye på Tiktok, de er mye på Instagram, og jeg kan i hvert fall ikke se at det er så veldig mye som popper opp fra Antidoping Norge. Altså hvert fall ikke i mine feeds. Jeg følger jo mye på fotball og da hadde det kanskje vært naturlig at Antidoping Norge var der. Så det er jo et kjempeviktig sted.»
DD

Legene foreslo at ADNO kunne utvikle en forelesning som deretter distribueres til klubbene, hvor støtteapparatet kan gjennomføre den. Lege BB forklarer dette:

«[...] la oss si at man lagde en sånn liten forelesning som folk i klubben kunne talt enkelt. Ferdiglaget, oppdatert fra år til år. Jeg skjønner jo at man kan ikke reise rundt over alt, men du får på en måte andre til å holde den. Jeg tror ikke det hadde vært dumt, i hvert fall en sånn der oppsummering av det nye da og kanskje noen sånne punkter husk på det og husk på det ja.» BB

Flere leger ønsker mer og bedre undervisning, «*mer kurs og mer informasjon*» både for dem selv, men også for spillere, «*ut og nå til spillere*». Også en forbedring av foredrag slik at utøverne ikke sitter passivt, men blir mer involvert. Les vedlegg 6, sitat 89-90. Lege CC forteller:

«Jeg ønsker et fast oppsatt undervisningsopplegg gjennom vintersesongen, når man driver å forberede seg på neste sesong, hvor både kosttilskudd, ernæring og doping er en del av fast forelesningsrekke, som bør gjentas hver eneste gang. Det har jeg jobbet med i mange år, og det har jeg ikke fått noe gjennomslag på.» CC

Lege DD tar også opp dette temaet:

«Ellers så er jo det fint hvis Antidoping Norge kan komme med foredrag, det trenger jo ikke å være så langt, men som tar for seg kanskje de vanligste temaene. Så er det jo også, når vi ser at antidoping Norge er der så sitter mange av spillerne veldig sånn passive. Også hvis det stilles spørsmål så tørr de ikke å si noe. Så jeg har egentlig ikke noe godt svar på det. Jeg tror kanskje litt måten ting presenteres på, eller tilpasses litt mer i hvert fall ungdommer ... ja okey det er kjedelig, men de må gjennom det.» DD

Legene påpeker ofte at klubbene har et stort antall oppgaver av ulike slag, og antyder at alt som kan velges bort, har en tendens til å bli det. Derfor mener de at undervisning i antidoping burde gjøres obligatorisk av forbundet. Et av forslagene var å arrangere en felles samling for flere regioner og ulike idretter, som skulle være obligatorisk for alle involverte parter, *«alle må møte der»*. Et annet forslag var å ha en liste over kosttilskudd som er lov å bruke, se vedlegg 6, sitat 91. Lege AA sier:

«[...] At det hadde vært fint, at det hadde kommet oppfordringer fra fotballforbundet, håndballforbundet, ishockeyforbundet og sagt at nå krever vi det. Også antar jeg jo at det går an å koordinere sånn som jeg sa da. For jeg skjønner jo det at hvis Antidoping Norge skal reise rundt hele Norge og holde foredrag for all elite, første, andre divisjonsklubber, så blir jo det helt ikke holdbart selyfølgelig.» AA

5.4.7 Tilbakemeldinger om ADNO

Alle legene snakker veldig positivt om ADNO, forteller at organisasjonen alltid kommer med ny informasjon på kurs, er veldig behjelpelige og lett å samarbeide med, *«det er bare å sende mail»*. Noen sier at den enkleste måten å lære er å ta kontakt med ADNO når man har en problemstilling. Lege BB deler sine positive opplevelser:

«[...] så jeg har veldig god erfaring med det, veldig behjelpelige, strekker seg langt for å få det fort gjort hvis du trenger hjelp [...] du får god veiledning [...] jeg synes de er raske med å svare, ja.. så mine erfaringer er gode.» BB

Lege DD bekrefter også den positive erfaringen:

«[...] jeg sa jo det også til hun Astrid Gjelstad, altså sist i fjor da de var på vårt møte, at de er alltid så tilgjengelige, hvis jeg sender en mail eller noe sånt, så får jeg jo svar

samme dag. Så det synes jeg er jo fantastisk, og hvis noe er med TUE, så får jeg og hjelp. Så jeg synes egentlig at det er bra.» DD

Lege AA bygger videre på de gode tilbakemeldingene:

«[...] utrolig flinke til å svare. Jeg opplever at jeg får veldig god hjelp av Antidoping Norge når jeg trenger hjelp. Nå har jo vi hatt en sak, jeg opplevde jo trygg og veldig mye kompetanse, og at jeg får veldig god hjelp, jeg må si det. Det er viktig for de jobber hard og mye tror jeg. Så det er hyggelig at de får det videre tror jeg. Det er raskt svar og de svarer jo på alle døgnets tider. Virkelig tusen takk.» AA

6 Diskusjon

6.1 Legemiddelbruk og beslutninger

Et av hovedfunnene i denne studien er at paracetamol og ibuprofen er de mest utbredte legemidlene som gis til fotballutøvere. Dette stemmer overens med tidligere forskning som har påvist en omfattende bruk av disse medikamentene (119). Når det gjelder NSAIDs, foreligger det imidlertid uenighet blant legene. Noen foretrekker Voltaren (diklofenak), mens andre benytter Vimovo (en kombinasjon av esomeprazol og naproksen) eller Arcoxia (etoricoxib). Resultatene viser en variasjoner basert på legers individuelle erfaringer og preferanser. Legene beskriver personlige preferanser for NSAIDs, med varierende behandlingsregimer anvendt av ulike lag, noe som antyder en mangel på felles anbefalinger eller standarder.

En gjennomgang av Legemiddelhåndboka, sammen med ytterligere søk på internett viser at det for øyeblikket eksisterer ingen entydige nasjonale norske retningslinjer som spesifikt angir foretrukne NSAIDs for bruk innen idrettsmedisin. Av de nevnte NSAIDs anbefaler Legemiddelhåndboka bruk av diklofenak intramuskulært for lindring av lette til moderate smerter, men intervjuene har utelukkende diskutert bruk av orale smertestillende midler (49).

Flere leger har uttrykt bekymring over den omfattende bruken av NSAIDs og understreket et ønske om å forstå konsekvensene av langvarig bruk. Innen idrettsmedisin benyttes NSAIDs ofte for å lindre smerte og redusere betennelse. Ifølge en studie gjennomført av Fédération Internationale de Football Association (FIFA), brukte 54,2% av spillere NSAIDs under verdensmesterskap (VM) i Brasil i 2014, og 30,6% tok disse medikamentene rett før kamp (120). Bivirkningene av NSAIDs blir ofte undervurdert av både idrettsutøvere og medisinsk personell (48). Detaljer om de farmakologiske egenskapene til ulike NSAIDs presenteres i den teoretiske delen av denne studien (se kapittel 3.2).

Valget av et spesifikt NSAID bør derfor baseres på klinisk vurdering, varigheten av den tiltenkte behandlingen, samt den enkelte utøvers risikoprofil. Dette kan føre til usikkerhet ved valg av legemidler. Men selv om kliniske retningslinjer kan bidra til å standardisere medisinsk praksis og legge til rette for valg av legemidler, gir de ikke alltid entydige svar for alle kliniske tilfeller. Anvendelsen av retningslinjer krever klinisk tenkning og profesjonelt skjønn

fra legens side, spesielt i komplekse situasjoner (121). Det er viktig at leger kontinuerlig oppdateres om bivirkninger for å kunne ta informerte beslutninger. Denne situasjonen understreker behovet for videre forskning og diskusjon om standarder innen idrettsmedisin, spesielt med tanke på de potensielle langsiktige konsekvensene av regelmessig NSAID-bruk blant idrettsutøvere.

Intervjuene avdekket uklare ansvarsgrenser mellom leger og fysioterapeuter. Legene har det primære ansvaret for å foreskrive medisiner, men erkjenner at fysioterapeuter distribuerer legemidlene selv, vanligvis etter delegasjon av legen. Når det gjelder press fra trenere, avviser legene dette og opprettholder at medisinsk ansvar utelukkende ligger hos dem. Disse avvikene i svarene kan indikere enten en reell endring i standpunkt avhengig av diskusjonens kontekst eller et ønske om å fremstille situasjonen som mer «korrekt». Denne kontrasten reiser spørsmål om sosial ønskelighet i svarene (122, 123), der respondenter kanskje streber etter å demonstrere høy profesjonalitet og samsvar med normer, selv om beslutninger i praksis kan tas kollektivt eller intuitivt, uten klart definerte prosedyrer.

Spørsmålet om ansvar mellom ulike medlemmer av det medisinske teamet har blitt behandlet i vitenskapelig litteratur. Forskningen har identifisert at i toppidrett eksisterer det ikke bare et tett samspill mellom leger og fysioterapeuter, men også uskarpe grenser mellom rollene, noe som kan medføre misforståelser og risikoer i klinisk beslutningstaking. Dette er spesielt relevant i situasjoner knyttet til forskrivning av medisiner, hvor streng overholdelse av medisinske og juridiske standarder er nødvendig (38). Mangelen på tydelige retningslinjer og ansvarsfordeling kan øke risikoen for feil, misforståelser og til og med brudd på antidopingreglene (36). Likevel forblir det endelige ansvaret for å etterleve antidopingreglene hos utøveren selv. I henhold til WADA er utøveren ansvarlig for alt som befinner seg i utøverens kropp, uavhengig av hvem som administrerte stoffet eller ga rådgivning (4). Dersom en idrettsutøver baserer sine beslutninger på feilaktig informasjon, selv fra medisinsk personell, kan konsekvensene være svært alvorlige. Dette fremhever behovet for høyt kompetent medisinsk personell og klar kommunikasjon mellom spesialister og idrettsutøvere for å forhindre slike situasjoner.

I henhold til Helsepersonelloven skal organisasjoner som tilbyr helse- og sosialtjenester være strukturert slik at helsepersonell er i stand til å utføre sine oppgaver i tråd med de etablerte kravene. Dette innebærer et behov for en klar fordeling av oppgaver og ansvar mellom ulike yrkesgrupper (124). I tillegg kan mangelen på klare retningslinjer for valg av NSAIDs,

kombinert med uklare ansvarslinjer mellom leger og fysioterapeuter, skape en potensielt sårbar situasjon for klinisk beslutningstaking.

Det er viktig å bemerke at forskeren under intervjuene ikke utforsket i tilstrekkelig grad den praktiske ansvarsfordelingen mellom leger og fysioterapeuter. Selv om enkelte deltakere nevnte at fysioterapeuter utleverer medisiner etter delegasjon fra legen, ble det ikke klart hvordan denne prosessen er organisert, hvorvidt den er tilstrekkelig dokumentert, og hvor tydelig ansvarslinjene mellom helsepersonell er definert. Dette begrenser dybden i analysen av denne delen av studien.

Alle leger understreket at tilgangen til medisiner er strengt kontrollert: De oppbevares i låste skap, medisinkofferter, eller til og med hjemme hos legen, og idrettsutøvere har ikke direkte tilgang til dem. Til tross for disse tiltakene, ble tidligere tilfeller av overforbruk av medisiner nevnt i flere intervjuer, hvor medisiner var lett tilgjengelige for spillerne. Dette kan indikere at faktisk kontroll over tilgang ikke alltid er i samsvar med de angitte retningslinjene. Det fremstår dermed som relevant å vurdere hvorvidt legemiddelkontrollen virkelig er så streng som deltakerne beskriver. Det er mulig at respondentene har forsøkt å belyse situasjonen i det mest positive og «korrekte» lyset, en tendens som ofte er til stede ved intervjuer om sensitive temaer relatert til profesjonelt ansvar (123). Dette fenomenet med sosial ønskelighet bør tas i betraktning når resultatene tolkes.

Noen av legene som deltok i studien, rapporterte at de i visse situasjoner, som før viktige kamper, kan velge å foreskrive smertestillende eller betennelsesdempende medisiner til spillere med mindre skader, etter en nøye medisinsk vurdering. Slike tilfeller betraktes som unntak, grunnet det betydelige sportslige presset og konkurransens betydning for laget. Legene understreker imidlertid at slike avgjørelser ikke tas automatisk; i hvert enkelt tilfelle gjennomføres en individuell vurdering av spillerens tilstand, smertegraden, risikoen for ytterligere skade, og den potensielle fordelene av deltagelse i kampen. De forteller at hovedprioriteten er fortsatt utøverens helse.

I alle intervjuene understreket legene at den endelige medisinske avgjørelsen ligger hos dem, og at de nøye vurderer nytte-risiko-forholdet når de forskriver smertestillende, selv i situasjoner hvor det kan foreligge press fra trenere. Det oppstår imidlertid et spørsmål om i hvilken grad disse uttalelsene reflekterer faktisk praksis, kontra hvorvidt de representerer en faglig akseptabel og forventet posisjon. Det kan være et element av selvpresentasjon (125) til

stede, hvor respondentene søker å fremstille seg selv i det mest profesjonelle lyset, særlig i den sensitive konteksten av idrettsutøveres sikkerhet og potensielt etisk press i idrettsmiljøet.

6.2 Kosttilskudd

De fleste leger oppga at laget ikke har faste regimer for bruk av kosttilskudd, selv om utøverne regelmessig inntar omega 3, vitamin D og multivitaminer. Dette kan indikere en variabel forståelse av begrepet «kosttilskudd» blant respondentene. Det kan også antyde en bestemt oppfatning hvor vitaminer og grunnleggende kosttilskudd ikke anses av legene som «ekte» tilskudd, noe som er i samsvar med tidligere identifiserte trenger innen idrettsmedisin (126). Forskning viser at i idrett blir kosttilskudd som vitamin D og omega 3 ofte betraktet som en del av en idrettsutøvers grunnleggende helsetjeneste, heller enn som selvstendige tiltak innenfor et dedikert tilskuddsprogram (127, 128).

Resultatene av intervjuene avslørte betydelige variasjoner i legenes kunnskap om kosttilskudd. Noen leger innrømmet åpent at de manglet ekspertise på dette området og ikke betraktet overvåking av kosttilskudd som en del av deres ansvar. Flertallet av legene distanserte seg fra ansvaret for bruken av kosttilskudd i klubber. Dette skyldes enten at andre fagfolk, som ernæringsfysiologer, naprapater og fysiske trenere, håndterer dette, eller fraværet av en tydelig struktur for å diskutere ernæring og kosttilskudd internt i klubben. Dette kan indikerer en mangel på klare interne protokoller og standarder som regulerer håndtering av kosttilskudd. Mangelen på klart definerte prosedyrer kan føre til utilsiktet doping gjennom forurensede kosttilskudd. Årsakene til legers distansering fra reguleringen av kosttilskudd kan variere. Dette kan skyldes mangel på kunnskap og vanskeligheter med å finne informasjon, samt at de fleste leger ikke er fulltidsansatt i klubbene og dermed kanskje ikke har kapasitet til å ta på seg ansvaret. Legene rapporterer at klubber har mange oppgaver, og at det som kan velges bort, ofte velges bort. Dette, kombinert med deltidstilknytningen til klubben og fraværet av en arena for diskusjon av kosttilskudd, fører til at temaet ofte faller utenfor deres ansvarsområde. Problemstillinger knyttet til kosttilskudd kan bli sett på som sekundære og dermed ikke integrert i den generelle medisinske støtten.

Likevel uttrykker alle legene at de er villige til å bistå idrettsutøvere med spørsmål, inkludert å søke råd fra ADNO, samt å finne relevant informasjon på nett. Spørsmål om kosttilskudd er

også inkludert i den årlige helsesjekken hos de fleste lag. Dette indikerer at legene ikke tar fullstendig avstand fra kosttilskudd, og viser et ønske om å hjelpe, selv om de kanskje ikke har tid eller mulighet til å fordype seg fullstendig i temaet. Denne tilnærmingen reflekterer et høyt nivå av bevissthet om de potensielle risikoene forbundet med ukontrollert bruk av kosttilskudd.

Det er viktig å merke seg at, i samsvar med anbefalingene fra ADNO, skal medisinsk personell spille en sentral rolle i å overvåke bruken av kosttilskudd blant idrettsutøvere, og fremme en «nullrisiko» politikk for å minimere faren for inntak av forurensede produkter (64). Mangel på tydelig ansvarsfordeling i forbindelse med kosttilskudd innen lagene kan derved utgjøre en reell trussel mot både utøvernes helse og klubbens omdømme. Dette kunnskapsvekket kan føre til at idrettsutøvere mottar ufullstendige eller motstridende råd, noe som øker risikoen for inntak av forbudte stoffer gjennom kontaminerte kosttilskudd. Bruk av kosttilskudd er en av de sentrale årsakene til utilsiktede brudd på antidopingreglene (127). Utviklingen av felles standarder for håndtering av kosttilskudd, sammen med regelmessig opplæring av medisinsk personell, bør derfor være en prioritert del av klubbenes fremtidige, systematiske arbeid.

Noen leger har også bemerket at de bevisst formidler en skeptisk holdning til bruk av kosttilskudd overfor idrettsutøvere, og understreker at kosttilskudd ikke er nødvendig dersom kostholdet er i samsvar med anbefalinger og det ikke foreligger mangler. Denne holdningen reflekterer de offisielle anbefalingene fra ADNO, som advarer mot det begrensede evidensgrunnlaget for effektiviteten til mange kosttilskudd, samt den tilhørende risikoen for kontaminasjon med forbudte stoffer (64).

Når det gjelder formidling av informasjon, la de fleste legene dette ansvaret på ADNO, og uttrykte et ønske om at antidopingorganisasjoner skulle være mer proaktive i å tilby utdanningsseminarer til idrettsutøvere. Denne holdningen er i tråd med generelle anbefalinger innen idrettsmedisin, som understreker nødvendigheten av regelmessig opplæring for idrettsutøvere om risikoene forbundet med bruk av kosttilskudd.

Det kan dermed konkluderes at legers rolle i spørsmål knyttet til bruken av kosttilskudd i lagene er begrenset. Dette fremhever viktigheten av at leger ikke bare gir råd til idrettsutøvere ved forespørsel, men også aktivt deltar i å fremme bevissthet og et trygt miljø rundt kosttilskudd. Avhengigheten av eksterne organisasjoner for å levere opplæringsaktiviteter,

sammen med manglende initiativ fra klubbens side, skaper imidlertid hull i det forebyggende arbeidet. Studieresultatene understreker derfor behovet for en klar definisjon av helsepersonells roller og ansvar i spørsmål om bruk av kosttilskudd, samt en mer aktiv involvering av leger i utdanningsprosessene.

6.3 Rusmiddelbruk

Intervjuer med leger avdekket at bruk av ulovlige rusmidler blant fotballspillere oppfattes som et kontroversielt tema. Noen leger hevdet at de aldri har opplevd slike tilfeller i sine lag, og at de ikke engang har hørt rykter om mulig bruk. Mens enkelte leger begrunnet dette med at de kjente spillerne godt og var sikre på deres oppførsel, var andre bare uvitende om slik hendelser. Dette kan indikere at problemet enten forties, ikke anerkjennes tilstrekkelig eller er rett og slett ikke så utbredt. Litteraturen påpeker imidlertid at et lavt antall rapporterte tilfeller ikke nødvendigvis utelukker eksistensen av problemet, da narkotikabruk i idrett ofte er skjult (128). Fraværet av observerte tegn betyr derfor ikke nødvendigvis at de ikke finnes. Dette fremhever viktigheten av å øke årvåkenhet og bevissthet blant leger og annet støttepersonell i idretten, samt behovet for ytterligere opplæring av idrettsleger i tidlig gjenkjenning av tegn på ulovlig rusmiddelbruk. Det er også viktig å utvikle ferdighetene til å føre konstruktive samtaler med idrettsutøvere om dette temaet.

Flere leger rapporterte om situasjoner hvor spillere hadde benyttet ulovlige rusmidler, og delte sine erfaringer med håndtering av disse problemene. I stedet for å umiddelbart avslutte kontrakter, hvilket ofte anbefales på administrativt nivå, foretrakk legene først å ha samtale med spillerne, tilby støtte, arrangere dopingtester, og i visse tilfeller konsultere ADNO for ytterligere råd og møter. Basert på intervjuer med leger kan det bemerkes at ved oppdagelse av forbudt stoffbruk blant idrettsutøvere, tenderer medisinsk personell til å adoptere en støttende tilnærming med mål om å hjelpe utøveren. I tillegg valgte mange leger å håndtere problemet konfidensielt, uten å involvere klubbens ledelse, for å bevare tillit og gi reell bistand til utøveren. Dette reiser spørsmålet om rehabiliteringsprosesser kan være mer effektive enn straffetiltak.

Den tilsynelatende uoverensstemmelsen mellom å ikke anerkjenne rusmiddelbruk som et problem og samtidig behandle slike tilfeller konfidensielt kan indikere et ønske hos

helsepersonell om å fremstille situasjonen som mindre alvorlig, muligens for å unngå kritikk eller opprettholde et inntrykk av kontroll. Dette reiser imidlertid profesjonsetiske spørsmål angående legens plikt til å ivareta pasientens individuelle interesser samtidig som de sørger for sikkerheten og velværet til andre lagmedlemmer. I henhold til det internasjonale regelverket for medisinsk etikk i idrett, er helsepersonell forpliktet til å balansere konfidensialitet med nødvendigheten av å informere klubbledelsen hvis det foreligger en trussel mot helse eller sikkerhet for utøveren eller andre (129). Derfor krever håndteringen av narkotikarelaterte saker en mer strukturert tilnærming og muligens utvikling av klare protokoller for kommunikasjon og samarbeid mellom leger, trenere og klubbadministrasjon.

Samtidig er politikken i de fleste profesjonelle klubber og idrettsorganisasjoner ofte basert på strenge straffeprinsipper. Mange idrettsorganisasjoner implementerer en «nulltoleranse»-modell for bruk av narkotika og doping, noe som i praksis ofte resulterer i oppsigelse av kontrakter med dømte idrettsutøvere. Denne strategien har som mål å opprettholde sportens rykte som «ren» og unngå negativ omtale. Imidlertid kan denne tilnærmingen være i konflikt med medisinsk etikk og ønsket om å støtte rehabilitering av utøveren (115).

Leger som aldri hadde erfart slike tilfeller, ble hypotetisk spurt om hvordan de ville håndtere en situasjon der en utøver har brukt eller bruker ulovlige rusmidler. Alle legene svarte at de først ville ha snakket med utøveren og forsøke å yte hjelp. Dette demonstrerer en overveiende humanistisk tilnærming blant medisinsk personell i fotball, noe som er i samsvar med internasjonale anbefalinger for beskyttelse av idrettsutøveres helse. Ifølge Den internasjonale olympiske komité's konsensusuttalelse om mental helse i toppidrett, bør fokus i tilfeller av atferdsproblemer og mistanke om rusmiddelbruk være rettet mot å yte medisinsk og psykologisk støtte fremfor å anvende straffetiltak (130).

Det faktum at de intervjuede legene valgte å støtte utøveren fremfor å umiddelbart informere ledelsen eller igangsette oppheving av kontrakter, gjenspeiler et etisk dilemma (131) som helsepersonell i idrett står overfor. Dette dilemmaet omfatter bekymringen for utøverens velferd versus lagets og organisasjonens interesser. I en slik kontekst forsøker legene å opprettholde en balanse: på den ene siden å støtte spilleren i å håndtere problemet privat, og på den andre siden å verne om lagets omdømme. Dette medfører imidlertid en risiko for at problemer kan bli skjult eller ikke adressert tilstrekkelig, særlig i fravær av klare protokoller og regler for håndtering av slike situasjoner.

De fleste legene innrømmet at de ikke gjennomfører felles informasjonsmøter med spillerne om risikoene knyttet til narkotikabruk, da dette ikke anses som deres direkte ansvar. Legene opplyste at de stoler på Ren Utøver-kurs og foredrag organisert av ADNO. I stedet for å holde regelmessige forelesninger eller samtaler med idrettsutøvere om risiko forbundet med bruk av ulovlige rusmidler, er de avhengige av eksisterende programmer. Dette kan delvis skyldes tidspress blant leger, grunnet omfattende arbeidsoppgaver i klubbene. En slik delegasjon av ansvar for det forebyggende arbeidet kan imidlertid medføre risiko for at enkelte temaer forblir underkommunisert eller ikke tilpasset det spesifikke lagets behov. Den internasjonale olympiske komite fremhever i sin konsensusuttalelse viktigheten av aktiv involvering fra leger i idrettsutøveres psykiske og fysiske helseproblemer (130).

6.4 Antidoping og regelverk

Studien viser at de intervjuede legene har systematisk og ensartet kunnskap om, og etterlevelse av, antidopingregelverket. Dette er konsistent med forventningene, gitt at overholdelse av den internasjonale standarden for antidoping er obligatorisk for alle som arbeider innen idrett (4). Selv om det kan antas at respondentene har ønsket å presentere seg selv på en mest mulig positiv måte, særlig når det gjelder emner relatert til yrkesetikk (125), er det også logisk å anta at de strenge kravene innen idrettsmedisin og de alvorlige konsekvensene ved regelbrudd gjør overholdelsen av antidopingreglene til en nødvendighet.

I søken etter informasjon og for å holde seg oppdatert, beskrev legene lignende strategier, som regelmessig tilgang til ressurser fra ADNO og WADA, samt bruk av Felleskatalogen. Dette indikerer en stabil profesjonell antidopingkultur blant medisinsk personell i norsk idrett. Flere leger rapporterte at de ikke har møtt utfordringer relatert til overholdelse av antidopingreglene, noe som kan indikere et høyt opplæringsnivå blant legene og effektiviteten av eksisterende kilder og retningslinje. Det kan videre type på at antidopingrelaterte utfordringer har blitt integrert som en del av hverdagsrutinen, eller at samarbeidet med ADNO fungerer så godt at utfordringer løses raskt. Samtidig kan det også reflektere fenomener som blindsoner i profesjonell praksis, hvor fraværet av rapporterte problemer kan være knyttet til mangel på selvrefleksjon og ekstern verifikasjon av prosedyrer, noe som potensielt skjuler svakheter (133).

En av de utfordringene noen av legene fremhevet var administreringen av legemidler i nødstilfeller, hvor det er nødvendig å søke om TUE i etterkant. Til tross for at slike situasjoner er regulert gjennom antidopingregler (134), innebærer prosessen fortsatt betydelig stress for leger, da en feil kan føre til sanksjoner mot utøveren. Registrering og håndtering av TUE krever både presisjon og dyp juridisk forståelse fra legen, hvilket kan utgjøre en ekstra byrde for medisinsk personell som opererer innen idrett (135).

Den andre utfordringen noen av legene fremhevet var innhenting av dokumentasjon for TUE for utenlandske idrettsutøvere. Leger bemerket vanskeligheter med å få tak i originale dokumenter fra de legene som har diagnostisert tilstanden og igangsatt behandlingen. Etter forskernes samtale med ADNO kom det frem at dette kan tolkes på to måter: det kan enten representere en reell administrativ hindring, eller det kan være en misforståelse hos legen, for eksempel i tilfeller der TUE for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)-medisiner krever at diagnosen er stilt av en spesialist, ikke bare en alminnelig lege; spesialisten kan eksempelvis også være basert i Norge.

En interessant observasjon var legenes holdning til arbeidet utført av ADNO. Alle deltakerne uttrykte takknemlighet for det høye nivået på tjenestene som ble levert. Samtidig fremmet legene konkrete forslag og ønsker for fremtidig utvikling av ADNOs arbeid: øke antall tester, utvide utdanningsaktiviteter, etablere en enhetlig plattform for informasjonsutveksling mellom leger og ADNO, utvikle klare lister over akseptable kosttilskudd, og øke ADNOs tilstedeværelse på sosiale medier. En slik aktiv posisjon indikerer ikke nødvendigvis misnøye, men snarere et høyt nivå av forventninger til en allerede velfungerende struktur av høy kvalitet. Det er et kjent fenomen at brukere begynner å forvente enda mer når det grunnleggende tjenestenivå er høyt, som er naturlig i en kontekst hvor det er et ønske om faglig forbedring (133). I denne sammenhengen bør legenes initiativer oppfattes som et positivt signal som indikerer at medisinsk personell er engasjert i å opprettholde idrettens integritet.

Økningen i antall dopingtester representerer ikke bare et praktisk spørsmål, men også en økonomisk utfordring. Gjennomføring av flere tester krever betydelige ressurser, og det er usikkert om de finnes et sterkt behov for en slik utvidelse. Dopingtester har en betydelig avskrekkende effekt på idrettsutøvere (136). Likevel, gitt at både idrettsutøvere og medisinsk støttepersonell har uttrykt et ønske om økt testing, kan de være verdt å vurdere en revisjon av antall tester.

Å styrke ADNO tilstedeværelse på sosiale medier er et forslag som er godt tilpasset moderne trenger innen informasjonsforbruk. Idrettsutøvere har en tendens til å bli eksponert for informasjon primært gjennom digitale plattformer som for eksempel, Instagram og TikTok, fremfor tradisjonelle informasjonskanaler (137). En mer aktiv og målrettet tilstedeværelse av ADNO på disse plattformene kan bidra til forbedret tilgjengelighet av antidopinginformasjon og styrking av det forebyggende arbeidet. Videre kan dette fremme et tettere og mer tillitsfullt forhold mellom ADNO og idrettsutøvere.

6.5 Sammenligning av funn: fysioterapeuters perspektiver

Et interessant tillegg til denne studiens resultater er analysen av data innhentet av en annen student i en lignende masteroppgave skrevet av Aleksandar Kokorina (2025), som intervjuet fysioterapeuter (138). En sammenligning av data fra de to masterprosjektene kan bidra til å gi et mer helhetlig bilde av samhandlingen mellom det medisinske støtteapparatet i fotball. Det vil være av særlig interesse å vurdere i hvilken grad oppfatningen av ansvarsfordeling sammenfaller eller avviker mellom de to yrkesgruppene.

Legemiddelbruk

Når det gjelder legemiddelbruk, rapporterte fysioterapeuter, i likhet med leger, at melatonin foretrekkes fremfor vanedannende sovemedisiner. Fysioterapeuter rapporterte også om utbredt bruk av Voltaren, mens legene i denne studien ikke kom til enighet når det gjelder valg av NSAIDs. Videre ble en høy etterspørsel etter smertestillende midler før kamper rapportert av fysioterapeuter, noe som ikke var reflektert i intervjuer med leger. Dette kan indikere at idrettsutøvere er mer tilbøyelige til å henvende seg til fysioterapeuter med slike forespørsler, særlig i situasjoner der en lege ikke er tilgjengelig. Det er også mulig at legene var motvillige til å uttale seg åpent om hyppigheten av slike forespørsler, spesielt når disse involverer bruk av legemidler uten en klar medisinsk indikasjon.

Fysioterapeutene understreket sin bevissthet om begrensninger i farmakologisk kompetanse og henviser alltid idrettsutøvere til lege i tilfelle farmakologiske spørsmål. Dette bekrefter det eksisterende profesjonelle hierarkiet, samtidig som det indikerer at fysioterapeuter ofte er de

første personene idrettsutøvere henvender seg til, og deres respons kan påvirke den videre behandlingsprosessen. Legene i denne studien adresserte ikke spørsmålet om kompetansebegrensinger hos andre lagmedlemmer, noe som kan antyde at ansvarsområder er etablert.

Kosttilskudd

Sammenligningen av intervjuer med leger og fysioterapeuter avdekket betydelige forskjeller i engasjement og bevissthet omkring bruk av kosttilskudd. Legene i denne studien viste seg generelt å være distansert fra dette temaet og understreket at de ikke hadde personlig ansvar for overvåking av kosttilskudd. Fysioterapeutene, derimot, var mer aktive og interessert i problemstillingen. Begge grupper understreket viktigheten av å velge trygge kosttilskudd og var oppmerksomme på risikoene knyttet til å kjøpe produkter fra utlandet. Det ble også formidlet av begge grupper at de ikke anser kosttilskudd nødvendig for utøvere, med mindre det foreligger en mangel.

Begge studiene rapporterte bruk av kosttilskudd som vitamin D, omega 3 og multivitaminer, noe som indikerer utbredelsen av disse tilskuddene i fotballmiljøet. Det var imidlertid kun fysioterapeuter som bemerket den omfattende bruken av kreatin og pre-workout produkter, noe som ikke ble nevnt av legene, til tross for at spørsmålet om kosttilskudd var inkludert i intervjuguiden. Dette kan tyde på at fysioterapeuter, som ofte er tettere involvert i den daglige treningspraksisen, har bedre innsikt i hva idrettsutøverne faktisk inntar. Videre bemerket fysioterapeuter at flere klubber arrangerer foredrag av ernæringsfysiologer, noe som ikke ble gjenspeilet i intervjuer med leger.

Antidoping

Resultatene relatert til doping og dopingregler var i stor grad lik funnene i denne studien, særlig med hensyn til overholdelse av etablerte antidopingregler. Både leger og fysioterapeuter fremhevet nødvendigheten av å følge standardene fastsatt av WADA og ADNO. Studiefokuset var imidlertid noe ulikt. Denne studien la vekt på regelverk og administrative prosedyrer, ettersom disse aspektene er sentrale i konteksten av legers ansvar for medisinske beslutninger, og ble dermed diskutert mer inngående. Studien med fysioterapeuter fokuserte på oppfatningen av dopingfenomenet samt samtaler omkring motivasjon og konsekvenser av dopingbruk i fotball. Spesielt verdifull var informasjonen om at dopingbruk oppfattes som lite nyttig i lagidrett, hvor individuelle gevinster ikke garanterer

suksess for hele laget. Arbeidet i begge studier utfyller hverandre og gir en mer helhetlig forståelse av temaet doping og antidoping innen fotball.

Andre resultater

Studien med fysioterapeuter hadde et betydelig fokus på temaet alkohol, mens denne studien rettet oppmerksomheten mot ulovlige rusmidler. Gitt at disse forskningslinjene konsentrerer seg om ulike aspekter av problematikken, er det begrensede mulighet for direkte sammenligning.

Et annet interessant funn var at fysioterapeuter understreket behovet for å gi unge spillere mer tid og oppmerksomhet for å bygge tillit og forstå reglene omkring medisin og rehabilitering. Legene bemerket derimot at unge idrettsutøvere gjerne er lettere å samarbeide med, da de ofte har mindre vedvarende forventninger til behandling sammenlignet med eldre spillere. Denne forskjellen kan indikere ulikheter i roller og graden av involvering mellom de to profesjonsgruppene, samt forskjellige forventninger fra støttepersonellens side.

6.6 Diskusjon av metode

Denne masteroppgaven anvendte refleksiv tematisk analyse av intervjuer som sin kvalitative metode. Valget av en kvalitativ tilnærming ble begrunnet med studiens mål om å oppnå en dyptgående forståelse av legers oppfatninger, erfaringer og holdninger til bruk av legemidler, kosttilskudd, ulovlige rusmidler og overholdelse av antidopingregelverket. Refleksiv tematisk analyse tillater forskeren å delta aktivt i datafortolkningen, med erkjennelse av at temaer utvikles gjennom analysen, i stedet for å være forhåndsbestemte fra materialet. Dette innebærer at koding av data og identifikasjon av temaer alltid vil være subjektiv, men avhengighet av forskerens perspektiver og erfaringer (117, 122). Disse faktorene må vurderes når man tar stilling til studiens resultatets validitet og pålitelighet.

Forskerens personlige og profesjonelle erfaring, samt deres verdensbilde, påvirker uunngåelig alle aspekter ved forskningen – fra utformingen av forskningsspørsmål til dataanalysen. I mitt tilfelle har jeg ingen bakgrunn fra idrett, hvilket på den ene siden ga meg muligheten til å innta en mer objektiv og analytisk holdning under intervjuer og koding. På den andre side har min generelle forståelse av strukturen i idrett og arbeidet til medisinsk personell, tilegnet

gjennom observasjon og teoretiske studier, utvilsomt påvirket min oppfatning og tolkning av respondentenes svar. Videre kan mine personlige synspunkter på medisinsk etikk, ansvar og risikoen knyttet til legemiddelbruk ha påvirket hvilken vektlegging som ble valgt i den analytiske delen av studien. Å bevisst reflektere over disse faktorene og vurdere egen forskningsposisjon utgjør en viktig del av metodisk integritet og er en nødvendig forutsetning for anvendelse av refleksiv tematisk analyse.

Det ble gjennomført syv dybdeintervjuer med leger. Det opprinnelige målet var å gjennomføre minst ti intervjuer. Alle lag i de angitte divisjonene ble kontaktet tre til fire ganger, men kun syv leger valgte å delta i studien. Til tross for det relativt begrensede antall intervjuer, ble det klart under analysen at de forekom gjentakelse av innhold og uttalelser på tvers av de fleste temaområdene, særlig når det gjelder overholdelse av antidopingregler, generelle forskrivningsprinsipper, holdninger til risiko og legers rolle som bærere av medisinsk ansvar. Derimot finnes det avvik i enkelte emner, som ansvarsdeling mellom leger og fysioterapeuter, som kanskje kunne blitt utforsket grundigere med et bredere utvalg av deltakere. Dette kan tyde på at datametning ble oppnådd for noen, men ikke alle, tematiske områder.

Som Braun og Clarke fremhever, er fokuset i refleksiv tematisk analyse ikke på antallet intervjuer, men på dybden av analysen og den konseptuelle rikdommen i temaene. Innenfor denne tilnærmingen finnes det ikke noe fastsatt antall intervjuer som kreves for å oppnå metning, da betydningen og strukturen til temaene utvikles i løpet av analyseprosessen, i stedet for å bli utelukkende utledet fra dataene (116). Videre bidro hver deltaker med meningsfulle og detaljerte svar, noe som gjorde det mulig for viktige mønstre og rike temaer å tre frem.

Det begrensede antallet deltakere bør imidlertid være vurdert som en mulig begrensning ved tolkning og generalisering av resultatene. Selv om utvalget sikret et mangfold av perspektiver ved å inkludere leger med variert bakgrunn fra forskjellige klubber, kan det ikke utelukkes at ytterligere intervjuer kunne ha avdekket nye nyanser eller motsetninger. Dette er særlig relevant innen sensitive områder som narkotikabruk, press fra trenere, og håndtering av doping og forbudte stoffer. Det er viktig å erkjenne at temaet er både sensitivt og komplekst, hvor enkelte deltakere muligens ikke uttalte seg fullt ut, mens andre delte uventet dyptgående og personlige historier, spesielt knyttet til rusmiddelbruk. Dette mangfoldet i dybde og åpenhet kan i seg selv være en indikator på at kvalitativ metning er oppnådd, ikke

nødvendigvis kvantitativt, men innholdsmessig (116). Til tross for det relativt begrensede antallet intervjuer, kan de innsamlede dataene anses som pålitelige og meningsfulle for å delvis besvare forskningsspørsmålet. Imidlertid må forsiktighet utvises når det gjelder generalisering av funnene til en bredere populasjon.

Det er også viktig å diskutere den potensielle tilstedeværelsen av utvalgsskjevhet, knyttet til hvem som samtykker til å delta i studien. Alle intervjuene ble gjennomført med leger som frivillig meldte seg til deltakelse, noe som kan indikere en særlig interesse for temaet eller en aktiv involvering i problemstillinger relatert til idrettsutøveres helse. Slike leger kan ha en større tilbøyelighet til å følge offisielle protokoller og forskrifter, være mer bevisste på gjeldende anbefalinger, og strebe etter å handle i samsvar med etiske standarder. Det er mulig at leger som er mindre trygge i egen praksis, sjeldnere støter på dopingrelaterte problemer, eller som ikke anser temaet som en prioritet, valgte å avstå fra deltakelse i studien. Dette kan påvirke dataenes representativitet og føre til en skjev fremstilling av det overordnede bildet, ved å skape inntrykk av at praksis og bevissthet blant leger i idrettsklubber er på et relativt høyt nivå. Resultatene av studien bør derfor tolkes i lys av denne begrensningen.

Lignende observasjoner diskuteres i vitenskapelig litteratur. For eksempel understreker Braun og Clarke (2021) viktigheten av å være bevisst på hver som er representert i utvalget innen kvalitativ forskning, og hvordan dette kan påvirke funnene (117). Patton (2002) påpeker også at deltakernes motivasjon påvirker dybden og fokuset på dataene, samt at frivillige ofte har mer positive holdninger til temaet som undersøkes (139).

Selv om denne studien gir betydelig innsikt i synspunktene og praksisen til en gruppe leger som arbeider innen norsk fotball, kan resultatene ikke betraktes som en fullstendig refleksjon av situasjonen som helhet. De innsamlede dataene representerer erfaringene til et begrenset antall spesialister, og dekker derfor ikke alle mulige tilnærminger og meninger innen medisinsk støtte til idrettsutøvere. Imidlertid utgjør intervjuene en verdifull kilde til kunnskap, da de gir legenes realistiske perspektiv på sitt daglige arbeid, beslutningstaking, og samspill med andre lagmedlemmer. Studiens funn bør således oppfattes som et delvis, men meningsfylt innblikk i idrettsmedisinens virkelighet, fremfor et universelt bilde. Dette understreker behovet for videre forskning med et bredere spekter av deltakere for å oppnå en mer omfattende og representativ forståelse av problemstillingen.

Beslutningen om å ekskludere bokstavidentifikatorer etter sitering i resultatdelen fortjener en egen drøfting. Siden beretningene om narkotikabruk var svært personlige, var det avgjørende å sikre maksimal anonymitet for deltakerne. Spesielt siden fem av syv leger delte svært personlige og sensitive historier knyttet til tilfeller med rusmiddelbruk blant utøvere på laget. De to andre leger hadde ikke lignende erfaring, men beskrev hvordan de ville handlet i en hypotetisk situasjon. Så utsagnene til alle informanter har blitt brukt i dataanalysen. Selv om det i andre kontekster kan være mulig å knytte en bokstav til innholdet i en uttalelse, bidrar fjerning av bokstavidentifikatorene i dette tilfelle til å styrke beskyttelsen av informantenes personvern. Informantene kunne ha blitt gjenkjent av både seg selv og kollegaer ved gjennomgang av studien. Forskningsetikk fremhever viktigheten av å sørge for at publisering av data ikke skader deltakerne eller fører til deres identifikasjon (140). Bruken av koder kan utilsiktet medføre avsløring av identitet gjennom sammenligning av sitater, kontekst eller arten av informasjonen som gis. Derfor er beslutningen om å unnlate bruk av bokstavkoder begrunnet ut fra hensynet til å overholde av forskningsetiske prinsipper og respekt for informantenes frivillige bidrag til studien.

Nettbaserte intervjuer ga informantene større fleksibilitet, noe som kan ha bidratt til mer ærlige svar (141). Likevel kan mangelen på fysisk tilstedeværelse ha begrenset muligheten for å etablere tillit og lese ikke-verbale signaler, noe som kan påvirke nyansene i informasjonen (142). Til tross for potensielle begrensninger som tekniske problemer, var intervjuopplevelsen generelt positiv. Online formatet ga en komfortabel situasjon, som kan ha senket terskelen for å snakke åpent om følsomme temaer. God lyd- og bildekvalitet gjorde det mulig å fange opp verbale og ikke-verbale signaler, og styrket datagrunnlaget.

Det er ønskelig å påpeke at forskeren under intervjuene kunne ha utforsket spørsmålet om ansvarsfordeling mellom leger og fysioterapeuter mer inngående. Selv om dette aspektet ikke lå i fokus og ikke var en del av det opprinnelige forskningsdesignet, kan man i ettertid konkludere med at mer utforskende spørsmål kunne ha beriket datamaterialet ytterligere.

I tillegg kunne intervjueren ha stilt et oppfølgingsspørsmål om hvordan legene selv definerer hva som anses som et kosttilskudd. Dette ville ha bidratt til en mer presis forståelse av deres praksis og perspektiver. Mangelen på en enhetlig, formalisert definisjon av begrepet «kosttilskudd» mellom forskere og respondenter utgjør en av de metodologiske utfordringene i slike kvalitative studier (116). I en refleksiv tematisk analyse er det viktig ikke bare å tolke

deltakernes svar, men også kritisk vurdere hvordan formuleringen av spørsmålene påvirker den innsamlede data (115).

6.7 Videre forskning og veien videre

Basert på resultatene fra denne studien, er det viktig å undersøke hvordan medisinsk støttepersonell koordinerer ansvaret for bruk av legemidler og kosttilskudd innen lagene. Videre er det behov for flere studier knyttet til den hyppige bruken av NSAIDs og deres langsiktige helsekonsekvenser. Det vil være nyttig å identifisere hvilke NSAIDs som foretrekkes i behandling basert på bivirkningsprofil og langsiktige konsekvenser, samt om legene er oppdaterte på ny forskning når de velger NSAIDs for utøvere.

Fremtidig forskning kan også fokusere på utvikling av tiltak for å styrke legers kompetanse vedrørende kosttilskudd, eksempelvis gjennom spesifikke utdanningsprogrammer i samarbeid med ADNO og WADA. Det er viktig å identifisere hvem som innehar ansvar for kosttilskudd, vurdere hvem som ideelt sett bør ha dette ansvaret, samt kartlegge kunnskapshull i dette området. En slik kartlegging kan legge til rette for utvikling av tydeligere regelverk og opplæringsprogrammer relatert til kosttilskudd.

Studien indikerte at noen leger ikke hadde erfaring med bruk av ulovlige rusmidler på laget, hvilket krever videre forskning for å vurdere hvor godt støttepersonell er opplært til å identifisere tegn på rusmiddelbruk, samt hvilke forebyggende tiltak som anvendes i praksis. Videre forskning bør derfor sikte mot å utvikle klare handlingsprotokoller ved mistanke om rusmiddelbruk, i tillegg til å øke bevisstheten omkring risikoer og forebyggende strategier blant støttepersonell.

I tillegg er det viktig å gjennomføre sammenlignende studier mellom ulike land for å identifisere kulturelle forskjeller og avdekke ulike rutiner innen medisinsk støtte til idrettsutøvere. Slike undersøkelser kan være nyttige både for å avdekke svakheter og for å lære av beste praksiser internasjonalt.

Veien videre

Baser på de innsamlede dataene kan det konkluderes med at videreutvikling av medisinsk støtte i fotball krever økt oppmerksomhet på flere vesentlige aspekter. Det bør legges større vekt på å opplyse leger om risikoen for bruk av forbudte stoffer. Selv om noen leger ikke har erfart rusmisbruk blant idrettsutøvere, fremhever enkelte deltakeres historier viktigheten av å være forberedt på å identifisere og respondere på slike tilfeller. Økt bevissthet omkring dette problemet gjennom pedagogiske tiltak og erfaringsutveksling kan bidra til mer effektiv forebygging og støtte for idrettsutøvere.

Resultatene av studien indikerer et behov for å styrke medisinsk personells kompetanse i arbeidet med kosttilskudd. Mange leger erkjente at de ikke tar en aktiv rolle i overvåkning av kosttilskuddsbruk, og overlater dette ansvaret til andre lagmedlemmer. Dette fremhever nødvendigheten av en tydelig avgrensning av roller og ansvar innen lagpersonellet, samt behovet for å etablere felles plattformer for diskusjon av spørsmål relatert til kosttilskudd. Videre er det viktig å utvide samarbeidet med ADNO på dette området. Studiedeltakerne foreslo flere praktiske tiltak for å ytterligere forbedre antidopingarbeidet, og disse bør vurderes seriøst av ADNO, da forslagene reflekterer det høye nivået av engasjement blant helsepersonell og deres ønske om å opprettholde en høy standard for ren idrett.

Basert på sammenligningen av resultatene fra denne studien med funn fra en lignende studie som intervjuet fysioterapeuter, blir det klart at de ulike gruppene innen støtteapparatet har forskjellige synspunkter, prioriteringer og ansvarsområder. Dette understreker viktigheten av videre forskning rettet mot bedre forståelse av tverrfaglig samarbeid innen medisinsk støtte til idrettsutøvere. Fremtidig forskning kan med fordel inkludere kombinerte intervjuer med leger, fysioterapeuter og eventuelt trenere. En slik tilnærming vil kunne gi innsikt i oppgavefordeling og strukturen for kommunikasjon innen støtteapparatet, og vil bidra til å identifisere mulige kunnskapshull, misforståelser samt potensielle forbedringsområder i organisatorisk praksis.

7 Konklusjon

Denne studien utforsker legers synspunkter, erfaringer og praksiser som medisinsk støttepersonell i norsk fotball, med fokus på legemiddelbruk, kosttilskudd, rusmidler og antidoping. Leger spiller en avgjørende rolle i å navigere de medisinske og etiske aspektene ved idrettsutøveres helse.

Intervjuene avdekket at leger ofte benytter NSAIDs for smerte og betennelse, men det var ingen konsensus om hvilket NSAID som bør anvendes primært. Til tross for opplevde stressutfordringer, viser studien at legene generelt overholder dopingregler effektivt. Når det gjelder kosttilskudd, distanserer legene seg fra ansvaret for å overvåke bruken, noe som kan resultere i manglende medisinsk tilsyn av utøvere som benytter disse produktene.

Personlige historier fra leger illustrerte deres engasjement i å støtte idrettsutøvere med rusproblemer, og fremhevet deres rolle som omsorgspersoner både fysisk og psykologisk. Samtidig var bevisstheten rundt rusmiddelproblematikk lav hos enkelte andre leger, noe som kan være påvirket av faktorer som yrkeserfaring, klubbkultur eller graden av interaksjon med utøverne. Disse resultatene viser et behov for økt fokus på kulturen rundt bruk av ulovlige rusmidler i idretten.

Både denne studien og en sammenligning med en lignende studie om fysioterapeuter avslører uklare grenselinjer mellom legers og fysioterapeuters rolle i idrett. Dette fremhever nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid for å sikre en helhetlig tilnærming til utøvernes helse, samt overholdelse av både medisinske og etiske retningslinjer. Studien understreker viktigheten av kontinuerlig opplæring, kommunikasjon og samarbeid blant helsepersonell.

Medisinsk personell i fotball står overfor utfordringen med å avveie sportskulturens normer og forventninger mot en kritisk vurdering av medisinske og etiske prinsipper. Legene understreker viktigheten av utdanning, erfaringsutveksling og etisk bevissthet som avgjørende faktorer for å etablere en mer gjennomtenkt og ansvarlig støttepraksis for idrettsutøvere.

Litteraturliste

1. Connor JM. Towards a sociology of drugs in sport. *Sport Soc.* 2009;12(3):327-343.
2. Schinke RJ, Hanrahan SJ. *Cultural sport psychology*. Champaign (IL): Human Kinetics; 2009.
3. World Anti-Doping Agency. Athletes' support personnel [Internett]. [Hentet 2025 Jan 15]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel>.
4. Anti-Doping Agency (WADA). World Anti-Doping Code 2021 [Nettdokument]. [Hentet 2025 Jan 08]. Tilgjengelig fra: https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021_wada_code.pdf.
5. Piedade SR, Imhoff AB, Clatworthy M, Cohen M, Espregueira-Mendes J. *The sports medicine physician*. 1. utg. Springer International Publishing; 2019. 695 p.
6. Goksøyr M. *Historien om norsk idrett*. 1. utg. Oslo: Abstrakt; 2008. 187 s.
7. Rabin O, Corazza O. Emerging drugs in sport. 1. utg. Springer Cham; 2022. s. 33-43, 83-94. 268 s.
8. Store medisinske leksikon. Fotball [Internett]. [Hentet 2025 Jan 16]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fotball>.
9. Young K. *The suffering body in sport: volume 12 - shifting thresholds of pain, risk and injury*. Emerald Publishing; 2019. doi: 10.1108/S1476-2854201912.
10. Bolling C, Barboza SD, van Mechelen W, Pasmán HR. How elite athletes, coaches, and physiotherapists perceive a sports injury. *Translational Sports Medicine*. 2018;1(1):1–9.
11. Berg EC, Migliaccio TA, Anzini-Varesio R. Female football players, the sport ethic and the masculinity-sport nexus. *Sport Soc.* 2013;16(2):176–189.
12. Murphy P, Waddington I. Are elite athletes exploited? *Sport Soc.* 2011;14(4):239–255.
13. Gjelstad A, Herlofsen TM, Bjerke A-L, Lauritzen F, Björnsdóttir I. Use of pharmaceuticals amongst athletes tested by Anti-Doping Norway in a five-year period. *Frontiers in Sports and Active Living*. 2023;5.
14. Kristensen JÅ. *The darker side of youth sport: Unraveling psychosocial factors driving health - compromising behaviors among adolescent athletes [doktoravhandling]*. Norges idrettshøgskole; 2024.
15. VG. Undersøkelse: En av fire tror doping skjer i norsk toppfotball [Internett]. [Publisert 2018 Mar 31; Hentet 2025 Jan 18]. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/sport/i/G1nAW6/undersokelse-en-av-fire-tror-doping-skjer-i-norsk-toppfotball>.
16. Rosenbloom C, Kryger KO, Carmody S, Broman D. Non-steroidal anti-inflammatory drugs in football – a "Keeping SCORE" approach to judicious use. *Sci Med Footb.* 2024;8(1):1–5.
17. Professional Physical Therapy. Investigation of non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) prevalence and education in DIII college athletes [Internett]. [Publisert 2023 Apr 24; Hentet 2025 Jan 18]. Tilgjengelig fra: <https://www.professionalpt.com/investigation-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drug-nsaid-prevalence-and-education-in-diii-college-athletes/>.

18. 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):580-582.
19. Antidoping Norge. Oversikt over dopingsaker [Internett]. [u.å.]. [Hentet 2025 Jan 20]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kontroll/dopingsak/oversikt>.
20. TV 2. Det er jo ikke doping i norsk fotball [Internett]. [Publisert 2025 Mar 08; Hentet 2025 Mar 20]. Tilgjengelig fra: https://www.tv2.no/mening_og_analyse/det-er-jo-ikke-doping-i-norsk-fotball/17525687/.
21. Garthe I, Maughan RJ. Athletes and Supplements: Prevalence and Perspectives. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism.* 2018;28(2):126-138.
22. Lauritzen F, Dale CB, Bråthen I, Gjelstad A. Kosttilskudd - Dopingfelle eller en nødvendig del av treningen? *Norsk tidsskrift for ernæring.* 2020;18(3):32-36.
23. Lauritzen F, Gjelstad A. Trends in dietary supplement use among athletes selected for doping controls. *Frontiers in Nutrition.* 2023;10.
24. Lauritzen F. Dietary Supplements as a Major Cause of Anti-doping Rule Violations. *Front Sports Act Living.* 2022;4.
25. 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 Mar;23(2):244-52.
26. VG. Kokain-eksplosjon i idretten: Dramatisk økning [Internett]. [Publisert 2024 Jan 31; Hentet 2025 Jan 25]. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/sport/i/Q73lkA/kokain-eksplosjon-i-idretten-dramatisk-oekning>.
27. TV 2. Ser alvorlig kokain-trend i idretten: En voldsom økning [Internett]. [Publisert 2023 Des 09; Hentet 2025 Jan 25]. Tilgjengelig fra: <https://www.tv2.no/sport/ishockey/ser-alvorlig-kokain-trend-i-idretten-en-voldsom-okning/16290527/>.
28. TV 2. Slår kokain-alarm: Bør bekymre flere enn oss [Internett]. [Publisert 2023 Apr 07; Hentet 2025 Jan 25]. Tilgjengelig fra: <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/slar-kokain-alarm-bor-bekymre-flere-enn-oss/15635271/>.
29. Antidoping Norge. En dramatisk økning i antall kokainsaker [Internett]. [Publisert 2023 Jan 05; Hentet 2025 Jan 25]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/nyheter/en-dramatisk-%C3%B8kning-i-antall-kokainsaker>.
30. Pathan D. Investigating the influence of coaches, trainers, and support staff on athletes' decisions to engage in doping practices. *Int J Multidiscip Sci Arts.* 2024;3(4).
31. Stewart B, Smith A. Drug use in sport: Implications for public policy. *J Sport Soc Issues.* 2008;32(3):278–298.
32. Smith ACT, Stewart B, Oliver-Bennetts S, McDonald S, Ingerson L, Anderson A, Dickson G, Emery P, Graetz F. Contextual influences and athlete attitudes to drugs in sport. *Sport Manag Rev.* 2010;13(3):181–197.
33. Walk SR. Peers in pain: The experiences of student athletic trainers. *Sociol Sport J.* 1997;14(1):22–56.
34. Walk SR. Athletic trainers: Between care and social control. In: *Sporting bodies, damaged selves: Sociological studies of sport-related injury.* Amsterdam: Elsevier; 2004. p. 251–267.

35. Waddington I, Roderick M. Management of medical confidentiality in English professional football clubs: Some ethical problems and issues. *Br J Sports Med.* 2002;36(2):118–123.
36. Patterson LB, Backhouse SH, Jones B. The role of athlete support personnel in preventing doping: A qualitative study of a rugby union academy. *Sport Soc.* 2022;25(1):70–88.
37. Nixon HL. Accepting the risks of pain and injury in sport: Mediated cultural influences on playing hurt. *Sociol Sport J.* 1993;10(2):183–196.
38. Malcolm D, Scott A. Professional relationships between support staff and athletes in elite sport: Medical and scientific support services. *Int Rev Sociol Sport.* 2019;54(6):692–708.
39. Orchard JJ, Maddocks D, Carneiro E, Orchard JW. A review of legal, ethical, and governance issues for team doctors. *Clin J Sport Med.* 2022;32(3):248–255.
40. Arnold R, Collington S, Manley H, Rees S, Soanes J, Williams M. “The Team Behind the Team”: Exploring the organizational stressor experiences of sport science and management staff in elite sport. *J Appl Sport Psychol.* 2019;31(1):7–26.
41. Legemiddeloven. 1992. Lov om legemidler m.v 1992-12-04 nr 132. [Hentet 2025 Feb 22].
42. Vennerød AM, Granås AG. Legemidler [Internett]. Store medisinske leksikon; 2025 [Sist oppdatert 2025 Feb 18; Hentet 2025 Feb 22]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/legemidler>.
43. Ræder J. Smertestillende midler [Internett]. Universitetet i Oslo; [Sist oppdatert 2024 Nov 26; Hentet 2025 Feb 01]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/smertestillende_midler.
44. Warner DC, Schnepf G, Barrett MS, Dian D, Swigonski NL. Prevalence, attitudes, and behaviors related to the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in student athletes. *J Adolesc Health.* 2002 Mar;30(3):150-3.
45. Pedersen JR, Andreucci A, Thorlund JB, Koes B, Møller M, Storm LK, Bricca A. Prevalence, frequency, adverse events, and reasons for analgesic use in youth athletes: a systematic review and meta-analysis of 44,381 athletes. *J Sci Med Sport.* 2022 Oct;25(10):810-819.
46. Norsk legemiddelhandbok. T20.2.1 Ikke-opioide analgetika [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok; 2023 [Sist oppdatert 2023 Aug 31; Hentet 2025 Feb 02]. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2.1/ikke-opioide_analgetika.
47. Spiering L, Dietrichs ES, Øye I. Paracetamol. Store medisinske leksikon [Internett]. 2024 [Sist oppdatert 2024 Nov 25; Hentet 2025 Feb 02]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/paracetamol>.
48. Hansen IS, Sørensen E. NSAID og bivirkninger hos idrettsutøvere [Prosjektoppgave, MED5090, Universitetet i Oslo; veileder Finn Olav Levy]. 2021.
49. Norsk legemiddelhandbok. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) [Internett]. 2023 [Revidert 2021 Feb 18; Hentet 2025 Apr 17]. Tilgjengelig fra: [https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/ikke%20%80%91steroid%20antiinflammatoriske_midler_\(NSAID\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/ikke%20%80%91steroid%20antiinflammatoriske_midler_(NSAID)).

50. Castellsagué J, Riera-Guardia N, Calingaert B, et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf.* 2012;35(12):1127–1146.
51. Ho KY, Cardosa MS, Chaiamnuay S, et al. Practice Advisory on the Appropriate Use of NSAIDs in Primary Care. *J Pain Res.* 2020;13:1925-1939.
52. McGettigan P, Henry D. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: an examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries. *PLoS Med.* 2013;10(2):e1001388.
53. Hatt KM, Vijapura A, Maitin IB, Cruz E. Safety Considerations in Prescription of NSAIDs for Musculoskeletal Pain: A Narrative Review. *Pm r.* 2018;10(12):1404-1411.
54. Poortmans JR. Exercise and renal function. *Sports Med.* 1984;1(2):125-153.
55. Norsk legemiddelhåndbok. Opioidanalgetika [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2023 [Sist oppdatert 2023 Aug 31; Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>.
56. Norsk legemiddelhåndbok. Søvnvansker [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; 2023 Mar 29 [Hentet 2025 Apr 23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.2/S%C3%B8vnvansker>.
57. Norsk legemiddelhåndbok. Zopiklon [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; [Revidert 2024 Mar 26; Hentet 2025 Apr 23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.2.2/Zopiklon>.
58. Norsk legemiddelhåndbok. Melatonin [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; [Revidert 2023 Mar 29; Hentet 2025 Apr 23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.5.1/Melatonin>.
59. Norsk legemiddelhåndbok. Benzodiazepiner [Internett]. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok; [Revidert 2024 Mar 26; Hentet 2025 Apr 23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.1/Benzodiazepiner>.
60. Bjorvatn B. Medikamentell behandling av søvnproblemer [Internett]. Nasjonalt senter for søvnmedisin; [Sist oppdatert 2024 Dec 11; Hentet 2025 Apr 24]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/medikamentell-behandling-av-sovnproblemer/>.
61. Halse J, Berg JP, Strømstad T. Glukokortikoider [Internett]. Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 2025 Feb 25; Hentet 2025 Apr 24]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/glukokortikoider>.
62. Antidoping Norge. Dopinggruppe S9 [Internett]. [Hentet 2025 Apr 24]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten/dopinggruppe-s9>.
63. Angelsen M. Kosttilskudd [Internett]. Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 2024 Nov 26; Hentet 2025 Feb 09]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kosttilskudd>.
64. Antidoping Norge. Kosttilskudd [Internett]. [Hentet 2025 Feb 10]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/kosttilskudd>.
65. Olympiatoppen. Olympiatoppens kosttilskuddsprogram [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/contentassets/46877e22b142421cb9abaaac4d17ebcc/olympi-atoppens-kosttilskuddsprogram.pdf>.

66. Øvrebø T. Olympiatoppens holdning til kosthold og bruk av kosttilskudd [Internett]. Oslo: Olympiatoppen; 2014 Mai. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/contentassets/9c9c90e785a5413da66f78669f21e11a/olympiatoppens-holdning-til-kosthold-og-bruk-av-kosttilskudd-.pdf>.
67. Olympiatoppen Norge. Olympiatoppens kosttilskuddsprogram [Nettdokument]. [Hentet 2025 Feb 10]. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/for-stipendutovere/for-stipendutovere/kosttilskudd/olympiatoppens-kosttilskuddsprogram/>.
68. Olympiatoppen. Faktaark om kosttilskudd og idrett [Nettdokument]. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/contentassets/a5df2696596a4e8cacf004c5080dbb42/olympiatoppens-faktaark-om-kosttilskudd-og-idrett.pdf>.
69. NHI.no. Doping - skader kropp og sinn [Internett]. [Hentet 2025 Feb 07]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/doping/doping-og-skadevirkninger>.
70. Grossbard J, Hummer J, LaBrie J, Pederson E, Neighbors C. Is substance use a team sport? Attraction to team, perceived norms, and alcohol and marijuana use among male and female intercollegiate athletes. *J Appl Sport Psychol*. 2009 Jul 24;21(3):247-261.
71. Antidoping Norge. Rusmidler i idretten [Internett]. [Hentet 2025 Feb 07]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/rusmidler-i-idretten>.
72. Holt RIG, Erotokritou-Mulligan I, Sönksen PH. The history of doping and growth hormone abuse in sport. *Growth Horm IGF Res*. 2009 Aug;19(4):320-6.
73. Drange M. Doping [Internett]. Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 2024 Nov 25; Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/doping>.
74. Norges Idrettsforbund. Antidopingregelverk [Nettdokument]. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/SysSiteAssets/idrettsforbundet/juss/antidopingregelverk/antidopingregelverk.pdf>.
75. Antidoping Norge. Om Antidoping Norge [Internett]. [Hentet 2025 Feb 15]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/om-adno>.
76. Norges Fotballforbund. Antidoping [Internett]. [Hentet 2025 Feb 15]. Tilgjengelig fra: <https://www.fotball.no/fotballens-verdier/antidoping/>.
77. Antidoping Norge. Dopinglisten 2025 - Norsk utgave [Nettdokument]. 2024. Tilgjengelig fra: <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/antidoping/Dopinglisten-2025-Norwegian.pdf>.
78. Drange M. Anabole steroider - doping [Internett]. Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 2024 Sep 09; Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/anabole_steroider_-_doping.
79. Norsk legemiddelhandbok. Peptidhormoner, vekstfaktorer og relaterte stoffer [Internett]. [Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/G14.1.3.3/S2_Peptidhormoner,_vekstfaktorer_og_relaterte_stoffer.
80. Dickinson J. Long-term ergogenic effect of long-acting beta-2-agonists [Internett]. WADA; 2013. [Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/resources/scientific-research/long-term-ergogenic-effect-long-acting-beta-2-agonists>.

81. Bramness JG, Dietrichs ES, Bretteville-Jensen AL, Bachs L. Cannabis [Internett]. Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 2025 Feb 24; Hentet 2025 Feb 08]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/cannabis>.
82. World Anti-Doping Agency (WADA). Athlete Support Personnel – Therapeutic Use Exemptions (TUEs) [Nettdokument]. 2023. [Hentet 2025 Feb 09]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel/therapeutic-use-exemptions-tues>.
83. World Anti-Doping Agency (WADA). International Standard for Therapeutic Use Exemptions (ISTUE) [Nettdokument]. 2023. [Hentet 2025 Feb 09]. Tilgjengelig fra: https://www.wada-ama.org/sites/default/files/2022-09/international_standard_for_therapeutic_use_exemptions_istue_2023.pdf.
84. Antidoping Norge. Regler for medisinsk fritak (TUE) [Nettdokument]. 2023. [Hentet 2025 Feb 09]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/medisinsk-fritak-tue/regler-1>.
85. Hilderbrand RL. The World Anti-Doping Program and the primary care physician. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54(4):795–810.
86. Ciocca M. Medication and supplement use by athletes. *Clin Sports Med.* 2005;24(4):703–716.
87. Pedrinelli A, Ejnisman L, Fagotti L, Dvorak J, Tscholl PM. Medications and nutritional supplements in athletes during the 2000, 2004, 2008, and 2012 FIFA Futsal World Cups. *Br J Sports Med.* 2016;50(14):853-858.
88. Ercan S, Oğul A, Canbulut A, Arslan E, Çetin C. Knowledge and attitudes of intern physicians on nutritional ergogenic supplementation and doping. *Turk J Sports Med.* 2021;56(2):61-66.
89. 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):580-582.
90. Tscholl PM, Dvorak J. Abuse of medication during international football competition in 2010 – lesson not learned. *Br J Sports Med.* 2012;46(16):1140-1141.
91. Strand S. Yngre kvinnelige fotballspilleres holdninger til bruk av legemidler og kosttilskudd, og deres forhold til rusmidler og doping i idrett. [Masteroppgave i Farmasi]. Universitetet i Oslo; 2024.
92. Al-Haidari N. Yngre mannlige fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd. [Masteroppgave i Farmasi]. Universitetet i Oslo; 2024.
93. Sivasambu V. Kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd blant utøvere i norsk topphåndball [masteroppgave]. Universitetet i Oslo; 2023.
94. Christensen S. Legemiddel- og kosttilskuddbruk i norsk elite ishockey [masteroppgave]. Universitetet i Oslo; 2023.
95. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 6. utg. Oslo: Abstrakt; 2021. 450 s.
96. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening.* 2002;122(25).

97. Grønmo S. Kvalitativ metode [Internett]. Store norske leksikon; 2023 [Sist oppdatert 2023 Jan 16; Hentet 2025 Jan 06]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode.
98. O'Leary Z. A practical introduction to in-depth interviewing. London: Sage Publications Ltd; 2015. 160 s.
99. Kvale S, Brinkmann S. Learning the craft of qualitative research interviewing. London: SAGE; 2009. s. 27-29, 86-88.
100. Holstein JA, Gubrium JF. Focus group interviewing. I: Gubrium JF, Holstein JA, redaktører. Handbook of interview research. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2001. s. 141.
101. Malterud K. Kvalitativ metode og medisinsk forskning: i detalj. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
102. Kaae S, Sporrang SK, Nørgaard LS. Guide to Qualitative Research on Patient Perspective on Medicines Use [Nettdokument]. University of Copenhagen Department of Pharmacy; 2020.
103. Jacob SA, Furgerson SP. Writing interview protocols and conducting interviews: tips for students new to the field of qualitative research. The Qualitative Report. 2012;17(42):1-10.
104. EU General Data Protection Regulation (GDPR). Artikkel 35, ledd 1 og 3. [Internett]. [Hentet 2025 Feb 19]. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>.
105. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). § 20 og § 11, første og andre ledd. [Internett]. [Hentet 2025 Feb 19]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>.
106. EU General Data Protection Regulation (GDPR). Articles 4(1), 4(11), 5, 7, 32, og 89(1). [Internett]. [Hentet 2025 Feb 19]. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>.
107. Universitetet i Oslo. Rutine for forskning med personopplysninger. [Internett]. [Hentet 2025 Feb 20]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/personvern/rutine-for-forskning-med-personopplysninger.html>.
108. Sikt. Fyll ut meldeskjema for behandling av personopplysninger. [Internett]. [Hentet 2025 Feb 20]. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>.
109. Universitetet i Oslo. Mer om behandling av sensitiv informasjon i forskning. [Internett]. [Hentet 2025 Feb 20]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>.
110. Fusch PI, Ness LR. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. The Qualitative Report. 2015;20(9):1408-1416.
111. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? Field Methods. 2006;18(1):59-82.
112. Bernard RH. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012.
113. Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health. 2021;13(2):201-216.

114. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015. s. 179-181.
115. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
116. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2019;11(4):589-597.
117. Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE Publications; 2021.
118. Bazeley P, Jackson K. *Qualitative data analysis with NVivo*. 3rd ed. SAGE Publications; 2013.
119. Schumacher YO. A sensible approach to the use of NSAIDs in sports medicine. *Swiss Sports & Exercise Medicine*. 2019;67(5):11-14.
120. Vaso M, Weber A, Tscholl PM, Junge A, Dvorak J. Use and abuse of medication during 2014 FIFA World Cup Brazil: A retrospective survey. *BMJ Open*. 2015;5(9):e007608.
121. Gabbay J, Le May A. *Practice-based evidence for healthcare: clinical mindlines*. 1st ed. Routledge; 2010.
122. Polkinghorne D. Validity issues in narrative research. *Qualitative Inquiry*. 2007;13(4):471-486.
123. Bispo Júnior JP. Social desirability bias in qualitative health research. *Rev Saude Publica*. 2022 Dec 9;56:101.
124. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (LOV-1999-07-02-64). [Internett]. [Hentet 2025 Mar 23]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
125. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res*. 1993 Sep;20(2):303-15.
126. Maughan RJ, Depiesse F, Geyer H. The use of dietary supplements by athletes. *Journal of Sports Sciences*. 2007;25(sup1):S103-S113.
127. Antidoping Norge. I 49 norske dopingsaker har kosttilskudd fått skylda. Hvorfor det? 2023 Mai 25. [Internett]. [Hentet 2025 Mar 23]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/nyheter/i-49-norske-dopingsaker-har-kosttilskudd-f%C3%A5tt-skylda-hvorfor-det>.
128. Backhouse SH, McKenna J, Robinson S, Atkin A. International literature review: attitudes, behaviours, knowledge and education – drugs in sport: past, present and future. World Anti-Doping Agency (WADA); 2007.
129. International Federation of Sports Medicine (FIMS). International sports medicine code of ethics. [Internett]. [Hentet 2025 Apr 05]. Tilgjengelig fra: <https://www.fims.org/about/code-ethics/>.
130. Gouttebauge V, Bindra A, Blauwet C, et al. International Olympic Committee (IOC) consensus statement on mental health in elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*. 2021;55(11):608-624.
131. Greenfield BH, West CR. Ethical issues in sports medicine: a review and justification for ethical decision making and reasoning. *Sports Health*. 2012 Nov;4(6):475-479.

132. Nederhof AJ. Methods of coping with social desirability bias: a review. *European Journal of Social Psychology*. 1985;15(3):263-280.
133. Crosby BC, 't Hart P, Torfing J. Public value creation through collaborative innovation. *Public Management Review*. 2017;19(5):655-669.
134. World Anti-Doping Agency (WADA). International standard for testing and investigations (ISTI). 2021.
135. Viret M. Evidence in anti-doping at the intersection of science & law. In: T.M.C. Asser Press, editor. 2015. p. 93-104.
136. World Anti-Doping Agency (WADA). WADA publishes data supporting deterrent effect of testing. 2024. [Internett]. [Hentet 2025 Apr 18]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/news/wada-publishes-data-supporting-deterrent-effect-testing>.
137. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Mediebruk. [Internett]. [Hentet 2025 Apr 18]. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/mediebruk/mediebruk/>.
138. Kokorina, A. (2025). Fysioterapeuters perspektiver på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball [upublisert masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
139. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. SAGE Publications; 2002.
140. Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. SAGE Publications; 2013.
141. Gray DE. *Doing research in the real world*. 4th ed. SAGE Publications; 2018.
142. Keen S, Lomeli-Rodriguez M, Joffe H. From challenge to opportunity: virtual qualitative research during COVID-19 and beyond. *Int J Qual Methods*. 2022 Jun 4;21:16094069221105075.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Introduksjon

Informasjon om forskningsprosjektet

- Hensikt og bakgrunn for prosjektet: få økt kunnskap om kulturen rundt idrettsutøveres legemiddel/kosttilskudd/rusmiddel bruk fra støttepersonellens perspektiv. Fremme riktig bruk og få større bevissthet rundt temaet, styrke antidopingarbeidet.
- Forklare hva intervjuet skal brukes til.
- Avklare eventuelle spørsmål om samtykke, anonymitet og konfidensialitet. Presisere at deltakerne kan trekke seg fra studiet når som helst også i etterkant. Deltakerne skal ikke kunne gjenkjennes, det vil bli brukt koder i arbeidet. Kun de som jobber med prosjektet vil ha tilgang til datamaterialet.
- Spørre om det er noe uklart.
- Informere om tidsbruken: omtrent 1 time.
- Informere om at det blir tatt lydopptak via mobil som kun lagres på UiOs disk.

Oppvarmingsspørsmål:

- Kort presentasjon av meg selv
- Hvordan har sesongen/siste kamp vært?
- Kan du fortelle meg litt om din rolle på laget?
- Hvor lenge har du jobbet som lege for idrettsutøvere?
- Har du noe idrettsrelatert utdannelse?

Hoveddel

Bruk av legemidler

- Hvordan vil du beskrive kulturen bak legemiddelbruk blant spillere?
- Hvem har størst innflytelse på beslutningen om en spiller skal bruke legemidler?
- Hvordan involveres spilleren i beslutningen om å bruke legemidler?
- Hvordan overvåkes legemiddelbruk blant spillerne?
- Hva er din oppfatning angående utøvernes tillit til deg når det gjelder legemiddelbruk? Mye? Lite? Midt-i-mellom?

Typer legemidler

- Hva er de vanligste legemidlene som brukes på laget etter din erfaring?
- Hvilke reseptbelagte legemidler er mest brukte blant spillerne?
- Hvilke reseptfrie legemidler brukes ofte?
- Hva er typiske årsaker til bruken?

- Hvilke legemidler er omdiskuterte eller problematiske etter din oppfatning?
- Har du opplevd at spillere deler legemidler med hverandre?
- Hvordan håndteres behov for reseptfrie legemidler ved for eksempel forkjølelse, allergi, hudsykdommer, søvn eller lette smerter?
- Er reseptfrie legemidler tilgjengelige for spillerne, for eksempel i et medisinrom eller medisinskap?

Kosttilskudd

- Hvilken rolle synes du kosttilskudd spiller på laget?
- Er det noen kosttilskudd som er spesielt populære blant spillerne? Hva er hovedformålene med bruken?
- Hvordan bestemmes det hvilke kosttilskudd spillerne kan bruke? Hvem har hovedansvaret? (eventuelt hvor kjøpes kosttilskudd?)
- Har dere faste kosttilskudd regimer, eller vurderes behovet individuelt for hver spiller?
- Er kosttilskudd noe som en idrettsutøver må ha, etter din mening?

Risiko og kosttilskudd

- Hvordan sikrer du at kosttilskudd er trygge og fri for forbudte stoffer?
- Hva slags informasjon formidles til spillerne om bruk og risiko ved bruk av kosttilskudd?
- Hvor finner du informasjon om et kosttilskudd er tillat å bruke i idretten?

Rusmidler

- Er rusmidler et tema som blir diskutert åpent på laget?
- Hører du om bruk av alkohol og ulovlige rusmidler i forbindelse med sosiale arrangementer (eks. fest)?
- Hvordan håndterer laget potensielle problemer med rusmidler blant spillerne? (for eksempel hvis du får informasjon om en spiller som har brukt rusmidler)
- Hvordan kommuniseres farene ved bruk av rusmidler til spillerne?
- Hvilke forventninger opplever du at trenere, sponsorer eller fans har til deg når det gjelder håndtering av rusmidler på laget?

Holdninger

- Hva er de største utfordringene knyttet til legemiddel/kosttilskudd/rusmiddel bruk i laget?
- Hvordan håndterer du situasjoner hvor spillere ønsker å bruke legemidler eller kosttilskudd som du ikke anbefaler?

- Opplever du press eller forventninger fra spillere, trenere eller ledelse om å bruke legemidler eller kosttilskudd for å forbedre spillernes prestasjoner?
Eksempel fra spillere: ber om spesifikke legemidler for å kunne spille selv om de har en skade som de ikke kan spille med?
Eksempel fra trenere: ber om spesifikke legemidler for at spillere skal prestere bedre?

Antidoping

- Hva gjøres for å unngå brudd på antidopingregler på laget?
- Hvordan holder du deg oppdatert på gjeldende antidopingsregler og retningslinjer?
- Hvor søker du informasjon om antidoping?
- Har du opplevd utfordringer knyttet til antidopingregler?
- Hva er dine erfaringer med å søke om medisinsk fritak (TUE) for spillere?
- Hvilke utfordringer har du møtt i forbindelse med prosessen for å søke TUE?
- Hvordan opplever du deres holdninger til legemiddel/kosttilskudd/rusmidler bruk i forhold til andre fotballag du kjenner?
- Hva er dine tanker om Ren Utøver kurset?

Avslutning

Avsluttende spørsmål

- Hva mener du kan gjøres for å optimere praksisen rundt bruk av legemidler og kosttilskudd i fotball?
- Hvilke forslag har du til hva Antidoping Norge kan bidra med?
- Er det noe annet du ønsker å si som vi ikke har dekket i intervjuet?

Takk for deltakelse

- Takk for at du brukte tiden din og delte dine erfaringer og kunnskap.
- Informere om neste stegene.

Vedlegg 2: Meldeskjema til Sikt



Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Referansenummer

865591

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Kontaktinformasjon
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person
- Andre personopplysninger

Beskriv bakgrunnsopplysningene

Kjønn, utdanning.

Beskriv de andre personopplysningene

Det blir ikke stilt direkte spørsmål om andre personopplysninger, men de kan dukke opp i en bisammenheng under intervjuene. Likevel vil ikke dette inkluderes i selve oppgaven, ettersom vi tar hensyn til anonymisering.

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Ingunn Björnsdóttir, ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no, tlf: +4722856650

Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

Prosjektinformasjon

Tittel

Perspektiver fra medisinsk støttepersonell på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball

Sammendrag

To studenter skal gjennomføre masteroppgave ved farmasøytisk institutt på UiO. Masteroppgaven går ut på å undersøke kulturen rundt legemiddelbruk i fotball, fra støttepersonellens perspektiv. Dette skal gjennomføres gjennom dybdeintervjuer med leger og fysioterapeuter fra ulike lag innen toppfotball i Norge. Den ene studenten skal intervju leger, og den andre studenten skal intervju fysioterapeuter. Målet med oppgaven er å få kunnskap om deres erfaringer og holdninger, og hvordan de påvirker legemiddelbruk blant utøverne på toppnivå. Dette er en kvalitativ studie.

Prosjektbeskrivelse

[ADNO masteroppgaver 24 25 prosjektbeskrivelse.pdf](#)

Akademisk nivå

Master

Kontaktinformasjon, student

Kristina Knisenko, Aleksandar Kokorina, kristina.knisenko@hotmail.com, aleksandar.kokorina@gmail.com, tlf: 46809342/41281883

Overordnet formål med behandlingen

Forskning eller studentoppgave

Beskriv hva du skal forske på, og hvorfor du må behandle personopplysninger for å oppnå det angitte formålet

For å få ny kunnskap om hvordan leger og fysioterapeuter påvirker legemiddelbruk blant idrettsutøvere i fotball, må vi innhente informasjon fra dem via intervju. Vi må ta opptak og transkribere intervjuene i etterkant. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne personer i masteroppgaven, personene vil bli anonymisert. Kun nødvendige opplysninger vil bli innhentet og analysert.

Dersom personopplysningene skal behandles til flere formål, beskriv hvilke

Det er ikke kjent at personopplysningene skal brukes til andre formål, dersom det blir tilfelle i fremtiden vil det sendes inn ny søknad.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Leger som jobber på fotballag på enten; landslaget, eliteserie, OBOS-ligaen og/eller Post-Nord ligaen for menn. Og leger som jobber på fotballag på landslaget, toppserien, 1.divisjon og/eller 2.divisjon for kvinner.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

I samarbeid med Antidoping Norge har vi vært i kontakt med Norges fotballforbund (NFF) og fått tillatelse og støtte for å gjennomføre prosjektet. Vi vil dermed få kontaktinformasjonen til aktuelle legene på ulike fotballag via NFF. Legene vil bli kontaktet av studentene og spurt om å delta i prosjektet.

Aldersgruppe

18 - 75

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg 1?

- Navn
- Kontaktinformasjon
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person
- Andre personopplysninger

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

Personlig intervju

Oppsummer tematisk innhold i intervjuene, og hvordan de praktisk gjennomføres

Tematisk innhold i intervjuene vil være legers erfaringer og holdninger angående legemidler, kosttilskudd, antidoping og rusmidler på fotballag. Legens rolle og ansvar. Påvirkningen på utøvers adferd. Ufordringer, kulturelle og organisatoriske faktorer. Intervjuene vil være i en-til-en formatet, og skal ta ca. 1 time. På forhånd skal intervjudeltakerne får et informasjonsskriv og et informert samtykkeskjema. Intervjuene skal gjennomføres online, på et plattform med GDPR (General Data Protection Regulation), vi foretrekker dermed Microsoft Teams, men Zoom kan også være et alternativ. (1) (2) (3) Lydopptak av intervjuene tas via UiO sin Nettskjema-diktafon app. Lydopptakene blir umiddelbart kryptert og lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD). Som backup blir lydopptak tatt via en annen nettskjema-diktafor app som også blir lagret i TSD. Deretter blir lydopptakene transkribert manuelt, og alle deltakerne vil bli anonymisert. (1) Winqvist, J. Our commitment to privacy and security in Microsoft Teams. Microsoft, Modern Workplace. Hentet fra: [https://pulse.microsoft.com/en/work-productivity-en/na/fa2-our-commitment-to-privacy-and-security-in-microsoft-teams/#:~:text=In%20Teams%2C%20we%20encrypt%20data,video%2C%20audio%20and%20desktop%20sharing](https://pulse.microsoft.com/en/work-productivity-en/na/fa2-our-commitment-to-privacy-and-security-in-microsoft-teams/#:~:text=In%20Teams%2C%20we%20encrypt%20data,video%2C%20audio%20and%20desktop%20sharing.). (2) Zoom. (2024, August 2). Zoom Privacy Statement. Hentet fra: <https://www.zoom.com/en/trust/privacy/> (3) Ellis, N. (2023, June 13). Zoom vs Microsoft Teams Security: Features Comparison. Hentet fra: <https://www.theknowledgeacademy.com/blog/zoom-vs-microsoft-teams-security/>

Vedlegg

[Intervjuguide utvalg 1, Kristina.pdf](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige kategorier personopplysninger (GDPR art. 6)

Samtykke

Informasjon til utvalg 1

Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv, masteroppgave UiO.docx](#)

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Fysioterapeuter som jobber på fotballag på enten; landslaget, eliteserie, OBOS-ligaen og/eller Post-Nord ligaen for menn. Og fysioterapeuter som jobber på fotballag på landslaget, toppserien, 1.divisjon og/eller 2.divisjon for kvinner.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

I samarbeid med Antidoping Norge har vi vært i kontakt med fotballforbundet og fått tillatelse og støtte for å gjennomføre prosjektet. Vi vil dermed få kontaktinformasjonen til aktuelle legene på ulike fotballag via fotballforbundet. Legene vil bli kontaktet av oss og spurt om å delta i prosjektet.

Aldersgruppe

18 - 75

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg 2?

- Navn
- Kontaktinformasjon
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person
- Andre personopplysninger

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 2?

Personlig intervju

Oppsummer tematisk innhold i intervjuene, og hvordan de praktisk gjennomføres

Tematisk innhold i intervjuene vil være fysioterapeuters erfaringer og holdninger angående legemidler, kosttilskudd, antidoping og rusmidler på fotballag. Fysioterapeuters rolle og ansvar. Påvirkningen på utøvers adferd. utfordringer, kulturelle og organisatoriske faktorer. Intervjuene vil være i en-til-en formatet, og skal ta ca. 1 time. På forhånd skal intervjudeltakerne får et informasjonsskriv og et informert samtykkeskjema. Intervjuene skal gjennomføres online, på et plattform med GDPR (General Data Protection Regulation), vi foretrekker dermed Microsoft Teams, men Zoom kan også være et alternativ. Lydopptak av intervjuene tas via UiO sin Nettskjema-diktafon app. Lydopptakene blir umiddelbart kryptert og lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD). Som backup blir lydopptak tatt via en annen nettskjema-diktafon app som også blir lagret i TSD. Deretter blir lydopptakene transkribert manuelt, og alle deltakerne vil bli anonymisert.

Vedlegg

[Intervjuguide Aleksandar.docx](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige kategorier personopplysninger (GDPR art. 6)

Samtykke

Informasjon til utvalg 2

Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv_masteroppgave UiO.docx](#)

Tredjepersoner

Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)
- Muntlig
- Manuelt (papir)

Beskriv hvordan muntlig samtykke dokumenteres

Deltakerne vil få informasjonsskriv i forkant av intervjuet. Før intervjustart vil deltakerne igjen få informasjon om studiet og hva det innebærer å delta. Muntlig samtykke blir dermed dokumentert under opptaket av intervjuet. Skriftlig samtykke innhentes ved at deltakerne signerer på samtykkeerklæring, og sender den elektronisk eller fysisk til oss. Vi foretrekker manuelt, men deltakerne kan også sende samtykke elektronisk. Dersom de sender elektronisk samtykke vil vi skrive det ut og oppbevare det i en brannsikkerhet, og slette alle elektroniske data.

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke kan trekkes tilbake når som helst før selve oppgaven er publisert, uten å oppgi noe grunn. Deltakerne kan når som helst trekke tilbake sitt samtykke enten muntlig eller skriftlig. Det holder å informere intervjuer eller veiledere om at deltakeren ikke ønsker å delta likevel. Kontaktinformasjonen vår følger med i informasjonsskriv. Deltakerens opplysninger vil da bli slettet.

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

Gjennom å ta kontakt med intervjuer eller veiledere. Deltakerne kan få den transkriberte teksten av hva som de har sagt under intervjuet dersom de ønsker det.

Tillatelser

Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

Sikkerhetstiltak

Vil direkte personidentifiserende opplysninger lagres atskilt fra øvrige data ?

Nei

Begrunn hvorfor personopplysningene ikke skal lagres separat

Det er ikke noe mulighet for å adskille stemmen fra lydopptaket.

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering
- Adgangsbegrensning

Hvor blir personopplysningene behandlet?

- Mobile enheter
- Maskinvare

Mottakere

Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Interne medarbeidere

Overføres personopplysninger til et tredjeland?

Nei

Avslutning

Prosjektperiode

01.10.2024 - 31.12.2025

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publisasjon?

Nei

Tilleggsopplysninger

Tilleggsopplysninger

I 2023 og 2024 ble det sendt inn tilsvarende søknader om intervju av idrettsutøvere i håndball, ishockey og fotball. Ref. nummer: 642391 og 160095 Tidligere oppgaver brukte gruppeintervju som metode, i vår oppgave blir dybdeintervju brukt. I tillegg er det endringer i spørsmålene under intervjuguiden, siden de nå er rettet mot støttepersonell og ikke mot idrettsutøvere.

Vedlegg 3: Svar fra Sikt



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

865591

Vurderingstype

Automatisk

Dato

23.09.2024

Tittel

Perspektiver fra medisinsk støttepersonell på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Ingunn Björnsdottir

Student

Kristina Knisenko, Aleksandar Kokorina

Prosjektperiode

01.10.2024 - 31.12.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke, jf. GDPR art. 6(1)(a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2025.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet *«Perspektiver fra medisinsk støttepersonell på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball»?*

Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å oppnå en dypere forståelse av kulturen knyttet til bruken av legemidler og kosttilskudd i fotball, sett fra legers og fysioterapeuters perspektiv. Prosjektets hensikt er å få innsikt i legers og fysioterapeuters erfaringer og holdninger, samt hvordan disse kan påvirke idrettsutøveres bruk av legemidler og kosttilskudd. Dette skrivet inneholder informasjon om målene for prosjektet og hva det innebærer for deg som deltar.

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er LEKONI-studien (Bruk av Legemidler og Kosttilskudd blant Norske Idrettsutøvere 2015-2019), og tidligere masteroppgaver som dokumenterer et relativt høyt forbruk av enkelte legemiddelgrupper på toppnivå i enkelte idretter (1, 2, 3). Tidligere masteroppgaver har fokusert på idrettsutøvere, og derfor er det svært interessant å undersøke legemiddelkulturen fra støttepersonellets perspektiv. Resultatene fra denne studien vil bli brukt til å styrke antidopingarbeidet og fremme korrekt bruk av legemidler blant idrettsutøvere.

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad og er i samarbeid mellom Farmasøytisk Institutt (FAI), Universitet i Oslo (UiO) og Antidoping Norge (ADNO). Prosjektansvarlig og hovedveileder er Ingunn Björnsdottir, førsteamanuensis ved FAI. Medveileder er Astrid Gjelstad, fagleder medisin, ADNO og førsteamanuensis ved FAI. Masterstudentene i farmasi som skal utføre intervjuene er Kristina Knisenko og Aleksandar Kokorina. Eksterne veiledere fra ADNO er Sofie Christensen (farmasøyt, vitenskapelig assistent) og Fredrik Lauritzen (forskningssjef).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen om å delta fordi du er en lege eller en fysioterapeut for et fotballag på toppnivå i Norge. For å kunne gjennomføre studien er det nødvendig med minst 10 personlige intervjuer. Uavhengig av hvor lenge du har jobbet for laget har du mulighet til å delta i prosjektet. For å få tilgang til dine kontaktopplysninger, ble Norges fotballforbund (NFF) kontaktet i forkant av intervjuene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Farmasøytisk Institutt (Universitet i Oslo) er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke om å delta uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysningene dine vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et dybdeintervju med en masterstudent i farmasi. Et dybdeintervju er en en-til-en intervju mellom intervjueren og intervjudeltakeren. Intervjuet vil være semistrukturert, hvilket betyr at intervjueren følger en intervjuguide, men kan også tilpasse seg og stille oppfølgings spørsmål basert på svarene som gis. Intervjuet vil vare omtrent én time og gjennomføres online via en sikker plattform. Du vil bli stilt spørsmål om dine erfaringer, opplevelser og kunnskap knyttet til temaet legemidler og kosttilskudd blant idrettsutøvere, samt noen antidoping-relaterte spørsmål.

Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Kun masterstudentene og veiledere for forskningsprosjektet ved UiO vil ha tilgang til lydopptakene. Alt materialet vil bli behandlet konfidensielt, og du vil bli anonymisert i oppgaven, slik at du ikke kan gjenkjennes i eventuelle publikasjoner etterpå. Lydopptakene vil bli slettet når prosjektet avsluttes.

Kort om personvern

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

- Konfidensialitet betyr at vi ikke deler din informasjon med noen andre. Det er kun forskningsgruppen som har tilgang til denne informasjonen. Forskningsgruppen som har tilgang til din informasjon består av Kristina Knisenko, Aleksandar Kokorina og Ingunn Björnsdottir.
- Informasjonen du gir i forbindelse med intervjuet lagres på en sikker datamaskin som ingen andre har tilgang til.
- Lydopptaket av ditt intervju slettes ved avslutning av prosjektet.
- Du vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjoner i forbindelse med dette forskningsprosjektet.
- Alle personopplysninger vil bli behandlet etter personopplysningsloven.

Alle data blir oppbevart på UiOs systemer, Tjenester for sensitive data (TSD). Hovedveileder, Ingunn Björnsdottir, vil i noen grad bidra til analysen av datamaterialet og vil dermed ha tilgang til enkelte av dine opplysninger. Dette innebærer at kun masterstudentene Kristina Knisenko og Aleksandar Kokorina, samt hovedveileder Ingunn Björnsdottir, vil ha full tilgang til dataene og personopplysningene. Astrid Gjelstad, Sofie Christensen og Fredrik Lauritzen vil bidra til prosjektet etter at intervjuene er skrevet ned og intervjudeltakerne anonymisert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiO har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, 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:

- å be om innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og 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.

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes sommeren 2025. Etter at prosjektet er avsluttet vil lydopptakene med personopplysninger og datamaterialet bli slettet. Det vil heller ikke være mulig å gjenkjenne deg i en eventuell publikasjon eller spore opplysninger tilbake til deg.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Kristina Knisenko, kristina.knisenko@hotmail.com, mobil: 46809342
- Aleksandar Kokorina, aleksandar.kokorina@gmail.com, mobil: 41281883
- Ingunn Björnsdóttir, ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no, mobil: 93621551
- Astrid Gjelstad, astrid.gjelstad@antidoping.no, mobil: 97517947
- Vårt personvernombud i UiO: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt's vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Referanser

- (1) Gjelstad A, Herlofsen TM, Bjerke A-L, Lauritzen F, Björnsdottir I. Use of pharmaceuticals amongst athletes tested by Anti-Doping Norway in a five-year period. *Frontiers in Sports and Active Living*. 2023;5
- (2) Lauritzen F, Gjelstad A. Trends in dietary supplement use among athletes selected for doping controls. *Frontiers in Nutrition*. 2023;10.

(3) Christensen S, Gjelstad A, Björnsdóttir I, Lauritzen F. (2024). Medicalization of sport? A mixed-method study on the use of medications in elite ice hockey. *Sports*, 12(1), 19.

Med vennlig hilsen

Ingunn Björnsdóttir
(Forsker/veileder)

Kristina Knisenko/Aleksandar Kokorina
(masterstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Perspektiver fra medisinsk støttepersonell på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i dybdeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet

«Perspektiver fra medisinsk støttepersonell på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball»

Farmasøytisk Institutt ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Antidoping Norge, gjennomfører for tiden et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bedre forståelse av kulturen rundt bruk av legemidler og kosttilskudd blant fotballspillere fra støttepersonellets perspektiv, med spesielt fokus på legers erfaringer og holdninger.

Du har blitt kontaktet fordi du er lege for et fotballag, og dine erfaringer og synspunkter er svært interessante for oss. Deltakelse i forskningsprosjektet innebærer at vi gjennomfører et dybdeintervju med deg, hvor du får spørsmål om dine erfaringer, opplevelser og kunnskap knyttet til temaene legemidler, kosttilskudd, rusmidler og antidoping. Intervjuet vil ta omtrent én time og foregå online på en sikker plattform; vi bruker Microsoft Teams. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, og materialet vil bli behandlet konfidensielt. Dine svar vil bli anonymisert i den endelige analysen, og all data lagres sikkert i henhold til forskningsetiske retningslinjer.

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet. Dersom du velger å delta, vil du få tilsendt et samtykkeskjema som signeres og sendes tilbake til oss digitalt eller fysisk. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi en grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deltakerne eller for laget dersom noen velger å trekke seg.

Tidspunktet for gjennomføring av intervju er oktober/november/desember 2024 og januar 2025. Passende tidspunkt avtales nærmere med deg.

Ditt bidrag vil gi oss verdifull innsikt og bredere forståelse av kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk fotball, samt styrke antidopingarbeidet.

Ønsker du å delta i forskningsprosjektet? Gi tilbakemelding til Kristina Knisenko (kristjkn@student.farmasi.uio.no), for eksempel ved å svare på denne e-posten. Det vil bli sendt ut informasjonsskriv med ytterligere informasjon om studien og samtykkeskjema før intervjuet gjennomføres.

Hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon, kan du kontakte:

Masterstudent Kristina Knisenko, kristjkn@student.farmasi.uio.no, mobil 46809342

Veileder Ingunn Björnsdottir, ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no

Veileder Astrid Gjelstad, Astrid.Gjelstad@antidoping.no

Vi håper du ønsker å være med i forskningsprosjektet!

*Vennlig hilsen,
Kristina Knisenko
Masterstudent ved Universitetet i Oslo
kristjkn@student.farmasi.uio.no
tlf: 46809342*

Vedlegg 6: Sitater fra resultatdelen

Del 5.1.2 Bruk av smertestillende

Sitat 1: «Det er, altså Paracet, også er det jo ibuprofen.» DD

Sitat 2: «I forbindelse med kamp, hvis en har litt sånn vondt da, så bruken en jo gjerne Paracet, også Ibus i noen tilfeller.» FF

Sitat 3: «Da tenker jeg kanskje særlig på de her som virker blodfortynnende som jeg sa Ibus og Vimovo blant annet. [...] da tenker jeg okey skjer det noe her nå, sant, eller du får et åpent brudd ikke sant, den blødningen, og du kan gjøre noen ting verre. Åpent brudd er jo alvorlig, men la oss si at du får en muskelstrekking da. (ler). Så blir du lengre borte fra idretten din, fordi du får en større blødning ikke sant.» BB

Sitat 4: «Hadde jo vært litt interessant å vite langtidskonsekvensene av det å ha langtid NSAIDs bruk. Er det noe som gir konsekvenser på helse på lengre sikt?» FF

Sitat 5: «[...] også bruker vi av og til betennelsesdempende medisiner som Vimovo for eksempel. Men da på indikasjon, da skal det være på bakgrunn av vurdering av lege.» CC

Sitat 6: «Det er jo to medisiner som jeg skriver ut mest, det er Voltaren og det er Paracet.» GG

Sitat 7: «Det er veldig lite etterspørsel etter for eksempel sterkere smertestillende som Paralgin Forte, veldig sjeldent.» CC

Del 5.1.3 Andre legemidler

Sitat 8: «Ja, vi bruker en haug med de medisinene, det er jo en del som har allergi, men da har vi også gått over til at de har personlige resepter. Og det må vi passe på.» BB

Sitat 9: «Jo, også er det jo en del, altså det kan være antihistaminer som Aerius eller Cetrizin opplever jeg også at vi bruker en del av [...] Faktisk også fra en tid til annet har det også vært behov for kortisonkrem, altså type Betnovat eller Locoid, eller sånne typer medikamenter.» DD

Sitat 10: «[...] en annen ting som vi har brukt lite, det har jo vært sovemedisin. Det er også noe som det er veldig lite fokus på egentlig, men vi har brukt en del melatonin, og jeg har jo med Zopiklone, som er sånn akutt greier i forhold til hvis du er ute og reiser og ja.. men det er sjeldent det blir brukt, og da er det jo ... registrerer det i journalen at de tar den i mitt system. Og det er veldig sjeldent det blir skrevet resept på for spillere.» BB

Sitat 11: «Det er noen få spillere, kan tenke meg det er en eller to som under sesongen har brukt Imovane sjeldent da.» EE

Sitat 12: «Det er jo klart at når du gir benzodiazipiner en gang mot problemer, altså søvnvansker, når de har fått smaken på det en gang, så ... ja, er det vanskelig å snu det. Så det synes jeg ikke er særlig bra.» DD

Del 5.1.4 Ansvarsfordeling

Sitat 13: «Hvis du tenker smertestillende så er det nok fysioterapeuten i størst grad som har det, men da på indikasjon, eller da skal det være på bakgrunn av vurdering av lege.» CC

Sitat 14: «[...] spesielt fysioterapeuten kommer jo veldig tett på spillerne.» DD

Sitat 15: «[...] Paracet og Ibux kan de gi til utøvere uten å forespørre, men det er SJELDENT synes jeg dem gir andre medisiner uten å spørre. Og fysioterapeuten tar jo med seg det når dem for eksempel reiser til Spania på presesong og eller litt lengre turer, så har han det med seg litt flere medisiner. Men har gir ikke uten å ha snakket med meg.» AA

Sitat 16: «Det er jo vi legene som har størst påvirkning i forhold til det. Så det er jo alle legemidler som tas i bruk går jo gjennom oss legene. Altså det er jo selvfølgelig, det kan jo hende at spillere selvfølgelig har Paracet eller Ibux og de faste medikamentene selvfølgelig som de bruker, det har de nok liggende. Men inntrykket mitt er at hvis de for eksempel har smerter så er de veldig raske for å komme til legen for å få det behandlet. Og at det som regel går gjennom oss da.» DD

Sitat 17: «Hos oss så er det jo meg.» FF

Del 5.1.5 Tilgang til legemidler

Sitat 18: «Fysio på fysiorommet har de du vet gammeldagse medisinskapene, som er låst da, men det som står der er jo ikke B-preparater i den for eksempel. Det er uskyldige ting, eller uskyldig og uskyldig, men i hvert fall Paracet og de som er nevnt.» BB

Sitat 19: «Vi har ganske fine fasiliteter, men spillerne har ikke noe tilgang til det selv, de må gjennom ... det er to fysioterapeuter som har tilgang til de da. På trening har de det i en bag.» EE

Sitat 20: «[...] den skal i utgangspunktet være låst, men det synes vi litt der. Men for noen år siden så var jo den alltid åpent. Da var jo spillerne som bare gikk gjennom og forsynt seg. Men vi strammet inn når det plutselig var en Ibux boks som... har akkurat satt inn en hundrepakning, og den var tømt i løpet av et par uker.» FF

Del 5.1.6 Overvåkning

Sitat 21: «Vi har ikke noe overvåkningssystem på hva de putter i seg til daglig, det går ikke gjennom oss. Men jeg har jo oversikt over alle medisinerne vi har i kofferten vår og jeg får forespørsel om de trenger resepter på Paracet og Ibux, så da er det den overvåkning vi har, at vi journalfører bruken i journalsystemene.» CC

Sitat 22: «Vi har vel egentlig ingen stor overvåkning. Det er jo anbefalt i mars måned å ha en sånn medisinsk sjekk av hver enkelt spiller. Så der har jeg hatt den gjennomgang av hvilken medisiner hver enkelt spiller bruker, hva den bruker. Men de har jo fortsatt muligheten til å bruke til egen fastlege. Jeg har ikke full oversikt hva de gjør der, men inntrykket mitt er at det er lav legemiddelbruk ... ja.. sånn utenom.» FF

Sitat 23: «Vi har, vi blir stadig flinkere, sånn at når vi får nye spillere inn i klubb så har vi jo en samtale og en undersøkelse før dem signerer. Vi går jo gjennom hele sykehistorien, og også kliniske undersøkelser både av hjertet, lunger, ører, øyer alt. Alt sånt i tillegg. Også spør vi selvfølgelig spesifikt om medikamentbruk, og bruk av kosttilskudd og den type ting. I det de kommer i klubben og sier at vi må vite det, også prøver vi litt med at selv om dere får kjøpt uten at vi har sagt det så kan det hende at det ikke er lov å bruke. Nei men så vi prøver å introdusere det til nye spillere når dem kommer i klubb.» AA

Sitat 24: «[...] Og da får jeg de til å ramse opp alle legemidlene og kosttilskudd de bruker. Så det gir jo en god pekepinn. Noen har jo astma ikke sant, og bruker jo medisiner som kanskje allerede står på WADA sin dopingliste, så da må man bare dobbeltsjekke sånn som Ventoline for eksempel, man bruker i en forsvarlig mengde ikke sant, fordi det der er noen stoffer som er lov å bruke, men ikke over et visst nivå da. Man må jo liksom lage en plan på at man ikke overstyrer, også en plan på andre medisiner man kan bruke i tillegg for eksempel.» EE

Del 5.1.7 Beslutninger om legemiddelbruk

Sitat 25: «Det kommer litt an på hvilket legemiddel det er snakk om, og hvilken type skade det er. Er det snakk om at det er, altså vi har jo situasjoner hvor en spiller for eksempel har veldig sterke ryggsmarter, og hvor vi da gir smertestillende, sammen med selvfølgelig annen fysikalsk behandling, for at hun skal klare å spille. Da gjør vi på en måte en vurdering sammen med fysioterapeuten. Er det på en måte trygt eller ikke. Men det har løst seg fint, det er jo hele tiden også det her med forsvarlighetskrav ikke sant. Er det farlig å gi de medikamentene, øker det skade risikoen under kampen eller ikke.» DD

Sitat 26: «[...] Ikke hvis faren for å bli mer skadet, da er det jo uaktuelt. Da får de ikke. Men som jeg sa, det kan hende at vi slipper igjen og smertestillende Paracet for eksempel hvis du er i fare for å bli mer skadet. La oss si du er rullet tå da, du blir ikke mer skadet, men du får mer vondt etter på, og det tar da kanskje lengre tid for at vondt går over.» BB

Sitat 27: «Kan hende du blir litt smertestilt, men du blir ikke nok smertestilt. Å få et B-preparat en ikke kan spille med, det du klarer å prestere, kanskje prestere noe dårlig, hva sitter du igjen med, da er du kanskje enda mer skadet, presterer dårlig, ja og litt de der tingene der. Og det har aldri vært noe egentlig problem da ofte spillere tvinges, det kan jo ikke det.» BB

Sitat 28: «Vi har jo bygd en kultur over tid på at vi på en måte skal få spillerne friske igjen, det er veldig sjeldent at vi setter i gang en spiller som på en måte er i en veldig risikosone for forverring, og i så fall så er det en god kommunikasjon på det, men jeg vil jo egentlig ikke si at vi har satt i gang en spiller som... har benyttet legemidler for å få han gjennom.» FF

Sitat 29: «[...] og det har ikke vært injeksjon da, som det kanskje var mer før i tiden. For å ha en bedøvelse og sånne ting, det skjer jo ikke selvfølgelig, men at man kan da gi tablettform, også kanskje noe som kan støtte opp, som gjør at det ikke er vondt. Men aldri med en skade.» BB

Sitat 30: «Men ikke andre medisiner enn det, for eksempel har jeg ikke blitt bedt om å sette lokalbedøvelse for eksempel på spiller. Det har jeg ikke blitt bedt om.» AA

Del 5.1.8 Påvirkning fra trenere

Sitat 31: «*Han kan komme med en forespørsel.*» FF

Sitat 32: «*[...] han sa etter på at jeg som trener legger min oppgave, helse er din oppgave. Å presse deg det er jo vanskelig det, det er du som har ansvar til slutt, ikke jeg. Det er ganske enkelt når det er med trenere å gjøre.*» GG

Sitat 33: «*Det er jo stadig det med at må han ha så vondt, går det ikke an å... det er jo hele tiden spørsmål om sånn selvfølgelig.*» AA

Sitat 34: «*Det har jo vært at det kommer veldig tydelig fra trener at en spiller skal fortsette å spille*» EE

Sitat 35: «*[...] har sagt at det medisinske det er faktisk ditt ansvar og sammen med fysioterapeut, og da forholder de seg til våre vurderinger da. Så jeg føler vel egentlig ikke at det har vært så veldig mange situasjoner hvor man på en måte har blitt presset. Hvis jeg vurderer det som ikke forsvarlig at spilleren skal spille, så er ikke jeg noe redd for å ta den beslutningen da.*» DD

Sitat 36: «*Han kan komme med en forespørsel, også vet han at hvis jeg sier nei så er det nei, hvert fall hvis jeg har sagt nei tre ganger (ler). Han kan jo prøve seg, også kjenner vi hverandre så godt at jeg vet at han står veldig på sitt, frem til at han skjønner at det faktisk er nei.*» FF

Sitat 37: «*Jeg håper de aldri gjør det, men da er jo svaret klart, at det er jeg som har ansvar, så det blir nei.*» GG

Del 5.1.9 Tillit

Sitat 38: «*De har ikke noe annet valg (ler). Nei da, de har det, absolutt, veldig mye, i veldig stor grad, de har stor tillit.*» GG

Sitat 39: «*Jeg opplever at de har høy tillit.*» FF

Sitat 40: «*Jeg tror de har ganske mye tillit fordi de spør meg om det meste.*» EE

Sitat 41: «*[...] er ganske ukritiske og ganske feil tillit til legene uten å etterspørre hva de faktisk får.*» DD

Sitat 42: «*Jeg opplever at de har mye tillit, og den må man ta vare på. Det å være en sånn fotball lege er... eller fotballspiller for å si det sånn kan jo oppleve at det er vi som skal vite alt, det er vi som skal liksom om det er skade eller hva det er. At vi skal vite alt. Det er jo veldig personlig.*» BB

Del 5.1.10 Kultur

Sitat 43: «*Jeg kan på en måte merke et lite skille mellom de eldre spillerne som har vært på neste og verste nivå tidligere, og har erfaring der, kontra de som er helt unge. Og de eldre har kanskje en større forventning om at de får en NSAIDs kur eller antibiotikakur, mens de*

yngre spillerne har vel mer forhold til det at hvis jeg sier at de må ta en kur, så må de akseptere, men de etterspør det ikke, mens de eldre kan ha mer forventning til nå bør vi sette i gang en tablettbehandling. Blant de eldre spillere, de har gjerne en forventning om at Voltaren er det store som skal løse alle verdens problemer.» FF

Sitat 44: «[...] de siste 30 årene så er det mye mindre bruk og det er mindre pumpes fra spillere ogsåde siste kanskje 10 årene har det blitt mer strammet inn også fordi at man vil gjerne ha kontroll på selvfølgelig.» BB

Sitat 45: «Jeg føler litt, jeg har jo vært inne på det, men at det kanskje er liten sårn kulturendring fra tidligere da en brukte legemidler i en større grad.» FF

Del 5.2.2 Kosttilskuddregimer

Sitat 46: «Vi hadde en spiller for et par år siden, han hadde visst en far som drev med salg av kosttilskudd, og vi hadde noen avtaler, men jeg vet ikke. Han hadde med seg noe til laget, i garderoben, men jeg vet ikke helt hva det heter, så jeg.. ja.. jeg brukte ikke energien på det.» FF

Sitat 47: «Nei, vi har ikke noe kosttilskudd annet enn at vi gir omega 3, eller omega 3 kapsler fra Møllers, det gir vi alltid etter kamp. Også står det også på spisesalen sårn at spillere kan ta det. Ellers så bruker vi jo, vi bruker jo selvfølgelig Maxim både under trening og under kamp og vi bruker gels, og vi bruker også sårn type elektrolytt løsninger fra SIS eller fra Maxim. Så det har vi tilgjengelig.» DD

Sitat 48: «[...] så vet jeg at alle tar noe baseline kosttilskudd jo... alle får hver morgen multivitaminer, omega 3 og D-vitamin.» EE

Sitat 49: «Også deler vi ut, vi har alltid tran og multivitamin, det er jo måltid som serveres i klubben sin.» AA

Del 5.2.3 Ansvar for kosttilskuddsbruk

Sitat 50: «Jeg hører jo rykter om at fysisk trener har noen proteinshaker. Vi fyller jo på med raske karbohydrater i forbindelse med trening og ikke minst i forbindelse med kamp. [...] Det har jeg lite eller ingen kunnskap om. Jeg styrer ikke bruken av kosttilskudd i den graden. [...] Aner ikke produktnavnene og jeg aner ikke innholdet. Fordi det er ikke jeg som er ... klubben har ikke plattform for å diskutere dette som tema.» CC

Sitat 51: «Vi har jo en del som bruker kreatin, veldig populært (ler) i perioder særlig. Og kanskje ikke en gang fysisk trener eller fysio vet om det. De har ikke sagt det, de gjør det bare.» BB

Sitat 52: «Samtidig så vet jeg at alle tar noe baseline kosttilskudd jo, som fysio og trener teamet har bestemt.» EE

Sitat 53: «Det vet jeg ikke. Men hun som har hatt ansvar for den ernæringsdelen, var jo veldig hard på. Passe på at de får i seg via mat da. Så man har liksom hatt en del... det meste er

ernæring og kosthold har egentlig gått gjennom henne. Også har man passet på at de får tilpasset diett og får mat etter trening.» EE

Sitat 54: «Hvis de kommer til meg så må jeg alltid bare slå det opp og dobbeltsjekke. Jeg har alltid det i hodet at jeg alltid må dobbeltsjekke.» EE

Del 5.2.4 Kultur for bruk av kosttilskudd

Sitat 55: «Før var det jo veldig populært med de her jo ... åh hva det heter ... ginseng ja. Og det var jo noe med at det lå ginseng tabletter inne i garderoben, og det har jeg nå også klart å (ler) plukke litt bort. [...] Særlig med de energidrikkene, og det har jo jeg liksom bare ... det får ikke være en del av opp kamp eller under kamp, og jeg vet jo at sponsor er kjempeirritert på meg og er liksom forbannet for det. Men jeg har liksom fått gehør for dem fra øverste hold i klubben. Fordi at det har negative virkninger.» BB

Sitat 56: «Jeg synes jo vel egentlig ikke at det spiller så veldig stor rolle, for å være helt ærlig. Det er jo en del som tar sånn som vitamin D for eksempel, det ser jeg, eller omega 3. Så som regel så er det jo mer de her altså typer tilskudd som jeg anser som trygge. Også har det jo selvfølgelig hendt at man ser at man noen spesielle tilskudd.» DD

Del 5.2.5 Søk etter informasjon om kosttilskudd

Sitat 57: «[...] da sendte jeg forespørsel til Antidoping Norge, og fikk tilbake at akkurat det produktet anser de som trygt. Det er jo aldri 100% sikkert, det er det som er litt sånn uggent da. Men ja, så langt som mulig så må man jo på en måte velge ut i fra det som man får tak i. Kjøper jo heller ikke noen medikamenter i utlandet hvis ikke vi absolutt må.» DD

Sitat 58: «[...] du kjenner jo sikker også den Informed Sport at de proteinpulverne skal være godkjent der og med batchnummer.» DD

Sitat 59: «[...] jeg gikk på nett så undersøkte hvilket merke det også hva den inneholder.» GG

Del 5.2.6 Kommunikasjon om kosttilskudd

Sitat 60: «Ja, vi hadde foredrag nå blant annet fra Antidoping Norge. Så det er på en måte organisert. Det tenker jeg er jo egentlig det beste måten, vi holder vanligvis ikke foredrag om det, så lenge vi får noen fra Antidoping Norge til å komme.» DD

Sitat 61: «Vi har ikke vært flinke nok til å ha et sånn felles informasjonsmøte. Og det må vi ha til neste år. Vi har hatt noen saker der vi ser at folk gjør ting i god tro, også viser det seg at det ikke er bra likevel.» AA

Del 5.3.2 Kultur for bruk av ulovlige rusmidler

Sitat 62: «[...] så har jeg i hvert fall på alle de årene ikke hørt at det er noe bruk av noen rusmidler annet enn alkohol da. Men så er det jo selvsagt sikkert noen som også bruker noe

annet og, men nei. Men så er jeg usikker på om de i det hele tatt hadde turt å nevne det når vi er tilstede da. Det er vet jeg jo ikke. Men inntrykket er i hvert fall at hvis det er noe rusmidler av de som tas i bruk så er det alkohol»

Sitat 63: *«Nei, det er ikke det. Jeg tror det er veldig lite rus. Den dreper så mye den.»*

Sitat 64: *«Nei, eneste blir jo alkohol så er jo det noe jeg opplever et har forbedringspotensial på. Spillere nok ikke helt forstår ulempe med at alkohol reduserer treningskvaliteten.»*

Sitat 65: *«[...] jeg hadde behov for å få råd, fordi jeg visste at hvis jeg gikk videre med det til øverste leder, så ville det vært veldig ille for den her spiller. Også det er noe med å tenke okey hvis du føler du når frem til spiller, det er alvorlig, hvis jeg gjør sånn så kommer det til å skje, men vi kan prøve å ordne på denne måten, da må du inn til meg, jevnlig en periode. Og det gjorde jeg da, fordi vi snakket mye om det med rus. Og selv den dag i dag, var veldig glad for det, og jeg tenker jo at det var godt orientert, men... og det vet bare jeg og fysio om. Foreldrene bli ikke kontaktet og det går veldig veldig bra med den spiller.»*

Sitat 66: *«Nei, vi hadde for noen år siden, så hadde vi spillere som hadde røykt hasj, og de fikk terminert kontrakten. Så det er på en måte eneste jeg vet av andre rusmidler. Det er jo en prosess jeg ikke var involvert i, det var klubben som hadde en veldig bestemt oppfattelse.»*

Sitat 67: *«Nei, da hadde jeg vel brukt litt tid da. Vi har jo dopingtester og sånn så det er liksom spillerne er livredde for de greien der altså. Jeg hadde jo måttet ta dem til side og forklare konsekvensene. Også måtte vi jo igangsett kanskje testing selv da, fordi vi vil jo ikke at spillerne skal bli tatt for det. Til syvende og sist er det jo på en måte mitt ansvar også hvis de blir tatt for doping. Man har jo fri vilje da. Jeg vil nok startet med samtale med spiller, og bare hatt den her dialog.»*

Del 5.3.3 Kommunikasjon om ulovlige rusmidler

Sitat 68: *«Nei, det er ikke noe tema. Og da tenker jeg alkohol, eventuelle narkotiske stoffer, det er jo en god del som brukes snus hvis du regner det som rusmiddel.»*

Sitat 69: *«Det har ikke vært behov. Vi har jo igjen alkoholikere på laget, han har jo null toleranse på en måte. Det handler vi i ett da.»*

Sitat 70: *«Så det blir heller mer som en del av den prestasjonskulturen som hovedtrener skal bære frem, at det blir på en måte hans ansvar å legge frem holdningene til klubben og laget.»*

Del 5.4.2 Holde seg oppdatert

Sitat 71: *«Jeg går jo årlig og sjekker da, også det letteste er jo egentlig når du har en problemstilling, så er det den enkleste å lære, når du har en problemstilling så tar du direkte kontakt med antidoping [...]» GG*

Sitat 72: *«[...] jeg er også medlem i norsk idrettsmedisin, det er der jeg får mail av. De sender jo når det er sånn som Tramadol for eksempel. Så de er liksom flinke til å være i forkant.» BB*

Del 5.4.3 Søke antidopingrelatert informasjon

Sitat 73: «Til vanlige legemidler så pleier jeg å bruke felleskatalogen. Opp i hjørnet der så har de et eget WADA merke, også pleier jeg som bevis på at jeg har sjekket, få tilsendt at jeg har gjort det, vet ikke om du vet hva det er. Men for eksempel kortison, eller vi snakker om å søke medisinsk fritak, da er det som regel antidoping Norge da.» EE

Sitat 74: «Felleskatalogen, er der jeg pleier å søke.» FF

Sitat 75: «Det har jo vært noen saker hvor leger har gjort feil og jeg er jo veldig redd for det da. Sånn sett så sjekker jeg ofte en gang for mye, for å se at det er trygge medikamenter.» DD

Sitat 76: «[...] så det er jo egentlig forventet at vi har en spiller som hadde kronisk bihulebetennelse, og da så anbefaler øre/nese/hals lege å bruke kortison, men han følger vanlig behandling, så da må du bare si at det fungerer ikke. Man må jo følge opp behandling for andre spillere, som lege også gjør ikke sant. Noen ortoped er veldig glade i kortison injeksjoner, og da må man alltid be om å få epikrisen om hva de anbefaler før man setter i gang.» EE

Sitat 77: «[...] ungdom bare tar imot medikamenter, uten å på en måte spørre seg hva er det de har tatt. Og at de stoler helt blindt på helsepersonell. Jeg synes jo at mye av det som må gjøres så er det faktisk spillerne som må ta ansvar. Altså alt de putter i seg, av medikamenter er til syvende og sist deres ansvar.» DD

Del 5.4.4 Utfordringer

Sitat 78: «[...] men generelt så er det vanskelig, han var utenlandsk spiller, utredningen hans er gjort i en annen land. Det er ikke noe vanskelig for meg å få tak i papirene og sånn, det fikser vi, men da den som har skrevet ut medisinen må skrive under på søknaden og sånn da blir det veldig vanskelig. [...] jeg søkte, la inn all dokumentasjon, full journalutskrift, all dokumentasjon også søker jeg på vegne av utøver. Men da får jeg beskjed om at det ikke er nok, det må være den som har foreskrevet medikamentet som søker. Hvis det kunne fantes en paragraf der som gjorde det litt lettere.» AA

Sitat 79: «Nei, ikke, altså så lenge det er medikamenter som står på listen, så lenge de brukes på klinisk indikasjon og innenfor visse begrensninger, så har ikke det vært noe. Men som sagt det var enkelt, kun astma problematikken jeg husker.» CC

Sitat 80: «Nei, altså egentlig ikke. Så lenge dokumentasjon er god nok. Utfordringen vi hadde den gang var jo at informasjon fra legen var for dårlig.» DD

Sitat 81: «Vi har flere spillere som vi søker om fritak på, og det synes jeg har gått bra.» AA

Del 5.4.5 Ren Utøver

Sitat 82: «Så er de med i 15, 16, 17, 18, 19, så det er jo klart at hvis de tar det samme kurset så er det nok litt det at kanskje de blir litt lei. Jeg tror jo veldig på, altså det er jo veldig fint med sånn ren utøver kurs, det går ikke an kanskje å individualisere det. La oss si at du har en

spiller som har tatt det hvert år, siden den var 15, det hadde vært litt sånn okey det her er det nyeste.» DD

Sitat 83: «Det som har vært utfordringen, det kan du ta med videre, det er jo det at hvis det ikke har gått mer enn ett år siden, så får de ikke gjort det. De får gjort det, men det kommer ikke opp diplomer, altså det kommer bare opp gamle diplomer. [...] da får de gamle diplomer og dette blir jo ikke godkjent. Og det har vært en irritasjon som noen av de jeg gidder ikke å gjøre det, nå skjer det her. Jeg har prøvd å maile dem om det, men har ikke fått noe svar.» BB

Sitat 84: «Jeg tok opp denne problemstillingen med antidoping Norge, fordi da hadde vi ikke noe oppfølgings modul, da hadde vi samme modul om igjen, og du fikk egentlig samme bevis som du har, men som jeg vet så har de en oppfølgings modul på det der.» CC

Del 5.4.6 Forslag

Sitat 85: «[...] fellesarenaer hvor man kan diskutere ikke bare legemiddelbruk, men generelle problemstillinger» CC

Sitat 86: «Jeg kunne ønsket mer litt mer av et sånt legemiddelforum og det å dele erfaringer med andre lagleger og hvordan gjør det i andre klubber. Det skulle jeg veldig gjerne. [...] Jeg føler at en kan bli litt sånn alene, hvert fall nå når jeg ser at jeg kan bli litt alene.» FF

Sitat 87: «Jeg mener at antidoping burde ha vært mye mer på banen. Mye mer. Litt sånn forebyggende, nå kommer de på banen når noen blir tatt, istedenfor å jobbe forebyggende.» GG

Sitat 88: «[...] det er jo for det første å komme ut på besøk» BB

Sitat 89: «[...] det gjelder å følge med i timen, jeg tenker og at noen ganger er det veldig fint at de eksterne kommer inn på besøk og tar det nyeste, selv om man har lest om det så er det noe når man står og sier det også.» BB

Sitat 90: «Jeg hadde jo satt pris på flere årlige kurs.» GG

Sitat 91: «Dette har jo vært debattert flere ganger før antar jeg, men en tilgjengelig liste over kosttilskudd som er lov å bruke. Jeg tror at holdningen er jo at kosttilskudd ikke skal være nødvendig, men realiteten er at veldig mange opplever at det er noe som er nødvendig. Så enten velger du å forholde seg til den ideelle verden nei det ikke er nødvendig også late som det ikke finnes, ellers så sier du at okey men realiteten er at det blir brukt, hvordan kan vi da sikre at i hvert fall det som brukes er okey. Og jeg tror at det er den riktige veien å gå. Holdningene våre kan likevel være at vi synes ikke det er nødvendig, det skal gå an å kjøre den samtidig som du sier at men hvis det er behov så finnes de her, da velger du mellom de her. Jeg tror det blir en sånn prinsipiell diskusjon.» AA